

**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

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

### 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 Beschlussesentwurfs 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 Beschlussesentwurfs 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 vor<sup>1</sup>:

- (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).*

---

<sup>1</sup> 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 Depression<sup>2</sup> bei einer akuten schweren Depression mit psychotischen Symptomen eine Kombination aus psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung. Die S3-Leitlinie Schizophrenie<sup>3</sup> 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

---

<sup>2</sup> [http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3\\_nvl\\_depression\\_lang.pdf](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf)

<sup>3</sup> [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009k\\_S3\\_Schizophrenie\\_01.pdf](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 Zwangsstörungen<sup>4</sup> 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 Depression<sup>5</sup> empfohlen, dem Patienten eine Kombination aus Psychotherapie

---

<sup>4</sup> [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-Leitlinie\\_Zwangsst%C3%B6rungen\\_lang.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-Leitlinie_Zwangsst%C3%B6rungen_lang.pdf)

<sup>5</sup> [http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3\\_nvl\\_depression\\_lang.pdf](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 Beschlussesentwurfs) einen neuen Absatz in § 4 des Beschlussesentwurfs 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.*