

---

Gemeinsame Stellungnahme der  
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und der  
Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS)

zu den

**„Rahmenempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem  
Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Nahtlosverfahren  
Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation)“ (Entwurf – Stand 07.09.2016)**

Die beiden Fachverbände der Sozialen Arbeit begrüßen die Entwicklung der Rahmenempfehlungen und befürworten grundsätzlich die vorgelegten Empfehlungen zum Nahtlosigkeitsverfahren. Dennoch regen wir an, bei der Entwicklung der Rahmenempfehlungen folgende Anmerkungen einzubeziehen:

1. Fachkräfte der Sozialen Arbeit erbringen ihre Leistungen in weiten Teilen der Sucht-Akutversorgung, erstellen den Sozialbericht und leiten die Nahtlosverlegung ein. Dadurch ist in der Regel eine hohe Antrittsquote in den ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Rehabilitationsprozess gewährleistet. Einer weiteren Chronifizierung und erneuten Entzugsbehandlungen kann damit vorgebeugt werden.

In der Praxis zeigt sich aber, dass auch die beabsichtigte Nahtlosverlegung im Ergebnis eben nicht immer zu einer erfolgreichen Verlegung führt. Spätestens hier (aber eben nicht nur) entfaltet die frühzeitige Einbindung und Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen ihre Wirkung. Als zentraler Ansprechpartner zu Suchtfragen in der jeweiligen Region bringt die Suchtberatungsstelle alle für einen Gesamtbehandlungsprozess notwendigen Kompetenzen mit. Die erforderliche Feldkompetenz, für die dann z.B. notwendige Motivationsarbeit, liegt bei den Suchtberatungsstellen und damit in weiten Teilen bei der Sozialen Arbeit. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die ausführliche Darstellung des Empfehlungspapiers des Vorstands der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) „Vermittlung in medizinische Rehabilitation“ vom September 2015.

**Daher verspricht nur eine frühzeitige und verbindliche Zusammenarbeit eine tatsächliche Senkung der Nichtantrittsquoten. Insofern ist neben der verbindliche Einbindung der klinischen Sozialdienste auch die verbindliche Beteiligung der ambulanten Suchtberatungsstellen anzuraten.**

2. Es stellt sich die Frage, wieso die Erstellung des Sozialberichtes durch die klinischen Sozialdienste oder die Suchtberatungsstellen nicht entsprechend der ärztlichen Befundberichte vergütet wird.

**Da die qualifizierten Sozialberichte mit ihrer umfassenden psychosozialen Diagnostik hinsichtlich der vielfältigen Teilhabestörungen eine wichtige Grundlage für den anschließenden Rehabilitationsprozess darstellen, muss diese Leistung ebenfalls vergütet werden.**

3. Es wird begrüßt, dass die Verlegungssituation als eine sensible Phase im Gesamtrehabilitationsprozess anerkannt wird und daher die Notwendigkeit einer begleiteten Verlegung unterstellt wird. Diese Notwendigkeit ergibt sich dabei allerdings nicht nur aus medizinischer Sicht. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei jeder Verlegung im Sinne eines Veränderungsprozesses um einen besonders fragilen Moment handelt. Qualifizierte Sozialarbeiter der Suchtkrankenhilfe sind darauf spezialisiert, Menschen in solchen von Ambivalenz geprägten Phasen zu begleiten und zu stabilisieren (vgl. Hansjürgens, Perspektiven für Aus- und Fortbildungen von Fachkräften der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe in DG-SAS Kompetenzprofil, S. 49 f.).

**Sie sind für diese Dienstleistung entsprechend zu vergüten.**

4. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist die Soziale Arbeit mit sozialrechtlichem Schwerpunkt von besonderer Bedeutung, ebenso die klinische Sozialarbeit die im Rahmen der Sozial- und Suchttherapie Leistungen im Rahmen der Behandlung erbringt (vgl. Boder/Dickenhorst, Stationäre Rehabilitation in DG-SAS Kompetenzprofil S. 39). Aus diesen Erfahrungen heraus sehen wir die Notwendigkeit nicht nur den nahtlosen Übergang zwischen der akuten Behandlungsphase in die medizinische Rehabilitation in den Blick zu nehmen, vielmehr muss auch dem nahtlosen Übergang aus der medizinischen Rehabilitationsphase in die nachfolgenden Versorgungsbereiche stärkere Beachtung geschenkt werden.

Die klinischen Sozialdienste in der Rehabilitation arbeiten in der Regel mit den regionalen Suchtberatungsstellen und weiteren komplementären Einrichtungen zusammen, wo dies noch nicht der Fall ist, sollte dies als Standard in die Rahmenvereinbarung aufgenommen werden. Diese interdisziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit bietet verlässliche Strukturen, auf die auch in Zukunft nicht verzichtet werden kann.

Das Nahtlosverfahren auch nach der stationären Rehabilitation ist ein hilfreicher Baustein innerhalb des Suchtkrankenhilfesystems und kann z.B. zur Verringerung von Rückfallhäufigkeit und Behandlungsabbruch beitragen.

**Die Aufnahme entsprechender Regelungen wird angeregt.**

5. Entsprechend der wissenschaftlichen und berufspolitischen Entwicklungen werden die beiden früher getrennten Bereiche „Sozialarbeit“ und „Sozialpädagogik“ mittlerweile unter dem Begriff „Soziale Arbeit“ subsumiert. Absolventen der Sozialen Arbeit mit den Berufsbezeichnungen SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen sind daher gleich qualifiziert und können alle Aufgabenbereiche in der Sozialen Arbeit übernehmen.

Unter Punkt 4 „Definition qualifizierter Entzug“ sollte daher neben der Berufsbezeichnung „Sozialpädagogen“ auch die Berufsbezeichnung „Sozialarbeiter“ mit benannt sein.

**Vorgeschlagen wird an entsprechender Stelle eine redaktionelle Ergänzung in „Sozialpädagogen/Sozialarbeiter“.**

Berlin und Münster 10.11.2016

Prof. Dr. Stephan Dettmers  
1. Vorsitzender der DVSG

Frank Schulte-Derne  
1. Vorsitzender der DG SAS