

Jens Josuttis

Umsetzungshindernisse der Soziotherapie in Deutschland

Jens Josuttis

Umsetzungshindernisse der Soziotherapie in Deutschland



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Jens Josuttis

Umsetzungshindernisse der Soziotherapie in Deutschland

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2020 Jens Josuttis

ISBN 978-3-947502-31-8

978-3-947502-27-1

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis	V
1. Einleitung.....	1
2. Soziotherapie in Deutschland	3
2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Soziotherapie.....	3
2.2 Ziele und Inhalte der Soziotherapie.....	5
2.3 Historie der Soziotherapie	9
2.3.1 Einführung der Soziotherapie	9
2.3.2 Schleppende Implementierung und Stagnation.....	12
2.3.3 Soziotherapie als Bestandteil von Integrierter Versorgung	16
2.3.4 Novellierungen der Soziotherapie - Richtlinie	17
3. Methoden	21
3.1 Datengrundlage	21
3.2 Datenaufbereitung.....	25
3.3 Datenanalyse	26
4. Ergebnisdarstellung der Befragungen	28
4.1 Auswertung der Befragung der Leistungserbringer	28
4.2 Auswertung der ExpertInneninterviews	39
4.3 Auswertung der Anfragen bei Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden	48
4.4 Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse	50
4.4.1 Aktuelle Umsetzung der Soziotherapie	50
4.4.2 Umsetzungshindernisse der Soziotherapie.....	53
5. Analyse der Umsetzungshindernisse von Soziotherapie	57
5.1 Vergütungssatz	57
5.1.1 Kalkulationen des Berufsverbandes.....	58
5.1.2 Differenzierte Kalkulation.....	61
5.1.3 Bewertung und Diskussion der Kalkulationen.....	66
5.2 Abrechenbare Leistungen.....	71
5.3 Zulassungskriterien.....	75
5.4 Bürokratischer Aufwand	79
5.5 Bekanntheit	82
5.6 Zuzahlung.....	84
6. Fazit und Handlungsempfehlungen	89
7. Literaturverzeichnis	93

Abkürzungsverzeichnis

APP.....	Ambulante Psychiatrische Pflege
ASK.....	Ambulant-sensitive Krankenhaufälle
BGB.....	Bürgerliches Gesetzbuch
BMGS.....	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
BSG.....	Bundessozialgericht
DGPPN.....	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)
DQR.....	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
GAPSY.....	Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste
GKV.....	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG.....	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG.....	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
ICD.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IV.....	Integrierte Versorgung
KBV.....	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGSt.....	Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement
KV.....	Kassenärztliche Vereinigung
MDS.....	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NwpG.....	Netzwerk psychische Gesundheit
PIA.....	Psychiatrische Institutsambulanz
PIBB.....	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
Psych-PV.....	Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie
PsychVVG.....	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SeGel.....	Seelische Gesundheit leben
SGB V.....	Sozialgesetzbuch V
ST.....	Soziotherapie
ST-RL.....	Soziotherapie Richtlinie

TV-L.....Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder
TVöD.....Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
VDEK.....Verband der Ersatzkassen
VK.....Vollzeitkraft

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgaben für Soziotherapie in den Jahren 2001 - 2008.....	15
Abbildung 2: Grundlage der Leistungserbringung der Anbieter	28
Abbildung 3: Verteilung der befragten aktuellen Soziotherapie-Anbieter nach Bundesländern.....	29
Abbildung 4: Eingesetzte Vollzeitkräfte in der Soziotherapie	30
Abbildung 5: Anzahl aktueller Soziotherapie PatientInnen	31
Abbildung 6: Vergütungssätze für eine Therapieeinheit	32
Abbildung 7: Vergütung von Fahrtstrecken/-zeiten	33
Abbildung 8: Abrechenbarkeit von Terminausfällen	34
Abbildung 9: Abrechenbare Inhalte im Rahmen einer Therapieeinheit.....	34
Abbildung 10: Abrechenbare Inhalte einer Therapieeinheit nach Anzahl der Leistungskategorien	35
Abbildung 11: Auskömmlichkeit der Vergütungssätze in der Soziotherapie	36
Abbildung 12: Umsetzungshindernisse in der Soziotherapie	38
Abbildung 13: Zusammenhang zwischen der Abrechenbarkeit von Leistungen und der Höhe von Vergütungssätzen.	73

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der zugelassenen Leistungsanbieter Soziotherapie nach Bundesländern.....	49
Tabelle 2: Kalkulation des Berufsverbandes der Soziotherapie - Vergütung einer Therapieeinheit 2019.....	59
Tabelle 3: Alternative Kalkulation des Berufsverbandes der Soziotherapeuten.....	60
Tabelle 4: Kalkulation der Gesamtkosten eines Soziotherapie-Anbieters	63
Tabelle 5: Kalkulation der verfügbaren Nettoarbeitszeit pro VK eines Soziotherapie-Anbieters.....	65
Tabelle 6: Krankheitstage pro Berufsgruppe im Jahr.....	69

1. Einleitung

Das Versorgungssystem für Menschen mit einer psychischen Erkrankung wird seit vielen Jahren in Deutschland von verschiedensten Akteuren im Gesundheitswesen diskutiert und vielfach kritisiert. Bemängelt wird vor allem eine „zu starke Orientierung am Krankenhausbett“ (Gesundheit Bremen 2014, S. 2). So steigen die Zahlen der psychiatrischen Krankenhausbetten in Deutschland seit Jahren weiter an (vgl. Destatis 2017). Ambulante Angebote würden dagegen z.T. nur unzureichend umgesetzt und die Maxime „ambulant vor stationär!“ nicht konsequent angewendet (vgl. Peukert 2018).

Um Menschen mit einer psychischen Erkrankung ambulant zu behandeln und u.a. stationäre Klinikbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen, wurde im Jahr 2000 erstmalig die ambulante Leistung Soziotherapie nach § 37a SGB V gesetzlich verankert. Obwohl diese Leistung nun bereits seit Jahren existiert, wird das Angebot jedoch nicht flächendeckend in Deutschland umgesetzt und vorgehalten (vgl. BptkK 2017; Ließem 2016). So wurde eine Umsetzungsproblematik der Soziotherapie bereits kurz nach ihrer gesetzlichen Etablierung festgestellt und dafür u.a. eine Evaluation durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) veranlasst, welche im Jahr 2008 veröffentlicht wurde. In der Folge wurden diverse Bemühungen, wie z.B. die Veränderungen der Soziotherapie-Richtlinien unternommen, um die Rahmenbedingungen der Soziotherapie zu verbessern.

Im Rahmen dieser Masterthesis soll der Frage nach möglichen Gründen für die dennoch anhaltende unzureichende Umsetzung der Soziotherapie nachgegangen werden. Dabei soll vor allem eine Identifikation und Bewertung von möglichen hindernden Rahmenbedingungen erfolgen. Die Rahmenbedingungen der Soziotherapie werden insbesondere durch die gesetzliche Grundlage der Leistung im SGB V und der Soziotherapie-Richtlinie sowie vor allem in den jeweiligen Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen, bzw. deren Verbänden, ausgestaltet. Aufgrund der Einschätzungen zur unzureichenden Implementierung der Soziotherapie in den vergangenen Jahren wurde regelmäßig auch auf diese Rahmenbedingungen verwiesen, um die unzureichende Umsetzung zu begründen (vgl. Nowack 2002; Rössler et al. 2012). Doch trotz einzelner Maßnahmen, wie die Veränderung der Soziotherapie-Richtlinie, erscheinen weiterhin insbesondere die vertraglichen Rahmenbedingungen eine umfassendere Implementierung zu verhindern. Daher soll der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Analyse der entscheidenden Rahmenbedingungen, vor allem den vertraglichen Bedingungen liegen, sowie möglichen förderlichen Faktoren, um daraus resultierend mögliche Veränderungsoptionen ableiten zu können. Dabei soll einerseits analysiert werden,

warum Soziotherapie bislang nicht umfassender angeboten wird und darüber hinaus in der Folge auch deutlich werden, wie entsprechende Rahmenbedingungen gestaltet sein müssten, so dass eine Veränderung dazu führen könnte, dass eine vermehrte Umsetzung erfolgt.

Zunächst wird die Soziotherapie in Kapitel 2 vorgestellt und erläutert, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen die Leistung definieren (2.1) sowie welche Ziele und Inhalte mit Soziotherapie umgesetzt werden sollen (2.2). Anschließend erfolgt in 2.3 ein Überblick über die Historie der Soziotherapie, indem in vier Unterkapiteln die relevanten Ereignisse im Zusammenhang mit der Umsetzung der Soziotherapie, von der gesetzlichen Verankerung bis heute, beschrieben werden. In Kapitel 3 wird die in dieser Arbeit verwendete Methodik in Bezug auf die verwendete Datengrundlage (3.1), die Datenaufbereitung (3.2) und Datenanalyse (3.3) erläutert. Die Ergebnisse der im Rahmen dieser Masterthesis durchgeführten Befragungen werden anschließend im 4. Kapitel vorgestellt. Dabei werden sowohl Resultate von Befragungen von Leistungsanbietern von Soziotherapie (4.1), Ergebnisse aus der Auswertung von durchgeführten ExpertInneninterviews (4.2) wie auch Resultate der Befragungen von Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden (4.3) dargestellt. In Kapitel 4.4 erfolgt dann eine Zusammenführung und Diskussion der verschiedenen Erkenntnisse im Hinblick auf die aktuelle Umsetzung (4.4.1) und die existierenden Umsetzungshindernisse der Soziotherapie (4.4.2).

Ausgehend von diesen gesammelten Ergebnissen erfolgt im 5. Kapitel dann eine ausführlichere Analyse und Bewertung der wesentlichen zuvor identifizierten Umsetzungshindernisse. Dabei werden in diesem Abschnitt insgesamt sechs konkrete Umsetzungshindernisse untersucht. Abschließend wird in Kapitel 6. ein kurzes Fazit der erarbeiteten Erkenntnisse gezogen und Handlungsempfehlungen für die Reduzierung und den weiteren Umgang mit den Umsetzungshindernissen entwickelt.

2. Soziotherapie in Deutschland

In diesem Kapitel werden zunächst die Rahmenbedingungen, anschließend die Ziele und Inhalte sowie darauf folgend die Historie der Soziotherapie vorgestellt. Da der Begriff „Soziotherapie“ teilweise auch in einem anderen Zusammenhang und uneinheitlich benutzt oder synonym zu „Sozialtherapie“ oder „soziale Therapie“ verwendet wird¹ (vgl. Klimesch 2011, S. 5 f.), gilt festzuhalten, dass in dieser Arbeit unter Soziotherapie die Leistung nach § 37a SGB V verstanden und sich darauf bezogen wird.

2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Soziotherapie

Soziotherapie stellt eine krankenkassenfinanzierte Leistung dar, die im SGB V gesetzlich verankert ist. Laut § 37a Abs. 1 S. 1 SGB V erhalten Versicherte, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, einen Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn ein Klinikaufenthalt geboten, aber nicht ausführbar ist. Soziotherapie soll vor diesem Hintergrund die Koordinierung der verordneten Leistungen sowie eine Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme leisten (§ 37a Abs. 1 S. 2 SGB V).

Die Voraussetzungen sowie die Art und der Umfang der Soziotherapie werden in den Richtlinien zur Soziotherapie (ST-RL) nach § 92 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert.² Dies betrifft insbesondere die zugelassenen Diagnosen, Ziele und Inhalte der Soziotherapie, den Umfang, die Dauer und Häufigkeit der Leistung, die Voraussetzungen zur Verordnung sowie die Zusammenarbeit zwischen Verordner und Leistungserbringer und beschreibt die Anforderungen einer ausreichenden Therapiefähigkeit der PatientInnen (§ 92 Abs. 1 SGB V).

¹ Als Soziotherapie wird z.T., neben der Leistung nach SGB V, auch eine grundsätzliche Haltung, Theorie, Methode oder Behandlungsform bezeichnet. So wird der Begriff zum Beispiel verwendet, um eine dritte Säule der Behandlung, neben der medikamentösen und psychotherapeutischen Therapie, zu verdeutlichen (vgl. Gentemann 2010 S.16). Die „klassische“ Soziotherapie oder Sozialtherapie könnte daher u.a. auch im stationären psychiatrischen Bereich umgesetzt werden (vgl. auch Psych-PV). Zudem wird der Begriff oftmals auch in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen verwendet (vgl. Klimesch 2011, S. 6).

² Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird von vier Spitzenverbänden (Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband) gebildet und stellt das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung dar. Beratungen zur Soziotherapie werden im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ geführt (vgl. G-BA 2018). Der G-BA beschließt die Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Soziotherapie (vgl. G-BA 2015, S. 3).

Die Richtlinie definiert, dass nur Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die durch schwere psychische Erkrankungen hervorgerufen sind, Soziotherapie erhalten sollen. Daher müssen für die Indikation einer Soziotherapie sowohl eine psychiatrische Diagnose (F00 - F99 nach dem Diagnoseklassifikationsschema ICD 10), als auch verschiedene Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen. In Bezug auf die Beeinträchtigungen muss jeweils mindestens ein Merkmal aus den folgenden Bereichen vorliegen (vgl. § 2 Abs. 2 ST-RL):

1. Beeinträchtigungen durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handeln sowie des Realitätsbezuges,
2. Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,
3. Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,
4. Krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

Zudem erhalten Soziotherapie nur PatientInnen, die eine schwere psychische Erkrankung und dementsprechend schwere Beeinträchtigungen aufweisen. Für diese Bestimmung muss jeweils, anhand der GAF-Skala³, der Schweregrad der Fähigkeitsstörungen bewertet werden. Soziotherapie erhalten nur PatientInnen, die einen bestimmten Wert auf der GAF-Skala unterschreiten⁴ und dementsprechend starke Funktionsstörungen aufweisen.

Es besteht ein Anspruch auf insgesamt 120 Stunden in einem Zeitraum von 3 Jahren je Krankheitsfall (§ 37a Abs. 1 S. 3 SGB V). Dies bedeutet, dass nach einem Zeitraum von 3 Jahren auch eine erneute Soziotherapie möglich wäre. Es gibt keine weitere gesetzliche Vorgabe, wie die Stunden eingesetzt werden müssen. Dies ermöglicht, u.a. bei Bedarf kürzere Therapieeinheiten zu leisten, mehrere Einheiten (Stunden)

³ Die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) wurde von der American Psychiatric Association entwickelt und basiert auf der Achse V des Diagnose-Klassifikationssystems DSM IV zur Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus von PatientInnen. Auf der Skala soll eingeschätzt werden, in welchem Umfang psychosoziale Beeinträchtigungen bestehen. Die Skala reicht von 100 (hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten) bis 1 (ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen) (vgl. Schäfer 2010, S. 15).

⁴ Als Regelindikation der Soziotherapie gelten Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.0-F20.6, F21, F22, F24, F25) sowie einzelne affektive Störungen mit psychotischen Symptomen (F31.5, F32.3, F33.3). Für diese muss ein GAF-Wert von ≤ 50 vorliegen. Bei allen weiteren psychiatrischen Diagnosen kann Soziotherapie im Einzelfall verordnet werden, allerdings muss in diesen Fällen ein GAF-Wert von ≤ 40 gegeben sein (vgl. § 2 Abs. 4 u. 5 ST-RL).

nacheinander stattfinden zu lassen und flexibel mit der Gestaltung des Stundenkontingentes umzugehen.

Verordnet werden kann die Soziotherapie durch FachärztInnen für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie, durch ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen sowie durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Für eine Genehmigung der Ausstellung einer Verordnung, die bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt wird, bedarf es einer vorherigen Erklärung über die Kooperation in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur (vgl. § 4 Abs. 2 ST-RL).

Für die PatientInnen besteht bei der Nutzung von Soziotherapie, wie zum Beispiel auch bei der Häuslichen Psychiatrischen Krankenpflege, eine Zuzahlungspflicht. Demnach müssen die Versicherten für jeden Kalendertag, an dem eine Leistungsanspruchnahme erfolgt, eine Zuzahlung⁵ an ihre jeweilige Krankenkasse leisten (vgl. § 37a Abs. 3 SGB V).

Für die Leistungsanbieter von Soziotherapie haben die gesetzlichen Bestimmungen des § 37a SGB V sowie die Regelungen in der Soziotherapie-Richtlinie eine große Bedeutung. Darüber hinaus stellt aber auch der § 132b SGB V eine wichtige gesetzliche Grundlage dar, weil in diesem die grundsätzlichen vertraglichen Rahmenbedingungen in der Versorgung mit Soziotherapie definiert werden. Demnach können die Krankenkassen oder deren Landesverbände mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig erscheint (§ 132b Abs. 1 SGB V). Dies bedeutet, dass die konkrete inhaltliche Vertragsgestaltung in der Verhandlung zwischen dem jeweiligen (potentiellen) Leistungsanbieter und der jeweiligen Krankenkasse, bzw. deren stellvertretenden Verbänden, erfolgt.

2.2 Ziele und Inhalte der Soziotherapie

Die Soziotherapie wurde, laut Frieboes (2005, S. 12), vom Gesetzgeber mit der Absicht konzipiert, Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung geeigneten Behandlungsformen zuzuführen und einen Übergang von der medizinischen Behandlung zu einer sozialen Reintegration zu gestalten. Der Schwerpunkt der Unterstützung solle nicht, wie zuvor, auf den krankheitsbedingten Defiziten, sondern auf der Aktivierung der Ressourcen der Menschen liegen.

Als übergeordnete Ziele der Soziotherapie sind die selbständige Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer und ärztlich oder psychotherapeutisch

⁵ Die Zuzahlung in der Soziotherapie fällt pro Kalendertag der Inanspruchnahme der Leistung in Höhe von 10% des Vergütungssatzes aus, beträgt jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 € (vgl. § 61 SGB V).

verordneter Leistungen (§ 3 Abs. 1 ST-RL) sowie die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung definiert (§ 37a Abs. 1 SGB V). Der Soziotherapie kommt dabei die Aufgabe zu, die verordneten Leistungen und Maßnahmen zu koordinieren sowie die PatientInnen zu deren Inanspruchnahme anzuleiten und zu befähigen (vgl. Friboes 2005, S. 22). Um diese übergeordneten Ziele und Aufgaben umzusetzen, sind folgende Leistungsinhalte der Soziotherapie in der Richtlinie definiert (§ 3 ST-RL):

Erstellung des Soziotherapeutischen Betreuungsplanes:

Im Rahmen der Soziotherapie muss zu jeder regulären Verordnung immer auch ein Soziotherapeutischer Betreuungsplan erstellt werden, der gemeinsam zwischen VerordnerIn, PatientIn und SoziotherapeutIn entwickelt, abgestimmt und von diesen unterschrieben wird. Dieser Betreuungsplan soll die zu bearbeitenden Nah- und Fernziele, Maßnahmen sowie die voraussichtliche Frequenz der Kontakte und den Zeitraum der Soziotherapie erfassen.

Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen:

Ein wesentlicher Inhalt der Soziotherapie stellt die Koordination von Maßnahmen und Leistungen dar. Diese Koordination geht dabei über eine reine kalendarische Steuerung von Maßnahmen hinaus (vgl. Friboes 2005, S. 23). Vielmehr gilt es, den Bedarf möglicher hilfreicher Maßnahmen zu analysieren, Zugangswege zu diesen Maßnahmen zu identifizieren und den PatientInnen aufzeigen, wie sie diese Maßnahmen in Anspruch nehmen können. Vor diesem Hintergrund erhält die Soziotherapie die Aufgabe, die Wahrnehmung der verabredeten Maßnahmen sicherzustellen, in dem z.B. auch eine persönliche Begleitung der betreffenden Person erfolgen kann (vgl. auch § 3 Abs. 2 ST-RL). Zudem müssen die verschiedenen Maßnahmen und Leistungen mit allen Beteiligten abgestimmt und im optimalen Fall miteinander vernetzt werden. Diese Koordination, die z.B. durch Initiierungen von Netzwerkgesprächen oder Fallkonferenzen erfolgen kann, soll auch einen wesentlichen Bestandteil der Soziotherapie darstellen (vgl. Friboes 2005, S. 23).

Arbeit im sozialen Umfeld:

Ausgehend von einer Analyse des sozialen Umfeldes kann das soziale Netzwerk, welches u.a. aus Angehörigen, Freunden, Bekannten, anderen professionellen Helfern, etc. bestehen kann, in die Behandlung integriert werden. Dies erscheint insbesondere sinnvoll, um diese Ressourcen sowohl bei der Analyse von Schwierigkeiten, wie vor allem auch bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen gezielt einzubeziehen. Diese Einbeziehung kann natürlich immer nur in Absprache und mit Zustimmung der PatientInnen erfolgen. In der Arbeit im sozialen Umfeld kann es zudem sinnvoll sein, die PatientInnen dabei zu unterstützen, bestehende soziale Kontakte aufrechtzuerhalten oder aufzufrischen sowie neue Kontakte aufzubauen (vgl. auch Friboes 2005, S. 23). Die Arbeit im sozialen Umfeld erscheint besonders relevant,

weil psychische Krisensituationen häufig im sozialen Kontext entstehen und auch die Ressourcen und Lösungen zur Bewältigung dieser Krisen oftmals im sozialen Netzwerk zu finden sind (vgl. Aderhold 2016, S. 27).

Soziotherapeutische Dokumentation:

Als Leistungsinhalt der Soziotherapie wird in der Richtlinie auch explizit die Dokumentation der Tätigkeit beschrieben: „Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patientin oder den Patienten und deren oder dessen Entwicklung; er berichtet der Verordnerin oder dem Verordner über den Stand der Behandlung“ (§ 3 Abs. 2d ST-RL). Diese Dokumentation soll vor allem den Behandlungsverlauf, die Art und den Umfang der durchgeführten Tätigkeiten und den Umsetzungsstand der verschiedenen (Teil-) Ziele beschreiben.

Motivations (antriebs) relevantes Training:

Das Training der Motivation soll praktische Übungen im Lebensumfeld der PatientInnen beinhalten, die eine Verbesserung der Motivation, der Belastbarkeit und der Ausdauer zum Ziel haben. Darunter sind allerdings keine Übungen, ähnlich der Physiotherapie zu verstehen. „Es gibt keine seelischen Bewegungsübungen, die man über eine gewisse Zeit anwenden könnte, um bei den Patienten einen tatkräftigen und angemessenen Umgang mit der Erkrankung auszulösen. Die Aufgabenstellung ist sehr viel komplexer“ (Ließem 2016, S. 49). Daher müssen die Übungen zunächst bei der Analyse der individuellen Situation ansetzen und bedeuten einen fortlaufenden Prozess, der an den Fähigkeiten, Ressourcen und vor allem Bedürfnissen des Menschen ausgerichtet ist. Es gilt gesundheits- und motivationsfördernde Faktoren zu identifizieren und die PatientInnen dazu zu befähigen, diese für sich zu nutzen. Aufgrund der Krankheitssymptomatik, die z.B. von Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug oder fehlender Belastbarkeit geprägt sein kann, bedeutet diese Unterstützung keine einmalige Intervention, sondern ein regelmäßiges Wiederholen und Verstärken von positiven Handlungen.

Training zur handlungsrelevanten Willensbildung

Das Training zur handlungsrelevanten Willensbildung setzt bei der Erarbeitung von Zielen und Bedürfnissen der PatientInnen an. Daraus resultierend sollen gewünschte Verhaltensänderungen identifiziert und in der Folge eingeübt werden. Dies betrifft u.a. die Verbesserung der Tagesstrukturierung, die selbständige Konfliktlösung und Konfliktvermeidung.

Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung

Im Rahmen der Soziotherapie stehen vorrangig nicht alleine die Symptome der psychischen Erkrankung im Vordergrund der Betrachtung, sondern vielmehr der

individuelle Umgang mit der Erkrankung. Es gilt hilfreiche Bewältigungsstrategien zu erarbeiten und die PatientInnen zu befähigen, diese auch wahrzunehmen und anzuwenden. Vor diesem Hintergrund sollen sowohl genesungsförderliche wie auch negative und belastende Faktoren eines Krankheitsverlaufes ausgemacht und bewertet werden. Es gilt, die PatientInnen dafür zu sensibilisieren, diese Faktoren wahrzunehmen und z.B. Frühwarnzeichen einer aufkommenden Krisensituation zu erkennen, um darauf entsprechend reagieren zu können. Auf diese Weise sollen zukünftige Krisen vermieden oder abgemildert werden.

Hilfe in Krisensituationen

Soziotherapie setzt vor allem bei der möglichst frühzeitigen Vermeidung, bzw. Abmilderung von Krisen an, so dass bereits im Vorfeld viele schwere Dekompensationen vermieden werden sollen. Dennoch können PatientInnen immer wieder auch in akute Krisensituationen geraten. In diesen Fällen erfolgt im Rahmen der Soziotherapie eine Krisenintervention „zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit, wie auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation“ (§ 3 Abs. 3 ST-RL). Dies verdeutlicht, dass sich die Soziotherapie nicht ausschließlich auf die Reduzierung der Krankheitssymptomatik fokussiert, sondern insbesondere auch die psychosozialen Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung bearbeitet.

Um diese in der Richtlinie genannten Leistungsinhalte umsetzen zu können, bedarf es der Herstellung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Diese ist wesentliches Merkmal und Grundlage der soziotherapeutischen Tätigkeit (vgl. Ließem 2016, S. 53). Die Soziotherapie ist als Unterstützung im häuslichen Lebensumfeld angedacht und sollte dementsprechend weitest gehend aufsuchend erfolgen. Auf Grundlage dieser Unterstützung, der gemeinsam verabredeten Inhalte und der Möglichkeit der flexiblen Kontaktgestaltung stellt die Soziotherapie eine ambulante, personenzentrierte und bedürfnisangepasste Leistung dar (vgl. Frieboes 2005, S. 12). Sie soll sinnvolle Unterstützungen, sowohl psychiatrische wie auch nicht-psychiatrische Hilfen, identifizieren und koordinieren. Auf diese Weise sollen u.a. das ambulante Versorgungssystem gestärkt und stationäre Klinikaufenthalte vermieden, bzw. reduziert werden. Damit beinhaltet die Soziotherapie Ziele, die auf übergeordneter Ebene psychiatriepolitisch seit Jahren verfolgt werden und u.a. auch im Konzept ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK)⁶ Niederschlag finden (vgl. Burgdorf; Sundmacher 2014).

⁶ Das Konzept basiert darauf, dass bei bestimmten Krankheitsbildern (z.B. werden explizit Depressionen, aber auch andere psychische Störungen aufgeführt) viele Klinikaufenthalte potentiell vermeidbar wären. Die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle hätten durch eine frühzeitige und qualifizierte ambulante Versorgung verhindert werden können. Vor diesem

2.3 Historie der Soziotherapie

In den folgenden Abschnitten wird die Historie der Soziotherapie, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung ihrer Implementierung und ihrer Rahmenbedingungen skizziert. Dabei wird zunächst ihre gesetzliche Verankerung und in der Folge die weitere Umsetzung bis zum aktuellen Zeitpunkt erläutert. Obwohl in dieser Arbeit die Soziotherapie als Leistung nach § 37a SGB V im Fokus der Analyse steht, wird in Kapitel 2.3.3 die Soziotherapie auch als Bestandteil von Verträgen der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V (Besondere Versorgung) thematisiert. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung von Soziotherapie in der Integrierten Versorgung auch Auswirkungen auf die Versorgung nach § 37a SGB V hatte und daher eine große Relevanz aufweist.

2.3.1 Einführung der Soziotherapie

Ausgehend von der so genannten Psychiatrie – Enquête⁷ 1975 wurden in den Folgejahren diverse psychiatrische Reformvorhaben nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ initiiert und umgesetzt. Rössler und Melchinger (2012) beschreiben, dass sich trotz der Reformbestrebungen und –vorhaben der 1970er und 1980er Jahre, wie z.B. dem Aufbau Sozialpsychiatrischer Dienste oder von Institutsambulanzen, gezeigt habe, dass insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf nicht ausreichend und ihren Bedürfnissen angepasst versorgt werden. Insbesondere die ambulante Versorgung sei weiterhin unzureichend aufgestellt und es fehle an Angeboten, die über die traditionelle medizinische Versorgung hinausgehen und verschiedene Hilfen koordinieren und bündeln würden (vgl. auch Voß In: Melchinger 1999, S. 6). Daher würden in der Folge auch immer wieder Menschen in erneute schwere Krisen geraten und als so genannte „Drehtürpatienten“ wiederholt in der Klinik behandelt werden, obwohl dies oftmals durch ambulante personenzentrierte Hilfen vermieden werden könnte (vgl. Melchinger 1999, S. 9). Auch wenn der ambulante Versorgungsbereich eine große Priorität genießen sollte und wirksame Behandlungsstrategien bekannt seien, hält Melchinger fest: „In der Routineversorgung ist es bisher nicht gelungen, deren Potential auch nur annähernd auszuschöpfen.“ (ebd.). Daher wurde wiederholt gefordert, die Klientel der schwerer psychisch

Hintergrund geben die ASK als Indikator Hinweise auf die Qualität des ambulanten Versorgungssystems und zeigen das große Verbesserungspotential in diesem Versorgungsbereich (vgl. Burgdorf; Sundmacher 2014).

⁷ Als Psychiatrie-Enquête wird vor allem der 1975 erschienene „Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland“ bezeichnet. Eine von der Bundesregierung eingesetzte Sachverständigenkommission (Enquête-Kommission) machte darin die unzureichenden und menschenunwürdigen Verhältnisse in psychiatrischen Anstalten deutlich und stellte diverse Forderungen nach einer grundsätzlichen Veränderung der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Krankheit auf. So sollten u.a. dezentrale Großkliniken abgebaut und außerklinische Einrichtungen (Übergangswohnheime, betreute Wohnformen, Tagesstätten) und ambulante Dienste aufgebaut werden (vgl. Deutscher Bundestag 1975).

Erkrankten besonders zu beachten und für eine bessere Unterstützung die medizinische Regelversorgung zu stärken (vgl. ebd.).⁸

Rössler und Melchinger (2012, S. 106) beschreiben, dass in Folge der verschiedenen Reformgedanken und –modelle in den zwei Jahrzehnten nach der Psychiatrie-Enquête anschließend in den 1990er Jahren zunächst eine Erschöpfung bzgl. der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung vorlag. Dennoch habe sich schließlich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die medizinische Regelversorgung der niedergelassenen NervenärztInnen und PsychiaterInnen gestärkt werden muss. Dafür sollte die Möglichkeit geschaffen werden, durch Einbezug von SoziotherapeutInnen bedarfsorientierte, koordinierte und in einen gemeinsamen Behandlungsplan integrierte Leistungen anzubieten. Um die Möglichkeiten und Inhalte einer neuen Leistung „Ambulante Soziotherapie“ zu ermitteln, wurde vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) ein Modellprojekt initiiert sowie begleitet und durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt, in dessen Rahmen soziotherapeutische Behandlungsfälle analysiert wurden.

Das Modellprojekt wurde unter dem Arbeitstitel „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ in den Jahren 1995 bis 1998 umgesetzt, ausgewertet und anschließend in Form eines Evaluationsberichtes veröffentlicht (vgl. Melchinger 1999).⁹ Von den Ergebnissen der Evaluation sollte die Entscheidung der Spitzenverbände der GKV abhängig gemacht werden, ob sich diese für eine Verankerung von Soziotherapie engagieren würden. Die Haltung der Krankenkassen gegenüber einer möglichen Einführung von Soziotherapie und der Umsetzung eines Modellprojektes wird als eher ablehnend beschrieben, da diese eine Ausweitung und Verlagerung von Kosten zulasten der Krankenkassen befürchteten (vgl. Rössler; Melchinger 2012, S. 106).

Daher sollten im Rahmen des Modellprojektes vor allem Fragen nach den Inhalten und des Umfangs von Soziotherapie, der Abgrenzung zu anderen Hilfsangeboten (z.B. andere Therapieformen oder Maßnahmen der Eingliederungshilfe) sowie Einsparmöglichkeiten der Behandlungskosten für stationäre Klinikbehandlungen beantwortet werden (vgl. Melchinger 1999, S. 13).

⁸ Bereits 1989 wurde dieser Aspekt im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes aufgenommen und explizit formuliert: „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation“ (§ 27 Abs. 1 SGB V).

⁹ Im Rahmen des Modellprojektes wurden in drei kooperierenden, aber regional sehr unterschiedlichen Modelleinrichtungen (eine Nervenarztpraxis und zwei Verbünde von Hilfsangeboten für psychisch Erkrankte) insgesamt 186 Behandlungsfälle untersucht. Zum Untersuchungszeitpunkt waren davon 76 Fälle abgeschlossen, sowie lagen weitere 41 Fälle weitestgehend beendet vor. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation wurde durch das Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung in Hannover durchgeführt und der Evaluationsbericht von Melchinger veröffentlicht (vgl. Melchinger 1999, S. 17).

Als wesentliche Erkenntnisse des Modellprojektes wurden festgehalten (vgl. ebd., S. 39 f.):

- Soziotherapie ist inhaltlich und formal von anderen Hilfsangeboten abgrenzbar.
- In 82% der Behandlungsfälle konnten vorher definierte Ziele ganz oder teilweise erreicht werden.
- Die Unterstützung führte zu einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und der psychosozialen Kompetenzen.
- Psychosoziale Belastungsfaktoren konnten durch die soziotherapeutischen Interventionen reduziert werden.
- Integrationen in andere Hilssysteme und –angebote konnten häufig erfolgreich umgesetzt werden.
- Die subjektive Lebenszufriedenheit der PatientInnen hat sich im Vergleich zwischen Beginn und Beendigung der Behandlung deutlich erhöht.
- Durch die ambulante Soziotherapie konnte die Anzahl von stationären Klinikbehandlungstagen deutlich verringert und damit auch die Krankenhauskosten erheblich reduziert werden.
- Weitere Optimierungs- und Einspareffekte (z.B. Verringerung von Krankmeldungen, Vermeidung oder Verkürzung von ineffektiven Therapieformen) ergaben sich zusätzlich in Folge der besseren Koordination und Stabilisierung von PatientInnen und deren Angehörigen.

„In der Zusammenschau belegen die Erfahrungen nachdrücklich, dass ambulante Soziotherapie als Erweiterung des ärztlichen Behandlungsangebotes bei schwer psychisch Kranken ein wirksames Verfahren zur Rezidivprophylaxe darstellt. Mit der Verordnung von Soziotherapie wird angestrebt, schwer psychisch Kranke zu befähigen, dass vorhandene Behandlungs- und Betreuungsangebot für sich nutzbar zu machen. Das Ziel von ambulanter Soziotherapie liegt letztlich darin, für die Patienten Lebensperspektiven anzubahnen, die langfristig das Erfordernis von stationärer Behandlung auf eine nicht beeinflussbare Restgröße reduzieren“ (Melchinger 1999, S. 8). Daher kommt die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes zu der Einschätzung, dass Soziotherapie nicht nur als ergänzende Leistung zur Rehabilitation, sondern als ein integraler Bestandteil der Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung umzusetzen sei.

In der Folge der Auswertung des Modellprojektes wurde Soziotherapie schließlich im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahr 2000 gesetzlich im SGB V verankert. Nach einer Übergangsregelung von zwei weiteren Jahren wurde die Richtlinie zur Soziotherapie „nach einem quälend langen Diskussionsprozess“ (Rössler; Melchinger 2012, S. 106) verabschiedet und in der Folge die gesetzliche Leistung Soziotherapie

mit Wirkung zum 1.1.2002 endgültig verordnungsfähig. In der Richtlinie wurde allerdings der Personenkreis, der Soziotherapie erhalten sollte, stark eingeschränkt. Demnach sollten nur bestimmte Diagnosen verordnungsfähig sein und ausschließlich PatientInnen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder affektiven Störungen mit zusätzlichen psychotischen Symptomen Soziotherapie erhalten. Bei allen anderen Diagnosegruppen erfolgte keine Indikation für eine Soziotherapie (vgl. auch KVSH 2015).

2.3.2 Schleppende Implementierung und Stagnation

Nach den umfangreichen und zähen Verhandlungen über mehrere Jahre war die Einführung der Soziotherapie zunächst mit einer positiven Euphorie und vielen Hoffnungen verbunden. So wurden die Sinnhaftigkeit und die Effektivität der Soziotherapie in den verschiedenen Fachorganen betont (vgl. Lütjen 2015, S. 98) und aufgrund des bestehenden Bedarfes hohe Erwartungen an die Umsetzung der neuen Leistung geknüpft (vgl. DGVT 2014). In einem beschlossenen Antrag mit dem Titel „25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung“ im Juni 2002 wurde im Deutschen Bundestag u.a. beschlossen, dass die Soziotherapie ein integrierter Bestandteil eines komplexen ambulanten Hilfsangebotes sein soll. In dem Antrag wird bereits darauf verwiesen, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis in den Richtlinien sehr restriktiv definiert worden sei, so dass fraglich wäre, ob die Soziotherapie den ursprünglichen Anspruch überhaupt umsetzen könne. Daher forderte der Bundestag auch eine Evaluierung der Umsetzung, um bei Bedarf die Richtlinien verändern zu können (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 3).

Bereits kurz nach der Einführung und endgültigen Verabschiedung der Soziotherapie-Richtlinie im Jahr 2002, beschrieb Nowack (2002) die Soziotherapie als einen „Papiertiger“, da sich trotz der enormen Vorarbeiten kaum Hinweise auf eine Realisierung der Leistung entdecken ließen. Nowack sieht vor allem die fehlende Bereitschaft der Krankenkassen als Hauptgrund für den schleppenden Umsetzungsbeginn. So hätten u.a. auch die im Jahr 2001 aufgestellten „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie“ dazu geführt, die Zulassungskriterien so hoch anzusetzen, dass potentielle Anbieter diese kaum erfüllen konnten.¹⁰ Darin wurde u.a. festgehalten, dass nur Dipl. SozialarbeiterInnen /

¹⁰ Bei der Einführung der Soziotherapie wurde den Krankenkassen der Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern als Kann-Möglichkeit freigestellt (§ 132b Abs. 1 SGB V). Nach § 132b Abs. 2 SGB V war es zudem den Krankenkassen oder deren Verbänden überlassen, allein die Kriterien für eine Zulassung als SoziotherapeutIn zu bestimmen und mit aus ihrer Sicht geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge abzuschließen. Die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen sollten dafür dementsprechend die Grundlage darstellen (vgl. auch Ließem 2015, S. 9).

SozialpädagogInnen und Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie in der Soziotherapie eingesetzt werden dürfen, wenn diese zudem eine mindestens dreijährige vollzeitige psychiatrische Berufspraxis vorweisen können, wovon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus sowie mindestens ein Jahr in einer ambulanten psychiatrischen Einrichtung gearbeitet werden musste. Außerdem sollte ein hohes Maß verschiedener spezifischer Kenntnisse (z.B. des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems, des Sozialleistungssystems oder in Rechtskunde) nachgewiesen werden (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen 2001, S. 3-4). Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurde der § 132b Abs. 2 SGB V einige Jahre später zum 1.8.2008 gestrichen, da diese Regelung, wie beschrieben, zu einer einseitigen Beschränkung der Zulassungen für SoziotherapeutInnen geführt habe (vgl. (G-BA 2015, S. 10). Dennoch benutzten die verschiedenen Krankenkassen in den Folgejahren oftmals weiterhin die in den Empfehlungen genannten hohen Kriterien für ihre Entscheidungen bzgl. der Bewilligung von Verträgen und Zulassungen von Leistungserbringern (vgl. Ließem 2015, S. 10).

In den Jahren nach der Einführung der Soziotherapie konnten zwar schließlich einzelne Leistungserbringer mit den Krankenkassen Verträge abschließen sowie in vier Bundesländern Landesrahmenverträge¹¹ vereinbart werden, eine flächendeckende und umfangreiche Umsetzung von Soziotherapie erfolgte jedoch nicht. So beschreibt Friboes (2005, S. 29), dass im Jahr 2004 insgesamt 190 Verträge existierten, wobei der Großteil von jeweils 79 Verträgen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz mit regionalen sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) und der freien Wohlfahrtspflege geschlossen worden. In neun weiteren Bundesländern wurden nur vereinzelt und in fünf Bundesländern gar keine Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen.

Nach einer Beauftragung durch den G-BA stellte die Aktion Psychisch Kranke e.V. 2006 einen Evaluationsbericht vor, in dem die fehlende Implementierung der Soziotherapie herausgearbeitet wurde und vielfältige Gründe für Umsetzungsschwierigkeiten benannt werden. So wird als Fazit der Evaluation der Aktion Psychisch Kranke e.V. festgehalten: „Die verzögerte Implementation lag nicht an mangelnder Wirksamkeit von Soziotherapie. Diese wurde schon vor Jahren empirisch nachgewiesen und wird von den seitdem mit Soziotherapie selbst arbeitenden oder zusammenarbeitenden Fachleuten bestätigt. Sie lag vor allem an den

¹¹ In den Bundesländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wurden im Jahr 2002 Landesrahmenverträge zwischen den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege und den Krankenkassen geschlossen, in denen die Anforderungen an die Leistungserbringer z.T. für eine Übergangszeit abgesenkt worden (vgl. Krüger 2010). Weitere Landesrahmenverträge wurden 2003 für Bayern und das Saarland abgeschlossen. Zudem wurde Jahre später im Jahr 2018 in Nordrhein-Westfalen ein Rahmenvertrag zwischen dem Verband der Ersatzkassen (vdek) und dem Berufsverband der Soziotherapeuten vereinbart.

umsetzungsbehindernden Richtlinien des Bundesausschusses und Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und an der deutlichen Zurückhaltung der Krankenkassen vor Ort, „Soziotherapie einzuführen“ (Krüger 2010). Der im Unterausschuss Soziotherapie des G-BA vorgestellte Evaluationsbericht der Aktion Psychisch Kranke e.V. war, laut G-BA, allerdings methodisch nicht ausreichend dazu geeignet, die Fragestellungen nach der Implementierung und möglichen Umsetzungsschwierigkeiten zu beantworten, um ggf. die Richtlinien entsprechend anzupassen, so dass der G-BA eine eigene Evaluation durchführte (vgl. G-BA 2008). Dieser ausführlichere Evaluationsbericht wurde schließlich im Januar 2008 veröffentlicht. Darin wurde vor allem bestätigt, dass

- nicht genügend oder in einzelnen Bundesländern überhaupt keine Leistungserbringer zur Verfügung stehen.
- nicht alle schwer psychisch Erkrankten, aufgrund der Diagnoseeinschränkung, Soziotherapie erhalten können.
- vielen HausärztInnen die Leistung Soziotherapie gar nicht bekannt ist.
- VerordnerInnen nicht in bedarfsgerechter Weise zur Verfügung stehen und auch nur die Hälfte der zugelassenen VerordnerInnen aktuell Soziotherapie verordnet.
- es einen Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit zwischen VerordnerInnen und Leistungserbringern und insbesondere den Krankenkassen gibt (vgl. ebd.).

Die unzureichende Implementierung wurde auch anhand der sich nur langsam steigernden Ausgaben für Soziotherapie deutlich. So ist zwar nach der Einführung der Leistung seit 2001 eine stetig zunehmende Ausgabe bis zum Jahr 2008 zu verzeichnen, doch die von der Bundesregierung anvisierten Ausgabensummen werden bei weitem nicht erreicht (vgl. auch Ließem 2015, S. 9). Während die realen Ausgaben von 141.000 € (2001) auf 3.368.000 € (2008) ansteigen, wurde angedacht und prognostiziert, dass im ersten Jahr nach Einführung der Soziotherapie mit Ausgaben in Höhe von 125 Mio. DM im Jahr 2000 zu rechnen sei und in den Folgejahren ab 2001 mit jährlichen Kosten von ca. 250 Mio. DM (128 Mio. €) geplant werde (vgl. **Abbildung 1**).

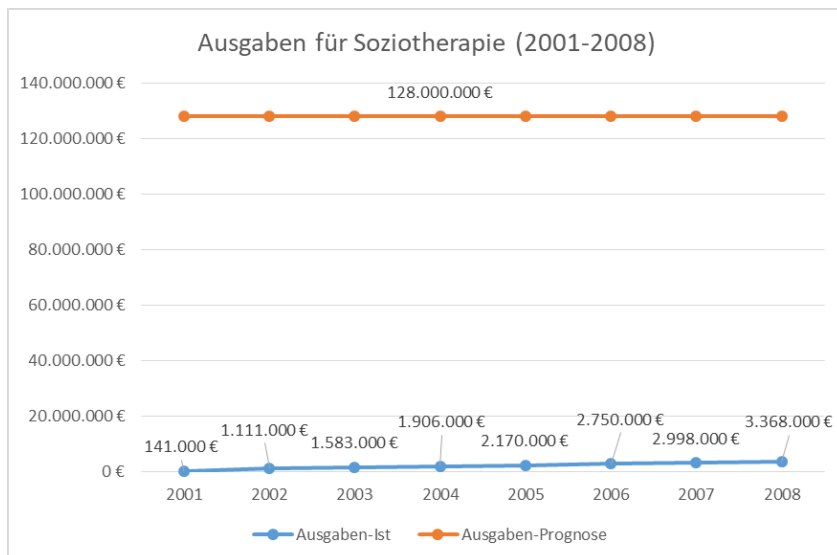


Abbildung 1: Ausgaben für Soziotherapie in den Jahren 2001 - 2008. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Krüger 2010.

Nach der Veröffentlichung des Evaluationsberichtes wurden jedoch vorerst keine weiteren Veränderungen vorgenommen. Zunächst hatte der G-BA nach dem Vorliegen der Evaluation und auf Anregung der PatientInnenvertretung¹² 2008 beschlossen, die Beratung zur Soziotherapie gemeinsam mit denen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu führen. In der Folge stimmten sich jedoch VertreterInnen des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des G-BA und des Bundesministeriums für Gesundheit ab, das Thema erst einmal an die Gesundheitskonferenz der Länder zur weiteren Klärung abzugeben, da aus ihrer Sicht die unzureichende Implementierung der Soziotherapie nicht auf die aufgestellten Richtlinien zurückzuführen sei. Daher sollten die Beratungen zunächst ruhen bis die Obersten Landesbehörden eine Rückmeldung geben würden (vgl. G-BA 2014, S. 2). Diese Rückmeldung erfolgte im Jahr 2010, indem die bisherigen Erkenntnisse bestätigt wurden. Im G-BA wurde in der Folge beschlossen, die Beratungen im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ wieder aufzunehmen, allerdings sollten dafür zunächst aktuellere Daten und Studienergebnisse vorliegen.

Rössler und Melchinger (2012, S. 107) stellten daher 2012 das Scheitern der Soziotherapie fest: „Seit 10 Jahren ist Soziotherapie verordnungsfähig. Bis heute ist es in den meisten Bundesländern nicht gelungen, eine flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie auch nur in Ansätzen zu erreichen.“ Es sei nicht nur eine Stagnation bei der Implementierung, sondern in den letzten Jahren sogar auch wieder ein

¹² Die PatientInnenvertretung im G-BA setzt sich aus VertreterInnen von vier PatientInnenorganisationen (Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen e.V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.) zusammen. Die PatientInnenvertretung hat die Möglichkeit, im G-BA mit zu beraten und Anträge zu stellen, verfügt allerdings über kein Stimmrecht (vgl. Patientenvertretung im G-BA 2015).

zunehmender Rückgang von Soziotherapiefällen zu verzeichnen (vgl. ebd.). Schreckling ist zwar der Überzeugung, dass sich die Soziotherapie als „maßgeschneiderte und effiziente Behandlung und Nachsorge weiter etablieren und bewähren“ (2012, S. 108) wird. Sie muss allerdings auch feststellen, dass die Bedeutung der Soziotherapie noch nicht ausreichend erkannt und umgesetzt wurde (ebd.).

Erst nach einem konkreten Antrag auf eine Änderung der Soziotherapie-Richtlinie der PatientInnenvertreter nimmt der G-BA schließlich Mitte 2012 seine Beratungen über eine Veränderung der Soziotherapie-Richtlinie wieder auf (vgl. DGVt 2014). In der Folge wird eine Expertenanhörung durchgeführt und die Stellungnahmen der hierzu berechtigten Organisationen und Verbände einbezogen, um schließlich die Richtlinie im Jahr 2015 zu verändern (vgl. G-BA 2014, S. 3).

2.3.3 Soziotherapie als Bestandteil von Integrierter Versorgung

Im Rahmen der GKV Gesundheitsreform im Jahr 2000 und des GKV Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 wurden Verträge der Integrierten Versorgung (IV)¹³ nach § 140a-d erstmalig gesetzlich verankert und damit eine „sektorenübergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten ohne expliziten Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht“ (Amelung; Wolf 2012, S. 18). Die Verträge sollten u.a. auch dazu genutzt werden, neue Versorgungsformen zu erproben und bei Erfolg in größerem Umfang umzusetzen (vgl. DGIV 2014, S. 3). Seit der erstmaligen gesetzlichen Verankerung können Krankenkassen Verträge mit einzelnen Leistungserbringern aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen abschließen (vgl. AOK 2018).

Auch wenn im Bereich der psychiatrischen Versorgung Modelle der Integrierten Versorgung zunächst nur sehr zögerlich umgesetzt wurden (vgl. Rössler; Melchinger 2012, S. 107), sind parallel zur unzureichenden Implementierung der Regelleistung Soziotherapie verschiedene Integrierte Versorgungsverträge im psychiatrischen Versorgungsbereich entwickelt und umgesetzt worden, die Soziotherapie als einen wesentlichen Inhalt der Verträge beinhalten. In diesen Verträgen fungiert die Soziotherapie als Behandlungsmodul, welches in der Regel mit anderen Leistungsinhalten, wie z.B. der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP), angeboten wird (vgl. Lütjen 2015, S. 107).

Als Beispiele für diese IV-Verträge sind sowohl bundesweit umgesetzte Verträge einzelner Krankenkassen, wie „Netzwerk psychische Gesundheit (NwpG)“ oder „Seelische Gesundheit leben (SeGel)“, zu nennen, aber auch ausschließlich regional

¹³ Die Verträge der Integrierten Versorgung wurden 2015 schließlich mit anderen Selektivverträgen als Vertrag der „Besonderen Versorgung“ nach §140a SGB V zusammengefasst.

vereinbarte Verträge, wie die IV Multiprofessionelle Behandlungseinheit (MBE) mit der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (GAPSY) als Leistungserbringer in Bremen oder verschiedene IV-Verträge der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB). Die Ziele und Inhalte dieser Verträge sind in der Regel ähnlich, wie die der Soziotherapie nach § 37a SGB V, insbesondere die Vermeidung von Krankenhausbehandlung wird als wesentliches Ziel verfolgt. Auch wenn die IV-Verträge darüber hinaus übergeordnete Ziele, wie eine Überwindung von fragmentierten Angebotsstrukturen, eine Vermeidung von Behandlungsbrüchen und eine Steigerung der Qualität und Effizienz verfolgen sollen (vgl. Amelung; Wolf 2012, S. 18), gilt es aus Sicht der Krankenkassen vor allem auch, die (stationären) Behandlungskosten zu reduzieren (vgl. Rössler; Melchinger 2012, S. 107). Um dieses Ziel zu erreichen, werden in den meisten dieser IV-Verträge die zulässigen Diagnosen auch nicht, wie bis dahin in der Soziotherapie, auf nur einen kleinen Kreis der verordnungsfähigen Diagnosen begrenzt, sondern umfassen in der Regel alle gängigen psychiatrischen Diagnosen. Ließem (2015, S. 5) entdeckt darin einen deutlichen Widerspruch in der Handhabung der Krankenkassen gegenüber ihrer rigiden Haltung in Bezug auf die Regelleistung Soziotherapie. Zudem seien in den IV-Verträgen oftmals die Zulassungskriterien für Leistungserbringer, die Honorierung der Leistungen und die Zugangswege für PatientInnen, im Gegensatz zur Regelversorgung in der Soziotherapie, deutlich besser und unbürokratischer geregelt (vgl. auch Mönter 2015).

Während die Leistung Soziotherapie als Regelversorgung kaum implementiert werden konnte, wurde Soziotherapie als Bestandteil der IV-Verträge bundesweit zumindest vermehrt umgesetzt. Dies führte u.a. auch dazu, dass in den Beratungen im G-BA über eine Ausweitung der verordnungsfähigen Diagnosen in der Regelversorgung, positive Erfahrungen aus IV-Verträgen eingebracht werden konnten. So wurde u.a. anhand der Erfahrungen der PIBB in Berlin, die mit einer Evaluation der Berliner Charité untermauert werden konnten, die Wirksamkeit und Bedeutung der Soziotherapie, auch in Bezug auf weitere Diagnosegruppen, deutlich gemacht (vgl. Mönter 2015).

2.3.4 Novellierungen der Soziotherapie - Richtlinie

Nach der seit Jahren schleppenden und unzureichenden Implementierung der Soziotherapie wurden viele Hoffnungen, insbesondere der PatientInnen und Leistungserbringer, mit der Novellierung der Soziotherapie-Richtlinie verbunden (vgl. Ließem 2015, S. 4). Nach der langjährigen Vorarbeit wurde die Richtlinie erstmalig im Jahr 2015 verändert. Als wesentliche Änderung wurde eine „Öffnungsklausel“ hinzugefügt, nach der bei einem erhöhten Schweregrad der Beeinträchtigung von Aktivitäten und beim Vorliegen weiterer Beeinträchtigungen, im begründeten Einzelfall

Soziotherapie auch bei allen weiteren psychischen Erkrankungen (psychiatrische Diagnosen nach ICD 10 F00-F99) verordnet werden kann.¹⁴ Die Gruppe der verordnungsberechtigten ÄrztInnen wurde zudem auf die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V erweitert.

Darüber hinaus wurde in der Richtlinie die Möglichkeit der Überweisung von allen VertragsärztInnen zu verordnungsberechtigten FachärztInnen / PsychotherapeutInnen unter Hinzuziehung und Abklärung von Soziotherapie etwas erweitert, so dass nun 5 statt 3 Stunden für diese Fälle berechnungsfähig sind. Zudem werden in der Richtlinie einzelne Ergänzungen vorgenommen, um aktuelle Rechtsprechungen einzubeziehen und Fehlinterpretationen der Richtlinie zu vermeiden. So wird festgehalten, dass eine erneute Verordnung von Soziotherapie nach Ablauf von drei Jahren nach Erstverordnung nicht ausgeschlossen ist (§ 5 Abs. 1)¹⁵ und die Leistung auch erfolgen kann, wenn bislang noch kein stationärer Aufenthalt im Vorfeld einer Soziotherapie stattgefunden hat (§ 1 Abs. 3). Zum Ende des Jahres 2015 wird die Richtlinie im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) ergänzt, indem noch der § 4a „Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements“ eingefügt wird. Dies ermöglicht, dass ein Krankenhaus Soziotherapie für einen Zeitraum von 7 Tagen nach der Entlassung verordnen kann.

Die Reaktionen auf die Novellierung der Richtlinie fallen sehr vielfältig aus. Auf der einen Seite wird vor allem die Erweiterung der verordnungsfähigen Diagnosen als sehr positiv und als wichtiger Schritt in die richtige Richtung eingeschätzt, auf der anderen Seite würden die Ergebnisse hinter den Erwartungen und Erfordernissen der Praxis zurückbleiben (vgl. Patientenvertretung 2015) und die alten Probleme der Abhängigkeit von den Vorgaben der Krankenkassen würden weiter bestehen bleiben (vgl. Ließem 2015). So beschreibt auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): „Die DGPPN begrüßt die inhaltliche Weiterentwicklung der Leitlinie, sieht aber weiterhin Optimierungsbedarf in der Umsetzung“ (DGPPN 2015). So bleiben vor allem die kritisierten Inhalte der Zulassungsvoraussetzungen und der Vergütungskonditionen wie bisher bestehen. Der G-BA verweist darauf, dass er in der Richtlinie zur Soziotherapie zwar die Voraussetzungen, die Art, die Inhalte und den Umfang der Leistung definiert, allerdings

¹⁴ Bei der Bestimmung des Schweregrades der Fähigkeitsstörungen muss der GAF-Skala-Wert, einen Wert von ≤ 40 (statt wie bei der Regelindikation von ≤ 50) aufweisen. Als weitere Beeinträchtigten müssen relevante Co-Morbiditäten, eine stark eingeschränkte Fähigkeit zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben, eine eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher/psychotherapeutischer (verordneter) Leistungen oder eine starke eingeschränkte Wegefähigkeit vorliegen (vgl. § 2 Abs. 4 ST-RL).

¹⁵ In einem Gerichtsurteil vom 20.04.2010 (AZ B 1/3 KR 21/08 R) hatte das Bundessozialgericht (BSG) ein vorheriges Urteil des Landessozialgerichtes Baden-Württemberg vom 16.09.2008 (AZ L 11 KR 1171/08) bereits bestätigt und entschieden, dass Soziotherapie nach einem Zeitraum von drei Jahren bei entsprechender Indikation erneut verordnet werden könne und ein neuer Dreijahreszeitraum beginne (vgl. auch MDS 2018, S.10).

Aspekte, wie die Zulassungsvoraussetzungen oder die Vergütungssätze nicht regelt (vgl. G-BA 2015).

In Folge der geänderten Richtlinie setzt sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dafür ein, die erwarteten Veränderungen für die VerordnerInnen anzupassen. So wird nach einem Antrag der KBV durch den Erweiterten Bewertungsausschuss entschieden, die Verordnung von Psychotherapie extrabudgetär und zu festen Preisen für die VerordnerInnen zu vergüten. Dies bedeutet, dass das Ausstellen von Verordnungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Änderungen in den Richtlinien dazu beitragen sollen, für mehr PatientInnen Psychotherapie zu verordnen und daher eine Mengenausweitung zu erwarten sei (vgl. Hillienhof 2016, S. 53).

Für die Vertragsgestaltung zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen (und –verbänden) erhält eine gesetzliche Änderung im Jahr 2016 eine besondere Bedeutung. Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), welches am 10.11.2016 in Kraft tritt, wird im § 132b SGB V ergänzt, dass es bei einer Nichteinigung zwischen den Vertragspartnern möglich ist, eine Schiedsperson zu bestimmen, die dann in einem Schiedsverfahren die Inhalte festlegen kann. Davon wird sich eine deutliche Veränderung der Vertragsverhandlungen erhofft, um „den dringend notwendigen Ausbau der Psychotherapie voranzutreiben“ (Deutscher Bundestag 2016, S. 5).

Zudem wurden bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 die Befugnisse von VertragspsychotherapeutInnen in der psychiatrischen Versorgung gestärkt, in dem die PsychotherapeutInnen Menschen mit einer psychischen Erkrankung u.a. in ein Krankenhaus einweisen, aber auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Psychotherapie verordnen sollten (vgl. BPtK 2017, S. 4). Mit einer erneuten Veränderung der Psychotherapie-Richtlinie im Juli 2017 sind diese Veränderungen schließlich auch in der Psychotherapie in Kraft getreten und somit wurde der Kreis der Verordnungsberechtigten um die VertragspsychotherapeutInnen erweitert (vgl. G-BA 2017).

In Folge der Novellierungen der Richtlinie und den weiteren gesetzlichen Veränderungen ist zu spüren, dass das Thema Psychotherapie wieder vermehrt in der Fachöffentlichkeit präsent ist. Von den Fachverbänden erfolgen Tagungen und Veranstaltungen, die u.a. die veränderten Richtlinien der Psychotherapie thematisieren, wie zum Beispiel Veranstaltungen des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie mit Titeln wie „Fachtagung Psychotherapie“ am 30.10.2015 oder „Die Psychotherapie ist auf dem Weg zur bundesweiten Etablierung“ am 5.12.2018 (vgl. Dachverband Gemeindepsychiatrie 2019). Vor diesem Hintergrund gibt es aktuell viele Hoffnungen

und ein großes Interesse daran, dass die Soziotherapie in den nächsten Jahren umfangreicher umgesetzt werden kann (vgl. ebd.).

3. Methoden

Ziel dieser Masterthesis ist es, die aktuelle Umsetzung der Soziotherapie zu erheben, mögliche Umsetzungshindernisse zu identifizieren und in der Folge zu analysieren. Um dieses Vorhaben umzusetzen wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Methodenmix verwendet, der in den folgenden Abschnitten in Bezug auf die verwendete Datengrundlage, die Datenaufbereitung und die Datenanalyse näher vorgestellt wird.

3.1 *Datengrundlage*

Zur Soziotherapie existiert nur wenig veröffentlichte Literatur. In den Jahren nach ihrer gesetzlichen Verankerung Anfang der 2000er Jahre wurden zwar vor allem einzelne Artikel in Fachzeitschriften zu diesem Thema geschrieben, aktuelle Veröffentlichungen erfolgen jedoch kaum noch. Als Grundlage für eine Literaturanalyse dienen, neben diesen Fachartikeln, insbesondere die offiziellen Veröffentlichungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Richtlinien der Soziotherapie sowie Stellungnahmen und Forderungen von Fachverbänden (z.B. des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie oder des Berufsverbandes der Soziotherapeuten). Da keine allgemeinen Daten zur Umsetzung von Soziotherapie erhoben und veröffentlicht werden, galt es, einzelne Informationen über die aktuelle Umsetzung aus den vorliegenden Veröffentlichungen herauszufiltern, um eine grobe Einschätzung der Umsetzung zu erhalten. Die Literaturrecherche erfolgte insbesondere in den Online - Katalogen von Universitätsbibliotheken (z.B. Online - Katalog der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen und GVK – Gemeinsamer Verbundkatalog). Zudem wurde auf relevante fachspezifische Literaturdatenbanken, wie PubPsych, LIVIVO, Bibnet.org und allgemeine Datenbanken, wie SpringerLink oder die Zeitschriftendatenbank ZDB und GoogleScholar, zugegriffen. Desweiteren dienten Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes und des Bundesministeriums für Gesundheit als Quellengrundlage.

Aufgrund der unzureichenden Literaturgrundlage zur aktuellen Umsetzung und zu konkreten Umsetzungshindernissen der Soziotherapie wurde deutlich, dass weitere Erhebungen im Rahmen dieser Arbeit vorgenommen werden müssen. Für diese Erhebungen wurde ein Methodenmix, bestehend aus der Auswertung einer Abfrage bei den Krankenkassen und einer Befragung von Leistungsanbietern von Soziotherapie sowie einer qualitativen Inhaltsanalyse von ExpertInneninterviews, ausgewählt.

Da keine bundesweiten und kaum bundesländerspezifische Übersichten, zum Beispiel über die Anzahl der Soziotherapieanbieter, existieren, wurden Anfragen an die im jeweiligen Bundesland für die Zulassung von SoziotherapeutInnen zuständigen

Krankenkassen per Email gestellt.¹⁶ Erfragt wurden die Anzahl von zugelassenen Anbietern/Trägern, die Anzahl zugelassener SoziotherapeutInnen sowie die Vergütungskonditionen im Bundesland. Insgesamt erfolgten aus 12 verschiedenen Bundesländern schriftliche (per Email) oder telefonische Rückantworten mit Informationen. In 4 Bundesländern konnten oder wollten keine Angaben gemacht werden. Informationen über die Vergütungskonditionen wurden von keiner Krankenkasse bereitgestellt.

Für eine Recherche bei den Anbietern von Soziotherapie wurde ein standardisierter Fragebogen auf Grundlage der Kriterien zur Erstellung von Fragebogen nach Lüdders (2016) entwickelt, dessen Inhalte aus der Literatur- und Dokumentenanalyse abgeleitet wurden (siehe Anhang). Dabei wurde der Aufbau, der Umfang und das Anschreiben des Fragebogens so gestaltet, dass er für die Zielgruppe passend erscheint (vgl. ebd., S. 115). Zudem wurden auch die Fragen, entsprechend der Kriterien, möglichst verständlich, eindeutig, und kurz formuliert sowie Suggestivfragen o.ä. vermieden (vgl. ebd., S. 51). Es wurden sowohl offene Fragen (z.B. nach Umsetzungshindernissen), wie auch geschlossene (Ja/Nein-Fragen und Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, z.T. in der Mehrfachauswahl) und halboffene Fragen (Geschlossene Frage mit der zusätzlichen Antwortmöglichkeit unter „Sonstiges“ etwas zu ergänzen) verwendet (vgl. Porst 2011, S. 51 f.). Mit Hilfe des Fragebogens sollten vor allem mögliche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen den Rahmenbedingungen der Leistungserbringer ausgemacht werden. Relevant erschienen insbesondere Fragen nach den Vergütungssätzen und weiteren Vertragskonditionen, der Anzahl eingesetzter SoziotherapeutInnen, aktuellen PatientInnenzahlen und möglichen Umsetzungshindernissen. Der Fragebogen sollte an möglichst viele aktuelle sowie ehemalige Leistungserbringer von Soziotherapie verschickt werden. Aufgrund der nicht existierenden Übersicht von Soziotherapeanbietern in Deutschland ist es allerdings unklar, wie die Grundgesamtheit der Befragung ausfällt (vgl. Mayer 2013, S. 61). Um möglichst viele Anbieter zu erreichen, konnte für die Verteilung des Fragebogens sowohl der Berufsverband der Soziotherapeuten wie auch der Dachverband Gemeindepsychiatrie genutzt werden, da in diesen Verbänden viele potentielle Anbieter von Soziotherapie zusammengeschlossen sind. Über diese beiden Verbände wurde der Fragebogen, inkl.

¹⁶ Die Anfragen wurden bei eindeutiger Zuständigkeit direkt an die jeweiligen AnsprechpartnerInnen persönlich oder an die allgemeine Email-Adresse der Kasse geschickt. Bei unklarer Zuständigkeit wurde der jeweilige Landesverband der AOK angeschrieben. Der Großteil der Zuständigkeiten konnte dem Handbuch „Soziotherapie in Deutschland“ entnommen werden (vgl. Ließem 2016). Bei Nicht-Reagieren einer Kasse wurden AnsprechpartnerInnen weiterer Krankenkassen des Bundeslandes angeschrieben.

Anschreiben, an ca. 140 Mitglieder des Berufsverbandes und ca. 220 Mitglieder des Dachverbandes per Email mit der Bitte an Rücksendung an den Autor gesendet.¹⁷

Auf diese Weise dürften zwar nicht alle, jedoch ein Großteil der soziotherapeutischen Leistungserbringer, mit der Anfrage erreicht worden sein. Insgesamt wurden 48 Fragebögen per Email an den Autor zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 13,33%.¹⁸ Der erzielte Rücklauf ermöglichte sowohl stichprobenartige Erkenntnisse zur aktuellen Umsetzung der Soziotherapie zu erhalten als auch Hinweise auf Umsetzungsschwierigkeiten abzuleiten.

Um die Umsetzung der Soziotherapie in Deutschland zu analysieren und zu bewerten, wurden des weiteren leitfadengestützte ExpertInneninterviews nach Meuser und Nagel (1991) genutzt. Die so genannten ExpertInnen stellen dabei Menschen dar, die in Bezug auf das entsprechende Thema über spezifisches Wissen oder Praxiserfahrung verfügen. In der Regel repräsentieren diese ExpertInnen eine Organisation oder Institutionen, bzw. spezifische Teile von diesen. Dies wird methodisch insbesondere genutzt, um unterschiedliche Positionen und Standpunkte stellvertretend zu erfragen (vgl. auch Legewie 2005, S. 18), was für die vorliegende Erhebung eine große Bedeutung aufweist. Als strukturierende Elemente dieser ExpertInneninterviews dienten auch Inhalte des Problemzentrierten Interviews nach Witzel (1982; 1985), die mit dieser Art des Interviews kompatibel erschienen. Dies betrifft Elemente wie die Leitfadenorientierung und die Interviewphasen in Form einer Erklärungsphase, einer allgemeinen Sondierung, der spezifischen Sondierung und möglichen Ad-hoc Fragen. Als Gesprächstechniken dienten in diesem Zusammenhang insbesondere die Anwendung von Verständnisfragen, der Zurückspiegelung des Erzählten und konfrontierender Fragen (vgl. auch Witzel 2000). Der entwickelte Interviewleitfaden (siehe Anhang) wurde inhaltlich aus der Literatur- und Dokumentenanalyse abgeleitet und orientierte sich methodisch an den Hinweisen zur Erstellung eines Leitfadens von Lüders (2016, S. 117). Die Verwendung eines Leitfadens dient insbesondere dem Ziel, möglichst konkrete Aussagen zu den verschiedenen Themenbereichen zu erhalten.

¹⁷ Zunächst wurde die Methode einer Online-Befragung befürwortet, weil sich davon vor allem eine leichte, schnelle und anonyme Bearbeitung für die Befragten versprochen wurde. Vorbereitende Pretests ergaben jedoch, dass die einzelnen Fragen (z.B. nach aktuellen Zahlen des Anbieters) oftmals eine vorherige oder parallele Recherche benötigen. Daher erschien es zielführender, diese anhand eines verschickten Fragebogens beantworten zu können, um ansonsten stattfindende Befragungsabbrüche zu vermeiden (vgl. Mayer 2013, S. 105). Zudem teilten einzelne Anbieter im Vorfeld der Befragung bereits mit, dass sie eine „persönliche“ Befragung per Email bevorzugen, weil für sie eine Online-Befragung mit einer Unklarheit der Speicherung der Daten verbunden sei.

¹⁸ Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Mitglieder der beiden Verbände aktuelle oder ehemalige Leistungserbringer der Soziotherapie sind, sondern auch Träger aus anderen Leistungsbereichen, andere Verbände oder andere Berufsgruppen Mitglieder der Verbände sein können.

Der Leitfaden unterstützt zudem eine Vergleichbarkeit der Antworten, bietet eine Struktur und Orientierung des Gespräches und ermöglicht es, keine wesentlichen Aspekte und Fragen im Gespräch zu übersehen (vgl. Mayer 2013, S. 37). Friebertshäuser (1997, S. 377) erkennt eine Gefahr beim Verwenden eines Leitfadens, wenn dieser zu einem reinen Frage- und Antwort Dialog und einem Abhaken von Fragen verleite, so dass kein Raum für die Entfaltung von Ideen des Befragten gegeben werde. Diese Kritik wurde aufgenommen, indem in den Gesprächen ein flexibler Umgang mit dem Leitfaden (z.B. bzgl. der Reihenfolge der Fragen) erfolgte. „Entscheidend für das Gelingen des ExpertInneninterviews ist unserer Erfahrung nach eine flexible, unbürokratische Handhabung des Leitfadens im Sinne eines Themenkomplexes und nicht im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas“ (Meuser; Nagel 1997, S. 487).

Während der Fragebogen an die Leistungserbringer vor allem dazu dienen sollte, Einblick in die aktuelle Umsetzung und aktuelle Rahmenbedingungen zu erfahren, dienten die Interviews insbesondere einer qualitativen Erhebung, indem Bewertungen und Einschätzungen für Sachverhalte erfragt werden sollen.

Die Interviews wurden telefonisch geführt, da die GesprächspartnerInnen aus den verschiedenen Regionen Deutschlands kamen. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und als Audiodatei gespeichert. Mit Hilfe dieser Interviews galt es zu identifizieren, wie die aktuelle Umsetzung der Soziotherapie eingeschätzt wird, ob und welche Umsetzungshindernisse sowie förderliche Faktoren existieren und ob und wie eine Umsetzung verbessert werden könnte. Als Gesprächspartner wurden verschiedene Akteure, die sich mit der Umsetzung von Soziotherapie beschäftigen, ausgewählt. Angefragt wurden Vertreter von Verbänden, die im G-BA vertreten oder in Bezug auf die Beratungen zur Soziotherapie stellungnahmeberechtigt sind sowie Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, aus der Politik sowie eines Landesverbandes einer Krankenkasse. Dabei sollten möglichst ExpertInnen aus verschiedenen Verbänden und Organisationen befragt werden, um möglichst viele und eventuell konträre Sichtweisen auf das Thema zu erhalten.

Interviews konnten mit folgenden GesprächspartnerInnen geführt werden:

- Dr. Norbert Mönter (Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer der PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg; Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Soziotherapie) am 18.10.2018
- Hansgeorg Ließem (Vorsitzender des Berufsverbandes der Soziotherapeuten e.V.; stellungnahmeberechtigter Verband im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Soziotherapie) am 19.10.2018

- Elke Maßing (GKV Spitzenverband – Abteilung Ambulante Versorgung; Vertreterin im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Psychotherapie) am 08.11.2018
- Nils Greve (Vorsitzender Dachverband Gemeindepsychiatrie; stellungnahmeberechtigter Verband im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Psychotherapie) am 16.11.2018
- Jurand Daszkowski (Vorstandsmitglied Bundesverband Psychiatrieerfahrener; PatientInnenvertreter im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Psychotherapie) am 14.12.2018
- Maria Klein - Schmeink (Bundestagsabgeordnete; Mitglied im Gesundheitsausschuss; Gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90 / Die Grünen) am 18.12.2018
- Timo Pape (AOK Niedersachsen - Gesundheitsmanagement ambulant. Zuständig für die Verträge und Zulassungen von Psychotherapie in Niedersachsen) am 04.02.2019

Leider konnten, trotz entsprechender Anfragen, keine Gespräche mit Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit geführt werden.

3.2 Datenaufbereitung

Die gewonnenen Daten und Inhalte der Befragung der Anbieter sowie der ExpertInneninterviews wurden entsprechend aufbereitet.

Die Zusammenführung, Aufbereitung und Auswertung der standardisierten Fragebögen erfolgte mit Hilfe von Excel. Die erhobenen Daten wurden in einer Excel-Tabelle eingetragen, nummeriert, die Antworten teilweise codiert und eine Fehlerkontrolle vorgenommen (vgl. Mayer 2013, S.106 f.). Im Rahmen der Aufbereitung der offen gestellten Frage nach Umsetzungshindernissen wurden gleiche oder ähnliche Antworten zu einer Antwortkategorie zusammengeführt. Aufgrund der Vielfalt der Antworten könnten dennoch verschiedene Antworten denselben oder ähnlichen Sachverhalt meinen und müssen sich nicht ausschließen (z.B. die Antworten „geringe Bekanntheit der Leistung“ und „wenig Kenntnis bei VerordnerInnen). Diese Antworten wurden im Zweifel eigenen Antwortkategorien zugeordnet, so dass mögliche unterschiedliche Gesichtspunkte auch deutlich werden können.

Der Inhalt der ExpertInneninterviews wurde nach der Aufzeichnung als Audiodatei transkribiert (siehe Anhang). Dabei wurde eine inhaltlich-semantische Transkription vorgenommen, die sich an Kuckartz et al. (2008) orientiert. Dementsprechend wurde

u.a. wörtlich transkribiert, die Sprache jedoch zur Vereinfachung geglättet (z.B. keine Wiedergabe von Äußerungen wie „mhm“, „ähm“ und keine Wiedergabe von Wortdoppelungen bei Stottern). Gesprächspausen, besondere Stimmlagen, etc. wurden nicht speziell vermerkt, da dies auch nicht dem Standard der Aufbereitung von ExpertInneninterviews entspricht: „Da es bei Experteninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht, halten wir aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews oder konversationsanalytischen Auswertungen unvermeidlich sind, für überflüssig“ (Meuser; Nagel 1991, S. 445).

3.3 Datenanalyse

Im Rahmen der statistischen Datenanalyse wurden die in der Excel-Tabelle aufbereiteten Datensätze der Befragung der Anbieter mit Hilfe deskriptiver und explorativer Verfahren systematisch weiter bearbeitet und untersucht. Die deskriptive Datenanalyse, die einen beschreibenden Inhalt des vorliegenden Datensatzes darstellt, dient vor allem dem Zweck, die Informationen der vorliegenden Einzeldaten zu verdichten und in einer Form darzustellen, so dass wesentliche Aspekte deutlich werden. Dafür galt es u.a. die Daten in (andere) Kategorien zu transformieren und zusammenzufassen, Durchschnittswerte, Summen oder Prozentangaben der Datenreihen zu bilden sowie Tabellen und Grafiken zu erstellen (vgl. Kamps 2018). Die explorative Datenanalyse hat, über den beschreibenden Aspekt der deskriptiven Datenanalyse hinausgehend, das Ziel, Auffälligkeiten in einem Datensatz zu identifizieren. Dies dient zum einen dem Datencheck, um eventuelle Eingabefehler zu identifizieren und ggf. noch korrigieren zu können (vgl. Keller 2017). Zum anderen sucht sie nach Auffälligkeiten, um bestimmte Strukturen oder Besonderheiten in Daten auszumachen. Dabei trifft sie in der Regel ebenfalls nur Aussagen zu dem vorliegenden Datensatz und nicht darüber Hinausgehende. „Die Exploration der Daten gibt dem Anwender aber wichtige Impulse für die Formulierung von Hypothesen und Fragestellungen, die auch über den vorliegenden Datensatz hinaus interessieren“ (Becker et al. 2016, S. 28). In dieser Masterthesis soll genau dies mit der statistischen Datenanalyse und der stichprobenartigen Ermittlung von Ergebnissen zur aktuellen Umsetzung und möglichen Umsetzungshindernissen der Anbieter bezweckt werden.

Bei der Auswertung der ExpertInneninterviews wurde sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Meuser und Nagel (2009) orientiert. Dementsprechend wurde im Anschluss an die Transkription, der Text paraphrasiert und relevante Aussagen entsprechenden Überschriften zugeordnet. Anschließend wurden die Kernaussagen und wesentlichen Thesen zu den verschiedenen Unterthemen herausgearbeitet und Vergleiche zwischen den verschiedenen Interviews vorgenommen. Dabei galt es,

mögliche Gemeinsamkeiten und Differenzen zu den relevanten Fragestellungen und Themenbereichen zu ermitteln. Anschließend erfolgte eine thematische Ordnung der verschiedenen Unterthemen und die Sortierung einer thematisch sinnvollen Reihenfolge (vgl. auch Mayer 2013, S. 51 f.).

4. Ergebnisdarstellung der Befragungen

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Befragung der Leistungserbringer von Soziotherapie sowie die Ergebnisse der Auswertung der ExpertInneninterviews dargestellt.

4.1 Auswertung der Befragung der Leistungserbringer

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung der Leistungserbringer vorgestellt. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass von den 48 an der Befragung teilgenommenen Leistungsanbietern, 40 Leistungserbringer aktuell Soziotherapie anbieten und 8 Leistungsanbieter zum Befragungszeitpunkt keine Soziotherapie leisten. Es kann bei den aktuellen Leistungserbringern zudem noch unterschieden werden zwischen Leistungserbringern, die einen eigenen Vertrag oder einen Rahmenvertrag mit Krankenkassen (-verbänden) haben (31 Anbieter) und Leistungserbringern, die ohne einen Vertrag auf Grundlage von jeweiligen Einzelfallentscheidungen¹⁹ tätig werden (9 Anbieter) (vgl. **Abbildung 2**).

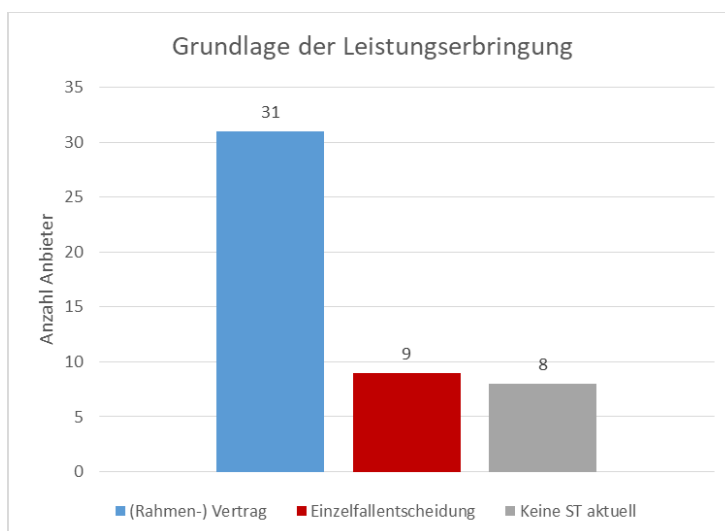


Abbildung 2: Grundlage der Leistungserbringung der Anbieter

Aus **Abbildung 3** wird ersichtlich, dass aus insgesamt 12 Bundesländern aktuelle Soziotherapeanbieter an der Befragung teilgenommen haben. Ein Anbieter wollte keine Angaben zum Bundesland machen. Die meisten Befragungsteilnehmer, mit jeweils 6 Anbietern, stellen die Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern, gefolgt von Sachsen-Anhalt (5), Nordrhein-Westfalen und Sachsen (4). Anbieter, die Soziotherapie nach Einzelfallentscheidung leisten kommen dabei aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (4), Schleswig-Holstein (2), Niedersachsen (1),

¹⁹ Leistungserbringer, die nach Einzelfallentscheidungen tätig werden, vereinbaren in der Regel für jeden Einzelfall mit der jeweilig zuständigen Krankenkasse, ob eine Unterstützung erfolgen kann und wie die Vergütungskonditionen und Bedingungen der Leistungserbringung definiert sind.

Hamburg (1) und Hessen (1). Keine Fragebögen wurden von Leistungsanbietern aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen ausgefüllt. Die Anbieter, die zum aktuellen Zeitpunkt keine Soziotherapie leisten, wurden in der Statistik und entsprechenden Abbildung nicht erfasst. Diese 8 Anbieter kommen aus insgesamt drei verschiedenen Bundesländern; Nordrhein-Westfalen (4), Baden-Württemberg (2) und Bayern (2).

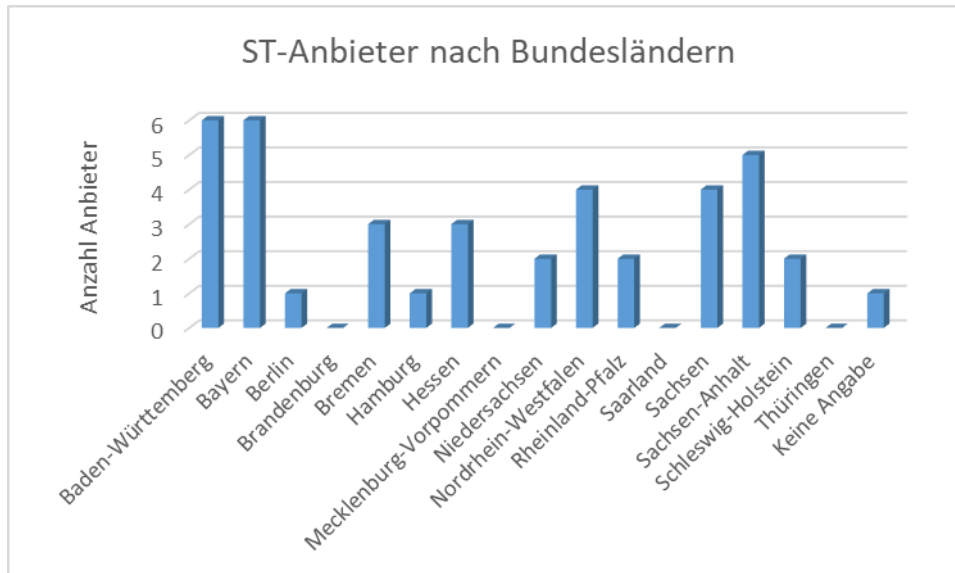


Abbildung 3: Verteilung der befragten aktuellen Soziotherapie-Anbieter nach Bundesländern

Die Anzahl der vom jeweiligen Anbieter eingesetzten MitarbeiterInnen in der Soziotherapie in Höhe des Anteils von Vollzeitkräften (VK) ist in **Abbildung 4** zu erkennen. Darin sind alle 40 in der Soziotherapie aktuell tätigen Leistungsanbieter aufgeführt (anonymisiert durch Nr. 1 bis Nr. 40).

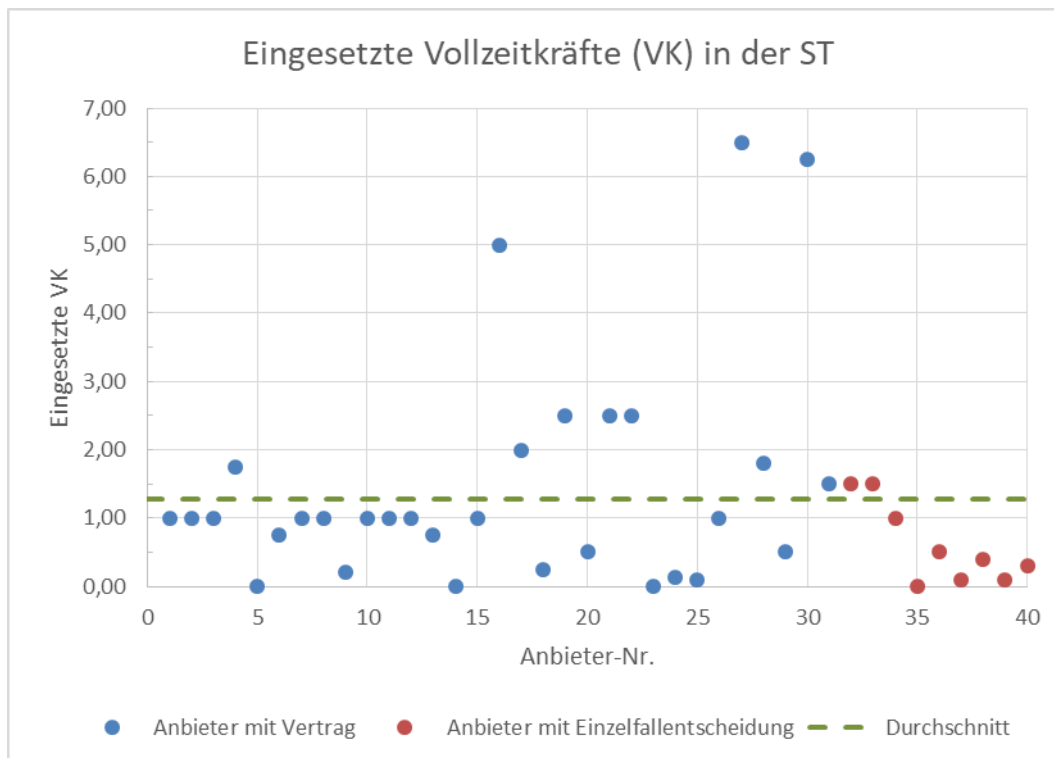


Abbildung 4: Eingesetzte Vollzeitkräfte in der Soziotherapie

Bemerkenswert ist, dass 4 Anbieter angegeben haben, dass bei ihnen 0 VK eingesetzt werden. Die PatientInnenzahlen von diesen Anbietern fallen mit 1, 5, 6 und 12 PatientInnen gering aus, so dass vermutet werden könnte, dass keine MitarbeiterInnen spezifisch für die Soziotherapie vorgehalten werden, sondern die PatientInnen „nebenbei“ mitversorgt werden (vgl. auch Kapitel 5). Auffällig ist auf der anderen Seite der Skala, dass drei Anbieter deutlich mehr Vollzeitkräfte in der Soziotherapie einsetzen (6,5 VK, 6,25 VK und 5 VK) als alle anderen. Die restlichen 37 Anbieter liegen im Bereich zwischen 0 und 2,5 eingesetzten Vollzeitkräften, wobei der Großteil von 28 Leistungsanbietern sogar nur einen Anteil von 0 bis 1,0 VK aufweist.

Im Durchschnitt werden 1,27 Vollzeitkräfte pro Anbieter in der Soziotherapie eingesetzt. Bei genauerer Analyse der durchschnittlichen Anzahl von eingesetzten MitarbeiterInnen kann ein deutlicher Unterschied zwischen Anbietern mit einem Vertrag und Einzelfallentscheidungs-Anbietern festgestellt werden. Während vertragliche Anbieter im Durchschnitt 1,47 VK einsetzen, liegt der Anteil bei Anbietern mit Einzelfallentscheidungen bei einem Stellenanteil von 0,6 VK.

In Bezug auf die Anzahl aktueller SoziotherapiepatientInnen ist ebenso ein Unterschied auszumachen (vgl. **Abbildung 5**). So werden nach Einzelfallentscheidungen 14,33 PatientInnen im Durchschnitt von einem Anbieter behandelt. Bei Anbietern mit einem Vertrag liegt der Durchschnitt bei 36,87 PatientInnen. Für die Gesamtheit der befragten aktuellen Leistungsanbieter errechnet sich eine durchschnittliche Anzahl von 31,8

PatientInnen, die sich aktuell bei ihnen in Behandlung befinden. Allerdings wird deutlich, dass der Großteil (28 Anbieter) weniger als 30 PatientInnen versorgt. 31-60 PatientInnen befinden sich nur bei insgesamt 8 Anbietern in der Behandlung, über 60 PatientInnen werden bei 4 Anbietern aktuell versorgt.

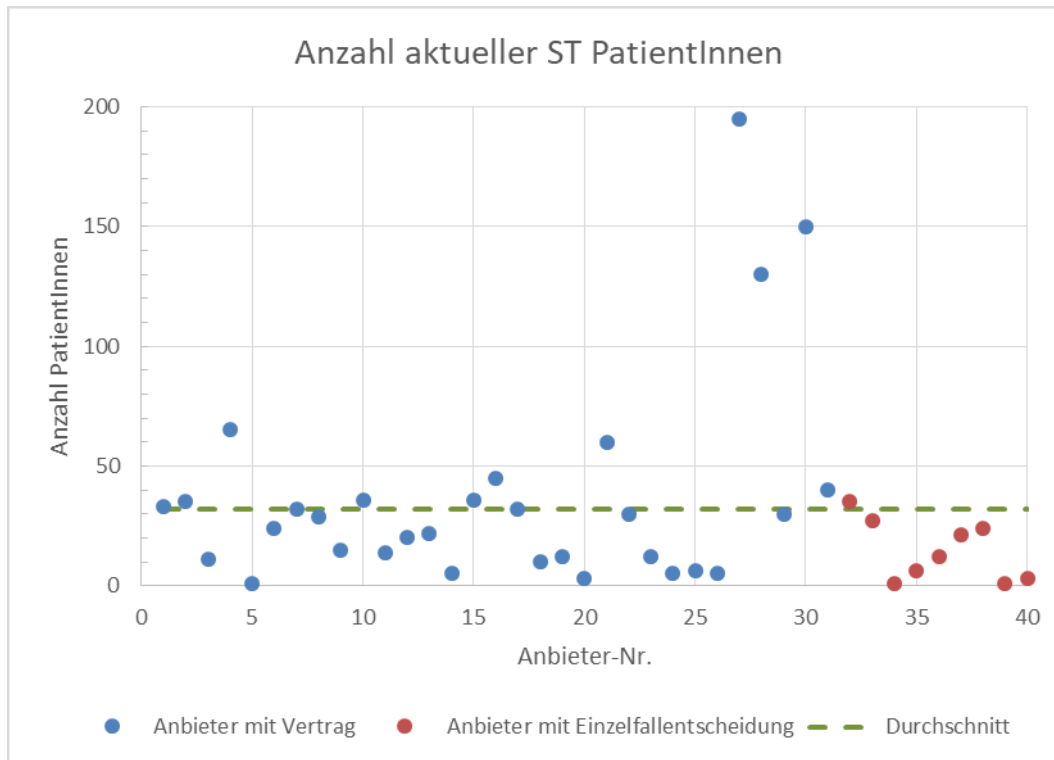


Abbildung 5: Anzahl aktueller Soziotherapie PatientInnen

Die Spanne aktuell behandelter PatientInnen reicht von 1 bis 195. Dabei versorgen drei Anbieter deutlich mehr PatientInnen als alle weiteren. Die zwei Anbieter mit dem größten Anteil an Vollzeitkräften (6,5 und 6,25 VK) versorgen auch die meisten PatientInnen (195 und 150). Bemerkenswert ist, dass beide Anbieter aus dem Bundesland Bremen kommen, der dritte befragte Anbieter aus Bremen weist zudem auch noch eine vergleichsweise hohe Anzahl von 60 PatientInnen auf. Damit werden von den insgesamt genannten 1273 PatientInnen im Bundesgebiet alleine 405 PatientInnen in Bremen versorgt, dies entspricht fast einem Drittel der Gesamtanzahl darstellt.

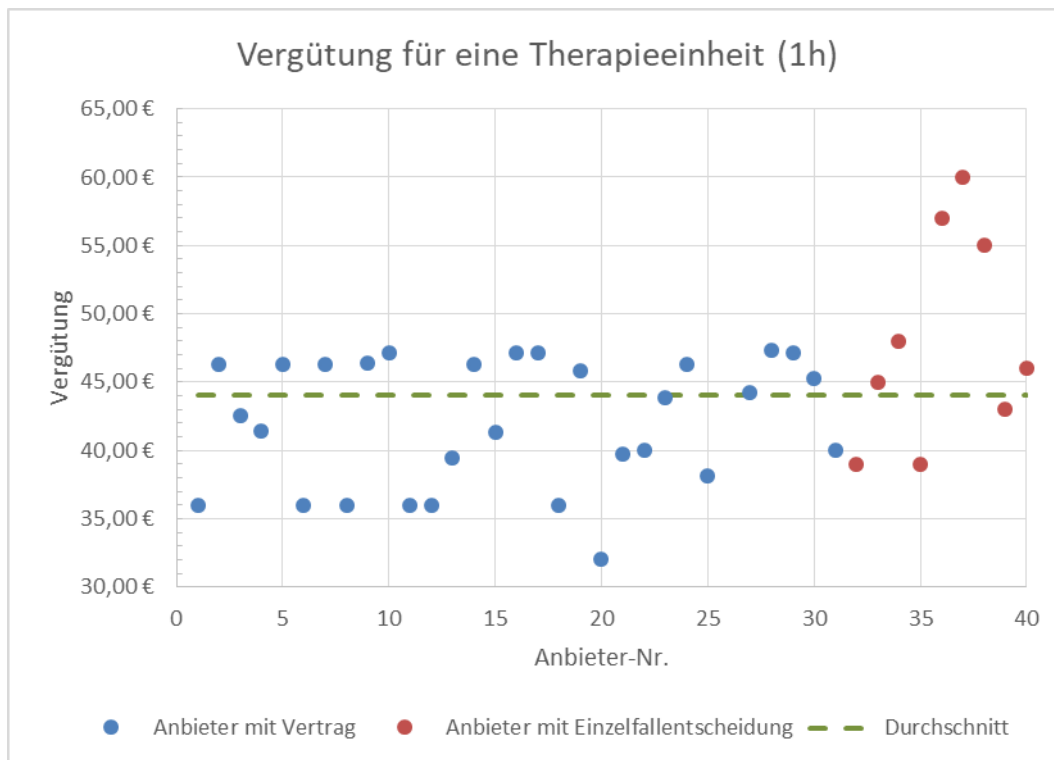


Abbildung 6: Vergütungssätze für eine Therapieeinheit

Abbildung 6 verdeutlicht die Vergütungssätze für eine Therapieeinheit (1 Stunde). Von den 40 befragten aktuellen Anbietern gaben 3 Befragte zwei verschiedene Sätze an, da sie bei verschiedenen Krankenkassen unterschiedliche Vergütungen erhalten (Anbieter Nr. 20, 32 und 35). 1 Anbieter machte keine Angaben zum Vergütungssatz. In Bezug auf die Höhe der Vergütung variieren die Werte zwischen 32 € und 67,94 €. Im Durchschnitt aller Befragten liegt der Satz bei 44,05 €. Der vergleichsweise sehr hohe Wert von 67,94 € ist der Vergütungssatz, den ein Anbieter im Rahmen von Einzelfallentscheidungen erhält. Im Vergleich dazu liegt der höchste Vergütungssatz, den ein Anbieter mit einem Vertrag erhält, bei 47,38 €. Der Unterschied zwischen diesen beiden Anbieter-Gruppen wird auch bei der jeweiligen durchschnittlichen Vergütungshöhe deutlich. Vertragliche Anbieter erhalten durchschnittlich 42,35 € pro Stunde, die Vergütungen nach Einzelfallentscheidungen liegen dagegen bei durchschnittlich 49,72 €.

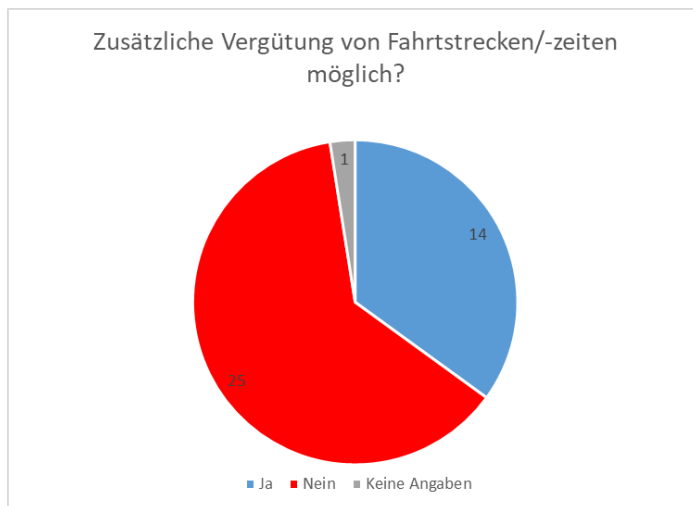


Abbildung 7: Vergütung von Fahrtstrecken/-zeiten

Zusätzlich zur Vergütung der Therapieeinheit sind in einzelnen Verträgen auch Fahrtkostenerstattungen vereinbart. Von den befragten Anbietern gaben 14 Teilnehmer an, dass sie Fahrtstrecken zusätzlich vergütet bekommen. 25 Anbieter erhalten keine separate Fahrtkostenvergütung, 1 Anbieter machte keine Angabe (vgl. **Abbildung 7**). Die Fahrtkostenerstattung erfolgt pro Kontakt/Hausbesuch mit den PatientInnen und ist damit unabhängig von der Dauer des Kontaktes und der Anzahl von geleisteten Therapieeinheiten im Rahmen eines Kontaktes. Zu unterscheiden ist zwischen pauschalen Fahrtkostenerstattungen, die 9 Anbieter erhalten und einer von 4 Anbietern genannten Erstattung, die abhängig von der Wegstrecke und den gefahrenen Kilometern ausfällt (0,3 € pro Kilometer). Der pauschale Vergütungssatz liegt zwischen 4,54 € und 5,48 € pro Kontakt und kann bei 2 Anbietern bei einer Wegstrecke von mehr als 15km zur PatientIn auf 7,47 €, bzw. 7,69 € erhöht werden. Ein Anbieter wollte keine genauen Angaben zur Höhe der Fahrtkostenerstattung machen.

Von den 14 Anbietern, die angeben eine Fahrtkostenerstattung zu erhalten, sind 11 davon in Bundesländern mit einem Landesrahmenvertrag tätig. In diesem sind die pauschalen Fahrtkostenerstattungen (Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) sowie kilometer-abhängige Erstattungen (Bayern) als Vertragsinhalt verankert. Von den übrigen 3 Anbietern mit einer Fahrtkostenerstattung stammt jeweils 1 Anbieter aus Niedersachsen und Hessen, 1 weiterer Anbieter machte keine Angaben zum Bundesland.

Desweiteren wurde die Abrechenbarkeit von Terminausfällen erfragt. Alle 40 Anbieter geben an, dass sie bei Terminausfällen keine Leistung abrechnen dürfen. 1 Anbieter von diesen verwies darauf, dass ein Terminausfall zwar nicht abgerechnet werden kann, aber ggf. der jeweiligen PatientIn in Rechnung gestellt wird.



Abbildung 8: Abrechenbarkeit von Terminausfällen

Um herauszufinden welche Leistungsinhalte abrechnungsfähig sind, wurden die Teilnehmer gebeten, alle abrechnungsrelevanten Leistungsinhalte einer Therapieeinheit zu benennen. Konkret abgefragt wurde der Umgang mit dem direkten PatientInnenkontakt, Telefonate mit PatientInnen, Fahrtzeiten zum Kontakt, Zeit für die Dokumentation, Vor- und Nachbereitung des Kontaktes, Absprachen mit ÄrztInnen (z.B. zur Abklärung der Verordnung), Absprachen mit Angehörigen, RechtsbetreuerInnen, usw., sowie der fallbezogene Austausch mit KollegInnen. Zudem gab es die Möglichkeit unter „Sonstiges“ weitere Tätigkeiten und abrechenbare Leistungen zu benennen, die aus Sicht der TeilnehmerInnen nicht den vorherig genannten Kategorien zugeordnet werden konnten.

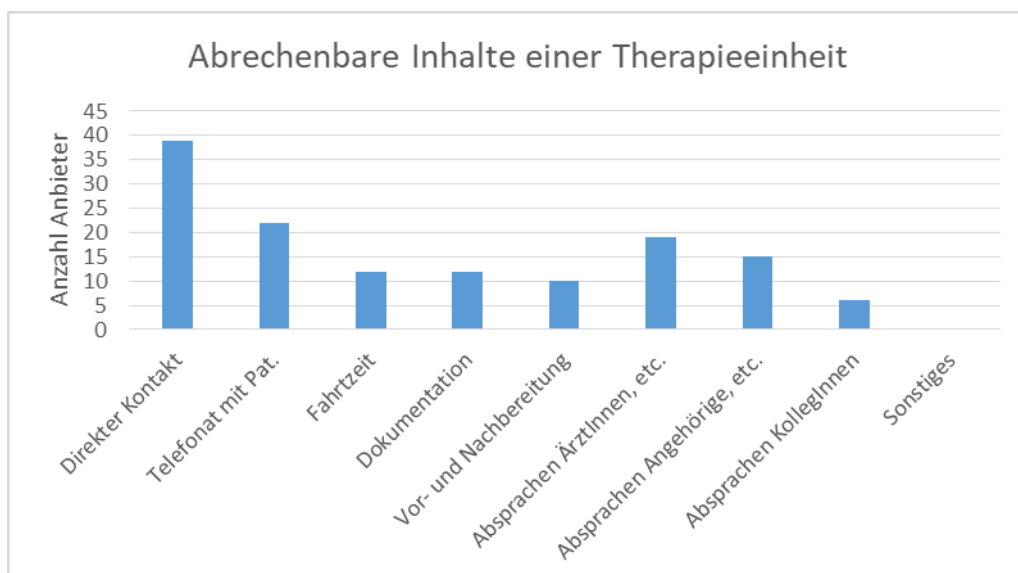


Abbildung 9: Abrechenbare Inhalte im Rahmen einer Therapieeinheit

In **Abbildung 9** sind die verschiedenen Antworten zum Umgang mit abrechenbaren Leistungen dargestellt. Es wird deutlich, dass es neben der Abrechnung des direkten

PatientInnenkontaktes (face-to-face Kontakt) sehr unterschiedliche Umgangsweisen der einzelnen Anbieter gibt. Während der direkte Kontakt bei 39 Anbietern als abrechenbarer Leistungsinhalt genannt wird, werden weitere inhaltliche Tätigkeiten, wie Telefonate mit PatientInnen (22), Absprachen mit ÄrztInnen (19), Absprachen mit Angehörigen etc. (15) und die Vor- und Nachbereitung des Kontaktes (10) nur bei einem deutlich geringeren Teil der Anbieter als Bestandteil der Therapieeinheit verortet. Zeiten für die Fahrtwege (12) und Zeit für die Dokumentation der soziotherapeutischen Tätigkeiten (12) können nur bei etwa $\frac{1}{4}$ der befragten Anbieter abgerechnet werden. Der Austausch, Absprachen oder Fallbesprechungen unter SoziotherapeutenkollegInnen wird nur bei 6 Anbietern als Teil der Therapieeinheit eingeordnet.

Eine genauere Analyse, die in **Abbildung 10** dargestellt ist, zeigt, dass bei 31% der Anbieter nur der direkte Kontakt abgerechnet werden kann. Weitere 23% der Befragten können Leistungsinhalte aus zwei der genannten Kategorien abrechnen. Die weitere Verteilung der Anzahl abrechenbarer Leistungsinhalte liegt zwischen 3% und 15%.

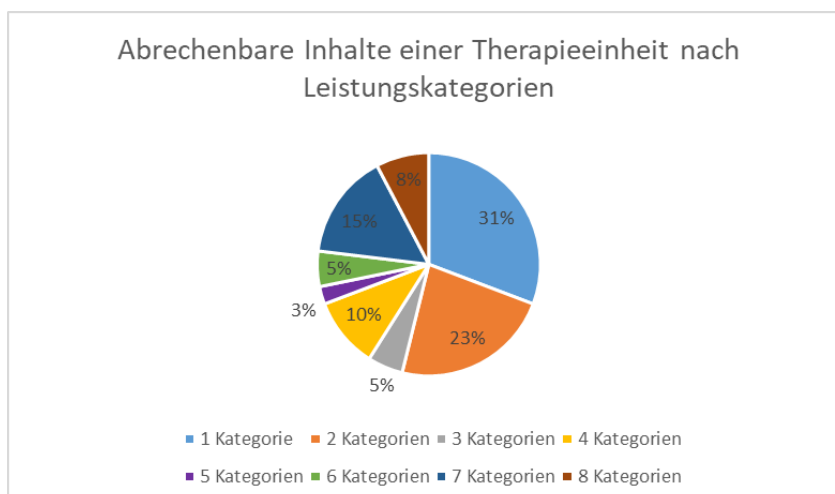


Abbildung 10: Abrechenbare Inhalte einer Therapieeinheit nach Anzahl der Leistungskategorien

Dies verdeutlicht, dass der Umgang mit der Definition des Leistungsinhaltes einer Therapieeinheit sehr unterschiedlich gehandhabt wird. 1 Anbieter gab unter Sonstiges als Bemerkung an, dass es bei ihnen ein Zeitkontingent von 40 Minuten pro Therapieeinheit für den direkten Kontakt (face-to-face) gebe und alle weiteren (indirekten) Tätigkeiten in dem restlichen Zeitraum von 20 Minuten verrechnet würden. Ein weiterer Anbieter verwies darauf, dass die Regelungen sehr unklar seien. Oftmals würde daher versucht, die PatientInnen bei allen weiteren Tätigkeiten, wie Korrespondenzen mit anderen Beteiligten, nebenbei anwesend zu haben. 1 Anbieter machte keine Angaben zu den konkreten Inhalten und verwies darauf, dass es dafür keine Regelung gebe.



Abbildung 11: Auskömmlichkeit der Vergütungssätze in der Soziotherapie

Im Rahmen der Befragung wurde auch nach der Auskömmlichkeit der Vergütungssätze gefragt. Hierzu gaben 36 der 39 Antwortenden an, dass die Vergütungssätze nicht auskömmlich seien. Nur 3 Anbieter bewerteten die Vergütungen als auskömmlich (vgl. **Abbildung 11**). Diese 3 Anbieter gehören alle der Gruppe der Anbieter mit Einzelfallentscheidungen an. 1 Anbieter machte keine Angaben.

Die Befragungsteilnehmer wurden zudem nach den aus ihrer Sicht wesentlichsten Umsetzungshindernissen gefragt. Dabei wurden keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben, sondern eine oder mehrere freie Antworten ermöglicht. Davon machten alle 48 Befragungsteilnehmer gebrauch, auch die 8 Anbieter, welche aktuell keine Soziotherapie leisten (siehe oben). Insgesamt wurden 138 Gründe von den Befragten genannt (vgl. **Abbildung 12**). Aus den Ergebnissen der Befragung wird deutlich, dass die meisten Befragten (39 Anbieter) eine unzureichende Vergütung als wesentliches Umsetzungshindernis nennen. 81,25% der TeilnehmerInnen gaben dies an. Als weiterer wesentlicher Hinderungsgrund werden (zu) hohe Zulassungskriterien an die Leistungserbringer aufgeführt. Dies führen insgesamt 22 Teilnehmer an, was einem Prozentsatz von 45,83% der Befragten entspricht. Am dritthäufigsten (16 TeilnehmerInnen und 33,33% der Befragten) wird die fehlende Möglichkeit, wenig oder keine indirekte Leistungen (Dokumentation, Fahrtzeiten, etc.), aber auch Terminausfälle abrechnen zu können, genannt. Jeweils 12 Befragte (25%) führen den hohen bürokratischen Aufwand und geringe Kenntnis bei den VerordnerInnen als Umsetzungshindernis an. Zudem erkennen 9 TeilnehmerInnen (18,75%) in Bezug auf die Gruppe der VerordnerInnen, nicht deren Bereitschaft und Motivation Soziotherapie zu verordnen. Die geringe Bekanntheit der Soziotherapie wird von 8 TeilnehmerInnen genannt (16,67%). Eine grundsätzlich fehlende Akzeptanz bei Entscheidungsträgern zur Soziotherapie, wie den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung oder in der Politik, wird explizit von 6 Befragten erwähnt (12,5%). Unklare oder willkürlich festgelegte Zulassungskriterien sowie lange Dauern über den Entscheid einer

Zulassung nehmen 5 (10,42%), bzw. 3 (6,25%) TeilnehmerInnen als wesentliche Hindernisse bei der Umsetzung wahr. Die Unklarheit von inhaltlichen und fachlichen Profilen der Soziotherapie betrachten weitere 3 TeilnehmerInnen als Umsetzungshindernis, ebenso wird die Erhebung der Zuzahlung an die PatientInnen von 3 Befragten genannt. Als weitere Antworten wurden noch die unzureichende Verhandlung und gemeinsame Strategie der verschiedenen Verbände der Leistungserbringer (2 TeilnehmerInnen und damit 4,17%), die mangelnde Umsetzung der Soziotherapie-Richtlinie (1) sowie die Beschränkung der Diagnosen (1) genannt (jeweils 2,08%).

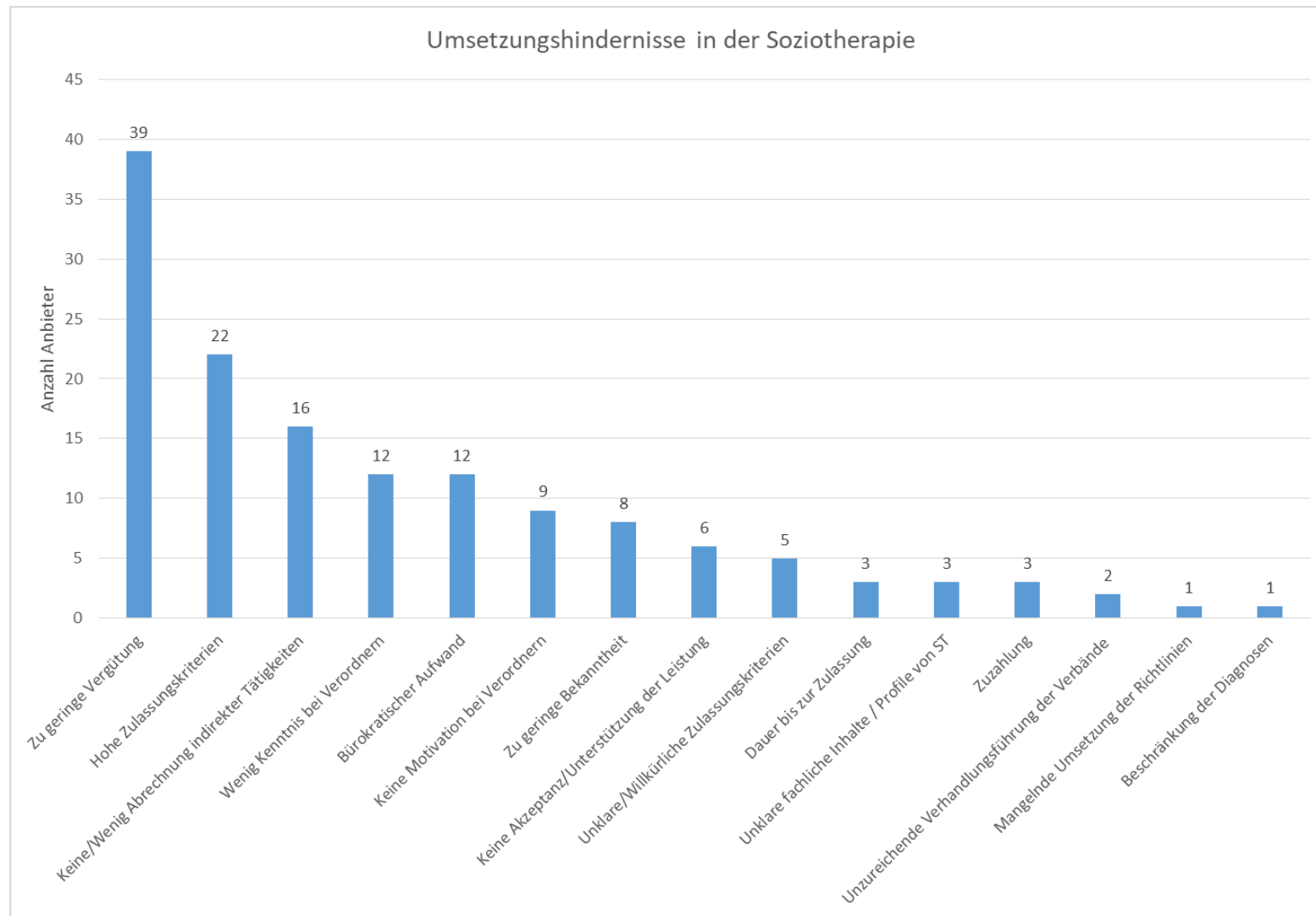


Abbildung 12: Umsetzungshindernisse in der Soziotherapie

4.2 Auswertung der ExpertInneninterviews

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der sieben ExpertInneninterviews dargestellt. Um die jeweiligen Aussagen der verschiedenen GesprächspartnerInnen wiederzugeben werden diese nach verschiedenen Themenbereichen gegliedert, so dass die wesentlichsten gemeinsamen oder unterschiedlichen Antworten der Befragten deutlich werden.

Aktuelle Umsetzung der Soziotherapie

In Bezug auf die Beurteilung der aktuellen Umsetzung der Soziotherapie in Deutschland ist sich der Großteil der Befragten einig, dass Soziotherapie nur unzureichend angeboten wird. So beschreiben vor allem Greve (2018), Ließem (2018) und Klein-Schmeink (2018), dass eine flächendeckende Versorgung nicht zu Stande gekommen sei, Soziotherapie in vielen Regionen gar nicht existiere und wenn, dann kaum mehr als nur als „Nischenprodukt“ (Greve 2018, S. 1, Z. 32) vorhanden sei. Auch Daszkowski (2018) stellt fest, dass die Umsetzung von Soziotherapie sehr schlecht ausfalle, da es kaum angeboten werde. Greve (2018, S. 1) berichtet in diesem Zusammenhang, dass er von den Krankenkassen erfahren habe, dass es im gesamten Bundesland Nordrhein-Westfalen aktuell 150 Soziotherapie-Fälle gebe. In Bezug zu den ca. 18 Mio. Einwohnern des Bundeslandes sei dies sehr niedrig und „offensichtlich ein Scherz“ (ebd., S. 2, Z. 1). Letztendlich könne festgehalten werden, dass Soziotherapie in Deutschland eigentlich gar nicht stattfinde (ebd.). Klein-Schmeink (2018) führt an, dass sich an dieser Situation, die schon 2004 beklagt worden sei, bis heute nichts geändert habe. Daran hätten auch die Anstrengungen der letzten Jahre in Form der Änderungen der Richtlinie oder andere gesetzliche Veränderungen nicht wesentlich etwas geändert. Auch Mönter (2018, S. 6) beschreibt, dass die Soziotherapie in den Jahren zuvor „schwer gedümpelt“ hat und eigentlich nur noch in den IV-Verträgen gelebt habe. Schon nach der gesetzlichen Etablierung der Soziotherapie habe er feststellen müssen, dass es die Soziotherapie zwar formal gegeben habe, sich allerdings kaum jemand darum kümmerte und diese in der Folge dann auch mehr oder weniger starb (vgl. ebd. S. 3). Maßing (2018) gibt an, dass ihr, als Vertreterin des GKV-Spitzenverbandes, die aktuelle Umsetzung nicht bekannt ist, da darüber keine Übersichten oder Listen existieren und die Umsetzung nur auf Landes-, bzw. Ortsebene von den jeweiligen Krankenkassen beurteilt werde. Sie erkenne regional sehr unterschiedliche Verteilungen des Angebotes und nimmt an, dass dies mit dem Ort der Ausbildung zusammenhänge. „Da, wo es die Soziotherapieschulen gibt, gibt es auch mehr Soziotherapeuten sozusagen und da wo es die nicht gibt, gibt es weniger. Das ist so eine typische Verteilung der Leistungserbringer. Dort wo ausgebildet wird, dann eher“ (ebd. S. 2, Z. 8-11). Pape

(2019, S. 1) kann die bundesweite Umsetzung nicht beurteilen, beschreibt aber für Niedersachsen, dass Soziotherapie dort „kein großes Thema“ (ebd., Z. 22) sei und ein „überschaubares Angebot an Soziotherapeuten“ (ebd. Z. 28) existiere. Greve (2018, S. 5) erläutert, dass viele gemeindepsychiatrische Träger gerne Soziotherapie anbieten wollen und es sehr bedauern, dies nicht umsetzen zu können. Dies beschreibt Ließem (2018, S. 3) ebenfalls und führt zudem aus, dass selbst viele zugelassene SoziotherapeutInnen nicht (mehr) aktiv Soziotherapie leisten. Maßing (2018, S. 4) zeigt sich über dieses Phänomen überrascht, da sie grundsätzlich davon ausgehe, dass bei einem gültigen Vertrag auch Soziotherapie geleistet werde. Ließem (2018, S. 6) führt weiter aus, dass diese formal zugelassenen, aber nicht aktiven Anbieter, sich nicht speziell wieder bei der Krankenkasse abmelden, die Kassen aber natürlich im Rahmen der Abrechnungen sehen würden, welche Leistungsanbieter tatsächlich und in welchem Umfang aktiv sind. Einige Anbieter hätten u.a. Interesse, einen „Fuß in der Tür“ (ebd., Z. 18) zu haben und würden tätig, wenn sich die Bedingungen ändern würden. „Von daher haben sie sich nicht abgemeldet, sondern sie nehmen nur Rücksicht auf die miserablen Voraussetzungen“ (ebd. S. 3, Z. 10-11). Bei der Frage nach den Gründen, warum Soziotherapie überhaupt noch von einzelnen Anbietern angeboten wird, führt Ließem an, dass diese Träger die Leistung grundsätzlich gerne vorhalten würden und dann oftmals aber für nur wenige PatientInnen tätig werden. Insbesondere bei Freiberuflern erkenne er des Weiteren eine große Freude und Begeisterung an der Arbeit. Dies führe dazu, dass diese „erstaunlich positiven Persönlichkeiten“ (ebd., S. 7, Z. 25) Soziotherapie erbringen, auch wenn die Bedingungen nicht auskömmlich seien.

Erforderlichkeit der Umsetzung von Soziotherapie

Bereits bei der Beurteilung der Umsetzung von Soziotherapie führt Maßing (2018 S. 2; S. 4) an, dass diese Bewertung nicht isoliert betrachtet werden dürfe. Diese sei im Zusammenhang mit anderen Leistungen zu beurteilen. So müsste zum Beispiel analysiert werden, ob nicht statt der Soziotherapie andere Leistungen, wie Psychiatrische Häusliche Krankenpflege, Psychiatrische Institutsambulanzen oder IV-Verträge in der jeweiligen Region vorgehalten werden und für Soziotherapie gar kein Bedarf vorliege. Die Einschätzung des Bedarfes würde von den Kassen auf Ortsebene vorgenommen, die dann die Entscheidung, ob Verträge geschlossen werden, treffen (vgl. ebd. S. 4). Von daher könne sie auch keine Einschätzung abgeben, ob aus ihrer Sicht Soziotherapie vermehrt umgesetzt werden solle (vgl. ebd., S. 3). Auch Pape (2019, S. 2) verweist darauf, dass in Niedersachsen das Angebot der Häuslichen Psychiatrischen Krankenpflege sehr ausgeprägt sei. Ihm seien auch kein wesentlicher Handlungsbedarf oder Versorgungslücken bekannt, so dass Soziotherapie vermehrt angeboten werden müsste. Alle weiteren fünf GesprächspartnerInnen fordern, dass

Soziotherapie deutlich vermehrt umgesetzt werden soll. Sie erkennen in der Soziotherapie „ein Kernstück gemeindepsychiatrischer Leistungen“ (Greve 2018, S. 1, Z. 18) und „eine der ganz zentralen Leistungen (...), die dazu geeignet wäre, Menschen in ihrer Gesundheit zu begleiten“ (Klein-Schmeink 2018, S. 2, Z. 9-10), sowie eine sehr gute Möglichkeit, um „in der ambulanten Situation psychiatrische Patienten breiter zu versorgen unter Einbezug des Lebensumfeldes“ (Mönter 2018, S. 2, Z. 37). Für Daszkowski (2018, S. 2) könnte die Soziotherapie vor dem Hintergrund verschiedener fragmentierter Leistungen im psychiatrischen Hilfesystem eine Lotsen-Funktion einnehmen, der die Betroffenen dabei begleitet, die jeweiligen Hilfen in Anspruch nehmen zu können, sie bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung unterstützt und Ressourcen mobilisiert. Dies sei für die Gesundheit der Menschen sehr förderlich, fehle aktuell und müsse daher „viel mehr angeboten werden“ (ebd., Z. 7). Für Greve (2018, S. 1, Z. 15-17) stellt die Soziotherapie eine dringend benötigte lebensweltorientierte Hilfe dar, „denn sie sucht den Betroffenen bei Bedarf auf und holt ihn in jedem Fall da ab, wo er steht in seinem Leben, seinen Möglichkeiten und seinen Ressourcen und seinen Schwächen.“ Mönter (2018, S. 11) hebt die Bedeutung der aufsuchenden Behandlung der Soziotherapie hervor. Seiner Auffassung nach ist dies ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Leistung, damit der Soziotherapeut als „Brückenbauer zwischen den Akteuren“ (ebd., Z. 23) agiere und damit das ambulante psychiatrische Versorgungssystem deutlich verbessere. Die Stärkung der ambulanten Versorgung ist auch für Ließem (2018, S. 4) ein deutliches Argument für eine deutlich verstärkte Umsetzung von Soziotherapie. Seiner Auffassung nach sei das Potential ambulanter Hilfen bei weitem nicht ausgeschöpft. Er betont, dass mit Hilfe der Soziotherapie oftmals Krisen ambulant bewältigt werden können, die andernfalls stationäre Klinikaufenthalte nach sich gezogen hätten. Dies sei sowohl fachlich der richtige Weg, für die PatientInnen sehr viel angenehmer und auch wirtschaftlich günstiger als stationäre Behandlungen. Klein-Schmeink (2018, S. 6) fordert in diesem Zusammenhang, dass bei der allseits gewünschten Reduzierung stationärer Unterbringungen eine ambulante Stärkung erfolgen müsse. Dafür sei die Soziotherapie, aus ihrer Sicht, ein wesentlicher Baustein, um die Gesundungs- und Stabilisierungsprozesse von PatientInnen zu begleiten. Dies würde aktuell noch sehr fehlen und Menschen bekämen eigentlich nur dann eine Hilfe im Alltag, wenn sie bereits chronisch erkrankt im Betreuten Wohnen versorgt würden. Daher fordere sie eine davor gelagerte Unterstützung, wie die Soziotherapie, damit Menschen erst gar nicht in diese Form der Hilfe geraten müssen.

Ob Soziotherapie vermehrt umgesetzt werden sollte, beantwortet Daszkowski (2018, S. 2) auch mit dem Verweis auf einen gesetzlichen Anspruch auf die Leistung. Diese stehe den Versicherten zu und daher sollte es auch möglich sein, „dass sie die

Leistung auch bekommen dürfen“ (ebd., Z. 9-10). Daher könne er auch die Verweise von KrankenkassenvertreterInnen auf andere Leistungen und einen fehlenden Bedarf für Soziotherapie nicht nachvollziehen. Greve (2018, S. 2) argumentiert in ähnlicher Weise und verweist darauf, dass Soziotherapie eine Pflichtleistung darstelle und als solche auch flächendeckend angeboten werden müsse. Ein mögliches Ersetzen von Soziotherapie durch eine andere Leistung, wie Psychiatrische Häusliche Krankenpflege, halte er für einen „offenen Widerspruch zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ (ebd., S. 3, Z. 31-32), da trotz möglicher Überschneidungen jeweils unterschiedliche Aufgaben definiert worden sind und diese verschiedenen Leistungen nicht durcheinander ersetzt werden könnten. In Bezug auf die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen könne er zwar nachvollziehen, dass formal die meisten Institutsambulanzen Soziotherapie mit leisten sollten, allerdings die Vergütungen nicht ausreichten und dies daher nicht oder nur in seltenen Fällen erfolge. Verweise auf regional vorhandene IV-Verträge, bzw. Verträge der Besonderen Versorgung nach § 140a, die eine Soziotherapie-Versorgung ersetzen könnten, kann Greve ebenfalls nicht nachvollziehen: „Das ist ja eine völlig absurde Argumentation, eine Regelleistung zu unterlassen, weil man eine Besondere Versorgungsleistung anbieten kann – andersrum müsste es sein. Man müsste sagen: Jetzt haben wir die Regelleistung, wozu brauchen wir jetzt noch die Besondere Versorgung nach § 140a. Das wäre doch logisch“ (ebd., S. 10, Z. 22-26).

Mögliche Gründe für Umsetzungsschwierigkeiten

Bei den Gründen für eine fehlende Umsetzung der Soziotherapie wird von den Befragten, mit Ausnahme von Maßing und Pape, auf die schlechten Rahmenbedingungen der Leistungserbringung verwiesen und insbesondere eine ablehnende und verhindernde Haltung der Krankenkassen als wesentlicher Hinderungsgrund angeführt. So führt Daszkowski (2018, S. 2) die, seiner Auffassung nach, schlechte Umsetzung von Soziotherapie auf die Haltung der Krankenkassen zurück, möglichst wenige Ausgaben für die Soziotherapie tätigen zu wollen. Die GesprächspartnerInnen beschreiben, dass sich diese Haltung der Krankenkassen vor allem in Bezug auf die Vergütungssätze und die Zulassungskriterien für Soziotherapie ausdrücke. Soziotherapie komme nicht zu Stande, „weil die Krankenkassen unglaubliche Vorschläge für die Honorierung machen. Dass man eben auf der einen Seite hohe Qualität bringen muss und auf der anderen Seite keine Refinanzierung dafür bekommt. Deshalb kommt dieses Angebot flächendeckend nicht zu Stande“ (Klein-Schmeink 2018, S. 1, Z. 27-30). Diese zwei Hürden beschreibt u.a. auch Greve (2018), der einerseits von „völlig unzureichenden Vergütungen“ (S. 2, Z. 16) spricht, die weit unter den eigentlich notwendigen Kostenkalkulationen lägen und andererseits erwähnt er „unrealistisch hohe Hürden für die Zulassung geeigneter

Leistungserbringer“ (ebd., Z. 20). Ließem (2018, S. 2, Z. 2-6) erkennt darin eine Strategie der Krankenkassen, um die Ausgaben für Soziotherapie gering zu halten: „Und dazu benutzen sie halt alle Möglichkeiten, die sie haben und das sind insbesondere die Zulassungsmöglichkeiten und die Vergütungseinschränkungen, so dass sie es einfach unwirtschaftlich machen für die Träger der Gemeindepsychiatrie aktiv Soziotherapie zu erbringen. Diese Haltung spüren wir in all unseren Verhandlungen und man sieht es ja auch an den Ergebnissen, die wir und auch andere Verbände erzielen.“ Maßing (2018, S. 5) berichtet, dass sie die Vergütungssätze in der Soziotherapie nicht kenne und dies grundsätzlich Sache der Vertragspartner sei. Ihr wäre allerdings „auch schon zu Ohren gekommen, dass alle irgendwie sagen, es wäre zu niedrig“ (ebd. Z. 14-15). Aus Sicht der Krankenkasse beschreibt Pape (2019, S. 2), dass viele Anbieter die Vergütungssätze gar nicht verhandelt hätten. Trotz der Verhandlungsmöglichkeit hätten viele noch dieselben Sätze, wie zu Vertragsabschluss. Er erkenne darin, „dass sie scheinbar erstmal ausgiebig sind und auskömmlich sind“ (ebd. Z. 25). Zudem würden bei entsprechenden Verhandlungen angeforderte Unterlagen und Nachweise gar nicht oder nicht angemessen vorgelegt werden. In Bezug auf die Zulassungskriterien räumt Pape ein, dass die geforderte Berufserfahrung im ambulanten und stationären Bereich „relativ selten bei Personen zu finden ist“ (ebd. Z. 13). Aktuell halte sich die Krankenkasse allerdings noch an diese „Anweisung“. „Das finden wir an sich sinnvoll, aber müssen natürlich irgendwann, wenn es keine entsprechenden Kandidaten auf dem Markt gibt, das ist dann halt die Frage, ob man das nicht ggf. mal anpassen und überarbeiten müsste“ (ebd. Z. 19-21).

Ließem (2018, S. 1) und Klein-Schmeink (2018, S. 2) beklagen, dass es bereits zur gesetzlichen Implementierung der Soziotherapie große Vorbehalte von Seiten der Krankenkassen gegeben habe. Diese hätten die Ausgaben für die Leistung gerne der Eingliederungshilfe und dementsprechend den Kommunen zugeordnet und würden dies auch weiterhin forcieren. Daszkowski (2018, S. 7, Z. 35), der sich stark für die Rechte der PatientInnen einsetzt, kritisiert in diesem Zusammenhang, „dass grundsätzlich die Kassen ihre Verpflichtungen nicht erfüllen und verweisen an andere Leistungen“ und „dass insbesondere die Menschen in die Eingliederungshilfe abgeschoben werden.“ (ebd., S. 3, Z. 3). Mönter (2018, S. 5) beschreibt, dass auch aus seiner Sicht die Krankenkassen eine umfangreiche Umsetzung von Soziotherapie verhindert hätten. Er räumt allerdings ein, dass auch die ÄrztInnen sowie deren Verbände und Vereinigungen (z.B. die für die Soziotherapie relevanten Berufsverbände der Nervenärzte und Psychiater und die Kassenärztliche Vereinigung) lange Zeit versagt hätten. So hätten diese keinerlei Interesse an der Soziotherapie gezeigt, keine Informationen weitergegeben und die Implementierung nicht unterstützt. Mönter stellt dies bez. für seine Berufsgruppe selbstkritisch fest, dass eventuell eine Bequemlichkeit

oder ein anderes Krankheitsverständnis vorgelegen habe sowie ein eventuelles Konkurrenzdenken nicht immer auszuschließen gewesen sei. Nachdem die Krankenkassen und die ÄrztInnen die Implementierung nicht unterstützt sowie die Kliniken auch kein Interesse an einer erfolgreichen Umsetzung gehabt hätten, habe es die Soziotherapie von Beginn an schwer gehabt, sich entwickeln zu können. Dies habe insbesondere auch die aus seiner Sicht „anwendungskontraproduktive“ (ebd., S. 6, Z. 15) Richtlinie, z.B. in Form der starken Beschränkung auf wenige verordnungsfähige Diagnosen, verhindert. Die Befürworter, z.B. in Form der psychosozialen Träger, die Soziotherapie anbieten wollten, seien „in der Gemengelage zu schwach und hatten eben gar keine richtige Möglichkeit, um sich da zu formieren“ (ebd., S. 3, Z. 29-30).

Forderungen und Tätigkeiten für eine zukünftige positive Entwicklung

In Bezug auf zukünftig gewünschte Veränderungen führt Ließem (2018, S.9) an, dass dies vor allem von den SoziotherapeutInnen und gemeindepsychiatrischen Trägern selber ausgehen müsse. Diese dürften nicht weiterhin so unpolitisch auftreten und sollten sich stattdessen vermehrt (verschriftlicht) äußern und die Vertragsverhandlungen konfliktreich führen. Dafür könnte u.a. auch das Schiedsverfahren genutzt werden. Zudem gelte es, die politischen Strukturen zu nutzen und Bündnispartner für eine Verbesserung der Versorgung zu gewinnen. Greve (2018, S. 5) erkennt nach der Einrichtung der Schiedsstellenfähigkeit der Soziotherapie die Chance, mit Hilfe der Wohlfahrtsverbände auskömmlich finanzierte Landesrahmenverträge abzuschließen und Soziotherapie flächendeckend umsetzen zu können. Um das Thema Soziotherapie in der Fachöffentlichkeit wieder präsenter werden zu lassen, sollten zudem vermehrt Fachartikel und Tagungen organisiert werden. Die Informationsweitergabe und das Thematisieren in der Öffentlichkeit hält auch Daszkowski (2018, S. 3) für sinnvoll, um sowohl die Notwendigkeit der Leistung zu verdeutlichen und diese andererseits überhaupt bei VerordnerInnen und PatientInnen bekannt zu machen. Mönter (2018, S. 10) hält diese Informationsweitergabe ebenfalls für notwendig und verweist auf entsprechende Broschüren die zuletzt für die ÄrztInnen erstellt worden sind und ein guter Weg seien, die Leistung bekannter zu machen. Greve (2018, S. 9) geht davon aus, dass bei entsprechender Verbesserung der Bedingungen eine Steigerung der Bekanntheit der Soziotherapie einherginge mit einer Ausbreitung von Leistungsanbietern. In der Folge hätten diese u.a. die Möglichkeit mit ihren jeweiligen KooperationspartnerInnen eine Zusammenarbeit zu intensivieren und über das Angebot Soziotherapie zu informieren. Um die Rahmenbedingungen zu verbessern, fordert Klein-Schmeink (2018, S. 3) eine Verpflichtung der Kassen auskömmlich und tarifgerecht zu zahlen. Die Rahmenbedingungen der Soziotherapie müssten einerseits über die Richtlinie definiert werden und andererseits auch über einen bundesweiten Rahmenvertrag, der

Vergütungen etc. regelt. Dies könnte gesetzgeberisch so gestaltet werden, dass der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung der Krankenkassen eingeengt werde und Vertragsinhalte, wie tarifgerechte Vergütungen, die Berücksichtigung von Overhead-, Ausfall-, und Fahrtkosten, in dem bundeseinheitlichen Rahmen definiert werden. Im jeweiligen Bundesland könnten konkrete Inhalte dann zwar noch ausgeformt werden, der Rahmen würde jedoch sicherstellen, dass ein bundeseinheitlicher Mindeststandard existiere. Aus Sicht des GKV Spitzenverbandes gibt es für Maßing (2018, S. 6) keinen Bedarf etwas an der aktuellen Situation, auch in Bezug auf die Richtlinie oder die Gesetztestexte zu ändern. „Also, ich höre nicht, dass die Umsetzung vor Ort jetzt das Problem ist. Von daher habe ich halt da jetzt keinen Bedarf, Änderungswünsche kund zu tun sozusagen. Wir sind da ja gelegentlich im Austausch mit den Krankenkassen. Die brauchen gar keine Empfehlungen, das brauchen die gar nicht, sondern die wollen das lieber selber entscheiden“ (ebd., Z. 28-32).

Positive Veränderungen der Rahmenbedingungen

Während Klein-Schmeink (2018, S. 4) darauf verweist, dass sich für die Soziotherapie im Einzelnen eigentlich nichts zum Positiven verändert habe, geben alle weiteren Befragten an, die Ergebnisse der Novellierungen der Richtlinie grundsätzlich zu begrüßen. Insbesondere Mönter hält die vorgenommenen Veränderungen für zielführend und erwartet dadurch in den folgenden Jahren deutliche positive Entwicklungen für die Soziotherapie. So beschreiben, neben Mönter, vor allem auch Greve, Ließem und Daszkowski die Ausweitung der Indikationen und der VerordnerInnen als die wesentlichen förderlichen Veränderungen der Richtlinienänderungen. Ließem (2018, S. 8, Z. 6;7), der zunächst von einem „Durchbruch“ und „Riesenschritt“ in Bezug auf die Richtlinie spricht, zeigt sich später wiederum skeptisch, ob die positiven Veränderungen tatsächlich Anwendung finden können. Er führt aus, dass die neue Verordnergruppe der PsychotherapeutInnen aktuell sehr interessiert an Soziotherapie sei und diese gerne verordnen würden. In vielen Fällen würde allerdings kein Soziotherapeanbieter in der Region existieren, was zu großen Frustrationen führe. Zudem verweist Ließem auf die 2018 kürzlich überarbeitete Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Ließem kritisiert u.a., dass es laut dieser sehr schwer sei, Psychotherapie parallel zur Soziotherapie zu erhalten, obwohl dieses explizit durch die Novellierungen gewünscht sei. Daher kommt Ließem zu der Einschätzung: „Man ärgert sich offensichtlich über diese Veränderungen seit 2015 und versucht die jetzt wieder zurückzudrehen“ (ebd. S. 8, Z. 32-33). Maßing (2018, S. 7) zeigt sich mit der aktuellen Richtlinie sehr zufrieden und berichtet, dass sich noch keine neuen Erkenntnisse ergeben haben, um diese wieder ändern zu müssen. „Da wird

man in ein paar Jahren wieder drüber gucken und in einigen Jahren wird der G-BA noch einmal schauen, wie sieht denn die Versorgung vor Ort aus?“ (ebd., Z. 3-5).

Bei der gesetzlichen Etablierung einer Schiedsperson kann Maßing (2018, S. 5, Z. 31) auch „nichts Negatives“ finden und begrüßt es, dass „es irgendwo eine Schlichtungsstelle gibt“ (ebd., S. 6, Z. 6). Diese Einführung könnte eine Möglichkeit darstellen, zuvor geringe Vergütungen nun vor Ort zu klären und eher einen Marktpreis zu erhalten (ebd.). Pape (2019, S. 4) berichtet, dass in seinem Bundesland bislang noch kein Schiedsverfahren stattgefunden habe. Er habe auch die Hoffnung, dass die aktuellen Verhandlungen auf dem normalen Verhandlungsweg geklärt werden können. Vor allem Daszkowski, Greve und Ließem halten die Möglichkeit eines Schiedsverfahrens für sehr positiv und versprechen sich viel davon. Klein-Schmeink (2018, S. 5) hält die Möglichkeit des Schiedsverfahrens grundsätzlich zwar auch für positiv, weil dies eine schnellere Entscheidung und Verfahrensklarheit bringe. Auf der anderen Seite sei der Ausgang sehr unklar, hänge sehr von der Schiedsperson ab und es existiere die Befürchtung, dass Krankenkassen mit der Grundlohnsummenentwicklung argumentierten und wesentliche Steigerungen nicht erfolgen. Daher halte sie eine Nachschärfung des Gesetzes auch für dringend notwendig.

Daszkowski (2018, S. 6) verweist, trotz der aus seiner Sicht positiven Veränderungen der Rahmenbedingungen, darauf, dass diese noch längst nicht ausreichen würden. So zeigt er sich u.a. enttäuscht darüber, dass im G-BA Ausschuss nicht die Vergütung beschlossen wurde. Dass dieser dafür nicht zuständig sei, liege an der Struktur des G-BA. Daher kritisiert er: „Diese Struktur ist, denke ich auch, optimierungswürdig“ (ebd. Z. 12-13).

Positive Beispiele der Umsetzung und förderliche Faktoren

In der Befragung können die GesprächspartnerInnen nur sehr wenige positive Beispiele für die Umsetzung von Soziotherapie benennen. Daszkowski (2018, S. 4) glaubt, dass es durchaus positive Beispiele gebe, sie seien ihm allerdings nicht bekannt. Pape (2019, S. 3) führt für Niedersachsen eine sehr aktive Anbieterin an, die offensichtlich auch sehr erfolgreiche Arbeit machen würde. Mönter (2018, S. 9) geht davon aus, dass nach der Richtlinien-Novellierung nun Veränderungen zu spüren seien. In Berlin hätte das bereits eine „ganz gute Wendung genommen“ (ebd., Z. 12-13). Ließem (2018, S. 7) beschreibt dagegen eine kurzzeitige Expansionsphase vor einigen Jahren, in der einige Anbieter vermehrt Soziotherapie leisten wollten. Diese Phase sei aber bereits wieder etwas abgeklungen und aktuell ein Rückgang zu spüren. Greve (2018, S. 5, Z. 20-23) führt Bremen als positives Beispiel für die Umsetzung an, „weil man da auch nicht nur die beiden Kernleistungen Psychiatrische Häusliche Krankenpflege und Soziotherapie erbringt, sondern auch noch mit einem

Sondervertrag ein Gemisch aus beiden Leistungsarten mit den Kassen verhandelt hat. Das scheint mir sehr gut geeignet.“ Klein-Schmeink (2018, S. 4) berichtet über eine Kleine Anfrage, die sie zur psychiatrischen Versorgung gemacht habe und aus der hervorginge, dass kaum Soziotherapie-Verträge existierten. Sie halte daher aktuelle Vorhaben, Landesrahmenverträge in Nordrhein-Westfalen und Sachsen zu verhandeln für positive Beispiele, um zumindest einen Schritt weiter zu kommen. Als positive Entwicklung erachte sie auch, dass die Bedeutung des Themas, des psychiatrischen Versorgungssystems und die Feststellung von Versorgungsbrüchen, zunehmend erkannt werde. Dieses Thema betreffe u.a. auch aktuelle Berichte über Ausfallzeiten und Erwerbsunfähigkeiten. Auch Greve (2018, S. 5, Z.30 - S. 6, Z. 4) erkennt darin einen förderlichen Faktor: „Es gibt zunehmend die Wahrnehmung in der Fachwelt, in der Politik, auch in der Selbstverwaltung, dass uns da eine Kernleistung fehlt im Angebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, nämlich diese multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams, (...) damit wirklich auch Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen bedarfsgerecht erreicht werden. Und Soziotherapie ist unter den bisherigen Regelversorgungsleistungen eine der besten Annäherungen an diese gemeindepsychiatrische Basisversorgung.“

Perspektive der Soziotherapie

Die Perspektive der Soziotherapie wird von den Befragten sehr unterschiedlich eingeschätzt. Greve (2018, S. 8) zeigt sich sehr optimistisch, dass die geänderte Richtlinie und die Schiedsstellenfähigkeit der Soziotherapie zu erheblichen Verbesserungen führen werden. Mönter (2018, S. 9) geht auch davon aus, dass diese Veränderungen positiven Niederschlag in der Umsetzung der Soziotherapie finden werden. Zudem erkenne er viele Aufgabenbereiche, wie die berufliche Integration und die Flüchtlingsversorgung, in denen großer psychosozialer Behandlungsbedarf bestehe und Soziotherapie eine bedeutende Rolle spielen könnte. „Denen geht die Arbeit nicht aus“ (ebd., S. 11). Mönter schränkt allerdings ein, es käme aber natürlich auf das „good-will der anderen Akteure“ (ebd.) an, dies umzusetzen. Klein-Schmeink (2018, S. 5) hat die Hoffnung, dass sich in den nächsten Jahren die psychiatrische Versorgung verbessere und Soziotherapie ein Teil davon sei. Konkret erhoffe sie sich von einem Dialogprozess zu Perspektiven in der psychiatrischen Versorgung konkrete Handlungsempfehlungen und Lösungen. Maßing (2018) verweist in Bezug auf die Perspektive der Soziotherapie auf ihre Haltung, die Soziotherapie nicht isoliert zu betrachten, sondern andere Leistungen, wie Psychiatrische Häusliche Krankenpflege und Psychiatrische Institutsambulanzen, mit zu bewerten. „Die Frage ist ja am Ende auch nicht, habe ich ausreichend Soziotherapie bezahlt als Kasse, sondern habe ich die Versorgung gedeckt“ (ebd., S. 7, Z. 20-21). Ließem (2018, S. 11) geht von einem Fortschritt in der Umsetzung in der Soziotherapie aus und hofft, dass sich zumindest in

einigen Bundesländern das Angebot etabliert habe. Er erwarte allerdings auch, dass es weiterhin einige Bundesländer gebe, in denen die Lage katastrophal sei. Pape (2019, S. 5, Z. 1) denkt, dass die Soziotherapie in Niedersachsen eine „Nebenleistung“ und kein „großes Thema“ werden wird. Daszkowski (2018, S. 3) ist es dagegen wichtig, dass es bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen gebe. Für die PatientInnen dürfe es keine Bedeutung haben, in welchem Bundesland sie wohnen und in der Folge eventuell eine schlechtere Versorgung bekämen. Er zeigt sich aber wenig optimistisch und erwartet nur eine etwas bessere Umsetzung. Insgesamt gehe er von keiner guten Versorgung mit Soziotherapie aus, weil er eine „gewisse Sturheit oder auch Starrsinn bei Kassenvertretern“ (ebd. S. 6, Z. 18) ausmache und es daher schwierig sei, vernünftige Bedingungen auszuhandeln.

4.3 Auswertung der Anfragen bei Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden

Da nur vereinzelte und vor allem keine bundesweiten Übersichten über die Anzahl der Leistungserbringer vorliegen, wurden zusätzlich zu der Befragung der Leistungserbringer und den ExpertInneninterviews alle relevanten Krankenkassen in den verschiedenen Bundesländern mit der Bitte um Angaben zu diesem Thema angefragt.²⁰ Aus den Ergebnissen dieser Anfrage geht hervor, dass insgesamt 207 Anbieter / Träger in den 12 Bundesländern, aus denen Rückantworten vorliegen, tätig sind (vgl. **Tabelle 1**). In den verbliebenen Bundesländern waren, bis auf Rheinland-Pfalz, in der Vergangenheit kaum Leistungserbringer zugelassen gewesen (vgl. Ließem 2016). Es ist davon auszugehen, dass auch aktuell nur vergleichsweise wenige weitere Anbieter / Träger in diesen Bundesländern für Soziotherapie zugelassen sind und ihre Summe daher nicht besonders hoch ausfällt.

Es ist festzuhalten, dass Leistungsanbieter sowohl einzelne Leistungserbringer (SoziotherapeutInnen) mit einer Zulassung für Soziotherapie sein können, aber auch größere Träger mit z.T. mehreren zugelassenen SoziotherapeutInnen. Da in einigen Bundesländern die zugelassenen SoziotherapeutInnen genau erfasst werden, wie zum Beispiel in Bayern oder Sachsen, in anderen Bundesländern jedoch eine genauere Differenzierung zwischen Anbieter / Träger und zugelassenen SoziotherapeutInnen nicht erfolgt, kann die genaue Anzahl von einzelnen bundesweit zugelassenen SoziotherapeutInnen nicht ermittelt werden.

²⁰ Als relevante Krankenkassen wurden vor allem die für die Zulassung von Soziotherapie in ihrem jeweiligen Bundesland zuständigen Krankenkassen sowie bei unklarer Zuständigkeit die Landesverbände der AOK angesehen (vgl. auch Ließem 2016).

Tabelle 1: Übersicht der zugelassenen Leistungsanbieter Soziotherapie nach Bundesländern.

Bundesland	Zugelassene Leistungserbringer	Quelle
Baden-Württemberg	72 Anbieter / Träger, z.T. mit mehreren zugelassenen SoziotherapeutInnen	Vdek 2017
Bayern	19 Anbieter / Träger, 28 zugelassene SoziotherapeutInnen	AOK Bayern 2018
Berlin	24 Anbieter / Träger, 40 zugelassene SoziotherapeutInnen	Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin 2017
Brandenburg	keine Angaben	
Bremen	5 Anbieter / Träger, mit mehreren zugelassenen ST	Persönliche Kommunikation mit Sven Köwing (AOK Bremen) am 14.02.2019
Hamburg	3 Anbieter/Träger	Persönliche Kommunikation mit Susanne Colle (vdek - Landesvertretung Hamburg) am 12.07.2018
Hessen	12 Anbieter/Träger	Persönliche Kommunikation mit Anke Tomschy (AOK Hessen) am 12.07.2018
Mecklenburg-Vorpommern	5 Anbieter / Träger	Persönliche Kommunikation mit Anja Prochnow (vdek - Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern) am 18.07.2018
Niedersachsen	28 Anbieter / Träger, mit z.T. mehreren zugelassenen SoziotherapeutInnen	Persönliche Kommunikation mit Timo Pape (AOK Niedersachsen) am 04.02.2019
Nordrhein-Westfalen	keine Angaben	
Rheinland-Pfalz	keine Angaben	
Saarland	9 Anbieter / Träger, evtl. weitere private Anbieter	Persönliche Kommunikation mit Sybille Maurer (Liga der Freien Wohlfahrtspflege Saar) am 19.12.2018
Sachsen	17 Anbieter / Träger, 35 zugelassene SoziotherapeutInnen	Persönliche Kommunikation mit Petra Hild (AOK Plus) am 12.07.2018
Sachsen-Anhalt	8 Anbieter / Träger	Persönliche Kommunikation mit Steffen Lehrmann (AOK Sachsen-Anhalt) am 6.11.2018
Schleswig-Holstein	keine Angaben	
Thüringen	5 Anbieter / Träger, 9 zugelassene SoziotherapeutInnen	Persönliche Kommunikation mit Petra Hild (AOK Plus) am 12.07.2018

Während im Bundesland Baden-Württemberg mit 72 Anbietern die deutlich größte Anzahl von Leistungserbringern zugelassen ist, sind zum Beispiel in Thüringen bei 5 Anbietern insgesamt 9 SoziotherapeutInnen zugelassen. Im Durchschnitt sind pro Bundesland mit Angaben zur Anzahl von Leistungserbringern 17,25 Anbieter / Träger für Soziotherapie zugelassen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Leistungserbringer in der Regel in einer überschaubaren Versorgungsregion tätig sind. Dies hat zur Folge, dass z.B. in den Stadtstaaten die Anzahl von Anbietern deutlich geringer ausfallen könnte, jedoch in Bezug auf das Versorgungsgebiet eine hohe flächenmäßige Abdeckung vorliegen kann. In einem Flächenland (z.B. Niedersachsen) hingegen, könnten trotz einer deutlich höheren Anzahl von Anbietern dennoch bestimmte Städte und Regionen gar nicht versorgt sein.

4.4 Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Ergebnisse der Anfrage bei den Krankenkassen, der Befragung der Leistungsanbieter sowie die Ergebnisse der ExpertInneninterviews, unter Einbezug weiterer Quellen, zusammengeführt. Dabei wird in Kapitel 4.3.1 zunächst die aktuelle Umsetzung der Soziotherapie in Deutschland thematisiert. Anschließend erfolgt in 4.3.2 eine Identifikation möglicher Hindernisse bei der Umsetzung von Soziotherapie.

4.4.1 Aktuelle Umsetzung der Soziotherapie

Mit Hilfe der Auswertung der Literaturrecherche und unter Einbezug der in den vorherigen Kapiteln 4.1, 4.2 und 4.3 erzielten Erkenntnisse soll in diesem Abschnitt die aktuelle Umsetzung der Soziotherapie analysiert werden. Für eine Beurteilung der Umsetzung erhalten insbesondere die Anzahl von tätigen Leistungsanbietern, die Anzahl zugelassener SoziotherapeutInnen, die verschiedenen Vertragsbedingungen sowie die Anzahl von aktuellen SoziotherapiepatientInnen eine große Bedeutung. Diese Angaben erscheinen sinnvoll, um einschätzen zu können, ob und in welchem Umfang Soziotherapie umgesetzt wird.

Anhand der in Kapitel 4.3 dargestellten Übersicht der zugelassenen Anbieter lassen sich zwischen den verschiedenen Bundesländern z.T. große Unterschiede feststellen. Zudem lässt die Anzahl der zugelassenen Leistungserbringer in den verschiedenen Bundesländern bereits erahnen, dass, bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Baden-Württemberg und möglicherweise in den Stadtstaaten), in den jeweiligen Bundesländern kaum eine flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie erfolgen kann, da die Anbieter in der Regel nur in einer überschaubaren Versorgungsregion tätig sind. Dies verdeutlicht auch eine Analyse der Verzeichnisse von Leistungserbringern, in denen der jeweilige Ort des Anbieters hinterlegt ist, wie z.B. in Bayern oder Niedersachsen. So sind in vielen Regionen und Städten gar keine SoziotherapeutInnen zugelassen oder nur in sehr geringer Anzahl vorhanden, wie z.B. 1 zugelassener Soziotherapeut für gesamt München (vgl. AOK Bayern 2018).

Ein Vergleich der aktuell ermittelten Zahl in Höhe von 209 Anbietern (vgl. Kapitel 4.3) mit vorherigen Erhebungen macht deutlich, dass sich die Anzahl der Leistungserbringer nicht wesentlich erhöht hat, selbst wenn zu den in der Erhebung aufgeführten Anbietern noch einzelne Anbieter aus anderen Bundesländern hinzugerechnet werden können. So wurde bereits vor Jahren eine geringe Anzahl von Leistungsanbietern bemängelt, die Ende des Jahres 2004 bei 190 Anbietern (vgl. Friboes 2005, S.29), bzw. 192 Anbietern (vgl. Krüger 2010) gelegen haben soll.

Die Anzahl der zugelassenen Anbieter bietet zwar eine Grundlage für eine erste Einschätzung, wie die Umsetzung in Deutschland erfolgt, diese ist jedoch auch nur

bedingt aussagekräftig. Eine Zulassung für Soziotherapie bedeutet nämlich nicht, dass dieser Anbieter auch tatsächlich Leistung im Rahmen der Soziotherapie erbringt. Viele zugelassene Anbieter erbringen Soziotherapie gar nicht (mehr), stehen jedoch weiterhin auf der Liste der zugelassenen Leistungserbringer. So teilte zum Beispiel die AOK Hessen mit, dass zwar offiziell 12 Leistungsanbieter in Hessen zugelassen sind, jedoch aktuell nur 1 Leistungserbringer Leistungen für die Soziotherapie bei ihnen abrechnet (Persönliche Kommunikation mit Anke Tomschy (AOK Hessen) am 12.07.2018). Ließem (2018, S. 2) bestätigt im Interview, dass sich viele zugelassene Leistungserbringer nicht bewusst abmelden, wenn sie keine Soziotherapie (mehr) anbieten. Diese würden größtenteils darauf warten, dass sich die Rahmenbedingungen ändern, um dann ggf. (wieder) Soziotherapie zu leisten. Die jeweiligen Krankenkassen könnten natürlich einen Einblick darüber haben, welche Anbieter auch Leistungen bei ihnen in Rechnung stellen und demnach aktiv Soziotherapie leisten. Diese Angaben werden allerdings nicht veröffentlicht.

Es wird daher deutlich, dass die Zahl der in der Praxis tätigen Leistungserbringer von der Anzahl der zugelassenen Leistungsanbieter abweicht und deutlich geringer ausfällt. Es gibt auf der anderen Seite, wie in Kapitel 4.1 festgestellt, auch eine Anzahl von Leistungserbringern, die per Einzelfallentscheidung Soziotherapie leisten. Dies können sowohl Anbieter sein, die von den Krankenkassen zugelassen sind, jedoch nicht im Rahmen ihres Vertrages tätig werden wollen. Andererseits aber auch Leistungserbringer, die ohne einen Vertrag „nur“ nach jeweiliger Einzelfallentscheidung tätig werden. Dies erfolgt in der Regel allerdings eher in Ausnahmefällen und findet aktuell (noch) nicht in großem Umfang, vor allem in Bezug auf die PatientInnenzahlen, statt (vgl. Kapitel 4.1).

Desweiteren konnte durch die Befragung der Leistungserbringer (vgl. Kapitel 4.1) festgestellt werden, dass pro Leistungsanbieter/-träger im Durchschnitt nur 1,14 Vollzeitkräfte als SoziotherapeutInnen eingesetzt werden. Es wurde dabei deutlich, dass viele Anbieter sogar weniger als 1,0 VKs in der Soziotherapie einsetzen. In vielen Fällen werden MitarbeiterInnen in der Soziotherapie tätig, die ansonsten bei ihrem Träger schwerpunktmäßig in anderen Aufgabenbereichen (z.B. Betreutes Wohnen, Sozialpsychiatrischer Dienst, etc.) eingesetzt werden. Dies wird auch durch die Anzahl der versorgten PatientInnenzahlen verdeutlicht, die bei einigen Anbietern sehr gering ausfallen. Diese Anzahl von Soziotherapie-PatientInnen pro Anbieter zeigt, dass bis auf wenige Ausnahmen, Soziotherapie selbst bei zugelassenen und aktuell tätigen Anbietern, in vergleichsweise geringem Umfang erbracht wird. Diese Erkenntnis bestätigt auch Ließem (2018, S.6, Z. 18), in dem er anführt, dass viele Leistungserbringer Soziotherapie nur noch anbieten, um einen „Fuß in der Tür“ zu

haben. Diese hätten dann zwar weiterhin einige wenige PatientInnen in der Versorgung, würden allerdings keine umfassende Leistung Soziotherapie anbieten.

Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass Soziotherapie in vielen Regionen gar nicht angeboten wird und in den wenigen Fällen in denen Anbieter vor Ort existieren, die Versorgung in der Regel nur sehr begrenzt wahrgenommen wird. Dies drückt sich u.a. in einer geringen Anzahl eingesetzter Vollzeitkräfte und einer geringen Anzahl von versorgten PatientInnen aus. Dies bestätigen auch die Ergebnisse aus den ExpertInneninterviews (vgl. Kapitel 4.2). Darin wird in Bezug auf die aktuelle Umsetzung eine fehlende flächendeckende Versorgung thematisiert und, mit Ausnahme von Maßing und Pape, diese als vollkommen unzureichend kritisiert. Positive Beispiele für eine gelungene Umsetzung können von den Befragten kaum genannt werden. Greve führt Bremen als Beispiel an, wo eine Versorgung mit Soziotherapie zumindest in größerem Umfang zu erfolgen scheine. Die Auswertung der Befragung der Leistungsanbieter bestätigt dies, da im Vergleich zu anderen Bundesländern in Bremen deutlich mehr Vollzeitkräfte eingesetzt und PatientInnen behandelt werden (vgl. Kapitel 4.1). Zudem gilt Baden-Württemberg, welches die höchste Anzahl von zugelassen Soziotherapeanbietern aufweist (vgl. Kapitel 4.3) seit langem als einer der Vorreiter in der Soziotherapie. Im Rahmen der Befragung der Leistungsanbieter konnten aus diesem Bundesland auch, neben Bayern, die meisten BefragungsteilnehmerInnen gewonnen werden. Zudem liegt die Anzahl der Vollzeitkräfte und versorgten PatientInnen auch etwas über dem Bundesdurchschnitt in der Befragung (vgl. Kapitel 4.1). Dennoch bemängeln selbst die Anbieter in den Bundesländern mit einem vergleichsweise hohen Umsetzungsgrad stark die schlechten Rahmenbedingungen, insbesondere die Vergütungskonditionen. Auch Greve (2018, S. 5) und Ließem (2018, S. 7) beschreiben, dass die aktuellen Vergütungssätze nicht auskömmlich seien und Soziotherapie-Anbieter oftmals die Leistung erbringen, weil sie diese für einen wichtigen Baustein der Gemeindepsychiatrie halten und ggf. sogar bereit sind, Defizite mit Gewinnen aus anderen Bereichen quer zu subventionieren. In der Regel würde dies allerdings nicht auf Dauer erfolgen.

Die aktuellen Rahmenbedingungen

Während die gesetzlichen Rahmenbedingungen durch die Vorgaben im SGB V und durch die Soziotherapie-Richtlinie bundesweit geregelt sind, besteht bei den vertraglichen Rahmenbedingungen keine bundesweite Einheitlichkeit. So sind die Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen (oder deren Verbänden) von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gestaltet. Während in Bayern, Baden-

Württemberg, Rheinland-Pfalz und im Saarland Landesrahmenverträge zwischen den Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden vereinbart worden sind, existieren in den übrigen Bundesländern jeweils Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.²¹ Dies bedeutet, dass in den Bundesländern mit einem Landesrahmenvertrag einheitliche Vertragsbedingungen für alle Leistungserbringer in dem Bundesland gelten. Dies betrifft u.a. auch einheitliche Vergütungssätze. In den weiteren Bundesländern gibt es dagegen auch innerhalb des gleichen Bundeslandes oftmals unterschiedlich ausgestaltete Verträge für die jeweiligen Leistungserbringer, so dass auch die Vergütungssätze innerhalb des Bundeslandes variieren. Dies geht u.a. auch aus den Ergebnissen der Befragung der Leistungsanbieter hervor, aus denen die Varianz der Vergütungssätze zu erkennen ist (vgl. Kapitel 4.1). Insgesamt schwanken die Vergütungssätze pro Stunde zwischen 36 € und 47,38 €. bei Leistungsanbietern mit einem Vertrag. Hinzu zu rechnen sind bei einzelnen Anbietern teilweise noch spezifische Zuschläge, wie pauschale Fahrtkostenerstattungen, Fahrtkostenerstattungen pro gefahrenem Kilometer oder Grundpauschalen pro Verordnung (vgl. Anlage 2 zum Rahmenvertrag Baden-Württemberg). Zudem lassen sich die Vergütungssätze nicht eindeutig miteinander vergleichen, weil die weiteren Vertragskonditionen in Bezug auf die Definition des Inhaltes der Leistung weit auseinander gehen. So wurde durch die Befragung der Leistungserbringer deutlich, dass der Inhalt von abrechenbaren Leistungen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Neben dem direkten Kontakt zum Patienten (face-to-face Kontakt) wurden die weiteren Tätigkeiten, wie Dokumentation, Fahrtzeiten, Telefonate, etc. unterschiedlich verortet. Dies kann einerseits auf die unterschiedlichen Vertragskonditionen zurückgeführt werden, jedoch evtl. auch auf die jeweilige Interpretation und Auslegung der jeweiligen Verträge sowie auch der Soziotherapie-Richtlinie, sowohl von den Leistungserbringern wie auch von den verschiedenen Krankenkassen, bzw. deren verschiedenen SachbearbeiterInnen. So verweist auch Greve (2018, S. 3) darauf, dass diese Parameter geklärt werden müssten, insbesondere wenn die Vergütungssätze nicht ausreichend seien, um diese Tätigkeiten zusätzlich zu leisten.

4.4.2 Umsetzungshindernisse der Soziotherapie

Im Folgenden sollen, ausgehend von der Befragung der Anbieter, der ExpertInneninterviews sowie der Literaturlauswertung, mögliche Umsetzungshindernisse der Soziotherapie zusammengetragen werden. Dabei wird

²¹ Eine Ausnahme stellt der 2018 abgeschlossene Rahmenvertrag zwischen dem Berufsverband der Soziotherapeuten und dem Verband der Ersatzkassen (vdek) in Nordrhein-Westfalen dar. Die Inhalte des Vertrages gelten jedoch nicht für alle gesetzlichen Krankenkassen, wie in den Landesrahmenverträgen, sondern beziehen sich auf die beteiligten Krankenkassen des vdek.

deutlich, dass dieses Thema bereits seit der Einführung der Soziotherapie im Jahr 2000 vielfach diskutiert wird und verschiedenste Faktoren genannt werden, die eine Umsetzung von Soziotherapie erschweren (vgl. Nowack 2002). Auch in den Folgejahren wurden immer wieder große Umsetzungshindernisse als Grund für die unzureichende Umsetzung von Soziotherapie genannt und u.a. auch in den Evaluationsberichten der Aktion Psychisch Kranke e.V. im Jahr 2006 sowie des G-BA im Jahr 2008 aufgeführt. Es fällt auf, dass der Großteil dieser genannten Faktoren auch weiterhin vorzuliegen scheint, was die in dieser Arbeit durchgeführten aktuellen Befragungen der Leistungsanbieter und VertreterInnen verschiedener Verbände bestätigen.

So werden bereits seit Jahren wiederholt vor allem die vertraglichen Rahmenbedingungen, die insbesondere durch die Krankenkassen, bzw. deren Verbände, definiert werden, als wesentlichster Hinderungsgrund angegeben (vgl. auch Rössler, Melchinger 2012; Ließem 2015). Auch in den ExpertInneninterviews werden insbesondere die vertraglichen Bedingungen der Soziotherapie kritisiert und als größte Schwierigkeit bei der Umsetzung von Soziotherapie vom Großteil der Befragten ausgemacht. Die Befragung der Leistungsanbieter verdeutlicht dies zudem, da bei der Frage nach den wesentlichen Umsetzungshindernissen vorrangig Inhalte genannt werden, die in den vertraglichen Rahmenbedingungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer geregelt werden. Dies betrifft im Wesentlichen die beiden Themen „Vergütungskonditionen“ und „Zulassungskriterien“.

In Bezug auf die Vergütungskonditionen können zwei Unterthemen ausgemacht werden, die allerdings in direktem Zusammenhang miteinander stehen. Dies ist zum einen der reine Vergütungssatz, den ein Anbieter für eine Therapieeinheit erhält und zum Anderen die Definition der abrechenbaren Leistungen sowie eventuelle Zusatzvergütungen, wie zum Beispiel Fahrtkostenerstattungen. Bei den Zulassungskriterien wird vor allem kritisiert, dass diese in Bezug auf die personellen und fachlichen Voraussetzungen zu hoch angesetzt seien. Dies bez. wird von einigen befragten Anbietern zudem bemängelt, dass diese Zulassungskriterien teilweise unklar oder willkürlich seien und das gesamte Zulassungsverfahren sehr lange dauere. Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen des Leistungserbringers, die ebenfalls in den Verträgen vorgegeben werden, spielen, wenn überhaupt, nur eine untergeordnete Rolle (vgl. auch 4.1 und 4.2).

Als wesentliche Umsetzungshindernisse werden von den Anbietern desweiteren der bürokratische Aufwand und die geringe Bekanntheit der Soziotherapie genannt, insbesondere auch in Bezug auf die VerordnerInnen, die z.T. die Leistung nicht kennen oder keine Motivation zur Verordnung zeigen würden. Im Interview beschreibt Mönter (2018, S. 3) dies bez., dass es viele Jahre auch von nervenärztlicher Seite versäumt

wurde, über die Leistung zu informieren und dafür zu werben. Die Zuzahlungspflicht für die PatientInnen bei der Inanspruchnahme von Soziotherapie-Kontakten wird von nur wenigen Anbietern als ein wesentlicher Hinderungsgrund ausgemacht. Daszkowski (2018, S. 4) beschreibt allerdings im Interview, dass die Zuzahlung in einigen Fällen ein tatsächliches und schwerwiegendes Hindernis darstellen könnte. Es führe dazu, dass einige PatientInnen Soziotherapie nicht in Anspruch nehmen könnten, weil ihnen die finanziellen Mittel fehlen würden.

Einzelne Anbieter geben eine unzureichende Verhandlung und Abstimmung der Verbände von Leistungserbringern als Hinderungsgrund an. Ließem (2018, S. 7) beklagt, dass die Wohlfahrtsverbände oftmals die Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen gescheut hätten. Auch Greve (2018, S. 3), der eine Verhandlungsführerschaft der Wohlfahrtsverbände deutlich befürwortet, erkennt, dass in der Vergangenheit ungenügende Verhandlungsergebnisse erzielt worden seien. Es existiere nun aber die Hoffnung, dass die Wohlfahrtsverbände ggf. ein Schiedsverfahren anstreben könnten, welches mehr Erfolgsaussichten verspreche.

Ein jahrelanger wesentlicher Hinderungsgrund, der bereits bei der Gründung der Soziotherapie und explizit in den Evaluationsberichten von 2006 und 2008 aufgeführt wurde, war die restriktive Beschränkung der Diagnosen. Mit der Novellierung der Richtlinie wurde die Indikation für die Diagnosegruppen deutlich erweitert. Diese Veränderung wird von den InterviewpartnerInnen als sehr positiv wahrgenommen und wird als die Beseitigung eines wesentlichen Umsetzungshindernisses ausgemacht. Ebenfalls werden die Erweiterung der Verordnergruppe auf die PsychotherapeutInnen, die Ausweitung von Möglichkeiten des Verordnungsbegins (z.B. im Rahmen des Entlassmanagements) sowie die Klärung von strittigen Sachverhalten im Rahmen der Richtlinien-Novellierungen als weiteren Schritt gesehen, die Umsetzungshindernisse etwas zu reduzieren. Dabei hält aber vor allem Ließem (2018) fest, dass die Erfolge des Abbaus dieser Hindernisse durch die Veränderungen der Richtlinie nur relativ seien, da Krankenkassen (z.B. durch die Begutachtungsrichtlinie) immer wieder versuchen würden, Beschränkungen festzulegen. Diese Skepsis gegenüber den Krankenkassen zeigt sich, erwartungsgemäß mit Ausnahme der KrankenkassenvertreterInnen selbst, auch bei den anderen GesprächspartnerInnen und wird auch von den Anbietern als Umsetzungshindernis in Form von „Willkür“, „fehlender Akzeptanz“ und „mangelnder Umsetzung der Richtlinien“ genannt (vgl. Kapitel 4.1).

Um die vertraglichen Umsetzungshindernisse zu beseitigen, wird sich von der Einrichtung des Schiedsverfahrens viel versprochen. Einige InterviewpartnerInnen verbinden damit die Hoffnung, einen Großteil der oben genannten

Umsetzungshindernisse zu reduzieren. Auch wenn Klein-Schmeink (2018, S. 5) Bedenken bzgl. zu großer Erwartungen an das Verfahren äußert, so wird von allen GesprächspartnerInnen mindestens eine schnelle Klärung bei unterschiedlichen Auffassungen der Verhandlungspartner durch eine neutrale Schiedsperson erwartet.

In deutlichem Zusammenhang mit der Bewertung des Schiedsverfahrens erfolgt auch eine Prognose für die zukünftige Umsetzung der Soziotherapie, die von den Befragten sehr unterschiedlich gesehen wird. Diese ist eng mit der angenommenen Wahrscheinlichkeit der Beseitigung oder Reduzierung der genannten Hinderungsgründe verknüpft. Dabei zeigt sich ein Teil der GesprächspartnerInnen sehr optimistisch, die wesentlichsten Hindernisse in den nächsten Jahren überwinden zu können. Ein anderer Teil der Befragten äußert allerdings eine große Skepsis und geht davon aus, dass der Großteil der Hinderungsgründe weiter existiere und die Umsetzung von Soziotherapie weiterhin unzureichend erfolge.

5. Analyse der Umsetzungshindernisse von Soziotherapie

In diesem Kapitel sollen, ausgehend von der in den vorherigen Kapiteln vorgenommenen Identifikation möglicher Umsetzungshindernisse, diese konkreten Hinderungsgründe ausführlicher analysiert und auf ihre Relevanz in Bezug auf die Umsetzung der Soziotherapie überprüft werden. Dabei gilt es u.a. auch darzulegen, ob und wie diese Umsetzungshindernisse reduziert werden könnten, damit eine ausreichende Umsetzung von Soziotherapie erfolgen kann. Als die wesentlichsten Themen wurden die vertraglichen Vergütungssätze, die Abrechenbarkeit von Tätigkeiten, die vertraglichen Zulassungskriterien, die Bekanntheit der Leistung, der bürokratische Aufwand sowie die Zuzahlungen für die PatientInnen ausgemacht und werden in der Folge diskutiert.

5.1 Vergütungssatz

Als wesentlichstes Umsetzungshindernis wurde wiederholt der allgemeine Vergütungssatz der Soziotherapieleistung genannt. So gaben dies die befragten Anbieter am häufigsten an und auch in den ExpertInneninterviews wurde dies als entscheidender Grund einer unzureichenden Umsetzung aufgeführt. Es wurde und wird immer wieder beschrieben, dass die vertraglich vereinbarten Sätze, die laut der Befragung der Anbieter alle bei aktuell unter 50 € und durchschnittlich bei 42,35 € liegen (vgl. Kapitel 4.1) nicht auskömmlich seien und Leistungserbringer daher kaum gewillt seien, Soziotherapie zu erbringen (vgl. auch Rössler; Melchinger 2012, S. 107). Allerdings gibt es in der Literatur bisher keine Angaben, wie hoch der Vergütungssatz stattdessen ausfallen oder berechnet werden müsste. Auch die Krankenkassen erläutern nicht, ob und wie die aktuellen Vergütungssätze kalkuliert worden sind (vgl. auch Pape 2019, S. 3).

Im Interview geben Ließem (2018, S.5) und Greve (2018, S. 3) an, dass die Vergütungssätze bei ca. 70 € liegen müssten, wobei zusätzliche Parameter, wie die Abrechnung indirekter Zeiten geklärt und zudem abrechnungsfähig gemacht werden müsste. Dies würde einen enormen Unterschied zu den aktuellen vertraglichen Vergütungssätzen bedeuten. Da die Festlegung des Vergütungssatzes als ein bedeutendes Umsetzungshindernis ausgemacht wurde, ist es sinnvoll dieses Thema etwas ausführlicher zu bearbeiten und zu konkretisieren. Daher wurden Kalkulationen für die Ermittlung eines auskömmlichen Vergütungssatzes herangezogen und werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

5.1.1 Kalkulationen des Berufsverbandes

Der Berufsverband der Soziotherapeuten hat eine Kalkulation und Berechnung einer Therapieeinheit aufgestellt (vgl. Tabelle 2). Darin werden zunächst die Personalkosten²² einer Vollzeitstelle (VK) sowie pauschal 15% für Overhead-Personalkosten berechnet. Desweiteren werden die Sachkosten pro VK summiert und damit die jährlichen Gesamtkosten der Stelle errechnet. Für die Berechnung der Netto-Arbeitszeit der VK wird die Angabe der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) verwendet, nach der eine VK 1.584 Stunden im Jahr leisten kann. Von dieser Angabe sind jeweils 10% für berufsspezifische sowie fallspezifische Minderzeiten abzuziehen. Abschließend werden die Gesamtkosten durch die verbleibende jährliche Arbeitszeit geteilt, um den Vergütungssatz pro Therapieeinheit (Stunde) zu erhalten. Nach Berechnung des Berufsverbandes liegt dieser bei 70,65 €.

²² Als Grundlage für die Berechnung der Personalkosten wurde der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) zu Grunde gelegt. Eingruppiert wurde die zur Kalkulation aufgestellte VK in die Entgeltgruppe 9c und Stufe 5.

Tabelle 2: Kalkulation des Berufsverbandes der Sozialtherapie - Vergütung einer Therapieeinheit 2019 (Quelle: Berufsverband der Sozialtherapeuten 2018)

Personalkosten			Sachkosten	
Vollzeitstelle AN-Brutto, Tarif TVöD EG9c/St.5	51.673,44 €		Fahrkosten- erstattung (6.000km x 0,3€/km)	1.800,00 €
Sonderzahlung lt. Tarif 70,28% vom AN Brutto-September Gehalt	3.047,87 €		Porto	200,00 €
Zwischensumme AN Brutto pro Jahr	54.721,31 €		Telefon/Fax/Internet/Mobil	600,00 €
Arbeitgeberanteil für Sozialvers. im Durchschnitt 21% vom Arbeitnehmer AN-Brutto	11.491,48 €		Büro-/EDV-Material	700,00 €
Personalkosten für Arbeitgeber bzw. real	66.212,79 €		Fachzeitingen, Personalanzeigen	180,00 €
Leitung, Beratung, Verwaltung pauschal 15% von den o.g. Arbeitgeberpersonalkosten	9.931,92 €		Organ.- Beiträge/WP-Beratungskosten	250,00 €
Personalkosten gesamt	76.144,71 €		Versicherungen, Abgaben	600,00 €
			Fortbildung, Supervision	1.700,00 €
			Miete (Büro u. Gruppenraumnutzung)	3.800,00 €
Berechnung der Netto-Arbeitszeit	Stunden		Mietnebenkosten	1.400,00 €
Arbeitsstunden Vollzeitkraft nach KGST 2016 im Jahr	1.584		Kosten der Geschäftsausstattung	550,00 €
10% Abzug für berufsspezifische Minderzeiten (Fortbildungen, Supervisionen, usw.)	158,4		Abschreibung und Instandhaltung	300,00 €
10% Abzug für fallspezifische Minderzeiten (z.B. telefonische Abstimmungen)	158,4		Sonstige Raumkosten (Reinigung, Parkplatz, etc.)	1.300,00 €
Verbleibende jährliche Arbeitszeit	1267,2		Sachkosten gesamt	13.380,00 €
Jährliche Gesamtkosten (Personalkosten+Sachkosten)	89.524,71 €			
Vergütungssatz (Gesamtkosten/Arbeitszeit)	70,65 €			

In einer alternativen Kalkulation der Overhead- und Sachkosten des Berufsverbandes (vgl. Tabelle 3), die sich an den allgemeinen Werten der KGSt von 2016 orientiert²³ ergibt sich ein Vergütungssatz von 70,63 €.

Tabelle 3: Alternative Kalkulation des Berufsverbandes der Sozialtherapeuten (Quelle: Berufsverband der Sozialtherapeuten 2018)

<i>Alternative Berechnung der Overhead- u. Sachkosten</i>	
Personalkosten für Arbeitgeber bzw. real	66.212,79 €
Nach KGST Sachkosten fix (Wert 2016)	9.700,00 €
Nach KGST Gemeinkosten 20% der PK	13.242,56 €
Jährliche Gesamtkosten	89.155,35 €
Vergütungssatz alternative Berechnung	70,36 €

Die Kalkulation des Vergütungssatzes ist darauf ausgelegt, dass im Rahmen der Therapieeinheit von 60 Minuten auch alle Tätigkeiten abrechenbar sind, die in der Sozialtherapie-Richtlinie aufgeführt werden. Das sind zum Beispiel: Fahrzeiten zum Hausbesuch, Dokumentationen, Gespräche mit den VerordnerInnen und wichtigen Bezugspersonen, an denen die PatientIn nicht teilnimmt oder auch Berichte an die Krankenkassen oder den MDK (vgl. Berufsverband der Sozialtherapeuten 2018).

Die Kalkulationen des Berufsverbandes der Sozialtherapeuten beruhen weitestgehend auf pauschal angesetzten Kosten, die wesentlich auf die allgemeinen Angaben der KGSt zurückgeführt werden. Dies ermöglicht eine grobe Kalkulation, die grundsätzlich auf verschiedene Anbieter angewendet werden kann. Sie gibt einen schnellen Überblick über die zu Grunde gelegten Werte und ist auch mit anderen Sparten grundsätzlich vergleichbar.

Allerdings dient sie nicht dazu, die konkreten Kosten und Zeiten darzustellen und gibt keine Antwort darauf, wie sich die verschiedenen Werte und Prozentangaben zusammensetzen. Auch können regionale Besonderheiten oder Unterschiede zwischen Leistungserbringern nicht berücksichtigt werden. Für eine solche Kalkulation müsste eine differenzierte Kostenrechnung erfolgen, die auch für den jeweiligen

²³ Bei der alternativen Berechnung werden allgemeine Werte der KGSt auch zu den Sach- und Gemeinkosten zu Grunde gelegt. Darin werden pauschal für eine VK Sachkosten in Höhe von 9.700 € berechnet und ein Anteil von 20% der Personalkosten für Gemeinkosten angesetzt. Bei der weiteren Berechnung wird die ermittelte Netto-Arbeitszeit beibehalten.

Anbieter die Grundlage darstellen kann, ob und unter welchen Bedingungen Sozialtherapie erbracht werden kann (vgl. auch Heibler 2017, S. 82).

5.1.2 Differenzierte Kalkulation

Eine differenzierte Kalkulation, die an die Berechnung von Stundensätzen von Heibler (2017) angelehnt ist, wird in der Folge vorgestellt. Diese ist in Form einer Vollkostenrechnung berechnet, um alle relevanten anfallenden Kosten des Anbieters bei der Kalkulation und Bewertung des Vergütungssatzes einbeziehen zu können und die Berechnung so zu gestalten, dass eine Querfinanzierung vermieden wird (vgl. Weber 2018). Für diese Berechnung konnte eine Kalkulation mit den entsprechenden Werten eines gemeindepsychiatrischen Anbieters²⁴ aufgestellt werden, die als Basis der Berechnung dient.

Das Grundschema der Kalkulation basiert, wie bei der oben aufgeführten Berechnung, auf der Erhebung der Jahreskosten pro VK, die nach Fachpersonalkosten, der Kosten für Steuerung und Verwaltung, sowie der Sachkosten unterteilt werden (vgl. Tabelle 4). Zudem erfolgt eine Ermittlung der verfügbaren Nettoarbeitszeit (vgl. Tabelle 5). Bei der Berechnung der Fachpersonalkosten werden alle Personalkosten der in der konkreten PatientInnenversorgung tätigen SozialtherapeutInnen berücksichtigt.²⁵ Dabei ist aufzuführen, auf wie viele eingesetzte Vollzeitstellen sich die Kosten verteilen, um diese Angabe in der Folge als Divisor benutzen zu können (vgl. Heiber 2017, S. 66). Im vorliegenden Beispiel wurde der Tarifvertrag TV-L für die Kalkulation zu Grunde gelegt und die Eingruppierung anhand eines Durchschnittswertes aller Fachkräfte durchgeführt. Dies ergibt Fachpersonalkosten von 57.052,52 € pro VK.

Die Kosten für Steuerung und Verwaltung stellen die so genannten Overhead-Kosten dar. Es gilt in diesem Erfassungsbereich, die Kosten für Leitungskräfte, Verwaltungskräfte, die Geschäftsführung und Stabsstellen, wie z.B. Qualitätsmanagement-Beauftragte, zusammen zu tragen und diese anteilig ihrer Tätigkeit für die Leistung Sozialtherapie zu berechnen. Die anteilige Zuordnung erfolgt, bei mehreren Leistungsbereichen, anhand eines möglichst verursachungsgerechten

²⁴ Der Anbieter bietet neben Sozialtherapie auch Ambulante Psychiatrische Pflege und verschiedene IV-Verträge (Besondere Versorgungsverträge) an und beschäftigt insgesamt ca. 130 MitarbeiterInnen. Die Kalkulation beruht im Wesentlichen auf einer Ermittlung der durchschnittlichen Kosten und Arbeitszeiten der Vorjahre sowie einer Prognose der zukünftigen Ausgaben, wie bei Zahlung eines künftigen Tarifvertrages. Die Berechnung wurde für ein Gesamtteam mit 14,6 VK aufgestellt, das verschiedene Leistungen zu einem einheitlichen Vergütungssatz erbringen soll (vgl. Anonymer Anbieter 2019).

²⁵ Die Fachpersonalkosten beinhalten den Jahres-Brutto-Lohn, inklusive möglicher tariflicher Sonderzahlungen, Lohnerhöhungen, Zuschlägen für Arbeiten zu ungünstigen Zeiten, den Arbeitgeberanteil und die Personalnebenkosten (vgl. auch Heiber 2017, S. 66). Sollten z.B. Leitungskräfte mit einem bestimmten Stundenumfang auch in der PatientInnenversorgung eingesetzt sein, wie im vorliegenden Fallbeispiel, müssen diese ebenfalls anteilig erfasst werden.

Verteilungsschlüssels, der sich z.B. am tatsächlichen Arbeitsaufwand für den Bereich Sozialtherapie, dem Umsatz oder der Anzahl zugeordneter MitarbeiterInnen orientieren soll (vgl. ebd. S. 78). Im vorliegenden Fall erfolgte die Verteilung anhand des Anteils am Umsatz und ergibt Kosten von insgesamt 201.662,49 € und dementsprechend 13.812,50 € pro VK in diesem Bereich.

Zur Ermittlung der Sachkosten werden diese, bei entsprechender Aufschlüsselung der einzelnen Posten, zusammengerechnet und anteilig der eingesetzten Fachkräfte verteilt. Bei der vorliegenden Kalkulation wurden Sachkosten pro VK in Höhe von 10.109,48 € ermittelt. Die Summe der anteiligen Fachpersonal-, Steuerungs- und Verwaltungs- sowie Sachkosten ergibt die Gesamtkosten pro zu Grunde gelegter VK und beträgt 80.974,50 €. Hinzu kommt ein Risikozuschlag, der das Unternehmerrisiko vergütet²⁶ und in diesem Fall mit 3% berechnet ist. Daraus ergibt sich ein Betrag von 83.403,73 € jährlichen Gesamtkosten.

²⁶ Die Berücksichtigung eines Risikozuschlages als Bestandteil einer leistungsgerechten, wirtschaftlichen und plausiblen Vergütungskalkulation wurde in vergleichbaren Rechtsprechungen des Bundessozialgerichtes als angemessen definiert (BSG, Urteil vom 29.01.2009, Az.: B3P7/08R; BSG, Urteil vom 17.12.2009, Az.: B3P3/08R; BSG Urteil vom 16.05.2013, Az.: B3P2/12R). Zudem führte die Rechtsprechung dazu, dass u.a. im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes explizit seit dem 1.1.2017 im Gesetz ergänzt wurde: „Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ (§ 89 Abs. 1 S. 3 SGB XI).

Tabelle 4: Kalkulation der Gesamtkosten eines Soziotherapie-Anbieters (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Anonymer Anbieter 2019)

Berechnung der Jahreskosten pro VK	Anzahl VK	Tarifgrundlage	Stufe	AN-Brutto MA/Monat	AG-Brutto MA/Jahr	Personal- nebenkosten MA/Jahr	AG-Kosten Gesamt/Jahr	anteilige Kosten je MA ST/Jahr
Fachpersonalkosten								
MitarbeiterInnen (MA) Soziotherapie (ST)	14,00	TVL E9	4	3.560,20 €	54.411,25 €	2.009,49 €	789.890,35 €	
Zeitzuschlag für Arbeiten zu ungünstigen Zeiten					342,19 €		4.790,65 €	
MA ST AG Brutto					54.753,44 €		794.681,00 €	
Personalkosten Fachliche Leitung	0,10	TVL E 11	5	4.721,77 €	72.163,76 €	2.009,49 €	7.417,33 €	
Personalkosten stellv. Fachliche Leitung	0,50	TVL E 10	4	3.908,04 €	59.727,36 €	2.009,49 €	30.868,43 €	
MA ST Sonstige AG Brutto	0,60						38.285,75 €	
Personal ST Behandlungssetting gesamt	14,60						832.966,75 €	57.052,52 €
Verwaltungs-/Steuerungskosten								
Personalkosten Fachliche Leitung	0,9	TVL E 11	5	4.721,77 €	72.163,76 €	2.009,49 €	66.755,93 €	4.572,32 €
Personalkosten stellv. Fachliche Leitung	0,5	TVL E 10	4	3.908,04 €	59.727,36 €	2.009,49 €	30.868,43 €	2.114,28 €
Personalkosten Leitung-Verwaltung	0,20	TVL E10	3	3.653,27 €	55.833,66 €	2.009,49 €	11.568,63 €	792,37 €
Personalkosten Verwaltung	1,10	TVL E 6	4	2.863,01 €	44.097,80 €	2.009,49 €	50.718,02 €	3.473,84 €
Personalkosten Qualitätsmanagement	0,20	TVL E10	4	3.908,04 €	59.727,36 €	2.009,49 €	12.347,37 €	845,71 €
Personalkosten EDV	0,20	TVL E10	4	3.908,04 €	59.727,36 €	2.009,49 €	12.347,37 €	845,71 €
Personalkosten Geschäftsführung	0,20	TVL E14	5	5.647,28 €	83.274,23 €	2.009,49 €	17.056,74 €	1.168,27 €
	3,30			28.609,45 €	434.551,53 €		201.662,49 €	13.812,50 €
Sachkosten								
Miete/Raumkosten								2.836,71 €
Steuern/Versicherungen/Beiträge								501,56 €
Honorare/besondere Kosten								429,68 €
PKW/Fahrzeugkosten								3.004,30 €
Werbe- u. Reisekosten								475,33 €
Abschreibungen								362,30 €
Reparatur/Instandhaltung								16,53 €
Telekommunikation Internet Software Bürotechnik								1.530,71 €
Bürobedarf								204,01 €
Sonstiges								748,35 €
Sachkosten Gesamt								10.109,48 €
Jahreskosten Gesamt								
Jährliche Kosten								80.974,50 €
Risikozuschlag 3%								2.429,23 €
Jährliche Kosten Gesamt								83.403,73 €

Die Berechnung der verfügbaren Netto-Arbeitszeit ermittelt, wie viele Arbeitsstunden für abrechnungsfähige Leistungen pro VK im Jahr zur Verfügung stehen. Ausgehend von der Anzahl der Jahrestage wird durch den Abzug der Anzahl der arbeitsfreien Tage (Wochenenden und Feiertage) die Zahl der Jahresarbeitsstage ermittelt. In diesem Fall werden ausgehend von den 365 Tagen im Jahr jeweils 52 Tage für Samstage und Sonntage sowie die Anzahl der gesetzlichen Feiertage im Bundesland, inklusive der Regelungen zur halbtägigen Arbeitszeit am 24.12. und 31.12. abgezogen.

Anhand der (tariflich) festgelegten Zahl der täglichen Arbeitsstunden wird die Zahl der Jahresarbeitsstunden errechnet. Im nächsten Schritt werden davon die Ausfalltage (Anzahl der Urlaubstage sowie Krankheitstage pro Jahr) reduziert. Dabei wurde für den Dienst eine durchschnittliche Krankheitsquote von 8% zu Grunde gelegt, die sich an den statistischen Krankheitstagen der Berufsgruppe(n) orientieren soll (vgl. Heiber 2017, S. 79). Desweiteren gilt es weitere gesetzlich vorgegebene Ausfallzeiten (z.B. Bildungsurlaubstage, Stunden für Arbeits-, Gesundheits-, und Datenschutzschulungen sowie eventuelle Zeiten für Betriebsratstätigkeiten oder Betriebsversammlungen) einzuberechnen. Im vorliegenden Fall werden dafür jährlich 2 Tage für Bildungsurlaub, 2 Stunden für Arbeits- und Gesundheitsschutz, 16 Stunden für die Teilnahme an Betriebsversammlungen und Betriebsratstätigkeiten und 1 Doppelstunde alle 2 Jahre für Datenschutzschulungen pro MitarbeiterIn angesetzt. In den nächsten Schritten werden Zeiten, die z.T. vertraglich vorgegebenen sind, für Supervision (20 Stunden) Fortbildung (24 Stunden) und Fallbesprechungen (1 Stunde pro Woche) abgezogen. Zudem werden Zeiten für Dienstbesprechungen (2 Stunden pro Woche) oder andere sonstige Zeiten (z.B. Einarbeitungszeiten, Mitarbeitergespräche, Rüst- und Organisationszeiten, Übergabegespräche, Teamklausurtage, Stunden für Projekt- oder Arbeitsgruppen) noch von der verfügbaren Arbeitszeit reduziert. Im vorliegenden Fall wurde ein Anteil von 4% an den verbliebenen Stunden für diese Zeiten einkalkuliert. Je nach Abrechenbarkeit von kurzfristigen Terminausfällen könnte zudem eine Ausfallquote errechnet und diese Stunden noch abgezogen werden.²⁷

In der Regel werden in den Kalkulationen die verschiedenen Zeiteile pro MitarbeiterIn, wie Schulungen, Supervisionen oder Dienstbesprechungen, in Bezug zu 1 VK berechnet. Dies entspricht bei einem Einsatz von Teilzeitkräften oftmals allerdings nicht der tatsächlichen Realität und kann die Kalkulation stark beeinflussen. Daher verweist Reiber (2017, S. 68) darauf, dass zunächst eigentlich errechnet werden muss, wie viele MitarbeiterInnen auf eine Vollzeitstelle kommen, um dies in der Folge

²⁷ Können Terminausfälle abgerechnet werden, so wird bei der Kalkulation keine spezielle Ausfallzeit berechnet, da diese Leistung abrechnungsfähig ist. Falls dies nicht der Fall sein sollte und die MitarbeiterInnen bei kurzfristigen Terminausfällen nicht anderweitig eingesetzt werden können, so muss der Arbeitgeber die geplante Zeit auch den MitarbeiterInnen als Arbeitszeit verbuchen (vgl. § 615 BGB).

bei der weiteren Berechnung einzubeziehen. Dies berücksichtigt, dass Teilzeitkräfte oftmals die gleiche Anzahl von Stunden für eine Schulung, Supervision oder Besprechung aufbringen müssen und die Arbeitsstunden auf 1 VK hochgerechnet höher ausfallen, als wenn 1 MitarbeiterIn mit 1 VK gleichgesetzt wird. Insbesondere bei dem hohen und steigenden Anteil von Teilzeitkräften in dem Arbeitsbereich (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2018, S. 11) hat dieser Berechnungsaspekt eine große Bedeutung.

Tabelle 5: Kalkulation der verfügbaren Nettoarbeitszeit pro VK eines Soziotherapie-Anbieters (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Anonymer Anbieter 2019)

Berechnung der verfügbaren Nettoarbeitszeit pro VK						
					Anteil produktiv	Anteil nicht produktiv
1.	Jahresarbeitsstunden 1 Vollzeitstelle	Tage/Jahr	Jahres-Std.			
	Tage pro Jahr	365				
	Wochenenden	104				
	Feiertage (inkl. 24.u.31.12.)	11				
	Jahresarbeitsstage	250				
	tägliche Arbeitszeit n. TVL (38,5 pro Woche; 7,7h Tag)	7,70	1.925,00	100%		
2.	Ausfallzeiten					
	Urlaub	30,00	231,00			
	Krankheit	8% 20,00	154,00			
		200,00	1.540,00	80%	20%	
3.	Gesetzliche Vorgaben					
	Bildungsurlaub	2,00	15,40			
	Datenschutz (1 Doppelstunde alle 2 Jahre)	0,13	1,00			
	Arbeits- und Gesundheitsschutz	0,26	2,00			
	Betriebsrat (Betriebsversammlungen+BR Freistellungen)	2,08	16,00			
		195,54	1.505,60	78%	22%	
4.	vertragliche Vorgaben					
	Supervision (20 Std./Jahr)	2,50	20,00			
	Fortbildung (24 Stunden/Jahr)	3,00	24,00			
	Fallbesprechung wöchentliche Fallbesprechung § 4 (3) APP Vertrag jährlich 42 Stunden	5,45	42,00			
5.	Arbeitszeiten Patienten unabhängig	184,58	1.419,60	74%	26%	
	Dienstbesprechung (2 Std/Woche)	10,91	84,00			
	Ausfallrisiko Patientenkontakte	0,0	0,00			
		173,67	1.335,60	69,38%	30,62%	
	Sonstige Arbeitszeiten (z.B. Einarbeitungszeiten, Mitarbeitergespräche, etc.)	4% 6,9	53,42			
	Verfügbare Netto-Arbeitsstunden		1.282,18	66,61%	33,39%	
	Kontaktabhängige Vergütung					
	Indirekte Zeiten (Wegezeiten, etc.)	25%	321			
	B. Verfügbare Netto Arbeitsstunden bei kontaktabhäniger Vergütung		961,63	50%	50%	

Nach Abzug der genannten Zeiten ergibt sich die verfügbare Netto-Arbeitszeit pro VK und Jahr. Diese Netto-Arbeitszeit basiert auf der Grundlage, dass alle weiteren patientenbezogenen indirekten Tätigkeiten, wie Fahrzeiten, Dokumentationen, etc., abrechnungsfähig sind. Sollten Teile dieser Tätigkeiten nicht abrechnungsfähig sein, so müsste die Arbeitszeit weiter um diesen Anteil (z.B. 25%) gekürzt werden. So kann

z.B. die Netto-Arbeitszeit für eine Kalkulation von nur direkten PatientInnenkontakten (face-to-face) berechnet werden.

Die ermittelten Gesamtkosten werden abschließend durch die errechnete Netto-Arbeitszeit geteilt, um den Vergütungssatz pro Stunde zu erhalten.

Verfügbare Netto-Arbeitszeit (alle Tätigkeiten abrechnungsfähig)	1282,18
Vergütungssatz	65,05 €
Verfügbare Netto-Arbeitszeit (nur direkte PatientInnentätigkeiten)	961,63
Vergütungssatz	86,73 €

Sowohl die pauschaleren Berechnungen des Berufsverbandes der Sozialtherapeuten, wie auch die differenzierte Kalkulation des Anbieters, ergeben Vergütungssätze, die deutlich über den aktuellen Sätzen liegen. In der Folge wird eine Diskussion und Bewertung der vorliegenden Kalkulationen vorgenommen

5.1.3 Bewertung und Diskussion der Kalkulationen

Eine Bewertung, ob die Vergütungssätze angemessen sind, ist häufig schwierig, weil die Beurteilungen der Kalkulationen oftmals interessensgeleitet stattfinden und passende Vergleichskalkulationen fehlen. Relevant erscheint aber vor allem die Plausibilität im Hinblick auf die einzelnen Posten, um eine angemessene, wirtschaftliche und auskömmliche Vergütung sicherzustellen (vgl. Heiber 2017, S. 71). In der Folge wird daher eine genauere Bewertung und Erläuterung der einzelnen Posten vorgenommen.

Bei der Berechnung der **Fachpersonalkosten** werden in den Kalkulationen jeweils Tarifverträge zu Grunde gelegt. Die Zahlung von Tariflöhnen oder ortsüblichen Gehältern muss dabei immer als wirtschaftlich angemessen betrachtet werden. Rechtsprechungen des Bundessozialgerichtes (BSG) untermauern dies deutlich, indem 2009 bereits die Refinanzierung von Tariflöhnen im Pflegebereich als rechtmäßig entschieden wurde (BSG, Urteil vom 29.01.2009, Az.: B3P6/08R), dies auch für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach SGB XII (BSG, Urteil vom 07.10.2015, Az.: B8SO21/14 R) sowie für den Bereich der ambulanten häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (BSG, Urteil vom 23.06.2016, Az.: B3KR25/15R) bestätigt wurde. In dem zuletzt genannten Urteil wurde auch geklärt, dass der Tarifbindungsgrundsatz Vorrang vor dem Grundsatz der Bindung an die Grundlohnsummensteigerung hat, wenn deutlich gemacht werden kann, dass Tariflöhne gezahlt werden und welche Auswirkungen dies hat. Welcher Tarifvertrag für die Sozialtherapie Anwendung findet, ist nicht explizit festgelegt. Da der TVöD in vielen kommunalen psychiatrischen Kliniken der verwendete Tarifvertrag ist (vgl. DKG 2016) und die Sozialtherapie eine Alternative zur Klinik darstellen soll, ließe sich

argumentieren, dass der TVöD angewendet werden sollte. Da Soziotherapie vor allem von gemeindepsychiatrischen Trägern erbracht wird, die oftmals weitere Leistungen, z.B. aus dem SGB XII und IX, anbieten und in dem vorliegenden Bundesland evtl. nach TV-L bezahlen (vgl. auch Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin 2016, S. 4), findet der TV-L in der Praxis auch für die Soziotherapie-MitarbeiterInnen oftmals Anwendung. Die weitere Eingruppierung und Zuordnung der jeweiligen Stufe basiert auf der Qualifikation und Dauer der Beschäftigung. Damit ist sie maßgeblich von der jeweiligen Beschäftigungsstruktur des Trägers und vor allem auch von den Zulassungskriterien (vgl. Kapitel 5.3) abhängig. Bei den vorliegenden Kalkulationen sind die Personalkosten bei den Berechnungen des Berufsverbandes deutlich höher als in der spezifischen Kalkulation des Anbieters, weil der TVöD statt TV-L und eine längere Beschäftigungsdauer (Stufe 5 statt 4) zu Grunde gelegt wurde.²⁸ Trotz der Unterschiede können die Kalkulationen zunächst als angemessen betrachtet werden.

Die **Verwaltungs- und Steuerungskosten** sind im Wesentlichen von der Größe und Struktur des Trägers abhängig. Zudem sind die Werte sehr davon bestimmt, ob und wie ein Verteilungsschlüssel angewendet wird, wenn auch andere Leistungsbereiche vorhanden sind. Oftmals werden pauschale Sätze in Höhe von 20% der Fachpersonalkosten als Kalkulationsgrundlage für die Overheadkosten genannt (vgl. auch Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW 2017, S. 67). Diese Angabe wird auch in der alternativen Berechnung des Berufsverbandes, auf Grundlage der Werte der KGSt, verwendet. Bei zu Grunde legen dieses pauschalen Prozentsatzes müsste die Kalkulation des Anbieters bei 11.410,50 € statt der ermittelten 13.812,50 € liegen und fällt damit höher aus. In Bezug auf die Gesamtkosten, statt der Fachpersonalkosten, liegt der Anteil der Verwaltungs- und Steuerungskosten allerdings nur bei 17,06%. Die erste Kalkulation des Berufsverbandes berechnet die „Overheadkosten“ sogar nur mit einem Anteil von 15% an den Fachpersonalkosten, was wiederum sehr gering erscheint. Dafür fallen die Sachkosten bei dieser Berechnung im Vergleich zu den anderen beiden Kalkulationen deutlich höher aus, so dass die Differenzen zwischen Verwaltungs- und Steuerungskosten sowie Sachkosten insgesamt fast wieder ausgeglichen sind.

Bei der Ermittlung der **Sachkosten** erfolgt in der Regel eine einrichtungsindividuelle Berechnung, da die Kosten z.T. sehr von der Region abhängig sind (z.B. Mietpreise für Räume und Parkplätze). Diese kann sich, wie in der vorliegenden Kalkulation des Anbieters geschehen, an den Ermittlungen der Sachkosten der Vorjahre orientieren und ggf. eine Erhöhung bei zu erwartenden Kostensteigerungen beinhalten (vgl. Heiber 2017, S. 63). Bei pauschalen Werten, wie der Angabe der KGSt von 9.700 € für

²⁸ Die starke Differenz zwischen den beiden Tarifverträgen ergibt sich aktuell insbesondere auch, weil der TVöD zuletzt 2018 verhandelt und die Gehälter z.T. deutlich erhöht wurden, während die Tarifverhandlungen zum TV-L gerade beginnen (vgl. Verdi 2019).

Sachkosten, ist zu hinterfragen, wie sich diese Summe zusammensetzt und ob seit der Erhebung im Jahr 2016 Kostensteigerungen stattgefunden haben können. Während die Ergebnisse der beiden Kalkulationen allerdings nicht weit voneinander abweichen, berechnet die erste Kalkulation des Berufsverbandes Sachkosten mit 13.380 € und liegt damit deutlich über den anderen beiden Berechnungen (siehe oben).

Bei der Ermittlung der **Nettoarbeitszeit** werden bei den Kalkulationen des Berufsverbandes, ausgehend von pauschal verfügbaren 1.584 Arbeitsstunden (KGSt 2016) berufs- und fallspezifische Minderzeiten von jeweils 10% abgezogen. Eine Analyse der genauen Posten kann daher zunächst nur für die differenzierte Ermittlung der Arbeitszeit des Anbieters vorgenommen werden. Bei dieser Kalkulation stellen die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben einen nicht (direkt) zu verändernden Rahmen dar. Die Anzahl von Feiertagen hängt vom jeweiligen Bundesland ab, die Arbeitszeiten werden durch die jeweiligen (tariflichen) Arbeitszeitverträge geregelt und verpflichtende Zeiten für Schulungen im Bereich Datenschutz und Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Freistellungen bei Vorhandensein eines Betriebsrates sind gesetzlich geregelt.

Für Supervisionen, Fortbildungen und Fallbesprechungen sind in vielen Soziotherapie-Verträgen, wie z.B. auch in den Landesrahmenverträgen Bayern u. Rheinland-Pfalz, Vorgaben hinterlegt, die als Mindestmaß jährlich absolviert werden müssen und sich an den Empfehlungen der Spitzenverbände von 2001 orientieren (vgl. Spitzenverbände der Krankenkasse 2001, S. 11). Zudem kennzeichnen diese Zeiten, unabhängig vertraglicher Vorgaben, auch allgemeine Qualitätsstandards der psychiatrischen Arbeit. So stellt zum Beispiel die Supervision einen inzwischen unverzichtbaren Bestandteil in der psychiatrischen Versorgung dar und sollte regelmäßig stattfinden (vgl. Bauer 2004; Heltzel 2007).

Die Krankheitstage können vom Träger nicht immer direkt beeinflusst werden und sich z.T. zwischen verschiedenen Anbietern oder auch Jahren deutlich unterscheiden. Als Orientierung einer plausiblen Kalkulation soll sich an Vergleichswerten der Berufsgruppe oder des Arbeitsfeldes orientiert werden (vgl. Heiber 2017, S. 79). Für die entsprechenden Berufsfelder lassen sich folgende durchschnittliche Krankheitstage im Jahr anhand der Gesundheitsreporte der Krankenkassen ermitteln:

Tabelle 6: Krankheitstage pro Berufsgruppe im Jahr

Berufsfeld	Männer	Frauen	Gesamt	Quelle
Sozialwesen	15,5	21,4	-	BKK 2016
Gesundheits- und Krankenpflege	-	-	18,0	Barmer 2017
SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen	-	-	14,6	Barmer 2017
Gesundheits- und Sozialwesen	17,1	19,8		BKK 2018
Nichtmedizinische Gesundheitsberufe	16,1	22,8	19,2	TK 2018
Soziale Berufe	15,3	19,5	17,2	TK 2018

Die Berechnung mit 20 Krankheitstagen (8%) des Anbieters liegt dementsprechend etwas über dem Durchschnitt, erscheint aber nicht übermäßig hoch zu sein, vor allem wenn der Anteil von beschäftigten Frauen in der Soziotherapie höher ausfällt.

Die Bewertung von angemessenen Zeiten für Dienstbesprechungen und Übergaben sowie für die sonstigen Arbeitszeiten ist schwierig. Hierfür gibt es wenig Vorgaben und passende Vergleiche (vgl. Heiber 2017, S. 80). Während z.B. ein somatischer Pflegedienst deutlich weniger Zeiten für diese Tätigkeiten einplant, sind in der Soziotherapie viele Stunden in diesem Bereich notwendig. So benötigen die zeitliche und inhaltliche Flexibilität der PatientInnenversorgung²⁹ sowie der hohe bürokratische Aufwand (vgl. Kapitel 5.4) vor allem zusätzliche Zeiten für Organisation, Koordination und Absprachen. Die umfangreiche soziotherapeutische Tätigkeit erfordert zudem, unabhängig einer psychiatrischen Vorerfahrung, eine intensive Einarbeitung und Begleitung, um die erforderlichen Kenntnisse wie auch administrativen Tätigkeiten umsetzen zu können (vgl. Friboes 2005). Von daher erscheinen die kalkulierten Zeiten mit einer wöchentlichen zweistündigen Dienstbesprechung in einem großen Team und nur 4% für sonstige Zeiten (z.B. Einarbeitungszeiten, Mitarbeitergespräche, persönliche Rüst- und Organisationszeiten, Übergabegespräche, Teamklausurtage und Stunden für Projekt- oder Arbeitsgruppen) nicht übermäßig hoch.

Nicht aufgenommen wurden in der Kalkulation eine Ausfallquote von Terminausfällen, obwohl diese nicht abrechnungsfähig sind, sowie die Berücksichtigung der Quote von Teilzeitkräften bei der Berechnung einzelner Zeiten (siehe oben). Sollte dies mit aufgenommen werden, würde sich der Vergütungssatz noch um einiges anheben.

Bei einem abschließenden Vergleich der verfügbaren Nettoarbeitszeiten liegt die Berechnung des Berufsverbandes mit 1267,2 Stunden etwas unter der Kalkulation des

²⁹ Anders als z.B. in der somatischen Pflege kennzeichnet die Soziotherapie die bedürfnisangepasste und flexible Tätigkeit mit häufig wechselnden PatientInnen, akuten Veränderungen des Bedarfes und keinen langfristig geplanten standardisierten Tages- und Wochenrouten.

Anbieters mit 1282,18 Stunden. Diese Nettoarbeitszeiten geben allerdings nur die Zeiten wieder, wenn alle weiteren patientenbezogenen Tätigkeiten (Wegezeiten, Dokumentationen, Koordinationsleistungen ohne PatientInnen, etc.) abgerechnet werden können. Sollten Teile dieser Tätigkeiten nicht abrechnungsfähig sein (vgl. Kapitel 5.2), so müsste die Nettoarbeitszeit um diesen Anteil weiter reduziert werden. So könnte ein Ausschluss von indirekten Zeiten zum Beispiel mit einem Anteil von 25% (bei einer Therapieeinheit von 60 Minuten wären dies 15 Minuten für indirekte Tätigkeiten) angesetzt werden.

Es ergeben sich bei der Kalkulation des Anbieters Vergütungssätze von 65,05 € und bei den Berechnungen des Berufsverbandes von 70,65 € und 70,36 €, bzw. bei Nicht-Abrechenbarkeit der indirekten Leistungen (nur face-to-face Kontakte) Sätze in Höhe von 86,73 € (Anbieter) und 94,20 € sowie 93,81 € (Berufsverband). Da in der Befragung der Leistungserbringer festgestellt wurde, dass aktuell viele indirekte Tätigkeiten nicht abgerechnet werden können und die vertraglichen Vergütungssätze im Durchschnitt bei 42,35 € und bei allen Anbietern unter 50 € liegen (vgl. Kapitel 4.1), zeigen die vorgestellten Kalkulationen die enorme Differenz zwischen den aktuellen und kalkulierten Sätzen.

Auch wenn sich die pauschalere Kalkulation des Berufsverbandes, insbesondere bei der Berechnung der Nettoarbeitszeit, nicht für eine genaue Überprüfung der einzelnen Posten eignet, kann festgehalten werden, dass die Kalkulationen im Grundsatz plausibel erscheinen, auch wenn einzelne Posten, wie die Verwaltungs- und Steuerungskosten in der Kalkulation des Anbieters oder die Sachkosten bei der ersten Berechnung des Berufsverbandes, etwas höher als die genannten Richtwerte ausfallen, auf der anderen Seite aber auch Ausfallzeiten und der Teilzeitfaktor nicht berücksichtigt werden (Anbieter) oder vergleichsweise geringe Anteile für Verwaltung und Leitung (Berufsverband) angesetzt werden.

Anhand der differenzierten Kalkulation des Anbieters, die einen geringeren Vergütungssatz als die anderen beiden Kalkulationen berechnet, lassen sich alternative Vergütungssatzberechnungen bei theoretischen Anpassungen von einzelnen Posten gut veranschaulichen. So wird deutlich, dass sich selbst bei einer Berechnung eines geringeren Anteils von Verwaltungs- und Steuerungskosten in Höhe der pauschalen 20% der Fachpersonalkosten von 11.410,50 € statt der ermittelten 13.812,50 €, Vergütungssätze von 63,12 € und 84,16 (face-to-face) ergeben. Auch wenn dazu weitere Parameter in der Berechnung der Nettoarbeitszeit, wie die Streichung aller Stunden für Fallbesprechungen, die Verkürzung der wöchentlichen Dienstbesprechung von 2 auf 1 Stunde sowie eine Reduzierung der Krankheitstage von 20 auf 17,5 Tage in der Kalkulation vorgenommen werden, würden die Vergütungssätze immer noch 58,59 € und 78,12 € (face-to-face) betragen. Dies wäre

weiterhin deutlich über den aktuellen Sätzen. Selbst wenn dazu noch alle Stunden für Supervision, Fortbildungen, sonstige Zeiten (Mitarbeitergespräche, Einarbeitungen, etc.), alle Betriebsrätstätigkeiten, alle Schulungen für Datenschutz und Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Bildungsurlaube komplett gestrichen werden, würden immer noch Vergütungssätze von 53,34 € und 71,12 € (face-to-face) berechnet werden.

Dies verdeutlicht, dass die aktuellen Vergütungssätze bei weitem nicht auskömmlich sind und bestätigt die in Kapitel 4.1 gemachten Angaben der vertraglichen Anbieter zur Nicht-Auskömmlichkeit der Verträge.

5.2 Abrechenbare Leistungen

Die Abrechenbarkeit von Leistungen steht in engem Zusammenhang mit der Definition von direkten und indirekten Leistungen. Als direkte Leistungen werden häufig Tätigkeiten verstanden, die im unmittelbaren Kontakt mit den PatientInnen erbracht werden. Dies kann sowohl von Angesicht zu Angesicht (face-to-face) aber auch telefonisch von Ohr zu Ohr erfolgen (vgl. auch Bezirk Niederbayern 2015, S. 7). Darüber hinaus gibt es jedoch auch Beschreibungen, in denen direkte Leistungen als Tätigkeiten definiert werden, die eindeutig bestimmten PatientInnen zugeordnet werden können und neben den Kontakten vor Ort noch weitere Tätigkeiten, wie Koordinationstätigkeiten auch ohne die PatientInnen, umfassen können (vgl. Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW 2017, S. 60). Teilweise wird neben direkten und indirekten Leistungen noch die Bezeichnung von mittelbaren Leistungen verwendet, um diese Tätigkeiten mit PatientInnenbezug, jedoch ohne unmittelbaren Kontakt zu diesen, zu verdeutlichen. Dies betrifft vor allem auch Tätigkeiten, wie Fahrzeiten, Dokumentationen, Absprachen mit VerordnerInnen und spezifische Vor- und Nachbereitungszeiten der Kontakte (vgl. Lebenshilfe Landesverband Bayern 2007, S. 24). Indirekte Zeiten werden dagegen als alle weiteren Tätigkeiten ohne konkreten PatientInnenbezug verstanden, wie z.B. persönliche Organisations- und Rüstzeiten, allgemeine Kooperationsgespräche, Teambesprechungen und Supervisionen.

In der Psychotherapie gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Leistungen als direkt, mittelbar oder indirekt zu bezeichnen sind. Dies drückt sich u.a. auch in der Vielfalt des Umgangs mit abrechenbaren Leistungen aus (vgl. Kapitel 4.1). Zum Teil werden nur „face-to-face Kontakte“ als abrechenbare Tätigkeiten deklariert und selbst Telefonate bei fast der Hälfte der Anbieter ausgeschlossen. Ein Großteil der Anbieter kann zudem oftmals Tätigkeiten, die als mittelbare Leistungen einzuordnen sind, nicht abrechnen.

Im Rahmenvertrag des Berufsverbandes und des vdek in Nordrhein-Westfalen wird aufgeführt, dass eine Therapieeinheit (60 Min.) alle in der Soziotherapie-Richtlinie aufgeführten Tätigkeiten beinhaltet, einschließlich der notwendigen Fahrzeit. Im Regelfall solle die Therapiezeit (face-to-face) 40 Minuten nicht unterschreiten (§ 10 Abs. 2 Rahmenvertrag zur Soziotherapie in NRW). Diese Definition drückt sich auch in den Kalkulationen des Berufsverbandes aus, in denen mittelbare Leistungen eindeutig als Bestandteil der Therapieeinheit angesehen werden (vgl. Berufsverband 2018).

Bei der Definition von direkten, mittelbaren und indirekten Leistungen wird deutlich, dass diese in engem Zusammenhang mit der Abrechenbarkeit stehen und damit auch mit der Berechnung des Vergütungssatzes (vgl. Kapitel 5.1). Die Vergütungskonditionen können entweder so gestaltet sein, dass nur ein geringer Anteil von mittelbaren/indirekten Tätigkeiten in den Vergütungssatz eingerechnet wird, diese Tätigkeiten allerdings im Rahmen eines Kontaktes abgerechnet werden können. Dies hätte zur Folge, dass der Vergütungssatz geringer ausfällt, die Zeiten allerdings nicht nur für die direkten Kontakte verwendet würden. „Ein solches Verfahren ist für die Beteiligten häufig schwer nachvollziehbar und wenig transparent und bringt einen erhöhten Arbeitsaufwand“ (Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW 2017, S. 61). Während bei dieser Variante in der Eingliederungshilfe (SGB XII; SGB IX) die Fachleistungsstunden erhöht würden, um den benötigten Leistungsumfang von direkter Betreuungszeit aufrecht erhalten zu können (vgl. ebd.), würde dies in der Soziotherapie zu Lasten der Stunden für die PatientInnen erfolgen, so lange ein maximales Stundenkontingent von 120 Stunden vorgesehen ist.

Bei der anderen Variante könnten (alle) indirekten und mittelbaren Tätigkeiten in den Vergütungssatz eingepreist werden. Dies würde einen höheren Vergütungssatz bedeuten, aber auch dass nur die direkten Kontakte abgerechnet werden können (vgl.

Abbildung 13).

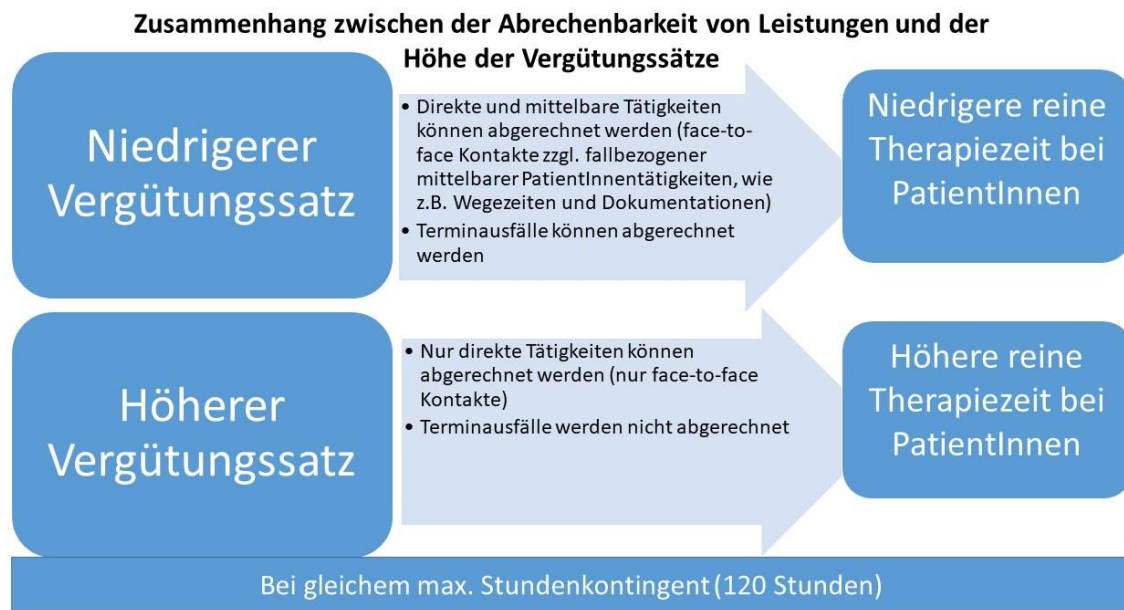


Abbildung 13: Zusammenhang zwischen der Abrechenbarkeit von Leistungen und der Höhe von Vergütungssätzen. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW 2017

Da die aktuellen Vergütungssätze sehr niedrig ausfallen (vgl. Kapitel 5.1), gestaltet sich eine Leistungserbringung noch schwieriger, wenn mittelbare und indirekte Leistungen von den Krankenkassen als nicht abrechnungsfähig deklariert werden. In diesem Zusammenhang muss hinterfragt werden, warum selbst Leistungen, die laut Richtlinie in jedem Fall als wesentlicher Inhalt der Soziotherapie zu erbringen sind, nicht abrechnungsfähig sein sollten. Dies sind die Erstellung des Betreuungsplanes, die Koordination von Leistungen, die Arbeit im sozialen Umfeld durch Einbindung des sozialen Netzwerkes und auch die Dokumentation sowie Berichte an VerordnerInnen etc. (§ 3 Abs. 2 ST-RL).

Um eine Transparenz der Stundenabrechnung zu ermöglichen und die bewilligten Stunden möglichst für die direkten Kontakte zu nutzen, könnten bestimmte Zeiten, z.B. für Fahrtwege, als nicht abrechnungsfähig definiert werden, wenn sichergestellt ist, dass auskömmliche Vergütungssätze vorliegen. Allerdings würde dies bedeuten, dass in den Kalkulationen die verfügbare Nettoarbeitszeit um z.B. 25% reduziert und der Vergütungssatz erhöht werden müsste (vgl. Kapitel 5.1). Da die aktuellen Sätze mit Werten von unter 50 € vergleichsweise niedrig sind, ist es kaum vorstellbar, dass sich die Vergütungssätze fast verdoppeln, wenn mittelbare und indirekte Leistungen nicht abrechnungsfähig sind. Letztendlich müssten aber entweder alle mittelbaren Leistungen, inklusive der Fahrtzeiten, abrechenbar sein, oder der Vergütungssatz so hoch ausfallen, dass nur direkte Leistungen abgerechnet werden können.

Ähnlich wie bei der Abrechenbarkeit der mittelbaren und indirekten Leistungen verhält es sich mit der Abrechenbarkeit von kurzfristigen Terminausfällen. Entweder müsste der Vergütungssatz so kalkuliert sein, dass Ausfallzeiten inkludiert sind oder als Leistung abgerechnet werden dürfen. Die Abrechenbarkeit von Terminausfällen erhält in der Soziotherapie eine besondere Bedeutung, da die Zielgruppe vor allem Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung darstellen, denen es schwer fällt, Behandlungen und Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 37a Abs. 1 SGB V). Auch wenn ein Mindestmaß an Belastbarkeit und Motivierbarkeit vorliegen muss, um „einfache Absprachen einzuhalten“ (§ 2 Abs. 6 ST-RL) ist davon auszugehen, dass regelmäßig auch Termine kurzfristig abgesagt werden oder PatientInnen nicht angetroffen werden können. Die vorgehaltene Zeit oder die Zeiten für Fahrwege, Nachforschungen über den Verbleib der PatientIn und die Dokumentationen müssen dabei Berücksichtigung finden. Sollten diese Zeiten nicht berücksichtigt werden, würden aufsuchende und kontaktherstellende Tätigkeiten, die eine Qualität der Arbeit bei besonders schwer oder akut erkrankte PatientInnen ausmachen, nicht gewürdigt. Es könnte im Gegenteil dazu führen, dass der Aufwand zum Herstellen des Kontaktes, z.B. auch bei (suizidalen) Krisen, vermieden wird und bestimmte Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen schnell wieder beendet werden müssten.

Eine Besonderheit in Bezug auf abrechenbare Leistungen stellt die Abrechnung eines gemeinsamen Kontaktes von mehreren SoziotherapeutInnen dar. Dieses Thema erhält eine Bedeutung, wenn SoziotherapeutInnen nicht als Einzelkämpfer, sondern als Team PatientInnen versorgen sollen (vgl. Kalthoff 2002). Da fachliche Grundsätze, wie die Anwesenheit des PatientInnen in möglichst allen ihn betreffenden Situationen, immer mehr zum Standard der psychiatrischen Versorgung werden, bedarf es auch gemeinsamer Behandlungsplanungen aller im Behandlungssetting beteiligten SoziotherapeutInnen und der PatientIn (vgl. Aderhold 2016, S. 26). Zudem stellen moderierte Netzwerkgespräche, unter Einbezug des sozialen Umfeldes des Betreffenden, ein Instrument dar, welches für die Ziele und Inhalte der Soziotherapie prädestiniert zu sein scheint (vgl. ebd.). Auch Dazkowski (2018, S. 5) erkennt darin einen große Sinnhaftigkeit. Für diese genannten Tätigkeiten muss es möglich sein, dass beteiligte SoziotherapeutInnen auch Leistungen zur selben Zeit abrechnen dürfen. Was zunächst als Stundenausweitung und zusätzliche Abrechnung von Leistungen erscheint, stellt sich bei näherer Betrachtung als sinnvolle und zeitsparende Tätigkeit heraus, in dem z.B. unklare oder widersprüchliche Zielvorstellungen, Missverständnisse oder aufwendige Doppelabsprachen zwischen allen Beteiligten vermieden werden (vgl. Aderhold 2016, S. 28).

5.3 Zulassungskriterien

Neben den Vergütungskonditionen erscheinen die fachlichen Zulassungsvoraussetzungen für SoziotherapeutInnen als der zweite wesentliche Hinderungsgrund bei der Umsetzung von Soziotherapie. Die Kritik an zu hoch aufgestellten Zulassungskriterien für SoziotherapeutInnen äußerte Nowack (2002, S. 547) bereits kurz nach Einführung der Soziotherapie: „Hohe Qualität sozialpsychiatrischer Arbeit ist zwar zu begrüßen, doch an den von den Kassen formulierten Zulassungsvoraussetzungen scheiterten bisher fast alle Anträge potenzieller Soziotherapieleister.“ Nowack führt aus, dass die 2001 veröffentlichten Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zwar „nur“ Empfehlungen darstellen würden, die Landesverbände der Krankenkassen allerdings keine großzügigere Auslegung vorgenommen hätten, um die Einführung der Soziotherapie zu fördern. So ist auch nach Wegfall der Empfehlungen im Jahr 2008 deutlich geworden, dass der Großteil der Krankenkassen die meisten Inhalte der Empfehlungen weiterhin als Zulassungskriterium benutzt (vgl. auch Ließem 2015, S. 10) und die Soziotherapie „durch unrealistisch hohe Ansprüche an die Qualifikations- und Erfahrungsprofile der zuzulassenden Leistungserbringer“ (DGVT 2014) nicht umgesetzt werden kann.

Während die Anforderungen bereits vor Jahrzehnten kaum von potentiellen Leistungserbringern erbracht werden konnten, hat sich in den letzten Jahren zudem der Arbeitsmarkt verändert und in vielen Branchen herrscht ein Fachkräftemangel. Dies betrifft insbesondere auch die Bereiche Gesundheit und Soziales und die Berufsgruppen der Sozialen Arbeit (SozialpädagogInnen/Sozialarbeiter) und Kranken- und Gesundheitspflege (vgl. BMAS 2017; Spatscheck 2016). Insbesondere der psychiatrische Arbeitsbereich erscheint bei den Berufsgruppen nicht sehr beliebt, so dass ein deutlicher Personalmangel in diesem Bereich festzustellen und weiter zu erwarten ist (vgl. auch Aerzteblatt 2015). Vor diesem Hintergrund stellen sich die Fragen nach den Zulassungskriterien in besonderem Maße, will man einerseits eine ausreichende fachliche Eignung der SoziotherapeutInnen sicherstellen und andererseits überhaupt ausreichend Personal für diesen Arbeitsbereich gewinnen.

Kritisiert wird an den aktuellen Zulassungskriterien hauptsächlich die erforderliche psychiatrische Berufserfahrung. In den Empfehlungen wurde dies bez. eine psychiatrische Berufserfahrung von mindestens drei Jahren, wovon sowohl eine mindestens einjährige ambulante wie auch mindestens einjährige stationäre Berufspraxis in einem psychiatrischen Krankenhaus, verlangt (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen 2001, S. 3). Während wechselnde (ambulante und stationäre) Beschäftigungen im Vorfeld einer Anstellung als SoziotherapeutIn an sich bereits eine

große Hürde bei der Personalsuche stellen, wurde in den ExpertInneninterviews vor allem durch Mönter (2018, S. 11) und Greve (2018, S. 4) die Sinnhaftigkeit der stationären Vorerfahrung in Frage gestellt. Kalthoff (2002) befürchtet in einer Stellungnahme kurz nach Einführung der Empfehlungen bereits, dass sich diese Anforderungen als „Soziotherapie - Verhinderungsempfehlung“ herausstellen, da es bei diesen Anforderungen kaum möglich ist, geeignetes Personal in ausreichender Zahl zu finden und kritisiert deren fachlichen Sinn ebenfalls: „Die gesamte ambulante Soziotherapie (...) liegt ja im ambulanten Bereich mit völlig anderen Strukturen und Vorgehensweisen als im stationären Bereich. Die Integration der Patienten ins soziale Umfeld unter der Nutzung erforderlicher ambulanter und komplementärer sozialpsychiatrischer Angebote, ist sicherlich viel eher durch jemanden zu leisten, der seine Berufserfahrung genau in diesem Bereich schwerpunktmäßig hatte.“ In den letzten Jahren wichen einzelne Krankenkassen bereits von der Vorgabe einer einjährigen stationären Vorerfahrung etwas ab (vgl. Anlage 3 zum Rahmenvertrag Baden-Württemberg). In der Regel sind in den Verträgen allerdings weiterhin mehrere Berufsjahre als Voraussetzung jeder SoziotherapeutIn definiert. Über die Sinnhaftigkeit einer psychiatrischen Vorerfahrung als Grundvoraussetzung gibt es selbst bei den Kritikern der „rigiden“ Zulassungskriterien keine eindeutige Haltung, was in den ExpertInneninterviews bestätigt wird. Mönter (2018, S.11) erkennt z.B. eine Berufserfahrung als wichtig an, da die Tätigkeit weitest gehend eigenständig erfolge. Greve (2018, S. 4) und Daszkowski (2018, S. 5) begrüßen zwar auch qualitative Standards, empfinden aber eine vorige Berufserfahrung für alle SoziotherapeutInnen als eigentlich unnötig und empfehlen eine Fachquote. Dies würde bedeuten, dass z.B. ein großer Teil der beschäftigten SoziotherapeutInnen über mehrjährige Berufserfahrung verfügt und mit KollegInnen mit weniger Berufserfahrung ein Behandlungsteam bilden. Daszkowski (2018, S. 5) verweist in diesem Zusammenhang auch auf die bessere Möglichkeit, mit mehreren SoziotherapeutInnen moderierte Netzwerkgespräche durchzuführen.³⁰

Während die Befürworter des Zulassungskriteriums „psychiatrische Vorerfahrung“ befürchten, dass SoziotherapeutInnen ohne praktisches Wissen über die Krankheitsbilder fachlich überfordert seien, stellte sich Kalthoff (2002) vor, dass auch aus fachlichen Überlegungen nicht SoziotherapeutInnen als „Einzelkämpfer“ bevorzugt wären, sondern kompetente Einrichtungen und Dienste als Leistungsanbieter anerkannt werden, „bei denen insgesamt natürlich das gesamte Fachwissen

³⁰ Moderierte Netzwerkgespräche bilden z.B. im Rahmen des Behandlungsmodells „Offener Dialog“ eine zentrale Interventionsmethode. Das Konzept betont vor allem eine offene wertschätzende Grundhaltung, eine bedürfnisangepasste flexible Unterstützung, die Einbindung des sozialen Umfeldes der PatientInnen und eine Behandlung auf Augenhöhe aller am Prozess Beteiligten (vgl. Aderhold 2016).

vorhanden ist, bei denen jedoch nicht jede einzelne Mitarbeiterin und Mitarbeiter die persönlichen Voraussetzungen erbringen muss.“ Zudem muss hinterfragt werden, ob eine psychiatrische Vorerfahrung „im klassischen Sinne“ in einem stationären Krankenhaus, Wohnheim, Tagesstätte, o.ä. eine so hohe Bedeutung für die ambulante Tätigkeit als SoziotherapeutIn hat, bei der vor allem eine flexible, bedürfnisangepasste, ressourcenorientierte und vernetzte Arbeitsweise gefragt ist (vgl. Frieboes 2005) und dies ein sehr hohes Maß an Zeit- und Selbstmanagement erfordert. Diese Kompetenzen und die spezifischen Methoden und Arbeitsweisen der Soziotherapie lassen sich vielmehr durch eine gute Einarbeitung und Begleitung oder spezifische Zusatzqualifikation (vgl. Daszkowski 2018, S. 5) von neuen MitarbeiterInnen vermitteln, als dass dies ansatzweise durch eine psychiatrische Vorerfahrung bereits vorausgesetzt werden könnte. Zudem muss hinterfragt werden, warum für die Arbeit in der Soziotherapie mehrjährige Vorerfahrung dringend vorgeschrieben ist, während dies in anderen psychiatrischen Arbeitsbereichen (z.B. auch im ambulant betreuten Wohnen) oftmals nicht nötig erscheint.

Desweiteren stellen sich für einen soziotherapeutischen Anbieter, bei Aufrechterhaltung des Kriteriums der Vorerfahrung, auch weiterhin viele Fragen zur praktischen Umsetzung. So erscheint fraglich, ob und welche Fachkräfte mit Vorerfahrung sich überhaupt bewerben. Zudem könnten auch keine ansonsten kompetenten BewerberInnen ohne Vorerfahrungen für die Soziotherapie eingestellt werden und müssten, wenn überhaupt beim Anbieter vorhanden, „in anderen Feldern sozusagen vorgeglüht werden, bevor sie Soziotherapie erbringen dürfen“ (Greve 2018, S. 4, Z. 23-24). Dies würde dem Teamgedanken der gemeindespsychiatrischen Anbieter nicht entsprechen (vgl. ebd.). Beide Einstellungsszenarien dürften u.a. auch Auswirkungen auf die Vergütungsstrukturen und Arbeitsbedingungen haben. So müsste eine Beschäftigung als SoziotherapeutIn sehr attraktiv sein, damit jemand entweder eine langjährig besetzte Stelle bei einem anderen Träger kündigt oder die Tätigkeit beim selben Träger nach einigen Jahren wechselt.

In Bezug auf die zugelassenen Berufsgruppen werden in einigen ExpertInneninterviews, neben den SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen und Fachpflegekräften, auch weitere Fachkräfte aufgezählt, denen eine Zulassung ermöglicht werden könnte. So wünscht sich Greve (2018, S. 4) die Zulassungskriterien nicht zu eng zu fassen und im Einzelfall Pflegekräfte auch ohne Fachweiterbildung, AltenpflegerInnen, HeilerziehungspflegerInnen, PsychologInnen, PädagogInnen sowie SoziologInnen zuzulassen, wenn diese über entsprechende Zusatzausbildungen, Qualifikationen oder Vorerfahrungen bereits verfügen. Der Einsatz von GenesungsbegleiterInnen wird vor allem von Daszkowski (2018, S. 5) befürwortet. Dieser stellt sich vor, dass GenesungsbegleiterInnen mit einer entsprechenden

Zusatzausbildung für die Tätigkeit weiterqualifiziert werden oder unter Anleitung eines erfahrenen SoziotherapeutInnen eingesetzt werden. Greve (2018, S. 4) hat die Befürchtung, dass dieses Thema aufgrund vieler offener Fragen aktuell (noch) zu schwierig sei, um dies mit den Kassen besprechen zu können. Auch wenn das Thema in der Soziotherapie nicht die oberste Priorität genießt, sollte dies bei Diskussionen um eingesetzte Berufsgruppen in Zukunft im Fokus behalten werden, da der Einsatz von GenesungsbegleiterInnen in der psychiatrischen Versorgung als Qualitätsmerkmal gilt und immer mehr Bedeutung erhält (vgl. Utschakowski et al. 2016).

Neben den inhaltlichen Zulassungskriterien bemängeln die befragten Anbieter z.T. auch die lange Dauer von Zulassungsverfahren und empfinden diese teilweise als unklar oder sogar willkürlich (vgl. Kapitel 4.1). Ließem (2018, S. 6) kritisiert vor allem, dass die Krankenkassen, die kein Interesse an einer Umsetzung von Soziotherapie zeigten, auch noch die fachlichen Beurteilungen für eine Zulassung vornehmen. Stattdessen müsste ein Fachverband, wie der Berufsverband der Soziotherapeuten, die fachliche Prüfung übernehmen und auf Grundlage eines bereits entwickelten Qualifikationsrahmens für SoziotherapeutInnen ein Gutachten für die Kasse erstellen.³¹ Greve (2018, S. 7) lehnt eine Begutachtung durch den Berufsverband strikt ab, da er die Verhandlungsführung bei den Wohlfahrtsverbänden ansiedelt, um eine Verhandlung auf Augenhöhe zu erreichen und er die Befürchtung habe, dass andernfalls die Tendenz einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens zunehme. Zudem sei der Berufsverband von den Mitgliederzahlen nicht so aufgestellt, dass er die Prüfung der Zulassung für alle Mitgliedsorganisationen der Wohlfahrtspflege übernehmen solle. Grundsätzlich sind sich aber alle InterviewpartnerInnen einig, dass es möglichst bundesweit einheitliche Qualifikationskriterien geben müsste. Maßing (2018, S. 5) verweist darauf, dass es dies bereits mit den bundesweiten Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes gegeben habe. Diese seien „scheinbar dem Gesetzgeber zu hoch“ (ebd., Z. 3-4) gewesen, so dass nun jede Kasse, bzw. jeder Landesverband, für sich entscheidet, wie die Anforderungen im Vertrag geregelt werden. Mönter (2018, S. 9) berichtet, dass dieses Thema im Rahmen der Novellierungen der Richtlinie im G-BA aufkam und eine Regelung der Zulassungsvoraussetzungen offen geblieben sei, weil die Krankenkassen dies verhindert hätten. Klein-Schmeink (2018, S. 3) würde eine bundesweite Regelung über eine Richtlinie und einen Rahmenvertrag ebenfalls begrüßen, wobei vor allem Greve (2018, S. 8) dies bez. seine Skepsis äußert, ob und

³¹ Im Rahmenvertrag zwischen dem Berufsverband der Soziotherapeuten und dem vdek in Nordrhein-Westfalen ist bereits vereinbart, dass der Berufsverband die Prüfung der fachlichen und personalen Kompetenzen der Fachkräfte übernimmt. Dies geschieht auf der Grundlage eines Qualifikationsrahmens für das Berufsbild SoziotherapeutIn, der sich an dem Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) orientiert (vgl. Anlage 3 Rahmenvertrag Soziotherapie in NRW zwischen Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. und vdek Landesvertretung NRW vom 03.07.2018).

in welcher Form dann Bundesverträge oder Ergänzungen in der Richtlinie aufgrund der Kräfte im G-BA umzusetzen seien.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass eine bundesweit einheitliche Vorgabe, die sich nicht an den Empfehlungen der Spitzenverbände von 2001 orientiert, gewünscht wird und auch zielführend erscheint. Es gilt willkürliche und lang andauernde Zulassungsverfahren zu vermeiden und in diesem Zusammenhang auch zu klären, ob Zulassungen immer nur für jede SoziotherapeutIn einzeln oder evtl. pro Einrichtung vergeben werden können, wie Kalthoff (2002) es fordert. Gegen eine individuelle Zulassung für jede SoziotherapeutIn spricht, dass dies zur Folge hat, dass der Anbieter bei entsprechenden Bewerbungen nicht genau weiß, ob diese für die Soziotherapie zugelassen werden. Daher müssten Beurteilungen eigentlich umgehend stattfinden, um ein Bewerbungsverfahren mit Aussicht auf Erfolg nicht zu gefährden. Für eine Zulassung als Einrichtung spricht neben diesem Aspekt auch, dass eine Fachquote (siehe oben) Berücksichtigung finden könnte und der Anbieter schneller und flexibler beim Einstellungsverfahren agieren könnte.

5.4 Bürokratischer Aufwand

Neben geringen Vergütungskonditionen und hohen Zulassungskriterien wird seit Jahren vor allem auch der hohe bürokratische Aufwand, der mit der Soziotherapie verbunden sei, als Umsetzungshindernis aufgezählt. Auch im Rahmen der Befragung der Leistungsanbieter wird dies als einer der wesentlichsten Hinderungsgründe genannt (vgl. Kapitel 4.1). Dabei wird ein hoher bürokratischer Aufwand sowohl in Bezug auf die Zulassungsverfahren für Leistungserbringer und VerordnerInnen, wie auch ein hoher Aufwand in der Verordnung und Ausführung der Leistung beklagt.

Wie bereits im vorherigen Kapitel dargelegt, wird in Bezug auf das Zulassungsverfahren für Leistungsanbieter und SoziotherapeutInnen u.a. kritisiert, dass dies oftmals sehr lange dauere, teilweise willkürlich erfolge und das Prozedere insgesamt sehr aufwendig sei. Auch wenn dies für die Zulassung der VerordnerInnen von Soziotherapie nicht in dem Maße zutrifft, wird hier ebenfalls eine Hürde erkannt. ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, die Soziotherapie verordnen wollen, müssen im Vorfeld einen Antrag bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) stellen. In diesem Antrag müssen sie sich zu einer Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen bekennen (§ 4 Abs. 2 ST-RL). Erst nach einer Zulassung durch die KV dürfen die ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen in der Folge Soziotherapie-Verordnungen ausstellen (vgl. KBV 2018, S. 6). Auch wenn dies eigentlich kein unüberwindbares Hindernis darstellen sollte, beschreibt auch der Krankenkassenvertreter Pape (2019, S. 5) ein etwas komplizierteres Verfahren als bei anderen Leistungen, dass dazu führen kann, dass

viele ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen über das Prozedere nicht informiert seien und die Antragsstellung als zu kompliziert empfinden (vgl. auch BAPP 2004, S. 1).

Hauptsächlich wird jedoch vor allem der mit der Ausstellung einer Verordnung verbundene Aufwand kritisiert. So wurde bereits im Evaluationsbericht der Aktion Psychisch Kranke e.V. im Jahr 2006 erwähnt, dass zugelassene ÄrztInnen einen zu hohen administrativen Aufwand bei der Antragsstellung bemängeln. Auch aus Sicht der Leistungserbringer wurde in der Evaluation ein erschwerter Aufwand bei der Antragsstellung und –prüfung beklagt (vgl. Krüger 2010). Als Empfehlung wurde u.a. festgehalten: „Der Weg bis zum Zustandekommen erforderlicher Soziotherapie ist zu aufwendig und muss entbürokratisiert werden.“ (ebd.) Eine Veränderung dies bez. hat es im Laufe der Jahre allerdings nicht gegeben.

Der beschriebene Aufwand drückt sich insbesondere bei der Ausstellung der Verordnung und des Betreuungsplanes aus. Die Erstellung erfordert Angaben, neben 8 Unterschriften- und Adressfeldern, in weiteren insgesamt 18 verschiedenen Feldern. Dabei verlangt die Indikation der Soziotherapie u.a., neben der Diagnose, mehrere Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die in der Verordnung einzeln aufgeführt werden müssen.³² Zudem muss der GAF-Wert bestimmt und auf der Verordnung aufgeführt werden. Die GAF-Skala ist allerdings in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland kein weit verbreitetes Instrument und vielen VerordnerInnen zunächst unbekannt (vgl. Schäfer 2010, S. 12). Während die Ausstellung von Rezepten oder anderen Verordnungen den meisten VerordnerInnen sehr geläufig ist, kann die Beschäftigung mit der Verordnung von Soziotherapie daher für viele VerordnerInnen ein ungewohntes, umfangreiches und zeitintensives Prozedere darstellen.

Die in den letzten Jahren erstellten Informationsbroschüren der KBV und Bundespsychotherapeutenkammer stellen in diesem Zusammenhang eine hilfreiche Anleitung und Unterstützung dar. Allerdings erfordert auch die Beschäftigung damit ein grundsätzliches Interesse sowie einen Aufwand und es ist fraglich, wie viele potentielle VerordnerInnen und deren Praxen tatsächlich damit erreicht werden und die Informationen verinnerlichen. Um die Verordnung einer Soziotherapie umzusetzen, erscheint es vor diesem Hintergrund sehr hilfreich, wenn soziotherapeutische Leistungserbringer die VerordnerInnen vor Ort auch intensiv über die Rahmenbedingungen der Leistung und Ausstellung der Verordnungen informieren. Dies vermeidet u.a. unnötige Ablehnungen, lange Widerspruchsverfahren oder nicht bezahlte Leistungen, aufgrund von formal falsch ausgestellten Verordnungen. Da eine

³² Die Ausstellung einer Verordnung erfordert daher eine ausführliche Beschäftigung mit den verordnungsfähigen Diagnosen, Beeinträchtigungen und Schweregraden. Da zudem zwischen einer Regelindikation und verordnungsfähigen Diagnosen im begründeten Einzelfall unterschieden wird, die wiederum nur nach einem Nachweis weiterer Beeinträchtigungen und einem erhöhten Schweregrad verordnet werden können (vgl. § 2 ST-RL), erscheint eine Beschäftigung mit der Ausstellung einer Verordnung sehr komplex.

trialogische (PatientIn, VerordnerIn und SoziotherapeutIn) Abstimmung, vor allem des Betreuungsplanes, auch explizit vorgesehen ist (vgl. § 6 ST-RL) und Abstimmungen zwischen Leistungserbringer und VerordnerIn in regelmäßigen Zeitabständen erfolgen müssen (vgl. § 8 ST-RL) sollten diese Tätigkeiten allerdings auch abrechenbar sein (vgl. Kapitel 5.2).

Neben dem formalen Aufwand bei der Antragsstellung führen einige Anbieter eine sehr rigide und ablehnende Haltung der Krankenkassen, bzw. des von ihnen beauftragten MDK, als wesentlichen Hinderungsgrund an. Die Genehmigungsverfahren würden z.T. sehr lange dauern und sich an überzogenen Rahmenbedingungen orientieren, so dass einige Verordnungen nicht zu Stande kommen würden³³ (vgl. Kapitel 4.1). Diese Schwierigkeiten werden auch bereits im Evaluationsbericht von 2008 bemängelt (vgl. G-BA 2008). Die Krankenkassen und der MDK verweisen in dem Bericht darauf, dass die Anzahl der bewilligten Anträge überwiege und die Ablehnungen vor allem in unvollständigen Antragsunterlagen und nicht richtlinienkonformen Diagnosen begründet seien (ebd., S. 11). Ließem (2018, S. 8) beklagt im Interview die, aus seiner Sicht, mangelnde Umsetzung und „verrückten Interpretationen“ der Krankenkassen in Bezug auf die Richtlinie. Daher komme es in der Folge auch immer wieder zu Schwierigkeiten zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen.

Neben der Erstellung der Verordnung und des Betreuungsplanes sowie möglicher weiterer Berichte des Leistungserbringers (vgl. § 9 Abs. 2 ST-RL) muss der Leistungserbringer zudem eine Dokumentation über den Ort, die Dauer und die Inhalte der Tätigkeit (soziotherapeutische Maßnahmen, Behandlungsverlauf, Therapieziele) für jeden Kontakt führen (vgl. § 3 Abs.2) und in der Regel in Form eines monatlichen Leistungsnachweises zur Abrechnung bei den Krankenkassen einreichen (vgl. auch Spitzenverbände der Krankenkasse 2001, S. 10). Da dieser Leistungsnachweis nach seiner Erstellung im Anschluss an einen Kontakt zudem auch von den PatientInnen unterschrieben werden muss bedeuten auch diese Vorgänge oftmals einen weiteren großen administrativen Aufwand.

Auch wenn die Bearbeitung dieser administrativen Tätigkeiten in den einzelnen Teilbereichen nicht unüberwindbar erscheint, führt deren Summe dazu, dass die Durchführung von Soziotherapie mit sehr hohem bürokratischem Aufwand verbunden ist und zusätzlich durch die rigide Überprüfung und Einschränkung der

³³ Die Krankenkassen müssen grundsätzlich bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die Soziotherapie übernehmen, wenn die Verordnung formal korrekt bis spätestens am dritten Tag nach Ausstellung bei der Kasse vorliegt (vgl. § 9 Abs. 3 ST-RL). In einigen Fällen genehmigen die Krankenkassen nur einen Teil der Stunden und verlangen z.B. weitere Berichte für eine MDK Prüfung (vgl. § 9 Abs. 2 ST-RL). Nach einer Entscheidung kann die Soziotherapie auch wieder umgehend beendet sein. Für die Leistungsanbieter und vor allem die PatientInnen kann dies bedeuten, dass eine endgültige Kostenübernahme und Bewilligung andauern kann, ungewiss ist und die Behandlung evtl. auch wieder abrupt beendet werden kann.

Durchführungsmöglichkeiten von Seiten der Krankenkassen erschwert ist (vgl. Rössler; Melchinger 2012, S. 106).

5.5 Bekanntheit

Mönter (2010) beginnt in seinem Vortrag auf einer Fachtagung zur Soziotherapie im Jahr 2010 mit dem Spruch: „Stell dir vor, es gibt in der ambulanten Psychiatrie eine tolle neue Behandlungsoption und ...keiner kennt sie.“ Als Ergänzung führt Mönter (ebd.) weiter aus: „Und was wenig bekannt ist, wird wenig genutzt.“ Diese Einschätzung der damaligen bereits 10-jährigen Geschichte der Leistung ließe sich aktuell ähnlich wiederholen. So stellte auch der Spiegel in einem Online-Artikel fest, dass Soziotherapie eine sehr hilfreiche Unterstützung sein könnte, das Angebot allerdings kaum bekannt sei (vgl. Lauerer 2015). Artikel wie dieser verdeutlichen die Problematik und stellen zugleich eine Seltenheit dar, weil die weitest gehend unbekannte Leistung in der Regel erst gar nicht in den Medien thematisiert wird.

Nicht nur der breiten Öffentlichkeit, sondern selbst den verschiedensten Akteuren in der psychiatrischen Versorgung scheint Soziotherapie oftmals unbekannt zu sein. So führt ein Teil der befragten Leistungsanbieter an, dass die Leistung insgesamt zu wenig bekannt sei sowie im speziellen die VerordnerInnen oftmals keine oder wenig Kenntnis von der Leistung hätten (vgl. Kapitel 4.1). In den ExpertInneninterviews wird diese Einschätzung größtenteils bestätigt (vgl. Kapitel 4.2).

Die Unkenntnis der VerordnerInnen drückt sich einerseits darin aus, dass diese gar nicht erst die Möglichkeit erkennen, Soziotherapie für ihre PatientInnen anzudenken und ggf. zu verordnen. Zum anderen kann sich die geringe Kenntnis der Leistung auch darin ausdrücken, dass formale und administrative Abläufe (z.B. Einholen der Genehmigung zur Verordnung, korrektes Ausfüllen der Verordnung und des Betreuungsplanes, Ermittlung von Fähigkeitsstörungen und GAF-Wert, etc.) nicht gekannt werden und der damit verbundene Aufwand vermieden wird (vgl. Kapitel 5.3). Mönter (2018, S. 5) beschreibt im Interview, dass die fehlende Informationsweitergabe und Aufklärung der ÄrztInnen über die Leistung bereits seit Beginn der Einführung ein zentrales Problem gewesen sei. In den letzten Jahren seien allerdings Versuche unternommen, die Ärzteschaft besser über die Soziotherapie zu informieren, zum Beispiel in Form von Informationsbroschüren. In Bezug auf die mit der Veränderung der Richtlinie 2017 neu hinzugekommene Verordnergruppe der PsychotherapeutInnen lässt sich ebenfalls erkennen, dass diese bestrebt sind das Angebot Soziotherapie in Form von Informationsbroschüren in ihrer Berufsgruppe bekannter zu machen (vgl. BPtK 2017). So erkennt auch Ließem (2018, S. 8) ein großes Interesse der PsychotherapeutInnen an der Soziotherapie, äußert jedoch die Befürchtung, dass diese in wenigen Jahren sehr frustriert werden könnten, weil zum Einen

SoziotherapeutInnen bei Bedarf gar nicht vorhanden wären und zum Anderen die Krankenkassen eine Zusammenarbeit erschweren würden. Dies könnte dazu führen, dass Versuche, die Leistung bei den VerordnerInnen bekannter zu machen, zu Enttäuschungen führen und in der Folge wieder eingestellt werden.

Auch PatientInnen oder Angehörige sind über das Angebot Soziotherapie in der Regel nicht informiert. So beschreibt auch Daszkowski (2018, S. 3), dass viele die Leistung gar nicht kennen würden und oftmals auch nicht wissen, ob und wo evtl. SoziotherapeutInnen in der Region tätig sind. Es existieren kaum öffentlich zugängliche Übersichten über mögliche Leistungsanbieter (vgl. auch Maßing 2018, S. 2), so dass es weder für PatientInnen, VerordnerInnen oder andere Interessierte einfach ist, Anbieter in der Region auszumachen.

Eine Folge der sehr geringen Umsetzung von Soziotherapie ist auch, dass die Leistung in den verschiedenen Regionen nicht präsent ist. In den wenigen Fällen, in denen eine Umsetzung umfangreicher stattfindet, erscheint auch das Angebot in der Region dementsprechend bekannter zu sein (vgl. auch Pape 2019, S. 5).³⁴ Dort wo SoziotherapeutInnen tätig sind, wird in der Folge auch die Leistung bekannter, sei es durch eine aktive Informationspolitik, aber vor allem auch durch das regelmäßige Knüpfen von Kontakten sowie positiven Beispielen einer gelungen Zusammenarbeit oder Unterstützung. Daher hat auch Greve (2018, S. 8) keine Sorge, dass sich bei einem flächendeckenden Angebot von Soziotherapie mit auskömmlichen Bedingungen auch die Unbekanntheit der Leistung schnell erledige, vor allem weil die Anbieter ein großes Interesse hätten, die Leistung dann vor Ort bekannt zu machen.

Die jahrelange geringe Umsetzung der Soziotherapie führte jedoch auch dazu, dass das Thema wenig in der Fachöffentlichkeit präsent war und ist. Es gibt wenig Akteure, die sich ernsthaft und intensiv für eine bessere Umsetzung der Soziotherapie engagieren und zudem entsprechenden Einfluss haben (vgl. auch Mönter 2018, S. 3). Die fehlende Bekanntheit drückt sich dementsprechend auch in einer vergleichsweise geringen Lobby, die Soziotherapie genießt, aus. Der Druck, die Soziotherapie flächendeckend umzusetzen, erscheint nicht besonders groß zu sein, so dass das Thema „einfach schlichtweg ausgesessen“ (Klein-Schmeink 2018, S. 2, Z.31) werden konnte.

Durch die geringe Umsetzung und weitest gehende Unbekanntheit wurden auch kaum Wirksamkeitsstudien zur Soziotherapie durchgeführt. Das Modelprojekt im Vorfeld der

³⁴ In den vorherigen Kapiteln konnte festgestellt werden, dass zum Beispiel in Bremen Soziotherapie überdurchschnittlich umgesetzt wird. Nicht nur die Anzahl der eingesetzten VK und behandelten PatientInnen ist dort vergleichsweise hoch, sondern auch die Anzahl von 78 zugelassenen einzelnen VerordnerInnen (Quelle: Persönliche Kommunikation mit Jennifer Bezold von der KVHB am 19.02.2019) ist im Vergleich mit anderen Regionen relativ hoch (vgl. auch Pape 2019, S. 5) und die Leistung scheint zumindest in den gemeindepsychiatrischen Verbänden und bei den PatientInneninitiativen sowie entsprechenden Veröffentlichungen grundsätzlich bekannt zu sein (vgl. auch Zwieli 2019).

gesetzlichen Verankerung sowie die Charité - Evaluation der Soziotherapie im Rahmen der IV-Verträge der PIBB in Berlin stellen die Ausnahme dar. Auch im Rahmen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wird die Soziotherapie im Kapitel zum Case Management zwar in einem kurzen Exkurs aufgeführt, jedoch ohne auf spezifische Studien zu dieser Leistung verweisen zu können (vgl. DGPPN 2013, S. 60).

Dennoch zeigen die Veränderungen der letzten Jahre (vgl. Kapitel 2.3.4), dass die Bedeutung des Themas „Umsetzung der Soziotherapie“ wieder zunimmt. Durch die aktuell stattfindenden Bemühungen des Berufsverbandes der Soziotherapeuten und des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie die Umsetzung der Leistung zu befördern, steigt auch wieder deren Bekanntheit und die Diskussion darüber in der psychiatrischen Fachöffentlichkeit. Durch Stellungnahmen, Positionspapiere, Informationsbroschüren, Fachveranstaltungen, Kooperationen mit anderen Verbänden, etc. wird das Angebot Soziotherapie, sowohl bei potentiellen Anbietern, PatientInnen, VerordnerInnen aber in der Folge auch bei Politikern und anderen Entscheidungsträgern wieder bekannter gemacht. Letztendlich hängt die Bekanntheit der Leistung aber maßgeblich davon ab, ob und wie Soziotherapie vor Ort umgesetzt wird. Sind keine oder kaum SoziotherapeutInnen tätig, so wird das Angebot ein weitestgehend unbekannter „Papiertiger“ (Nowack 2002) bleiben. Sollte eine umfangreichere Umsetzung der Soziotherapie stattfinden, würde sich auch die Bekanntheit der Leistung fast automatisch deutlich erhöhen (vgl. Greve 2018, S. 8).

5.6 Zuzahlung

Ein Umsetzungshindernis, welches nicht durch die vertraglichen Rahmenbedingungen definiert wird, sondern durch die gesetzlichen Vorgaben im SGB V geregelt ist, stellt die Erhebung von Zuzahlungen bei Nutzung der Soziotherapie dar.

Nach § 61 SGB V müssen die PatientInnen u.a. auch bei Inanspruchnahme der Soziotherapie eine Zuzahlung pro Kalendertag in Höhe von 10% des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €, leisten. Dies wären bei einer aktuellen durchschnittlichen Vergütung einer Therapieeinheit³⁵ mit 44,05 € (siehe Kapitel 4.1) Kosten in Höhe von 4,40 €, so dass die Mindestzahlung von 5 € angesetzt werden muss. Da in vielen Fällen nicht nur eine Therapieeinheit pro Tag geleistet wird, sondern ein Kontakt auch 2 Stunden (2 Therapieeinheiten) umfassen kann, müssten die PatientInnen in diesen Fällen einen Betrag von 8,81 € pro Tag der Nutzung zahlen. Bei zu Grunde liegender erster Berechnung käme ein Patient bei Inanspruchnahme von

³⁵ Bei einem höheren oder niedrigeren Vergütungssatz pro Therapieeinheit wäre bei einer Berechnung auch der Anteil der Zuzahlungen entsprechend höher oder niedriger.

120 „Einzel“-Stunden Soziotherapie auf Zuzahlungskosten von insgesamt 600 €, bei der zweiten Berechnung („Doppelstunde“) würde sich ein Betrag von insgesamt 528 € ergeben.

Die Versicherten haben nach § 62 SGB V zumindest die Möglichkeit, die Zuzahlungen nur bis zu einer Belastungsgrenze in einem Kalenderjahr zu leisten. Diese beträgt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch erkrankte Menschen, die sich aufgrund dieser Erkrankung in Dauerbehandlung befinden, gilt unter bestimmten Voraussetzungen eine Belastungsgrenze von nur 1%.³⁶ Dies bedeutet beispielhaft für Bezieher von Hilfen zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung einen jährlichen Zuzahlungsgesamtbetrag von maximal 101,76 €, bzw. bei chronisch Kranken von 50,88 € (vgl. auch Kästle 2019). Bei Menschen mit einem höheren Bruttoeinkommen liegt die Belastungsgrenze dementsprechend höher, so dass ein höherer Satz an Zuzahlungen geleistet werden muss.

Die Einrichtung der Belastungsgrenze soll dazu dienen, finanzielle Überforderungen für die Versicherten zu vermeiden und die Zuzahlungen zumutbar zu machen (vgl. auch GKV Spitzenverband 2019). Daszkowski (2018, S. 4, Z. 11-12) beschreibt im Interview, dass er die Möglichkeit der Befreiung zwar kenne, die Grenze der Zuzahlungen für einige Menschen allerdings immer noch sehr hoch ausfalle: „Das kann auch nicht wenig sein für Menschen, die zum Beispiel Grundsicherung oder kleine Renten bekommen.“ Da Menschen mit psychischen Erkrankungen über vergleichsweise weniger finanzielle Mittel verfügen, in Folge der Erkrankung häufig finanzielle Einbußen hinnehmen mussten oder sogar Schulden aufbauten sowie oftmals mit der Regulierung der Finanzen oder Schulden überfordert sind (vgl. auch Abraham 2002), können die finanziellen Belastungen durch die Zuzahlungen eine große Hürde bei der Nutzung von Soziotherapie darstellen.

Allgemein wird die Einrichtung von Zuzahlungen sehr kontrovers diskutiert. Befürworter verweisen auf ein dadurch entstehendes gesundheitsbewussteres Verhalten³⁷ und eine verantwortungsvollere Inanspruchnahme³⁸ der Leistungen (vgl. auch Breyer et al. 2013). Das Nachfrageverhalten könne zudem auf diese Weise besser gesteuert

³⁶ Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung wird von der jeweiligen Krankenkassen auf Basis einer ärztlichen Stellungnahme festgestellt (vgl. GKV Spitzenverband 2019).

³⁷ Herder-Dorneich argumentiert zum Beispiel, dass der Wille der PatientInnen zur Genesung durch zusätzliche Kosten gesteigert werde. Ohne zusätzliche eigene Kosten hätten die PatientInnen keinen spezifischen Anreiz, sich aktiv an dem Genesungsprozess zu beteiligen. Durch die Eigenbeteiligung ergebe sich eine Motivation, schnell wieder zu gesunden (vgl. Herder-Dorneich, 1994, S. 378).

³⁸ Ribhegge (2004, S. 234) erkennt in der Einrichtung von Eigenanteilen die Möglichkeit, das Kostenbewusstsein der PatientInnen zu fördern. Die Zuzahlungen könnten auch als Bestrafungsmittel für PatientInnen dienen, die das Solidarsystem der Krankenversicherung ansonsten ausnutzten, in dem sie übermäßig Leistungen in Anspruch nehmen würden. Zuzahlungen würden dieses so genannte „moral-hazard Verhalten“ reduzieren können.

werden (Steuerungswirkung), indem mit Hilfe der Zuzahlungen, die von den PatientInnen zu leisten sind, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen reduziert werden könnte, weil diese, aufgrund der eigenen Kosten, eher auf die Leistung verzichten würden (vgl. Hajen 2004, S. 76).

Auch wenn bislang nicht nachgewiesen ist, ob Zuzahlungen überhaupt die beschriebenen Effekte in Bezug auf das Gesundheitsverhalten der Menschen erzielen (vgl. Gerlinger 2014), verweisen Braun et al. (2006, S. 8) darauf, dass Auswirkungen auf die Leistungsanspruchnahme durch Selbstbeteiligungen unbestritten seien. „Die entscheidende Frage ist jedoch nicht, ob sie eine Reduzierung der Leistungsmenge bewirkt, sondern ob diese rational im Sinne einer Senkung der von der Moral-hazard-These unterstellten Überanspruchnahme ist. Es könnte sein, dass die Selbstbeteiligung Versicherte von einer rechtzeitigen medizinischen Behandlung abhält und damit die Risiken noch erhöht. Anders ausgedrückt: Selbstbeteiligungen sind nur dann gesundheitspolitisch rational, wenn sie zu einer Verbesserung der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen“ (ebd.).

Gerlinger (2014) verweist darauf, dass eine übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen bei chronischen und schweren Erkrankungen, wie sie für eine Indikation von Sozialtherapie vorgegeben sind, sowieso nicht gegeben sei. Die beschriebenen Argumente der Befürworter von Zuzahlungen treffen ohnehin auch kaum auf die Sozialtherapie zu. Zentrale Ziele, wie die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung oder die Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen sind ausdrücklich gewünscht und sollen nicht verhindert, bzw. reduziert werden. Zudem gibt es seit Jahren den erklärten politischen Willen und entsprechende politische Maßnahmen, die Leistung Sozialtherapie mengenmäßig deutlich ausweiten zu wollen. Die Zuzahlungen als Mittel zu nutzen, damit PatientInnen die Leistung nicht in Anspruch nehmen, ist ein deutlicher Widerspruch. Zudem sind es in der Regel nicht die PatientInnen selber, die das Angebot Sozialtherapie kennen und diese Gesundheitsleistung „bis zur vollkommenen Sättigungsmenge nachfragen“ (Többicke 2012, S. 14), sondern die Inanspruchnahme obliegt zunächst der ärztlichen/psychotherapeutischen Verordnung und ist ohnehin auf max. 120 Stunden in drei Jahren begrenzt. Das „moral-hazard-Prinzip“ ließe sich, laut Braun et al. (2006, S. 12), dementsprechend im Gesundheitswesen kaum auf die PatientInnen anwenden, sondern betreffe empirisch nachgewiesen eher die Leistungserbringer. Daher besteht die Befürchtung, dass die Zuzahlungen stattdessen dazu führen könnten, dass „medizinisch notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen unterbleiben oder verzögert werden“ (Gerlinger 2014).

Grundsätzlich wird an den Zuzahlungen desweiteren kritisiert, dass sie nur dann einen Effekt haben, wenn die Kosten für die PatientInnen finanziell spürbar sind und dies vor allem in sozial schwachen Bevölkerungsschichten auftritt (ebd.). Zudem würden die

Zuzahlungen eine Verletzung des Solidaritätsprinzips darstellen, „weil sie Kranke und vor allem chronisch Kranke finanziell überproportional belasten und im Ergebnis die paritätische Finanzierung von Krankenbehandlungskosten aushöhlen“ (ebd.).

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit den Zuzahlungen steht, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung der SoziotherapeutInnen zu den PatientInnen. Ließem (2016) stellt diesen Aufbau und Erhalt als zentralen Bestandteil einer gelungenen Unterstützung heraus. Daher erhält vor allem der Beginn einer Behandlung eine enorme Bedeutung, zumal die Inhalte der Soziotherapie, wie die Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, Förderung von Compliance und gesunden Persönlichkeitsanteilen (§ 3 Abs. 3 ST-RL) oftmals bereits damit beginnen, dass die PatientInnen Unterstützung zulassen und in Anspruch nehmen. Dies erhält bei einer wesentlichen Zielgruppe der Soziotherapie, den Menschen mit einer psychotischen Erkrankung, insbesondere eine hohe Bedeutung, da diese als eher misstrauisch und ängstlich im Kontakt zu anderen Menschen beschrieben werden (vgl. auch Arnhold 2015, S. 203). Da die Zuzahlungen bereits mit dem ersten Behandlungskontakt zu leisten sind, ist es notwendig, die PatientInnen bereits im Vorfeld des Kontaktes intensiv über die Zuzahlungen aufzuklären. Dies obliegt in der Regel den zukünftig tätigen SoziotherapeutInnen.³⁹ Dies kann dazu führen, dass PatientInnen irritiert sind, wenn bereits zu Beginn der Unterstützung über finanzielle Belastungen in Folge der Nutzung gesprochen wird. Zudem müssen die PatientInnen zu Beginn der Behandlung in der Regel diverse Unterschriften (Betreuungsplan, Schweigepflichtentbindung, Einverständniserklärung, etc.) leisten, deren Umfang sie evtl. auch überfordern kann. Der als hilfreich angekündigte Soziotherapeut könnte in diesem Zusammenhang schnell als unseriös angesehen werden, obwohl dieser nur transparent informieren will und die formalen Angelegenheiten regeln muss. Daher könnte aus Skepsis gegenüber der Leistung und möglicher (weiterer) Kosten eine Soziotherapie abgelehnt werden, bevor sie überhaupt begonnen hat. Bei fehlender oder unzureichender Information im Vorfeld und einem plötzlichen Eintreffen von Zahlungsaufforderungen durch die Krankenkasse nach einigen Wochen, wäre das Vertrauensverhältnis in der Regel zudem noch deutlicher gestörter, was nicht selten in einem Behandlungsabbruch münden kann.

Auch wenn Zuzahlungen nicht das größte Hindernis bei der Umsetzung von Soziotherapie darstellen und ein Teil der PatientInnen bereit ist, diese zu bezahlen, um die Leistung zu erhalten, so stellen die Zuzahlungen für eine bestimmte Anzahl von

³⁹ Die VerordnerInnen sollten bei einer Verordnung von Soziotherapie auch darüber informieren können, dass die Leistung zuzahlungspflichtig ist. In der Praxis sind diese jedoch selbst kaum über die Bedingungen der Leistung informiert (vgl. Mönter 2018, S. 3). Zudem reicht eine bloße Information i.d.R. nicht aus, denn es gilt die Zuzahlungshöhe zu ermitteln, die Belastungsgrenze zu berechnen und möglicherweise die Betreffenden zu beraten, wie sie entsprechende Anträge stellen können.

PatientInnen eine große Hürde dar, Soziotherapie in Anspruch nehmen zu können. Wie dargelegt erfüllen die Zuzahlungen in der Soziotherapie auch nicht die mit der Selbstbeteiligung verbundenen Ziele und widersprechen anderen Zielen, die mit der Implementierung der Leistung verbunden sind, sogar.

6. Fazit und Handlungsempfehlungen

Wie in dieser Arbeit dargelegt, stellt die Soziotherapie eine seit fast 20 Jahren existierende Leistung dar, mit der psychisch erkrankte Menschen in ihrem Lebensumfeld ambulant und bedürfnisangepasst unterstützt werden können. Obwohl bereits in den 1970er Jahren im Rahmen der Psychiatrie-Enquête eine umfassende Umsetzung und bessere Koordination von ambulanten Hilfen gefordert wurde (vgl. Deutscher Bundestag 1975, S. 4), diese Forderungen über die Jahrzehnte bis heute immer wieder neu aufgegriffen werden (vgl. Krüger 2010; Peukert 2018) und schließlich auch aus diesem Grund die Soziotherapie gesetzlich verankert wurde, wird die Leistung Soziotherapie vollkommen unzureichend und keinesfalls flächendeckend in Deutschland umgesetzt (vgl. Kapitel 4.4.1).

Unabhängig von fachlichen und wirtschaftlichen Diskussionen über die Sinnhaftigkeit und Umsetzung einer Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung oder die Abgrenzung zu anderen Leistungen, muss festgehalten werden, dass Soziotherapie eine Leistung darstellt, auf die viele PatientInnen in Deutschland einen gesetzlichen Anspruch haben (vgl. § 37a Abs. 1 SGB V). Dass Soziotherapie in vielen Regionen allerdings gar nicht oder kaum existiert und das Angebot vielen PatientInnen damit vorenthalten wird, stellt eine desolate Versorgungssituation dar. Diese besteht bereits seit vielen Jahren und wurde in der Vergangenheit immer wieder kritisiert (vgl. auch Kapitel 2).

In dieser Arbeit wurde dargelegt, dass die Umsetzung maßgeblich durch die vertraglichen Rahmenbedingungen behindert wird. Dabei wurde deutlich, dass vor allem die sehr geringen Vergütungskonditionen und die hohen Zulassungskriterien eine Umsetzung nicht nur erschweren, sondern eigentlich unmöglich machen. Die aktuellen Vergütungssätze (inkl. der oftmals nicht abrechenbaren indirekten Leistungen) liegen weit davon entfernt, dass die Leistungserbringer eine auskömmliche Versorgung anbieten können. Alternativen, wie die Querfinanzierung aus anderen Geschäftsbereichen oder die eigene Selbstausbeutung in Form eines übermäßigen Engagements, um die schlechten Bedingungen aufzufangen und eine ausreichende Versorgungsqualität für die PatientInnen sicherzustellen (vgl. Thielsch 2015) können keine Lösung darstellen. Daher müsste zunächst vor allem bundesweit ein auskömmlicher Vergütungssatz sichergestellt werden.

Im Hinblick auf die Zulassungskriterien wurde festgestellt, dass die aktuellen Bestimmungen oftmals sehr hoch angesetzt sind, die Zulassungsverfahren z.T. sehr lange dauern und der Willkür einzelner Krankenkassen ausgesetzt sein können. Es müssten bundeseinheitliche Vorgaben etabliert werden, die einerseits eine ausreichende Qualität sicherstellen, aber es auch ermöglichen, überhaupt ausreichend Personal für die Soziotherapie zu gewinnen. Dafür sollte eine Ausweitung der

beruflichen Abschlüsse (z.B. auf PsychologInnen) geprüft und die Sinnhaftigkeit der mehrjährigen psychiatrischen Berufserfahrung für jede SoziotherapeutIn hinterfragt werden. Deutlich wurde, dass die Vorgabe einer stationären psychiatrischen Berufserfahrung auch aus fachlichen Gründen kein herausragendes Qualitätsmerkmal für die ambulante Tätigkeit als SoziotherapeutIn darstellt (vgl. Kalthoff 2002), so dass diese Vorgabe dringend aus allen Soziotherapie-Verträgen gestrichen werden sollte. Aber auch die grundsätzliche Notwendigkeit einer psychiatrischen Berufserfahrung sollte kritisch überprüft werden. In diesem Zusammenhang erscheinen Modelle mit einer Fachquote für zugelassene Träger (z.B. mindestens 80% der SoziotherapeutInnen im Behandlungsteam verfügen über eine mehrjährige psychiatrische Vorerfahrung) als sinnvoll. Dies könnte dazu führen, dass die gewünschte fachlich hochwertige Tätigkeit umgesetzt werden kann, aber auch geeignete MitarbeiterInnen mit weniger psychiatrischer Berufserfahrung in die Arbeit integriert werden können.

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass der administrative Aufwand im Zusammenhang mit der Soziotherapie hoch und kompliziert ausfällt. Die Abläufe führen dazu, dass es schwierig erscheint, Soziotherapie anzubieten, zu verordnen oder als PatientIn zu erhalten. Eine Vereinfachung und Klarheit der Zulassungsverfahren und der Bestimmungen in der Richtlinie wären wünschenswert, um subjektive Interpretationen zu reduzieren und Zugänge zu erleichtern. Dabei besteht allerdings die Befürchtung, dass dies, zum Beispiel aufgrund der Besetzung und Kräfteverhältnisse im G-BA, andere Nachteile einer Umsetzungsbeschränkung mit sich bringen könnte (vgl. Greve 2018, S.7). In Bezug auf leichtere Zugänge zur Leistung für PatientInnen und die gewünschte vermehrte Umsetzung sollte in der Politik u.a. auch eine Abschaffung der Zuzahlungen für Soziotherapie angedacht werden. Dabei sollte auch im Blick behalten werden, dass Soziotherapie eine geeignete Leistung für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellen könnte, die bislang im psychiatrischen Hilfesystem weitest gehend unversorgt sind und große Schwierigkeiten beim Zugang zum klassischen Hilfesystem haben. Insbesondere für diese Zielgruppen müssen die Zugangswege und Bedingungen, um eine geeignete Unterstützung zu erhalten, möglichst niedrigschwellig gestaltet werden.

Es wurde deutlich, dass das Angebot Soziotherapie kaum bekannt ist, was im Wesentlichen in der mangelnden Umsetzung der Leistung und dem Fehlen von SoziotherapeutInnen vor Ort begründet scheint. Zudem gab es auch jahrelang in der Fachöffentlichkeit wenige Informationen über die Soziotherapie, so dass die Leistung kaum präsent ist. Dies führte auch dazu, dass die Schwierigkeiten bei der Umsetzung kaum Beachtung finden. Es existieren wenig gemeindepsychiatrische Anbieter, die ein ernsthaftes Engagement zeigen, sich für eine Verbesserung der Leistung einzusetzen.

Zudem ist ihr Einfluss, wie Mönter (2018, S. 3) es schildert, sehr gering. Auch bei den VerordnerInnen gibt es nur wenige Personen, die sich für eine bessere Umsetzung der Soziotherapie engagieren. Vor allem dem Engagement von PatientInnen und deren Vertretungen war es in der Vergangenheit zu verdanken, dass die Umsetzung der Soziotherapie immer wieder kritisch begleitet wurde (vgl. Krüger 2010) und z.B. die Veränderung der Richtlinie vorgenommen wurden (vgl. DGVT 2014). Der Berufsverband der Soziotherapeuten und der Dachverband Gemeindepsychiatrie scheinen aktuell die wesentlichsten Verbände zu sein, die sich aktiv für eine Verbesserung der Umsetzung einsetzen (z.B. in Form von Stellungnahmen, Informationen, Tagungen und Fachveranstaltungen oder dem Begleiten und Unterstützen von Vertragsverhandlungen).

Um die genannten Umsetzungshindernisse zu beseitigen, bedarf es deutlicher Veränderungen. Ließem (2018, S. 9) fordert, dass insbesondere aktuelle und potentielle Leistungserbringer und ihre Verbände sich deutlich aktiver für ihre Belange einsetzen müssen, eine abwartende Haltung nicht zielführend wäre. Wichtig erscheint vor diesem Hintergrund, dass die Verträge zur Soziotherapie, vor allem auch von den Wohlfahrtsverbänden, deutlich entschiedener und konsequenter verhandelt werden müssen. Dabei gilt es, bei Nichteinigung, die Möglichkeiten des Schiedsverfahrens (§ 132b Abs. 2 SGB V) zu nutzen. Allerdings ist dessen positiver Einfluss auf eine deutliche Veränderung der Verträge aktuell noch sehr ungewiss (vgl. Klein-Schmeink 2018, S. 5).

Landesrahmenverträge und Zusammenschlüsse von Anbietern könnten dabei helfen, dass Verhandlungen nicht zwischen einzelnen Anbietern und Krankenkassen geführt werden müssen, sondern Verträge zumindest für ein Bundesland gelten. Grundsätzlich sind allerdings möglichst bundeseinheitliche Rahmenbedingungen zu befürworten, da nicht der jeweilige Ort, die Region oder das Bundesland in dem PatientInnen leben, darüber entscheiden darf, ob und wie Soziotherapie angeboten wird (vgl. auch Daszkowski 2018, S. 3).

Aufgrund der beschriebenen Situation der Soziotherapie in den letzten fast 20 Jahren wurde deutlich, dass die bisherige Form der Vertragsgestaltung eine umfassende Umsetzung von Soziotherapie verhindert hat. Daher erscheint vor allem die Politik in der Verantwortung, bundeseinheitliche Rahmenbedingungen zu definieren und die seit Jahren bestehenden Umsetzungshindernisse zu reduzieren (vgl. auch Klein-Schmeink 2018, S.3). Da bisherige Stellungnahmen und politische Beschlüsse verdeutlichen, dass grundsätzlich eine Umsetzung und deutliche Ausweitung der Leistung befürwortet

wird⁴⁰, müssten die politischen Entscheidungsträger tätig werden, um die anvisierten Ziele zu erreichen. Dafür wiederum bedarf es einer Aktivierung politischer Kontakte und einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit, um auf die bestehenden Missstände aufmerksam zu machen.

Wünschenswert wäre auch eine Unterstützung der Soziotherapie durch die Krankenkassen. Grundsätzliche Ziele, wie die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, die Reduzierung stationärer Klinikaufenthalte und die Förderung ambulanter Behandlungen, dürften auch im Interesse der Krankenkassen liegen. Daher sollte versucht werden, gemeinsame Verständnisse für eine gute Zusammenarbeit zwischen VerordnerInnen, Anbietern und auch Kostenträgern zu entwickeln.

Die positiven Veränderungen der letzten Jahre, wie die Novellierungen der Richtlinie oder die Einrichtung des Schiedsverfahrens, führten u.a. dazu, dass das Thema Soziotherapie wieder mehr Beachtung findet. Daher erscheint es besonders relevant, dass in nächster Zeit eine umfangreichere Umsetzung von Soziotherapie gelingt. Andernfalls droht eine erneute Enttäuschung auf verschiedenen Ebenen, so dass diverse Bemühungen und Engagements von Fachverbänden, Politikern, VerordnerInnen, Anbietern oder PatientInnen wieder zurückgefahren werden könnten und die vorliegenden Hindernisse auch noch die nächsten Jahrzehnte eine Umsetzung von Soziotherapie erschweren.

⁴⁰ Die grundsätzliche Bereitschaft der Politik, Soziotherapie umsetzen zu wollen drückte sich u.a. in wiederholt geforderten Evaluationen der Umsetzung und der Reduzierung der rigiden Beschränkungen (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 3) oder der Einrichtung der Schiedsstellenfähigkeit, um das Hindernis der Vergütungskonditionen zu reduzieren und einen „dringend notwendigen Ausbau der Soziotherapie voranzutreiben“ (Deutscher Bundestag 2016, S. 5) aus.

7. Literaturverzeichnis

- Abraham, Anke (2002). Ohne Moos nix los. Geld und Schulden bei psychischen Erkrankungen. Psychiatrie Verlag. Bonn
- Aderhold, Volkmar (2016). Bedürfnisanangepasste Behandlung und Offener Dialog. In: Soziale Psychiatrie. 40 (02). S. 25-30
- Aerzteblatt (2015). Fachkräfte fehlen vor allem im Gesundheitsbereich. Online Artikel vom 07.01.2015. Online im Internet unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61389/Fachkraefte-fehlen-vor-allem-im-Gesundheitsbereich> (16.01.2019)
- Amelung, Volker E.; Wolf, Sascha (2012). Integrierte Versorgung – Vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik. G+S Gesundheits- und Sozialpolitik. Nomos Verlag. 66 (01). S. 16-22
- AOK – Bayern (2018). Anlage 3 zum Rahmenvertrag gem. § 132 b SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Sozialtherapie gem. § 37 a SGB V im Freistaat Bayern. Beigetretene bzw. zugelassene Leistungserbringer in Bayern. Stand: 05.12.2018. Online im Internet unter: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/arztundpraxis/vertraege/soziotherapie_anl3_beigetret_leisterbring_05_12_2018.pdf (21.12.2018)
- AOK – Bundesverband (2018). Besondere Versorgung. Online im Internet unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_14660.html (02.11.2018)
- Arnhold, Julia (2015). Psychotherapie bei Psychosen. In: Report Psychologie. 40 (05). S. 203-212. Online im Internet unter: http://www.report-psychologie.de/fileadmin/user_upload/Thema_des_Monats/Fachartikel-report-psychologie-5-15.pdf (08.01.2019)
- BAPP – Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (2004). Stellungnahme zur Sozialtherapie. Online im Internet unter: <http://www.bapp.info/texte/soziotherapie.pdf> (10.01.2019)
- Barmer (2017). Gesundheitsreport 2017. Arbeit + Gesundheit = Lebensqualität? Online im Internet unter: <https://www.barmer.de/blob/133152/5c29df4899fdae75fcf58de20066bbc1/data/dl-gesundheitsreport-2017.pdf> (04.02.2019)

- Bauer, Petra (2004). Systemische Supervision multiprofessioneller Teams in der Psychiatrie. Lambertus Verlag. Freiburg
- Becker, Torsten; Herrmann, Richard; Sandor, Viktor; Schäfer, Dominik; Wellisch, Ulrich (2016). Stochastische Risikomodellierung und statistische Methoden. Ein anwendungsorientiertes Lehrbuch für Aktuare. Springer Spektrum Verlag. Berlin; Heidelberg
- Berufsverband der Soziotherapeuten (2018). Soziotherapie. <http://wp.soziotherapie.eu/soziotherapie/> (13.12.2018)
- Bezirk Niederbayern (2015). Niederbayerische Rahmenleistungsvereinbarung für ambulant betreutes Wohnen für Erwachsene mit seelischer Behinderung. Beschluss Bezirksentgeltkommission. Online im Internet unter: https://www.bezirk-niederbayern.de/fileadmin/user_upload/bezirk/Dateien/Soziales/Ambulant-betreutes-Wohnen/sv_abw_leistungsvereinbarung_seel.pdf (02.02.2019)
- BKK – Betriebskrankenkassen Dachverband (Hrsg.) (2018). BKK Gesundheitsreport 2018. Arbeit und Gesundheit. Generation 50+. Zahlen, Daten, Fakten. Online im Internet unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2018/BKK_Gesundheitsreport_2018.pdf (25.01.2019)
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017). Fortschrittsbericht 2017 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung. Online im Internet unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a758-16-fortschrittsbericht-fachkraefte-fuer-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (15.01.2019)
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2017). Praxis-Info: Soziotherapie. Online im Internet unter: https://www.bptk.de/uploads/media/bptk_praxis-info_soziotherapie.pdf (17.02.2019)
- Braun, Bernhard; Reiners, Hartmut; Rosenwirth, Melanie, Schlette, Sophia (2006). Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen - Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Bertelsmann Stiftung; Universität Bremen. Online im Internet unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Anreize_zur_Verhaltenssteuerung_im_Gesundheitswesen.pdf (08.01.2019)

- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2013). Gesundheitsökonomik. 6. Auflage. Springer Gabler Verlag. Berlin; Heidelberg
- Burgdorf, Friederike; Sundmacher, Leonie (2014). Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt. 111 (13). S. 215-223
- Bundesagentur für Arbeit (2018). Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2017. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Online im Internet unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Personengruppen/generische-Publikationen/Frauen-Maenner-Arbeitsmarkt.pdf> (04.02.2019)
- Dachverband Gemeindepsychiatrie (2019). Tagungsberichte. Online im Internet unter: <https://www.dvgp.org/tagungsberichte.html> (01.02.2019)
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2017). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Online im Internet unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621167004.pdf;jsessionid=AB6F927D871D05A2D5250F4BAAE45F04.InternetLive1?__blob=publicationFile (13.02.2019)
- Deutscher Bundestag – 7. Wahlperiode (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 7/4200. Online im Internet unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> (28.11.2018)
- Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode (2002). Antrag. 25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung. Drucksache 14/9555. Online im Internet unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/095/1409555.pdf> (26.10.2018)
- Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode (2016). Antrag. Psychisch erkrankte Menschen besser versorgen – Jetzt Hilfenetz weiterentwickeln. Drucksache 18/9671. Online im Internet unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/096/1809671.pdf> (29.11.2018)
- DGIV – Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (2014). Monitoring Integrierte Versorgung. Rahmenbedingungen der IV verbessern. Dritte Erhebung – Expertenbefragung 2014. IGES Institut. Berlin

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer Verlag. Berlin; Heidelberg

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2015). Pressemitteilung. Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie: ein wichtiger Schritt, aber weiterhin Optimierungsbedarf. Online im Internet unter:
<https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2015/soziotherapie-richtlinie.html> (02.11.2018)

DGVT – Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2014). Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung – eine Tragödie auf dem Rücken der Patienten. Online im Internet unter: https://www.dgvt.de/aktuell/details/article/soziotherapie-in-der-vertragsarztlichen-versorgung-a-eine-tragadie-auf-dem-ra14cken-der-patienten/?tx_ttnews%5Bpointer%5D=4&tx_ttnews%5BbackPid%5D=2176&cHash=4c8ba95d165079801ea740d4b3d8390c (13.12.2018)

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2016). Tarifabschluss im öffentlichen Dienst. Personalwirtschaft u. Arbeitsrecht. Online im Internet unter: https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/41/aid/14752/title/Tarifabschluss_im_oeffentlichen_Dienst_%2528TVoeD%2529 (04.02.2019)

Friebertshäuser, Barbara (1997). Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim; München. S. 481-491

Frieboes, Ralf-Michael (2005). Grundlagen und Praxis der Soziotherapie: Richtlinien, Begutachtung, Behandlungskonzepte, Fallbeispiele, Antragsformulare. Kohlhammer Verlag. Stuttgart

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2008). Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie. Evaluationsbericht. Online im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2516/2008-01-17-Evaluationsbericht-Soziotherapie_korr.pdf (13.12.2018)

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien: inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung. Stand: 26.02.2014. Online im Internet unter: https://parisax.de/fileadmin/user_upload/archiv/Fachinformationen/Eingliederungs

hilfe/2014-04-02_Fachinfo_Sozialpsychiatrie/Anlage_2_TrGr_SozioTh-
RL_Neufassung_Stand_2014-02-26.pdf (25.11.2018)

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie. Vom 22. Januar 2015. Online im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3093/2015-01-22_ST-RL_Neufassung_TrG.pdf (25.11.2018)

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Soziotherapie Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements. Vom 17. Dezember 2015, geändert am 20. April 2016. Online im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3524/2015-12-17_ST-RL_Entlassmanagement_TrG.pdf (25.11.2018)

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Online im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1405/ST-RL_2017-03-16_iK-2017-06-08_AT_07-06-2017-B3.pdf (13.12.2018)

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018). Der gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor. Struktur, Mitglieder, Patientenbeteiligung. Online im Internet unter: <https://www.g-ba.de/institution/struktur/> (25.11.2018)

Gentemann, Monika (2010). Soziotherapie und Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Amberger, Stephanie; Roll, Sybille C. (Hrsg.). (2010). Psychiatriepflege und Psychotherapie. Thieme Verlag. Stuttgart. S.16-17

Gerlinger, Thomas (2014). Zuzahlungen. Artikel der Bundeszentrale für politische Bildung vom 14.02.2014. Online im Internet unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179158/zuzahlungen> (08.01.2019)

Gesundheit Bremen - Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (2014). „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!“ – Erster Bericht an die Deputation für Gesundheit am 20.03.2014. Online im Internet unter: <https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Anlage%20L-119-18%20Weiterentwicklung%20der%20Psychiatriereform%20in%20Bremen.pdf> (17.02.2019)

- GKV Spitzenverband (2019). Zuzahlungen und Befreiungen. Online im Internet unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/zuzahlungen_und_befreiungen/zuzahlungen_und_befreiungen.jsp (05.01.2019)
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger, Schumacher, Harald (2004): Gesundheitsökonomie – Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele, Kohlhammer Verlag. 2. Auflage. Stuttgart
- Heiber, Andreas (2017). Kostenrechnung und Vergütungsverhandlungen. Stundensätze richtig kalkulieren. Vincentz Network Verlag. Hannover
- Heltzel, Rudolf (2007). Supervision und Beratung in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag. Bonn
- Herder-Dorneich, Philipp (1994). Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen. Nomos Verlag. Baden-Baden
- Hillienhof, Arne (2016). Schwer psychisch Kranke: Extrabudgetäre Vergütung der Soziotherapie. In: Deutsches Ärzteblatt. Ausgabe Februar 2016. S.53. Online im Internet unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/174805/Schwer-psychisch-Kranke-Extrabudgetaere-Verguetung-der-Soziotherapie> (16.12.2018)
- Kalthoff, Jörg (2002). Stellungnahme zur ambulanten Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V. Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrische Dienste NRW. Online im Internet unter: <https://www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de/images/pdf/stellungnahme%20zur%20ambulanten%20soziotherapie.pdf> (18.01.2019)
- Kamps, Udo (2018). Datenanalyse. In: Springer Gabler Wirtschaftslexikon. Online im Internet unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/datenanalyse-30331/version-253916> (04.02.2019)
- Kästle, Maria (2019). Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung. Beta Institut gemeinnützige GmbH. Online im Internet unter: <https://www.betanet.de/zuzahlungsbefreiung-krankenversicherung.html#belastungsgrenze-1> (05.01.2019)
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). Soziotherapie – Hinweise zur Verordnung für Ärzte und Psychotherapeuten. Aktualisierte Ausgabe Juni 2018. Online im Internet unter: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Soziotherapie.pdf (10.01.2018)

- Keller, Daniela (2017). Der Aufbau der statistischen Datenanalyse. Online im Internet unter: <http://www.statistik-und-beratung.de/2017/01/aufbau-statistische-datenanalyse/> (04.02.2019)
- Klimesch, Melanie (2011). Ambulante Soziotherapie für schwer psychisch kranke Menschen – Quo vadis? Kritische Bilanz zehn Jahre nach ihrer gesetzlichen Verankerung und praktische Fundierung am Beispiel Jena. ZKS Verlag. Coburg
- Krüger, Ulrich (2010). Theorie und Praxis der Ambulanten Soziotherapie – Ergebnisse der Evaluation. Vortrag auf dem Fachtag „Zukunft der ambulanten Soziotherapie für Psychisch Kranke“ am 24.02.2010 in Kassel. Online im Internet unter: <https://docplayer.org/54343584-Theorie-und-praxis-der-ambulanten-soziotherapie-ergebnisse-der-evaluation.html> (27.10.2018)
- Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus (2008). Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. VS - Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden
- KVSH – Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. (2015). Synoptische Darstellung der Änderungen der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie gemäß Beschluss des G-BA vom 22. Januar 2015. Online im Internet unter: <https://www.kvsh.de/db2b/upload/downloads/Synoptische%20Darstellung.pdf> (28.11.2018)
- Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW; Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). (2017). Aushandlung ambulanter Erziehungshilfen. Empfehlungen für Jugendämter und freie Träger. Online im Internet unter: https://www.lwl-landesjugendamt.de/media/filer_public/d2/13/d213378a-a446-4861-a8ba-036e79e7fb9c/170223_aushandlung-ambulanter-erziehungshilfen_web.pdf (25.01.2019)
- Lauerer, Matthias (2015). Soziotherapie für psychisch Erkrankte - Zurück ins Leben. Spiegel Online Artikel vom 28.09.2015. Online im Internet unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/psychische-erkrankungen-mit-soziotherapie-zurueck-in-den-alltag-a-1052172.html#js-article-comments-box-pager> (08.01.2019)
- Lebenshilfe Landesverband Bayern (2007). Ambulant Unterstütztes Wohnen: Musterunterlagen und Arbeitshilfen des Lebenshilfe-Landesverbands Bayern. Online im Internet unter: <https://www.lebenshilfe->

bayern.de/fileadmin/user_upload/09_publikationen/fachpublikationen/wohnen/lhlv_bayern_ambulantunterstuetzeswohnen_auflage2.pdf (03.02.2019)

Legewie, Heiner (2005). 9. Vorlesung. Interviewformen in der Forschung. Online im Internet unter: http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_9.pdf (16.12.2018)

Ließem, Hansgeorg (2015). Neue Soziotherapie-Richtlinie: Alte Probleme. ZKS Verlag. Online im Internet unter: https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/files_s620_e2325_o25479_0_size_o_beitrag-2-hansgeorg-liessem-neue-soziotherapie-richtlinie-alte-probleme-2015.pdf (17.02.2019)

Ließem, Hansgeorg (2016). Soziotherapie in Deutschland. Arbeitsbuch für das Jahr 2016. Debux Verlag. Hamburg

Lüdders, Lisa (2016). Fragebogen- und Leitfadenkonstruktion: Ein Handbuch für Studium und Berufspraxis. Apollon University Press Verlag. Bremen

Lütjen, Reinhard (2015). Soziotherapie: individualisiert und rationalisiert. In: Dörr, Margret (Hrsg.). Grundlagen der Sozialen Arbeit. Sozialpsychiatrie im Fokus. Band 35. Schneider Verlag Hohengehren. Battmansweiler. S. 98-109

Mayer, Horst Otto (2013). Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Auflage. Oldenbourg Verlag. München

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2018). Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV – Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Ambulante Soziotherapie. Stand 14.08.2018. Online im Internet unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistung/en/soziotherapie/BGA_Amb-Soziotherapie_Endfassung_mit_Vorwort_180814.pdf (12.12.2018)

Melchinger, Heiner (1999). Ambulante Soziotherapie: Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Nomos Verlag. Baden-Baden

Melchinger, Heiner; Machleidt, Wielant (2003). Ambulante Soziotherapie – auch für hausärztlich behandelte Patienten erschließbar? In: Zeitschrift Allgemeine Medizin. Hippokrates Verlag. 79 (06). S. 299-302.

- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef; Kraimer, Klaus. Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag. Opladen. S.441 – 471
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1997). Das Experteninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim; München. S. 481-491
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, Susanne; Pickel, Gert; Lauth, Hans-Joachim; Jahn, Detlef (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. Springer Verlag. Wiesbaden. S. 465 - 480.
- Mönter, Norbert (2010). Notwendigkeit der Soziotherapie aus ärztlicher Sicht. Vortrag auf dem Fachtag „Zukunft der ambulanten Soziotherapie für psychisch Kranke“ am 24.02.2010 in Kassel. Online im Internet unter: http://www.cbp.caritas.de/aspe_shared/form/download.asp?form_typ=370&ag_id=1123&nr=276689 (08.01.2019)
- Mönter, Norbert (2015). Zukunftsmodelle der Gemeindepsychiatrie im Netzwerk – Soziotherapie: Die neuen Richtlinien. Vortrag in einem Workshop auf der Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie am 10.09.2015. Online im Internet unter: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Doku_Jahrestagung_2015/Norbert_Moenter_DV-Tagung_10_9_15.pdf (04.11.2018)
- Nowack, Nicolas (2002). Ambulante Soziotherapie – Bisher ein Papiertiger. In: Deutsches Ärzteblatt. 99 (45). S. 546-547
- Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin (2016). Positionspapier des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes LV Berlin e.V. zur Entwicklung der sozialen Arbeit in den kommenden Jahren. Online im Internet unter: <http://paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/soziales-wohnungsloshilfe/fachinformationen-soziales/9366-positionspapier-entwicklung-der-sozialen-arbeit-paritaetischer-wohlfahrtsverband-berlin/file> (04.02.2019)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin (2017). Ambulante Soziotherapie in Berlin. Stand 06/2017. Online im Internet unter: <https://www.paritaet->

berlin.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/Publikationen/2017_06_16_Flyer_Soziotherapie.pdf (03.02.2019)

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (2015). Presseerklärung zur Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses am 22. Januar 2015. G-BA fördert Soziotherapie für schwer psychisch kranke Patienten – ein bisschen. Online im Internet unter: http://www.bag-selbsthilfe.de/tl_files/patv_pm_soziotherapie_rl.docx (28.10.2018)

Peukert, Reinhard (2018). Vom Strukturkonservatismus der institutionsorientierten zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Online im Internet unter: <http://www.ibrp-online.de/gemeinde5b.htm> (13.12.2018)

Porst, Rolf (2011). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 3. Auflage. Wiesbaden

Ribhegge, Hermann (2004). Sozialpolitik,. Vahlen Verlag. München

Rössler, Wulf; Melchinger, Heiner; Schreckling, Sybille (2012). Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V ist gescheitert. In: Psychiatrische Praxis. Georg Thieme Verlag. 39 (03). S. 106-108

Schäfer, Sabine (2010). Lizenzfreie Testverfahren. Immer öfter eine gute Wahl. In: Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (Hrsg.). Psychotherapie aktuell. 02 (03). S. 12-16

Spatschek, Christian (2016). Sozialarbeiter*innen – gefragt wie noch nie, schlecht bezahlt wie bisher? Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit. Online im Internet unter: <http://www.blog.dgsa.de/sozialarbeiter-star-innen-uberholen-ingenieur-star-innen> (15.01.2019)

Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2001). Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie. Fassung vom 29. November 2001. Online im Internet unter: https://www.vdek.com/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/soziotherapie/_jcr_content/par/download_0/file.res/Soziotherapie-Empfehlungen.pdf. (24.10.2018)

Thielsch, Marianna (2015). Auf der Suche nach professionellen Alternativen zu Selbstausbeutung in der Sozialen Arbeit. Online im Internet unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/thielsch-selbstausbeutung-ba.html#idp17728080> (31.01.2019)

- TK – Techniker Krankenkasse (2018). Gesundheitsreport Arbeitsunfähigkeiten 2018. Online im Internet unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2034000/60cd049c105d066650f9867da5b4d7c1/gesundheitsreport-au-2018-data.pdf> (25.01.2019)
- Többicke, Katja (2012). Selbstbeteiligung und ihre Wirkzusammenhänge – eine sinnvolle Strategie im Gesundheitswesen. Bachelorarbeit. Hochschule Neubrandenburg. Online im Internet unter: http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000001251/Bachelorarbeit-Toebbicke-2012.pdf (08.01.2019)
- Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyvér; Bock, Thomas; Winter, Andréa (2016). Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag. Köln
- Vdek – Verband der Ersatzkassen (2017). Leistungserbringer Soziotherapie. Bundesland Baden-Württemberg. Stand Juni 2017. Online im Internet unter: https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/soziotherapie/_jcr_content/par/download_0/file.res/Leistungserbringer%20Soziotherapie.pdf (03.02.2019)
- Verdi – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2019). Tarif- und Besoldungsrunde 2019 mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder. Flugblatt zum Verhandlungsauftritt TV-L. Online im Internet unter: https://wir-sind-es-wert.verdi.de/++file++5c4633100596fb063bd47d9b/download/2090_08_Flugi_TdL_1VHR_2019_V08%20%281%29.pdf (25.01.2019)
- Weber, Jürgen (2018). Vollkostenrechnung. Gabler Wirtschaftslexikon. Online im Internet unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/vollkostenrechnung-47146/version-270414> (22.01.2019)
- Witzel, Andreas (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus Verlag, Frankfurt am Main. 1982
- Witzel, Andreas (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Beltz Verlag. Weinheim und Basel: 227-256
- Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung. Online im Internet unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519> (17.12.2018)

Zwielicht – Die Bremer Zeitschrift für psychosoziale Themen (2019). Was ambulante psychiatrische Träger in Bremen anbieten. Arbeiter-Samariter-Bund. Online im Internet unter: <https://zwielicht-bremen.de/angebot-ambulante-psychiatrische-traeger-bremen/> (09.01.2019)

Interne Quellen

Anonymer Anbieter (2019). Kostenkalkulation Soziotherapie vom 06.01.2019. Excel-Datei. Per Email von der Geschäftsführung des Anbieters am 07.01.2019 erhalten.

Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. (2018). Vergütung der Therapieeinheit Soziotherapie. Kalkulation des Vergütungssatzes vom 20.08.2018. PDF-Dokument. Per Email vom Vorsitzenden Hansgeorg Ließem am 11.12.2018 erhalten.

Interviews (siehe Anhang)

Daszkowski, Juran (2018). Vorstandsmitglied Bundesverband Psychiatrieerfahrener; PatientInnenvertreter im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Soziotherapie. Telefonisches Interview, geführt vom Verfasser, am 14.12.2018.

Greve, Nils (2018). Vorsitzender des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie. Telefonisches Interview, geführt vom Verfasser, am 16.11.2018.2018.

Klein-Schmeink, Maria (2018). Bundestagsabgeordnete; Mitglied im Gesundheitsausschuss; Gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90 / Die Grünen. Telefonisches Interview, geführt vom Verfasser, am 18.12.2018

Ließem, Hansgeorg (2018) Vorsitzender des Berufsverbandes der Soziotherapeuten e.V. Telefonisches Interview, geführt vom Verfasser, am 19.10.2018.

Maßing, Elke (2018). GKV Spitzenverband – Abteilung Ambulante Versorgung; Vertreterin im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Soziotherapie. Telefonisches Interview, geführt vom Verfasser, am 08.11.2018.

Mönte, Norbert (2018). Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer der PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg; Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im G-BA Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur Psychotherapie. Telefonisches Interview, geführt vom Verfasser, am 18.10.2018.