

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie

Vom 22. Januar 2015

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	3
2. Eckpunkte der Entscheidung	4
2.1 Redaktionelle Änderungen	4
2.2 Änderung in § 1 – Grundlagen und Ziele (bisher Präambel und Nrn. 1 bis 7).....	4
2.3 Änderung in § 2 – Indikation, Therapiefähigkeit (bisher Nrn. 8 bis 12)	4
2.4 Änderung in § 3 – Leistungsinhalt (bisher Abschnitt III und Nrn. 13 bis 14.4)	6
2.5 Änderung in § 4 – Ärztliche Verordnung (bisher Nrn. 15 bis 16.3)	6
Zu Absatz 6 und 7 (bisher Nrn. 16.2 und 16.3).....	6
2.6 Änderung in § 5 – Leistungsumfang (bisher Nrn. 7 bis 22).....	6
2.7 Änderung in § 6 – Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle (bisher Nrn. 18 bis 20).....	6
2.8 Änderung in § 9 (ehemals Nr. 25).....	7
3. Würdigung der Stellungnahmen	7
4. Bürokratiekostenermittlung.....	8
5. Verfahrensablauf	8
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	10
6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens	10
6.2 Eingegangene Stellungnahmen	10
6.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....	12
A. Stellungnahmen allgemein	12
B. Stellungnahmen zur Änderung des § 1 ST-RL	19
C. Stellungnahmen zur Änderung des § 2 ST-RL	22
D. Stellungnahmen zur Änderung des § 3 ST-RL	39
E. Stellungnahmen zur Änderung des § 4 ST-RL	53

F. Stellungnahmen zur Änderung des § 5 ST-RL	68
G. Stellungnahmen zur Änderung des § 6 ST-RL	72
H. Stellungnahmen zur Änderung des § 7 ST-RL	73
J. Stellungnahmen zur Änderung des § 8 ST-RL	74
K. Stellungnahmen zur Änderung des § 9 ST-RL	75
L. Stellungnahmen der nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen.....	78
6.4 Mündliche Stellungnahmen.....	84
Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	84

Anlagen

I: Volltexte zur Dokumentation des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

II: Mündliche Anhörung - Wortprotokoll

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (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. Sie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 37a SGB V sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (soziotherapeutischer Leistungserbringer).

Die Richtlinie war vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Versorgungspraxis inhaltlich anzupassen. Die Formulierungen der bisherigen Soziotherapie-Richtlinien beruhen auf dem Richtlinien-Beschluss des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen aus dem Jahr 2001 (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung „Soziotherapie-Richtlinien“ vom 23. August 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 217 vom 21. November 2001).

Der G-BA hat sich seit 2006 eingehend mit der Versorgungssituation im Hinblick auf die Soziotherapie beschäftigt. Insbesondere hat er im Jahr 2007 eine Befragung zur Feststellung der Gründe für die Schwierigkeiten, Soziotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten, durchgeführt. Den vollständigen Evaluationsbericht mit Schlussfolgerungen in Bezug auf die Kernthesen der Evaluation und entsprechenden Handlungsempfehlungen für die Selbstverwaltungspartner sind im Internet unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/> [12.12.2014] abrufbar.

Der G-BA hatte in seiner Sitzung am 17. Januar 2008 ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation und auf Anregung der Patientenvertretung die Beratung von Aspekten der Soziotherapie gemeinsam mit denen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege beschlossen.

Darüber hinaus haben sich Vertreterinnen und Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des G-BA im August 2008 mit dem Bundesministerium für Gesundheit zum weiteren Vorgehen im Hinblick auf die praktische Umsetzung von Soziotherapie abgestimmt. Dabei wurde einhellig festgestellt, dass die Soziotherapie-Richtlinien des G-BA keine Ursache für die unzureichende Etablierung der Leistung in der Versorgungspraxis bildeten. Mit Blick auf den G-BA wurde in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der o.g. Evaluation einzig die mögliche Erweiterung der Indikationen für die Verordnung von Soziotherapie für diskussionswürdig gehalten. Im Ergebnis des Gesprächs kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer überein, dass die Problematik zunächst auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Bezug auf bestehende Handlungsmöglichkeiten von dieser Seite thematisiert werden soll. Bis zu einer Rückmeldung der Obersten Landesbehörden, so einigte sich der zuständige Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA, sollten die Beratungen im G-BA zunächst ruhen.

In ihrem Bericht vom 15. März 2010 bestätigten die Obersten Landesbehörden schließlich die bisherigen Erkenntnisse. Auf dieser Grundlage hat der Unterausschuss Veranlasste Leistungen in seiner Sitzung am 12. April 2010 bzw. 6. Oktober 2010 beschlossen, die eigenen Beratungen fortzusetzen, sobald die erforderlichen aktuellen Daten für eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung der Soziotherapie bzw. zu erwartende aktuelle Studienergebnisse vorliegen.

Mit Schreiben vom 17. November 2011 hat die Patientenvertretung nach § 140f SGB V einen Antrag auf inhaltliche sowie klarstellende Änderungen der ST-RL sowie Genderung und Anpassung an die Paragrafenform gestellt.

Die inhaltlichen Richtlinienänderungen beruhen insbesondere auf der am 23. April 2013 durchgeführten Expertenanhörung (siehe im Einzelnen unter 2.).

Durch Verwendung geschlechtlicher Paarformen setzt die Neufassung der Richtlinie den Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern entsprechend dem

Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 um. Ferner wird dem Beschluss des G-BA nach § 91 Absatz 2 SGB V vom 21. Juni 2005 Rechnung getragen, indem die Bezeichnung der Richtlinie im Singular erfolgt, der G-BA als Normgeber angegeben und eine Inhaltsübersicht der Richtlinie vorangestellt wird sowie eine Untergliederung der Richtlinie nach einem einheitlichen Muster unter Benennung von Paragraphen, Absätzen und Sätzen erfolgt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Redaktionelle Änderungen

Wesentliche redaktionelle Änderungen betreffen die sprachliche Gleichbehandlung von Frauen und Männern. Nach dem Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 soll bei der Abfassung von Richtlinien dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern möglichst durch Verwendung geschlechtlicher Paarformen Rechnung getragen werden. Der G-BA hat die Möglichkeiten einer lesbaren und verständlichen Formulierung der Richtlinie geprüft und geschlechtliche Paarformen eingefügt.

Weitere Änderungen betreffen die äußere Umgestaltung der Richtlinie hinsichtlich einer Gliederung nach Abschnitten, Paragraphen, Absätzen und Sätzen. Die ehemaligen Abschnittsüberschriften (I. bis VII.) wurden bis auf wenige Ausnahmen nahezu wortgleich in die neuen Paragraphenüberschriften übernommen. Dabei sind zur leichteren thematischen Orientierung neue Unterteilungen in Form der §§ 3 und 6 bis 8 hinzugekommen. Bisherige Nummern wurden als neue Absätze den Paragraphen entsprechend der bisherigen Anordnung und Reihenfolge zugeordnet.

Bisher vorhandene Verweise auf Nummern von Formularmustern wurden im Richtlinien text gestrichen (siehe zu § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie), da diese Muster jeweils Ergebnis von Verhandlungen der Vertragspartner und daher vorausgesetzt werden kann, dass diese den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bekannt sind.

2.2 Änderung in § 1 – Grundlagen und Ziele (bisher Präambel und Nrn. 1 bis 7)

Zur Präzisierung der Antrags- und Genehmigungspraxis bedurfte es einer Klarstellung durch Ergänzung eines zweiten Satzes in § 1 Absatz 3 (bisher Nr. 2).

2.3 Änderung in § 2 – Indikation, Therapiefähigkeit (bisher Nrn. 8 bis 12)

Gemäß § 37a SGB V soll die Soziotherapie Versicherte erreichen, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Für den Leistungsanspruch ist daher primär darauf abzustellen, ob es wegen der schweren psychischen Erkrankung zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten gekommen ist. Diese auszugleichen ist Ziel der Soziotherapie.

Vor diesem Hintergrund wurde die Reihenfolge der die Indikation ausfüllenden Kriterien umgestellt: Nach Absatz 1 (bisher Nr. 8) werden in Absatz 2 (bisher Nr. 10) die Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), in Absatz 3 (bisher Nr. 11) das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität und in Absatz 4 (bisher Nr. 9) die Diagnosen beschrieben.

Zu Absatz 2 – Beeinträchtigung der Aktivitäten (bisher Nr. 10)

Der Begriff der Fähigkeitsstörungen wird unter Berücksichtigung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, kurz: ICF, siehe jeweils aktuelle Fassung im Internet unter www.dimdi.de [12.12.2014]) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Begriff der Beeinträchtigung der Aktivitäten abgelöst.

Zu Absatz 3 – Ausmaß der Beeinträchtigung (bisher Nr. 11)

Die Formulierung zum Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität wurde dem oben beschriebenen Verständnis zur Indikation angepasst.

Die *Global Assessment of Functioning* (GAF)-Skala ist eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen (vgl. Pedersen G, Karterud S.; *The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale*; *Comprehensive Psychiatry* 2012). Darüber hinaus ist die GAF-Skala integraler Bestandteil innerhalb der Achse V des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) DSM-IV. Als valides Instrument sollte die GAF-Skala daher zur Abschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität herangezogen werden. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen werden nicht in die GAF-Skala einbezogen (vgl. Saß, H., Wittchen h.U., et al., *Diagnostische Kriterien – DSM-IV-TR*; Göttingen 2003, S. 48). Als alleiniges Instrument zur Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivität ist die GAF-Skala daher nicht geeignet. In Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber weiterhin ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden (vgl. Expertenanhörung in der AG Soziotherapie-pHKP – 3. Amtsperiode (Juli 2012 - Juni 2018) – am 23. April 2013). Die von der AG Soziotherapie-pHKP angehörten Experten kamen des Weiteren übereinstimmend zur Empfehlung, dass bei Werten 50 bis 41 auf der GAF-Skala auch die Fähigkeit, ärztliche oder ärztlich verordnete Behandlung in Anspruch zu nehmen, nachhaltig beeinträchtigt sein könne. Daher ist als Orientierungswert für die Indikation der Soziotherapie gemäß § 2 Absatz 3 Soziotherapie-Richtlinie ein Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50) auf der GAF-Skala in die Soziotherapie-Richtlinie zu implementieren, da er nach der der AG vorliegenden Evidenzlage am besten geeignet ist, die Patienten, die einer Soziotherapie im Sinne der Richtlinie bedürfen, zu identifizieren. Darüber hinaus kommt es infolge der Wirkung von Soziotherapie auch zu Werten, die deutlich über dem bisher zulässigen Wert von 40 liegen, die sich aber bei Abbruch der Behandlung wieder verschlechtern könnten.

Zu Absatz 4 und Absatz 5 – Diagnosen (bisher Nr. 9) und Öffnungsklausel (neu)

Der Gesetzgeber hat in der Begründung zu § 37a SGB V dargelegt, dass schwer psychisch Kranke, soweit sie therapiefähig sind, berechtigt sind, Soziotherapie in Anspruch zu nehmen. Die Anspruchsberechtigung ist nicht alleine aufgrund einer bestimmten Diagnose gegeben, sondern bezieht insbesondere die Fähigkeitsstörung mit ein, so dass auf der Basis des Gesamtbildes beim Erkrankten eine Indikationsstellung für die Soziotherapie erfolgt. Insofern hat der Gesetzgeber wie folgt begründet: „Es handelt sich um keinen abschließenden Katalog, sondern um eine Aufzählung der Indikationen, bei denen Soziotherapie regelmäßig angewandt werden sollte.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 14/1245, Begründung zu GKV-Gesundheitsreform 2000, S. 66).

Für die Fachärztinnen und Fachärzte in der vertragsärztlichen Versorgung gehört neben der F-Diagnose das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität zu den wesentlichen Indikatoren für die Verordnung von Soziotherapie. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass die zuständigen Fachärztinnen und Fachärzte neben den unter § 2 Abs. 4 genannten Diagnosen die Möglichkeit haben, im Rahmen einer Einzelfallregelung unter den unter § 2 Abs. 5 beschriebenen Bedingungen schwer psychisch Erkrankte mittels einer Soziotherapie in die Lage zu versetzen, ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Zu Absatz 6 (bisher Nr. 12)

Die drei Begrifflichkeiten (Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit) wurden relativiert.

2.4 Änderung in § 3 – Leistungsinhalt (bisher Abschnitt III und Nrn. 13 bis 14.4)

In Absatz 2 (bisher Nr. 13 ff.) wurde unter d) (bisher Nr. 13.4) im zweiten Halbsatz eine Berichtspflicht des Leistungserbringers der Psychotherapie gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnendem Arzt ergänzt. Hierdurch soll die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte mit Therapeutinnen und Therapeuten im Interesse der kontinuierlichen Patientenversorgung auch bereits in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden.

2.5 Änderung in § 4 – Ärztliche Verordnung (bisher Nrn. 15 bis 16.3)

Zur Förderung der Übersichtlichkeit umfasst der neue § 4 die Regelungen zur Ärztlichen Verordnung, während die Regelungen zum Leistungsumfang in einen neuen § 5 gefasst werden.

Zu Absatz 2 (bisher unter Nr. 15)

Die in Absatz 2 genannten Facharztbezeichnungen wurden unter Berücksichtigung der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Fachärztinnen und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie aktualisiert und orientieren sich an der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Zu Absatz 3 (neu)

Im neuen Absatz 3 sind die Verordnungsmöglichkeiten auf psychiatrische Institutsambulanzen bzw. deren Fachärztinnen und Fachärzte erweitert worden.

Zu Absatz 6 und 7 (bisher Nrn. 16.2 und 16.3)

In Absatz 6 Satz 2 werden anstelle der bisher vorgesehenen drei nun maximal fünf Therapieeinheiten zur Motivierung vorgesehen. Entsprechend dieser Änderung wurde auch der Wert in Absatz 7 Satz 1 angepasst. *[Position GKV-SV/DKG bzw. PatV/KBV: Gleiches gilt für den § 9 Absatz 1 (ehemals Nr. 25) genannten Wert.]*

Zu Absatz 8 (neu)

Die neu aufgenommene Formulierung entspricht der in § 4 Absatz 7 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie enthaltenen Regelung. Sie dient der Abgrenzung beider Leistungsbereiche.

2.6 Änderung in § 5 – Leistungsumfang (bisher Nrn. 7 bis 22)

Satz 2 in Absatz 1 (bisher Nr. 17) wurde zur Klarstellung des Leistungsumfangs umformuliert. Zudem wurde ein Satz 4 eingefügt. Die Klarstellung war geboten. Offenbar ist die bisherige Regelung missverständlich (vgl. Urteil des BSG 20.04.2010 SozR 4-2500 § 37a Nr. 1). Der letzte Satz der Neufassung ist wörtlich übernommen aus dem vorgenannten Urteil, zit. nach juris, dort Rz. 17.

2.7 Änderung in § 6 – Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle (bisher Nrn. 18 bis 20)

Zur Förderung der Übersichtlichkeit wurde eine neue Überschrift in Form des § 6 eingefügt. In Absatz 2 (bisher Nr. 19.1) wurde unter dem 4. Spiegelstrich klargestellt, dass eine Darstellung der Therapieziele im Therapieplan plausibel zu erfolgen hat und nicht bereits ein Nachweis aufgrund einer Prognose zu führen ist. Die Klarstellung war daher erforderlich.

2.8 Änderung in § 9 (ehemals Nr. 25)

Zu Absatz 1 (bisher Nr. 25)

Die Änderung der bisher vorgesehenen drei auf nun maximal fünf Therapieeinheiten in § 4 Absatz 6 Satz 2 war auch in § 9 Absatz 1 zu übernehmen. Eine Genehmigung der Krankenkasse ist nur dann erforderlich, wenn insgesamt mehr als 5 Stunden Soziotherapie verordnet werden.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 6 dokumentiert.

Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge in Bezug auf die geplante Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie:

In § 2 Abs. 3 Satz 2 wurde im Klammerzusatz das Zeichen „<“ ersetzt durch das Zeichen „≤“.

GKV-SV, KBV und DKG fassten ihre bisher unterschiedlichen Positionen im 3. Spiegelstrich in § 2 Abs. 5 wie folgt zusammen:

„- eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben Selbstversorgung“

Zudem wurde § 4 Abs. 5, Satz 1 wie folgt korrigiert: „(...) per Verordnung hinzugezogen werden.“

Ferner wurde aufgrund der Stellungnahmen die Anzahl der maximalen Therapieeinheiten (siehe § 4 Abs. 6 und Abs. 7) von drei auf fünf erhöht.

In § 4 Abs. 2 wurde die Formulierung zur Beschreibung der verordnungsberechtigten Fachärztinnen oder Fachärzte korrigiert und im zweiten Satz der Verweis auf das alte Recht in den jeweiligen Bundesländern ergänzt.

Zudem wurde folgender neuer Absatz 8 in § 4 aufgenommen und zugleich auf die bisherige Formulierung in § 1 Abs. 3 Satz 5 verzichtet:

„(8) Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben inhaltlich gleichen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. Die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben den Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im soziotherapeutischen Betreuungsplan als auch im Behandlungsplan der Soziotherapie psychiatrischen häuslichen Krankenpflegeals auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Abgrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.“

In § 1 Abs. 1 Satz 2 wurde um die Abkürzung „(soziotherapeutischer Leistungserbringer)“ aufgenommen und in § 9 Abs. 1 Satz 2 und 3 wird nunmehr auf den „entsprechenden Vordruck“ verwiesen, ohne diesen konkret zu benennen.

Im Übrigen hat sich kein weiterer inhaltlicher Änderungsbedarf aus den Stellungnahmen für die Neufassung der Richtlinie ergeben.

4. Bürokratiekostenermittlung

Es ist davon auszugehen, dass sich durch die vorgesehene Änderung der Richtlinie die Anzahl von Soziotherapie-Verordnungen erhöht. Das Ausstellen von Verordnungen von Soziotherapie als Teil der veranlassten Leistungen ist in § 25a Bundesmantelvertrag-Ärzte als vertragsärztliche Leistung abstrakt-generell geregelt. Aufgrund der erwarteten höheren Fallzahlen kann mit einem leichten Anstieg der Bürokratiekosten gerechnet werden. Auf eine Ausweisung der Bürokratiekosten wurde verzichtet.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
17.01.2008	G-BA	Beschluss über die gemeinsame Beratung der Aspekte der Soziotherapie mit solchen der pHKP auf der Basis des Evaluationsberichtes des G-BA aus 2007 über die Ursachen der Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie
21.10.2008	UA VL	Durch Gespräch mit dem BMG initiierte Zurückstellung der Beratungen zur Soziotherapie und pHKP aufgrund laufender Beratungen und Erhebungen der Obersten Landesbehörden
12.04.2010	UA VL	Bericht der Obersten Landesbehörden zur Umsetzung der ambulanten Soziotherapie nach § 37a SGB V in den Ländern vom 15. März 2010; Datenerhebung für eine erforderliche Bestandsaufnahme
06.10.2010	UA VL	Einrichtung einer AG Soziotherapie-pHKP (AG SozTh/pHKP) und Beauftragung zur Aufnahme der Beratungen zu erforderlichen Änderungen der ST-RL nach Vorliegen vollständiger Daten und von Studienergebnissen
26.05.2011	AG SozTh/pHKP	Bestandsaufnahme über die Umsetzung der Soziotherapie und der pHKP aufgrund vorgelegter Statistiken und Daten; Abwarten von Studienergebnissen
17.11.2011		Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V auf inhaltliche sowie klarstellende Änderungen der ST-RL sowie Gendern und Anpassung an die Paragrafenform
02.12.2011	UA VL	Beauftragung der AG Soziotherapie-pHKP zur Beratung der von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Änderungen unabhängig vom Vorliegen von Studienergebnissen
18.04.2012 bis 05.03.2013	AG SozTh/pHKP	Vier Sitzungen der AG Soziotherapie-pHKP zur Beratung vorgelegter Statistiken, der von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Änderungen und von Studienergebnissen; Durchführung einer systematischen Recherche
18.03.2013	UA VL	Beschluss über die Durchführung einer Expertenanhörung auf Anregung der AG Soziotherapie-pHKP; Bestellung von Sachverständigen

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.04.2013	AG SozTh/pHKP	Durchführung der Expertenanhörung
12.08.2013 bis 04.11.2013	AG SozTh/pHKP	Drei Sitzungen der AG Soziotherapie-pHKP zur Auswertung der Expertenbefragung und Beratung von Richtlinien-Änderungen; weitere Durchführung einer systematischen Recherche
12.02.2014	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien
03.12.2014	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen und Anhörung Abschluss der vorbereitenden Beratungen und Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, tragende Gründe, ZD)
22.01.2015	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Vor Entscheidungen des G-BA über die Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien sind gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7c SGB V den hierzu berechtigten Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung und nach § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind in der Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in seiner Sitzung am 12. Februar 2014 gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 7c SGB V sowie § 91 Absatz 5 und 5a SGB V vor seiner Entscheidung über eine Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 23. August 2001 einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung, der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur beabsichtigten Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie Stellung zu nehmen (27. Februar 2014 bis 27. März 2014 bzw. 4. März 2014 bis 1. April 2014). Den angeschriebenen Organisationen wurden die Tragenden Gründe anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens als Erläuterung übersandt.

6.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen / Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	keine	Verzicht auf Abgabe einer Stellungnahme lt. Schreiben vom 27.03.2014
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	01.04.2014	
Maßgebliche Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung gemäß § 92 Absatz 7c SGB V		
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	24.03.2014	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	25.03.2014	
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	26.03.2014	
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	25.03.2014	
Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.	27.03.2014	
Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.(BAG GPV)	21.03.2014	
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	27.03.2014	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	Keine	
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	Keine	

Nicht stellungnahmeberechtigte Organisationen	Eingang	Bemerkungen
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)	25.03.2014	
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	01.04.2014	

6.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

A. Stellungnahmen allgemein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
1	Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V. (APK)	Vor diesem Hintergrund begrüßt die APK, dass der G-BA die Soziotherapie-Richtlinien ändern will. Allerdings wird eine Optimierung der Richtlinien allein nicht ausreichend sein, um den fachlich gebotenen bedarfsgerechten Ausbau der Ambulanten Soziotherapie zu erreichen.	Neufassung der ST-RL wird grundsätzlich begrüßt	Kenntnisnahme
2	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Einsatz von Soziotherapie als Modul in Selektivverträgen Es zeigen sich jedoch im Rahmen von Selektivverträgen der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 SGB V positive Auswirkungen des Einsatzes von soziotherapeutischen Behandlungsmodulen. Soziotherapie ist ein wirksames Instrument geworden, um Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung dabei zu unterstützen, im eigenen Lebensumfeld auch schwere Krisen ohne stationäre Aufnahmen zu überstehen. Hierdurch hilft sie nicht nur, stationäre Behandlung zu vermeiden, sondern leistet einen ganz wesentlichen fachlichen und ökonomischen Beitrag zur Umgestaltung der psychiatrischen Regelversorgung zu einem vorrangig ambulant	Neufassung der ST-RL wird grundsätzlich begrüßt	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>ausgerichteten Behandlungssystem.</p> <p>Die Erfahrungen mit Soziotherapie im Rahmen der Projekte zur Integrierten Versorgung (gem. §§ 140 a-d SGB V) zeigen, dass Soziotherapie bei allen psychiatrischen Indikationen, bei denen es immer wieder zu stationären Aufenthalten kommt, besonders wirksam wird. Im Facharbeitskreis Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung (BAG IV) des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie haben sich bundesweit 35 IV-Vertragsnehmer und Leistungserbringer zusammengeschlossen. Innerhalb der von den BAG IV-Mitgliedern umgesetzten IV-Verträgen kommt die Soziotherapie als Behandlungsmodul mittlerweile bei über 11.000 psychisch erkrankten Menschen bedarfsorientiert und erfolgreich zum Einsatz. Davon bei ca. 8.500 Menschen, die sich in das „Netzwerk psychische Gesundheit“ eingeschrieben haben. Der Einsatz von Soziotherapie trägt als Modul in dieser Versorgungsform erfolgreich dazu bei, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und eine adäquate ambulante Versorgung von psychisch erkrankten Menschen zu ermöglichen.</p> <p>Aufgrund der bisherigen Gesetzeslage und ihrer Umsetzung durch die GKV konnte die Soziotherapie als Einzelleistung außerhalb der IV bisher nicht den erforderlichen Stellenwert in der Regelversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einnehmen.</p> <p>Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt daher die Neufassung der Richtlinien der Soziotherapie gemäß § 92 SGB V vom 01.01.2002, insbesondere mit dem Blick auf folgende Entwicklungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffnung für weitere Diagnosengruppen 		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Einzelfallreglung • stationäre Voraufenthalte sind nicht mehr zwingende Voraussetzung • die Verordnungsfähigkeit wird auf die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ausgeweitet 		
3	s.o.	<p>Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt die Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien. Menschen mit psychischen Erkrankungen kann so dieses ihren Gesundungsprozess fördernde Behandlungsinstrument bedarfsorientiert verordnet und zur Verfügung gestellt werden, was unter den bisherigen Richtlinien in der praktischen Umsetzung kaum möglich war. Die Richtliniennovellierung und die daraus entstehenden Optionen für eine bedarfsgerechte Umsetzung werden dann eine wesentliche Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit sich bringen, wenn die GKV an ihrer Umsetzung ebenfalls konstruktiv mitwirkt.</p>	Neufassung der ST-RL wird grundsätzlich begrüßt	Kenntnisnahme
4	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	<p>Nach Auffassung des DVE stellt die Soziotherapie ein Angebot dar, das einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der ambulanten Behandlung psychisch kranker Menschen leistet. Generell begrüßen wir daher, dass mit der inhaltlichen und redaktionellen Überarbeitung die bislang unzureichende Umsetzung der Soziotherapie-Richtlinien hoffentlich beseitigt wird.</p> <p>Allerdings sehen wir in den nachfolgenden Punkten noch Änderungsbedarf, damit die Neufassung die gewünschten Effekte entfalten kann.</p> <p>[siehe hierzu weiter unter Nr. 10h]</p>	Neufassung der ST-RL wird grundsätzlich begrüßt	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
5	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	Vorangestellt sei, dass der Ansatz, die Versorgungssituation und den Leistungszugang zur Soziotherapie zu verbessern, begrüßt wird. Die Leistungsinanspruchnahme ist aus Sicht des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. bislang defizitär.	Neufassung der ST-RL wird grundsätzlich begrüßt	Kenntnisnahme
6	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband nimmt sehr gern ihr Stellungnahmerecht bei der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien wahr und verbindet damit die Hoffnung, die bestehenden Umsetzungsprobleme in der Versorgung mit Soziotherapie zu beheben.</p> <p>Bereits 2008 hatte unser Verband umfassend zu den aus unserer Sicht erforderlichen Änderungen Position bezogen.</p> <p>Für die Diakonie Deutschland ist es zentral, die Indikationen in den Richtlinien so abzufassen, dass alle schwer psychisch erkrankten Menschen Soziotherapie in Anspruch nehmen können. Denn genau hierin lag das erklärte Ziel der Gesetzesänderung vor 14 Jahren: Die Behandlungsmöglichkeiten dieser Personengruppe sollten deutlich verbessert werden.</p> <p>Die notwendige Ausweitung der Indikationen ist auch ein wesentliches Ergebnis des Berichtes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Umsetzungsproblematik bei der Soziotherapie. Sowohl von den befragten Nervenärzten als auch von den soziotherapeutischen Leistungserbringern war übereinstimmend darauf hingewiesen worden, dass die Indikationen der Richtlinie</p>	Neufassung der ST-RL wird grundsätzlich begrüßt	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>für die Verordnung von Soziotherapie nicht alle schwer psychisch Erkrankten im Sinne des Gesetzes erfassen. Genannt wurden als weitere mögliche Diagnosen Persönlichkeitsstörungen und schwere Depressionen.</p> <p>Die Evaluation des G-BA kommt darüber hinaus zu dem Schluss, dass Leistungserbringer für Soziotherapie nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen und die Patientenvertreter wiesen darauf hin, dass in diesem Zusammenhang die Qualifikationsanforderungen der Krankenkassen und die Höhe der Vergütung der Soziotherapie von besonderer Bedeutung sind.</p>		
7	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	<p>Der Paritätische Gesamtverband nimmt die vorgesehene Möglichkeit zur Stellungnahme zur Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 SGB V wie folgt wahr.</p> <p>Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 92 SGB V vorgelegt hat. Seit Einführung der Soziotherapie im Jahr 2000 weisen verschiedene Studien, u.a. vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Gemeinsamen Bundesausschuss, auf erhebliche Umsetzungsprobleme in der Soziotherapie hin. Soziotherapie hat sich bis heute weder durchgesetzt noch etabliert und wird somit nicht flächendeckend angeboten, obwohl für die Zielgruppe ein erheblicher Versorgungs- und Unterstützungsbedarf besteht.</p> <p>Dies hat mehrere Gründe:</p>	<p>Neufassung der ST-RL, insbesondere Erweiterung der Diagnosen, wird grundsätzlich begrüßt;</p> <p>rechtliche Regelung zur Etablierung eines Verhandlungsverfahrens zwischen Kassen und Leistungserbringern vergleichbar dem § 132a SGB V bezogen auf die Anforderungsmerkmale für Leistungserbringer wird empfohlen</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>keine Regelungskompetenz des G-BA zur Umsetzung dieses Vorschlages</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hauptursache ist aus Sicht des Paritätischen, dass Anträge auf Soziotherapie abgelehnt werden, weil die vorliegende Diagnose nicht in den Soziotherapie-Richtlinien erfasst ist. ➤ Erschwerend kommt hinzu, dass Soziotherapie als Leistung der Krankenversicherung insbesondere bei Hausärzten, aber auch bei Fachärzten nach wie vor unzureichend bekannt ist, so dass diese Leistung aus Unkenntnis in der Regel selten verordnet, beantragt und durchgeführt wird. ➤ Weitere Probleme sieht der Paritätische bei den Anforderungen an die Leistungserbringer seitens der Krankenkassen bzw. der Landesverbände der Krankenkassen und deren Vergütungen. Bei der Zulassung von Soziotherapeuten verweisen die Krankenkassen auf die seit 2008 nicht mehr gültigen „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände gem. § 132b Abs. 2 SGB V“, in denen hohe berufliche Anforderungen hinsichtlich der Praxiserfahrung gestellt werden. Somit besteht eine große Diskrepanz zwischen den fachlichen Anforderungen einerseits und der Bezahlung andererseits. Psychiatrische Behandlung ist nur als Komplexleistung möglich. Wesentlicher zentraler Bestandteil ist die Soziotherapie, deren Finanzierung nicht gesichert ist. <p>Der Paritätische sieht daher dringenden Handlungsbedarf, der sich zum einen auf die Neufassung der Richtlinien und insbesondere auf die Erweiterung der Diagnosen bezieht. Zum anderen empfiehlt der Paritätische eine rechtliche Regelung zur Etablierung eines Verhand-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		lungsverfahrens zwischen Kassen und Leistungserbringern vergleichbar dem § 132a SGB V bezogen auf die Anforderungsmerkmale für Leistungserbringer.		
8	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte dieses Verfahren zum Anlass nehmen, sich bei Bundesregierung und Gesetzgeber dafür einzusetzen, die Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufzuheben.	Anregung an den G-BA, sich bei Bundesregierung und Gesetzgeber dafür einzusetzen, die Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufzuheben Siehe fachliche Ausführungen in diesem Zusammenhang unter Nr. 12g	Liegt nicht im Kompetenzbereich des G-BA Anregung nicht vorgesehen, da von RL-Änderung abweichendes Thema

B. Stellungnahmen zur Änderung des § 1 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
9a	Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.	<p>Zu den vorgelegten Änderungsvorschlägen:</p> <p>§ 1 Abs. 3 (neu)</p> <p>Einfügung: „<i>Sie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat.</i>“</p> <p>Kommentar: sinnvolle Klärung.</p> <p>§ 1 Abs. 3 (neu)</p> <p>Einfügung: „<i>Eine krankenpflegerische Leistung im Sinne einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist an den Vorgaben der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), Nr. 27 a des Leistungskataloges, auszurichten.</i>“</p> <p>Kommentar: unschädlicher, aber in diesem Zusammenhang verzichtbarer Hinweis</p>	<p>Zustimmung zu § 1 Abs. 3 Satz 2 (kein vorheriger Krankenhaus-Aufenthalt erforderlich)</p> <p>Abgrenzung Soziotherapie von Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege in ST-RL (§ 1 Abs. 3 Satz 5) verzichtbar, aber unschädlich</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>PatV/KBV:</p> <p>Aufgrund der Aufnahme einer Regelung in § 4 Abs. 8 (siehe hierzu unter Nr. 12g) wird auf die Formulierung in § 1 Abs. 3 Satz 5 verzichtet</p>
9b	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	<p>§ 1 Grundlagen und Ziele (bisher Präambel und Nummer 1-7)</p> <p>Die Präzisierung der Antrags- und Genehmigungspraxis durch Ergänzung des angeführten zweiten Satzes in § 1 Absatz 3 wird begrüßt. Die Klarstellung, dass die Leistung der Soziotherapie auch in Betracht kommt, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat, trägt zur Genehmigungsklarheit bei.</p> <p>Der für § 1 Absatz 3, Satz 5 angeführte Hinweis:</p> <p>„<i>Eine krankenpflegerische Leistung im Sinne einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist an den Vor-</i></p>	<p>Zustimmung zu § 1 Abs. 3 Satz 2 (kein vorheriger Krankenhaus-Aufenthalt erforderlich)</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>gaben der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), Nr. 27 a des Leistungskataloges, auszurichten“</i></p> <p>stellt die Abgrenzung zwischen soziotherapeutischer Versorgung und häuslicher / psychiatrischer Krankenpflege dar und dient der Orientierung. Die Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Patientenvertretung wird daher geteilt.</p>	Zustimmung Position KBV/PatV zu § 1 Abs. 3 Satz 5 (Abgrenzung Soziotherapie von Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege)	Siehe hierzu unter Nr. 9a
9c	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert in den Soziotherapie-Richtlinien die Abgrenzung der Soziotherapie von der Häuslichen Psychiatrischen Krankenpflege.	Zustimmung Position KBV/PatV zu § 1 Abs. 3 Satz 5 (Abgrenzung Soziotherapie von Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege)	Siehe hierzu unter Nr. 9a
9d	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	<p>Zu § 1 Grundlagen und Ziele</p> <p>Der Paritätische unterstützt die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Patientenvertretern vorgeschlagene Klarstellung hinsichtlich der Abgrenzung der Leistungen der Soziotherapie gem. § 37a SGB V von den Leistungen der häuslichen (psychiatrischen) Krankenpflege (HKP-RL Nr. 27a).</p>	Zustimmung Position KBV/PatV zu § 1 Abs. 3 Satz 5 (Abgrenzung Soziotherapie von Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege)	Siehe hierzu unter Nr. 9a
9e	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 1 (3)</p> <p>Die Diakonie Deutschland begrüßt die explizite Erwähnung, dass für die Verordnung von Soziotherapie eine vorherige Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Die Erwähnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (HPK) an dieser Stelle erschließt sich uns hingegen nicht. Zum einen sind die Vorgaben dieser Richtlinie aus Sicht der Diakonie Deutschland kritikwürdig und im Sinne einer bedarfsgerechten, ambulanten</p>	<p>Zustimmung zu § 1 Abs. 3 Satz 2 (kein vorheriger Krankenhaus-Aufenthalt erforderlich)</p> <p>Zustimmung Position DKG/GKV-SV zu § 1 Abs. 3 Satz 5 (keine Abgrenzung Soziotherapie von Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege in ST-RL)</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 9a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Versorgung weiter zu überarbeiten. Zum anderen sollte jede mögliche Diskussion vermieden werden, ob beide Leistungen gleichzeitig verordnet werden können. Falls die psychiatrische häusliche Krankenpflege (HPK) erwähnt werden soll, dann nur mit dem Hinweis, dass diese und Soziotherapie nebeneinander verordnet werden können.</p> <p>§ 1 (4)</p> <p>Im Sinne der Beschleunigung und Entbürokratisierung schlägt die Diakonie vor, dass der Betreuungsplan auf die individuelle Situation der Versicherten angepasst wird. D. h. spezifische und messbare Ziele können oft erst im Verlauf einer längeren Behandlung konkret benannt werden.</p> <p>§ 1 (6)</p> <p>Hier sollte deutlich gemacht werden, dass sich die Koordination auf die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme aller Hilfen bezieht und Selbsthilfe sowie nichtpsychiatrische Hilfen ebenfalls berücksichtigt werden.</p>	<p>Hinweis:</p> <p>Falls pHKP überhaupt erwähnt werden soll, dann beschränken auf Hinweis, dass pHKP und Soziotherapie nebeneinander verordnet werden können</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung in § 1 Abs. 4, dass der Betreuungsplan auf die individuelle Situation der Versicherten angepasst wird.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung in § 1 Abs. 6, dass sich die Koordination auf die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme aller Hilfen bezieht und Selbsthilfe sowie nichtpsychiatrische Hilfen werden ebenfalls berücksichtigt werden</p>	<p>Bereits Folgeantrag dient der Anpassung des Betreuungsplans; Vorgaben der Richtlinie genügen, um der Individualität des Betreuungsplanes gerecht zu werden; daher keine Ergänzung erforderlich</p> <p>Keine Ergänzung erforderlich, da diese Vorgaben bereits Bestandteil der Richtlinien-Neufassung sind (siehe insbesondere § 3 Abs. 2b und 2c)</p>

C. Stellungnahmen zur Änderung des § 2 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
10a	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	<p>Zu § 2 Indikation und Therapiefähigkeit</p> <p>Zu § 2 Absatz 3</p> <p>Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala) wurde bisher in den Richtlinien mit dem Grenzwert 40 sehr hoch angesetzt. Die Erweiterung auf < 50 ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die Skalierung der GAF-Skala erfolgt jedoch in Zehner-Schritten. Hier sollte eine Angleichung erfolgen.</p> <p>Aus Sicht des Paritätischen ist der Wert aufgrund der Skalierung der GAF-Skala in Zehner-Schritten bis einschließlich 50 festzulegen.</p> <p>Zu § 2 Absatz 4</p> <p>Die bisherigen Richtlinien haben die Zielgruppe auf Menschen beschränkt, die an einer schweren psychischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt sind. Diese Einschränkung führt zu einem Behandlungsausschluss von Menschen mit anderweitigen schweren psychischen Erkrankungen. Die umfangreiche Diagnosebeschränkung ist aus Sicht des Paritätischen sachlich in keiner Weise gerechtfertigt und nicht im Sinne des Gesetzgebers. Dieser hatte keine Einschränkung der Krankheitsbilder bzw. keinen abschließenden Katalog von Diagnosen vorgesehen.</p> <p>Nach Einschätzungen des Paritätischen ergibt sich grundsätzlich die medizinische Indikation für psychotherapeutische Leistungen aus der gravierend eingeschränk-</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In § 2 Abs. 3 GAF-Wert in Zehner-Schritten bis einschließlich 50 festlegen</p> <p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 4 (Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99))</p>	<p>Gemäß dem Änderungsvorschlag wird in § 2 Abs. 3 Satz 2 im Klammerzusatz das Zeichen „<“ ersetzt durch das Zeichen „≤“</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV/DKG/KBV: Formulierung Abs. 4 wird beibehalten; der bisherigen abschließenden Nennung von Diagnosen wurde mit den erweiterten spezifischen Vorgaben in Abs. 5 entgegengewirkt; teilweise kann Psychotherapie auch kontraindiziert sein; Gesetzgeber hat dem G-BA die Regelbefugnis erteilt (§ 37a Abs. 2 SGB V)</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>ten Fähigkeit des psychisch Erkrankten, notwendige Behandlungen und ärztlich veranlasste Maßnahmen in Anspruch zu nehmen bzw. auszuführen. Hinsichtlich dieser Fähigkeits- und psychischen Funktionsstörung ist die Diagnose zweitrangig. Allerdings gehen einige Diagnosen klinisch häufiger mit den vorbeschriebenen gravierenden Fähigkeitsstörungen einher. Eine Einschränkung der Indikationsdiagnosen auf schizophrene bzw. wahnhaftige Störungen – wie bisher in der Richtlinie formuliert – wird der Tatsache nicht gerecht, dass Menschen krankheitsbedingt auch bei Bestehen weiterer Diagnosen wie z. B. bei bipolaren oder depressiven Störungen psychische Funktions- und Fähigkeitsstörungen aufweisen können, die eine soziotherapeutische Unterstützung erforderlich machen.</p> <p>Der Paritätische weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Rahmen vieler Verträge zur Integrierten Versorgung von psychisch kranken Menschen auch Soziotherapie angeboten wird. Hier wurde seitens der Krankenkassen in verschiedenen, über ganz Deutschland verbreiteten Verträgen die Diagnosebeschränkung bereits aufgehoben.</p> <p>Um eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch schwer kranken Menschen sicherzustellen, fordert der Paritätische die Aufnahme aller in Kapitel V des ICD 10 (F00-F99) aufgeführten psychischen Erkrankungen in die Soziotherapie-Richtlinien.</p> <p>Zu § 2 Absatz 6</p> <p>Bei Verordnung von Soziotherapie sehen die bisherigen Richtlinien eine Prüfung der „Therapiefähigkeit“ in Bezug auf Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikations-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>fähigkeit vor.</p> <p>Das Vorliegen eines Mindestmaßes an Belastbarkeit und Motivierbarkeit lässt sich aus Sicht des Paritätischen nicht hinreichend wissenschaftlich ableiten und belegen. Die Bewertung ist im hohen Maße von der subjektiven Wahrnehmung des temporären Erscheinungsbildes des Patienten abhängig und stellt somit kein objektivierbares Kriterium dar.</p> <p>Der Paritätische fordert, dass als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ausschließlich zu prüfen ist, inwieweit die in § 2 Abs. 2 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten langfristig beseitigt, vor einer Verschlimmerung behütet oder gelindert werden können und damit ein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.</p>	<p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 6 (Beeinträchtigung der Aktivitäten maßgeblich)</p>	<p>PatV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG/KBV/GKV-SV: Die Formulierung wird beibehalten; in § 37a Abs. 2 SGB V wird G-BA beauftragt, die „Anforderungen an die Therapiefähigkeit“ zu regeln; der G-BA kommt damit den Gesetzesvorgaben nach; geregelte Anforderungen behindern nicht die Durchführung der Soziotherapie</p>
10b	<p>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.</p>	<p>§ 2 Indikation, Therapiefähigkeit (bisher Nummer 8-12)</p> <p>§ 2 Absatz 2: Erweiterung der Voraussetzungen durch Fokussierung auf Einschränkungen, die eine selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher oder verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigen: der Klammerzusatz „alternativ oder kumulativ“ wird als Klarstellung begrüßt.</p> <p>Für § 2 Absatz 4 ist die Formulierung der Patientenvertretung zu befürworten. Die offene Formulierung ohne Beschränkungen auf bestimmte Diagnosen erlaubt es, die Patienten bedürfnisgerecht mit Soziotherapie zu versorgen. Wesentlich für den Leistungsbezug ist die Beeinträchtigung der selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen aufgrund</p>	<p>Zustimmung zu § 2 Abs. 2</p> <p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 4 (Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99))</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 10a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>einer psychischen Erkrankung. Hier ist damit die Symptomatik und nicht die Ursache entscheidend, insofern muss die Aufzählung der Diagnosen entfallen.</p> <p>§ 2 Absatz 5: Die Einführung einer Öffnungsklausel wird begrüßt und entspricht der übrigen Richtlinien-Systematik (vgl. HKP-RL). Die Position der Patientenvertreter ist zu unterstützen, hier ist die „Probeverordnung“ als erforderliche Maßnahme beizubehalten (vgl. § 5 Abs. 2).</p> <p>§ 2 Absatz 6: Die Formulierung der Patientenvertretung ist zu unterstützen. Ziel der soziotherapeutischen Maßnahmen ist es, die Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen zu verbessern. Das Vorhandensein dieser Fähigkeiten kann daher nicht als Grundlage der Inanspruchnahme vorausgesetzt werden.</p>	<p>Zustimmung Öffnungsklausel und zugleich Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 5</p> <p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 6 (Beeinträchtigung der Aktivitäten maßgeblich)</p>	<p>Stellungnahme missverständlich: beim Vorschlag der PatV keine Öffnungsklausel erforderlich, da bereits Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99) vorgesehen</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 10a</p>
10c	Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.	<p>§ 2 Abs. 4 und 5</p> <p>Kommentar:</p> <p>Die bisherige Begrenzung des Anspruchs auf bestimmte Diagnosegruppen ist aus Sicht der APK weder fachlich noch rechtlich zu vertreten. Daher begrüßt die APK, dass alle Bänke eine Ausweitung des Diagnosespektrums befürworten. Allerdings halten DKG und KBV weiterhin an einer Einschränkung auf bestimmte Diagnosegruppen fest. Dies lehnt die APK ab. Eine Begrenzung auf nur einzelne schwere psychische Erkrankungen widerspricht dem Gesetz.</p> <p>Im § 37a Abs.1 wird ein Anspruch für Versicherte mit schwerer psychischer Erkrankung begründet, wenn die-</p>	<p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 4 (Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99))</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 10a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>se „nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen“ und wenn bei Ihnen (ohne ambulante Soziotherapie) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht.</p> <p>Die Möglichkeit eines Ausschlusses ganzer psychiatrischer Diagnosegruppen lässt sich daraus nicht ableiten.</p> <p>Auch aus der Aufgabenstellung des G-BA lassen sich keine Diagnoseausschlüsse begründen. Der G-BA soll gemäß § 37a Abs. 2 „die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist“ bestimmen. Daraus ergibt sich klar, dass dem G-BA keine Ausschluss-Kompetenz zukommt, sondern im Gegenteil die Beschreibung von Krankheitsbildern (nicht: Diagnosen), bei denen Soziotherapie regelhaft einzusetzen ist. Dies wird durch die Gesetzesbegründung noch einmal unterstrichen.</p> <p>Auch fachlich lassen sich Diagnoseeinschränkungen nicht begründen. Grundsätzlich kann die Hauptfunktion der ambulanten Soziotherapie, die Krankenhausvermeidung, bei allen potentiellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhauspatienten wirksam werden. Da es bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung keinen einschränkenden Diagnosekatalog gibt, kann dieser auch bei der ambulanten Soziotherapie keinen Sinn ergeben. Bei jedem potentiellen oder realen Krankenhauspatient muss die Möglichkeit bestehen, Krankenhausbehandlung durch Ambulante Soziotherapie zu vermeiden, zu verkürzen oder zu ersetzen.</p> <p>Die APK unterstützt die Position der Patientenvertreter, die allen Versicherten mit einer psychischen Störung</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>(Kapitel F ICD-X) einen Bedarf einräumen, sofern ihre Erkrankung schwer ist. Es ist ein sinnvoller Weg, dabei die Beeinträchtigungen der Aktivitäten / Fähigkeitsstörungen (ICF) als Leitkriterium abzustellen.</p> <p>Die Position der PatV orientiert sich richtig am Gesetztext und bezieht sich bei den Beeinträchtigungen auf die Einschränkung der Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen.</p> <p>Dagegen formulieren GKV und DKG Leistungsausschlüsse. Dies erstaunt auch angesichts des Umstands, dass es für Soziotherapie im Rahmen der Behandlung durch Institutsambulanzen keine Diagnosebeschränkungen gibt.</p> <p>Der Formulierungen von PatV und KBV erfüllen den gesetzlichen Auftrag und bestimmen, bei welchen Krankheitsbildern Soziotherapie im Regelfall erforderlich ist. Der Vorschlag von DKG und GKV formuliert Leistungsausschlüsse.</p> <p>Im Vorschlag der KBV sollte das Kriterium „eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung“, das eher auf Bedarfe an Pflege nach SGB XI oder Hilfe zur Teilhabe hinweist, ersetzt werden durch „eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben“.</p> <p>In den Vorschlägen von GKV/DKG und KBV werden für unterschiedliche Diagnosegruppen verschiedene GAF-Schwellenwerte benannt. Dies ist aus Sicht der APK fachlich nicht zu begründen und unpraktikabel.</p>	<p>Änderungsvorschlag bzgl. Position der KBV zu § 2 Abs. 5 (3. Spiegelstrich):</p> <p>„- <u>eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben Selbstversorgung</u>“</p> <p>Unterschiedliche GAF-Werte für unterschiedliche Diagnosegruppen in § 2 Abs. 5 (Positionen KBV bzw. DKG/GKV-SV) nicht begründbar und unpraktikabel</p>	<p>GKV/KBV/DKG: fassen ihre bisher unterschiedlichen Positionen auf der Basis der Position der KBV zu einer gemeinsamen Position zusammen und kommen dem Änderungsvorschlag nach, indem der 3. Spiegelstrich in § 2 Abs. 5 wie folgt gefasst wird:</p> <p>„- <u>eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben Selbstversorgung</u>“</p> <p>PatV: behält ihre Position bei</p> <p>KBV: im Gegenzug sind in § 9 Abs. 1 der KBV-Position bisherige Diagnosen genehmigungsfrei gestellt</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>§ 2 Abs. 6</p> <p>Kommentar:</p> <p>Ein „Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit“ und Absprachefähigkeit ist schwer zu definieren und sollte daher als Zugangskriterium entfallen.</p> <p>Die APK unterstützt den Vorschlag der PatV, die Voraussetzung der Soziotherapie an die Erwartung einer Zielerreichung zu knüpfen. Ob die Erwartung erfüllt wird, lässt sich im Verlauf überprüfen. Zumindest die Erreichung des Ziels ‚Krankenhausvermeidung‘ lässt sich eindeutig feststellen und gilt als Ausschlusskriterium. Als weiteres Kriterium dient die Frage, ob im Rahmen der Soziotherapie therapeutische Kontakte zustande kommen.</p>	<p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 6 (Beeinträchtigung der Aktivitäten maßgeblich)</p>	<p>GKV-SV/DKG/KBV: GAF-Wert soll Missbrauch verhindern, lässt aber ohnehin keine scharfen Abgrenzungen zu; Kompromiss; Position wird beibehalten</p> <p>PatV: niedriger GAF-Wert könnte Krankenkasse zur Ablehnung veranlassen</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 10a</p>
10d	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.	<p>Zu § 2 Absätze 4 und 5:</p> <p>Der Gesetzgeber hat keine Einschränkung der Krankheitsbilder auf einen abschließenden Katalog von Diagnosen vorgesehen. Das entscheidende Kriterium ist die Schwere der psychischen Erkrankung, nicht ihre Art. Daher bildet die Position der PatV den Willen des Gesetzgebers nach Auffassung der BAG GPV zutreffend</p>	<p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 4 (Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99))</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 10a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>ab. Entsprechend den Ausführungen im Schreiben vom 29.04.2011 an den GKV-Spitzenverband unterstützt daher die BAG GPV die Position der PatV, die Diagnose nicht einzuschränken, sondern das Krankheitsbild anhand der anderen in der Position der PatV genannten Kriterien zu beschreiben.</p> <p>Zu einzelnen Positionen:</p> <p>Aus Sicht der BAG GPV ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum im Vorschlag von GKV-SV/DKG für die Diagnosegruppen, die bisher in der Richtlinie enthalten sind, ein anderer GAF-Wert gelten sollte, als für andere Diagnosen. „Die Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus erlaubt dem Untersucher, mit Hilfe der GAF-Scala (Global Assessment of Functioning Scale) über eine Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. der sozialen Anpassung eine Gesamtbeurteilung der psychischen Gesundheit bzw. Krankheit abzugeben. ... Die Beurteilung des derzeitigen Funktionsniveaus spiegelt in der Regel wider, in welchem Ausmaß die Person einer Behandlung bzw. Betreuung bedarf. Die Beurteilung des höchsten Niveaus der psychosozialen Anpassung im letzten Jahr wird häufig eine prognostische Bedeutung besitzen, da die Person nach ihrer Remission auf dieses Niveau zurückkehrt.“ (zitiert nach dem Anhang 3 der Begutachtungsrichtlinie Soziotherapie des MDS vom 27. November 2002). Diese Einschätzung des Funktionsniveaus bzw. der sozialen Anpassung kann bei vielen Diagnosen gegeben sein. Es ist auch den Tragenden Gründen nicht zu entnehmen, aus welchem sachlichen Grund dieses Funktionsniveau z.B.</p>	<p>Unterschiedliche GAF-Werte für unterschiedliche Diagnosegruppen in § 2 Abs. 5 (Positionen KBV bzw. DKG/GKV-SV) nicht begründbar</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 10c</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>bei einem Menschen mit einer schweren Depression ohne psychotische Symptome (F 32.2) stärker eingeschränkt sein soll als bei einem Menschen mit einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen (F 32.3). Die gleiche Frage gilt auch für die anderen, im Vorschlag der GKV und DKG genannten Diagnosen „außerhalb des Regelfalls“ (Beschlussentwurf § 2 Abs. 5, S. 3).</p> <p>Die GAF-Skala, zitiert nach der MDS-Begutachtungsrichtlinie, enthält Spannen, die jeweils von 60- 51, 50-41, 40-31, 30-21 etc. reichen. Deswegen sollte für alle Diagnosen der Wert bis einschließlich 50 gelten.</p> <p>Die in den Tragenden Gründen von der PatV zitierte Begründung zum Gesetz (BT 14/1245) macht deutlich, dass es sich nicht um einen „abschließenden Katalog“ handeln darf. Aus Sicht der BAG GPV entsteht dieser abschließende Katalog in der Beschlussvorlage durch die Vorschläge von GKV/DKG und würde sich ähnlich durchsetzen, wie dies in der Vergangenheit schon war. Als Beispiel mag dafür die schon zitierte Begutachtungsanleitung des MDS dienen, aus der unmissverständlich hervorgeht, dass Soziotherapie nur bei den in der Richtlinie genannten Diagnosen verordnet werden darf.</p> <p>Wenn doch ein Katalog von Diagnosen genannt wird, ist im Text der Richtlinie ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um einen abschließenden Katalog handelt.</p> <p>Zu § 2 Abs. 6:</p> <p>Hinsichtlich der Frage, wie „Belastbarkeit, Motivierbar-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		keit und Kommunikationsfähigkeit“ definiert werden können, werden sich in der alltäglichen Situation in der Arztpraxis unterschiedliche Auffassungen ergeben können. Allein der Umstand, dass ein Patient in der Lage ist, in der ärztliche Behandlung die Verordnung entgegen zu nehmen, sollte als Kennzeichen zumindest der „Kommunikationsfähigkeit“ ausreichen.		
10e	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	<p>Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> Indikation für Soziotherapie in Abhängigkeit vom Grad der Beeinträchtigung <p>Die Anbindung der Indikation für Soziotherapie an ausgewählte Diagnosen ist ungeeignet. Es gibt weder wissenschaftliche Belege noch Erfahrungswerte für diesen Ansatz. Entscheidend für die Verordnungsfähigkeit von Soziotherapie ist die mit einer psychischen Erkrankung verbundene Beeinträchtigung.</p> <p>§ 2 Indikation und Therapiefähigkeit</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) schließt sich bei der Definition der Indikation für Soziotherapie in § 2 des Beschlussentwurfs der Position der Patientenvertreter an. Ausschlaggebend dafür, ob Soziotherapie indiziert ist, ist nicht die Diagnose, sondern das Ausmaß, in dem die Erkrankung zu einer Einschränkung der Funktions- und Partizipationsfähigkeit des Betroffenen führt. Diagnosen geben keinen Aufschluss darüber, ob eine Erkrankung regelhaft zu einer Beeinträchtigung der selbstständigen Inanspruchnahme von ärztlichen, psychotherapeutischen und ärztlich verordneten Leistungen führt. Außerdem ist es nicht sachgerecht, bestimmte</p>	Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 4 bis 6 (Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99); Beeinträchtigung der Aktivitäten maßgeblich usw.)	<p>DKG/GKV-SV: Laut Leitlinienrecherche des G-BA gibt es durchaus Hinweise auf Diagnosen bzw. Diagnosegruppen</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 10a und 10c</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>psychische Erkrankungen grundsätzlich aus dem Indikationsspektrum für Soziotherapie auszuschließen, da alle psychischen Erkrankungen so schwer ausgeprägt auftreten können, dass die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist.</p> <p>Entsprechend § 2 Absatz 4 des Beschlussentwurfs soll bei einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen (F32.3, F33.3) Soziotherapie regelhaft indiziert sein. Eine schwere Depression ohne psychotische Symptome (F32.2, F33.2) soll hingegen nur im Einzelfall eine Verordnung von Soziotherapie begründen (Öffnungsklausel in § 2 Absatz 5 des Beschlussentwurfs). Es gibt weder wissenschaftliche Belege noch Erfahrungswerte dafür, dass das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen psychotischer Symptome bei einer schweren Depression darüber entscheidet, ob der Betroffene regelhaft oder nur im Einzelfall in seiner Fähigkeit zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist. Dieses Beispiel zeigt exemplarisch, dass die Unterscheidung von Diagnosen danach, ob bei ihnen regelhaft oder nur in Einzelfällen Soziotherapie indiziert ist, nicht möglich ist. Die Einführung der Öffnungsklausel in Absatz 5 entbehrt daher einer fachlichen Grundlage.</p> <p>Grundsätzlich können alle psychischen Erkrankungen bei schwerer Ausprägung der Symptome dazu führen, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, ärztliche, psychotherapeutische und ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Als Beispiel hierfür können die Agoraphobie (F40.0) und die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) angeführt wer-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>den. Beide Krankheitsbilder können bei schwerer Ausprägung dazu führen, dass Betroffene ärztliche, psychotherapeutische und ärztlich verordnete Leistungen nicht selbstständig in Anspruch nehmen können, da sie zum Beispiel öffentliche Verkehrsmittel (F40.0) bzw. Wege und Orte, die mit dem Trauma in Verbindung stehen (F43.1), vollständig meiden. Beide Diagnosen sollen jedoch – entsprechend der Position der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – grundsätzlich aus dem Diagnosekatalog für die Indikation für Soziotherapie ausgeschlossen werden.</p> <p>Nicht nachvollziehbar ist auch, dass – entsprechend der Position der GKV und der DKG – in § 2 Absatz 5 des Beschlussentwurfs aus dem Bereich der Zwangsstörungen zwar die Diagnosen F42.1 (vorwiegend Zwangshandlungen) und F42.2 (Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt), jedoch nicht die anderen Zwangsstörungen, zum Beispiel F42.0 (vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang), in den Diagnosekatalog für die Indikation für Soziotherapie aufgenommen wurden. Es gibt weder eine wissenschaftlich noch klinisch fundierte Begründung dafür, weshalb die Diagnosen F42.2 und F42.1, nicht jedoch die Diagnose F42.0 so schwer ausgeprägt sein können, dass eine selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist.</p> <p>Die aufgeführten Beispiele belegen, dass Diagnosen keine Aussage darüber zulassen, ob im Regelfall, im Einzelfall oder nie Soziotherapie indiziert ist. Grundsätzlich können alle F-Diagnosen in einer Ausprägung vor-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>liegen, die dazu führt, dass die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist.</p> <p>Daher schlägt die BPtK vor, die Festlegung von Diagnosen, die im Regelfall sowie in Einzelfällen eine Indikation für Soziotherapie darstellen, in § 2 Absatz 4 und Absatz 5 des Beschlussesentwurfs zu streichen und die Verordnungsfähigkeit von Soziotherapie an die mit einer psychischen Erkrankung verbundene Beeinträchtigung zu knüpfen.</p> <p>Die BPtK schlägt daher für § 2 folgende Formulierung vor¹:</p> <p><i>(1) Die Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei <u>Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus dem Bereich ICD-10 F00 - F99, sofern und solange diese Erkrankung mit einer Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in mindestens einem der in Absatz 2 aufgeführten Bereiche und einem Ausmaß gemäß Absatz 3 einhergeht.</u> wegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Absatz 4 sowie bei den in Absatz 5 genannten Fällen.</i></p> <p><i>(2) Der Soziotherapie bedürfen Versicherte, bei denen durch schwere psychische Erkrankungen hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. Dies trifft zu, wenn folgende Beeinträchtigungen (alter-</i></p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 2 Abs. 1 bis 3:</p> <p><i>„(1) Die Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei <u>Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus dem Bereich ICD-10 F00 - F99, sofern und solange diese Erkrankung mit einer Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in mindestens einem der in Absatz 2 aufgeführten Bereiche und einem Ausmaß gemäß Absatz 3 einhergeht.</u> wegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Absatz 4 sowie bei den in Absatz 5 genannten Fällen.</i></p> <p><i>(2) Der Soziotherapie bedürfen Versicherte, bei denen durch schwere psychische Erkrankungen hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind.</i></p>	<p>Formulierung des vorgesehenen Richtlinien textes entspricht bereits dem Gesetzestext in § 37a SGB V; der Umfang der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung ergibt sich aus § 28 SGB V</p>

¹ unterstrichen: Einfügungen; ~~durchgestrichen~~: Streichungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>nativ oder kumulativ) gegeben sind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,</i> • <i>Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,</i> • <i>Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,</i> • <i>Krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.</i> <p><i>(3) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität soll die GAF-Skala herangezogen werden. Orientierungswert ist 40 (höchstens < 50).</i></p> <p>Die bisherigen Absätze 4 und 5 würden gestrichen. Der bisherige Absatz 6 würde zu Absatz 4.</p> <p>Darüber hinaus schlägt die BPtK vor, im Regelungstext generell nicht nur die selbstständige Inanspruchnahme ärztlich und ärztlich verordneter, sondern explizit auch psychotherapeutischer Leistungen aufzunehmen, da nach Leitlinien Psychotherapie in aller Regel für die Behandlung psychischer Erkrankungen empfohlen wird (http://www.awmf.org/leitlinien.html). Die anerkannten britischen NICE-Guidelines (http://guidance.nice.org.uk) geben Psychotherapie bei vielen psychischen Erkrankungen den Vorzug vor Psychopharmaka (unter ande-</p>	<p><i>trächtig sind. Dies trifft zu, wenn folgende Beeinträchtigungen (alternativ oder kumulativ) gegeben sind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,</i> • <i>Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,</i> • <i>Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,</i> • <i>Krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.</i> <p><i>(3) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität soll die GAF-Skala herangezogen werden. Orientierungswert ist 40 (höchstens < 50).“</i></p> <p>Streichung der bisherigen Absätze 4 und 5, bisheriger Absatz 6 wird zu Absatz 4</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		rem bei Panikstörung/Agoraphobie, Zwangsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Borderline-Persönlichkeitsstörung).		
10f	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 2 (2) Hier schlägt die Diakonie Deutschland eine Ergänzung vor. Es sollte aus unserer Sicht nicht nur um die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen gehen, sondern auch um ärztlich empfohlene Leistungen gehen. So können Ärztinnen und Ärzte beispielsweise den Besuch einer Tagesstätte nicht verordnen, aber empfehlen.</p> <p>§ 2 (3) Die Erweiterung der Beeinträchtigungen auf der GAF-Scala auf < 50 ist aus Sicht der Diakonie zu begrüßen.</p> <p>§ 2 (4), (5) Die Diakonie Deutschland unterstützt die Position der Patientenvertreter, da sich die Schwere einer psychischen Erkrankung immer aus der Gesamtbewertung von Diagnose, Schweregrad und der hieraus resultierenden Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe ergibt.</p> <p>Falls dieser Vorschlag keine Mehrheit finden sollte, spricht sich die Diakonie nachdrücklich dafür aus, in Abs. 5 die Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu übernehmen. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhaus</p>	<p>Änderungsvorschlag: Ergänzung in § 2 Abs. 2 Satz 1 um „ärztlich empfohlene Leistungen“</p> <p>Zustimmung zu § 2 Abs. 3</p> <p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 4 und 5 (Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99))</p> <p>Hilfsweise: Zustimmung zu Position KBV bzgl. § 2 Abs. 5</p>	<p>Formulierung des vorgesehenen Richtlinienentextes entspricht bereits dem Gesetzestext in § 37a SGB V</p> <p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 10a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Gesellschaft (DKG) ist nicht nachvollziehbar. Angesichts der weiter oben erwähnten Ergebnisse der Evaluation des G-BA bleibt es der Diakonie unerklärlich, warum die Ausnahmeregelungen für Menschen mit organischen Störungen, mit Manien und Zwangsstörungen gelten sollen. Es wirkt willkürlich, dass beispielsweise Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, mit Persönlichkeitsstörungen und mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen hier nicht erwähnt werden.</p> <p>Bei der Formulierung der KBV ist allerdings anzumerken, dass zu Beginn des Satzes die Worte „im Einzelfall“ zu streichen sind. Andernfalls ist eine zu restriktive Verordnung zu befürchten, da der Eindruck erweckt wird, dies könne nur sehr selten der Fall sein.</p> <p>§ 2 (6)</p> <p>Auch hier unterstützt die Diakonie Deutschland die Formulierung und Position der Patientenvertreter. Das Vermeiden von Verschlimmerung bzw. Linderung bei Beeinträchtigungen sind bei schweren und chronischen Krankheitsverläufen wichtige Therapieziele.</p>	<p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 6 (Beeinträchtigung der Aktivitäten maßgeblich usw.)</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 10a und 10c</p>
10g	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	<p>Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert die Aufnahme aller in Kapitel V (ICD 10: F00-F99) aufgeführten psychischen Erkrankungen in die Soziotherapie-Richtlinie, um eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen sicherzustellen. Ein Ausschluss von psychisch kranken Menschen, die häufig auch behindert sind, wäre ein Verstoß gegen Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention. Angestrebt wird auch eine Gleichstellung mit der stationären Behandlung, in der ein Ausschluss bestimmter Diagnosegrup-</p>	<p>Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 4 und 5 (Aufnahme aller F-Diagnosen (F00-F99))</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 10a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		pen nicht nachvollziehbar wäre.		
10h	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	<p>Zu § 2 Abs. 6 Indikation und Therapiefähigkeit:</p> <p>Hier schließen wir uns dem Vorschlag der Patientenvertretung an und bitten um Aufnahme des folgenden Wortlautes:</p> <p><i>(6) Soziotherapie setzt voraus, dass bei der oder dem Versicherten die in § 2 Absatz 2 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten langfristig beseitigt, vor einer Verschlimmerung behütet oder gelindert werden können und damit ein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.</i></p> <p>Begründung: Zentrale Fragestellung innerhalb der Prüfung des Anspruches auf Soziotherapie muss sein, ob mit dieser Maßnahme eine langfristige Verbesserung der Aktivitäten (Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit) und somit voraussichtlich ein Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist. Näheres wird u. a. in Abs. 2 geregelt, von daher besteht an dieser Stelle keine Notwendigkeit, lediglich auf den aktuellen Status Quo abzustellen, sondern hauptsächlich auf die Therapieprognose.</p>	Zustimmung zu Position PatV zu § 2 Abs. 6 (Beeinträchtigung der Aktivitäten maßgeblich usw.)	Siehe hierzu unter Nr. 10a und 10c

D. Stellungnahmen zur Änderung des § 3 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
11a	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	<p>§ 3 Leistungsinhalt</p> <p>Zu § 3 Absatz 2, Punkt d): Die Ergänzung „<i>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 dem verordnenden Facharzt über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend).</i>“ wird abgelehnt. Hier werden zusätzliche Berichtspflichten eingeführt, die nicht legitimiert sind. Die Leistungserbringer haben ihre Dokumentationspflichten zu erfüllen, eine weitergehende Berichtspflicht besteht nicht.</p> <p>§ 3 Absatz 4: Der Vorschlag der Patientenvertretung wird als zwingend erforderlich erachtet. Es muss festgeschrieben werden, wer als „soziotherapeutischer Leistungserbringer“ gilt. Hierzu müssen die Voraussetzungen definiert und das einzusetzende Personal (Qualifikation) festgelegt sein. Die Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer soziotherapeutischer Maßnahmen müssen einheitlich festgelegt werden. Bisher fehlt es an einer einvernehmlichen Legaldefinition dieser Leistungserbringer sowie der einzusetzenden MitarbeiterInnen und deren Qualifikation. Dies führt dazu, dass in der Richtlinie Bezug genommen wird ohne, dass die statuierenden Grundlagen definiert sind und eine gleichmäßige Versorgung im Bundesgebiet vorliegt bzw. gewährleistet werden kann. Daher sind sowohl die Zulassungsvoraussetzungen als auch die geeigneten</p>	<p><i>Ablehnung der Ergänzung in § 3 Abs. 2 d)</i></p> <p>Zustimmung zu Position PatV bzgl. § 3 Abs. 4</p>	<p>Vorschlag widerspricht dem modernen Qualitätsmanagement; Berichtspflicht erfolgt im Sinne der Patienten und besteht bereits lt. § 8 Abs. 2 der Richtlinie</p> <p>GKV-SV/DKG/KBV: vor dem Hintergrund des Schreibens des BMG vom 15.10.2013 keine Änderung, siehe Ausführungen in den Tragenden Gründen</p> <p>KBV: äußert Verständnis für Position der PatV und für Vorschlag, hält allerdings rechtliche Möglichkeiten nicht für gegeben</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Auch in anderen Richtlinien des G-BA werden keine spezifischen Qualifikationsanforderungen an Leistungserbringer, die nicht im G-BA vertreten sind, gestellt.</p> <p>Die SAPV-Richtlinie beinhaltet keine spezifischen Qualifikationsanforderungen an</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Berufsabschlüsse zur Durchführung soziotherapeutischer Maßnahmen in dieser Richtlinie festzulegen. Zudem ist es auch in allen anderen Richtlinien, die seitens des G-BA erlassen werden, üblich, die Qualifikation der Leistungserbringer und damit die Qualitäts- und Zulassungsanforderungen zu definieren und für eine gleichmäßige und einheitliche Leistungserbringung Sorge zu tragen (siehe auch SAPV-Richtlinie nach § 132 d SGB V).</p> <p>§ 3 Abs. 5, Satz 1: Hier muss es lauten: „(...) per Verordnung <u>hinzugezogen</u> werden.“ [gemeint ist § 4 Abs. 5 Satz 1]</p>	<p><i>Korrekturhinweis zu § 4 Abs. 5 Satz 1:</i> „(...) per <u>Verordnung hinzugezogen</u> werden.“</p>	<p>die im SAPV-Team tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte. In den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008, i.d.F. vom 05.11.2012, werden spezifische Anforderungen hinsichtlich der Qualifikationsprofile von im SAPV-Team arbeitenden Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften empfohlen.</p> <p>PatV: Beibehaltung der eigenen Position, vgl. auch nachfolgend</p> <p>Siehe hierzu auch unter Nr. 13f</p> <p>§ 4 Abs. 5, Satz 1 wird wie folgt korrigiert: „(...) per <u>Verordnung hinzugezogen</u> werden.“</p>
11b	Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.	<p>§ 3 Abs. 4</p> <p>Kommentar:</p> <p>Es besteht ein erheblicher Mangel an zugelassenen Soziotherapeutischen Leistungserbringern. Hier sind Maßnahmen dringend erforderlich.</p> <p>Die APK erkennt jedoch keinen entsprechenden gesetzlichen Handlungsauftrag an den G-BA.</p>	Zustimmung zu Position GKV-SV/DKG/KBV bzgl. § 3 Abs. 4 (keine Regelung Qualifikation Leistungserbringer in ST-RL möglich)	PatV: Beibehaltung der eigenen Position; Regelungsvorschlag konkretisiert Inhalt der Soziotherapie nach § 37a Abs. 2 Nr. 2 SGB V und greift nicht in Vertragsfreiheit der Vertragspartner nach § 132b SGB V ein. Dagegen sind die nach Streichung des § 132b Abs. 2 SGB V noch immer angewendeten Beschränkungen für soziotherapeutische Leistungserbringer durch Krankenkassen ein Eingriff in die Berufsfreiheit möglicher Leistungserbringer.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
11c	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.	<p>Zu § 3 Abs. 4:</p> <p>Die vielfach heute noch angewandten Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an Leistungserbringer haben wesentlich dazu beigetragen, dass diese Leistung den Versicherten im ganz überwiegenden Teil Deutschlands nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Die BAG GPV kann sich den Ausführungen der PatV inhaltlich und fachlich anschließen.</p> <p>Eine Beurteilung, ob diese Anforderungen an Leistungserbringer in der Richtlinie getroffen werden darf oder ob dieser Regelung wesentliche rechtliche Bedenken entgegenstehen (wie dies nach den Ausführungen von GKV-SV/DKG/KBV durch das BMG formuliert worden ist), kann die BAG GPV nicht treffen.</p> <p>Die BAG GPV sieht aber deutlichen Handlungsbedarf, um eine ausreichende Zahl von Leistungserbringern zur Verfügung zu haben. Sollte dies über die Richtlinie nicht möglich sein, ist an dieser Stelle ggf. der Gesetzgeber gefragt.</p>	Inhaltliche/fachliche Zustimmung zu Position PatV bzgl. § 3 Abs. 4 (Qualifikation Leistungserbringer)	Siehe hierzu unter Nr. 11a
11d	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 3 (4)</p> <p>Die Ausführungen zur Qualifikation der Erbringer sozialtherapeutischer Leistungen sind von besonderer Bedeutung, um bestehende Umsetzungsprobleme wie eine restriktive Zulassungspraxis seitens der GKV abzubauen (siehe Evaluation des G-BA).</p> <p>Vor diesem Hintergrund würde die Diakonie Deutschland eine Positionierung des G-BA für einheitliche Qualitätsanforderungen begrüßen und unterstützt deshalb</p>	Zustimmung zu Position PatV bzgl. § 3 Abs. 4	Siehe hierzu unter Nr. 11a

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		ausdrücklich die Position der Patientenvertreter.		
11e	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	<p>Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation der Leistungserbringer <p>Soziotherapie sollte von dafür speziell qualifizierten Leistungserbringern erbracht und von den Leistungen zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege klar abgegrenzt werden.</p> <p>§ 3 Leistungsinhalt</p> <p>Die Erbringung von soziotherapeutischen Leistungen erfordert besondere Fachkenntnisse und sollte deshalb von hierfür qualifizierten Leistungserbringern erbracht werden. Die BPtK plädiert dafür, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände gemäß § 132b Absatz 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie im Prinzip beizubehalten. Diese sehen vor, dass Verträge zur Erbringung von Soziotherapie nur mit Fachkrankenschwestern für Psychiatrie oder Diplom-Sozialarbeitern/-pädagoginnen geschlossen werden können, die eine entsprechende Berufserfahrung haben und spezifische Fachkenntnisse gegenüber den Krankenkassen nachweisen können. Um den Kreis der potenziellen Leistungserbringer dennoch zu vergrößern und damit eine bessere Verfügbarkeit von Soziotherapie zu ermöglichen, regt die BPtK an, bei dem Kriterium der psychiatrischen Berufspraxis nicht eine einschlägige stationäre und ambulante Berufspraxis vorauszusetzen, sondern eine „oder“-Regelung einzuführen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zur Position der PatV bzgl. § 3 Abs. 4 Satz 2 (2. Spiegelstrich):</p> <p>nicht eine einschlägige stationäre und ambulante Berufspraxis vorauszusetzen, sondern eine „oder“-Regelung einzuführen.</p>	<p>PatV: Änderungsvorschlag bezieht sich auf gemeinsame Empfehlungen nach § 132b; keine Voraussetzung im Vorschlag der PatV; daher keine Änderung der Formulierung</p> <p>Siehe hierzu im Übrigen unter Nr. 11a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
11f	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	<p>Zu § 3 Absatz 4 (neu): Qualitative Erbringung der Leistung</p> <p>Hier schließen wir uns ebenfalls dem Vorschlag der Patientenvertreter an und bitten zudem um die Ergänzung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten (hervorgehoben):</p> <p><i>(4) Soziotherapie wird von soziotherapeutischen Leistungserbringern erbracht, welche mit den unter § 2 aufgeführten Indikationen schwerer psychischer Erkrankungen und den durch sie verursachten Beeinträchtigungen der Aktivitäten sachgerecht umgehen können und insbesondere ausreichende Erfahrungen bei der Erstellung individueller Behandlungs- und Rehabilitationspläne haben.</i></p> <p><i>Von einer solchen Erfahrung kann in der Regel ausgegangen werden bei Vorliegen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>einer staatlich anerkannten Berufsausbildung in einem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege, der Ergotherapie oder eines Hochschulabschlusses im Bereich <u>Ergotherapie</u>, Sozialarbeit oder Sozialpädagogik,</i> – <i>einer mindestens dreijährigen Berufspraxis im Bereich psychiatrischer Behandlung oder Hilfe zur Teilhabe im Sinne des SGB IX sowie</i> – <i>spezieller Kenntnisse bezüglich der regionalen gemeindepsychiatrischen Dienste.</i> <p><i>Voraussetzung für die Leistungserbringung ist ein Vertragsabschluss nach § 132b SGB V, in dem der Nachweis für die o.g. Kenntnisse und Erfahrungen geregelt wird.</i></p>	<p>Zustimmung zu Position PatV bzgl. § 3 Abs. 4</p> <p>Änderungsvorschlag zu § 3 Abs. 4 Satz 2 (1. Spiegelstrich):</p> <p><i>„Von einer solchen Erfahrung kann in der Regel ausgegangen werden bei Vorliegen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>einer staatlich anerkannten Berufsausbildung in einem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege, <u>der Ergotherapie</u> oder eines Hochschulabschlusses im Bereich <u>Ergotherapie</u>, Sozialarbeit oder Sozialpädagogik,“</i> 	<p>Siehe hierzu unter Nr. 11a</p> <p>PatV:</p> <p>Regelungsantrag der PatV ist hinsichtlich der Berufsgruppen nicht abschließend; PatV ergänzt ihren Antrag für § 3 Abs. 4 Satz 2, 1. Spiegelstrich dennoch wie folgt:</p> <p><i>„Von einer solchen Erfahrung kann in der Regel ausgegangen werden bei Vorliegen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>einer staatlich anerkannten Berufsausbildung in einem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege <u>oder der Ergotherapie</u> oder eines Hochschulabschlusses im Bereich <u>Sozialarbeit</u> oder, <u>Sozialpädagogik</u> <u>oder Ergotherapie</u>, (...)“</i>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Begründung: Nach wie vor ist es völlig unverständlich, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Leistungserbringer weder in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie noch im bisher vorliegenden Entwurf als leistungsberechtigte Berufsgruppe genannt werden, im Gegensatz zu den genannten Berufsgruppen.</p> <p>So enthalten die bisherigen Regelungen weiterhin eine abschließende Liste möglicher Leistungserbringer oder verweisen weiterhin auf die gemeinsamen Empfehlungen mit der Folge hoher Hürden für mögliche andere jedoch ebenso qualifizierte Leistungserbringer wie beispielsweise Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.</p> <p>Aus Sicht des DVE besteht kein sachlich und fachlich nachvollziehbarer Grund, warum die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten von der Leistungserbringung ausgeschlossen wird. Wir fordern den G-BA daher auf, dem Vor-schlag der Patientenvertreter zu folgen und zudem durch einen geeigneten Zusatz Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten zu berücksichtigen.</p> <p>Wir möchten hierzu folgende Gründe nennen:</p> <p>I. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten erfüllen die Voraussetzungen, innerhalb der festgelegten Inhalte und der Zielsetzung der Soziotherapie fachlich qualifiziert Leistungen zu erbringen. Die grundsätzliche Qualifikation der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ergibt sich aus deren Ausbildungsinhalten und der hierfür zu Grunde liegenden Ausbildung- und Prüfungsverordnung.</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Hierfür relevante Ausbildungsinhalte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind gemäß Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sozialrechtliche Kompetenzen (Punkt 1.5 bis 1.10) – Sozialwissenschaftliche Kompetenzen (Punkt 10) – Beratungskompetenzen (Punkte 15.7, 15.10 und 15.12) – Kompetenzen in Bezug auf Beziehungs- und Motivationsarbeit (Punkt 19) – Kompetenzen in Bezug auf die Thematik Arbeit (Punkt 20) <p>In den Soziotherapie-Richtlinien werden sehr detailliert die Inhalte der Leistung beschrieben (§ 3 Leistungsinhalt). Diese Inhalte und Anforderungen sind zu einem sehr großen Teil Kernkompetenzen, die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bereits im Rahmen ihrer Ausbildung grundlegend vermittelt werden. Wir möchten dies mit einer Analyse des Punktes 2.3. der Gemeinsamen Empfehlungen verdeutlichen.</p> <p>Grundlage der Ausbildung zum Ergotherapeuten bildet die zuletzt am 02.08.1999 novellierte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV). Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass Ergotherapeuten bereits durch die Ausbildung die meisten der geforderten Kriterien erfüllen.</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme		Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		Empfehlungen	ErgThAPrV ²		
		2. 3.			
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse der psychiatrischen Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen der allgemeinen Krankheitslehre (280 h) Punkt 6.8 Psychiatrie / Gerontopsychiatrie 		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse und praktische Erfahrungen mit schwer psychisch Kranken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen die praktischen Ausbildung B1 muss ein Praktikum im psychiatrischen / psychosomatischen Bereich von 400 h absolviert werden. Dies findet z. B. in psychiatrischen Kliniken, Wohnheimen für psychisch erkrankte Menschen, Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen statt. 		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse und Erfahrungen in koordinieren-der und begleitender Unterstützung und Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergotherapeuten arbeiten oft an Schnittstellen, wie z.B. stationär / ambulant. Dementsprechend ist das Koordinieren und Begleiten ein häufiger Arbeitsinhalt. Die Ausbildung bereitet darauf durch verschiedene Inhalte vor. ▪ Die Arbeit in der Gruppe ist neben der Einzeltherapie eine grundsätzliche Therapieform. 		

² Wir haben Ihnen die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beigelegt.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme		Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
			<p>Konkrete Hinweise in der ErgThAPrV:</p> <p>15.10 Unterstützung, Beratung und Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie</p> <p>15.11 Schlüsselqualifikationen für die Teamarbeit</p> <p>15.7 Einführung in die klientenzentrierte Gesprächsführung</p> <p>10.4.3 Interaktion in Gruppen</p> <p>15.6 Grundlagen therapeutischer Arbeit mit Gruppen</p> <p>19.1.4 Theorie zur Gruppendynamik</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse über komplexe, aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Handlungsorientierung bildet den zentralen Bezugspunkt für die Ergotherapie. Alle therapeutischen Maßnahmen der Ergotherapie haben ihre Orientierung auf die Handlungsfähigkeit des Patienten, sei es im Beruf, im Alltag oder der Freizeit. Da die Handlungsorientierung immer ihren Bezug zur realen Gegenwart des Patienten / Klienten hat, haben die ergotherapeutischen Methoden stets eine hohe Komplexität und 		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme		Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
			<p>den Aspekt der Aktivierung zu berücksichtigen.</p> <p>Beispielhaft seien aus der ErgThAPrV erwähnt:</p> <p>15.2 Konzeptionelle Modelle</p> <p>15.4 Lernen über Handeln, handlungstheoretische Ansätze sowie kompetenzzentrierte, ausdruckszentrierte und interaktionelle Methoden.</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in der Aufstellung und Umsetzung von sozitherapeutischen Behandlungsplänen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungspläne zu erstellen, ist ein grundsätzliches Element jeder ergotherapeutischen Intervention. ▪ Die Umsetzung des Gelernten in die Soziotherapie muss der Ergotherapeut, wie die anderen Berufsgruppen auch, durch die Berufserfahrung nachweisen. 		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in der Formulierung von Therapiezielen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Formulierung von Therapiezielen gehört innerhalb der ergotherapeutischen Maßnahme immer zur Phase der Befunderhebung und Diagnostik. Ergotherapeuten lernen dies als notwendigen Bestandteil jeder ergotherapeutischen Maßnahme. 		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in der Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch die Dokumentation ist Bestandteil jeder ergotherapeutischen Maßnahme. Durch 		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme		Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>von Behandlungsverläufen</p>	<p>den Einsatz von Assessments werden Entwicklungen im Behandlungsverlauf dokumentiert und der Erfolg der Maßnahmen evaluiert.</p> <p>Beispielhaft seien aus der ErgThAPrV erwähnt:</p> <p>17.4 / 18.2 / 20.4 Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation - Ergotherapeuten verwenden zahlreiche Assessments, die auf Aspekte der sozialen Teilhabe und Fähigkeiten zur Interaktion ausgerichtet sind.</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diesen Nachweis muss der Ergotherapeut, wie die anderen Berufsgruppen auch, durch Berufserfahrung erbringen. 		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse des Sozialleistungssystems 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen der Ausbildung wird unter Punkt 1 auch das Sozialleistungssystem behandelt. 		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in Rechtskunde, insbesondere im Hinblick auf die Betreuung von psychisch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Innerhalb der Ausbildung werden auch grundlegende Kenntnisse im Arbeits-, Arbeitsschutz-, Sozial- und Rehabilitationsrecht vermittelt. <p>Siehe 1.6 und 1.7 sowie 22</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme		
		<table border="1" data-bbox="409 355 1077 387"> <tr> <td data-bbox="409 355 638 387">Kranken</td> <td data-bbox="638 355 1077 387"></td> </tr> </table> <p data-bbox="409 403 1066 528">Aus dem Vergleich wird ersichtlich, dass Ergotherapeuten während der Ausbildung grundlegende Kenntnisse erwerben, die einen großen Teil der in den Empfehlungen verlangten Anforderungen abdecken.</p> <p data-bbox="409 544 1066 818">In den Anforderungsbereichen handlungsorientierte Methoden und Verfahren, Formulierung von Therapiezielen, Dokumentation und Gruppenarbeit besitzen Ergotherapeuten Kernkompetenzen. Diese decken sich im Besonderen mit den in den Soziotherapie-Richtlinien beschriebenen Inhalten. Auch bezüglich der psychiatrischen Erkrankungen erlangen Ergotherapeuten bereits während der Ausbildung, als einen Schwerpunktbereich der Ergotherapie, fundierte Kenntnisse.</p> <p data-bbox="409 834 1066 959">II. Selbstverständlich müssen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Leistungserbringer der Soziotherapie die von allen anderen Berufsgruppen zusätzlich verlangten Kriterien erfüllen.</p> <p data-bbox="409 975 1066 1067">Aus unserer Sicht kommt es hierbei nicht nur auf sozialpsychiatrische Berufserfahrung, sondern auch auf die Arbeit an Schnittstellen und in der Kooperation an.</p> <p data-bbox="409 1083 1066 1361">Ergotherapeuten mit entsprechender Berufserfahrung verfügen selbstverständlich über Kenntnisse und die Fähigkeiten, komplexe aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren einzusetzen. Das Umsetzen von Behandlungsplänen, die Formulierung von Therapiezielen und deren Dokumentation sind in der ergotherapeutischen Arbeit Standard und werden in der ergotherapeutischen Ausbildung und Berufspraxis vermittelt.</p>	Kranken			
Kranken						

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Als Beispiel genannt sei die Berufserfahrung in der stationären Arbeitstherapie tätiger Ergotherapeuten. Diese besteht u.a. in der Organisation und Betreuung von Praktika und in der Aufrechterhaltung von Kontakten zu ambulanten Therapeuten, berufsbegleitenden Diensten, relevanten Behörden oder auch ambulanten Nervenärzten. Ergotherapeuten bereiten darüber hinaus gezielt auf relevante Schritte im Rehabilitationsprozess vor, z.B. durch interaktionelles Training zur Vorbereitung der Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, der Vorbereitung einer Bewerbung nach längerfristiger krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit, der Analyse von Anforderungen eines Arbeitsplatzes im Abgleich zu aktuellen Fähigkeiten eines psychisch erkrankten Menschen oder die gezielte Vorbereitung und das Training auch sozioemotionaler Arbeitsfähigkeiten bis hin zu Training und Begleitung direkt im Setting Familie oder Beruf. Vergleichbares gilt z. B. für viele in Tageskliniken tätigen Ergotherapeuten.</p> <p>Der DVE ist daher der Auffassung, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf Grund ihrer beruflichen Voraussetzungen auch als Fachkraft tätig sein können, die in der Lage ist, qualifizierte Soziotherapie zu erbringen. Die Tatsache, dass Ergotherapeuten als Heilmittelerbringer auch in der psychiatrischen Versorgung Leistungen erbringen, kann unseres Erachtens nicht dazu führen, sie als Leistungserbringer der Soziotherapie auszuschließen. Auch im Anhörungsrecht gemäß § 92 Absatz 7c SGB V wird der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) als maßgebliche Organisation der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung aufgeführt, und somit implizit davon ausgegangen, dass</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>die Ergotherapie die Leistungen auch erbringen kann.</p> <p>Wir bitten Sie daher, die Berufsgruppe der Ergotherapeuten als mögliche Leistungserbringer für Soziotherapie bei der nun anstehenden Überarbeitung zu berücksichtigen oder zumindest eine Öffnung der bestehenden starren Regelung zu ermöglichen. Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen im Rahmen der weiteren Beratungen zur Verfügung.</p>		
11g	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert die Aufnahme von Abs. 4 in die Soziotherapie-Richtlinie, insbesondere unter dem Aspekt „Regelfall“ zur Aufzählung der Indikationen. „Wenn Krankenhausbehandlung vermieden wird...“ müssen auch weitere/andere Diagnosen zur Soziotherapieverordnung zulässig sein.	Zustimmung zur Ermöglichung weiterer/anderer Diagnosen in § 3 Abs. 4	Stellungnahme in Bezug auf die zitierte Änderung (§ 3 Abs. 4) unverständlich; offenbar war <u>§ 2</u> Abs. 4 als Bezug gemeint, insofern wird verwiesen auf Nr. 10a

E. Stellungnahmen zur Änderung des § 4 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
12a	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 4 (2) Als Diakonie schließen wir uns den Vorschlägen von DGK und anderen an.</p> <p>§ 4 (3) Hier korrespondiert die Position der Patientenvertreter wieder zum Teil mit früheren Forderungen der Diakonie, weswegen wir uns dieser Position anschließen. In diesem Zusammenhang möchten wir u .a. auf eindrucksvolle Ergebnisse von Krankenhausvermeidung und -verkürzung durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen im britischen Gesundheitssystem verweisen</p> <p>§ 4 (4) bis (7) Diese Regelungen spielen nach der Diakonie Deutschland vorliegenden Erfahrungen in der Praxis keine große Rolle. Allerdings hält die Diakonie drei Therapieeinheiten für relativ wenig. Aus diesem Grund schlagen wir vor, die Anzahl der berechnungsfähigen Therapieeinheiten auf fünf zu erhöhen.</p>	<p>Zustimmung zu Position DKG/PatV/GKV-SV bzgl. § 4 Abs. 2 (Verordnungsberechtigung)</p> <p>Zustimmung zu Position PatV bzgl. § 4 Abs. 3 (ermächtigte Ärzte)</p> <p>Änderungsvorschlag: Zu § 4 Abs. 6 Satz 2: „²Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5^{drei} Therapieeinheiten zur Verfügung.“ Zu § 4 Abs. 7 Satz 1: „ (...) sind die maximal 5^{drei} vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig.“</p>	<p>PatV: siehe unter Nr. 12b</p> <p>Dem Vorschlag wird nachgekommen: aufgrund der Wartezeiten in vielen Regionen wird die Anzahl der maximalen Therapieeinheiten in Abs. 6 und Abs. 7 von drei auf fünf erhöht</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
12b	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	<p>Zu § 4 Absatz 2</p> <p>Die bisherige Richtlinie sieht vor, dass ausschließlich Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde eine Verordnung von Soziotherapie vornehmen können.</p> <p>Der Paritätische unterstützt die Forderung der DKG, dem GKV-Spitzenverband und der Patientenvertretung, dass Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie-fachgebunden zukünftig Soziotherapie verordnen können.</p>	Zustimmung zu Position DKG/PatV/GKV-SV bzgl. § 4 Abs. 2 (Verordnungsberechtigung)	<p>Auf der Grundlage des bisherigen Formulierungsvorschlages von GKV-SV/DKG/PatV wird für § 4 Abs. 2 folgende gemeinsame Formulierung gewählt:</p> <p>„(2) ¹Folgende Fachärztinnen oder Fachärzte dürfen Soziotherapie verordnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Fachärztin oder Facharzt für Neurologie</i> - <i>Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde</i> - <i>Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i> - <i>Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie</i> - <i>Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)</i> - <i>Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie-fachgebunden.</i> <p>²Die in der Richtlinie verwendeten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Zu § 4 Absatz 3</p> <p>Die von der GKV, der DKG und der Patientenvertretung geforderte Erweiterung der Verordnungsmöglichkeiten auf psychiatrische Institutsambulanzen, in denen Fachärzte tätig sind, unterstützt der Paritätische ausdrücklich. Mit Blick darauf, dass Soziotherapie als Leistung der Krankenversicherung insbesondere bei Hausärzten, aber auch bei Fachärzten nach wie vor unzureichend bekannt ist, sollte der Kreis derer, die verordnen dürfen, erweitert werden.</p> <p>Der Paritätische fordert, dass Fachärzte, die in Institutsambulanzen, sozialpsychiatrische Dienste und Suchtberatungsstellen regelhaft tätig sind, ebenfalls Soziotherapie ohne Ermächtigung verordnen können.</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 4 Abs. 3 (ermächtigte Ärzte):</p> <p>Fachärzte, die in Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungsstellen regelhaft tätig sind, sollen ebenfalls Soziotherapie <u>ohne Ermächtigung</u> verordnen können</p>	<p><i>und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht <u>in den jeweiligen Bundesländern</u> führen.“</i></p> <p>PatV/DKG/GKV zu § 4 Abs. 3:</p> <p>PIAs haben gem. § 118 SGB V einen Anspruch auf Ermächtigung (Abs. 1) bzw. sind gesetzlich ermächtigt (Abs. 2). Sie sind auf dieser Basis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet, und die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich (§ 95 Abs. 1, Abs. 4 SGB V). Insofern wird auch die Verordnung von Soziotherapie ermöglicht. Durch die das Leistungsangebot der PIAs konkretisierende Vereinbarung nach § 118 Abs. 2 SGB V ergibt sich nichts anderes. Auf eine zusätzliche Ermächtigung kann daher verzichtet werden.</p> <p>Sozialpsychiatrischen Dienste und Suchtberatungsstellen sind jedoch keine Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. Daher benötigen dort tätige Fachärzte zur Abdeckung eines bestehenden qualitativ-speziellen Versorgungsbedarfs bei der Verordnung von Soziotherapie eine Ermächtigung gem. § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 1 BMV-Ä. Dies bedarf jedoch keiner Regelung in der ST-RL.</p> <p>DKG/GKV: stimmen zu, dass Formulie-</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Zu § 4 Absatz 6</p> <p>Die bisherige Regelung, dass drei Therapieeinheiten ohne Genehmigung der Krankenkassen erbracht werden können, um die Überweisung zu einem verordnungsberechtigten Facharzt zu erreichen, ist vor dem Hintergrund der Problemlagen der Versicherten nicht ausreichend. Aus Sicht des Paritätischen sollten mindestens fünf Therapieeinheiten gewährt und besondere Situationen sowie individuelle Bedarfe berücksichtigt werden.</p> <p>Der Paritätische fordert eine Erhöhung von drei auf fünf Therapieeinheiten, die ohne Genehmigung der Krankenkasse erbracht werden können. Darüber hinaus ist eine Öffnungsklausel für besondere Situationen, wie Wartezeiten und individuelle Bedarfe aufzunehmen.</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zu § 4 Abs. 6 Satz 2:</p> <p><i>„Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 drei Therapieeinheiten zur Verfügung.“</i></p> <p>Darüber hinaus Aufnahme einer Öffnungsklausel für besondere Situationen, wie Wartezeiten und individuelle Bedarfe</p>	<p>„<i>bei Vorliegen einer Ermächtigung der Zulassungsausschüsse</i>“ zu streichen ist</p> <p>PatV: schließt sich Position von DKG/GKV an</p> <p>KBV: behält ihre Position bei</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 12a</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 12a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
12c	Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.	<p>§ 4 Abs. 3</p> <p>Kommentar:</p> <p>Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) kommen gehäuft mit schwer psychisch kranken Menschen in Kontakt, die nicht selbständig in der Lage sind ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt z.B. für zuvor stationär behandelte Patienten oder psychisch Kranke, die im Rahmen von Krisenbehandlungen mit der PIA in Kontakt kommen. Eine Weiterleitung an niedergelassene Psychiater ist in vielen Fällen nicht möglich. Um diesen Patienten den Zugang zu Ambulanter Soziotherapie zu eröffnen, sollten die PIA und die Fachärzte in PIA Soziotherapie verordnen können, sofern die Behandlungsmöglichkeiten der PIA (einschließlich Soziotherapie durch die PIA) nicht ausreichen, um das Ziel der Krankenhausvermeidung zu erreichen.</p> <p>Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie sollte sich aus der Zulassung der PIA ergeben, weil zusätzliche Kriterien nicht geprüft werden brauchen (Fachlichkeit, Einbindung in Verbundstrukturen). Eine zusätzliche Ermächtigung zur Verordnung von Soziotherapie sollte nicht erforderlich sein. Die in den Positionen der PatV sowie von GKV/DKG gewählte ‚Kann‘-Bestimmung ist zu schwach.</p> <p>Das gleiche gilt für Fachärzte in sozialpsychiatrischen Diensten, sofern sie eine Behandlungsbefugnis haben. Diese sollte grundsätzlich auch die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie umfassen.</p> <p>Eine Verordnungsermächtigung für Fachärzte ohne indi-</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 4 Abs. 3 (ermächtigte Ärzte):</p> <p>Fachärzte in Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Diensten sollen Soziotherapie ohne Ermächtigung verordnen dürfen</p> <p>Die in den Positionen der PatV sowie von GKV/DKG gewählte ‚Kann‘-Bestimmung ist zu schwach</p> <p>Keine Verordnungsermächtigung für Fachärzte ohne individueller Behand-</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 12b</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>vidueller Behandlungsbefugnis außerhalb des SGB V-Bereichs (Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen) hält die APK für systemwidrig und nicht realisierbar.</p> <p>§ 4 Abs. 6</p> <p>Kommentar:</p> <p>Angesichts der Schwere der Beeinträchtigungen (Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, GAF) bei Anspruchsberechtigten erscheint die Begrenzung auf 3 soziotherapeutische Therapieeinheiten als zu eng. Die APK spricht sich für eine Anhebung auf 5 Stunden mit einer Öffnungsklausel für besondere Umstände aus.</p>	<p>lungsbefugnis außerhalb des SGB V-Bereichs (Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen)</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zu § 4 Abs. 6 Satz 2:</p> <p><i>„Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 drei Therapieeinheiten zur Verfügung.“</i></p> <p>Darüber hinaus Aufnahme einer Öffnungsklausel für besondere Umstände</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 12a</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 12a</p>
12d	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.	<p>Zu § 4 Abs. 3:</p> <p>Seit der Verbreitung von Institutsambulanzen nach § 118 SGB V haben diese für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Behandlungsfunktion übernommen. Nicht wenige Patienten werden aus der Krankenhausbehandlung mit Blick auf die Weiterführung der Behandlung durch die Institutsambulanz entlassen, wenn weitere Hilfen zur Verfügung stehen. Insofern kann Soziotherapie in Kombination mit der Institutsambulanz zur Verkürzung von Krankenhausbehandlung beitragen. Sie kann auch dazu beitragen, Patienten zu motivieren, andere Behandlungsangebote, z.B. psychotherapeutische oder ergotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen und damit einen Übergang aus der Institutsambulanz in andere Behandlungen zu ermöglichen.</p> <p>Sozialpsychiatrische Dienste betreuen in vielen Regio-</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Institutsambulanzen sollen Soziotherapie ohne Ermächtigung verordnen dürfen</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 12b</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>nen Deutschlands Menschen mit schweren Erkrankungen und gerade auch die Menschen, die von sich aus nicht aktiv Behandlung und Hilfe nachfragen.</p> <p>Ferner ist festzustellen, dass niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte insbesondere in ländlichen Räumen nicht (mehr) ausreichend zur Verfügung stehen.</p> <p>Die BAG GPV schlägt vor, die Verordnungsberechtigung der Institutsambulanz regelhaft und nicht nur als Ausnahme durch die Ermächtigung der Zulassungsausschüsse vorzusehen.</p> <p>Zu § 4 Abs. 6:</p> <p>Die Regelung, dass Vertragsärzte anderer Fachgebiete Soziotherapie im Umfang von 3 Stunden verordnen können, um die Überweisung zu einer/einem verordnungsberechtigtem Facharzt/Fachärztin zu erreichen, ist vor dem Hintergrund der hohen Zahl psychisch erkrankter Menschen, die sich nicht in fachärztlicher Behandlung befinden, sehr bedeutsam. Allerdings ist die Zahl von 3 Stunden für die notwendige Motivation zur Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlung nicht ausreichend. Hier sollten 5 Stunden mit einer Öffnungsklausel für besondere Umstände (z.B. Überbrückung längerer Wartezeiten) vorgesehen werden.</p> <p>Innerhalb der BAG GPV wird von immer mehr Verträgen zur Integrierten Versorgung berichtet, in der die Zuführung zu einer fachärztlichen Behandlung als wesentlicher Leistungsbestandteil vorgesehen ist. Dieser Umstand zeigt, dass seitens der GKV die Bedeutung dieser Überweisung schon deutlicher gesehen wird, als dies in der Richtlinie zum Ausdruck kommt.</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zu § 4 Abs. 6 Satz 2:</p> <p><i>„Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 drei Therapieeinheiten zur Verfügung.“</i></p> <p>Darüber hinaus Aufnahme einer Öffnungsklausel für besondere Umstände, (z.B. Überbrückung längerer Wartezeiten)</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 12a</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 12a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
12e	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert die Erweiterung der Soziotherapie-Richtlinien in der Form, dass auch Fachärzte in Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungsstellen verordnungsberechtigt sind. Darüber hinaus schlägt der Dachverband Gemeindepsychiatrie vor, dass Institutsambulanzen regelhaft und ohne Ermächtigung Soziotherapie verordnen können.	Zustimmung zu Position der PatV bzgl. § 4 Abs. 3 (ermächtigte Ärzte) Änderungsvorschlag: Institutsambulanzen sollen Soziotherapie ohne Ermächtigung verordnen dürfen	Siehe hierzu unter Nr. 12b
12f	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	<p>§ 4 Ärztliche Verordnung</p> <p>Zu Absatz 2: Die Position der KBV wird unterstützt. Die Verordnung soziotherapeutischer Leistungen muss Fachärzten der Gebiete Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie möglich sein. Eine Einschränkung wäre aufgrund des Vorliegens der erforderlichen Qualifikation nicht nachvollziehbar und eine unzulässige Einschränkung der Berufsausübung sowie der Leistungsstärkung entgegenstehend.</p> <p>Zu Absatz 3: Der Vorschlag der Patientenvertretung wird geteilt. Bei Vorliegen entsprechender Zulassungsausschüsse muss die Verordnung auch durch sozialpsychiatrische Dienste oder Suchtberatungsstellen erfolgen können.</p>	<p>Zustimmung zu Position der KBV bzgl. § 4 Abs. 2 (Verordnungsberechtigung)</p> <p>Zustimmung zu Position der PatV bzgl. § 4 Abs. 3 (ermächtigte Ärzte)</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 12b</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 12b</p>
12g	Bundespsychotherapeutenkammer	<p>Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung von Soziotherapie <p>Patienten, die auf Soziotherapie angewiesen sind, um eine Behandlung in Anspruch nehmen zu können, werden von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt.</p>	Siehe hierzu auch „Stellungnahmen allgemein“ unter Nr. 8	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Dennoch sieht der Beschlussentwurf vor, dass Psychotherapeuten Soziotherapie nicht verordnen dürfen. Bei einer Vielzahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen empfehlen Leitlinien eine alleinige psychotherapeutische Behandlung. Kann ein Psychotherapeut Soziotherapie nicht verordnen, wird die Entscheidung des Patienten für eine leitliniengerechte Behandlung durch den Aufwand eines zusätzlichen Arztbesuches oder den Verzicht auf indizierte Soziotherapie unnötig erschwert. Die Verordnung von Soziotherapie durch Psychotherapeuten lässt sich jedoch aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen auf Ebene der Richtlinie nicht verankern. Um die Inanspruchnahme von Soziotherapie nicht unnötig zu erschweren, sollte es auch anderen als den bisher im Entwurf genannten Vertragsärzten ermöglicht werden, Soziotherapie zu verordnen, wenn dies auf Empfehlung ei eines Psychotherapeuten hin erfolgt. Das könnten insbesondere die Ärzte sein, bei denen im Rahmen der Psychotherapie ohnehin der Konsiliarbericht angefordert wird.</p> <p>§ 4 Ärztliche Verordnung</p> <p>Sowohl nationale (http://www.awmf.org/leitlinien.html) als auch internationale (http://guidance.nice.org.uk) Leitlinien empfehlen in der Regel Psychotherapie für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Dies schließt auch diejenigen Erkrankungen ein, bei denen entsprechend § 2 Absatz 4 des Beschlussentwurfs regelmäßig die Indikation für Soziotherapie gegeben ist. So empfiehlt die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression³ bei</p>		

³ http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>einer akuten schweren Depression mit psychotischen Symptomen eine Kombination aus psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung. Die S3-Leitlinie Schizophrenie⁴ empfiehlt, dass kognitive Verhaltenstherapie bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen, zur Anwendung kommen sollte. Außerdem kann sie zur Verbesserung der Einsicht in die Irrealität psychotischen Erlebens und zur Verbesserung der Therapiecompliance eingesetzt werden. Weiterhin sollte sie – zusätzlich zu einer adäquaten medikamentösen Therapie – zur Rückfallprophylaxe zur Anwendung kommen. Psychotherapeuten werden in der Soziotherapie-Richtlinie nicht befugt, Soziotherapie zu verordnen bzw. über ihre Anwendung zu entscheiden. Die fehlende Nennung von Psychotherapeuten in der Richtlinie dürfte den gesetzlichen Rahmenbedingungen geschuldet sein. Die Vorschrift des § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V beschränkt die Befugnisse von Psychotherapeuten im Hinblick auf Verordnungen. Der Entwurf von GKV/DKG hat das Problem des fehlenden Einbezugs von Psychotherapeuten bereits zum Teil erkannt, aber einen aus Sicht der BPTK ungeeigneten Weg gewählt, es zu lösen. So heißt es in § 2 Absatz 5 Satz 2 des Entwurfs der GKV/DKG:</p> <p><i>„Soziotherapeutische Leistungen für die Diagnosen F 07.0, F 07.1 und F 07.2 können insbesondere von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie falls erforderlich im Zusammenhang mit einer approbierten Psychotherapeutin oder einem approbierten Psychothe-</i></p>		

⁴ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie_01.pdf

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>rapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung (einschließlich der neuropsychologischen Zusatzqualifikation) gemäß Anlage I Nr. 19 (Neuropsychologische Therapie) § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA verordnet werden.“</i></p> <p>Die Formulierung zeigt, dass die psychotherapeutische Behandlung – hier in Form der Neuropsychologischen Therapie – und die Frage der Soziotherapie eng verbunden sind. Im Beschlussentwurf wird versucht, diesem „Zusammenhang“ dadurch Rechnung zu tragen, dass die „im Zusammenhang mit“ der Neuropsychologischen Therapie notwendige Soziotherapie von einem Facharzt für Neurologie verordnet wird, der aber nicht selbst die Neuropsychologische Therapie durchführt.</p> <p>Ziel der vorgeschlagenen Formulierung kann nicht sein, die Neuropsychologische Therapie in die Verordnung miteinzubeziehen, da es sich dabei um eine vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Leistung und nicht um ein Heilmittel handelt. Es geht also wahrscheinlich darum, den behandelnden Psychotherapeuten in die Verordnung miteinzubeziehen.</p> <p>Eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung ist – entsprechend nationaler und internationaler Leitlinien – bei einer Vielzahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen leitlinienkonform. Im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung sollte es Patienten daher ermöglicht werden, sich ausschließlich von einem Psychotherapeuten behandeln zu lassen und dazu Soziotherapie in Anspruch zu nehmen. Einen weiteren Arzt hinzuzuziehen allein für die Verordnung der Soziotherapie ist für Patienten nicht nachvollziehbar und belastend. Dies</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>gilt zum Beispiel für zwei Erkrankungen, bei denen entsprechend § 2 Absatz 5 des Beschlussentwurfs Soziotherapie – wenn auch nur in Einzelfällen – indiziert ist: (1) schwere Depression ohne psychotische Symptome (F32.2, F33.2) und Zwangsstörungen (F42.1, F42.2).</p> <p>Entsprechend der S3-Leitlinie Zwangsstörungen⁵ soll Patienten mit einer Zwangsstörung eine störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Behandlung der ersten Wahl angeboten werden. Eine additive psychopharmakologische Behandlung wird hingegen nicht als Behandlungsoption erster Wahl beschrieben. Eine alleinige psychopharmakologische Behandlung ist nur in Ausnahmefällen empfohlen. In den meisten Fällen ist bei Patienten mit einer Zwangsstörung entsprechend der Leitlinie daher neben dem Psychotherapeuten kein weiterer Arzt in die Behandlung involviert.</p> <p>Bei der Behandlung akuter schwerer Depressionen wird in der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression⁶ empfohlen, dem Patienten eine Kombination aus Psychotherapie und psychopharmakologischer Behandlung anzubieten. Wenn jedoch „ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden“ (S. 126).</p>		

⁵ http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-Leitlinie_Zwangsst%C3%B6rungen_lang.pdf

⁶ http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Die Bundespsychotherapeutenkammer spricht sich dafür aus, die Verordnung von Soziotherapie durch Fachärzte in Psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungsstellen zu ermöglichen. Dazu sollte der Absatz 3 in § 4 der Richtlinie, wie von der Patientenvertretung vorgeschlagen, formuliert werden:</p> <p><i>(3) Eine Verordnung zur Soziotherapie kann ferner bei Vorliegen einer Ermächtigung der Zulassungsausschüsse erfolgen durch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder</i> • <i>Fachärztinnen und Fachärzte (nach Absatz 2) der psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischer Dienste oder Suchtberatungsstellen.</i> <p>Außerdem schlägt die BPtK zur Lösung des Problems, dass Psychotherapeuten keine Heilmittel verordnen dürfen, auf der Ebene der Richtlinie vor, eine Verordnung von Soziotherapie durch andere als die bisher im Entwurf genannten Fach- und Hausärzte zu ermöglichen, wenn und soweit sie damit der Empfehlung eines Psychotherapeuten folgen. Dazu sollte in § 4 der Richtlinie ein neuer Absatz 5 eingefügt werden:</p> <p><i>(5) Andere Vertragsärzte können Soziotherapie insoweit verordnen, als sie einer Empfehlung eines Psychotherapeuten folgen.</i></p> <p>Die bisherigen Absätze 5 und 6 würden dann zu 6 und 7.</p>	<p>Zustimmung zu Position der PatV bzgl. § 4 Abs. 3 (ermächtigte Ärzte)</p> <p>Änderungsvorschlag: Einfügen eines neuen Absatz 5 in § 4: <u>„(5) Andere Vertragsärzte können Soziotherapie insoweit verordnen, als sie einer Empfehlung eines Psychotherapeuten folgen.“</u></p> <p>Die bisherigen Absätze 5 und 6 in § 4 werden zu 6 und 7</p>	<p>Siehe hierzu unter Nr. 12b</p> <p>GKV/KBV/DKG: Vorschlag nicht sachgerecht; berufsrechtliche und inhaltliche Bedenken sprechen dagegen; ggf. sind andere Maßnahmen (z.B. Reha) erforderlich; wenn jemand Psychotherapie wahrnehmen kann, ist Soziotherapie nicht erforderlich</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Hierfür kommen insbesondere die Ärzte in Betracht, bei denen der Konsiliarbericht eingeholt wurde bzw. wird. Dann muss es Patienten nicht mehr zugemutet werden, alleine aus Gründen der Verordnung einen weiteren Arzt aufzusuchen. Mittelfristiges Ziel sollte es sein, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Verordnung von Soziotherapie weiterzuentwickeln. Das Beispiel Soziotherapie verdeutlicht, dass es fachlich notwendig ist, die Befugnisse von Psychotherapeuten im Hinblick auf Verordnungen angemessen zu gestalten. Diese Einschränkung führt dazu, dass die Entscheidung von Patienten für eine leitliniengerechte, ausschließlich psychotherapeutische Behandlung durch den Aufwand eines zusätzlichen Arztbesuches vermeidbar erschwert wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte sich bei Bundesregierung und Bundesgesetzgeber dafür einsetzen, die für die Versorgung hinderlichen Einschränkungen im SGB V aufzuheben. Bis der Gesetzgeber das aufgreift, bietet die Verordnung auf Grundlage einer Empfehlung eine angemessene Lösung.</p> <p>Soziotherapeutische Leistungen sollten außerdem aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe sowohl hinsichtlich der Ziele als auch der Inhalte möglichst klar von Leistungen zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege abgegrenzt werden. Da dies auf der Ebene der Richtlinie nur schwer zu leisten ist, ist eine Abgrenzung im Einzelfall sinnvoll. Die BpTK schlägt deshalb vor, analog zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (§ 4 Absatz 7 des Beschlussentwurfs) einen neuen Absatz in § 4 des Beschlussentwurfs zu ergänzen:</p> <p>(8) Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben inhaltlich gleichen</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Einfügen eines neuen Absatz 8 in § 4:</p> <p><u>„(8) Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben inhaltlich gleichen Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege ausgeschlossen. Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Kran-</u></p>	<p>Vorschlag entspricht der Regelung in § 4 Abs. 7 HKP-RL; entsprechend dem Vorschlag wird mit einigen Änderungen folgender neuer Absatz 8 in § 4 aufgenommen:</p> <p><u>„(8) Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben inhaltlich gleichen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. Die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben den Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielset-</u></p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege ausgeschlossen. Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im Behandlungsplan der Soziotherapie als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.</p>	<p><u>kenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im Behandlungsplan der Soziotherapie als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.“</u></p>	<p>zung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im soziotherapeutischen Betreuungsplan als auch im Behandlungsplan der Soziotherapie psychiatrischen häuslichen Krankenpflegeals auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.“</p> <p>KBV/PatV: Verzicht auf den bisher vorgesehen Verweis auf HKP-Richtlinie in § 1 Abs. 3 Satz 5; Siehe hierzu unter Nr. 9a</p>

F. Stellungnahmen zur Änderung des § 5 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
13a	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	<p>Zu § 5 Leistungsumfang</p> <p>Der Paritätische begrüßt, dass die Begrenzung der Soziotherapie auf drei Jahre im Rahmen der gültigen Soziotherapie-Richtlinien auf der Grundlage des BSG Urteils vom 20.04.2010 aufgehoben wurde.</p>	Zustimmung zu § 5 Abs. 1 Satz 4 (Leistung nach Ablauf von 3 Jahren)	Kenntnisnahme
13b	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 5 (1)</p> <p>Die Diakonie Deutschland hat sich für die Klarstellung, dass Soziotherapie bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nach Ablauf von drei Jahren erneut gewährt werden kann, immer wieder und an verschiedenen Stellen eingesetzt. Wir begrüßen deswegen den neu aufgenommen Passus, der darüber hinaus ergangenen Gerichtsurteilen entspricht.</p> <p>§ 5 (2)</p> <p>Da bei schweren Erkrankungen die Erarbeitung von konkreten Zielen und Vorgehensweisen viel Zeit in Anspruch nehmen kann, sollte in der Richtlinie darauf hingewiesen werden, dass in begründeten Fällen die probatorische Phase zu Beginn der Behandlung verlängert werden kann.</p>	<p>Zustimmung zu § 5 Abs. 1 Satz 4 (Leistung nach Ablauf von 3 Jahren)</p> <p>Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 2:</p> <p>Hinweis in ST-RL auf Möglichkeit der Verlängerung der probatorischen Phase zu Beginn der Behandlung in begründeten Fällen</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 13d</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
13c	Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.	§ 5 Abs. 2 Kommentar: Die APK begrüßt die Ausweitung der Möglichkeit von 5 Probestunden, hält diese Begrenzung jedoch in einigen Fällen für zu eng. Für Versicherte mit besonderen Problemlagen sollten 10 probatorische Stunden ermöglicht werden.	Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 2: Für Versicherte mit besonderen Problemlagen sollten 10 probatorische Stunden ermöglicht werden	Siehe hierzu unter Nr. 13d
13d	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.	Zu § 5 Abs. 2 Die BAG GPV begrüßt die Anhebung der Probestunden auf 5 Stunden. Für Versicherte mit besonderen Problemlagen und Störungen sollte eine Öffnungsklausel in Ausnahmefällen auch 10 probatorische Stunden vorsehen.	Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 2: Für Versicherte mit besonderen Problemlagen und Störungen sollte eine Öffnungsklausel in Ausnahmefällen auch 10 probatorische Stunden vorsehen	PatV: würde Erweiterung begrüßen GKV/KBV/DKG: keine weiteren Ausweitungen, da bereits Ausweitung der Anzahl der maximalen Therapieeinheiten zur Motivierung von 3 auf 5 (siehe unter Nr. 12a); derzeitige Regelung entspricht z.B. auch dem Umfang der Probatorik in der Verhaltenstherapie
13e	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt, dass die Begrenzung der Soziotherapie auf drei Jahre im Rahmen der gültigen Soziotherapie-Richtlinie auf der Grundlage des BSG Urteils vom 20.04.2010 eine Regelung erfährt.	Zustimmung zu § 5 Abs. 1 Satz 4 (Leistung nach Ablauf von 3 Jahren)	Kenntnisnahme
13f	Bundverband privater Anbieter sozialer Dienste	§ 5 Leistungsumfang Die Soziotherapie zielt auf einen anhaltenden Behandlungserfolg und ist damit in der Regel über einen längeren Zeitraum zu erbringen. Die Betroffenen leiden typischerweise an psychischen Störungen, die einer langfristigen Therapie bedürfen. Vor diesem Hintergrund		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
	e.V.	<p>wird die Begrenzung des Leistungsumfangs sowie der Dauer nach wie vor für rechtlich unzulässig erachtet. In diesem Zusammenhang wird auf die parallele Rechtsprechung im Zusammenhang mit der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verwiesen. Hier hat das Sozialgericht Düsseldorf bereits Anfang 2006 mit Beschluss vom 20.02.2006, S 8 KR 19/06 ER) klargestellt, dass die Leistung auch dann verordnet und gewährt werden kann, wenn die Richtlinien des G-BA eine zeitliche Beschränkung der Verordnung vorsehen. Denn selbst bei sachgerechter Auslegung der Richtlinien kann deren Anwendung nicht dazu führen, dass eine medizinisch notwendige und vom Gesetzgeber vorgesehene medizinische Behandlung begrenzt oder ausgeschlossen wird (BSG vom 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R). Eine Begrenzung der Leistung ist nicht legitimiert und daher vollständig abzulehnen.</p> <p>Die Einschränkung: „Soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind“ ist ebenfalls zu streichen. Indikation und Therapiefähigkeit sind in § 2 der Richtlinie geregelt. § 5 beschreibt dagegen den Leistungsumfang. Im Sinne der Richtlinienüberarbeitung müssen auch hier Einschränkungen ausgeschlossen werden. Der § 5 Absatz 1 Satz 4 ist deshalb wie folgt zu formulieren:</p> <p>„Nach Ablauf von drei Jahren kommt erneut die Gewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.“</p> <p>§ 5 Absatz 4: „Soziotherapie kann in Absprache von</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 1 Satz 4:</p> <p>„Soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind kommt n<u>Nach Ablauf von drei Jahren kommt erneut die Gewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.“</u></p>	<p>Formulierung wird beibehalten, da diese zur Klarstellung so erforderlich ist</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Ärztin oder Arzt und soziotherapeutischem Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden.“ Der Begriff „soziotherapeutischer Leistungserbringer“ muss definiert werden. Hierzu ist eine Festlegung in § 3 (vgl. Ausführungen hierzu) zwingend erforderlich.</p>	<p><i>Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 4 Satz 2 bzw. § 3:</i></p> <p>Der Begriff „soziotherapeutischer Leistungserbringer“ muss definiert werden</p>	<p>Der Hinweis wird aufgegriffen, indem § 1 Abs. 1 Satz 2 wie folgt ergänzt wird:</p> <p><i>„²Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (<u>soziotherapeutischer Leistungserbringer</u>).“</i></p> <p>Siehe hierzu auch unter Nrn. 11a und 16b</p>

G. Stellungnahmen zur Änderung des § 6 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
14a	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 6 (2)</p> <p>Der Formulierungsvorschlag „plausible Darstellung“ der angestrebten Therapieziele bleibt aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, da dies selbstverständlich ist. Der Vorschlag kann deshalb entfallen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 6 Abs. 2 (4. Spiegelstrich):</p> <p>„• plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und die hierfür erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel“</p>	<p>Keine Änderung erforderlich, weil an dieser Stelle eine klare Vorgabe der Darstellung erwünscht ist</p> <p>Siehe auch nächste Zeile</p>
14b	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	<p>§ 6 Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle</p> <p>§ 6 Absatz 2: Der Arzt ist für die Diagnose und Therapie zuständig. Damit liegt auch die Erstellung eines Betreuungsplanes in seinem Verantwortungsbereich. Dies ist im § 6 Absatz 2 klarstellend festzuhalten. Der bpa schlägt daher folgende Formulierung vor:</p> <p>„Die Zuständigkeit für die Diagnose und Behandlung liegt bei der Ärztin / dem Arzt. Zur Therapie gehört die Erstellung eines ärztlichen Betreuungsplanes. Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein: (...)“</p> <p>§ 6 Absatz 2, vierter Aufzählungspunkt: „Plausible Darstellung“. Das Wort „plausible“ bietet Raum für Interpretationen und führt zu unterschiedlichen Auslegungsansprüchen, weil keine einheitliche Definition vorliegt. Es ist daher zu streichen.</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung § 6 Absatz 2</p> <p>„(2) <u>Die Zuständigkeit für die Diagnose und Behandlung liegt bei der Ärztin / dem Arzt. Zur Therapie gehört die Erstellung eines ärztlichen Betreuungsplanes. Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein: (...).</u>“</p> <p>Änderungsvorschlag für § 6 Abs. 2 (4. Spiegelstrich):</p> <p>„• plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel“</p>	<p>Aufstellen des Behandlungsplans erfolgt vom soziotherapeutischen Leistungserbringer mit dem Patienten unter Mitwirkung des Arztes; Konkretisierung in der Richtlinie nicht erforderlich</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 14a</p>

H. Stellungnahmen zur Änderung des § 7 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
15	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 7 (2)</p> <p>Bei den Ausführungen zur Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus sollte unseres Erachtens explizit darauf hingewiesen werden, dass Soziotherapie auch vergütet wird, wenn sich jemand in einem Krankenhaus befindet. Uns liegen Aussagen vor, nach denen einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kassenkassen bei einem Krankenhausaufenthalt die Vergütung ablehnen.</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 7 Abs. 2:</p> <p>Aufnahme eines Hinweises, dass Soziotherapie auch vergütet wird, wenn sich jemand in einem Krankenhaus befindet</p>	<p>Vergütungsregelungen sind vertraglichen Regelungen vorbehalten, daher keine Regelung in der Richtlinie vorgesehen; bestehende Regelung wird nicht ergänzt</p>

J. Stellungnahmen zur Änderung des § 8 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
16a	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	<p>§ 8 (2)</p> <p>Die Diakonie Deutschland schlägt an dieser Stelle vor, die Abstimmung zwischen Arzt und Leistungserbringer statt mindestens jeden zweiten Monat einmal im Quartal verbindlich vorzuschreiben.</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 8 Abs. 2:</p> <p>Verbindliche Vorgabe, dass Abstimmung zwischen Arzt und Leistungserbringer statt „mindestens jeden zweiten Monat“ „einmal im Quartal“ stattfindet</p>	<p>Regelung hat zu keinen Problemen in der Praxis geführt und wird daher beibehalten</p>
16b	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	<p>§ 8 Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer</p> <p>Hier gilt das gleiche wie für § 5 Absatz 4 und § 3 Absatz 4: der Begriff „soziotherapeutischer Leistungserbringer“ ist zwingend zu definieren.</p>	<p>Siehe oben zu § 5 Abs. 4</p>	<p>Siehe hierzu unter Nrn. 11a und 13f</p>

K. Stellungnahmen zur Änderung des § 9 ST-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
17a	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Zu § 9 Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert, dass bis zu 5 Probestunden ohne Genehmigung der Krankenkasse erfolgen können.	Zustimmung zur Position der PatV (5 Probestunden genehmigungsfrei usw.)	Die KBV schließt sich der Position der Patientenvertretung an.
17b	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	Zu § 9 Genehmigung von Soziotherapie Der Paritätische unterstützt die Forderung der Patientenvertretung, dass bis zu fünf Probestunden (gem. § 5 Absatz 2 der Richtlinie) ohne Genehmigung der Krankenkasse erfolgen können.	Zustimmung zur Position der PatV (5 Probestunden genehmigungsfrei usw.)	Die KBV schließt sich der Position der Patientenvertretung an.
17c	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	§ 9 Hinsichtlich der Genehmigung von Soziotherapie schließt sich die Diakonie der Position der KBV an.	Zustimmung zur Position der KBV (Genehmigung nur im Einzelfall)	Die KBV schließt sich der Position der Patientenvertretung an.
17d	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste	§ 9 Genehmigung von Soziotherapie Aus Sicht des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. sind die Positionen der Patientenvertretung und der KBV zusammenzuführen. Der § 9 muss lauten:	Änderungsvorschlag: Zusammenführung der Positionen der PatV und der KBV bzgl. § 9 Abs. 1 Satz 1: <i>„Mit Ausnahme der Verordnung nach</i>	Die KBV schließt sich der Position der Patientenvertretung an.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
	e.V.	<p>„Mit Ausnahme der Verordnung nach § 4 Abs. 5 (bis zu 3 Stunden) und nach § 5 Abs. 2 (bis zu 5 Stunden) sowie bei Vorliegen der Indikationen nach § 2 Abs. 4 bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.“</p> <p>Im Übrigen muss hier die „Vertrauensschutzregelung“ der neuen Bundesrahmenempfehlungen nach § 132 a SGB V ergänzt werden: „Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.“, Bundesrahmenempfehlungen vom 10.12.2013, § 2 Abs. 3 (vgl. bisheriger § 9 Absatz 3).</p> <p>§ 9, Absatz 1, 2: Die Streichung des „Musters 27“ bedeutet offensichtlich, dass es keinen einheitlichen Mustervordruck des Betreuungsplans mehr geben soll. Dies wird abgelehnt. Nur durch ein entsprechendes Muster ist eine Standardisierung gewährleistet und eine Orientierung und Überprüfung möglich.</p> <p>§ 9 Absatz: die Position der KBV wird geteilt. Allerdings mit dem Vorbehalt, dass der MDK im Rahmen des § 275 SGB V beauftragt wird. Aus Sicht des bpa muss der Absatz damit lauten:</p> <p>„(3) Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 2 Absatz 5 der Richtlinie mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Kranken-</p>	<p>§ 4 Absatz 5 und 6 (bis zu 3 Stunden) sowie und nach § 5 Absatz 2 (bis zu 5 Stunden) sowie bei Vorliegen der Indikationen nach § 2 Abs. 4 bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse der oder des Versicherten.“</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Als neuen Satz 2 in § 9 Abs. 1 nach Satz 1 einfügen:</p> <p>„Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.“</p> <p>Änderungsvorschlag zu § 9 Abs. 1 Satz 2 (bzw. neu Satz 3):</p> <p>keine Streichung des „Musters 27“</p> <p>Grundsätzlich Zustimmung zur Position der KBV bzgl. § 9 Abs. 3</p>	<p>Bisherige Verortung in § 9 Abs. 3 soll beibehalten werden</p> <p>Der Vorschlag wird aufgegriffen, indem § 9 Abs. 1 Satz 2 und 3 wie folgt geändert werden:</p> <p>² „Dazu ist der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß Muster 27 dem entsprechenden Vordruck vorzulegen.“</p> <p>³ „Wurden Probestunden verordnet, ist bei der ggf. folgenden Verordnung von Soziotherapie der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß Muster 27 dem entsprechenden Vordruck zusammen mit der Verordnung für die Probestunden vorzulegen.“</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>kassen beauftragen. Hierfür ist ein Prüfauftrag gemäß § 275 SGB V erforderlich.</i></p> <p>§ 9 Absatz 2, 2: Ergänzende Angaben zum Betreuungsplan sind nicht vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an den MDK zu übermitteln, sondern vom Arzt. Dieser ist für die Diagnose und die Maßnahmen usw. zuständig (siehe hierzu die geforderte Klarstellung in § 6 Absatz 2).</p>	<p>Änderungsvorschlag zu § 9 Abs. 3:</p> <p><i>„(3) Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 2 Absatz 5 der Richtlinie mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen. Hierfür ist ein Prüfauftrag gemäß § 275 SGB V erforderlich.“</i></p> <p>Änderungsvorschlag § 9 Abs. 2 Satz 2:</p> <p><i>„²Falls erforderlich, sind dem Medizinischen Dienst <u>von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt soziotherapeutischen Leistungserbringer</u> ergänzende Angaben zum Betreuungsplan gemäß § 6 Absatz 2 zu übermitteln.“</i></p>	<p>Ergänzungsvorschlag ergibt sich bereits aus Gesetz; daher Änderung nicht erforderlich</p> <p>Bisheriges Verfahren hat sich bewährt, daher keine Änderung</p>

L. Stellungnahmen der nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
18a	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)	<p>Der Beginn der Tragödie liegt schon einige Jahre zurück. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 1.1.2000 wurde ambulante Psychotherapie als eine GKV-Leistung eingeführt. Die damit definierten längerfristigen Betreuungsleistungen für schwer psychisch kranke Menschen sollten dazu beitragen, dass ihnen trotz erheblicher Fähigkeitseinschränkungen ein Leben im normalen Umfeld und insbesondere die Inanspruchnahme notwendiger ärztlicher Behandlungen möglich ist. Auf diese Weise sollten u.a. sog. Drehtüreffekte, d.h. häufige stationäre psychiatrische Wiederaufnahmen aufgrund von unzureichender ambulanter Unterstützung im Anschluss an einen Psychiatrie-Aufenthalt, vermieden werden. Gemäß des gesetzlichen Auftrags wurde das Nähere über Ziele und Inhalte der Psychotherapie sodann in der Psychotherapierichtlinie des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss/GBA) festgelegt. Die Anforderungen an die Leistungserbringer von Psychotherapie wurden in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Psychotherapie in der Fassung vom 29.11.2001 geregelt⁷.</p> <p>Sehr rasch wurde allerdings deutlich, dass die Psychotherapie, trotz der hohen Erwartungen und des offensichtlich bestehenden Bedarfs, nur sehr selten und unzureichend in Anspruch genommen wurde. Rössler und Melchinger (2012) schreiben dazu: "Das Scheitern der Psychotherapie war durch zwei Bedingungen vorprogrammiert: durch unrealistisch hohe Ansprüche an die Qualifikati-</p>		Kenntnisnahme

⁷ Die Leistungserbringer müssen danach Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie oder Sozialarbeiter/innen mit jeweils mehrjähriger Erfahrung in der Psychiatrie sein, davon ein Jahr in einer Psychiatrischen Klinik mit Versorgungsverpflichtung und ein Jahr in einem ambulanten sozialpsychiatrischen Dienst. Sie müssen zudem umfangreiche Kenntnisse in der Psychiatrie nachweisen und ferner spätestens ein Jahr nach Zulassung ganztags in der Psychotherapie tätig sein. Durch den Wegfall von § 132b Abs. 2 SGB V mit dem GKV-WStG vom 26.3.2007 ist die Grundlage für diese Festlegung entfallen. Seitdem sind die Krankenkassen verpflichtet und ermächtigt, mit "geeigneten Personen oder Einrichtungen" Verträge über die Versorgung mit Psychotherapie zu schließen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>ons- und Erfahrungsprofile der zuzulassenden Leistungserbringer und durch prohibitiv niedrige Vergütungssätze" (a.a.O, S. 1 07). Doch obwohl diese Probleme für Insider schon bei der Veröffentlichung der Soziotherapierichtlinie und der Empfehlungen der Spitzenverbände auf der Hand lagen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 16.5.2006 zunächst eine Untersuchung über die möglichen Gründe für die geringe Inanspruchnahme der ambulanten Soziotherapie in Auftrag gegeben. Dieses Vorgehen wurde häufig als Verzögerungstaktik beschrieben, hat aber immerhin einen quasi amtlichen Überblick über die völlig inakzeptable Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags gebracht. Der von der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses erstellte Bericht über die umfassende Befragung bei allen soziotherapeutischen Leistungserbringern und allen verordnungsermächtigten Fachärzten wurde auf jeden Fall schon sehr bald, nämlich im Januar 2008, vorgelegt. Er enthält differenzierte Beschreibungen der Problemlage und Hinweise auf mögliche Gründe. U.a. zeigt der Bericht, dass sechs Jahre nach In-Kraft-Treten der Soziotherapierichtlinie in mehreren Bundesländern kein oder fast kein soziotherapeutischer Leistungserbringer tätig ist (Brandenburg, Saarland und Sachsen-Anhalt je 0; Hamburg u. Mecklenburg-Vorpommern je 1) und dass über 60 Prozent der Hausärzte angeben, dass sie nicht einmal wissen, dass sie ermächtigt sind, soziotherapeutische Motivierungsgespräche zu verordnen.</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellte im Jahr 2009 fest, dass die Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2008 rund 3,4 Mio. Euro für Soziotherapie aufgewendet habe. Dies entspreche einem Anteil von 0,002% der gesamten GKV-Ausgaben.</p> <p>Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerien der Bundesländer und des Bundes sieht im Jahr 2010 als vorrangigen Grund für den geringen Umsetzungsgrad der Soziotherapie die unzureichende Leistungsvergütung, die je nach Bundesland zwischen 24 und 42 Euro schwanke und in keinem angemessenen Verhältnis zur geforderten Qualifikation des Leistungserbringers (Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder Fachkrankenschwester für Psychiatrie mit jeweils 3-jähriger Berufserfahrung in einer Fachklinik) stehe. Als weiterer Grund wird auf die geringe Zahl der Ärzte verwiesen, die Soziothera-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>pie (aufgrund von Unkenntnis oder aufgrund der Umständlichkeit des Verordnungsverfahrens) verordnen.</p> <p>Nach Vorlage der erwähnten Untersuchung der Geschäftsstelle des GBA dauerte es noch einmal vier Jahre, bis Mitte 2012 (auf Antrag der Patientenvertreter!) im Gemeinsamen Bundesausschuss (AG Soziotherapie-PHKP) die Beratungen über die Neufassung der Soziotherapierichtlinie wieder aufgenommen wurden. Nach einer Expertenanhörung im Jahr 2013 liegt nun ein Entwurf einer Neufassung vor. Hierzu läuft aktuell ein schriftliches Stellungnahmeverfahren.</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie hält die Überarbeitung der Soziotherapierichtlinie für überfällig und unterstützt die Neufassung mit Nachdruck.</p> <p>Viele Veränderungen stellen allein redaktionelle Verbesserungen und Festlegungen dar, die sich als Konsequenz von Gerichtsurteilen als unvermeidlich ergeben haben. Beispielsweise wird Soziotherapie jetzt über einen Zeitraum von drei Jahren hinaus möglich. Aber es werden auch weitergehende Veränderungen vorgesehen, wie beispielsweise die Öffnung des Indikationsspektrums für Patienten mit schweren, weiteren Diagnosen (nicht nur Patienten mit schizophrenen Störungen). Andere Veränderungen sind offenbar noch umstritten zwischen den Fraktionen im GBA, etwa die Ausweitung der Verordnungsbefugnis auf Ärzte in Psychiatrischen Institutsambulanzen und in sozialpsychiatrischen Diensten.</p> <p>Aus Sicht der DGVT wird die Überarbeitung der Soziotherapierichtlinie aber nur dann zu einer verbesserten Inanspruchnahme führen, wenn weitere Veränderungen in Angriff genommen werden: Eine deutlich verbesserte Vergütung für die Leistungserbringer und Erleichterungen in der rigiden Zulassungspraxis durch die Krankenkassen. Die Zulassungen für soziotherapeutische Leistungserbringer orientieren sich bislang noch weitgehend an einem Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes, der bereits seit sechs Jahren aufgrund gesetzlicher Änderungen nicht mehr in Kraft ist und demzufolge nicht mehr angewandt werden soll. Hier ist der GKV-Spitzenverband in der Pflicht darauf</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>hinzuweisen, dass vor dem Hintergrund des regionalen Bedarfs geeignete Anbieter zuzulassen sind und dass dafür praktikable Regelungen gefunden werden müssen. Schließlich ist die Ausweitung der verordnungsfähigen Ärzte auf psychotherapeutisch tätige Ärzte, auf Ärzte in Sozialpsychiatrischen Ambulanzen und Diensten und auch auf Psychologische PsychotherapeutInnen und Psychotherapeuten notwendig, damit die Soziotherapie tatsächlich eine zusätzliche Behandlungsoption für schwer psychisch kranke Menschen darstellt, die auch von den Therapeuten/ Ärzten indiziert und von den Betroffenen in Anspruch genommen wird.</p> <p>.Dass es möglich ist, Soziotherapie wirklich flächendeckend anzubieten und sie auch in erheblichem Umfang in Anspruch genommen wird, zeigt das Beispiel Rheinland-Pfalz. Hier haben, guter Wille bei den regionalen Krankenkassen vorausgesetzt, die Spitzenverbände der Wohlfahrtsbände bereits im Jahr 2002 mit den Krankenkassen-Landesverbänden eine Rahmenvereinbarung geschlossen, auf deren Grundlage inzwischen eine große Zahl an soziotherapeutischen Leistungserbringern zur Zufriedenheit der Beteiligten tätig ist.</p> <p>Da nach nunmehr zehn weiteren Jahren bislang erst in Baden-Württemberg und im Saarland einigermaßen vergleichbare Regelungen etabliert wurden, zeigt sich, dass der Gesetzgeber aktiv werden muss. Neben dem allgemeinen Auftrag (im SGB V) zur Ermöglichung von Soziotherapie an die Krankenkassen und den GBA muss er auch deutlichere Forderungen und Standards vorgeben- die sog. gemeinsame Selbstverwaltung (in der die Soziotherapeuten weder Sitz noch Stimme haben) ist offenbar nicht willens und nicht in der Lage, für eine flächendeckende Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen in Deutschland zu sorgen.</p>		
18b	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychothera-	Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) möchte im Folgenden gemeinsam mit den Berufsverbänden BVDN und BVDP aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien Stellung nehmen, nachdem die Bundesärztekammer von einer eigenen Stellungnahme abgesehen hat.		Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
	<p>pie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)</p>	<p><u>Hintergrund:</u></p> <p>Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. Um das Ziel der Soziotherapie erreichen zu können, soll die Patientin oder der Patient über das hierzu notwendige Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. Dies ist nicht gegeben, wenn keine langfristige Verminderung von Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.</p> <p><u>Verordnung von Soziotherapie:</u></p> <p>Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Sie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat.</p> <p>Der Regelfall umfasst schwere psychische Erkrankungen aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0- 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24 (induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung).</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Hier sprechen sich die Verbände für eine vereinfachte, bürokratieärmere Verordnungsweise als bisher aus, um die flächendeckende Etablierung von Soziotherapie zu erleichtern.</p> <p>Weitere Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 können eine ärztliche Verordnung von Soziotherapie dann begründen, wenn beim Versicherten ein GAF-Wert < 40 vorliegt und wenn aufgrund der Gesamtsituation und nach Einschätzung der verordnenden Fachärztin / des verordnenden Facharztes sich eine medizinische Erforderlichkeit insbesondere aufgrund der nachfolgend genannten Kriterien ergibt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co-Morbiditäten (z. B. psychiatrische wie z.B. Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen und /oder somatische wie z.B. Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen) • stark eingeschränkte Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Alltagsaufgaben, • eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung und • eingeschränkte Wegefähigkeit 	<p>Angeregt wird vereinfachte, bürokratieärmere Verordnungsweise als bisher</p>	<p>Sehr unkonkreter Vorschlag, Kenntnisnahme; kein Änderungsbedarf</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 10a und 10c</p>

6.4 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 3. Dezember 2014 eingeladen worden.

Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 3. Dezember 2014 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Dachverband Gemeindepsychi- atrie e.V.	Frau Petra Godel- Ehrhardt	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Alicia Na- varro Urena	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundespsychothe- rapeutenkammer (BPtK)	Herr Prof. Dr. Rai- ner Richter	ja	nein	ja	nein	nein	nein
	Frau Dr. Theresa Unger	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Frau Dr. Leonie Mallmann (nicht anwesend)						
Der Paritätische Gesamtverband e.V.	Frau Claudia Zinke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Ver- band der Ergo- therapeuten e. V. (DVE)	Herr Reimund Klier	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Andreas Pfeiffer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Diakonie Deutsch- land e.V. - Evan- gelischer Bundes- verband	Frau Dr. Katharina Ratzke	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen gewürdigt. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 13 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

Tragende Gründe Anlage



Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie

Stand: 22. Januar 2015

1. Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 sowie § 92 Abs. 7c SGB V	2
2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Abs. 5 SGB V	3
3. Beschlussentwurf zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie	10
4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte	21
5. Eingegangene Stellungnahmen	34
6. Schreiben der Bundesärztekammer zum Verzicht auf Abgabe einer schriftlichen und mündlichen Stellungnahme	97
7. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung.....	98

1. **Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 sowie § 92 Abs. 7c SGB V**

Beschluss



zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5 sowie 92 Abs. 7c SGB V vor einer abschließenden Entscheidung über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien: redaktionelle Anpassung

Vom 12. Februar 2014

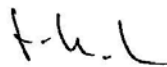
Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in seiner Sitzung am 12. Februar 2014 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß §§ 91 Abs. 5 sowie 92 Abs. 7c SGB V zum Beschlussskizzenentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) – redaktionelle Anpassung – einzuleiten.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V (BÄK) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen gemäß § 92 Abs. 7c SGB V (Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Berlin, den 12. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Veranlasste Leistungen
Der Vorsitzende



Hecken

2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Abs. 5 SGB V



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
Veranlasste Leistungen

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Sandra Carius
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-441

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
Sandra.carius@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
SCA/Jan

Datum:
27. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An die zur Stellungnahme berechtigten
Organisationen nach § 92 Abs. 7c SGB V
(laut Verteiler)

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 27. Februar 2014 an
[E-Mailadresse](#)

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 7c SGB V als maßgebliche Organisation der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL): inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Neufassung der ST-RL ist gemäß § 92 Absatz 7c SGB V unter anderem den maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL) - inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung - weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 12. Februar 2014 wird Ihnen hiermit Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der oben bezeichneten Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien gegeben.

Beigefügt erhalten Sie den Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Änderung der ST-RL (siehe Anlage 1) sowie die zugehörigen Tragenden Gründe (siehe Anlage 2). Zum Inhalt des Beschlussentwurfs liegen teils abweichende Positionen vor, die in den beigefügten Unterlagen als solche gekennzeichnet sind. Zur Erleichterung des Überblicks erhalten Sie zudem den Beschlussentwurf in einer Fassung, in der die vorgesehenen Änderungen kenntlich gemacht sind (siehe Anlage 3). Die vollständige ST-RL in ihrer derzeit gültigen Fassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln

sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/> abrufen.

Die schriftliche Stellungnahme kann spätestens bis zum

27. März 2014

abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse st-rl@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und der eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Um Sie auch künftig rechtzeitig in Stellungnahmeverfahren einbeziehen zu können, bitten wir Sie, uns ggf. eintretende Änderungen Ihrer Kontaktdaten mitzuteilen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen

1. Beschlussentwurf zur Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Beschlussentwurf im „Änderungen-verfolgen-Modus“

Verteiler

Maßgebliche Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung gemäß § 92 Abs. 7c SGB V für Stellungnahmeverfahren vor abschließenden Entscheidungen zu den Soziotherapie-Richtlinien

- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Aktion Psychisch Kranke - Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Sandra Carius
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-441

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
sandra.carius@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
SCAJan

Datum:
27. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesärztekammer
Dezernat III
Herr Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 27. Februar 2014 an
ulrich.zorn@baek.de

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer
Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL): inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung**

Sehr geehrter Herr Dr. Zorn,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL) - inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung - weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 12. Februar 2014 wird hiermit der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der oben bezeichneten Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien gegeben.

Beigefügt übersenden wir Ihnen den Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (siehe Anlage 1) sowie die zugehörigen Tragenden Gründe (siehe Anlage 2). Zum Inhalt des Beschlussentwurfs liegen teils abweichende Positionen vor, die in den beigefügten Unterlagen als solche gekennzeichnet sind. Zur Erleichterung des Überblicks erhalten Sie zudem den Beschlussentwurf in einer Fassung, in der die vorgesehenen Änderungen kenntlich gemacht sind (siehe Anlage 3). Die bisherigen Soziotherapie-Richtlinien sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/> abrufen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Die Stellungnahme kann spätestens bis zum

27. März 2014

abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse st-rl@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

- Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Beschlussentwurf im „Änderungen-verfolgen-Modus“



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Dr. Sandra Carius
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-441

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
sandra.carius@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
SCA/Jan

Datum:
4. März 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundespsychotherapeutenkammer
Herr Prof. Dr. Richter
Klosterstraße 64
10179 Berlin

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 4. März 2014 an
richter@uke.uni-hamburg.de und
harfst@bptk.de

Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundespsychotherapeutenkammer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL): inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung

Sehr geehrter Herr Professor Richter,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL) - inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung - weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 12. Februar 2014 wird hiermit der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der oben bezeichneten Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien gegeben.

Beigefügt übersenden wir Ihnen den Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (siehe Anlage 1) sowie die zugehörigen Tragenden Gründe (siehe Anlage 2). Zum Inhalt des Beschlussentwurfs liegen teils abweichende Positionen vor, die in den beigefügten Unterlagen als solche gekennzeichnet sind. Zur Erleichterung des Überblicks erhalten Sie zudem den Beschlussentwurf in einer Fassung, in der die vorgesehenen Änderungen kenntlich gemacht sind (siehe Anlage 3). Die bisherigen Soziotherapie-Richtlinien sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/> abrufen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Die Stellungnahme kann spätestens bis zum

1. April 2014

abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse st-rl@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

- Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
3. Beschlussentwurf im „Änderungen-verfolgen-Modus“

3. Beschlussentwurf zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie

Stand: 24.02.2014



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie- Richtlinien: inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001 (BAnz. Nr. 217 S. 23735 vom 21. November 2001) beschlossen.

I. Die bisherigen Soziotherapie-Richtlinien werden wie folgt neu gefasst:

**„Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung von Soziotherapie
in der vertragsärztlichen Versorgung
(Soziotherapie-Richtlinie / ST-RL)**

[Inhaltsverzeichnis]

§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 37 a und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. ²Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (soziotherapeutischer Leistungserbringer).

(2) ¹Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. ²Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. ³Sie soll Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. ⁴Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. ⁵Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

Stand: 24.02.2014

- (3) ¹Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. ²Sie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat. ³Die Erbringung von Soziotherapie erfolgt bedarfsgerecht und ist an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu orientieren. ⁴Bei der Verordnung von Soziotherapie sind die in §§ 2 und 3 festgelegten Indikationen und Kriterien zu beachten.

Position KBV/PatV	Position DKG/GKV-SV
⁵ Eine krankenpflegerische Leistung im Sinne einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist an den Vorgaben der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), Nr. 27 a des Leistungskataloges, auszurichten.	[keine Änderung]

- (4) Die Durchführung der Soziotherapie setzt einen mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und der oder dem Versicherten abgestimmten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden soziotherapeutischen Betreuungsplan voraus, mit dessen Hilfe die verschiedenen Elemente und Ziele des ärztlichen Behandlungsplans erreicht werden sollen.
- (5) Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten statt.
- (6) Soziotherapie umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen.
- (7) Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.
- (8) Für die medizinische Behandlung relevante Informationen, die der soziotherapeutische Leistungserbringer durch die Betreuung der oder des Versicherten gewinnt, sollen durch die Zusammenarbeit zwischen ihm und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt für die Behandlung nutzbar gemacht werden.

§ 2 Indikation und Therapiefähigkeit

- (1) Die Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei einer Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in mindestens einem der in Absatz 2 aufgeführten Bereiche und einem Ausmaß gemäß Absatz 3 wegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Absatz 4 sowie bei den in Absatz 5 genannten Fällen.
- (2)¹Der Soziotherapie bedürfen Versicherte, bei denen durch schwere psychische Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. ²Dies trifft zu, wenn folgende Beeinträchtigungen (alternativ oder kumulativ) gegeben sind:
- Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges
 - Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender

2

Stand: 24.02.2014

Konfliktlösungsfähigkeit

- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens
- krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

(3). ¹Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität soll die GAF¹ Skala herangezogen werden. ²Orientierungswert ist 40 (höchstens < 50).

Position PatV:	Position GKV-SV/DKG/KBV:
(4). ¹ Eine schwere psychische Erkrankung liegt vor bei einer Beeinträchtigung der Aktivitäten wegen einer psychischen Erkrankung aus den Bereichen ICD-10-F00-F99, sofern und solange die in Absatz 2 genannte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist.	(4). ¹ Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24 (induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung).

²Bei Verordnungen nach § 5 Absatz 2 genügt ggf. auch der Verdacht auf eine schwere psychische Erkrankung.

Position PatV:	Position KBV:	Position GKV/DKG:
[keine Änderung]	(5) ¹ Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, die nicht unter § 2 Abs. 4 der RL genannt sind, begründen im Einzelfall eine ärztliche Verordnung von Psychotherapie wenn beim Versicherten in Abweichung des in Abs. 3 genannten GAF-Wertes hier ein GAF-Wert \leq 40 gilt und wenn aufgrund der Gesamtsituation und nach Einschätzung der	(5) ¹ Außerhalb des Regelfalls können für die folgenden Diagnosen F 07.0, F 07.1, F 07.2, F 30.1, F 30.2, F 31.1, F 31.2, F 31.4, F 32.2, F 33.2, F 42.1 und F 42.2 psychotherapeutische Leistungen nach § 132b SGB V verordnet werden, wenn die Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt nach § 4 (der Richtlinie) erfolgt ist und ein GAF-Wert von

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

	<p>verordnenden Fachärztin oder des verordnenden Facharztes sich eine medizinische Erforderlichkeit insbesondere aus einem der nachfolgend genannten Kriterien ergibt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Co-Morbiditäten (z. B. psychiatrische wie z.B. Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen und /oder somatische wie z.B. Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen) oder - stark eingeschränkte Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Alltagsaufgaben, oder - eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung, oder - eingeschränkte Wegefähigkeit. <p>²Die übrigen Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend. Kontraindikationen müssen ausgeschlossen werden.</p> <p>³Diese Verordnungen unterliegen § 9 der RL (Genehmigung von Soziotherapie).</p>	<p>≤ 40 vorliegt. ²Soziotherapeutische Leistungen für die Diagnosen F 07.0, F 07.1 und F 07.2 können insbesondere von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie falls erforderlich im Zusammenhang mit einer approbierten Psychotherapeutin oder einem approbierten Psychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung (einschließlich der neuropsychologischen Zusatzqualifikation) gemäß Anlage I Nr. 19 (Neuropsychologische Therapie) § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA verordnet werden.</p>
<p>Position PatV:</p>	<p>Position DKG/KBV/GKV-SV:</p>	
<p>(6) Soziotherapie setzt voraus, dass bei der oder dem Versicherten die in § 2 Absatz 2 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten langfristig beseitigt, vor einer Verschlimmerung behütet oder gelindert werden können und damit ein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.</p>	<p>(6) ¹Um das Ziel der Soziotherapie erreichen zu können, soll die Patientin oder der Patient über das hierzu notwendige Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. ²Dies ist nicht gegeben, wenn keine langfristige Verminderung der in § 2 Absatz 2 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.</p>	

§ 3 Leistungsinhalt

- (1) Soziotherapie umfasst die im Folgenden aufgeführten Leistungen, welche den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen.
- (2) Folgende Leistungen sind in jedem Fall zu erbringen.

der verordnende Arzt, der soziotherapeutische Leistungserbringer und die oder der Versicherte wirken bei der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans zusammen.

- b) Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen: Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen für die Patientin oder den Patienten gemäß dem soziotherapeutischen Betreuungsplan. Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer die Patienten zur Selbständigkeit anleiten und sie so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.
 - c) Arbeit im sozialen Umfeld: Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation der Patientin oder des Patienten und kann zur Unterstützung Familienangehörige und den Freundes- und Bekanntenkreis einbeziehen. Um die Therapieziele zu erreichen, kann er die Patientin oder den Patienten an komplementäre Dienste heranzuführen.
 - d) Soziotherapeutische Dokumentation: 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 dem verordnenden Facharzt über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend). Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu:
 - den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
 - dem Behandlungsverlauf und
 - den bereits erreichten bzw. den noch verbliebenen Therapie(teil-)zielen.
- (3) Folgende Leistungen können ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Patientenprobleme vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbracht werden.
- a) Motivations- (antriebs-) relevantes Training: Mit der Patientin oder dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten statt.
 - b) Training zur handlungsrelevanten Willensbildung: Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei ist Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten zu geben und eine selbständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung einzuüben.
 - c) Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung: Diese beinhaltet Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.
 - d) Hilfe in Krisensituationen: Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe, ggf. auch aufsuchend, zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation der Patientin oder des Patienten.

Position PatV:	Position GKV-SV/DKG/KBV:
<p>(4) Soziotherapie wird von soziotherapeutischen Leistungserbringern erbracht, welche mit den unter § 2 aufgeführten Indikationen schwerer psychischer Erkrankungen und den durch sie verursachten Beeinträchtigungen der Aktivitäten sachgerecht umgehen können und insbesondere ausreichende Erfahrungen bei der Erstellung individueller Behandlungs- und Rehabilitationspläne haben.</p> <p>Von einer solchen Erfahrung kann in der Regel ausgegangen werden bei Vorliegen</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer staatlich anerkannten Berufsausbildung in einem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege oder eines Hochschulabschlusses im Bereich Sozialarbeit oder Sozialpädagogik, - einer mindestens dreijährigen Berufspraxis im Bereich psychiatrischer Behandlung oder Hilfe zur Teilhabe im Sinne des SGB IX sowie - spezieller Kenntnisse bezüglich der regionalen gemeindepsychiatrischen Dienste. <p>Voraussetzung für die Leistungserbringung ist ein Vertragsabschluss nach § 132b SGB V, in denen der Nachweis für die o.g. Kenntnisse und Erfahrungen geregelt wird.</p>	<p>[keine Änderung]</p>

§ 4 Ärztliche Verordnung

- (1) ¹Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ²Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die im Folgenden aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. ³Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt muss in der Lage sein, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen.

Position DKG/PatV/GKV-SV:	Position B KBV:
<p>(2) ¹Folgende Fachärztinnen oder Fachärzte dürfen Soziotherapie verordnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin oder Facharzt für Neurologie • Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Fachärztin oder Facharzt für 	<p>⁴Die Verordnung von Soziotherapie dürfen daher Ärztinnen oder Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie zu führen.</p>

Stand: 24.02.2014

<p>Psychiatrie und Psychotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin oder Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie – fachgebunden. <p>²Die in der Richtlinie verwendeten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.</p>	
---	--

³Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.

Position KBV:	Position PatV:	Position GKV/DKG:
<p>[keine Änderung]</p>	<p>(3) Eine Verordnung zur Soziotherapie kann ferner bei Vorliegen einer Ermächtigung der Zulassungsausschüsse erfolgen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder - Fachärztinnen und Fachärzte (nach Absatz 2) der psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischer Dienste oder Suchtberatungsstellen. 	<p>(3) Eine Verordnung zur Soziotherapie kann ferner bei Vorliegen einer Ermächtigung der Zulassungsausschüsse erfolgen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder - Fachärztinnen und Fachärzte (nach Absatz 2) der psychiatrischen Institutsambulanzen.

(4) Andere Vertragsärztinnen und -ärzte können Patienten zu einer Ärztin oder einem Arzt überweisen, der gemäß Absatz 1 bis 3 qualifiziert ist, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei dieser oder diesem Versicherten eine der in § 2 beschriebenen Indikationen vorliegt und sie oder er aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

(5)¹Kommt die überweisende Ärztin oder der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass die oder der Versicherte nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann ein soziotherapeutischer Leistungserbringer per Verordnung hingezogen werden. ¹Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck („Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung bei Soziotherapie gem. § 37a SGB V“).

(6) ¹Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. ²Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. ³Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Absatz 1 bis 3 kommt.

- (7) ¹Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patientin oder der Patient die Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt nach Absatz 1 bis 3 wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Psychotherapie durch eine Ärztin oder einen Arzt nach Absatz 1 bis 3, sind die maximal drei vom psychotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig. ²Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem oben genannten Vordruck.

§ 5 Leistungsumfang

- (1) ¹Die Dauer und die Frequenz der psychotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. ²Es können bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitrahmens von höchstens drei Jahren erbracht werden. ³Unter einem Krankheitsfall im Sinne dieser Richtlinie ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in § 2 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen. ⁴Soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, kommt nach Ablauf von drei Jahren erneut die Gewährung von Psychotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.
- (2) ¹Vor der ersten Verordnung nach § 4 Absatz 1 bis 3 können bis zu 5 Probestunden verordnet werden, die auf diese Verordnung angerechnet werden. ²Die Verordnung von Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit der Patientin oder des Patienten und Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplans kann maximal zweimal pro Jahr für eine Versicherte oder einen Versicherten erfolgen. ³Verordnungen gemäß § 4 Absatz 1 bis 3 können jeweils bis maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden. ⁴Verordnet werden dürfen nur so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.
- (3) ¹Eine Psychotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. ²Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. ³Dies ist in der psychotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
- (4) ¹Psychotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. ²Psychotherapie kann in Absprache von Ärztin oder Arzt und psychotherapeutischem Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. ³Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Teilnehmer umfassen. ⁴Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Psychotherapieeinheit 90 Minuten. ⁵Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Psychotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.

§ 6 Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle

- (1) ¹Die Ärztin oder der Arzt unterstützt die Patientin oder den Patienten bei der Auswahl des geeigneten psychotherapeutischen Leistungserbringers gemäß § 132b SGB V. ²Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nimmt Kontakt mit dem psychotherapeutischen Leistungserbringer auf und bespricht die Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung.
- (2) Im psychotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein:
- Anamnese
 - Diagnose
 - aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen der Patientin oder des Patienten und Schweregrad gemäß GAF
 - plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel)

Stand: 24.02.2014

- die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen
- die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen
- Prognose

(3) ¹Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. ²Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass die Patientin oder der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abzubrechen. ³Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. ⁴Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt teilt dies unverzüglich unter Angabe der Gründe der Krankenkasse mit.

§ 7 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

- (1) Informiert ein Krankenhaus die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt gemäß § 4 Absatz 1 bis 3 über die Möglichkeit, eine Versicherte oder einen Versicherten vorzeitig zu entlassen, ist ggf. unter Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Verordnung von Soziotherapie erfüllt sind.
- (2) Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Behandlungsplan nicht möglich macht, umfasst die Soziotherapie auch den Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.

§ 8 Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer

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

§ 9 Genehmigung von Soziotherapie

Position DKG/PatV/GKV-SV:		Position KBV:
<i>[keine Änderung]</i>		(1) Verordnungen von Soziotherapie bei denen unter § 2 Absatz 4 genannten Indikationen bedürfen keiner Genehmigung; der soziotherapeutische Behandlungsplan ist zu erstellen.
Position GKV-SV/DKG:	Position PatV:	Position KBV:
(1) ¹ Mit Ausnahme der Verordnung nach § 4 Absatz 5 und 6 (bis zu 3 Stunden) bedarf jede Verordnung von	(1) ¹ Mit Ausnahme der Verordnung nach § 4 Absatz 5 und 6 (bis zu 3 Stunden) sowie nach § 5 Absatz 2 (5	(2) ¹ Jede Verordnung von Soziotherapie gemäß § 2 Absatz 5 der Richtlinie bedarf der vorherigen Genehmigung

Stand: 24.02.2014

Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse der oder des Versicherten.	Stunden) bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse der oder des Versicherten.	durch die Krankenkasse.
--	--	-------------------------

²Dazu ist der soziotherapeutische Behandlungsplan vorzulegen. ³Wurden Probestunden verordnet, ist bei der ggf. folgenden Verordnung von Soziotherapie der soziotherapeutische Behandlungsplan zusammen mit der Verordnung für die Probestunden vorzulegen.

Position DKG/PatV/GKV-SV:	Position KBV:
(2) ¹ Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen.	(3) ¹ Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 2 Absatz 5 der Richtlinie mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen.

²Falls erforderlich, sind dem Medizinischen Dienst vom soziotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Behandlungsplan gemäß § 6 Absatz 2 zu übermitteln. ³Werden verordnete Soziotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren.

(3) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird."

Stand: 24.02.2014

II. Regelung zum Inkrafttreten

Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte

Stand: 26.02.2014

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie- Richtlinien: inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung

Vom **Beschlussdatum**

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1 Redaktionelle Änderungen	3
2.2 Änderung in § 1 – Grundlagen und Ziele (bisher Präambel und Nrn. 1 bis 7).....	3
2.3 Änderung in § 2 – Indikation, Therapiefähigkeit (bisher Nrn. 8 bis 12)	4
2.4 Änderung in § 3 – Leistungsinhalt (bisher Abschnitt III und Nrn. 13 bis 14.4)	7
2.5 Änderung in § 4 – Ärztliche Verordnung (bisher Nrn. 15 bis 16.3)	9
2.6 Änderung in § 5 – Leistungsumfang (bisher Nrn. 7 bis 22).....	9
2.7 Änderung in § 6 – Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle (bisher Nrn. 18 bis 20).....	9
2.8 Änderung in § 9	10
3. Würdigung der Stellungnahmen	10
4. Bürokratiekostenermittlung.....	10
5. Verfahrensablauf.....	11
6. Fazit.....	12
7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	13
7.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens	13
7.2 Eingegangene Stellungnahmen	13

Stand: 26.02.2014

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (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. Sie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 37a SGB V sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (soziotherapeutischer Leistungserbringer).

Die Richtlinie war vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Versorgungspraxis inhaltlich anzupassen. Die Formulierungen der bisherigen Soziotherapie-Richtlinien beruhten auf dem Richtlinien-Beschluss des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen aus dem Jahr 2001 (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung „Soziotherapie-Richtlinien“ vom 23. August 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 217 vom 21. November 2001).

Der G-BA hat sich seit 2006 eingehend mit der Versorgungssituation im Hinblick auf die Soziotherapie beschäftigt. Insbesondere hat er im Jahr 2007 eine Befragung zur Feststellung der Gründe für die Schwierigkeiten, Soziotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten, durchgeführt. Den vollständigen Evaluationsbericht mit Schlussfolgerungen in Bezug auf die Kernthesen der Evaluation und entsprechenden Handlungsempfehlungen für die Selbstverwaltungspartner sind im Internet unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/> [06.11.2013] abrufbar.

Der G-BA hatte in seiner Sitzung am 17. Januar 2008 ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation und auf Anregung der Patientenvertretung die Beratung von Aspekten der Soziotherapie gemeinsam mit denen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege beschlossen.

Darüber hinaus haben sich Vertreterinnen und Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des G-BA im August 2008 mit dem Bundesministerium für Gesundheit zum weiteren Vorgehen im Hinblick auf die praktische Umsetzung von Soziotherapie abgestimmt. Dabei wurde einhellig festgestellt, dass die Soziotherapie-Richtlinien des G-BA keine Ursache für die unzureichende Etablierung der Leistung in der Versorgungspraxis bildeten. Mit Blick auf den G-BA wurde in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der o.g. Evaluation einzig die mögliche Erweiterung der Indikationen für die Verordnung von Soziotherapie für diskussionswürdig gehalten. Im Ergebnis des Gesprächs kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer überein, dass die Problematik zunächst auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Bezug auf bestehende Handlungsmöglichkeiten von dieser Seite thematisiert werden soll. Bis zu einer Rückmeldung der Obersten Landesbehörden, so einigte sich der zuständige Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA, sollten die Beratungen im G-BA zunächst ruhen.

In ihrem Bericht vom 15. März 2010 bestätigten die Obersten Landesbehörden schließlich die bisherigen Erkenntnisse. Auf dieser Grundlage hat der Unterausschuss Veranlasste Leistungen in seiner Sitzung am 12. April 2010 bzw. 6. Oktober 2010 beschlossen, die eigenen Beratungen fortzusetzen, sobald die erforderlichen aktuellen Daten für eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung der Soziotherapie bzw. zu erwartende aktuelle Studienergebnisse vorliegen.

Mit Schreiben vom 17. November 2011 hat die Patientenvertretung nach § 140f SGB V einen Antrag auf inhaltliche sowie klarstellende Änderungen der ST-RL sowie Genderung und Anpassung an die Paragrafenform gestellt.

Die inhaltlichen Richtlinienänderungen beruhen insbesondere auf der am 23. April 2013 durchgeführten Expertenanhörung (siehe im Einzelnen unter 2.).

Stand: 26.02.2014

Durch Verwendung geschlechtlicher Paarformen setzt die Neufassung der Richtlinie den Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern entsprechend dem Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 um. Ferner wird dem Beschluss des G-BA nach § 91 Absatz 2 SGB V vom 21. Juni 2005 Rechnung getragen, indem die Bezeichnung der Richtlinie im Singular erfolgt, der G-BA als Normgeber angegeben und eine Inhaltsübersicht der Richtlinie vorangestellt wird sowie eine Untergliederung der Richtlinie nach einem einheitlichen Muster unter Benennung von Paragraphen, Absätzen und Sätzen erfolgt.

Vor Entscheidungen des G-BA über die Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien sind gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7c SGB V den hierzu berechtigten Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung und nach § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (1. Kapitel § 10 Absatz 1 SATZ 3 VerFO). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Redaktionelle Änderungen

Wesentliche redaktionelle Änderungen betreffen die sprachliche Gleichbehandlung von Frauen und Männern. Nach dem Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 soll bei der Abfassung von Richtlinien dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern möglichst durch Verwendung geschlechtlicher Paarformen Rechnung getragen werden. Der G-BA hat die Möglichkeiten einer lesbaren und verständlichen Formulierung der Richtlinie geprüft und geschlechtliche Paarformen eingefügt.

Weitere Änderungen betreffen die äußere Umgestaltung der Richtlinie hinsichtlich einer Gliederung nach Abschnitten, Paragraphen, Absätzen und Sätzen. Die ehemaligen Abschnittsüberschriften (I. bis VII.) wurden bis auf wenige Ausnahmen nahezu wortgleich in die neuen Paragraphenüberschriften übernommen. Dabei sind zur leichteren thematischen Orientierung neue Unterteilungen in Form der §§ 3 und 6 bis 8 hinzugekommen. Bisherige Nummern wurden als neue Absätze den Paragraphen entsprechend der bisherigen Anordnung und Reihenfolge zugeordnet.

Bisher vorhandene Verweise auf Nummern von Formularmustern wurden im Richtlinientext gestrichen, da diese Muster jeweils Ergebnis von Verhandlungen der Vertragspartner und daher vorausgesetzt werden kann, dass diese den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bekannt sind.

2.2 Änderung in § 1 – Grundlagen und Ziele (bisher Präambel und Nrn. 1 bis 7)

Zur Präzisierung der Antrags- und Genehmigungspraxis bedurfte es einer Klarstellung durch Ergänzung eines zweiten Satzes in § 1 Absatz 3 (bisher Nr. 2).

Position KBV/PatV:

Der neue Satz 5 dient der Abgrenzung zwischen Soziotherapie und psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege.

Stand: 26.02.2014

2.3 Änderung in § 2 – Indikation, Therapiefähigkeit (bisher Nrn. 8 bis 12)

Gemäß § 37a SGB V soll die Soziotherapie Versicherte erreichen, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Für den Leistungsanspruch ist daher primär darauf abzustellen, ob es wegen der schweren psychischen Erkrankung zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten gekommen ist. Diese auszugleichen ist Ziel der Soziotherapie.

Vor diesem Hintergrund wurde die Reihenfolge der die Indikation ausfüllenden Kriterien umgestellt: Nach Absatz 1 (bisher Nr. 8) werden in Absatz 2 (bisher Nr. 10) die Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), in Absatz 3 (bisher Nr. 11) das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität und in Absatz 4 (bisher Nr. 9) die Diagnosen beschrieben.

Zu Absatz 2 – Beeinträchtigung der Aktivitäten (bisher Nr. 10)

Der Begriff der Fähigkeitsstörungen wird unter Berücksichtigung der ICF vom Begriff der Beeinträchtigung der Aktivitäten abgelöst.

Zu Absatz 3 – Ausmaß der Beeinträchtigung (bisher Nr. 11)

Die Formulierung zum Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität wurde dem oben beschriebenen Verständnis zur Indikation angepasst.

Die *Global Assessment of Functioning* (GAF)-Skala ist eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen (vgl. Pedersen G, Karterud S.; *The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale; Comprehensive Psychiatry* 2012). Darüber hinaus ist die GAF-Skala integraler Bestandteil innerhalb der Achse V des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) DSM-IV. Als valides Instrument sollte die GAF-Skala daher zur Abschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität herangezogen werden. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen werden nicht in die GAF-Skala einbezogen (vgl. Saß, H., Wittchen h.U., et al., *Diagnostische Kriterien – DSM-IV-TR; göttingen* 2003, S. 48). Als alleiniges Instrument zur Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivität ist die GAF-Skala daher nicht geeignet. In Verbindung mit der Gesamteinschätzung durch den Facharzt sollte sie aber weiterhin ergänzend und zur Orientierung herangezogen werden (vgl. Expertenanhörung in der AG Soziotherapie-pHKP – 3. Amtsperiode (Juli 2012 - Juni 2018) – am 23. April 2013). Die von der AG Soziotherapie-pHKP angehörten Experten kamen des Weiteren übereinstimmend zur Empfehlung, dass bei Werten 50 – 41 auf der GAF-Skala auch die Fähigkeit, ärztliche oder ärztlich verordnete Behandlung in Anspruch zu nehmen, nachhaltig beeinträchtigt sein könne. Daher ist als Orientierungswert für die Indikation der Soziotherapie gemäß § 2 Absatz 3 ST-RL ein Orientierungswert von 40 (höchstens <50) auf der GAF-Skala in die ST-RL zu implementieren, da er nach der der AG vorliegenden Evidenzlage am besten geeignet ist, die Patienten, die einer Soziotherapie im Sinne der Richtlinie bedürfen, zu identifizieren. Darüber hinaus kommt es infolge der Wirkung von Soziotherapie auch zu Werten, die deutlich über dem bisher zulässigen Wert von 40 liegen, die sich aber bei Abbruch der Behandlung wieder verschlechtern könnten.

Zu Absatz 4 und Absatz 5 – Diagnosen (bisher Nr. 9) und Öffnungsklausel (neu)

Position PatV:

§ 37a Absatz 2 Nr. 1 SGB V sieht vor, dass die Soziotherapie-Richtlinie einen Katalog der Krankheitsbilder aufstellen soll, bei denen im Regelfall eine Soziotherapie erforderlich ist. Mit der gesetzlichen Formulierung „im Regelfall“ wird klargestellt, dass es „sich um keinen abschließenden Katalog [handelt], sondern um eine Aufzählung der Indikationen, bei denen Soziotherapie regelmäßig angewandt werden sollte.“ (BT-Drs. 14/1245, Begründung zu GKV-Gesundheitsreform 2000, S. 66). Es ist daher möglich, dass neben den dort genannten Indikationen auch bei andere Erkrankungen, die ähnliche Störungen hervorrufen, ein Anspruch auf Soziotherapie gegeben ist (jurisPK-SGB V-Padé, § 37a SGB V, Rn. 17).

Aus der Diagnose lässt sich grundsätzlich der Schweregrad der psychischen Erkrankung nicht ableiten (siehe auch: Krankheitsverständnis nach ICF). Bei F-Diagnosen mit leichtem Verlauf oder mit akuten Zuständen ergibt sich der Anspruchsausschluss aus den Kriterien ‚Krankenhausvermeidung‘ und ‚nicht in der Lage, ärztliche ... Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen‘. Der Begriff der Krankheitsbilder im § 37a SGB V darf nicht mit dem Begriff „Diagnose“ verwechselt werden. Das Krankheitsbild ergibt sich aus dem Gesamtumstand der Erkrankung und den daraus resultierenden individuell spezifischen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Daher soll der Diagnosenkatalog grundsätzlich geöffnet sein. Ferner ist der bisher vollständige Ausschluss sämtlicher Diagnosen aus dem Bereichen F00-F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen), F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F40-F48 (Neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen), F50-F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren), F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen), F 80-F89 (Entwicklungsstörungen), F 90-F98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend) sowohl sachlich als auch mit Blick auf den Willen des Gesetzgebers nicht gerechtfertigt. Dies ergibt sich sowohl aus der Anhörung der Experten durch die AG Soziotherapie am 23. April 2013 als auch aus dem Umstand, dass sehr viele Krankenkassen (Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen und verschiedene AOK) in Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V Soziotherapie für einen sehr stark erweiterten Katalog von Indikationen und Diagnosen zulassen. Ferner ist zu bedenken, dass gerade in akuten schweren Krisen manche Patienten nicht in der Lage sind, eigenständig ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Außerdem ergeben sich aus der eingangs zitierten Evaluation des G-BA weitere Hinweise auf eine Erweiterung des Diagnosenkatalogs.

Position KBV:

Der Gesetzgeber hat in der Begründung zu § 37a SGB V dargelegt, dass schwer psychisch Kranke, soweit sie therapiefähig sind, berechtigt sind, Soziotherapie in Anspruch zu nehmen. Die Anspruchsberechtigung ist nicht alleine aufgrund einer bestimmten Diagnose gegeben, sondern bezieht insbesondere die Fähigkeitsstörung mit ein, so dass auf der Basis des Gesamtbildes beim Erkrankten eine Indikationsstellung für die Soziotherapie erfolgt. Insofern hat der Gesetzgeber wie folgt begründet: „Es handelt sich um keinen abschließenden Katalog, sondern um eine Aufzählung der Indikationen, bei denen Soziotherapie regelmäßig angewandt werden sollte.“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 14/1245, Begründung zu GKV-Gesundheitsreform 2000, S. 66).

Für die Fachärztinnen und Fachärzte in der vertragsärztlichen Versorgung gehört neben der F-Diagnose das Ausmaß der Beeinträchtigung der Aktivität zu den wesentlichen Indikatoren für die Verordnung von Soziotherapie. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass die zuständigen Fachärztinnen und Fachärzte neben den unter § 2 Absatz 4 genannten Diagnosen die Möglichkeit haben, im Rahmen einer Einzelfallregelung unter den unter § 2 Absatz 5 beschriebenen Bedingungen schwer psychisch Erkrankte mittels einer Soziotherapie in die Lage zu versetzen, ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen in

Stand: 26.02.2014

Anspruch zu nehmen.

Position GKV-SV/DKG:

Die bestehenden Diagnosen haben sich in der Praxis bewährt und sollen grundsätzlich unverändert bleiben. Auch der Evaluationsbericht des G-BA aus 2008 hat keine anderen Erkenntnisse hinsichtlich einer notwendigen Ausweitung von Diagnosen hervorgebracht. Dies gilt ebenfalls für die bisher durchgeführten Literaturrecherchen, die weder einen Nachweis gegen noch einen Nachweis für den Bedarf einer Indikationserweiterung ergeben haben. Im Rahmen der Beratungen hat der G-BA die Fachexpertise von Sachverständigen herangezogen. Die befragten Sachverständigen haben unterschiedliche Standpunkte hinsichtlich der einzuschließenden ICD-10-Diagnosen vertreten. Zum Teil wurde die Auffassung vertreten, dass die Verordnung von Psychotherapie bei bestimmten psychischen Erkrankungen sogar kontraindiziert sein könne, da insbesondere bei Neurosen, Borderline- und anderen Persönlichkeitsstörungen die Gefahr der Regression, einer Verschlechterung und Chronifizierung bestehe. Hingegen könne eine Verordnung im Einzelfall, z. B. für organisch begründete Störungen (aus der Diagnosegruppe F00-F09), Manien (aus der Diagnosegruppe F30-F39) und schwere Zwangserkrankungen (aus der Diagnosegruppe F40-F49), geboten sein. Daher wurde aufgrund fehlender Evidenz in Anlehnung an die eingeholte fachliche Expertise eine Öffnungsklausel erarbeitet, die eine Verordnung von Psychotherapie im Einzelfall auch für diese genannten Diagnosen ermöglichen soll.

Die ursprüngliche Formulierung in Absatz 4 bleibt daher bestehen. Als Absatz 5 wird eine Öffnungsklausel aufgenommen. In der Öffnungsklausel werden Diagnosen genannt, für die außerhalb des Regelfalls Psychotherapie verordnet werden kann, wenn ein GAF-Wert von kleiner gleich 40 gegeben ist und die Verordnung durch entsprechende Fachärzte erfolgt.

Zu Absatz 6 (bisher Nr. 12)

Position PatV:

Mit Hilfe der Psychotherapie soll gerade auch erreicht werden, Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit zu verbessern. Im Vordergrund für die Prüfung eines Leistungsanspruches steht daher nicht das Vorhandensein dieser Fähigkeiten, sondern die Frage, ob eine langfristige Verminderung der in Absatz 2 aufgeführten Aktivitätsbeeinträchtigungen und ein längerfristiges Erreichen der psychotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

Da die jetzige Formulierung die Gewichtung verdreht, ist hier eine Klarstellung erforderlich. Das Kriterium der „Belastbarkeit“ ist entbehrlich.

Position DKG/KBV/GKV-SV:

Die drei Begrifflichkeiten (Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit) wurden relativiert.

Stand: 26.02.2014

2.4 Änderung in § 3 – Leistungsinhalt (bisher Abschnitt III und Nrn. 13 bis 14.4)

In Absatz 2 (bisher Nr. 13 ff.) wurde unter d) (bisher Nr. 13.4) im zweiten Halbsatz eine Berichtspflicht des Leistungserbringers der Soziotherapie gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnendem Arzt ergänzt. Hierdurch soll die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte mit Therapeutinnen und Therapeuten im Interesse der kontinuierlichen Patientenversorgung auch bereits in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden.

Zu § 3 Absatz 4 (neu): Qualitative Erbringung der Leistung

Position PatV:

Gemäß § 37a Absatz 2 Nr. 2 SGB V regelt der G-BA in seinen Richtlinien zur Soziotherapie u.a. Ziele und Inhalt der Soziotherapie. Die Vorgaben des G-BA müssen zum Ziel haben, die festgelegten Therapieziele und Inhalte der Leistungen zu sichern. Dabei ist die vom BMG unter dem 03.05.2011 übermittelte Rückmeldung der AOLG AG Psychiatrie zu berücksichtigen und übertriebene Hürden für die Leistungserbringer sind zu vermeiden. Diese Auffassung wird bestätigt durch die Evaluation des G-BA (2008) sowie durch den Aufsatz von Rössler, W. und Melchinger, H., Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V ist gescheitert, in: Psychiatrische Praxis 2012, 39, 106-108. „Das Scheitern der Soziotherapie war durch 2 Bedingungen vorprogrammiert: durch unrealistisch hohe Ansprüche an die Qualifikations- und Erfahrungsprofile der zuzulassenden Leistungserbringer und durch prohibitiv niedrige Vergütungssätze“ (a.a.O, S. 107). Diese Publikation ist vor dem Hintergrund der Autoren besonders zu gewichten, von denen einer zu den wichtigsten Versorgungsforschern im Bereich der psychiatrischen Versorgung gehört.

Mit seinen Vorgaben für die Ausübung der Soziotherapie durch soziotherapeutische Leistungserbringer für den Regelfall sichert der G-BA nun die qualitative Erbringung der Leistungsinhalte der Soziotherapie, ohne allerdings in der Vertragsfreiheit der Krankenkassen einzugreifen oder auszuschließen, dass auch andere Berufsgruppen als Vertragspartner in Frage kommen können.

Anders als bei vielen anderen nichtärztlichen Leistungserbringern nach §§ 124ff. SGB V gibt es für Soziotherapeuten kein gesetzlich festgelegtes Berufsbild. Soziotherapie kann von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen, wie z.B. Kranken- oder Altenpflegern, Sozialarbeitern oder Soziopädagogen erbracht werden. Ihre Berufsausübung als Soziotherapeut wird bislang jedoch ausschließlich durch untergesetzliche Regelungen und Verträge nach § 132b SGB V geregelt.

Mit dem GKV-WSG vom 26. März 2007 wurde § 132b Absatz 2 SGB V aufgehoben, wonach die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie festlegten. Konnte man bei dieser Ermächtigungsnorm noch davon ausgehen, dass sie in Hinblick auf die zu treffenden Empfehlungen hinreichend konkret war, so begegnete die Umsetzung der gemeinsamen Empfehlungen dennoch in Hinblick auf Artikel 12 GG bereits Kritik in der Rechtsliteratur aufgrund der enthaltenen Beschränkung auf bestimmte Berufsgruppen (vgl. Hauck/Noftz SGB V, K § 132b, Rz. 4).

Mit dem Wegfall des § 132b Absatz 2 SGB V haben die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen ihre grundlegende Bedeutung für die Festlegung der beruflichen Anforderungen für Leistungserbringer/innen der Soziotherapie verloren. § 132 SGB V ermächtigt die Krankenkassen, unter Berücksichtigung der ST-RL mit „geeigneten Personen oder Einrichtungen“ Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie zu schließen, soweit dies für die Versorgung notwendig ist. Eine hinreichend bestimmte Ermächtigung zur Regelung der Berufsausübung ist nicht gegeben. Dennoch enthalten die Verträge weiterhin eine abschließende Liste möglicher Leistungserbringer oder verweisen

Stand: 26.02.2014

weiterhin auf die gemeinsamen Empfehlungen mit der Folge hoher Hürden für mögliche Leistungserbringer.

Position GKV-SV/DKG/KBV:

Die Regelungen von Qualifikationsanforderungen an soziotherapeutische Leistungserbringer liegen außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA. Diese Auffassung wird auch durch das BMG in seiner Stellungnahme vom 15.10.2013 vertreten. Hierzu führt das BMG schriftlich folgendes aus:

- Vom Wortlaut des § 37a Absatz 2 SGB V, der detaillierte Vorgaben enthält, welche Regelungen der G-BA in den Richtlinien zur Soziotherapie zu treffen hat, werden Regelungen zur Qualifikation der Leistungserbringer nicht erfasst. Auch daraus, dass diese Aufzählung nicht abschließend ist ("insbesondere"), ergibt sich kein anderer Sachverhalt. Die Aufzählung in § 37a Absatz 2 Nummer 1 – 5 SGB V richtet sich an die verordnenden Ärzte. Insofern kann der G-BA weitere Regelungen für die verordnenden Ärzte treffen. Wenn der Gesetzgeber jedoch gewollt hätte, dass der G-BA auch Regelungen für die ausführenden Leistungserbringer festlegt, hätte er dies in § 37a SGB V ausdrücklich aufnehmen müssen.
- Zu berücksichtigen ist, dass die Anforderungen an die Leistungserbringer (bei identischer Fassung des § 37a Absatz 2 SGB V) bis zum 30. Juni 2008 gemeinsam und einheitlich von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt wurden. Mit dem GKV-WSG wurde die entsprechende Vorschrift des 132b Absatz 2 SGB V ersatzlos gestrichen. Die Gesetzesbegründung führt hierzu aus, dass auf eine einheitliche Empfehlung zu den Anforderungen an die Leistungserbringer von Soziotherapie verzichtet wird und, dass diese Streichung auf eine „Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen“ abzielt. Eine Regelung der Qualifikationsanforderungen für Leistungserbringer durch den G-BA würde jedoch diese Gestaltungsmöglichkeiten einengen und insofern in die Vertragskompetenz der Krankenkassen eingreifen. Für einen entsprechenden Willen des Gesetzgebers liegen keine Anhaltspunkte vor.
- Eine allgemeine Kompetenz des G-BA, Qualifikationsanforderungen für Leistungserbringer festzulegen (insbesondere für solche, die nicht selbst im G-BA vertreten sind), kann dem § 92 Absatz 1 SGB V hier jedenfalls deshalb nicht entnommen werden, weil es mit § 37a SGB V eine Sonderregelung für den Inhalt der Richtlinien zu Soziotherapie gibt.
- Gemäß § 137 Absatz 1 SGB V bestimmt der G-BA verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser. Leistungserbringer von Soziotherapie sind keine Vertragsärzte, sondern in der Regel Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen oder Fachpfleger/innen. Dieser Personenkreis ist nicht vom Begriff der vertragsärztlichen Versorgung in § 137 Absatz 1 SGB V umfasst.
- Hinzu kommt, dass die Berufsgruppen, deren Berufsausübung von den Qualitätssicherungsanforderungen des G-BA maßgeblich betroffen werden, grundsätzlich entweder im G-BA mit Stimmrecht vertreten (Ärzte und Psychotherapeuten) oder zumindest gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V mitberatend beteiligt sind (z.B. Pflege). Die Leistungserbringer von Soziotherapie sind nicht von § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V erfasst. Ihnen ist vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, die sich vorrangig auf die verordnenden Ärzte beziehen, lediglich gemäß § 92 Absatz 7c SGB V ein Stellungnahmerecht eingeräumt.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass aufgrund der Nichtzuständigkeit des G-BA eine inhaltliche Beratung des Vorschlags der PatV in der Arbeitsgruppe nicht stattgefunden hat.

Stand: 26.02.2014

2.5 Änderung in § 4 – Ärztliche Verordnung (bisher Nrn. 15 bis 16.3)

Zur Förderung der Übersichtlichkeit umfasst der neue § 4 die Regelungen zur Ärztlichen Verordnung, während die Regelungen zum Leistungsumfang in einen neuen § 5 gefasst werden.

Zu Absatz 2 (bisher unter Nr. 15)

Die in Absatz 2 genannten Facharztbezeichnungen wurden unter Berücksichtigung der Fachärztinnen und Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und der Fachärztinnen und Fachärzte für psychosomatische Medizin aktualisiert und orientieren sich an der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Zu Absatz 3 (neu)

Position PatV:

Da die ST-RL die Verordnung von Soziotherapie bislang auf vertragsärztliche Fachärzte beschränkt hat, konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst bei mangelnder Sicherstellung der Soziotherapie keine Anträge zur Verordnung von Soziotherapie von Fachärzten anderer Stellen genehmigen. Im neuen Absatz 3 werden die Verordnungsmöglichkeiten daher nun erweitert auf ermächtigte Fachärzte in Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten oder in Suchtberatungsstellen oder ermächtigte Institutsambulanzen. Diese Erweiterung ist erforderlich, um den Weg für eine Soziotherapie für Patientinnen und Patienten zu erleichtern, die z. B. dem sozialpsychiatrischen Dienst bekannt sind, aber erkrankungstypisch weniger dem niedergelassenen Vertragsarzt. Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei bestimmten schweren Erkrankungen der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung erschwert ist und die Vertragsärzte in manchen, z. B. ländlichen Regionen nicht im notwendigen Umfang zur Verfügung stehen oder auch die Voraussetzung der Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen nicht erfüllen. Diese Voraussetzung erfüllen jedoch in der Regel die Sozialpsychiatrischen Dienste, Suchberatungsstellen sowie auch Institutsambulanzen.

Mindestens ist ermächtigten Fachärzten dieser Institutionen die Möglichkeit zur Verordnung der drei probatorischen Therapieeinheiten gemäß der Absätze 5 und 6 einzuräumen.

Position GKV-SV/DKG:

Im neuen Absatz 3 sind die Verordnungsmöglichkeiten auf psychiatrische Institutsambulanzen bzw. deren Fachärztinnen und Fachärzte erweitert worden.

2.6 Änderung in § 5 – Leistungsumfang (bisher Nrn. 7 bis 22)

Satz 2 in Absatz 1 (bisher Nr. 17) wurde zur Klarstellung des Leistungsumfangs umformuliert. Zudem wurde ein Satz 4 eingefügt. Die Klarstellung war geboten. Offenbar ist die bisherige Regelung missverständlich (vgl. BSG 20.04.2010 SozR 4-2500 § 37a Nr. 1). Der letzte Satz der Neufassung ist wörtlich übernommen aus dem vorgenannten Urteil, zit. nach juris, dort Rz. 17.

2.7 Änderung in § 6 – Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle (bisher Nrn. 18 bis 20)

Zur Förderung der Übersichtlichkeit wurde eine neue Überschrift in Form des § 6 eingefügt. In Absatz 2 (bisher Nr. 19.1) wurde unter dem 4. Spiegelstrich klargestellt, dass eine Darstellung der Therapieziele im Therapieplan plausibel zu erfolgen hat und nicht bereits ein Nachweis aufgrund einer Prognose zu führen ist. Die Klarstellung war daher erforderlich.

Stand: 26.02.2014

2.8 Änderung in § 9

Position KBV:

In weiten Teilen der Bundesrepublik wird der gesetzliche Auftrag gemäß § 37a SGB V nach wie vor aus den verschiedensten Gründen (z. B. Zulassungsbedingungen für die Soziotherapeuten, hoher bürokratischer Aufwand für die Vertragsärzte im Rahmen des Genehmigungsverfahrens) nicht umgesetzt.

Die Zunahme der ambulanten Versorgung von psychisch Erkrankten (auch vor dem Hintergrund des Gebots der Teilhabe gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention) und die geringe Inanspruchnahme von Soziotherapie begründen die Vereinfachung des Verfahrens im Sinne eines Wegfalls eines Genehmigungsverfahrens bei den unter § 2 Absatz 4 eindeutig festgelegten Diagnosen (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24 (induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)).

Dem gegenüber soll ein Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen im Rahmen der Einzelfallregelung unter § 2 Absatz 5 bestehen bleiben.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Platzhalter]

4. Bürokratiekostenermittlung

Es ist davon auszugehen, dass sich durch die vorgesehene Änderung der Richtlinie die Anzahl von Soziotherapie-Verordnungen erhöht. Das Ausstellen von Verordnungen von Soziotherapie als Teil der veranlassten Leistungen ist in § 25a Bundesmantelvertrag-Ärzte als vertragsärztliche Leistung abstrakt-generell geregelt. Hieraus wird einerseits unbeschadet der möglichen quantitativen Veränderungen die Position vertreten, dass keine neuen Informationspflichten begründet werden und demzufolge auch keine darstellungspflichtigen Bürokratiekosten entstehen, weil keine neue Leistung implementiert wird. Andererseits wird die Position vertreten, dass durch die quantitativen Veränderungen relevante Bürokratiekosten entstehen.

Stand: 26.02.2014

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
17.01.2008	G-BA	Beschluss über die gemeinsame Beratung der Aspekte der Soziotherapie mit solchen der pHKP auf der Basis des Evaluationsberichtes des G-BA aus 2007 über die Ursachen der Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie
21.10.2008	UA VL	Durch Gespräch mit dem BMG initiierte Zurückstellung der Beratungen zur Soziotherapie und pHKP aufgrund laufender Beratungen und Erhebungen der Obersten Landesbehörden
12.04.2010	UA VL	Bericht der Obersten Landesbehörden zur Umsetzung der ambulanten Soziotherapie nach § 37a SGB V in den Ländern vom 15. März 2010; Datenerhebung für eine erforderliche Bestandsaufnahme
06.10.2010	UA VL	Einrichtung einer AG Soziotherapie-pHKP (AG SozTh/pHKP) und Beauftragung zur Aufnahme der Beratungen zu erforderlichen Änderungen der ST-RL nach Vorliegen vollständiger Daten und von Studienergebnissen
26.05.2011	AG SozTh/pHKP	Bestandsaufnahme über die Umsetzung der Soziotherapie und der pHKP aufgrund vorgelegter Statistiken und Daten; Abwarten von Studienergebnissen
17.11.2011		Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V auf inhaltliche sowie klarstellende Änderungen der ST-RL sowie Genderung und Anpassung an die Paragrafenform
02.12.2011	UA VL	Beauftragung der AG Soziotherapie-pHKP zur Beratung der von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Änderungen unabhängig vom Vorliegen von Studienergebnissen
18.04.2012 bis 05.03.2013	AG SozTh/pHKP	Vier Sitzungen der AG Soziotherapie-pHKP zur Beratung vorgelegter Statistiken, der von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Änderungen und von Studienergebnissen; Durchführung einer systematischen Recherche
18.03.2013	UA VL	Beschluss über die Durchführung einer Expertenanhörung auf Anregung der AG Soziotherapie-pHKP; Bestellung von Sachverständigen
23.04.2013	AG SozTh/pHKP	Durchführung der Expertenanhörung
12.08.2013 bis 04.11.2013	AG SozTh/pHKP	Drei Sitzungen der AG Soziotherapie-pHKP zur Auswertung der Expertenbefragung und Beratung von Richtlinien-Änderungen; weitere Durchführung einer systematischen Recherche

Stand: 26.02.2014

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
12.02.2014	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien
TT.MM.JJJJ	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA VL	<ul style="list-style-type: none">• Abschluss der vorbereitenden Beratungen• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, tragende Gründe, ZD)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

6. Fazit

[Platzhalter]

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Stand: 26.02.2014

7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind in der Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

7.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der G-BA hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 7c SGB V sowie § 91 Absatz 5 und 5a SGB V vor seiner Entscheidung über eine Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 23. August 2001 einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer der Psychotherapieversorgung, der Bundesärztekammer sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur beabsichtigten Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie Stellung zu nehmen (TT. Monat JJJJ bis TT. Monat JJJJ). Den angeschriebenen Organisationen wurden die Tragenden Gründe anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens als Erläuterung übersandt.

7.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen / Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	TT.MM.JJJJ	
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Absatz 5a SGB V	TT.MM.JJJJ	
Maßgebliche Organisationen der Leistungserbringer der Psychotherapieversorgung gemäß § 92 Absatz 7c SGB V		
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	TT.MM.JJJJ	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	TT.MM.JJJJ	
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.	TT.MM.JJJJ	
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	TT.MM.JJJJ	
Aktion Psychisch Kranke – Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.	TT.MM.JJJJ	
Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.	TT.MM.JJJJ	
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	TT.MM.JJJJ	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	TT.MM.JJJJ	
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	TT.MM.JJJJ	

5. Eingegangene Stellungnahmen

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker e.V.

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk@psychiatrie.de
apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/apk
www.apk-ev.de

Per Mail an st-rl@g-ba.de

27.03.2014

Betr.: Stellungnahme zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir. Anbei übersende ich Ihnen die Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke.

Ulrich Krüger
Geschäftsführer

Vorstand:
Peter Weiß, MdB, Vorsitzender, Berlin
Prof. Dr. Andreas Heinz, stellv. Vorsitzender, Berlin
Regina Schmidt-Zadel, stellv. Vorsitzende, Ratingen
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Schatzmeister, Wiesbaden
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Köln †

Dr. Martina Bunge, MdB, Berlin
Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ulm
Maria Klein-Schmeink, MdB, Berlin
Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen
Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel
Dr. Erwin Lotter, MdB, Berlin

Matthias Rosemann, Berlin
Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald
Dr. Marlies Volkmer, MdB, Berlin
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn (BLZ 370 501 98) Konto-Nr. 11 702 867

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.

Stellungnahme zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (27.03.2014)

Die Aktion Psychisch Kranke führte in den Jahren 1992 bis 1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) das Projekt „Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischen Versorgung“ durch¹. Die dazu gebildete Expertenkommission stellte als strukturellen Mangel heraus, dass einige Leistungen, die gemäß Psych-PV Bestandteil von psychiatrischer Krankenhausbehandlung sind, in der ambulanten Versorgung leistungsrechtlich nicht vorgesehen sind. Dazu gehörte die Soziotherapie. In diesem Zusammenhang wurde auch herausgestellt, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen oft koordinierte multiprofessionelle Komplexleistungen benötigen. Da diese nur im Krankenhaus angeboten wurden, bestand ein falscher Anreiz zur Inanspruchnahme von stationärer und teilstationärer Behandlung. Dies sollte durch ambulante Komplexleistungen unter Einschluss der Leistung ‚Soziotherapie‘ ausgeglichen werden, um dadurch für psychisch kranke Menschen, die Komplexleistungen benötigen, eine ambulante Behandlungsalternative zu schaffen und somit Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu reduzieren. Eine anschließende modellhafte Erprobung der ambulanten Soziotherapie bestätigte diese Einschätzung².

Der Gesetzgeber beschloss in der GKV-Gesundheitsreform 2000 daraufhin die Einführung der Ambulanten Soziotherapie in § 37a SGB V und schätzte die erwarteten Kostenfolgen für das Jahr 2000 auf ca. 65 Mio Euro und ab dem Jahr 2001 auf ca. 128 Mio Euro/Jahr. Die tatsächliche Entwicklung blieb weit hinter diesen Erwartungen zurück. Daher beauftragte das BMG die Aktion Psychisch Kranke zu einer Evaluation der Umsetzung des § 37a SGB V. Die Evaluation wurde 2005 vorgelegt.³ Die darin festgestellten Entwicklungshemmnisse sowie die Empfehlungen zur optimierten Umsetzung des § 37a SGB V sind weitgehend noch aktuell.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Soziotherapie-Richtlinien problematisiert und Änderungsvorschläge vorgelegt.⁴

Vor diesem Hintergrund begrüßt die APK, dass der G-BA die Soziotherapie-Richtlinien ändern will. Allerdings wird eine Optimierung der Richtlinien allein nicht ausreichend sein, um den fachlich gebotenen bedarfsgerechten Ausbau der Ambulanten Soziotherapie zu erreichen.

¹ Siehe: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band I – Bericht zum Forschungsprojekt, Band II, Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung; Schriftenreihe des BMG Band 116/I und 116/II, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1998/1999

² Siehe: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Ambulante Soziotherapie, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 115, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1998

³ Siehe: <http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=8>

⁴ Siehe Seite 15 bis 21 des Evaluationsberichts; Fundstelle siehe Fußnote 3

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.

Zu den vorgelegten Änderungsvorschlägen:

§ 1 Abs. 3 (neu)

Einfügung: „Sie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat.“

Kommentar:
sinnvolle Klärung.

§ 1 Abs. 3 (neu)

Einfügung: „Eine krankenflegerische Leistung im Sinne einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist an den Vorgaben der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), Nr. 27 a des Leistungskataloges, auszurichten.“

Kommentar: unschädlicher, aber in diesem Zusammenhang verzichtbarer Hinweis

§ 2 Abs. 4 und 5

Kommentar:

Die bisherige Begrenzung des Anspruchs auf bestimmte Diagnosegruppen ist aus Sicht der APK weder fachlich noch rechtlich zu vertreten. Daher begrüßt die APK, dass alle Bänke eine Ausweitung des Diagnosespektrums befürworten. Allerdings halten DKG und KBV weiterhin an einer Einschränkung auf bestimmte Diagnosegruppen fest. Dies lehnt die APK ab. Eine Begrenzung auf nur einzelne schwere psychische Erkrankungen widerspricht dem Gesetz.

Im § 37a Abs.1 wird ein Anspruch für Versicherte mit schwerer psychischer Erkrankung begründet, wenn diese „nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen“ und wenn bei Ihnen (ohne ambulante Soziotherapie) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht.

Die Möglichkeit eines Ausschlusses ganzer psychiatrischer Diagnosegruppen lässt sich daraus nicht ableiten.

Auch aus der Aufgabenstellung des G-BA lassen sich keine Diagnoseausschlüsse begründen. Der G-BA soll gemäß § 37a Abs. 2 „die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist“ bestimmen. Daraus ergibt sich klar, dass dem G-BA keine Ausschluss-Kompetenz zukommt, sondern im Gegenteil die Beschreibung von Krankheitsbildern (nicht: Diagnosen), bei denen Soziotherapie regelhaft einzusetzen ist. Dies wird durch die Gesetzesbegründung noch einmal unterstrichen.

Auch fachlich lassen sich Diagnoseeinschränkungen nicht begründen. Grundsätzlich kann die Hauptfunktion der ambulanten Soziotherapie, die Krankenhausvermeidung, bei allen potentiellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhauspatienten wirksam werden. Da es bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung keinen einschränkenden Diagnosekatalog gibt, kann dieser auch bei der ambulanten Soziotherapie keinen Sinn ergeben. Bei jedem potentiellen oder realen Krankenhauspatient muss die Möglichkeit bestehen, Krankenhausbehandlung durch Ambulante Soziotherapie zu vermeiden, zu verkürzen oder zu ersetzen.

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.

Die APK unterstützt die Position der Patientenvertreter, die allen Versicherten mit einer psychischen Störung (Kapitel F ICD-X) einen Bedarf einräumen, sofern ihre Erkrankung schwer ist. Es ist ein sinnvoller Weg, dabei die Beeinträchtigungen der Aktivitäten / Fähigkeitsstörungen (ICF) als Leitkriterium abzustellen.

Die Position der PatV orientiert sich richtig am Gesetzestext und bezieht sich bei den Beeinträchtigungen auf die Einschränkung der Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen.

Dagegen formulieren GKV und DKG Leistungsausschlüsse. Dies erstaunt auch angesichts des Umstands, dass es für Soziotherapie im Rahmen der Behandlung durch Institutsambulanzen keine Diagnosebeschränkungen gibt.

Der Formulierungen von PatV und KBV erfüllen den gesetzlichen Auftrag und bestimmen, bei welchen Krankheitsbildern Soziotherapie im Regelfall erforderlich ist. Der Vorschlag von DKG und GKV formuliert Leistungsausschlüsse.

Im Vorschlag der KBV sollte das Kriterium „eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung“, das eher auf Bedarfe an Pflege nach SGB XI oder Hilfe zur Teilhabe hinweist, ersetzt werden durch „eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben“.

In den Vorschlägen von GKV/DKG und KBV werden für unterschiedliche Diagnosegruppen verschiedene GAF-Schwellenwerte benannt. Dies ist aus Sicht der APK fachlich nicht zu begründen und unpraktikabel.

§ 2 Abs. 6

Kommentar:

Ein „Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit“ und Absprachefähigkeit ist schwer zu definieren und sollte daher als Zugangskriterium entfallen.

Die APK unterstützt den Vorschlag der PatV, die Voraussetzung der Soziotherapie an die Erwartung einer Zielerreichung zu knüpfen. Ob die Erwartung erfüllt wird, lässt sich im Verlauf überprüfen. Zumindest die Erreichung des Ziels ‚Krankenhausvermeidung‘ lässt sich eindeutig feststellen und gilt als Ausschlusskriterium. Als weiteres Kriterium dient die Frage, ob im Rahmen der Soziotherapie therapeutische Kontakte zustande kommen.

§ 3 Abs. 4

Kommentar

Es besteht ein erheblicher Mangel an zugelassenen Soziotherapeutischen Leistungserbringern. Hier sind Maßnahmen dringend erforderlich.

Die APK erkennt jedoch keinen entsprechenden gesetzlichen Handlungsauftrag an den G-BA.

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.

§ 4 Abs. 3

Kommentar:

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) kommen gehäuft mit schwer psychisch kranken Menschen in Kontakt, die nicht selbständig in der Lage sind ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt z.B. für zuvor stationär behandelte Patienten oder psychisch Kranke, die ihm Rahmen von Krisenbehandlungen mit der PIA in Kontakt kommen. Eine Weiterleitung an niedergelassene Psychiater ist in vielen Fällen nicht möglich. Um diesen Patienten den Zugang zu Ambulanter Psychotherapie zu eröffnen, sollten die PIA und die Fachärzte in PIA Psychotherapie verordnen können, sofern die Behandlungsmöglichkeiten der PIA (einschließlich Psychotherapie durch die PIA) nicht ausreichen, um das Ziel der Krankenhausvermeidung zu erreichen.

Die Befugnis zur Verordnung von Psychotherapie sollte sich aus der Zulassung der PIA ergeben, weil zusätzliche Kriterien nicht geprüft werden brauchen (Fachlichkeit, Einbindung in Verbundstrukturen). Eine zusätzliche Ermächtigung zur Verordnung von Psychotherapie sollte nicht erforderlich sein. Die in den Positionen der PatV sowie von GKV/DKG gewählte ‚Kann‘-Bestimmung ist zu schwach.

Das gleiche gilt für Fachärzte in sozialpsychiatrischen Diensten, sofern sie eine Behandlungsbefugnis haben. Diese sollte grundsätzlich auch die Befugnis zur Verordnung von Psychotherapie umfassen.

Eine Verordnungsermächtigung für Fachärzte ohne individueller Behandlungsbefugnis außerhalb des SGB V – Bereichs (Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen) hält die APK für systemwidrig und nicht realisierbar.

§ 4 Abs. 6

Kommentar:

Angesichts der Schwere der Beeinträchtigungen (Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, GAF) bei Anspruchsberechtigten erscheint die Begrenzung auf 3 psychotherapeutische Therapieeinheiten als zu eng. Die APK spricht sich für eine Anhebung auf 5 Stunden mit einer Öffnungsklausel für besondere Umstände aus.

§ 5 Abs. 2

Kommentar:

Die APK begrüßt die Ausweitung der Möglichkeit von 5 Probestunden, hält diese Begrenzung jedoch in einigen Fällen für zu eng. Für Versicherte mit besonderen Problemlagen sollten 10 probatorische Stunden ermöglicht werden.



BAG GPV

Bundesarbeitsgemeinschaft
Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.

BAG GPV e.V. · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 3907637
Telefax 0228 3907639
E-Mail: info@bag-gpv.de
Internet: www.bag-gpv.de
14.03.2014

Stellungnahme der BAG GPV zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie: inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung (Stand 24.02.2014).

Gemeindepsychiatrische Verbände sind Zusammenschlüsse der wesentlichen Leistungserbringer in einer Versorgungsregion mit dem Ziel, die Qualität der psychiatrischen Versorgung insbesondere an den Schnittstellen des Hilfesystems zu verbessern. Daher repräsentieren die in der BAG GPV organisierten Verbände das gesamte Spektrum der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen, einschließlich ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung, der Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation bis hin zu Leistungen der Betreuung und Pflege. Insofern vertritt die BAG GPV nicht die Position einer einzelnen Gruppe von Leistungserbringern, sondern die Sicht aus dem gesamten Hilfesystem. Die BAG GPV überblickt auch die Entwicklungen in vielen Bundesländern, in einzelnen Regionen schon aus der Zeit des Modellprojekts, das letztlich zur gesetzlichen Normierung der Soziotherapie im § 37a SGB V geführt hat.

Die nachfolgende Stellungnahme wurde in der Sitzung des erweiterten Vorstands am 14.3.2014 in Kassel erarbeitet und beschlossen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) begrüßt die Absicht des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Soziotherapie-Richtlinien einer Neufassung zu unterziehen. Rund 13 Jahre nach der ersten Fassung ist es deutlich, dass von einem bedarfsgerechten Angebot von Soziotherapie im überwiegenden Teil Deutschland keine Rede sein kann. Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen mit der Soziotherapie, da wo sie eingesetzt wird, überzeugend ihre Wirksamkeit. Deshalb ist es wichtig, die Hindernisse abzubauen, die einer flächendeckenden Einführung von Soziotherapie für den im Gesetz genannten Personenkreis entgegenstehen. Die Überarbeitung der Richtlinie ist dabei *ein* Schritt in die richtige Richtung.

Die Erfahrungen mit der Praxis der Umsetzung der Soziotherapie zeigen sehr unterschiedliche Entwicklungen: Nur in zwei Bundesländern (Baden-Württemberg und Berlin) kann von einer annähernden Verbreitung der Soziotherapie gesprochen werden; in vielen Bundesländern ist diese Leistung den Versicherten nicht zugänglich. Dies war auch Anlass dafür, dass

Regionen
GPV Berlin-Reinickendorf
GPV Bielefeld
GPV Bochum
GPV Bodenseekreis
GPV Borken
GPV Dulsburg
GPV Gera

Qualitätsverbund Hamburg-Nord
GPV Kreis Herford
GPV Heidenheim
GPV Lim-Kreis
GPV Main-Kinzig-Kreis
GPV Mainz
GPV Mayen-Koblenz/Koblenz

GPV im Kreis Mettmann
GPV Mönchengladbach
GPV Landkreis Ravensburg
GPV Landkreis Reutlingen
GPV Rheinisch-Bergischer Kreis
GPV Rostock
GPLV Landkreis Saalfeld-Rudolstadt

GPV Solingen
GPV Kreis Steinfurt
GPLV Stralsund
GPV Stuttgart
GPV Weimar / Weimarer Land

geschäftsführender Vorstand:

Matthias Rosemann (Vorsitzender), Manfred Lucha (stellv. Vorsitzender), Mechthild Böker-Scharnhöfz (stellv. Vorsitzende), Edwin Stille (Schriftführer), Nils Greve (Finanzverwalter)

Bankverbindung:

Sparkasse KölnBonn; Bankleitzahl 370 501 98; Kontonummer 1929614202

Vereinsregister:

8601 Amtsgericht Bonn

sich die BAG GPV gemeinsam mit anderen Verbänden im Februar 2010 im Rahmen einer bundesweiten Tagung mit der Soziotherapie beschäftigt hat. In der Auswertung dieser Tagung, zu der auch der GKV-Spitzenverband eingeladen war, wurde folgender Veränderungsbedarf in den Soziotherapie-Richtlinien seitens der veranstaltenden Verbände gesehen:

- „Soziotherapie sollte stärker auf die Koordination eines Behandlungsprogramms und Hinführung zu demselben fokussiert werden. Einer Etablierung der Soziotherapie als „kleiner“ eher eigenständiger „psychotherapeutischer“ Leistung ist entgegen zu wirken.
- Das Indikationsspektrum muss deutlich erweitert werden. Es ist z.B. nicht nachzuvollziehen, warum Versicherte mit depressiven Erkrankungen ohne psychotische Symptome ambulante Soziotherapie nicht in Anspruch nehmen können. Auch der Ausschluss von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, gerontopsychiatrischen Erkrankungen, Angst- und Zwangserkrankungen grenzt die gesetzliche bestimmte Zielgruppe ein.
- Eine einfache Ausweitung des Indikationenspektrums allein reicht aber nicht aus. Die Indikation zur Soziotherapie muss im Einzelfall immer dann gegeben sein, wenn die koordinierende therapeutische Begleitung bei einem Komplexleistungsprogramm zur Erreichung der Zielsetzung – Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausbehandlung – aufgrund der besonderen Problemlage notwendig ist. Dazu müssen neben Diagnose und Symptomatik die Probleme und Fähigkeiten des Patienten in Relation zu seinen Lebensverhältnissen zusammenhängend betrachtet und bewertet werden. Diagnoseziffern und Skalen sagen allein wenig aus. Es ist daher zu erwägen, die vorgenannten Kriterien an die Stelle eines Diagnosekatalogs und einer Beurteilungsskala zu setzen.
- Die Aufstellung und Präzisierung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans muss prozesshaft mit zunehmender Präzisierung von Problem-lagen, Zielen und Hilfen erfolgen. Insbesondere bei sehr schweren Störungen kann die Erarbeitung von konkreten Zielen und Vorgehensweisen viel Zeit erfordern. Die „probatorische Phase“ zu Beginn der Behandlung ist in solchen Fällen angemessen zu verlängern oder die Anforderungen an eine Erstbeantragung entsprechend zu reduzieren.“¹

Viele Leistungserbringer in Gemeindepsychiatrischen Verbänden, die sich in der BAG GPV organisiert haben, sind seither in Verträgen zur Integrierten Versorgung eingebunden, entweder als unmittelbare Vertragspartner oder über eine gemeinsame Managementgesellschaft.

Dabei fällt auf, dass in nahezu allen Verträgen die Soziotherapie als Leistungsbestandteil genannt wird und keine weitere Einschränkung der Diagnosen enthalten ist. Eine Ausnahme davon bilden die Verträge, die Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern geschlossen haben. In den sog. Flächenverträgen ist jedoch Soziotherapie ausdrücklich auch für eingeschriebene Versicherte vorgesehen, die nach der geltenden Richtlinie außerhalb der Integrierten Versorgung diese Leistung nicht erhalten würden. Die BAG GPV wertet diesen Umstand, der deutschlandweit anzutreffen ist, als Zeichen dafür, dass innerhalb vieler Krankenkassen ein Prozess des Umdenkens stattgefunden hat, der sich in einigen Teilen des vorgelegten Beschlussentwurfs noch nicht wiederfindet.

Zu einzelnen Regelungen:

¹ Zitiert aus einem Schreiben der BAG GPV im Auftrag der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie vom 29.04.2011 an den GKV-Spitzenverband

Zu § 2 Absätze 4 und 5:

Der Gesetzgeber hat keine Einschränkung der Krankheitsbilder auf einen abschließenden Katalog von Diagnosen vorgesehen. Das entscheidende Kriterium ist die Schwere der psychischen Erkrankung, nicht ihre Art. Daher bildet die Position der PatV den Willen des Gesetzgebers nach Auffassung der BAG GPV zutreffend ab. Entsprechend den Ausführungen im Schreiben vom 29.04.2011 an den GKV-Spitzenverband unterstützt daher die BAG GPV die Position der PatV, die Diagnose nicht einzuschränken, sondern das Krankheitsbild anhand der anderen in der Position der PatV genannten Kriterien zu beschreiben.

Zu einzelnen Positionen:

Aus Sicht der BAG GPV ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum im Vorschlag von GKV-SV/DKG für die Diagnosegruppen, die bisher in der Richtlinie enthalten sind, ein anderer GAF-Wert gelten sollte, als für andere Diagnosen. „Die Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus erlaubt dem Untersucher, mit Hilfe der GAF-Scala (Global Assessment of Functioning Scale) über eine Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. der sozialen Anpassung eine Gesamtbeurteilung der psychischen Gesundheit bzw. Krankheit abzugeben. ... Die Beurteilung des derzeitigen Funktionsniveaus spiegelt in der Regel wider, in welchem Ausmaß die Person einer Behandlung bzw. Betreuung bedarf. Die Beurteilung des höchsten Niveaus der psychosozialen Anpassung im letzten Jahr wird häufig eine prognostische Bedeutung besitzen, da die Person nach ihrer Remission auf dieses Niveau zurückkehrt.“ (zitiert nach dem Anhang 3 der Begutachtungsrichtlinie Soziotherapie des MDS vom 27. November 2002). Diese Einschätzung des Funktionsniveaus bzw. der sozialen Anpassung kann bei vielen Diagnosen gegeben sein. Es ist auch den Tragenden Gründen nicht zu entnehmen, aus welchem sachlichen Grund dieses Funktionsniveau z.B. bei einem Menschen mit einer schweren Depression ohne psychotische Symptome (F 32.2) stärker eingeschränkt sein soll als bei einem Menschen mit einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen (F 32.3). Die gleiche Frage gilt auch für die anderen, im Vorschlag der GKV und DKG genannten Diagnosen „außerhalb des Regelfalls“ (Beschlussentwurf § 2 Abs. 5, S. 3).

Die GAF-Skala, zitiert nach der MDS-Begutachtungsrichtlinie, enthält Spannen, die jeweils von 60- 51, 50-41, 40-31, 30-21 etc. reichen. Deswegen sollte für alle Diagnosen der Wert bis einschließlich 50 gelten.

Die in den Tragenden Gründen von der PatV zitierte Begründung zum Gesetz (BT 14/1245) macht deutlich, dass es sich nicht um einen „abschließenden Katalog“ handeln darf. Aus Sicht der BAG GPV entsteht dieser abschließende Katalog in der Beschlussvorlage durch die Vorschläge von GKV/DKG und würde sich ähnlich durchsetzen, wie dies in der Vergangenheit schon war. Als Beispiel mag dafür die schon zitierte Begutachtungsanleitung des MDS dienen, aus der unmissverständlich hervorgeht, dass Soziotherapie nur bei den in der Richtlinie genannten Diagnosen verordnet werden darf.

Wenn doch ein Katalog von Diagnosen genannt wird, ist im Text der Richtlinie ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um einen abschließenden Katalog handelt.

Hinsichtlich des Vorschlags der KBV schlägt die BAG GPV vor, den dritten Spiegelstrich im § 2 Abs. 5 („- eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung“) anders zu formulieren, um die Abgrenzung zur Leistungen zur Teilhabe deutlicher zu fassen.

Zu § 2 Abs. 6:

Hinsichtlich der Frage, wie „Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit“ definiert werden können, werden sich in der alltäglichen Situation in der Arztpraxis unterschiedliche Auffassungen ergeben können. Allein der Umstand, dass ein Patient in der Lage ist, in der ärztliche Behandlung die Verordnung entgegen zu nehmen, sollte als Kennzeichen zumindest der „Kommunikationsfähigkeit“ ausreichen.

Zu § 3 Abs. 4:

Die vielfach heute noch angewandten Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an Leistungserbringer haben wesentlich dazu beigetragen, dass diese Leistung den Versicherten im ganz überwiegenden Teil Deutschlands nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Die BAG GPV kann sich den Ausführungen der PatV inhaltlich und fachlich anschließen.

Eine Beurteilung, ob diese Anforderungen an Leistungserbringer in der Richtlinie getroffen werden darf oder ob dieser Regelung wesentliche rechtliche Bedenken entgegenstehen (wie dies nach den Ausführungen von GKV-SV/DKG/KBV durch das BMG formuliert worden ist), kann die BAG GPV nicht treffen.

Die BAG GPV sieht aber deutlichen Handlungsbedarf, um eine ausreichende Zahl von Leistungserbringern zur Verfügung zu haben. Sollte dies über die Richtlinie nicht möglich sein, ist an dieser Stelle ggf. der Gesetzgeber gefragt.

Zu § 4 Abs. 3:

Seit der Verbreitung von Institutsambulanz nach § 118 SGB V haben diese für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Behandlungsfunktion übernommen. Nicht wenige Patienten werden aus der Krankenhausbehandlung mit Blick auf die Weiterführung der Behandlung durch die Institutsambulanz entlassen, wenn weitere Hilfen zur Verfügung stehen. Insofern kann Soziotherapie in Kombination mit der Institutsambulanz zur Verkürzung von Krankenhausbehandlung beitragen. Sie kann auch dazu beitragen, Patienten zu motivieren, andere Behandlungsangebote, z.B. psychotherapeutische oder ergotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen und damit einen Übergang aus der Institutsambulanz in andere Behandlungen zu ermöglichen.

Sozialpsychiatrische Dienste betreuen in vielen Regionen Deutschlands Menschen mit schweren Erkrankungen und gerade auch die Menschen, die von sich aus nicht aktiv Behandlung und Hilfe nachfragen.

Ferner ist festzustellen, dass niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte insbesondere in ländlichen Räumen nicht (mehr) ausreichend zur Verfügung stehen.

Die BAG GPV schlägt vor, die Verordnungsberechtigung der Institutsambulanz regelhaft und nicht nur als Ausnahme durch die Ermächtigung der Zulassungsausschüsse vorzusehen.

Zu § 4 Abs. 6:

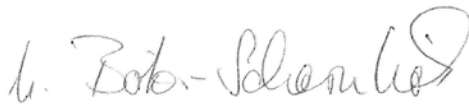
Die Regelung, dass Vertragsärzte anderer Fachgebiete Soziotherapie im Umfang von 3 Stunden verordnen können, um die Überweisung zu einer/einem verordnungsberechtigtem Facharzt/Fachärztin zu erreichen, ist vor dem Hintergrund der hohen Zahl psychisch erkrankter Menschen, die sich nicht in fachärztlicher Behandlung befinden, sehr bedeutsam. Allerdings ist die Zahl von 3 Stunden für die notwendige Motivation zur Inanspruchnahme fach-

ärztlicher Behandlung nicht ausreichend. Hier sollten 5 Stunden mit einer Öffnungsklausel für besondere Umstände (z.B. Überbrückung längerer Wartezeiten) vorgesehen werden. Innerhalb der BAG GPV wird von immer mehr Verträgen zur Integrierten Versorgung berichtet, in der die Zuführung zu einer fachärztlichen Behandlung als wesentlicher Leistungsbestandteil vorgesehen ist. Dieser Umstand zeigt, dass seitens der GKV die Bedeutung dieser Überweisung schon deutlicher gesehen wird, als dies in der Richtlinie zum Ausdruck kommt.

Zu § 5 Abs. 2

Die BAG GPV begrüßt die Anhebung der Probestunden auf 5 Stunden. Für Versicherte mit besonderen Problemlagen und Störungen sollte eine Öffnungsklausel in Ausnahmefällen auch 10 probatorische Stunden vorsehen.

Bonn, Kassel, den 14.03.2014



Mechthild Böker-Scharnhölz
(stellvertretende Vorsitzende)

Stellungnahme
des
Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. –
bpa
zum
Beschlussentwurf
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien

Berlin, den 24.03.2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat einen Beschlussentwurf über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (Stand: 24.02.2014) vorgelegt. Der bpa bedankt sich für die Berücksichtigung und nimmt zu dem Beschlussentwurf in Folge Stellung.

Vorangestellt sei, dass der Ansatz, die Versorgungssituation und den Leistungszugang zur Soziotherapie zu verbessern, begrüßt wird. Die Leistungsanspruchnahme ist aus Sicht des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. bislang defizitär.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

§ 1 Grundlagen und Ziele (bisher Präambel und Nummer 1-7)

Die Präzisierung der Antrags- und Genehmigungspraxis durch Ergänzung des angeführten zweiten Satzes in § 1 Absatz 3 wird begrüßt. Die Klarstellung, dass die Leistung der Soziotherapie auch in Betracht kommt, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat, trägt zur Genehmigungsklarheit bei.

Der für § 1 Absatz 3, Satz 5 angeführte Hinweis: „Eine krankenpflegerische Leistung im Sinne einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist an den Vorgaben der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), Nr. 27 a des Leistungskataloges, auszurichten“ stellt die Abgrenzung zwischen soziotherapeutischer Versorgung und häuslicher / psychiatrischer Krankenpflege dar und dient der Orientierung. Die Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Patientenvertretung wird daher geteilt.

§ 2 Indikation, Therapiefähigkeit (bisher Nummer 8-12)

§ 2 Absatz 2: Erweiterung der Voraussetzungen durch Fokussierung auf Einschränkungen, die eine selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher oder verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigen: der Klammerzusatz „alternativ oder kumulativ“ wird als Klarstellung begrüßt.

Für § 2 Absatz 4 ist die Formulierung der Patientenvertretung zu befürworten. Die offene Formulierung ohne Beschränkungen auf bestimmte Diagnosen erlaubt es, die Patienten bedürfnisgerecht mit Soziotherapie zu versorgen. Wesentlich für den Leistungsbezug ist die Beeinträchtigung der selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen aufgrund einer psychischen Erkrankung. Hier ist damit die Symptomatik und nicht die Ursache entscheidend, insofern muss die Aufzählung der Diagnosen entfallen.

§ 2 Absatz 5: Die Einführung einer Öffnungsklausel wird begrüßt und entspricht der übrigen Richtlinien-Systematik (vgl. HKP-RL). Die Position der Patientenvertreter ist zu unterstützen, hier ist die „Probeverordnung“ als erforderliche Maßnahme beizubehalten (vgl. § 5 Abs. 2).

§ 2 Absatz 6: Die Formulierung der Patientenvertretung ist zu unterstützen. Ziel der soziotherapeutischen Maßnahmen ist es, die Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen zu verbessern. Das Vorhandensein dieser Fähigkeiten kann daher nicht als Grundlage der Inanspruchnahme vorausgesetzt werden.

§ 3 Leistungsinhalt

Zu § 3 Absatz 2, Punkt d): Die Ergänzung „ 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 dem verordnenden Facharzt über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend).**“ wird abgelehnt. Hier werden zusätzliche Berichtspflichten eingeführt, die nicht legitimiert sind. Die Leistungserbringer haben ihre Dokumentationspflichten zu erfüllen, eine weitergehende Berichtspflicht besteht nicht.

§ 3 Absatz 4: Der Vorschlag der Patientenvertretung wird als zwingend erforderlich erachtet. Es muss festgeschrieben werden, wer als „soziotherapeutischer Leistungserbringer“ gilt. Hierzu müssen die Voraussetzungen definiert und das einzusetzende Personal (Qualifikation) festgelegt sein. Die Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer soziotherapeutischer Maßnahmen müssen einheitlich festgelegt werden. Bisher fehlt es an einer einvernehmlichen Legaldefinition dieser Leistungserbringer sowie der einzusetzenden MitarbeiterInnen und deren Qualifikation. Dies führt dazu, dass in der Richtlinie Bezug genommen wird ohne, dass die statuierenden Grundlagen definiert sind und eine gleichmäßige Versorgung im Bundesgebiet vorliegt bzw. gewährleistet werden kann. Daher sind sowohl die Zulassungsvoraussetzungen als auch die geeigneten Berufsabschlüsse zur Durchführung soziotherapeutischer Maßnahmen in dieser Richtlinie festzulegen. Zudem ist es auch in allen anderen Richtlinien, die seitens des G-BA erlassen werden, üblich, die Qualifikation der Leistungserbringer und damit die Qualitäts- und Zulassungsanforderungen zu definieren und für eine gleichmäßige und einheitliche Leistungserbringung Sorge zu tragen (siehe auch SAPV-Richtlinie nach § 132 d SGB V).

§ 3 Abs. 5, Satz 1: Hier muss es lauten: „(...) per Verordnung **hinzugezogen** werden.“

§ 4 Ärztliche Verordnung

Zu Absatz 2: Die Position der KBV wird unterstützt. Die Verordnung soziotherapeutischer Leistungen muss Fachärzten der Gebiete Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie möglich sein. Eine Einschränkung wäre aufgrund des Vorliegens der erforderlichen Qualifikation nicht nachvollziehbar und eine unzulässige Einschränkung der Berufsausübung sowie der Leistungsstärkung entgegenstehend.

Zu Absatz 3: Der Vorschlag der Patientenvertretung wird geteilt. Bei Vorliegen entsprechender Zulassungsausschüsse muss die Verordnung auch durch sozialpsychiatrische Dienste oder Suchtberatungsstellen erfolgen können.

§ 5 Leistungsumfang

Die Soziotherapie zielt auf einen anhaltenden Behandlungserfolg und ist damit in der Regel über einen längeren Zeitraum zu erbringen. Die Betroffenen leiden typischerweise an psychischen Störungen, die einer langfristigen Therapie bedürfen. Vor diesem Hintergrund wird die Begrenzung des Leistungsumfangs sowie der Dauer nach wie vor für rechtlich unzulässig erachtet. In diesem Zusammenhang wird auf die parallele Rechtsprechung im Zusammenhang mit der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verwiesen. Hier hat das Sozialgericht Düsseldorf bereits Anfang 2006 mit Beschluss vom 20.02.2006, S 8 KR 19/06 ER) klargestellt, dass die Leistung auch dann verordnet und gewährt werden kann, wenn die Richtlinien des G-BA eine zeitliche Beschränkung der Verordnung vorsehen. Denn selbst bei sachgerechter Auslegung der Richtlinien kann deren Anwendung nicht dazu führen, dass eine medizinisch notwendige und vom Gesetzgeber vorgesehene medizinische Behandlung begrenzt oder ausgeschlossen wird (BSG vom 17.03.2005, B 3 KR 35/04 R). Eine Begrenzung der Leistung ist nicht legitimiert und daher vollständig abzulehnen.

Die Einschränkung: „Soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind“ ist ebenfalls zu streichen. Indikation und Therapiefähigkeit sind in § 2 der Richtlinie geregelt. § 5 beschreibt dagegen den Leistungsumfang. Im Sinne der Richtlinienüberarbeitung müssen auch hier Einschränkungen ausgeschlossen werden. Der § 5 Absatz 1 Satz 4 ist deshalb wie folgt zu formulieren:

„Nach Ablauf von drei Jahren kommt erneut die Gewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.“

§ 5 Absatz 4: „Soziotherapie kann in Absprache von Ärztin oder Arzt und **soziotherapeutischem** Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden.“ Der Begriff „soziotherapeutischer Leistungserbringer“ muss definiert werden. Hierzu ist eine Festlegung in § 3 (vgl. Ausführungen hierzu) zwingend erforderlich.

§ 6 Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle

§ 6 Absatz 2: Der Arzt ist für die Diagnose und Therapie zuständig. Damit liegt auch die Erstellung eines Betreuungsplanes in seinem Verantwortungsbereich. Dies ist im § 6 Absatz 2 klarstellend festzuhalten. Der bpa schlägt daher folgende Formulierung vor:

„Die Zuständigkeit für die Diagnose und Behandlung liegt bei der Ärztin / dem Arzt. Zur Therapie gehört die Erstellung eines ärztlichen Betreuungsplanes. Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein: (...)“

§ 6 Absatz 2, vierter Aufzählungspunkt: **„Plausible Darstellung“**. Das Wort „plausible“ bietet Raum für Interpretationen und führt zu unterschiedlichen Auslegungsansprüchen, weil keine einheitliche Definition vorliegt. Es ist daher zu streichen.

§ 8 Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer

Hier gilt das gleiche wie für § 5 Absatz 4 und § 3 Absatz 4: der Begriff „soziotherapeutischer Leistungserbringer“ ist zwingend zu definieren.

§ 9 Genehmigung von Soziotherapie

Aus Sicht des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. sind die Positionen der Patientenvertretung und der KBV zusammenzuführen. Der § 9 muss lauten:

„Mit Ausnahme der Verordnung nach § 4 Abs. 5 (bis zu 3 Stunden) und nach § 5 Abs. 2 (bis zu 5 Stunden) sowie bei Vorliegen der Indikationen nach § 2 Abs. 4 bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.“

Im Übrigen muss hier die „Vertrauensschutzregelung“ der neuen Bundesrahmenempfehlungen nach § 132 a SGB V ergänzt werden: „Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.“, Bundesrahmenempfehlungen vom 10.12.2013, § 2 Abs. 3 (vgl. bisheriger § 9 Absatz 3).

§ 9, Absatz 1, 2: Die Streichung des „Musters 27“ bedeutet offensichtlich, dass es keinen einheitlichen Mustervordruck des Betreuungsplans mehr geben soll. Dies wird abgelehnt. Nur durch ein entsprechendes Muster ist eine Standardisierung gewährleistet und eine Orientierung und Überprüfung möglich.

§ 9 Absatz: die Position der KBV wird geteilt. Allerdings mit dem Vorbehalt, dass der MDK im Rahmen des § 275 SGB V beauftragt wird. Aus Sicht des bpa muss der Absatz damit lauten:

„(3) Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß § 2 Absatz 5 der Richtlinie mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen. **Hierfür ist ein Prüfauftrag gemäß § 275 SGB V erforderlich.**“

§ 9 Absatz 2, 2: Ergänzende Angaben zum Betreuungsplan sind nicht vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an den MDK zu übermitteln, sondern vom Arzt. Dieser ist für die Diagnose und die Maßnahmen usw. zuständig (siehe hierzu die geforderte Klarstellung in § 6 Absatz 2).

Berlin, den 24.03.2014

BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Frau
Dr. Sandra Carius
Abteilung M-VL
Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

-per E-Mail-

Berlin, 1. April 2014

Vorstand:
Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident
Dipl.-Psych. Monika Konitzer
Vizepräsidentin
Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehdorfer
Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der BPTK
Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL): inhaltliche und
redaktionelle Überarbeitung**

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 4. März 2014, mit dem Sie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. In der Anlage übersenden wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen



Christina Tophoven

Anlage

Konto
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01

**Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung von Soziotherapie in der ver-
tragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtli-
nie/ST-RL)**

Entwurfassung vom 24. Februar 2014

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
1. April 2014**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
• Indikation für Soziotherapie in Abhängigkeit vom Grad der Beeinträchtigung	3
• Qualifikation der Leistungserbringer	3
• Verordnung von Soziotherapie	3
II. § 2 Indikation und Therapiefähigkeit	4
III. § 3 Leistungsinhalt	7
IV. § 4 Ärztliche Verordnung	7

I. Zusammenfassung

- **Indikation für Soziotherapie in Abhängigkeit vom Grad der Beeinträchtigung**

Die Anbindung der Indikation für Soziotherapie an ausgewählte Diagnosen ist ungeeignet. Es gibt weder wissenschaftliche Belege noch Erfahrungswerte für diesen Ansatz. Entscheidend für die Verordnungsfähigkeit von Soziotherapie ist die mit einer psychischen Erkrankung verbundene Beeinträchtigung.

- **Qualifikation der Leistungserbringer**

Soziotherapie sollte von dafür speziell qualifizierten Leistungserbringern erbracht und von den Leistungen zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege klar abgegrenzt werden.

- **Verordnung von Soziotherapie**

Patienten, die auf Soziotherapie angewiesen sind, um eine Behandlung in Anspruch nehmen zu können, werden von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt. Dennoch sieht der Beschlussentwurf vor, dass Psychotherapeuten Soziotherapie nicht verordnen dürfen. Bei einer Vielzahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen empfehlen Leitlinien eine alleinige psychotherapeutische Behandlung. Kann ein Psychotherapeut Soziotherapie nicht verordnen, wird die Entscheidung des Patienten für eine leitliniengerechte Behandlung durch den Aufwand eines zusätzlichen Arztbesuches oder den Verzicht auf indizierte Soziotherapie unnötig erschwert. Die Verordnung von Soziotherapie durch Psychotherapeuten lässt sich jedoch aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen auf Ebene der Richtlinie nicht verankern. Um die Inanspruchnahme von Soziotherapie nicht unnötig zu erschweren, sollte es auch anderen als den bisher im Entwurf genannten Vertragsärzten ermöglicht werden, Soziotherapie zu verordnen, wenn dies auf Empfehlung eines Psychotherapeuten hin erfolgt. Das könnten insbesondere die Ärzte sein, bei denen im Rahmen der Psychotherapie ohnehin der Konsiliarbericht angefordert wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte dieses Verfahren zum Anlass nehmen, sich bei Bundesregierung und Gesetzgeber dafür einzusetzen, die Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufzuheben.

II. § 2 Indikation und Therapiefähigkeit

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schließt sich bei der Definition der Indikation für Soziotherapie in § 2 des Beschlussentwurfs der Position der Patientenvertreter an. Ausschlaggebend dafür, ob Soziotherapie indiziert ist, ist nicht die Diagnose, sondern das Ausmaß, in dem die Erkrankung zu einer Einschränkung der Funktions- und Partizipationsfähigkeit des Betroffenen führt. Diagnosen geben keinen Aufschluss darüber, ob eine Erkrankung regelhaft zu einer Beeinträchtigung der selbstständigen Inanspruchnahme von ärztlichen, psychotherapeutischen und ärztlich verordneten Leistungen führt. Außerdem ist es nicht sachgerecht, bestimmte psychische Erkrankungen grundsätzlich aus dem Indikationsspektrum für Soziotherapie auszuschließen, da alle psychischen Erkrankungen so schwer ausgeprägt auftreten können, dass die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist.

Entsprechend § 2 Absatz 4 des Beschlussentwurfs soll bei einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen (F32.3, F33.3) Soziotherapie regelhaft indiziert sein. Eine schwere Depression ohne psychotische Symptome (F32.2, F33.2) soll hingegen nur im Einzelfall eine Verordnung von Soziotherapie begründen (Öffnungsklausel in § 2 Absatz 5 des Beschlussentwurfs). Es gibt weder wissenschaftliche Belege noch Erfahrungswerte dafür, dass das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen psychotischer Symptome bei einer schweren Depression darüber entscheidet, ob der Betroffene regelhaft oder nur im Einzelfall in seiner Fähigkeit zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist. Dieses Beispiel zeigt exemplarisch, dass die Unterscheidung von Diagnosen danach, ob bei ihnen regelhaft oder nur in Einzelfällen Soziotherapie indiziert ist, nicht möglich ist. Die Einführung der Öffnungsklausel in Absatz 5 entbehrt daher einer fachlichen Grundlage.

Grundsätzlich können alle psychischen Erkrankungen bei schwerer Ausprägung der Symptome dazu führen, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, ärztliche, psychotherapeutische und ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Als Beispiel hierfür können die Agoraphobie (F40.0) und die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) angeführt werden. Beide Krankheitsbilder können bei schwerer Ausprägung dazu führen, dass Betroffene ärztliche, psychotherapeutische und ärztlich verordnete Leistungen nicht selbstständig in Anspruch nehmen können, da sie zum Beispiel öffentliche Verkehrsmittel (F40.0) bzw. Wege und Orte, die mit dem Trauma in Verbindung stehen (F43.1), vollständig meiden. Beide Diagnosen sollen jedoch – entsprechend der Position der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – grundsätzlich aus dem Diagnosekatalog für die Indikation für Soziotherapie ausgeschlossen werden.

Nicht nachvollziehbar ist auch, dass – entsprechend der Position der GKV und der DKG – in § 2 Absatz 5 des Beschlussentwurfs aus dem Bereich der Zwangsstörungen zwar die Diagnosen F42.1 (vorwiegend Zwangshandlungen) und F42.2 (Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt), jedoch nicht die anderen Zwangsstörungen, zum Beispiel F42.0 (vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang), in den Diagnosekatalog für die Indikation für Soziotherapie aufgenommen wurden. Es gibt weder eine wissenschaftlich noch klinisch fundierte Begründung dafür, weshalb die Diagnosen F42.2 und F42.1, nicht jedoch die Diagnose F42.0 so schwer ausgeprägt sein können, dass eine selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist.

Die aufgeführten Beispiele belegen, dass Diagnosen keine Aussage darüber zulassen, ob im Regelfall, im Einzelfall oder nie Soziotherapie indiziert ist. Grundsätzlich können alle F-Diagnosen in einer Ausprägung vorliegen, die dazu führt, dass die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen beeinträchtigt ist.

Daher schlägt die BPTK vor, die Festlegung von Diagnosen, die im Regelfall sowie in Einzelfällen eine Indikation für Soziotherapie darstellen, in § 2 Absatz 4 und Absatz 5 des Beschlussentwurfs zu streichen und die Verordnungsfähigkeit von Soziotherapie

an die mit einer psychischen Erkrankung verbundene Beeinträchtigung zu knüpfen.

Die BPTK schlägt daher für § 2 folgende Formulierung vor¹:

(1) *Die Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus dem Bereich ICD-10 F00 - F99, sofern und solange diese Erkrankung mit einer Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in mindestens einem der in Absatz 2 aufgeführten Bereiche und einem Ausmaß gemäß Absatz 3 einhergeht, ~~wegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Absatz 4 sowie bei den in Absatz 5 genannten Fällen.~~*

(2) *Der Soziotherapie bedürfen Versicherte, bei denen durch ~~schwere~~ psychische Erkrankungen hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer und ärztlich verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. Dies trifft zu, wenn folgende Beeinträchtigungen (alternativ oder kumulativ) gegeben sind:*

- *Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,*
- *Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,*
- *Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,*
- *Krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheits-symptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.*

(3) *Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität soll die GAF-Skala herangezogen werden. Orientierungswert ist 40 (höchstens < 50).*

¹ unterstrichen: Einfügungen; ~~durchgestrichen~~: Streichungen

Die bisherigen Absätze 4 und 5 würden gestrichen. Der bisherige Absatz 6 würde zu Absatz 4.

Darüber hinaus schlägt die BPTK vor, im Regelungstext generell nicht nur die selbstständige Inanspruchnahme ärztlich und ärztlich verordneter, sondern explizit auch psychotherapeutischer Leistungen aufzunehmen, da nach Leitlinien Psychotherapie in aller Regel für die Behandlung psychischer Erkrankungen empfohlen wird (<http://www.awmf.org/leitlinien.html>). Die anerkannten britischen NICE-Guidelines (<http://guidance.nice.org.uk>) geben Psychotherapie bei vielen psychischen Erkrankungen den Vorzug vor Psychopharmaka (unter anderem bei Panikstörung/Agoraphobie, Zwangsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Borderline-Persönlichkeitsstörung).

III. § 3 Leistungsinhalt

Die Erbringung von soziotherapeutischen Leistungen erfordert besondere Fachkenntnisse und sollte deshalb von hierfür qualifizierten Leistungserbringern erbracht werden. Die BPTK plädiert dafür, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände gemäß § 132b Absatz 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie im Prinzip beizubehalten. Diese sehen vor, dass Verträge zur Erbringung von Soziotherapie nur mit Fachkrankenpflegern für Psychiatrie oder Diplom-Sozialarbeitern/-pädagogen geschlossen werden können, die eine entsprechende Berufserfahrung haben und spezifische Fachkenntnisse gegenüber den Krankenkassen nachweisen können. Um den Kreis der potenziellen Leistungserbringer dennoch zu vergrößern und damit eine bessere Verfügbarkeit von Soziotherapie zu ermöglichen, regt die BPTK an, bei dem Kriterium der psychiatrischen Berufspraxis nicht eine einschlägige stationäre **und** ambulante Berufspraxis vorauszusetzen, sondern eine „**oder**“-Regelung einzuführen.

IV. § 4 Ärztliche Verordnung

Sowohl nationale (<http://www.awmf.org/leitlinien.html>) als auch internationale (<http://guidance.nice.org.uk>) Leitlinien empfehlen in der Regel Psychotherapie für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Dies schließt auch diejenigen Erkrankungen

ein, bei denen entsprechend § 2 Absatz 4 des Beschlussentwurfs regelmäßig die Indikation für Soziotherapie gegeben ist. So empfiehlt die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression² bei einer akuten schweren Depression mit psychotischen Symptomen eine Kombination aus psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung. Die S3-Leitlinie Schizophrenie³ empfiehlt, dass kognitive Verhaltenstherapie bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen, zur Anwendung kommen sollte. Außerdem kann sie zur Verbesserung der Einsicht in die Irrealität psychotischen Erlebens und zur Verbesserung der Therapiecompliance eingesetzt werden. Weiterhin sollte sie – zusätzlich zu einer adäquaten medikamentösen Therapie – zur Rückfallprophylaxe zur Anwendung kommen. Psychotherapeuten werden in der Soziotherapie-Richtlinie nicht befugt, Soziotherapie zu verordnen bzw. über ihre Anwendung zu entscheiden. Die fehlende Nennung von Psychotherapeuten in der Richtlinie dürfte den gesetzlichen Rahmenbedingungen geschuldet sein. Die Vorschrift des § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V beschränkt die Befugnisse von Psychotherapeuten im Hinblick auf Verordnungen. Der Entwurf von GKV/DKG hat das Problem des fehlenden Einbezugs von Psychotherapeuten bereits zum Teil erkannt, aber einen aus Sicht der BPTK ungeeigneten Weg gewählt, es zu lösen. So heißt es in § 2 Absatz 5 Satz 2 des Entwurfs der GKV/DKG:

„Soziotherapeutische Leistungen für die Diagnosen F 07.0, F 07.1 und F 07.2 können insbesondere von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie falls erforderlich im Zusammenhang mit einer approbierten Psychotherapeutin oder einem approbierten Psychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung (einschließlich der neuropsychologischen Zusatzqualifikation) gemäß Anlage I Nr. 19 (Neuropsychologische Therapie) § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA verordnet werden.“

Die Formulierung zeigt, dass die psychotherapeutische Behandlung – hier in Form der Neuropsychologischen Therapie – und die Frage der Soziotherapie eng verbunden sind. Im Beschlussentwurf wird versucht, diesem „Zusammenhang“ dadurch Rechnung zu tragen, dass die „im Zusammenhang mit“ der Neuropsychologischen Therapie

² http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf

³ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie_01.pdf

notwendige Soziotherapie von einem Facharzt für Neurologie verordnet wird, der aber nicht selbst die Neuropsychologische Therapie durchführt.

Ziel der vorgeschlagenen Formulierung kann nicht sein, die Neuropsychologische Therapie in die Verordnung miteinzubeziehen, da es sich dabei um eine vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Leistung und nicht um ein Heilmittel handelt. Es geht also wahrscheinlich darum, den behandelnden Psychotherapeuten in die Verordnung miteinzubeziehen.

Eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung ist – entsprechend nationaler und internationaler Leitlinien – bei einer Vielzahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen leitlinienkonform. Im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung sollte es Patienten daher ermöglicht werden, sich ausschließlich von einem Psychotherapeuten behandeln zu lassen und dazu Soziotherapie in Anspruch zu nehmen. Einen weiteren Arzt hinzuzuziehen allein für die Verordnung der Soziotherapie ist für Patienten nicht nachvollziehbar und belastend. Dies gilt zum Beispiel für zwei Erkrankungen, bei denen entsprechend § 2 Absatz 5 des Beschlussentwurfs Soziotherapie – wenn auch nur in Einzelfällen – indiziert ist: (1) schwere Depression ohne psychotische Symptome (F32.2, F33.2) und Zwangsstörungen (F42.1, F42.2).

Entsprechend der S3-Leitlinie Zwangsstörungen⁴ soll Patienten mit einer Zwangsstörung eine störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Behandlung der ersten Wahl angeboten werden. Eine additive psychopharmakologische Behandlung wird hingegen nicht als Behandlungsoption erster Wahl beschrieben. Eine alleinige psychopharmakologische Behandlung ist nur in Ausnahmefällen empfohlen. In den meisten Fällen ist bei Patienten mit einer Zwangsstörung entsprechend der Leitlinie daher neben dem Psychotherapeuten kein weiterer Arzt in die Behandlung involviert.

Bei der Behandlung akuter schwerer Depressionen wird in der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression⁵ empfohlen, dem Patienten eine Kombination aus Psychotherapie

⁴ http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-Leitlinie_Zwangsst%C3%B6rungen_lang.pdf

⁵ http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf

und psychopharmakologischer Behandlung anzubieten. Wenn jedoch „ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden“ (S. 126).

Die Bundespsychotherapeutenkammer spricht sich dafür aus, die Verordnung von Soziotherapie durch Fachärzte in Psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungsstellen zu ermöglichen. Dazu sollte der Absatz 3 in § 4 der Richtlinie, wie von der Patientenvertretung vorgeschlagen, formuliert werden:

(3) Eine Verordnung zur Soziotherapie kann ferner bei Vorliegen einer Ermächtigung der Zulassungsausschüsse erfolgen durch:

- *psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder*
- *Fachärztinnen und Fachärzte (nach Absatz 2) der psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischer Dienste oder Suchtberatungsstellen.*

Außerdem schlägt die BPTK zur Lösung des Problems, dass Psychotherapeuten keine Heilmittel verordnen dürfen, auf der Ebene der Richtlinie vor, eine Verordnung von Soziotherapie durch andere als die bisher im Entwurf genannten Fach- und Hausärzte zu ermöglichen, wenn und soweit sie damit der Empfehlung eines Psychotherapeuten folgen. Dazu sollte in § 4 der Richtlinie ein neuer Absatz 5 eingefügt werden:

(5) Andere Vertragsärzte können Soziotherapie insoweit verordnen, als sie einer Empfehlung eines Psychotherapeuten folgen.

Die bisherigen Absätze 5 und 6 würden dann zu 6 und 7.

Hierfür kommen insbesondere die Ärzte in Betracht, bei denen der Konsiliarbericht eingeholt wurde bzw. wird. Dann muss es Patienten nicht mehr zugemutet werden, alleine aus Gründen der Verordnung einen weiteren Arzt aufzusuchen.

Mittelfristiges Ziel sollte es sein, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Verordnung von Soziotherapie weiterzuentwickeln. Das Beispiel Soziotherapie verdeutlicht,

dass es fachlich notwendig ist, die Befugnisse von Psychotherapeuten im Hinblick auf Verordnungen angemessen zu gestalten. Diese Einschränkung führt dazu, dass die Entscheidung von Patienten für eine leitliniengerechte, ausschließlich psychotherapeutische Behandlung durch den Aufwand eines zusätzlichen Arztbesuches vermeidbar erschwert wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte sich bei Bundesregierung und Bundesgesetzgeber dafür einsetzen, die für die Versorgung hinderlichen Einschränkungen im SGB V aufzuheben. Bis der Gesetzgeber das aufgreift, bietet die Verordnung auf Grundlage einer Empfehlung eine angemessene Lösung.

Soziotherapeutische Leistungen sollten außerdem aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe sowohl hinsichtlich der Ziele als auch der Inhalte möglichst klar von Leistungen zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege abgegrenzt werden. Da dies auf der Ebene der Richtlinie nur schwer zu leisten ist, ist eine Abgrenzung im Einzelfall sinnvoll. Die BPTK schlägt deshalb vor, analog zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (§ 4 Absatz 7 des Beschlussentwurfs) einen neuen Absatz in § 4 des Beschlussentwurfs zu ergänzen:

(8) Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben inhaltlich gleichen Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege ausgeschlossen. Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im Behandlungsplan der Soziotherapie als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Geschäftsstelle
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

www.psychiatrie.de/dachverband

Mail: goerres@psychiatrie.de

Stellungnahme des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien gem. § 92 SGB V

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie ist seit fast 40 Jahren bundesweit im Bereich der psychosozialen Versorgung sowie des ehrenamtlichen Engagements tätig. Mit seinen 230 mehrheitlich gemeinnützigen Mitgliedsorganisationen, deren 18.000 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Netzwerken werden ca. 100.000 Menschen mit psychischen Erkrankungen versorgt. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitgliedsorganisationen stehen für eine lebensweltorientierte Versorgung mit bedürfnisangepassten vornehmlich ambulanten Komplexleistungen. Innerhalb der dazu nötigen psychiatrischen Versorgungsstruktur nimmt die Soziotherapie einen besonderen Stellenwert ein. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitgliedsorganisationen arbeiten seit über 10 Jahren an der bundesweiten Implementierung dieser Leistung.

Soziotherapie in der Regelversorgung

Im Jahr 2000 wurde die Soziotherapie als § 37a SGB V mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Sie erbringt klar definierte ambulante Leistungen, um schwer psychisch erkrankte Menschen so unterstützen, dass unnötige Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Kosten vermieden werden. Besonders im Fokus standen dabei die sogenannten „Drehtürpatienten“ mit immer wieder notwendigen stationären Behandlungen aufgrund ihrer mangelhaften ambulanten Versorgung. Die flächendeckende bundesweite Umsetzung der Soziotherapie ist unter den bestehenden gesetzlichen Bedingungen und Ausführungsbedingungen der GKV nicht gelungen. Die nicht ausreichende Bekanntheit, eingeschränkte Indikationen nach ICD, die administrativen Hürden der Krankenkassen und eine nicht leistungsgerechte Finanzierung führten dazu, dass die Soziotherapie in der Regelversorgung als Heilmaßnahme nur selten angewendet wird. . Schon im Jahr 2008 wurde diese Problematik untersucht: „Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie - Evaluationsbericht vom 17. Januar 2008“, Gemeinsamer Bundesausschuss.

Einsatz von Soziotherapie als Modul in Selektivverträgen

Es zeigen sich jedoch im Rahmen von Selektivverträgen der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 SGB V positive Auswirkungen des Einsatzes von soziotherapeutischen Behandlungsmodulen. Soziotherapie ist ein wirksames Instrument geworden, um Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung dabei zu unterstützen, im eigenen Lebensumfeld auch schwere Krisen ohne stationäre Aufnahmen zu überstehen. Hierdurch hilft sie nicht nur, stationäre Behandlung zu vermeiden, sondern leistet einen ganz wesentlichen fachlichen und ökonomischen Beitrag zur Umgestaltung der psychiatrischen Regelversorgung zu einem vorrangig ambulant ausgerichteten Behandlungssystem.

Die Erfahrungen mit Soziotherapie im Rahmen der Projekte zur Integrierten Versorgung (gem. §§ 140 a-d SGB V) zeigen, dass Soziotherapie bei allen psychiatrischen Indikationen, bei denen es immer wieder zu stationären Aufenthalten kommt, besonders wirksam wird. Im Facharbeitskreis Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung (BAG IV) des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie haben sich bundesweit 35 IV-Vertragsnehmer und Leistungserbringer zusammengeschlossen. Innerhalb der von den BAG IV-Mitgliedern umgesetzten IV-Verträgen kommt die Soziotherapie als Behandlungsmodul mittlerweile bei über 11.000 psychisch erkrankten Menschen bedarfsorientiert und erfolgreich zum Einsatz. Davon bei ca. 8.500 Menschen, die sich in das „Netzwerk psychische Gesundheit“ eingeschrieben haben. Der Einsatz von Soziotherapie trägt als Modul in dieser Versorgungsform erfolgreich dazu bei, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und eine adäquate ambulante Versorgung von psychisch erkrankten Menschen zu ermöglichen.

Aufgrund der bisherigen Gesetzeslage und ihrer Umsetzung durch die GKV konnte die Soziotherapie als Einzelleistung außerhalb der IV bisher nicht den erforderlichen Stellenwert in der Regelversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einnehmen.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt daher die Neufassung der Richtlinien der Soziotherapie gemäß § 92 SGB V vom 01.01.2002, insbesondere mit dem Blick auf folgende Entwicklungen:

- Öffnung für weitere Diagnosengruppen
- Einzelfallreglung
- stationäre Voraufenthalte sind nicht mehr zwingende Voraussetzung
- die Verordnungsfähigkeit wird auf die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ausgeweitet

**Positionen des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie zur Novellierung der
Soziotherapie-Richtlinien gem. § 92 SGB V:**

Zu § 1 Grundlagen und Ziele:

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert in den Soziotherapie-Richtlinien die Abgrenzung der Soziotherapie von der Häuslichen Psychiatrischen Krankenpflege.

Zu § 2 Indikation und Therapiefähigkeit.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert die Aufnahme aller in Kapitel V (ICD 10: F00-F99) aufgeführten psychischen Erkrankungen in die Soziotherapie-Richtlinie, um eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen sicherzustellen. Ein Ausschluss von psychisch kranken Menschen, die häufig auch behindert sind, wäre ein Verstoß gegen Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention. Angestrebt wird auch eine Gleichstellung mit der stationären Behandlung, in der ein Ausschluss bestimmter Diagnosegruppen nicht nachvollziehbar wäre.

Zu § 3 Leistungsinhalt

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert die Aufnahme von Abs. 4 in die Soziotherapie-Richtlinie, insbesondere unter dem Aspekt „Regelfall“ zur Aufzählung der Indikationen. „Wenn Krankenhausbehandlung vermieden wird...“ müssen auch weitere/andere Diagnosen zur Soziotherapieverordnung zulässig sein.

Zu § 4 Ärztliche Verordnung

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert die Erweiterung der Soziotherapie-Richtlinien in der Form, dass auch Fachärzte in Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungsstellen verordnungsberechtigt sind. *Darüber hinaus schlägt der Dachverband Gemeindepsychiatrie vor, dass Institutsambulanzen regelhaft und ohne Ermächtigung Soziotherapie verordnen können.*

Zu § 5 Leistungsumfang

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt, dass die Begrenzung der Soziotherapie auf drei Jahre im Rahmen der gültigen Soziotherapie-Richtlinie auf der Grundlage des BSG Urteils vom 20.04.2010 eine Regelung erfährt.

Zu § 9 Genehmigung von Soziotherapie

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie fordert, dass bis zu 5 Probestunden ohne Genehmigung der Krankenkasse erfolgen können.



Fazit:

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt die Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien. Menschen mit psychischen Erkrankungen kann so dieses ihren Gesundungsprozess fördernde Behandlungsinstrument bedarfsorientiert verordnet und zur Verfügung gestellt werden, was unter den bisherigen Richtlinien in der praktischen Umsetzung kaum möglich war. Die Richtliniennovellierung und die daraus entstehenden Optionen für eine bedarfsgerechte Umsetzung werden dann eine wesentliche Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit sich bringen, wenn die GKV an ihrer Umsetzung ebenfalls konstruktiv mitwirkt.

Bonn, den 27. 03. 2014

Petra Godel – Ehrhardt
„für den Vorstand“

Birgit Görres
Geschäftsführerin

Stellungnahme

Diakonie 
Deutschland

Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.

Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL)

Berlin, den 26. März 2014

Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege

Dr. Peter Bartmann
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1661
Telefax: +49 30 65211-3661
peter.bartmann@diakonie.de

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 7c SGB V als maßgebliche Organisation der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband nimmt sehr gern ihr Stellungnahmerecht bei der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien wahr und verbindet damit die Hoffnung, die bestehenden Umsetzungsprobleme in der Versorgung mit Soziotherapie zu beheben.

Bereits 2008 hatte unser Verband umfassend zu den aus unserer Sicht erforderlichen Änderungen Position bezogen.

Für die Diakonie Deutschland ist es zentral, die Indikationen in den Richtlinien so abzufassen, dass alle schwer psychisch erkrankten Menschen Soziotherapie in Anspruch nehmen können. Denn genau hierin lag das erklärte Ziel der Gesetzesänderung vor 14 Jahren: Die Behandlungsmöglichkeiten dieser Personengruppe sollten deutlich verbessert werden.

Die notwendige Ausweitung der Indikationen ist auch ein wesentliches Ergebnis des Berichtes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Umsetzungsproblematik bei der Soziotherapie. Sowohl von den befragten Nervenärzten als auch von den soziotherapeutischen Leistungserbringern war übereinstimmend darauf hingewiesen worden, dass die Indikationen der Richtlinie für die Verordnung von Soziotherapie nicht alle schwer psychisch Erkrankten im Sinne des Gesetzes erfassen. Genannt wurden als weitere mögliche Diagnosen Persönlichkeitsstörungen und schwere Depressionen.

Die Evaluation des G-BA kommt darüber hinaus zu dem Schluss, dass Leistungserbringer für Soziotherapie nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen und die Patientenvertreter wiesen darauf hin, dass in diesem Zusammenhang die Qualifikationsanforderungen der Krankenkassen und die Höhe der Vergütung der Soziotherapie von besonderer Bedeutung sind.

Die Diakonie Deutschland nimmt zu den Richtlinienänderungen im Einzelnen wie folgt Stellung und macht an einigen Stellen weitergehende Vorschläge:

§ 1 (3)

Die Diakonie Deutschland begrüßt die explizite Erwähnung, dass für die Verordnung von Soziotherapie eine vorherige Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist.

Die Erwähnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (HPK) an dieser Stelle erschließt sich uns hingegen nicht. Zum einen sind die Vorgaben dieser Richtlinie aus Sicht der Diakonie Deutschland kritikwürdig und im Sinne einer bedarfsgerechten, ambulanten Versorgung weiter zu überarbeiten. Zum

anderen sollte jede mögliche Diskussion vermieden werden, ob beide Leistungen gleichzeitig verordnet werden können. Falls die psychiatrische häusliche Krankenpflege (HPK) erwähnt werden soll, dann nur mit dem Hinweis, dass diese und Soziotherapie nebeneinander verordnet werden können.

§ 1 (4)

Im Sinne der Beschleunigung und Entbürokratisierung schlägt die Diakonie vor, dass der Betreuungsplan auf die individuelle Situation der Versicherten angepasst wird. D. h. spezifische und messbare Ziele können oft erst im Verlauf einer längeren Behandlung konkret benannt werden.

§ 1 (6)

Hier sollte deutlich gemacht werden, dass sich die Koordination auf die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme aller Hilfen bezieht und Selbsthilfe sowie nichtpsychiatrische Hilfen ebenfalls berücksichtigt werden.

§ 2 (2)

Hier schlägt die Diakonie Deutschland eine Ergänzung vor. Es sollte aus unserer Sicht nicht nur um die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen, sondern auch um ärztlich empfohlene Leistungen gehen. So können Ärztinnen und Ärzte beispielsweise den Besuch einer Tagesstätte nicht verordnen, aber empfehlen.

§ 2 (3)

Die Erweiterung der Beeinträchtigungen auf der GAF-Scala auf < 50 ist aus Sicht der Diakonie zu begrüßen.

§ 2 (4), (5)

Die Diakonie Deutschland unterstützt die Position der Patientenvertreter, da sich die Schwere einer psychischen Erkrankung immer aus der Gesamtbewertung von Diagnose, Schweregrad und der hieraus resultierenden Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe ergibt. Falls dieser Vorschlag keine Mehrheit finden sollte, spricht sich die Diakonie nachdrücklich dafür aus, in Abs. 5 die Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu übernehmen. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) ist nicht nachvollziehbar. Angesichts der weiter oben erwähnten Ergebnisse der Evaluation des G-BA bleibt es der Diakonie unerklärlich, warum die Ausnahmeregelungen für Menschen mit organischen Störungen, mit Manien und Zwangsstörungen gelten sollen. Es wirkt willkürlich, dass beispielsweise Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, mit Persönlichkeitsstörungen und mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen hier nicht erwähnt werden.

Bei der Formulierung der KBV ist allerdings anzumerken, dass zu Beginn des Satzes die Worte „im Einzelfall“ zu streichen sind. Andernfalls ist eine zu restriktive Verordnung zu befürchten, da der Eindruck erweckt wird, dies könne nur sehr selten der Fall sein.

§ 2 (6)

Auch hier unterstützt die Diakonie Deutschland die Formulierung und Position der Patientenvertreter. Das Vermeiden von Verschlimmerung bzw. Linderung bei Beeinträchtigungen sind bei schweren und chronischen Krankheitsverläufen wichtige Therapieziele.

§ 3 (4)

Die Ausführungen zur Qualifikation der Erbringer soziotherapeutischer Leistungen sind von besonderer Bedeutung, um bestehende Umsetzungsprobleme wie eine restriktive Zulassungspraxis seitens der GKV abzubauen (siehe Evaluation des G-BA).

Vor diesem Hintergrund würde die Diakonie Deutschland eine Positionierung des G-BA für einheitliche Qualitätsanforderungen begrüßen und unterstützt deshalb ausdrücklich die Position der Patientenvertreter.

§ 4 (2)

Als Diakonie schließen wir uns den Vorschlägen von DGK und anderen an.

§ 4 (3)

Hier korrespondiert die Position der Patientenvertreter wieder zum Teil mit früheren Forderungen der Diakonie, weswegen wir uns dieser Position anschließen. In diesem Zusammenhang möchten wir u. a. auf eindrucksvolle Ergebnisse von Krankenhausvermeidung und -verkürzung durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen im britischen Gesundheitssystem verweisen

§ 4 (4) bis (7)

Diese Regelungen spielen nach der Diakonie Deutschland vorliegenden Erfahrungen in der Praxis keine große Rolle. Allerdings hält die Diakonie drei Therapieeinheiten für relativ wenig. Aus diesem Grund schlagen wir vor, die Anzahl der berechnungsfähigen Therapieeinheiten auf fünf zu erhöhen.

§ 5 (1)

Die Diakonie Deutschland hat sich für die Klarstellung, dass Soziotherapie bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nach Ablauf von drei Jahren erneut gewährt werden kann, immer wieder und an verschiedenen Stellen eingesetzt. Wir begrüßen deswegen den neu aufgenommen Passus, der darüber hinaus ergangenen Gerichtsurteilen entspricht.

§ 5 (2)

Da bei schweren Erkrankungen die Erarbeitung von konkreten Zielen und Vorgehensweisen viel Zeit in Anspruch nehmen kann, sollte in der Richtlinie darauf hingewiesen werden, dass in begründeten Fällen die probatorische Phase zu Beginn der Behandlung verlängert werden kann.

§ 6 (2)

Der Formulierungsvorschlag „plausible Darstellung“ der angestrebten Therapieziele bleibt aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, da dies selbstverständlich ist. Der Vorschlag kann deshalb entfallen.

§ 7 (2)

Bei den Ausführungen zur Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus sollte unseres Erachtens explizit darauf hingewiesen werden, dass Soziotherapie auch vergütet wird, wenn sich jemand in einem Krankenhaus befindet. Uns liegen Aussagen vor, nach denen einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kassenkassen bei einem Krankenhausaufenthalt die Vergütung ablehnen.

§ 8 (2)

Die Diakonie Deutschland schlägt an dieser Stelle vor, die Abstimmung zwischen Arzt und Leistungserbringer statt mindestens jeden zweiten Monat einmal im Quartal verbindlich vorzuschreiben.

§ 9

Hinsichtlich der Genehmigung von Soziotherapie schließt sich die Diakonie der Position der KBV an.

Dr. Peter Bartmann
Zentrumsleitung
26. März 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Per E-Mail: st-rl@g-ba.de

Unser Zeichen: WS/lü
Unsere Nachricht:

Ihr Zeichen: SCA/Jan
Ihre Nachricht: 27.02.14

25.03.2014

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 7c SGB V als maßgebliche Organisation der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung

Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL): inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung

Sehr geehrte Frau Dr. Carius, sehr geehrte Damen und Herren,

als maßgebliche Organisation der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung gemäß § 92 Absatz 7c SGB V geben wir hiermit eine Stellungnahme zum bisherigen Stand der inhaltlichen und redaktionellen Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinien (ST-RL) ab.

Nach Auffassung des DVE stellt die Soziotherapie ein Angebot dar, das einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der ambulanten Behandlung psychisch kranker Menschen leistet. Generell begrüßen wir daher, dass mit der inhaltlichen und redaktionellen Überarbeitung die bislang unzureichende Umsetzung der Soziotherapie-Richtlinien hoffentlich beseitigt wird.

Allerdings sehen wir in den nachfolgenden Punkten noch Änderungsbedarf, damit die Neufassung die gewünschten Effekte entfalten kann.

Zu § 2 Abs. 6 Indikation und Therapiefähigkeit:

Hier schließen wir uns dem Vorschlag der Patientenvertretung an und bitten um Aufnahme des folgenden Wortlautes:

(6) Soziotherapie setzt voraus, dass bei der oder dem Versicherten die in § 2 Absatz 2 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten langfristig beseitigt, vor einer Verschlimmerung behütet oder gelindert werden können und damit ein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

Begründung: Zentrale Fragestellung innerhalb der Prüfung des Anspruches auf Soziotherapie muss sein, ob mit dieser Maßnahme eine langfristige Verbesserung der Aktivitäten (Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit) und somit voraussichtlich ein Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist. Näheres wird u. a. in Abs. 2 geregelt, von daher besteht an dieser Stelle keine Notwendigkeit, lediglich auf den aktuellen Status Quo abzustellen, sondern hauptsächlich auf die Therapieprognose.

Zu § 3 Absatz 4 (neu): Qualitative Erbringung der Leistung

Hier schließen wir uns ebenfalls dem Vorschlag der Patientenvertreter an und bitten zudem um die Ergänzung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten (hervorgehoben):

(4) Soziotherapie wird von soziotherapeutischen Leistungserbringern erbracht, welche mit den unter § 2 aufgeführten Indikationen schwerer psychischer Erkrankungen und den durch sie verursachten Beeinträchtigungen der Aktivitäten sachgerecht umgehen können und insbesondere ausreichende Erfahrungen bei der Erstellung individueller Behandlungs- und Rehabilitationspläne haben.

Von einer solchen Erfahrung kann in der Regel ausgegangen werden bei Vorliegen

- *einer staatlich anerkannten Berufsausbildung in einem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege, der Ergotherapie oder eines Hochschulabschlusses im Bereich Ergotherapie, Sozialarbeit oder Sozialpädagogik,*
- *einer mindestens dreijährigen Berufspraxis im Bereich psychiatrischer Behandlung oder Hilfe zur Teilhabe im Sinne des SGB IX sowie*
- *spezieller Kenntnisse bezüglich der regionalen gemeindepsychiatrischen Dienste.*

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist ein Vertragsabschluss nach § 132b SGB V, in dem der Nachweis für die o.g. Kenntnisse und Erfahrungen geregelt wird.

Begründung: Nach wie vor ist es völlig unverständlich, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Leistungserbringer weder in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie noch im bisher vorliegenden Entwurf als leistungsberechtigte Berufsgruppe genannt werden, im Gegensatz zu den genannten Berufsgruppen.

So enthalten die bisherigen Regelungen weiterhin eine abschließende Liste möglicher Leistungserbringer oder verweisen weiterhin auf die gemeinsamen Empfehlungen mit der Folge höherer Hürden für mögliche andere jedoch ebenso qualifizierte Leistungserbringer wie beispielsweise Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.

Aus Sicht des DVE besteht kein sachlich und fachlich nachvollziehbarer Grund, warum die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten von der Leistungserbringung ausgeschlossen wird. Wir fordern den G-BA daher auf, dem Vorschlag der Patientenvertreter zu folgen und zudem durch einen geeigneten Zusatz Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten zu berücksichtigen.

Wir möchten hierzu folgende Gründe nennen:

- I. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten erfüllen die Voraussetzungen, innerhalb der festgelegten Inhalte und der Zielsetzung der Soziotherapie fachlich qualifiziert Leistungen zu erbringen. Die grundsätzliche Qualifikation der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ergibt sich aus deren Ausbildungsinhalten und der hierfür zu Grunde liegenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Hierfür relevante Ausbildungsinhalte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind gemäß Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung u.a.:

- Sozialrechtliche Kompetenzen (Punkt 1.5 bis 1.10)
- Sozialwissenschaftliche Kompetenzen (Punkt 10)
- Beratungskompetenzen (Punkte 15.7, 15.10 und 15.12)
- Kompetenzen in Bezug auf Beziehungs- und Motivationsarbeit (Punkt 19)

- Kompetenzen in Bezug auf die Thematik Arbeit (Punkt 20)

In den Soziotherapie-Richtlinien werden sehr detailliert die Inhalte der Leistung beschrieben (§ 3 Leistungsinhalt). Diese Inhalte und Anforderungen sind zu einem sehr großen Teil Kernkompetenzen, die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bereits im Rahmen ihrer Ausbildung grundlegend vermittelt werden. Wir möchten dies mit einer Analyse des Punktes 2.3. der Gemeinsamen Empfehlungen verdeutlichen.

Grundlage der Ausbildung zum Ergotherapeuten bildet die zuletzt am 02.08.1999 novellierte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV). Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass Ergotherapeuten bereits durch die Ausbildung die meisten der geforderten Kriterien erfüllen.

Empfehlungen	ErgThAPrV ¹
2. 3.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse der psychiatrischen Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen der allgemeinen Krankheitslehre (280 h) Punkt 6.8 Psychiatrie / Gerontopsychiatrie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse und praktische Erfahrungen mit schwer psychisch Kranken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen der praktischen Ausbildung B1 muss ein Praktikum im psychiatrischen / psychosomatischen Bereich von 400 h absolviert werden. Dies findet z. B. in psychiatrischen Kliniken, Wohnheimen für psychisch erkrankte Menschen, Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen statt.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse und Erfahrungen in koordinierender und begleitender Unterstützung und Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergotherapeuten arbeiten oft an Schnittstellen, wie z.B. stationär / ambulant. Dementsprechend ist das Koordinieren und Begleiten ein häufiger Arbeitsinhalt. Die Ausbildung bereitet darauf durch verschiedene Inhalte vor. ▪ Die Arbeit in der Gruppe ist neben der Einzeltherapie eine grundsätzliche Therapieform. <p>Konkrete Hinweise in der ErgThAPrV:</p> <ul style="list-style-type: none"> 15.10 Unterstützung, Beratung und Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie 15.11 Schlüsselqualifikationen für die Teamarbeit 15.7 Einführung in die klientenzentrierte Gesprächsführung 10.4.3 Interaktion in Gruppen 15.6 Grundlagen therapeutischer Arbeit mit Gruppen

¹Wir haben Ihnen die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beigelegt.

19.1.4 Theorie zur Gruppendynamik	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse über komplexe, aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Handlungsorientierung bildet den zentralen Bezugspunkt für die Ergotherapie. Alle therapeutischen Maßnahmen der Ergotherapie haben ihre Orientierung auf die Handlungsfähigkeit des Patienten, sei es im Beruf, im Alltag oder der Freizeit. Da die Handlungsorientierung immer ihren Bezug zur realen Gegenwart des Patienten / Klienten hat, haben die ergotherapeutischen Methoden stets eine hohe Komplexität und den Aspekt der Aktivierung zu berücksichtigen. Beispielhaft seien aus der ErgThAPrV erwähnt: 15.2 Konzeptionelle Modelle 15.4 Lernen über Handeln, handlungstheoretische Ansätze sowie kompetenzzentrierte, ausdruckszentrierte und interaktionelle Methoden.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in der Aufstellung und Umsetzung von soziotherapeutischen Behandlungsplänen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungspläne zu erstellen, ist ein grundsätzliches Element jeder ergotherapeutischen Intervention. ▪ Die Umsetzung des Gelernten in die Soziotherapie muss der Ergotherapeut, wie die anderen Berufsgruppen auch, durch die Berufserfahrung nachweisen.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in der Formulierung von Therapiezielen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Formulierung von Therapiezielen gehört innerhalb der ergotherapeutischen Maßnahme immer zur Phase der Befunderhebung und Diagnostik. Ergotherapeuten lernen dies als notwendigen Bestandteil jeder ergotherapeutischen Maßnahme.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in der Dokumentation von Behandlungsverläufen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch die Dokumentation ist Bestandteil jeder ergotherapeutischen Maßnahme. Durch den Einsatz von Assessments werden Entwicklungen im Behandlungsverlauf dokumentiert und der Erfolg der Maßnahmen evaluiert. Beispielhaft seien aus der ErgThAPrV erwähnt: 17.4 / 18.2 / 20.4 Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation - Ergotherapeuten verwenden zahlreiche Assessments, die auf Aspekte der sozialen Teilhabe und Fähigkeiten zur Interaktion ausgerichtet sind.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse des gemeindepsychiatrischen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diesen Nachweis muss der Ergotherapeut, wie die anderen Berufsgruppen auch,

Verbundsystems	durch Berufserfahrung erbringen.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse des Sozialleistungssystems 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen der Ausbildung wird unter Punkt 1 auch das Sozialleistungssystem behandelt.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnisse in Rechtskunde, insbesondere im Hinblick auf die Betreuung von psychisch Kranken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Innerhalb der Ausbildung werden auch grundlegende Kenntnisse im Arbeits-, Arbeitsschutz-, Sozial- und Rehabilitationsrecht vermittelt. <p>Siehe 1.6 und 1.7 sowie 22</p>

Aus dem Vergleich wird ersichtlich, dass Ergotherapeuten während der Ausbildung grundlegende Kenntnisse erwerben, die einen großen Teil der in den Empfehlungen verlangten Anforderungen abdecken.

In den Anforderungsbereichen handlungsorientierte Methoden und Verfahren, Formulierung von Therapiezielen, Dokumentation und Gruppenarbeit besitzen Ergotherapeuten Kernkompetenzen. Diese decken sich im Besonderen mit den in den Soziotherapie-Richtlinien beschriebenen Inhalten. Auch bezüglich der psychiatrischen Erkrankungen erlangen Ergotherapeuten bereits während der Ausbildung, als einen Schwerpunktbereich der Ergotherapie, fundierte Kenntnisse.

II. Selbstverständlich müssen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Leistungserbringer der Soziotherapie die von allen anderen Berufsgruppen zusätzlich verlangten Kriterien erfüllen.

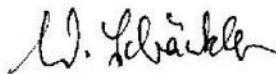
Aus unserer Sicht kommt es hierbei nicht nur auf sozialpsychiatrische Berufserfahrung, sondern auch auf die Arbeit an Schnittstellen und in der Kooperation an.

Ergotherapeuten mit entsprechender Berufserfahrung verfügen selbstverständlich über Kenntnisse und die Fähigkeiten, komplexe aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren einzusetzen. Das Umsetzen von Behandlungsplänen, die Formulierung von Therapiezielen und deren Dokumentation sind in der ergotherapeutischen Arbeit Standard und werden in der ergotherapeutischen Ausbildung und Berufspraxis vermittelt.

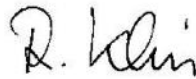
Als Beispiel genannt sei die Berufserfahrung in der stationären Arbeitstherapie tätiger Ergotherapeuten. Diese besteht u.a. in der Organisation und Betreuung von Praktika und in der Aufrechterhaltung von Kontakten zu ambulanten Therapeuten, berufsbegleitenden Diensten, relevanten Behörden oder auch ambulanten Nervenärzten. Ergotherapeuten bereiten darüber hinaus gezielt auf relevante Schritte im Rehabilitationsprozess vor, z.B. durch interaktionelles Training zur Vorbereitung der Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, der Vorbereitung einer Bewerbung nach längerfristiger krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit, der Analyse von Anforderungen eines Arbeitsplatzes im Abgleich zu aktuellen Fähigkeiten eines psychisch erkrankten Menschen oder die gezielte Vorbereitung und das Training auch sozioemotionaler Arbeitsfähigkeiten bis hin zu Training und Begleitung direkt im Setting Familie oder Beruf. Vergleichbares gilt z. B. für viele in Tageskliniken tätigen Ergotherapeuten.

Der DVE ist daher der Auffassung, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf Grund ihrer beruflichen Voraussetzungen auch als Fachkraft tätig sein können, die in der Lage ist, qualifizierte Soziotherapie zu erbringen. Die Tatsache, dass Ergotherapeuten als Heilmittelerbringer auch in der psychiatrischen Versorgung Leistungen erbringen, kann unseres Erachtens nicht dazu führen, sie als Leistungserbringer der Soziotherapie auszuschließen. Auch im Anhörungsrecht gemäß § 92 Absatz 7c SGB V wird der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) als maßgebliche Organisation der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung aufgeführt, und somit implizit davon ausgegangen, dass die Ergotherapie die Leistungen auch erbringen kann.

Wir bitten Sie daher, die Berufsgruppe der Ergotherapeuten als mögliche Leistungserbringer für Soziotherapie bei der nun anstehenden Überarbeitung zu berücksichtigen oder zumindest eine Öffnung der bestehenden starren Regelung zu ermöglichen. Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen im Rahmen der weiteren Beratungen zur Verfügung.



Wolfgang Schränkler
Geschäftsführer



Reimund Klier
Vorstandsmitglied Versorgung und Kostenträger

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV)

ErgThAPrV

Ausfertigungsdatum: 02.08.1999

Vollzitat:

"Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 2. August 1999 (BGBl. I S. 1731), die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 7 V v. 2.8.2013 I 3005

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1. 7.2000 +++)

Eingangsformel

Auf Grund des § 5 des Ergotherapeutengesetzes vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1 Ausbildung

(1) Die dreijährige Ausbildung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten umfaßt mindestens den in der Anlage 1 aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 2.700 Stunden und die aufgeführte praktische Ausbildung von 1.700 Stunden. Sie steht unter der Gesamtverantwortung einer Schule für Ergotherapeuten (Schule). Im Unterricht muß den Schülern ausreichende Möglichkeit gegeben werden, die erforderlichen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln und einzuüben.

(2) Die Schulen haben die praktische Ausbildung im Rahmen einer Vereinbarung mit Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen sicherzustellen. Der in Anlage 1 B Nr. 3 genannte Bereich der praktischen Ausbildung soll unter der Anleitung von Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten durchgeführt werden; in den übrigen in Anlage 1 B genannten Bereichen hat sie unter der Anleitung von Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten stattzufinden.

(3) Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen nach Absatz 1 ist durch eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 2 nachzuweisen.

§ 2 Staatliche Prüfung

(1) Die staatliche Prüfung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Ergotherapeutengesetzes umfaßt einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil.

(2) Der Prüfling legt die Prüfung bei der Schule ab, an der er die Ausbildung abschließt. Die zuständige Behörde, in deren Bereich die Prüfung oder ein Teil der Prüfung abgelegt werden soll, kann aus wichtigem Grund Ausnahmen zulassen. Die Vorsitzenden der beteiligten Prüfungsausschüsse sind vorher zu hören.

§ 3 Prüfungsausschuß

(1) Bei jeder Schule wird ein Prüfungsausschuß gebildet. Er besteht aus mindestens vier Mitgliedern, und zwar:

1. einem fachlich geeigneten Vertreter der zuständigen Behörde oder einer von der zuständigen Behörde mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe betrauten fachlich geeigneten Person als Vorsitzender,
2. einer von der Schulverwaltung betrauten Person, wenn die Schule nach den Schulgesetzes eines Landes der staatlichen Aufsicht durch die Schulverwaltung untersteht, sowie
3. Fachprüfern, die an der Schule unterrichten und von denen mindestens
 - a) ein Prüfer Arzt und
 - b) ein Prüfer Ergotherapeut, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut, Diplom-Medizinpädagoge oder Medizinpädagoge mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Ergotherapeut oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut sein muß.

Als Fachprüfer sollen die Lehrkräfte bestellt werden, die den Prüfling in diesem Fachgebiet überwiegend ausgebildet haben.

(2) Die zuständige Behörde bestellt die Mitglieder nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und 3 sowie ihre Vertreter. Für jedes Mitglied ist mindestens ein Vertreter zu bestimmen. Vor der Bestellung der Mitglieder nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 und ihrer Vertreter ist die Schulleitung anzuhören.

(3) Das Mitglied nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sitzt dem Prüfungsausschuß vor. Die Behörde kann bestimmen, daß das Mitglied nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 den Vorsitz führt.

(4) Die zuständige Behörde kann Sachverständige und Beobachter zur Teilnahme an allen Prüfungsvorgängen entsenden.

§ 4 Zulassung zur Prüfung

(1) Der Vorsitzende entscheidet auf Antrag des Prüflings über die Zulassung zur Prüfung und setzt die Prüfungstermine im Benehmen mit der Schulleitung fest. Der Prüfungsbeginn soll nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Ausbildung liegen.

(2) Die Zulassung zur Prüfung wird erteilt, wenn folgende Nachweise vorliegen:

1. der Personalausweis oder Reisepass in amtlich beglaubigter Abschrift,
2. die Bescheinigung nach § 1 Abs. 3 über die Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen.

(3) Die Zulassung sowie die Prüfungstermine sollen dem Prüfling spätestens zwei Wochen vor Prüfungsbeginn schriftlich mitgeteilt werden.

(4) Die besonderen Belange behinderter Prüflinge sind zur Wahrung ihrer Chancengleichheit bei Durchführung der Prüfungen zu berücksichtigen.

§ 5 Schriftlicher Teil der Prüfung

(1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Fächergruppen:

1. Allgemeine Krankheitslehre; Spezielle Krankheitslehre einschließlich diagnostischer, therapeutischer, präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie psychosoziale Aspekte; Grundlagen der Arbeitsmedizin;
2. Psychologie und Pädagogik; Behindertenpädagogik; Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde;
3. Motorisch-funktionelle Behandlungsverfahren; Neurophysiologische Behandlungsverfahren; Neuropsychologische Behandlungsverfahren; Psychosoziale Behandlungsverfahren; Arbeitstherapeutische Verfahren.

Der Prüfling hat in den drei Fächergruppen in jeweils einer Aufsichtsarbeit schriftlich gestellte Fragen zu beantworten. Die Aufsichtsarbeiten dauern jeweils 180 Minuten. Die schriftliche Prüfung ist an drei Tagen durchzuführen. Die Aufsichtsführenden werden von der Schulleitung bestellt.

(2) Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeiten werden von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auf Vorschlag der Schule ausgewählt. Jede Aufsichtsarbeit ist von mindestens zwei Fachprüfern zu benoten. Aus den Noten der Fachprüfer bildet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüfern die Note für die einzelne Aufsichtsarbeit sowie aus den Noten der drei Aufsichtsarbeiten die Prüfungsnote für den schriftlichen

Teil der Prüfung. Der schriftliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn jede der drei Aufsichtsarbeiten mindestens mit "ausreichend" benotet wird.

§ 6 Mündlicher Teil der Prüfung

(1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Fächer:

1. Biologie, beschreibende und funktionelle Anatomie, Physiologie,
2. Medizinsoziologie und Gerontologie,
3. Grundlagen der Ergotherapie.

Die Prüflinge werden einzeln oder in Gruppen bis zu fünf geprüft. Ein Prüfling soll in jedem Fach nicht länger als 15 Minuten geprüft werden.

(2) Jedes Fach wird von mindestens einem Fachprüfer abgenommen und benotet. Der Vorsitzende ist berechtigt, sich in allen Fächern an der Prüfung zu beteiligen; er kann auch selbst prüfen. Aus den Noten der Fachprüfer bildet der Vorsitzende im Benehmen mit den Fachprüfern die Prüfungsnote für den mündlichen Teil der Prüfung. Der mündliche Teil der Prüfung ist bestanden, wenn jedes Fach mindestens mit "ausreichend" benotet wird.

(3) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann die Anwesenheit von Zuhörern beim mündlichen Teil der Prüfung gestatten, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

§ 7 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Im praktischen Teil der Prüfung hat der Prüfling

1. gemäß eines von ihm vorher zu erstellenden Arbeitsplanes unter Aufsicht ein Werkstück, eine Schiene, ein Hilfsmittel oder einen anderen therapeutischen Gegenstand anzufertigen und die therapeutische Einsatzmöglichkeit zu analysieren und zu begründen sowie
2. mit einem Patienten oder mit einer Patientengruppe eine ergotherapeutische Behandlung durchzuführen, die auf der Grundlage eines schriftlichen Prüfungsberichtes über die ergotherapeutische Befunderhebung, die Behandlungsplanung und deren Durchführung beruht.

(2) Die Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 soll an zwei Tagen durchgeführt werden und zwölf Stunden nicht überschreiten. Für die Prüfung nach Absatz 1 Nr. 2 sind dem Prüfling die Patienten spätestens vier Tage vor der Prüfung zuzuweisen. Die Auswahl der Patienten erfolgt durch einen Fachprüfer nach § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 im Einvernehmen mit dem Patienten und dem für den Patienten verantwortlichen Fachpersonal. Nach der ergotherapeutischen Behandlung sollen in einem Prüfungsgespräch Fragen zum Ablauf der Behandlung sowie dem Prüfungsbericht gestellt werden. Die Behandlung und das Gespräch sollen an einem Tag abgeschlossen sein und nicht länger als zwei Stunden dauern.

(3) Der praktische Teil der Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 wird jeweils von mindestens zwei Fachprüfern, darunter mindestens einem Fachprüfer nach § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe b, abgenommen und benotet. Aus den Noten der Fachprüfer bildet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüfern jeweils die Note für die Prüfungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 sowie aus diesen Noten die Prüfungsnote für den praktischen Teil der Prüfung. Der praktische Teil der Prüfung ist bestanden, wenn die Prüfungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 jeweils mindestens mit "ausreichend" benotet werden.

§ 8 Niederschrift

Über die Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der Gegenstand, Ablauf und Ergebnisse der Prüfung und etwa vorkommende Unregelmäßigkeiten hervorgehen.

§ 9 Benotung

Die schriftlichen Aufsichtsarbeiten sowie die Leistungen in der mündlichen und praktischen Prüfung werden wie folgt benotet:

- "sehr gut" (1), wenn die Leistung den Anforderungen in besonderem Maße entspricht,
- "gut" (2), wenn die Leistung den Anforderungen voll entspricht,
- "befriedigend" (3), wenn die Leistung im allgemeinen den Anforderungen entspricht,

- "ausreichend" (4), wenn die Leistung zwar Mängel aufweist, aber im ganzen den Anforderungen noch entspricht,
- "mangelhaft" (5), wenn die Leistung den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen läßt, daß die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind und die Mängel in absehbarer Zeit behoben werden können,
- "ungenügend" (6), wenn die Leistung den Anforderungen nicht entspricht und selbst die Grundkenntnisse so lückenhaft sind, daß die Mängel in absehbarer Zeit nicht behoben werden können.

§ 10 Bestehen und Wiederholung der Prüfung

(1) Die Prüfung ist bestanden, wenn jeder der nach § 2 Abs. 1 vorgeschriebenen Prüfungsteile bestanden ist.

(2) Über die bestandene staatliche Prüfung wird ein Zeugnis nach dem Muster der Anlage 3 erteilt. Über das Nichtbestehen erhält der Prüfling vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses eine schriftliche Mitteilung, in der die Prüfungsnoten anzugeben sind.

(3) Der Prüfling kann jede Aufsichtsarbeit der schriftlichen Prüfung, jedes Fach der mündlichen Prüfung sowie in der praktischen Prüfung die Prüfung nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 und die Prüfung nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 einmal wiederholen, wenn er die Note "mangelhaft" oder "ungenügend" erhalten hat.

(4) Hat der Prüfling die gesamte praktische Prüfung oder in der praktischen Prüfung die Prüfung nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 zu wiederholen, so darf er zur Wiederholungsprüfung nur zugelassen werden, wenn er an einer weiteren Ausbildung teilgenommen hat, deren Dauer und Inhalt vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses im Benehmen mit den Fachprüfern bestimmt werden. Dem Antrag des Prüflings auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung ist ein Nachweis über die Teilnahme an der weiteren Ausbildung beizufügen. Die Wiederholungsprüfung soll spätestens zwölf Monate nach der letzten Prüfung abgeschlossen sein.

§ 11 Rücktritt von der Prüfung

(1) Tritt ein Prüfling nach seiner Zulassung von der Prüfung oder einem Teil der Prüfung zurück, so hat er die Gründe für seinen Rücktritt unverzüglich dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses schriftlich mitzuteilen. Genehmigt der Vorsitzende den Rücktritt, so gilt die Prüfung oder der betreffende Teil der Prüfung als nicht unternommen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn wichtige Gründe vorliegen. Im Falle einer Krankheit kann die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung verlangt werden.

(2) Wird die Genehmigung für den Rücktritt nicht erteilt oder unterläßt es der Prüfling, die Gründe für seinen Rücktritt unverzüglich mitzuteilen, so gilt die Prüfung oder der betreffende Teil der Prüfung als nicht bestanden. § 10 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 12 Versäumnisfolgen

(1) Versäumt ein Prüfling einen Prüfungstermin oder gibt er eine Aufsichtsarbeit nicht oder nicht rechtzeitig ab oder unterbricht er die Prüfung, so gilt die Prüfung oder der betreffende Teil der Prüfung als nicht bestanden, wenn nicht ein wichtiger Grund vorliegt; § 10 Abs. 3 gilt entsprechend. Liegt ein wichtiger Grund vor, so gilt die Prüfung oder der betreffende Teil der Prüfung als nicht unternommen.

(2) Die Entscheidung darüber, ob ein wichtiger Grund vorliegt, trifft der Vorsitzende des Prüfungsausschusses. § 11 Abs. 1 Satz 1 und 4 gilt entsprechend.

§ 13 Ordnungsverstöße und Täuschungsversuche

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann bei Prüflingen, die die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung in erheblichem Maße gestört oder sich eines Täuschungsversuchs schuldig gemacht haben, den betreffenden Teil der Prüfung für "nicht bestanden" erklären; § 10 Abs. 3 gilt entsprechend. Eine solche Entscheidung ist im Falle der Störung der Prüfung nur bis zum Abschluß der gesamten Prüfung, im Falle eines Täuschungsversuchs nur innerhalb von drei Jahren nach Abschluß der Prüfung zulässig.

§ 14 Prüfungsunterlagen

Auf Antrag ist dem Prüfungsteilnehmer nach Abschluß der Prüfung Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren. Schriftliche Aufsichtsarbeiten sind drei, Anträge auf Zulassung zur Prüfung und Prüfungsniederschriften zehn Jahre aufzubewahren.

§ 15 Erlaubnisurkunde

Liegen die Voraussetzungen nach § 2 des Ergotherapeutengesetzes für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 des Gesetzes vor, so stellt die zuständige Behörde die Erlaubnisurkunde nach dem Muster der Anlage 4 aus.

§ 16 Sonderregelungen für Inhaber von Ausbildungsnachweisen aus einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes

(1) Antragsteller, die eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Ergotherapeutengesetzes beantragen, können zum Nachweis, dass die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 dieses Gesetzes vorliegen, eine von der zuständigen Behörde des Herkunftsmitgliedstaats ausgestellte entsprechende Bescheinigung oder einen von einer solchen Behörde ausgestellten Strafregisterauszug oder, wenn ein solcher nicht beigebracht werden kann, einen gleichwertigen Nachweis vorlegen. Hat der Antragsteller den Beruf im Herkunftsmitgliedstaat bereits ausgeübt, so kann die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Ergotherapeutengesetzes zuständige Behörde bei der zuständigen Behörde des Herkunftsmitgliedstaats Auskünfte über etwa gegen den Antragsteller verhängte Strafen oder sonstige berufs- oder strafrechtliche Maßnahmen wegen schwerwiegenden standeswidrigen Verhaltens oder strafbarer Handlungen, die die Ausübung des Berufs im Herkunftsmitgliedstaat betreffen, einholen. Hat die für die Erteilung der Erlaubnis zuständige Behörde in den Fällen des Satzes 1 oder des Satzes 2 von Tatbeständen Kenntnis, die außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes eingetreten sind und im Hinblick auf die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes von Bedeutung sein können, so hat sie die zuständige Stelle des Herkunftsmitgliedstaats zu unterrichten und sie zu bitten, diese Tatbestände zu überprüfen und ihr das Ergebnis und die Folgerungen, die sie hinsichtlich der von ihr ausgestellten Bescheinigungen und Nachweise daraus zieht, mitzuteilen. Die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Bescheinigungen und Mitteilungen sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen der Beurteilung nur zugrunde gelegt werden, wenn bei der Vorlage die Ausstellung nicht mehr als drei Monate zurückliegt.

(2) Antragsteller, die eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Ergotherapeutengesetzes beantragen, können zum Nachweis, dass die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 dieses Gesetzes vorliegen, einen entsprechenden Nachweis ihres Herkunftsmitgliedstaats vorlegen. Wird im Herkunftsmitgliedstaat ein solcher Nachweis nicht verlangt, ist eine von einer zuständigen Behörde dieses Staates ausgestellte Bescheinigung anzuerkennen, aus der sich ergibt, dass die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 3 des Ergotherapeutengesetzes erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(3) Antragsteller, die über einen Ausbildungsnachweis im Beruf des Ergotherapeuten verfügen, der in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes erworben worden ist, führen nach der Anerkennung ihrer Berufsqualifikation die Berufsbezeichnung „Ergotherapeutin“ oder „Ergotherapeut“.

(4) Werden von der zuständigen Stelle des Herkunftsmitgliedstaats die in Absatz 1 Satz 1 genannten Bescheinigungen nicht ausgestellt oder die nach Absatz 1 Satz 2 oder Satz 3 nachgefragten Mitteilungen innerhalb von zwei Monaten nicht gemacht, kann der Antragsteller sie durch Vorlage einer Bescheinigung über die Abgabe einer eidesstattlichen Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde des Herkunftsmitgliedstaats ersetzen.

(5) Die zuständige Behörde hat den Dienstleistungserbringer bei der erstmaligen Anzeige einer Dienstleistungserbringung im Sinne des § 5a des Ergotherapeutengesetzes binnen eines Monats nach Eingang der Meldung und der Begleitdokumente über das Ergebnis ihrer Nachprüfung zu unterrichten. Ist eine Nachprüfung innerhalb dieser Frist in besonderen Ausnahmefällen nicht möglich, unterrichtet die zuständige Behörde den Dienstleistungserbringer innerhalb eines Monats über die Gründe für diese Verzögerung und über den Zeitplan für ihre Entscheidung, die vor Ablauf des zweiten Monats ab Eingang der vollständigen Unterlagen ergehen muss. Erhält der Dienstleistungserbringer innerhalb der in den Sätzen 1 und 2 genannten Fristen keine Rückmeldung der zuständigen Behörde, darf die Dienstleistung erbracht werden.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Drittstaatsdiplome, für deren Anerkennung sich nach dem Recht der Europäischen Union eine Gleichstellung ergibt.

§ 16a Anerkennungsregelungen für Ausbildungsnachweise aus einem Drittstaat

(1) Antragsteller, die eine Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Ergotherapeutengesetzes beantragen, haben einen Anpassungslehrgang nach Absatz 2 zu absolvieren, der mit einer Prüfung über den Inhalt des Anpassungslehrgangs abschließt, oder eine Kenntnisprüfung nach Absatz 3 abzulegen, wenn sie über einen Ausbildungsnachweis verfügen, der in einem Drittstaat erworben worden ist und ihre Ausbildung wesentliche Unterschiede zu der deutschen Ausbildung aufweist, die von der zuständigen Behörde im Rahmen der Prüfung ihres Antrags auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung festgestellt worden sind und nicht durch Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeglichen werden konnten, die die Antragsteller im Rahmen ihrer nachgewiesenen Berufspraxis erworben haben. Satz 1 gilt entsprechend für Fälle, in denen eine Prüfung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes auf Grund der in § 2 Absatz 2 Satz 5 des Ergotherapeutengesetzes vorliegenden Umstände nicht durchgeführt wird.

(2) Der Anpassungslehrgang dient zusammen mit dem Abschlussgespräch der Feststellung, dass die Antragsteller über die zur Ausübung des Berufs des Ergotherapeuten erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen (Lehrgangziel). Er wird entsprechend dem Lehrgangziel in Form von theoretischem und praktischem Unterricht, einer praktischen Ausbildung mit theoretischer Unterweisung oder beidem an Einrichtungen nach § 4 Absatz 1 des Ergotherapeutengesetzes oder an von der zuständigen Behörde als vergleichbar anerkannten Einrichtungen durchgeführt und schließt mit einer Prüfung über den Inhalt des Anpassungslehrgangs ab. An der theoretischen Unterweisung sollen Personen nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b in angemessenem Umfang beteiligt werden. Die zuständige Behörde legt die Dauer und die Inhalte des Anpassungslehrgangs so fest, dass das Lehrgangziel erreicht werden kann. Die erfolgreiche Ableistung des Anpassungslehrgangs ist durch eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 5 nachzuweisen. Die Bescheinigung wird erteilt, wenn in der Prüfung, die in Form eines Abschlussgesprächs durchgeführt wird, festgestellt worden ist, dass die Antragsteller das Lehrgangziel erreicht haben. Das Abschlussgespräch wird von einem Fachprüfer nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 gemeinsam mit der Person nach Satz 3, die die Antragsteller während des Lehrgangs mit betreut hat, geführt und soll nicht länger als 60 Minuten dauern. Ergibt sich in dem Abschlussgespräch, dass die Antragsteller den Anpassungslehrgang nicht erfolgreich abgeleistet haben, entscheidet der Fachprüfer nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 im Benehmen mit der an dem Gespräch teilnehmenden Person nach Satz 3 über eine angemessene Verlängerung des Anpassungslehrgangs. Eine Verlängerung ist nur einmal zulässig. Der Verlängerung folgt ein weiteres Abschlussgespräch. Kann auch nach dem Ergebnis dieses Gesprächs die Bescheinigung nach Satz 5 nicht erteilt werden, darf der Anpassungslehrgang nur einmal wiederholt werden.

(3) Bei der Kenntnisprüfung haben die Antragsteller nachzuweisen, dass sie über die zur Ausübung des Berufs des Ergotherapeuten erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Die Kenntnisprüfung umfasst jeweils einen mündlichen und praktischen Teil. Sie ist erfolgreich abgeschlossen, wenn jeder der beiden Prüfungsteile bestanden ist.

(4) Der mündliche Teil der Kenntnisprüfung erstreckt sich auf folgende Fächer:

1. Berufs- und Gesetzkunde,
2. Spezielle Krankheitslehre einschließlich diagnostischer, therapeutischer, präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie psychosozialer Aspekte,
3. Grundlagen der Ergotherapie.

Der mündliche Teil der Prüfung soll für den einzelnen Prüfling mindestens 15 und nicht länger als 60 Minuten dauern. Er wird von zwei Fachprüfern nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 abgenommen und bewertet. Der mündliche Teil der Kenntnisprüfung ist erfolgreich abgeschlossen, wenn die Fachprüfer ihn in einer Gesamtbetrachtung übereinstimmend mit „bestanden“ bewerten. Das Bestehen setzt mindestens voraus, dass die Leistung des Prüflings trotz ihrer Mängel noch den Anforderungen genügt. Kommen die Fachprüfer zu einer unterschiedlichen Bewertung, entscheidet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses nach Rücksprache mit den Fachprüfern über das Bestehen.

(5) Im praktischen Teil der Kenntnisprüfung hat der Prüfling an mindestens einem und höchstens drei Patienten aus den in Anlage 1 Buchstabe B genannten Bereichen einen ergotherapeutischen Befund zu erheben, einen Behandlungsplan sowie dessen Durchführung mit den dazugehörigen Erörterungen und Begründungen in einem Prüfungsgespräch darzustellen sowie eine ergotherapeutische Behandlung entsprechend dem Behandlungsplan durchzuführen. Die zuständige Behörde legt die Bereiche, in denen die Prüfung durchgeführt wird, gemäß den festgestellten wesentlichen Unterschieden fest. Der praktische Teil der Prüfung soll für jeden Bereich nicht länger als 120 Minuten dauern. Er wird von zwei Fachprüfern, darunter mindestens einem Fachprüfer nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b, abgenommen und bewertet. Während der Prüfung sind den Prüfern Nachfragen

gestattet, die sich auf das konkrete praktische Vorgehen beziehen. Der praktische Teil der Kenntnisprüfung ist erfolgreich abgeschlossen, wenn die Fachprüfer die Prüfung für jeden Bereich übereinstimmend mit „bestanden“ bewerten. Absatz 4 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(6) Die Kenntnisprüfung soll mindestens zweimal jährlich angeboten werden und darf im mündlichen Teil sowie jedem Bereich, der Gegenstand der Prüfung war und nicht bestanden wurde, einmal wiederholt werden.

(7) Über die bestandene Kenntnisprüfung wird eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 6 erteilt.

§ 16b Fristen, Bescheide, Durchführungsbestimmungen

(1) Die zuständige Behörde hat über Anträge auf Erteilung einer Erlaubnis als Ergotherapeutin oder Ergotherapeut nach § 1 Absatz 1 des Ergotherapeutengesetzes in Verbindung mit § 2 Absatz 2, 3 oder Absatz 4 des Ergotherapeutengesetzes kurzfristig, spätestens vier Monate, nach Vorlage der für Entscheidungen nach § 2 des Ergotherapeutengesetzes erforderlichen Unterlagen zu entscheiden.

(2) Über die Feststellung wesentlicher Unterschiede, die zur Auferlegung einer Kenntnisprüfung oder eines Anpassungslehrgangs führen, ist den Antragstellern ein rechtsmittelfähiger Bescheid zu erteilen, der folgende Angaben enthält:

1. das Niveau der in Deutschland verlangten Qualifikation und das Niveau der von den Antragstellern vorgelegten Qualifikation gemäß der Klassifizierung in Artikel 11 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22, L 271 vom 16.10.2007, S. 18), die zuletzt durch die Verordnung (EU) Nr. 623/2012 (ABl. L 180 vom 12.7.2012, S. 9) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,
2. die Fächer oder Ausbildungsbestandteile, bei denen wesentliche Unterschiede festgestellt wurden,
3. eine inhaltliche Erläuterung der wesentlichen Unterschiede sowie die Begründung, warum diese dazu führen, dass die Antragsteller nicht in ausreichender Form über die in Deutschland zur Ausübung des Berufs des Ergotherapeuten notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, und
4. eine Begründung, warum die wesentlichen Unterschiede nicht durch Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeglichen werden konnten, die die Antragsteller im Rahmen ihrer nachgewiesenen Berufspraxis erworben haben.

(3) Die Kenntnisprüfung nach § 16a Absatz 3 findet in Form einer staatlichen Prüfung vor einer staatlichen Prüfungskommission statt. Die Länder können zur Durchführung der Prüfungen die regulären Prüfungstermine der staatlichen Prüfung nach § 2 Absatz 1 nutzen. Soweit in diesem Abschnitt nichts anderes bestimmt ist, gelten die §§ 8, 11 bis 14 für die Durchführung der Prüfung nach Satz 1 entsprechend.

§ 17 Übergangsvorschrift

Eine vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnene Ausbildung zur "Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin", zum "Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten", zur "Ergotherapeutin" oder zum "Ergotherapeuten" wird nach den bisher geltenden Vorschriften abgeschlossen.

§ 18 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2000 in Kraft. Gleichzeitig tritt, soweit sich nicht aus § 17 etwas anderes ergibt, die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 23. März 1977 (BGBl. I S. 509), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3770), außer Kraft.

Schlußformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1)

Fundstelle: BGBl. I 1999, 1735 - 1739

A Theoretischer und praktischer Unterricht

		Stunden
1	Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde	40
1.1	Berufskunde und Ethik, Geschichte des Berufs	
1.2	Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland und internationale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen einschließlich der Gesundheitsprogramme internationaler Organisationen wie insbesondere Weltgesundheitsorganisation und Europarat	
1.3	Aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Fragen	
1.4	Ergotherapeutengesetz; gesetzliche Regelungen für die sonstigen Berufe des Gesundheitswesens und ihre Abgrenzung zueinander	
1.5	Arbeits- und berufsrechtliche Regelungen, soweit sie für die Berufsausübung von Bedeutung sind	
1.6	Einführung in das Arbeits- und Arbeitsschutzrecht	
1.7	Einführung in das Sozial- und Rehabilitationsrecht	
1.8	Einführung in das Krankenhaus- und Seuchenrecht sowie das Arznei- und Betäubungsmittelrecht	
1.9	Strafrechtliche, bürgerlich-rechtliche und öffentlich-rechtliche Vorschriften, die bei der Berufsausübung von Bedeutung sind; Rechtsstellung des Patienten oder seiner Sorgeberechtigten, Datenschutz	
1.10	Die Grundlagen der staatlichen Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland	
2	Fachsprache, Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten	80
2.1	Einführung in die fachbezogene Terminologie	
2.2	Berichten und Beschreiben	
2.3	Beurteilen und Charakterisieren	
2.4	Referieren und Argumentieren	
2.5	Einführung in die Statistik und fachbezogene Anwendung	
2.6	Fachenglisch	
2.7	Benutzung und Auswertung von deutscher und fremdsprachiger Fachliteratur	
2.8	Erarbeiten einer schriftlichen Abhandlung auf der Grundlage einer Problemuntersuchung Medizinische Grundlagen	
3	Grundlagen der Gesundheitslehre und Hygiene	30
3.1	Gesundheit und ihre Einflußfaktoren	
3.2	Gesundheit und Lebensalter	
3.3	Maßnahmen der Gesundheitsförderung	
3.4	Allgemeine Hygiene, Individualhygiene und Umweltschutz	
3.5	Krankheitserreger und übertragbare Krankheiten	
3.6	Desinfektion und Sterilisation	
4	Biologie, beschreibende und funktionelle Anatomie, Physiologie	180
4.1	Zelle, Zellstoffwechsel und Zellvermehrung	
4.2	Vererbungslehre, Humangenetik und Gentechnologie	
4.3	Strukturelemente, Richtungsbezeichnungen und Körperorientierungen	
4.4	Stütz- und Bewegungsapparat	

4.5	Herz- und Blutgefäßsystem	
4.6	Atmungssystem	
4.7	Verdauungssystem	
4.8	Urogenitalsystem	
4.9	Nervensystem und Sinnesorgane	
4.10	Haut und Hautanhangsorgane	
4.11	Endokrinologisches System	
5	Allgemeine Krankheitslehre	30
5.1	Gesundheit, Krankheit, Krankheitsursachen, Krankheitszeichen, Krankheitsverlauf	
5.2	Pathologie der Zelle, Wachstum und seine Störungen, Entwicklungsstörungen	
5.3	Örtliche und allgemeine Kreislaufstörungen, Blutungen	
5.4	Entzündungen, Ödeme, Erkrankungen des Immunsystems	
6	Spezielle Krankheitslehre einschließlich diagnostischer, therapeutischer, präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie psychosozialer Aspekte	280
6.1	Orthopädie	
6.2	Rheumatologie	
6.3	Innere Medizin und Geriatrie	
6.4	Chirurgie/Traumatologie	
6.5	Onkologie	
6.6	Neurologie einschließlich der neuropsychologischen Störungen	
6.7	Psychosomatik	
6.8	Psychiatrie/Gerontopsychiatrie	
6.9	Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließlich der Grundlagen der Normalentwicklung	
6.10	Pädiatrie und Neuropädiatrie einschließlich der intrauterinen und der statomotorischen Entwicklungen	
7	Arzneimittellehre	20
7.1	Herkunft, Bedeutung und Wirkung von Arzneimitteln	
7.2	Arzneiformen und ihre Verabreichung	
7.3	Umgang mit Arzneimitteln	
7.4	Arzneimittelgruppen und Zuordnung ausgewählter Arzneimittel	
7.5	Grundkenntnisse der Pharmakologie und Toxikologie	
8	Grundlagen der Arbeitsmedizin	30
8.1	Arbeitsphysiologie	
8.2	Ergonomie	
8.3	Arbeitsplatzbedingungen	
8.4	Arbeitsplatzanalyse	
8.5	Gewerbehygiene	
8.6	Berufsbelastungen und Berufserkrankungen	
9	Erste Hilfe	20
9.1	Allgemeines Verhalten bei Notfällen	

9.2	Erstversorgung von Verletzten	
9.3	Blutstillung und Wundversorgung	
9.4	Maßnahmen bei Schockzuständen und Wiederbelebung	
9.5	Versorgung von Knochenbrüchen	
9.6	Transport von Verletzten	
9.7	Verhalten bei Arbeitsunfällen und sonstigen Notfällen	
	Sozialwissenschaftliche Grundlagen	
10	Psychologie und Pädagogik	210
10.1	Grundbegriffe und Grundfragen der Pädagogik	
10.1.1	Notwendigkeit und Möglichkeit von Erziehung und Lernen	
10.1.2	Lehren und Lernen im pädagogischen Bezug	
10.1.3	Funktion von Erziehungszielen	
10.1.4	Erziehungsmaßnahmen und Erziehungsstile	
10.1.5	Pädagogische Aspekte der therapeutischen Arbeit	
10.2	Grundbegriffe und Grundfragen der Psychologie	
10.3	Allgemeine und Entwicklungspsychologie	
10.3.1	Hauptperioden der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung	
10.3.2	Denken und Sprache	
10.3.3	Lernen einschließlich soziales Lernen	
10.3.4	Motivationen und Emotionen	
10.3.5	Pädagogische Konsequenzen und ergotherapeutische Ansätze einschließlich praktischer Übungen	
10.4	Sozialpsychologie und Persönlichkeitspsychologie	
10.4.1	Persönlichkeitsmodelle	
10.4.2	Personenwahrnehmung	
10.4.3	Interaktion in Gruppen	
10.4.4	Einstellungen	
10.4.5	Pädagogische Konsequenzen und ergotherapeutische Ansätze einschließlich praktischer Übungen	
10.5	Grundbegriffe der Psychotherapie	
10.5.1	Pädagogische Konsequenzen und Bedeutung für die Ergotherapie	
10.6	Arbeits- und Betriebspsychologie; Organisationspsychologie; berufliche Sozialisation aus soziologischer und psychologischer Sicht	
10.6.1	Bedeutung und Funktion der Arbeit in der Gesellschaft	
10.6.2	Arbeit und Persönlichkeitsentwicklung	
10.6.3	Personale Schwierigkeiten im Arbeits- und Anpassungsprozeß	
10.6.4	Grundlagen der Organisationspsychologie	
10.6.5	Arbeit und Behinderung	
11	Behindertenpädagogik	40
11.1	Geschichte der Behindertenpädagogik	
11.2	Systematik der Behinderungen	
11.3	Familie und Behinderung	

11.4	Sonderpädagogische Diagnostik	
11.5	Ergotherapeutische Aufgaben	
12	Medizinsoziologie und Gerontologie	70
12.1	Medizinsoziologie	
12.1.1	Naturwissenschaftliches und sozialwissenschaftliches Krankheitsverständnis	
12.1.2	Institutssoziologie und Rollensoziologie	
12.1.3	Gesellschaftliche Bewertung von chronischer Krankheit und Behinderung	
12.1.4	Verarbeitung und Bewältigung von Krankheit und Behinderung	
12.2	Gerontologie	
12.2.1	Alterstheorien	
12.2.2	Ansprüche, Möglichkeiten und Grenzen im Alter, Glaubens- und Sinnfragen	
12.2.3	Veränderung der Rollen, Selbst- und Fremdbilder im Alter	
12.2.4	Veränderung der geistigen Fähigkeiten	
	Ergotherapeutische Mittel	
13	Handwerkliche und gestalterische Techniken mit verschiedenen Materialien	500
13.1	Material- und Werkzeugkunde	
13.2	Arbeitstechniken	
13.2.1	Konstruktiv strukturierende Elemente	
13.2.2	Gestalterisch kreative Elemente	
13.3	Arbeitsprozesse	
13.3.1	Einfache und komplexe Aufgabenstellungen	
13.3.2	Einzelarbeit und Gruppenarbeit	
13.3.3	Arbeiten nach Anleitung und freies Planen	
13.3.4	Selbständige Erarbeitung einer Technik	
13.3.5	Manuelle und maschinelle Arbeit	
13.4	Arbeitsorganisation einschließlich Planung, Vorbereitung, Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomie	
13.5	Therapeutische Anwendung der Techniken und Patientenanleitung, Kriterien für die Therapierelevanz einer handwerklichen Technik	
14	Spiele, Hilfsmittel, Schienen und technische Medien	200
14.1	Spiele und ihr therapeutischer Einsatz	
14.1.1	Selbsterarbeitete und adaptierte Spiele	
14.2	Rollstühle, Hilfsmittel und Schienen	
14.2.1	Grundkenntnisse über Hilfsmittel und Rollstühle	
14.2.2	Selbsterfahrung mit Hilfsmitteln und Rollstühlen	
14.2.3	Herstellung und Adaption von Hilfsmitteln	
14.2.4	Schienenkunde	
14.2.5	Schienenherstellung, Veränderung standardisierter Schienen	
14.3	Technische Medien und ihr Einsatz	
14.3.1	Audiovisuelle Medien und ihre therapeutische Bedeutung	
14.3.2	Grundlagen der Computertechnik	
14.3.3	EDV und ergotherapeutische Dokumentation	

14.3.4	Ergotherapeutisch relevante Software und ihre Anwendung	
14.3.5	Adaption von elektronischen Hilfen für die Arbeit am Computer und ihre therapeutische Anwendung	
	Ergotherapeutische Verfahren	
15	Grundlagen der Ergotherapie	140
15.1	Bedeutung medizinischer und sozialwissenschaftlicher Grundlagen für die Ergotherapie	
15.2	Konzeptionelle Modelle der Ergotherapie	
15.3	Selbstwahrnehmung	
15.4	Lernen über Handeln, handlungstheoretische Ansätze	
15.5	Vermittlung und Anleitung	
15.6	Grundlagen therapeutischer Arbeit mit Gruppen	
15.7	Einführung in die klientenzentrierte Gesprächsführung	
15.8	Therapeutisches Handeln	
15.9	Therapeutische Rolle und Persönlichkeit	
15.10	Unterstützung, Beratung und Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie	
15.11	Grundlagen der Qualitätssicherung; Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität	
15.12	Schlüsselqualifikationen für die Teamarbeit	
16	Motorisch-funktionelle Behandlungsverfahren	100
16.1	Theoretische Grundlagen	
16.1.1	Funktionelle Bewegungslehre	
16.1.2	Körperliche Beeinträchtigung und deren psychische Ursachen und Folgen	
16.2	Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation	
16.2.1	Standardisierte Testverfahren, beobachtende Verfahren	
16.2.2	Sicht- und Tastbefund, Muskelfunktionsprüfung, Sensibilitätsprüfung, Gelenkmessung	
16.2.3	Bewegungsanalyse	
16.3	Methoden und Durchführungsmodalitäten	
16.3.1	Gelenkmobilisation	
16.3.2	Muskelkräftigung	
16.3.3	Koordinationstraining	
16.3.4	Belastungstraining	
16.3.5	Sensibilitätstraining	
17	Neurophysiologische Behandlungsverfahren	100
17.1	Theoretische Grundlagen der sensomotorischen Entwicklung und sensorische Integration	
17.2	Verständnis der Wahrnehmungsprozesse	
17.3	Neurophysiologische Behandlungskonzepte im Überblick	
17.4	Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation	
17.4.1	Bewegungs- und Entwicklungsanalyse, Reflexstatus	
17.4.2	Standardisierte Testverfahren und klinische Beobachtung	
17.5	Methoden und Durchführungsmodalitäten	

17.5.1	Grundlagen verschiedener Behandlungskonzepte, wie nach Bobath, Affolter, Ayres, Perfetti	
17.5.2	Praktische Anwendung bei Kindern und Erwachsenen	
18	Neuropsychologische Behandlungsverfahren	100
18.1	Theoretische Grundlagen	
18.1.1	Neuropsychologische Funktionen und Störbilder	
18.1.2	Funktionelle Bedeutung der höheren kortikalen Funktionen des Menschen	
18.1.3	Unterschiede bei erworbenen und angeborenen Schädigungen	
18.2	Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation	
18.2.1	Standardisierte Testverfahren, beobachtende Verfahren, computergesteuerte Meßverfahren	
18.2.2	Ergotherapeutische Funktionsanalysen und Testverfahren	
18.3	Methoden und Durchführungsmodalitäten	
18.3.1	Hirnleistungstraining	
18.3.2	Training der Kulturtechniken	
18.3.3	Realitätsorientierungstraining	
18.3.4	Geistiges Aktivierungstraining	
19	Psychosoziale Behandlungsverfahren	100
19.1	Theoretische Grundlagen	
19.1.1	Individualgenetisch deutende Verfahren	
19.1.2	Kommunikativ spiegelnde Verfahren	
19.1.3	Lerntheoretisch trainierende Verfahren	
19.1.4	Theorie zur Gruppendynamik	
19.1.5	Multidimensionale Krankheits- und Therapiekonzepte von Psychosen	
19.2	Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation	
19.2.1	Erhebung und Auswertung von Informationen; sozial Anamnese	
19.2.2	Verhaltensbeobachtung auf der Handlungs- und Beziehungsebene sowie im individuellen Ausdruck	
19.2.3	Analyse und Gewichtung der Prozesse, ihrer Resultate und Produkte	
19.3	Methoden und Durchführungsmodalitäten	
19.3.1	Symptombezogen-regulierende Methoden	
19.3.2	Subjektbezogen-ausdruckszentrierte Methoden	
19.3.3	Soziozentriert-interaktionelle Methoden	
19.3.4	Kompetenzzentrierte, lebenspraktische und alltagsorientierte Methoden	
19.3.5	Wahrnehmungsbezogene und handlungsorientierte Methoden	
19.3.6	Einbeziehung von angrenzenden psychotherapeutisch orientierten Methoden	
20	Arbeitstherapeutische Verfahren	100
20.1	Theoretische Grundlagen	
20.1.1	Historische Ansätze und Entwicklungen der Arbeitstherapie	
20.1.2	Relevante Ansätze, insbesondere aus der Arbeitsphysiologie, Arbeitspsychologie, Arbeitssoziologie, Verhaltenstherapie und Handlungstheorie	
20.1.3	Ergonomie; Arbeitsplatzgestaltung	

20.1.4	Analyse realer Arbeitsbedingungen für den Einsatz von Behinderten	
20.2	Aufbau und Struktur einer Arbeitstherapie im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich	
20.3	Arbeitstherapie als Element der medizinischen, psychosozialen und beruflichen Rehabilitation	
20.4	Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation	
20.4.1	Anforderungs- und Leistungsprofile	
20.4.2	Test- und Analyseverfahren	
20.4.3	Berufs- und Arbeitsanamnese	
20.4.4	Individuelle Arbeitsplatzanalyse	
20.4.5	Beobachten des Arbeitsverhaltens	
20.4.6	Beurteilen des Arbeitsverhaltens und Aussagen zur künftigen Leistungsfähigkeit	
20.5	Methoden und Durchführungsmodalitäten	
20.5.1	Förderung von instrumentellen und sozioemotionalen Fertigkeiten	
20.5.2	Stufenweise Förderung in Trainingsgruppen bis zur Wiederaufnahme der Arbeit	
20.5.3	Differenzierte Arbeitstherapieangebote in den verschiedenen medizinischen Bereichen, praktische Umsetzung und Gestaltung	
21	Adaptierende Verfahren in der Ergotherapie	40
21.1	Theoretische Grundlagen	
21.1.1	Bedeutung von Selbständigkeit und Lebensqualität	
21.1.2	Analyse und Anforderungen im Alltag	
21.1.3	Kriterien zu Funktionstraining und Kompensationstechniken	
21.1.4	Hilfsmittel- und Rollstuhlversorgung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen, der Kostenregelung und des Verordnungsweges	
21.2	Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation	
21.2.1	Standardisierte Testverfahren, beobachtende Verfahren	
21.2.2	Ergotherapeutische Funktionsanalyse	
21.3	Methoden, Durchführungsmodalitäten	
21.3.1	Funktionstraining und Entwicklung von Kompensationsmöglichkeiten zur Verbesserung von Aktivitäten des täglichen Lebens	
21.3.2	Beratung, Vergabe und Anleitung beim Einsatz spezifischer Hilfsmittel und Rollstühle unter Berücksichtigung der Kostenregelung	
21.3.3	Funktionstraining bei Prothesen und Schienen	
21.3.4	Gelenkschutzunterweisung	
21.3.5	Beratung und Adaption zur Wohnraumanpassung und Arbeitsplatzanpassung	
22	Prävention und Rehabilitation	40
22.1	Theoretische Grundlagen der Prävention und praktische Anwendung	
22.2	Einsatz ergotherapeutischer Verfahren in der Prävention; praktische Anwendung	
22.3	Theoretische Grundlagen der Rehabilitation	
22.4	Einführung in die Rehabilitationspsychologie	

(Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 1999, 1741)

Der Vorsitzende
des Prüfungsausschusses

Zeugnis
über die staatliche Prüfung
für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat am die staatliche Prüfung nach § 2 Abs. 1
Nr. 1 des Ergotherapeutengesetzes vor dem staatlichen Prüfungsausschuß
bei der

in bestanden.

Sie/Er hat folgende Prüfungsnoten erhalten:

1. im schriftlichen Teil der Prüfung "....."
2. im mündlichen Teil der Prüfung "....."
3. im praktischen Teil der Prüfung "....."

Ort, Datum

(Siegel)

(Unterschrift des
Vorsitzenden des
Prüfungsausschusses)

Anlage 4 (zu § 15)

(Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 1999, 1742)

Urkunde
über die Erlaubnis
zur Führung der Berufsbezeichnung

Name, Vorname

geboren am

in

erhält auf Grund des § 2 Abs. 1 des Ergotherapeutengesetzes mit Wirkung
vom heutigen Tage die Erlaubnis, die Berufsbezeichnung

"....."
zu führen.

Ort, Datum

(Siegel)

(Unterschrift)

Anlage 5 (zu § 16a Absatz 2)

.....

(Bezeichnung der Einrichtung)

Bescheinigung
über die Teilnahme am Anpassungslehrgang

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

Geburtsort

.....

hat in der Zeit vom bis regelmäßig an dem nach § 16a Absatz 2 der
Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von der zuständigen Behörde vorgeschriebenen
Anpassungslehrgang teilgenommen.

Das Abschlussgespräch hat sie/er bestanden/nicht bestanden.*

Ort, Datum

..... (Stempel) ..

.....

Unterschrift(en) der Einrichtung

Ort, Datum

..... (Stempel) ..

.....

Unterschrift(en) der Personen nach § 16a Absatz 2 Satz 7

* Nicht Zutreffendes streichen.

Anlage 6 (zu § 16a Absatz 7)

Die/der Vorsitzende
des Prüfungsausschusses

Bescheinigung
über die staatliche Kenntnisprüfung
für

.....

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

Geburtsort

.....

hat am die staatliche Kenntnisprüfung nach § 16a Absatz 3 der Ergotherapeuten-
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bestanden/nicht bestanden* .

* Nicht Zutreffendes streichen.

Ort, Datum

..... (Siegel) . .

.....

(Unterschrift(en) der/des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses)

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverband zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien: inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung – Stand 24.02.2014

Der Paritätische Gesamtverband e.V. ist Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen. Eine Stärke des Verbandes liegt in seiner Mitgliederstruktur. Dazu gehören zahlreiche gesundheitliche Selbsthilfeorganisationen – das ist die Nutzerperspektive. Des Weiteren erbringen Mitgliedsorganisationen des Paritätischen Leistungen, z. B. als Träger von Diensten und Einrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung. Dazu gehören einerseits psychiatrische Kliniken und andererseits ambulante Dienste, die in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung u. a. psychiatrische Pflege oder soziotherapeutische Leistungen in der Regelversorgung anbieten. Des Weiteren gibt es sektorübergreifende Angebote für psychisch kranke Menschen in der integrierten Versorgung, in denen ebenfalls Soziotherapie erbracht wird.

Der Paritätische Gesamtverband nimmt die vorgesehene Möglichkeit zur Stellungnahme zur Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 SGB V wie folgt wahr.

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 92 SGB V vorgelegt hat. Seit Einführung der Soziotherapie im Jahr 2000 weisen verschiedene Studien, u. a. vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Gemeinsamen Bundesausschuss, auf erhebliche Umsetzungsprobleme in der Soziotherapie hin. Soziotherapie hat sich bis heute weder durchgesetzt noch etabliert und wird somit nicht flächendeckend angeboten, obwohl für die Zielgruppe ein erheblicher Versorgungs- und Unterstützungsbedarf besteht.

Dies hat mehrere Gründe:

- ▶ Hauptursache ist aus Sicht des Paritätischen, dass Anträge auf Soziotherapie abgelehnt werden, weil die vorliegende Diagnose nicht in den Soziotherapie-Richtlinien erfasst ist.
- ▶ Erschwerend kommt hinzu, dass Soziotherapie als Leistung der Krankenversicherung insbesondere bei Hausärzten, aber auch bei Fachärzten nach wie vor unzureichend bekannt ist, sodass diese Leistung aus Unkenntnis in der Regel selten verordnet, beantragt und durchgeführt wird.
- ▶ Weitere Probleme sieht der Paritätische bei den Anforderungen an die Leistungserbringer seitens der Krankenkassen bzw. der Landesverbände der Krankenkassen und deren Vergütungen. Bei der Zulassung von Soziotherapeuten verweisen die Krankenkassen auf die seit 2008 nicht mehr gültigen „Gemeinsamen Empfeh-

lungen der Spitzenverbände gem. § 132b Abs. 2 SGB V“, in denen hohe berufliche Anforderungen hinsichtlich der Praxiserfahrung gestellt werden. Somit besteht eine große Diskrepanz zwischen den fachlichen Anforderungen einerseits und der Bezahlung andererseits. Psychiatrische Behandlung ist nur als Komplexleistung möglich. Wesentlicher zentraler Bestandteil ist die Soziotherapie, deren Finanzierung nicht gesichert ist.

Der Paritätische sieht daher dringenden Handlungsbedarf, der sich zum einen auf die Neufassung der Richtlinien und insbesondere auf die Erweiterung der Diagnosen bezieht. Zum anderen empfiehlt der Paritätische eine rechtliche Regelung zur Etablierung eines Verhandlungsverfahrens zwischen Kassen und Leistungserbringern vergleichbar dem § 132a SGB V bezogen auf die Anforderungsmerkmale für Leistungserbringer.

Zu einzelnen Regelungen in der Beschlussempfehlung zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien nehmen wir folgt Stellung:

Zu § 1 Grundlagen und Ziele

Der Paritätische unterstützt die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Patientenvertretern vorgeschlagene Klarstellung hinsichtlich der Abgrenzung der Leistungen der Soziotherapie gem. § 37a SGB V von den Leistungen der häuslichen (psychiatrischen) Krankenpflege (HKP-RL Nr. 27a).

Zu § 2 Indikation und Therapiefähigkeit

Zu § 2 Absatz 3

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala) wurde bisher in den Richtlinien mit dem Grenzwert 40 sehr hoch angesetzt. Die Erweiterung auf < 50 ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die Skalierung der GAF-Skala erfolgt jedoch in Zehner-Schritten. Hier sollte eine Angleichung erfolgen.

Aus Sicht des Paritätischen ist der Wert aufgrund der Skalierung der GAF-Skala in Zehner-Schritten bis einschließlich 50 festzulegen.

Zu § 2 Absatz 4

Die bisherigen Richtlinien haben die Zielgruppe auf Menschen beschränkt, die an einer schweren psychischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt sind. Diese Einschränkung führt zu einem Behandlungsausschluss von Menschen mit anderweitigen schweren psychischen Erkrankungen. Die umfangreiche Diagnosebeschränkung ist aus Sicht des Paritätischen sachlich in keiner Weise gerechtfertigt und nicht im Sinne des Gesetzgebers. Dieser hatte keine Einschränkung der Krankheitsbilder bzw. keinen abschließenden Katalog von Diagnosen vorgesehen.

Nach Einschätzungen des Paritätischen ergibt sich grundsätzlich die medizinische Indikation für soziotherapeutische Leistungen aus der gravierend eingeschränkten Fähigkeit des psychisch Erkrankten, notwendige Behandlungen und ärztlich veran-

lasste Maßnahmen in Anspruch zu nehmen bzw. auszuführen. Hinsichtlich dieser Fähigkeits- und psychischen Funktionsstörung ist die Diagnose zweitrangig. Allerdings gehen einige Diagnosen klinisch häufiger mit den vorbeschriebenen gravierenden Fähigkeitsstörungen einher. Eine Einschränkung der Indikationsdiagnosen auf schizophrene bzw. wahnhaftige Störungen – wie bisher in der Richtlinie formuliert – wird der Tatsache nicht gerecht, dass Menschen krankheitsbedingt auch bei Bestehen weiterer Diagnosen wie z. B. bei bipolaren oder depressiven Störungen psychische Funktions- und Fähigkeitsstörungen aufweisen können, die eine soziotherapeutische Unterstützung erforderlich machen.

Der Paritätische weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Rahmen vieler Verträge zur Integrierten Versorgung von psychisch kranken Menschen auch Soziotherapie angeboten wird. Hier wurde seitens der Krankenkassen in verschiedenen, über ganz Deutschland verbreiteten Verträgen die Diagnosebeschränkung bereits aufgehoben.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch schwer kranken Menschen sicherzustellen, fordert der Paritätische die Aufnahme aller in Kapitel V des ICD 10 (F00-F99) aufgeführten psychischen Erkrankungen in die Soziotherapie-Richtlinien.

Zu § 2 Absatz 6

Bei Verordnung von Soziotherapie sehen die bisherigen Richtlinien eine Prüfung der „Therapiefähigkeit“ in Bezug auf Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit vor.

Das Vorliegen eines Mindestmaßes an Belastbarkeit und Motivierbarkeit lässt sich aus Sicht des Paritätischen nicht hinreichend wissenschaftlich ableiten und belegen. Die Bewertung ist im hohen Maße von der subjektiven Wahrnehmung des temporären Erscheinungsbildes des Patienten abhängig und stellt somit kein objektivierbares Kriterium dar.

Der Paritätische fordert, dass als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ausschließlich zu prüfen ist, inwieweit die in § 2 Abs. 2 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten langfristig beseitigt, vor einer Verschlimmerung behütet oder gelindert werden können und damit ein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

Zu § 4 Ärztliche Verordnung

Zu § 4 Absatz 2

Die bisherige Richtlinie sieht vor, dass ausschließlich Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde eine Verordnung von Soziotherapie vornehmen können.

Der Paritätische unterstützt die Forderung der DKG, dem GKV-Spitzenverband und der Patientenvertretung, dass Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

sowie Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie-fachgebunden zukünftig Soziotherapie verordnen können.

Zu § 4 Absatz 3

Die von der GKV, der DKG und der Patientenvertretung geforderte Erweiterung der Verordnungsmöglichkeiten auf psychiatrische Institutsambulanzen, in denen Fachärzte tätig sind, unterstützt der Paritätische ausdrücklich. Mit Blick darauf, dass Soziotherapie als Leistung der Krankenversicherung insbesondere bei Hausärzten, aber auch bei Fachärzten nach wie vor unzureichend bekannt ist, sollte der Kreis derer, die verordnen dürfen, erweitert werden.

Der Paritätische fordert, dass Fachärzte, die in Institutsambulanzen, sozial-psychiatrische Dienste und Suchtberatungsstellen regelhaft tätig sind, ebenfalls Soziotherapie ohne Ermächtigung verordnen können.

Zu § 4 Absatz 6

Die bisherige Regelung, dass drei Therapieeinheiten ohne Genehmigung der Krankenkassen erbracht werden können, um die Überweisung zu einem verordnungsberechtigten Facharzt zu erreichen, ist vor dem Hintergrund der Problemlagen der Versicherten nicht ausreichend. Aus Sicht des Paritätischen sollten mindestens fünf Therapieeinheiten gewährt und besondere Situationen sowie individuelle Bedarfe berücksichtigt werden.

Der Paritätische fordert eine Erhöhung von drei auf fünf Therapieeinheiten, die ohne Genehmigung der Krankenkasse erbracht werden können. Darüber hinaus ist eine Öffnungsklausel für besondere Situationen, wie Wartezeiten und individuelle Bedarfe aufzunehmen.

Zu § 5 Leistungsumfang

Der Paritätische begrüßt, dass die Begrenzung der Soziotherapie auf drei Jahre im Rahmen der gültigen Soziotherapie-Richtlinien auf der Grundlage des BSG Urteils vom 20.04.2010 aufgehoben wurde.

Zu § 9 Genehmigung von Soziotherapie

Der Paritätische unterstützt die Forderung der Patientenvertretung, dass bis zu fünf Probestunden (gem. § 5 Absatz 2 der Richtlinie) ohne Genehmigung der Krankenkasse erfolgen können.

Berlin, den 24.03.2014

6. Schreiben der Bundesärztekammer zum Verzicht auf Abgabe einer schriftlichen und mündlichen Stellungnahme



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. M-VL
Postfach 120606
10596 Berlin

Berlin, 27.03.2014
Fon
030 / 40 04 56-450
Fax
030 / 40 04 56-455
E-Mail
hans-juergen.maas@baek.de
Diktatzeichen
Ma/Sus
Aktenzeichen
872.010
Seite
1 von 1

Stellungnahmerecht gemäß § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL): inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundesärztekammer ist mit Schreiben vom 27.02.2014 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie aufgefordert worden.

Hiermit möchten wir Sie darüber in Kenntnis setzen, dass die Bundesärztekammer von der Abgabe einer Stellungnahme in dieser Angelegenheit absieht.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Hans-Jürgen Maas
Leiter des Dezernates 5 -
Versorgung und Kooperation
mit Gesundheitsfachberufen

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Postfach 12 08 64
10598 Berlin
Fon 030 / 40 04 56-0
Fax 030 / 40 04 56-388
info@baek.de
www.baek.de

7. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Mündliche Anhörung



gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung zur Änderung der Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (ST-RL)

hier: Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 3. Dezember 2014
von 10.37 Uhr bis 11.17 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für die **Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.:**

Frau Godel-Ehrhardt
Frau Navarro Urena

Angemeldete Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):**

Herr Prof. Dr. Richter
Frau Dr. Unger

Angemeldete Teilnehmerin für den **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa):**

Frau Dr. Mallmann (nicht anwesend)

Angemeldete Teilnehmerin für den **Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Der Paritätische – Gesamtverband):**

Frau Zinke

Angemeldete Teilnehmer für den **Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE):**

Herr Klier
Herr Pfeiffer

Angemeldete Teilnehmerin für die **Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband bzw. für das Evangelische Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.:**

Frau Dr. Ratzke

Beginn der Anhörung: 10.37 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Hecken (Vorsitzender): Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren! Herzlich willkommen hier beim Gemeinsamen Bundesausschuss bei der mündlichen Anhörung zum Beschlussentwurf zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie.

Wir haben ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt, in dem es insgesamt 13 Stellungnahmeberechtigte gab. Von diesen 13 Stellungnahmeberechtigten haben 8 eine schriftliche Stellungnahme abgegeben. Das war die Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband als Gesamtverband, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirchen, der Deutsche Verband der Ergotherapeuten, die Aktion Psychisch Kranke, Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V., und der Dachverband Gemeindepsychiatrie, der in den Unterlagen fälschlicherweise immer als Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. geführt worden ist; wir müssen das in den Unterlagen korrigieren.

Zur heutigen Anhörung sind erschienen für den Dachverband Gemeindepsychiatrie Frau Godel-Ehrhardt als Vorstandsmitglied und Frau Navarro Urena als Mitglied des Dachverbandes, für die Bundespsychotherapeutenkammer Herr Professor Dr. Richter und Frau Dr. Unger, für den Paritätischen Frau Zinke, für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten Herr Klier als Vorstandsmitglied und Herr Pfeiffer, der leitender Ergotherapeut bei der LVR ist, sowie für die Diakonie Frau Dr. Ratzke. Die Vertreterin des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste, Frau Dr. Mallmann, die für heute angemeldet war, ist kurzfristig erkrankt, also nicht anwesend. Damit haben wir alle Teilnehmer erfasst.

Die Offenlegungserklärungen liegen mittlerweile vor, wie mir bestätigt worden ist. Ansonsten müsste ich diejenigen, die keine vorgelegt haben, von dieser Anhörung ausschließen. Das wollen wir natürlich nicht, da Sie schon den Weg auf sich genommen haben.

Zum Ablauf: Wir führen ein Wortprotokoll. Eine Stenografin wird diese Anhörung aufnehmen. Deshalb meine ganz herzliche Bitte: Wenn Sie sich zu Wort melden, jeweils Namen, Entsendeinstitution nennen und das Mikrofon benutzen. Ich weise darauf hin, dass das Wortprotokoll im Rahmen der zusammenfassenden Dokumentation veröffentlicht werden wird. Die Mitglieder des Unterausschusses Veranlasste Leistungen werden jeweils ihre Fragen stellen und sich als Mitglieder der jeweiligen Mitgliedsorganisationen des G-BA oder der Patientenvertretung Ihnen dann auch zu erkennen geben.

Die Anhörung soll so ablaufen, dass wir zunächst entsprechend den Regelungen unserer Verfahrensordnung den Mitgliedern der Bänke und der Patientenvertretung die Möglichkeit geben, Fragen an Sie zu richten, die sich auf möglicherweise klärungsbedürftige Punkte in Ihren schriftlichen Stellungnahmen beziehen. Danach werden wir Ihnen die Möglichkeit geben, ganz kurz vorzutragen, ob und in welchem Umfang sich seit Ihrer schriftlichen Stellungnahme gegebenenfalls noch Veränderungen oder relevante Tatsachen neu ergeben haben. Das ist jetzt kein Abwürgen unsererseits hinsichtlich Ihrer inhaltlich sehr wertvollen Stellungnahmen, aber wir haben die alle gelesen, die haben wir alle auswendig gelernt, die müssen nicht noch einmal im altgriechischen Versmaß hier vorgetragen werden, sonst würden wir heute Nachmittag um 15 Uhr noch hier sitzen, und das dient dann auch nicht der gebotenen Verfahrensbeschleunigung.

Dann können wir jetzt mit dem ersten Teil der Anhörung beginnen. Meine Frage an die Vertreter der Bänke, an die Patientenvertretung: Gibt es Fragen an die anwesenden Stellungnehmer hinsichtlich

unklarer oder aus Ihrer Sicht noch präzisierungsbedürftiger Punkte aus den jeweiligen Stellungnahmen? – Keine Wortmeldung.

Dann können wir zum zweiten Teil kommen. Ich rufe Sie nacheinander auf und bitte Sie, ganz kurz und knackig die wesentlichen Punkte und das, was sich seit Ihrer schriftlichen Stellungnahme möglicherweise verändert hat, zu Protokoll zu geben. Die Abgrenzung, ob das jetzt ganz neu ist oder ob das ein wesentlicher Punkt aus der schriftlichen Stellungnahme ist, ist eine fließende. Wichtig wäre, dass Sie uns einfach noch einmal sagen, was aus Ihrer Sicht für den Inhalt Ihrer Stellungnahme die jeweiligen Kernpunkte sind.

Ich würde anfangen, so wie ich Sie eben aufgerufen habe, mit dem Vertreter des Dachverbands Gemeindepsychiatrie. Bitte schön.

Frau Navarro Urena (Dachverband Gemeindepsychiatrie): Ich spreche hier als niedergelassene Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Ich bin in Steglitz seit 1994 in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und verordne Soziotherapie nach den bisherigen Richtlinien.

Bei der Stellungnahme des Dachverbandes war mir besonders der Punkt Diagnoseausweitung wichtig. Es ist ja so, dass die Patienten mit unspezifischen Störungen kommen, unspezifischen Symptomen, meistens Unruhe, oder sie schildern Probleme bei der Arbeitsplatzsituation oder im familiären Zusammenhang. Erst nach einer gezielten Exploration stellt sich dann heraus, dass es hier doch um soziale Probleme geht, um eine soziale Dimension der Erkrankung, die bisher nicht für eine Diagnose in der Soziotherapie-Richtlinie abgebildet wird. Wir als niedergelassene Psychiater wollen ein komplexes ambulantes Versorgungsangebot machen und müssen das von unserem Versorgungsauftrag her auch, dies geht aber nicht, wenn wir nicht zum Beispiel die F3-, F4- und F6-Diagnosen und die komorbiden Störungen miteinbeziehen. Bisher sind nur die F2-Spektrum-Diagnosen einbezogen; das reicht nicht für eine komplexe, gründliche und adäquate Versorgungsstruktur.

Nach der Global Assessment of Functioning Scale, die wir einsetzen, um uns zu orientieren, was die Patienten eigentlich brauchen – das beziehen wir in unsere Analysen ein und überlegen uns danach die Verordnung, was wir anbieten können –, steht immer mehr die soziale Dimension einer psychischen Erkrankung im ambulanten Bereich im Vordergrund. Ich würde sogar sagen: Häufiger als Gedanken zur Psychotherapie mache ich mir Gedanken darüber, wie ich dem Patienten in der sozialen Dimension helfen kann.

Daher plädiere ich sehr, dass Sie diese Gedanken mit in Ihre Entscheidung einbeziehen. Die Ausweitung der Diagnosen wäre für uns sehr wichtig, weil sich die Lebenswirklichkeit des Patienten in einem sozialen Kontext oft sehr gut stabilisieren lässt. – Danke schön.

Herr Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Frau Navarro. – Gibt es dazu Anmerkungen, Fragen? – Das sehe ich nicht. Dann für die Bundespsychotherapeutenkammer Herr Professor Richter.

Herr Prof. Dr. Richter (BPTK): Guten Morgen, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Gelegenheit, Stellung nehmen zu können. Ich kann direkt daran anschließen: Auch wir halten die Einhaltung bestimmter Diagnosen für nicht angemessen, für nicht mehr adäquat und, ganz nebenbei, auch durch keinerlei Evidenz belegt. Im Gegenteil: Wir wissen aus der klinischen Evidenz, dass es nicht die Diagnosen sind, die primär für die Indikation einer Soziotherapie verantwortlich sind, sondern dass der Grad der Beeinträchtigung der ausschlaggebende Faktor für die Beeinträchtigung in der individuellen Lebensführung ist. Aus diesem Grunde haben wir auf mehreren Seiten in unserer Stellungnahme begründet, dass wir dafür plädieren, dass Diagnosen insofern keine Rolle mehr spielen, als Sozio-

therapie bei allen F-Diagnosen indiziert sein kann, aber dass es eines bestimmten Ausmaßes der Beeinträchtigung in der individuellen Lebensführung bedarf, damit Soziotherapie verordnet werden darf. Da haben wir inzwischen – das war vor 20 Jahren noch anders – sehr gut validierte Instrumente, zum Beispiel den GAF. Das ist so eine Art Funktionsbeeinträchtigungsskala, die international bewährt ist, anhand derer ein bestimmter Beeinträchtigungsgrad gegeben sein muss, damit Soziotherapie verordnet werden kann. Das entspricht der Versorgungsrealität viel mehr. Ich will Ihnen das an einem Beispiel erläutern und in diesem Zusammenhang auch noch auf einen anderen Punkt hinweisen, der sozusagen die Erweiterung auf alle F-Diagnosen nötig macht.

Es besteht ja zum Beispiel auch bei Jugendlichen die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen. Nehmen Sie einen Jugendlichen mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens; darunter wird alles subsumiert von Schulverweigerung bis Klauen, Autos knacken, Crash-Kids und Ähnliches. Dieser Jugendliche wäre bisher gar nicht in dieser Verordnung drin, weil die Kinder- und Jugendlichen-Diagnosen nicht aufgeführt sind. Umgekehrt ist aber diese Diagnose dann auch wieder relativ weit, im Übrigen auch Schizophrenie, sodass es da auf den Grad der Beeinträchtigung ankommt. Wenn man einem solchen Jugendlichen, der ja häufig in Brennpunkten der Großstadtagglomeration lebt, sagt, er solle zu einem Kinder- und Jugendlichenpsychiater oder -psychotherapeuten gehen, zu dem er fünf Stationen mit der U-Bahn fahren muss, dann wird der dort gar nicht ankommen; das haben wir in Hamburg immer wieder erlebt. Er steigt bei sich an der Station ein, aber kommt dort nicht an. Er braucht jemanden, der ihn begleitet oder der ihn dazu befähigt, doch anzukommen. Das ist eine klare Indikation für eine Soziotherapie, aber bisher nicht vorgesehen. Wir müssen dringend daran denken, dass es andere Patientengruppen außerhalb der bisher dort aufgeführten gibt – ich erwähne gar nicht mehr die Persönlichkeitsstörung –; deswegen müssen wir das ergänzen.

Wir haben in der Stellungnahme noch zwei, drei andere Punkte erwähnt; auf den letzten würde ich gern noch eingehen, und zwar nicht im Sinne einer Werbeeinlage, sondern um wirklich auf ein Defizit hinzuweisen, das den meisten von Ihnen bekannt ist. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind derzeit – gesetzlich eingeschränkt – nicht befugt, überhaupt Soziotherapie zu verordnen. Das heißt, wenn das bei einem Patienten, den sie behandeln, infrage kommt, muss dieser Patient erst über einen Arzt geschleust werden, der dann mit der entsprechenden Wartezeitverzögerung die Verordnung machen kann. Ich weiß, dass es nicht die Entscheidungsbefugnis oder -kompetenz des G-BA ist, aber ich möchte doch immer wieder daran erinnern, damit man sich, vielleicht auch mit einer Anregung aus G-BA-Sicht, zu einer Kommentierung durchringt, dass wir dort tatsächlich einen Versorgungsengpass haben.

Auf diese Tatsache, nicht auf das Defizit, hat im Übrigen der Evaluationsbericht von 2008 schon hingewiesen. Da steht der Psychologische Psychotherapeut als relevanter Kooperationspartner in diesem Versorgungsbereich drin. Es ist eine Sache, die auch dem G-BA seit vielen Jahren bekannt ist. Deswegen meine Petition, wenn ich das so sagen darf, ob Sie in Ihren Protokollen darauf hinweisen könnten, dass dort tatsächlich Reflexions- oder Veränderungsbedarf ist. – Vielen Dank.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Richter. – Ich will zum letzten Punkt nur sagen, dass nach meinem Wissen im Augenblick im Zusammenhang mit dem VSG auch über den im Koalitionsvertrag enthaltenen Passus der Befugnisserweiterungen sehr intensiv diskutiert wird und es sehr unterschiedliche und konträre Vorlagen gibt. Das heißt, das Thema steht auf der Agenda, und – ich würde es hier einmal so salopp formulieren – nach meinem Kenntnisstand gibt es da einmal eine Linie, die insbesondere hier in diesem Bereich, aber auch in weiteren Bereichen, für eine Öffnung ist, und dann eine gewisse Hardcore-Linie, die sagt: Es ist hübsch, steht im Koalitionsvertrag;

das nehmen wir zur Kenntnis, prüfen es und werden den Koalitionsvertrag dann irgendwann lochen und abheften.

Die Diskussionen laufen im Augenblick; und es bleibt abzuwarten, was da am Ende herauskommt. Ich habe an mehreren Gesprächen teilgenommen, in denen das zwischen den einzelnen handelnden Akteuren sehr kritisch und sehr strittig diskutiert wurde. Darüber können wir uns auch einmal außerhalb dieser Anhörung austauschen. Da gibt es aber, wie gesagt, keinen Handlungsbedarf des G-BA dergestalt, dass man sagt: Wir weisen jetzt in einer zusammenfassenden Dokumentation auf das oder das hin; denn bis dahin ist die Messe jedenfalls gelesen. Der Kabinettsentwurf kommt jetzt kurzfristig. Wir werden die Anregung selbstverständlich aufnehmen und hier diskutieren. Aber über die anderen Sachen müssen wir uns ein anderes Mal unterhalten; das sage ich jetzt einmal an der Stelle außerhalb des Protokolls.

Gibt es Nachfragen zu dem, was Herr Professor Richter gesagt hat? – Das sehe ich nicht. Dann kommen wir zum Paritätischen. Frau Zinke bitte.

Frau Zinke (Der Paritätische – Gesamtverband): Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier auch Stellung zu nehmen. – Der Paritätische hat ja, denke ich, eine besondere Stellung, weil wir zum einen Menschen vertreten, die psychisch krank sind, das heißt Selbsthilfeorganisationen und Betroffenenorganisationen, aber zum anderen auch Einrichtungen. Das heißt, zum Spektrum des Paritätischen – und das ist dann auch heute hier die Aufgabe – gehören Einrichtungen sowohl des Krankenhausbereiches als auch der ambulanten Versorgung – Stichwort Soziotherapie –, aber auch Einrichtungen, die in der integrierten Versorgung tätig sind.

Für den Paritätischen gibt es noch drei Punkte, die wichtig wären: Der erste Punkt betrifft die Diagnosegruppen. Dazu ist schon eine ganze Menge gesagt worden, was ich nur bestätigen kann. Auch aus unserer Sicht ist hier eine Öffnung zwingend notwendig. Hintergrund ist – das wurde auch schon gesagt –, dass es eben nicht nur um die Diagnose selbst geht, sondern um die Funktionseinschränkung, zum Beispiel Depression; das Stichwort ist zum Teil auch schon genannt worden. Depression allein reicht nicht aus, um im Moment eine soziotherapeutische Leistung zu erreichen, sondern es hängt von den Auswirkungen der Depression ab, ob jemand dann tatsächlich Leistungen in Anspruch nehmen kann. Fähigkeitsstörungen, die infolge dessen zu sehen sind, sind dann aber schon ein Grund, auch wieder Soziotherapie zu geben und letztendlich den Krankheitsverlauf zu beeinflussen.

Der zweite Punkt, der uns wichtig ist – das ist durch die Kinder- und Jugendärzte hier schon zum Teil gesagt worden –, ist: Wer darf denn im Grunde genommen verordnen? Wir sehen, es ist zwingend notwendig, dass hier eine Ausweitung passiert. Die psychiatrischen Institutsambulanzen zum einen und die sozialpsychiatrischen Dienste zum anderen denken – so ist es eben ja auch schon beschrieben worden –, dass es Menschen, die eine Einschränkung haben, besonders schwerfällt, die verschiedenen Wege zu gehen und die Vorgaben zu erfüllen – also dass nur der Arzt verordnen darf –, um letztlich diese Leistung erhalten zu können.

Der dritte Punkt betrifft den gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Darauf möchten wir auch noch einmal aufmerksam machen. Wir stützen ganz massiv das, was auch die Patientenvertreter sagen, nämlich dass wir Handlungsbedarf sehen, um eine Verhandlungsfähigkeit für die Einrichtungsträger zu soziotherapeutischen Leistungen hinzubekommen. Das heißt, wir müssen dringend zu Wegen kommen, wie Inhalt und Umfang und Qualität der Soziotherapie geregelt werden können. Mit dem Wegfall von § 132b Abs. 2 ist dies nicht mehr gegeben, und wir erfahren jetzt, dass einseitig von Kassen festgelegt wird, welche Qualitätsanforderungen gesetzt werden. Wir halten es für dringend notwendig, dass hier entweder der Gesetzgeber tätig wird oder es, ähnlich wie es im § 132a bei der häuslichen

Krankenpflege festgelegt ist, die Möglichkeit gibt, auch Qualitätsansprüche zu regeln. Das brauchen wir auch für die Soziotherapie. – Vielen Dank.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Zinke. – Gibt es dazu Fragen? – Das sehe ich nicht. Dann kommen wir zum Deutschen Verband der Ergotherapeuten. Herr Klier, bitte.

Herr Klier (DVE): Ich mache es relativ kurz. Unsere Stellungnahme hat sich insofern nicht geändert. Wir wollen einfach noch einmal darauf hinweisen, dass wir es schon so sehen, dass in § 37 Abs. 2 Art, Umfang und unter Umständen auch die qualifizierenden Berufsgruppen in der Richtlinie genannt werden könnten. Wir sehen eine Öffnung schon für wesentlich an. Wir werden als Ergotherapeuten nicht als Leistungserbringer genannt und sehen überhaupt nicht ein, dass das in dem Fall auch tatsächlich so sei. – Das nur als kurze Ergänzung zu unserer Stellungnahme.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Klier. – Fragen? – Sehe ich nicht. Dann kommen wir zur Diakonie. Frau Dr. Ratzke, bitte.

Frau Dr. Ratzke (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband): Vielen Dank. – Als letzte Rednerin kann ich mich eigentlich auch nur all meinen Vorrednern anschließen. Essenziell und zentral für unsere Stellungnahme ist tatsächlich die Ausweitung der Indikationen auf alle F-Diagnosen. Warum das fachlich geboten ist, haben mehrere Vorredner ausgeführt. Ich denke, dass auch deutlich ist, dass das das Ziel des Gesetzgebers mit Einführung der Soziotherapie war. Es ging nämlich darum, eine integrierte ambulante Komplexleistung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – und das kann in jeder Diagnose vorkommen – zu schaffen, damit Menschen, wenn sie einen komplexen Hilfebedarf haben, nicht unbedingt stationär aufgenommen werden müssen. Im Moment ist es in Deutschland in vielen Fällen so, dass wir sie aufgrund der eher defizitären ambulanten Versorgung von Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen ins Krankenhaus einweisen bzw. sie dort behandelt werden müssen.

Ich möchte nur ganz kurz als Ergänzung, weil ich nicht weiß, inwieweit das im Gesundheitssystem so bekannt ist, sagen, dass wir als Diakonie, der Paritätische aber sicherlich auch, den Menschen, die nicht ausreichend durch Krankenkassenleistungen, durch Leistungen, auf die sie einen Anspruch haben, versorgt werden, unter anderem in der Wohnungslosigkeit begegnen. Ich höre aus allen Diensten und Einrichtungen, dass es dort eine Zunahme insbesondere von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen gibt. Darauf möchte ich mit Nachdruck hinweisen, dass wir, wenn Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbracht werden, die Menschen an anderer Stelle dann sehr wohl sehen.

Das war mein erster Punkt; der andere Punkt bezieht sich darauf, dass auch wir denken, dass, damit mehr Menschen Soziotherapie erhalten können, die Verordnungsmöglichkeiten ausgeweitet werden müssen. Das haben Sie in unserer Stellungnahme gelesen. Wir sind sehr dafür, Ärzte in Suchtberatungsstellen einzubeziehen. Ich bin selber Referentin für Sozialpsychiatrie und Suchthilfe. Insofern finde ich es wichtig, dass Soziotherapie auch für Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen verordnet werden kann. Ich kann mich auch den Ausführungen von Herrn Richter anschließen, dass auch Psychotherapeuten Soziotherapie verordnen können sollten. – So weit vielleicht erst einmal.

Herr Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Frau Dr. Ratzke. Auf die von Ihnen eingangs erwähnte Konstellation, dass Menschen, denen in frühen Stadien, entweder im Bereich SGB V oder gemäß anderen Büchern des Sozialgesetzbuches, keine adäquate Hilfeleistung gewährt wird, dann

am Ende in anderen Bereichen anlanden, hatte ich eingedenk meiner Vorgeschichte als beamteter Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium und im Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugend, wo man ja mit erheblichen Beträgen eben auch die Wohlfahrtsverbände unterstützt, um in solchen Problemlagen dann eben adäquat jenseits des Spendentöpfes Hilfestellungen leisten zu können, auch schon hingewiesen. Insofern können Sie davon ausgehen, dass das auch den hier anwesenden Beteiligten bekannt ist.

Gibt es dazu Fragen? – Das sehe ich nicht. Dann stelle ich fest, was wir hier alle Hauptpunkte gehört haben. Zum einen wird die Einschränkung der Diagnosen von den Stellungnehmern durchgehend als nicht zielführend und adäquat angesehen. Vielmehr wird – ich beziehe mich hier auf Herrn Richter – eine Ausdehnung auf alle F-Diagnosen angeregt, aber dann korreliert und korrigiert durch bestimmte Auswirkungen auf die Lebensführung, für die es nach Ausführungen von Herrn Richter, denen sich die anderen, glaube ich, auch angeschlossen haben, gute und validierte Instrumente gibt, um die zu ermitteln, damit man da nicht in den Bereich der Beliebigkeit kommt. Ein weiterer wichtiger Punkt war die Anregung, vonseiten des Gesetzgebers eine Öffnung der Verordnungsbefugnis für Soziotherapie auch für Psychotherapeuten zu bewerkstelligen. Daneben haben die Stellungnehmer auf ihre Stellungnahmen verwiesen.

Damit bin ich auch beim letzten Satz meinerseits. Ganz herzlichen Dank für die sehr dezidierten und fachlich sehr fundierten Stellungnahmen, mit denen wir uns in zwei Arbeitsgruppensitzungen auch schon auseinandergesetzt haben – insofern war das sicherlich sehr wertvoll –, und für das, was sie heute noch mal komprimiert vorgetragen haben.

Gibt es noch Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Ich habe noch eine Frage an mehrere der hier Anwesenden. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat in seiner Stellungnahme angedeutet – aber vielleicht wissen Sie darüber noch mehr und können darüber berichten? –, dass in Verträgen zur integrierten Versorgung mit mehreren Krankenkassen und Krankenkassenverbänden in Deutschland flächendeckend Soziotherapie als wesentlicher Bestandteil der Leistung vorkommt. Ist dort das Indikationsspektrum von Diagnosen als in der Regelversorgung anders? Können Sie dazu irgendetwas sagen? Ich schaue einmal so in Richtung Frau Godel-Ehrhardt vom Dachverband.

Frau Godel-Ehrhardt (Dachverband Gemeindepsychiatrie): Ich bin seit 2000 praktizierende Soziotherapeutin, also noch bevor die Soziotherapie eingeführt wurde, in der Modellpraxis von Frau Dr. Schreckling.

Über die integrierte Versorgung ist mindestens zu diesem Zeitpunkt klar geworden, dass tatsächlich mehr Diagnosen von Soziotherapie profitieren. Denn innerhalb der integrierten Versorgung sind wir weitgesteckt mit den Diagnosen, und soziotherapeutisches Handeln ist eine der Kernkompetenzen in der integrierten Versorgung. Ich bin seit über zehn Jahren im Vorstand des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie und dort wirklich eine Kämpferin für Soziotherapie. Als integrierte Versorgung zum Thema wurde, war ich eine derjenigen, die darauf Wert gelegt hat, dass auch genau diese Kernpunkte in der integrierten Versorgung dazukommen.

Ich kenne es aus der Praxis auch vor der integrierten Versorgung, dass Diagnosen bei meinen Privatpatienten oder bei Indikationsstellungen möglich sind. Mit Sicherheit greifen hier vor allem auch die angesprochenen F3- und F4-Diagnosen und die Persönlichkeitsstörungen unter der Prämisse, Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Dieser Grundsatz gilt in der integrierten Versorgung auf jeden Fall, ist aber auch schon vorher durch einige wenige Beispiele, die ich habe, vorgekommen.

Herr Hecken (Vorsitzender): Was steht denn in den IV-Verträgen konkret? Sie haben jetzt gesagt: F3 und F4. Ist das konkret Gegenstand der Verträge?

Frau Godel-Ehrhardt (Dachverband Gemeindepsychiatrie): Ja, F2, F3, F4, F6 – diese Diagnosen sind weiter im Spektrum der psychiatrischen Krankheit.

Herr Hecken (Vorsitzender): Aber nicht alle F-Diagnosen?

Frau Godel-Ehrhardt (Dachverband Gemeindepsychiatrie): Es ist meines Wissens keine Demenz drin.

Herr Hecken (Vorsitzender): Okay, die KBV.

KBV: Ich möchte dazu ergänzen: Es liegt natürlich an den unterschiedlichen Verträgen in Deutschland. In Berlin/Brandenburg haben wir die Situation, dass in den Verträgen auch die Demenzen drin sind und es insbesondere um einen breiten Indikationskatalog für die Soziotherapie als sektorübergreifende Maßnahme geht, um die Schnittstelle zum Krankenhaus anders hinzukriegen und auch Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen; gerade das ist eine ganz wichtige Dimension.

Aber noch mal eine Frage an die Referenten: Der Gesetzgeber hat ja im Zusammenhang mit der Soziotherapie in der Begründung klar gesagt, bei der Schizophrenie muss das regelmäßig angewendet werden. Tatsache ist, dass es in Deutschland gar nicht regelmäßig angewandt wurde. Also erst einmal: Das ist eine Gesetzesvorlage gewesen, die in dieser Form nie erfüllt wurde. Andererseits hat der Gesetzgeber auch formuliert, dass es nicht um einen abschließenden Diagnosenkatalog, sondern wirklich um die Herstellung einer ambulanten Komplexleistung für Patienten geht, die von der Schwere der Funktionsstörung her so etwas benötigen. Und da ist die Frage hinsichtlich der Betroffenenregelung zur Öffnungsklausel. Auf den Punkt gebracht heißt es: Jeder schizophrene Patient sollte regelmäßig Soziotherapie in Anspruch nehmen können/angeboten bekommen. Bei allen anderen gilt, dass man das im Einzelfall begründen muss. Es ist keine Ausnahmeregelung, aber es ist eine besonders zu begründende Regelung. Das heißt, nicht jeder Depressive bekommt Soziotherapie nach dem Vorschlag der KBV und dem konsentierten Vorschlag mit der GKV und der DKG, sondern es ist in jedem Einzelfall zu begründen. Noch einmal festgehalten: nicht als Ausnahmeregelung, sondern als zu begründende Einzelfallregelung. Wie schätzen Sie diese Unterscheidung ein?

Herr Prof. Dr. Richter (BPtK): Ich denke, wir stimmen überein, dass es eine Reihe von Schizophrenen gibt – wir beide kennen solche Patienten –, bei denen wir in Zweifel ziehen müssen, dass wir sie mit Soziotherapie beglücken müssen. Vielmehr gibt es Gott sei Dank Patienten, die darauf wenig oder gar nicht angewiesen sind. An der Stelle hakt schon diese Muss-Bestimmung – „sollte“ heißt ja im Juristischen „muss“. Umgekehrt sehen wir, wenn es nachher eine Einzelfallregelung ist, das Problem, dass wir keine Kriterien haben, aufgrund derer entschieden wird. Der unparteiische Vorsitzende hat ja bereits darauf hingewiesen, dass es sicherlich sinnvoller ist – so habe ich Herrn Hecken jedenfalls verstanden –, da ein Kriterium zu haben wie zum Beispiel ein Instrument zur Messung, zur Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigung, und man es dann auch sagt, wenn ein Patient diese Beeinträchtigung hat. Denken Sie an eine ganz andere Sache, an Pflegestufen; das ist ja etwas Ähnliches. Da sagen wir ja auch nicht, das wird im Einzelfall Pi mal Daumen entschieden, sondern da gibt es klare Kriterien; ansonsten kämen wir ja in den Wald bei solchen Sachen. Dasselbe gilt in ähnlicher Weise für diesen Bereich, wo ein solches Instrument genutzt werden sollte, um zu entscheiden, ob ein Pati-

ent Soziotherapie braucht. Wenn man das macht, dann landet man eigentlich automatisch dabei, dass man die Diagnose gar nicht mehr braucht.

Herr Hecken (Vorsitzender): Ergänzungen?

Frau Navarro Urena (Dachverband Gemeindepsychiatrie): Ja, ich möchte aus der praktischen Umsetzung dieser Soziotherapierichtlinie in der psychiatrischen Versorgung noch ergänzen, dass einmal sehr wichtig ist – das hat Herr Richter schon gesagt –, dass man wirklich nach der GAF-Skala geht; das ist ein sehr gutes, valides Instrument, das sich auch in der alltäglichen Praxis gut einsetzen lässt.

Man muss sich außerdem klarmachen, dass ein schizophrener Patient sicherlich punktuell Soziotherapie braucht. Da macht dieses zeitliche Kriterium, also zum Beispiel die Verordnung über drei Jahre, praktisch nicht so viel Sinn, weil es sein kann, dass er über einen Zeitraum von einem halben Jahr sehr intensiv behandelt werden muss und dann wieder gar nichts braucht. Wichtig ist also, dass es wirklich den individuellen Bedürfnissen in der aktuellen Lebenssituation angepasst werden kann.

Und das Dritte ist: Dass man Indikationen immer erst bei den Krankenkassen beantragen muss, bildet die Versorgungswirklichkeit nicht ab. Wenn man für all diese Patientengruppen – F1 nehme ich dazu, die Demenzen kann man dazu nehmen, F3 und F4 besonders, die Komorbiden mit Persönlichkeitsstörungen – immer wieder eine Indikation formulieren und Anträge an die Krankenkasse schreiben müsste, wird dieses Gesetz nicht umgesetzt, und die Patienten gehen leer aus; denn denen wird dann wirklich eine wichtige stützende und strukturierende therapeutische Maßnahme vorenthalten. Und das sind große Patientengruppen, die wir behandeln. Ich behandle jeden Tag 35 bis 30 Menschen; ich rede hier also nicht von zwei oder drei Verordnungen.

Herr Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Die Patientenvertretung noch einmal.

Patientenvertretung: Ich habe noch eine Nachfrage, gerade an Sie, Herr Professor Dr. Richter. Sie haben ja betont, dass sozusagen die Funktionseinschränkungen über die GAF-Skala – Frau Navarro hat es gerade noch einmal beschrieben – ganz gut abzubilden sind und die Diagnose demgegenüber in den Hintergrund tritt. Macht es aus Ihrer Sicht denn Sinn, bei der Verordnung von Soziotherapie für eine Diagnosegruppe einen GAF-Wert bis 50 und für eine andere Diagnosegruppe, zum Beispiel eine schwere Depression ohne psychotische Symptome, einen GAF-Wert bis 40 anzusetzen?

Herr Prof. Dr. Richter (BPTK): Also, vor diesem Gremium würde ich mich nicht trauen, eine Empfehlung abzugeben, wenn ich mich nicht auf Daten beziehen könnte. Da ich diese nicht abrufbar habe, würde ich das auch nicht machen. Vom Gefühl her – das sage ich jetzt einmal bewusst – glaube ich eher, dass es nicht sinnvoll ist. Aber man müsste sich jetzt tatsächlich verschiedene Diagnosegruppen angucken, wo der GAF mitgelaufen ist und eine Soziotherapieindikation entweder da war oder nicht. Ich denke, das könnte man sogar empirisch beantworten. Ich habe das aber jetzt nicht abrufbar. Aber das ist überprüfbar; das kann man machen. Das ist eine Anfrage ans IQWiG.

Herr Hecken (Vorsitzender): Ja, aber nur mit der Nebenfolge, dass wir jetzt entscheiden wollen. Wenn wir jetzt das IQWiG beauftragen, einen bunten Katalog – 40, 50, 60 – zu machen, dann sind wir in drei Jahren soweit. Es gibt also keine Ihnen bekannte Evidenz, wo man sagen kann: „Man kann das bei einem bestimmten Krankheitsbild mit einem bestimmten GAF-Wert hinterlegen und daraus dann die Schlussfolgerung ziehen“?

Herr Prof. Dr. Richter (BPtK): Wenn Sie es so sagen, ist es korrekt. Dass es da einen systematischen Zusammenhang gäbe – das, denke ich, wurde hier abgespeichert –, ist nicht der Fall.

Bei aller Vorsicht möchte ich auf eine mögliche Gefahr – ich sage jetzt nicht, dass das in der Vergangenheit der Fall war – hinweisen: Es gab zu allen Zeiten in allen westlichen Kulturen immer wieder Studien, gemäß denen die Häufigkeit von bestimmten psychischen Diagnosen, also F-Diagnosen, nicht unabhängig war von gesellschaftlichen Entwicklungen. Ich sage das mal ganz vorsichtig. Und zu sagen, das treffe heute bei uns nicht mehr zu, würde ich mich nicht trauen. Wenn Sie jetzt Steuerungsinstrumente haben, die die Leistung direkt über die Diagnosen steuern, würde ich es als empirischer Forscher von vornherein nicht ausschließen wollen, dass das auch heute noch im Einzelfall eine Rolle spielen könnte. Das heißt, die Möglichkeit, bestimmte Leistungen zu verordnen/verordnet zu bekommen, kann auch eine Steuerungsmöglichkeit für Diagnosen sein. Dann hätten wir – ich sage das bewusst im Konjunktiv – einen Effekt, den, glaube ich, keiner an diesem Tisch haben will.

Herr Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Das war sehr vornehm ausgedrückt, Herr Professor. Ich hätte es anders gesagt, will es jetzt aber auch nicht wiederholen; denn dann klingt es anders. – Weitere Fragen? Das sehe ich nicht.

Dann bedanke ich mich ganz herzlich, dass Sie da waren. Wir werden das jetzt zu beraten haben und dann eine Entscheidung treffen.

Schluss der Anhörung: 11.17 Uhr