

Gegenstand der Soziotherapie

Der DBSH begrüßt die Einführung der „Soziotherapie“. Damit öffnet sich – in ersten Anfängen – das Gesundheitswesen dem bereits in der Ottawa-Charta von 1986 dargestellten Zusammenhang zwischen Sozialen Standards, ökologisch verträglichen Lebensbedingungen, persönlichen Kompetenzen, Interessenvertretung und Vernetzung zwischen allen Beteiligten: *„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht.“*

In diesem Zusammenhang kam der Sozialen Arbeit schon immer eine besondere Bedeutung zu. Mit der Einführung der Soziotherapie als Feld der Sozialen Arbeit wird diese Bedeutung für Menschen im Übergang oder auch in der nicht gelingenden Trennung von „krank“ und „gesund“ – sein betont. Die Schaffung gesunder Lebensverhältnisse, die Befähigung zum eigenständigen Handeln und das Inanspruchnehmen und Vernetzen der verschiedensten Leistungs- und Verantwortungsträger dient nicht nur einer Kostenersparnis, sondern entspricht auch einem Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheitsbewältigung, das über die rein medizinische oder therapeutische Dienstleistung hinausgeht.

Soziale Arbeit ist damit integrierter Bestandteil in einem differenzierten System von Gesundheitsversorgung und –förderung. In diesem Verständnis ist eine qualitativ gute und ihren Aufgaben gerecht werdende Soziale Arbeit auch nicht die „Verlängerung“ eines medizinischen oder therapeutischen Gesundheitsverständnisses, sondern ein eigenständiges Handlungsfeld im Verständnis von Gesundheit und deren Förderung, wie es in der Ottawa-Konferenz formuliert wurde.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund erweist sich das im Gesetzgebungsverfahren beschlossene Ausklammern der Soziotherapie als rehabilitative Leistung als problematisch (wie sie in dem Gutachten zum Modellprojekt empfohlen wurden. Allerdings hat diese Änderung in der Praxis nicht die Bedeutung, wie sie der Reduzierung von Soziotherapie auf die „im Einzelfall erforderliche Koordination der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme“ zukommt. Im Gegensatz zu den gutachterlichen Empfehlungen wird mit dieser Regelung die Aufgabenstellung der Soziotherapie auf eine „Vermittlungs- und Motivationsstelle für GKV-Leistungen“ beschränkt, was befürchten lässt, dass der Soziotherapie die gedachte Entlastung der GKV von Kosten für stationäre Krankenhausaufenthalte nicht zukommen wird.

Gerade aber im Bereich der genannten psychischen Erkrankungen ist es in den meisten Fällen erforderlich, die Lebenssituation des Patienten insgesamt in Augenschein zu nehmen und die jeweils kommunal und gemeinwesenbezogen vorhandenen Hilfenetze zu nutzen. Gerade die Krankheitsbilder und -ausformungen von sogenannten Drehtürpatienten stehen in einen engen Zusammenhang zu deren psychosozialer Situation.

Die Motivation zur Inanspruchnahme von Ergotherapie wird keine Lösung für die vermüllte Wohnung oder die individuelle Vernachlässigung bringen, hier wären vielmehr eine Kontaktaufnahme mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst erforderlich;
Die Motivation eines depressiven Patienten zum Besuch eines Hausarztes wird wiederum nicht das Problem Einsamkeit und Isolation lösen, hier wäre der Besuch einer Selbsthilfegruppe zu empfehlen;
usw..

In der konkreten „soziotherapeutischen“ Praxis wird sich auch nicht zwischen der Motivation zur Inanspruchnahme einer GKV-Leistung oder einer Leistung der psychosozialen Infrastruktur unterscheiden lassen, wenn an der Situation des Patienten angesetzt und Soziotherapie in einem, wie an anderer Stelle im Gesetz und in dessen Begründung sinnvollerweise betont wird, nicht-therapeutischen Verständnis angeboten werden soll.

Letztendlich stehen das Verständnis von Soziotherapie als „Case-Management“ (also das Ansetzen an der Situation des Patienten in seinen sozialräumlichen Bezügen) dem Verständnis als „niedrigschwellige Psychotherapie“ gegenüber.

Empfehlung: Der DBSH versteht Soziotherapie analog der Empfehlungen der Auswertung der Modellprojekte als „Case Management“ und damit als Soziale Arbeit. Der DBSH empfiehlt in der Ausgestaltung der Richtlinien zur Soziotherapie deutlich zu machen, dass die Vermittlung von GKV-Leistungen nur in Anbindung und Einbindung in das Leistungsangebot der sozialen Infrastruktur sinnvoll ist.

Verortung der Soziotherapie

Bereits in der Einleitung zu unseren Empfehlungen haben wir darauf hingewiesen, dass Soziale Arbeit, (wobei Soziotherapie als ein Feld begriffen werden kann), als integrierter Bestandteil in einem differenzierten System von Gesundheitsversorgung und –förderung zu begreifen ist. In diesem Verständnis ist eine qualitativ gute und ihren Aufgaben gerecht werdende Soziale Arbeit auch nicht die „Verlängerung“ eines medizinischen oder therapeutischen Gesundheitsverständnisses, sondern ein eigenständiges Handlungsfeld im Verständnis von Gesundheit und deren Förderung.

Vor diesem Hintergrund erachten wir es als problematisch, wenn Kostenträger (Krankenkassen) und Ärzte (in ihrem spezifischen Verständnis von Krankheit) neben Fragestellungen zur Indikation zugleich auch die lebensweltbezogenen Zielsetzungen Sozialer (bzw. soziotherapeutischer) Arbeit und die hierfür notwendigen Kompetenzen/Qualifikationen festlegen, ohne die Profession selbst daran zu beteiligen. Der DBSH als größter Berufsverband der Sozialen Arbeit bietet sich daher als Kooperationspartner an:

Empfehlung: In einer Rahmenvereinbarung zwischen Krankenkassen und DBSH sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für das Anbieten von Soziotherapie durch SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen festzulegen. In den dabei zu gestaltenden fachlichen Beschreibungen ist das Beziehungsgeflecht Soziotherapie, Sozialpsychiatrische Dienste, Allgemeiner Sozialer Dienst, usw. deutlich zu machen. Die Rahmenvereinbarung dient zugleich zur Information der verschreibungsberechtigten Ärzte und deren PatientInnen.

Im folgenden skizzieren wir die Essentials einer solche Rahmenvereinbarung. Falls der Abschluß einer Rahmenvereinbarung nicht möglich ist, gelten die nachfolgenden Vorschläge zugleich als Hinweise für entsprechende Ausführungsbestimmungen.

Mit der Erfordernis der Beschreibung von Soziotherapie als Soziale Arbeit und der damit verbundenen Notwendigkeit der Einbeziehung des sozialräumlichen Umfeldes des Patienten kann Soziotherapie sinnvoll nur dann erfolgen, wenn die einzelnen Akteure voneinander wissen.

Darüber hinaus ist es, allein schon um Doppelbetreuungen zu vermeiden und die unterschiedlichen Aufgaben der jeweiligen Anbieter (Selbsthilfe, ASD, sozialpsychiatrische Dienste, Initiativen, GKV-Anbieter) voneinander abzugrenzen, erforderlich, dass die jeweiligen „soziotherapeutischen Dienstleistungserbringer“ ihre Leistungen in Bezug auf das Hilfesystem insgesamt abstimmen.

Insbesondere ist ein Funktionsverlust der kommunalen sozialpsychiatrischen Dienste zu vermeiden, die, jeweils auf landesgesetzlicher Ebene unterschiedlich, die Aufgabe von Hilfevermittlung und „ordnungsrechtlicher“ Kompetenz übertragen bekommen haben.

Gleichzeitig haben diese Dienste in erheblichem Umfang Kenntnis von den jeweiligen lokalen (Hilfe-) Strukturen.

Empfehlung: Vor diesem Hintergrund ist die Zulassung von soziotherapeutischen Dienstleistungserbringern nur dann vorzunehmen, wenn diese eine Rahmenvereinbarung mit dem jeweiligen sozialpsychiatrischen Dienst und dem verschreibenden Arzt nachweisen. Diese Rahmenvereinbarung zertifiziert die fallweise Absprache von Zuständigkeit und den Nachweis über die Kenntnis des Dienstleistungserbringers über die jeweilige sozialräumlichen Struktur. Um eine Übertragung der Kosten für die kommunale bzw. staatliche Pflichtleistung „sozialpsychiatrischer Dienst“ auf Leistungen der GKV zu verhindern, ist zu vermeiden, dass diese selbst als soziotherapeutische Dienstleistungserbringer abrechnen.

Formen der Abrechnung und Honorar für Soziotherapie

Die genannten Krankheitsbilder verdeutlichen die Notwendigkeit der Kontaktmotivation, -suche und -vernetzung mit anderen Dienstleistungserbringern. Dazu wird es auch erforderlich sein, Patienten unmittelbar zu begleiten oder auch sie zu Hause aufzusuchen. Damit bestehen soziotherapeutische Angebote aus folgenden Arten

- soziotherapeutische Einzelgespräche /-sitzungen
- soziotherapeutische Gruppengespräche /-sitzungen
- Begleitung und Hausbesuche incl. Fahrzeiten

Soziotherapie ist eine auf der Beziehungsebene sehr belastende Form Sozialer Arbeit. Tariflich wäre das Angebot daher mindestens auf der Vergütungsgruppe BAT IVb/IVa einzustufen. Darüber hinaus sind soziotherapeutische Dienstleistungen in hohem Maße mit Tätigkeiten verbunden, die sich außerhalb abrechnungsfähiger Dienstleistungsstunden bewegen. Ausgehend von Empfehlungen der KGSt. ergeben sich bei insgesamt 1.566 jährlichen Arbeitsstunden 1.093 Behandlungsstunden. Dies würde einen Stundensatz von ca. DM 102,00 (incl. Praxiskosten) erforderlich machen. Vorgesehen sind jedoch nur DM 57,00 je Therapiestunde. Mit dieser Regelung ist eine soziotherapeutische Praxis nicht kostendeckend zu führen.

Darüber hinaus unterschreitet dieser Stundensatz z.B. die Gebühren für Logopädie. Im Ergebnis würde eine Honorierung von nur DM 57,00 selbst die Vergütung für nichtakademische medizinische Hilfsberufe unterschreiten.

Zusätzlich ist zu bedenken, dass das vorgesehene Gesamt-Budget dazu führen wird, dass insbesondere im ländlichen Bereich nicht mit einer vielfältigen Versorgung mit soziotherapeutischen Dienstleistungserbringern zu rechnen ist und im Kontext aufsuchender Arbeit erhebliche Fahrkosten entstehen werden.

Empfehlung: Je soziotherapeutischer Dienstleistungsstunde wird ein Kostensatz von DM 80,00 erstattet. Für soziotherapeutische Gruppensitzungen kann je Patient ein Kostensatz von DM 30,00 abgerechnet werden. 15 % der verschriebenen Soziotherapie-Stunden können für Leistungen der Evaluation, Dokumentation, Vernetzung außerhalb des unmittelbaren Kontaktes mit den Patienten abgerechnet werden. Der Anteil der abrechnungsfähigen Begleitungen darf 15 % der verschriebenen Soziotherapie-Stunden nicht überschreiten. Für evtl. notwendige aufsuchende Angebote wird je Entfernungskilometer eine Pauschale von DM 1,52 erstattet, mit der zugleich der Zeitaufwand abgegolten ist.

Verordnung von Soziotherapie

Entsprechend den Überlegungen zur Verortung der Soziotherapie ergibt sich die Empfehlung über die Gruppe der niedergelassenen Fachärzte hinaus Soziotherapie auch von Fachkräften verordnen zu lassen, die bereits im Kontext der sozialpsychiatrischen Versorgung tätig sind.

In den vorläufigen Ausführungsbestimmungen wird der MDK mit der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit beauftragt. Folgt man der Verortung der Soziotherapie als eigenständigem Angebot Sozialer Arbeit so stellt sich zwangsläufig die Frage, wie der MDK eine medizinische Notwendigkeit Sozialer Arbeit prüfen kann. Aus unserer Sicht kann der MDK lediglich die Indikation und die Relevanz der im Behandlungsplan genannten Zielsetzungen auf der Grundlage der Zielsetzungen der Soziotherapie insgesamt prüfen. Anders würde sich die Situation darstellen, wenn der MDK selbst interdisziplinär besetzt wäre.

In den vorläufigen Ausführungsbestimmungen wird ein „medizinischer Behandlungsplan“ vorgeschlagen. Hier sind „Therapieziele zur Minderung psychosozialer Defizite“ anzugeben. Aus unserer Sicht ist die Begrifflichkeit der „Therapieziele“ mißverständlich – dies vor allem vor dem Hintergrund, dass Therapie ja nicht Ziel der Soziotherapie sein soll. Dies würde zu einer Verwässerung zwischen Sozio- und Psychotherapie führen. Wenn der Behandlungsplan lediglich bei der Verordnung der Soziotherapie zu erstellen ist, sollte der Begriff der „Therapieziele“ ersetzt werden durch „Erwartete Verbesserungen der psychosozialen Situation des Patienten“.

Empfehlung: Soziotherapie kann verordnet werden von

- niedergelassenen Neurologen
- niedergelassenen Psychiatern
- niedergelassenen Psychotherapeuten

und von Ärzten in Institutsambulanzen, soweit diese eine sozialpsychiatrische Fortbildung für Ärzte absolviert haben;
und von approbierten Psychotherapeuten, soweit diese in sozialpsychiatrischen Diensten tätig sind.

Im medizinischen Behandlungsplan sind „Art und Ausprägung der krankheitsbedingten Folgen/Beeinträchtigungen in der Lebensgestaltung des Patienten“ zu benennen, um darauf aufbauend die „Erwarteten Verbesserungen der psychosozialen Situation des Patienten“ zu beschreiben.

In der Beschreibung der „Verordneten und empfohlenen Maßnahmen“ ist zu differenzieren zwischen „Verordnete und empfohlene Maßnahmen im Zuständigkeitsbereich der GKV“ und Maßnahmen in „Empfohlene Maßnahmen anderer Kostenträger“.

Qualifikation und Zulassungsbedingungen für das Erbringen von Soziotherapie

Wie im Gesetz selbst ausgeführt, ist Soziotherapie nicht als therapeutisches Angebot zu verstehen. Gleichwohl werden in den bisherigen Überlegungen Voraussetzungen beschrieben, die die einer psychotherapeutischen Ausbildung übertreffen. Insofern wird schon von der Grundlage her das Angebot der Soziotherapie in eine vom Gesetzgeber und der Auswertung der Modellprojekte nicht gewünschte Richtung gelenkt. Wie Eingangs dargestellt ist Soziale Arbeit integrierter Bestandteil in einem differenzierten System von Gesundheitsversorgung und –förderung. In diesem Verständnis ist Soziale Arbeit und damit Soziotherapie nicht „Anhang“ im Rahmen eines ausschließlich medizinisch oder therapeutisch geprägten Gesundheitsverständnisses, sondern ein eigenständiges Handlungsfeld in der Aktivierung der Ressourcen der KlientInnen und in der Vernetzung zwischen Lebenswelt, ihren Bezügen und Angeboten und dem System der medizinischen Gesundheitsversorgung.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen im Rahmen ihres Studiums und in Ausübung einer verantwortlichen feldbezogenen Berufspraxis entsprechende Handlungskompetenzen erworben haben, um als „soziotherapeutische Dienstleistungserbringer“ zugelassen zu werden. Die folgenden Erläuterungen benennen damit keine notwendigen Zusatzqualifikationen, sondern Kriterien, die zum einen dazu geeignet sind, die jeweiligen Studienschwerpunkte zu verifizieren, und zum anderen die erforderliche verantwortliche Berufspraxis nachzufragen.

Berufszugang

Vorgeschlagen wird auch die Zulassung der Ausbildung der „Fachkrankenschwester Psychiatrie“. Dieser Empfehlung stimmt der DBSH nicht zu.

Die Fachkrankenschwester Psychiatrie hat sicher eine hohe Kompetenz in den Bereichen Diagnostik, Pflege und täglicher Umgang, Medizin – Sozialpsychiatrie ist in ihrer gesetzlichen Beschreibung jedoch weder eine psychotherapeutische, noch eine medizinische Dienstleistung. Vielmehr ist sie zu verstehen als Angebot des Case Management (Vernetzungskompetenz, sozialadministrative Kompetenz, Methodenkompetenz im Lebensweltbezug Sozialer Arbeit, kommunikative Kompetenz angefangen von Verhandlung bis hin zu Gesprächen mit der Nachbarschaft, usw.), als Angebot des Empowerment (aktivierende und motivierende Gesprächsstrategien) und der Beratung. Keine dieser Kernkompetenzen Sozialer Arbeit findet sich in der Ausbildung der Fachkrankenschwester. Letztendlich stehen Abitur und 8-semesteriges Studium einer Berufs- und Aufbauausbildung gegenüber. Im Übrigen wäre es nicht nachvollziehbar, einen universitären Berufsabschluß einem Nicht-universitären in der Bezahlung gleichzustellen.

Empfehlung: Der DBSH stimmt der Zulassung der Fachkrankenschwester Psychiatrie zum sozialtherapeutischen Dienstleistungserbringer nicht zu.

Berufspraxis

Bislang vorgeschlagen wird eine 3-jährige sozialpsychiatrische Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in der ambulanten Versorgung. Die Aufgabenstellung der Soziotherapie hat, wie bereits betont, weniger einen medizinischen, sondern vielmehr einen sozialräumlichen und –administrativen Bezug. Von daher sind die Schwerpunkte aus Sicht des DBSH anders zu setzen:

Empfehlung: Der DBSH empfiehlt sozialtherapeutische Dienstleistungserbringer nur dann zuzulassen, wenn diese eine 3-jährige sozialpsychiatrische Berufspraxis nachweisen können, davon mindestens zwei Jahre in der ambulanten Versorgung.

Gesprächsführung

Vorgeschlagen wird eine „Ausbildung in Gesprächsführung in einer wissenschaftlich anerkannten Methode“. Hier kommt ein therapeutischer Zugang zum Themenbereich „Soziotherapie“ zu tragen, da den Wissenschaftsanspruch zur Gesprächsführung in Deutschland bislang nur die VT und die Psychoanalyse besetzt haben. VT und Analyse sind jedoch keine Verfahren der Kommunikation in der Sozialen Arbeit. Soziotherapie ist in ihrer Aufgabenstellung kein „heilendes“ Angebot, sondern ein Angebot Sozialer Arbeit im Prozess und in der Vermittlung lebensweltlicher und heilender Angebote sozialer Infrastruktur.

In der Sozialen Arbeit anerkannt sind Verfahren der „Klientenzentrierten Gesprächsführung“ oder auch der „aktivierenden Gesprächsführung“.

Empfehlung: Der DBSH empfiehlt sozialtherapeutische Dienstleistungserbringer nur dann zuzulassen, wenn diese entweder im Rahmen ihrer Ausbildung oder zusätzlich erbracht eine Qualifikation in Gesprächsführung nachweisen können. Diese muss mindestens eine dreisemestrige Seminarteilnahme beinhalten. Wird die Qualifikation erst nach dem Studium erworben, so muss diese über die Teilnahme an Angeboten im Umfang von mind. 100 Unterrichtsstunden der (Fach-) Hochschulen oder der Fortbildungsinstitute nachgewiesen werden, die von anerkannten Trägern der freien Wohlfahrtspflege oder von öffentlichen Trägern geführt werden.

Selbsterfahrung

In allen Vorüberlegungen wurde „Soziotherapie“ nicht geschaffen, um eine besondere Form der Therapie zu etablieren, sondern um konkrete Unterstützung und Motivation im außerklinischen Alltag zu vermitteln.

Wenn eine 100-stündige Selbsterfahrung vorgeschlagen wird, übertrifft diese „Selbsterfahrungserfordernis“ die Bedingungen zur Zulassung für die meisten therapeutischen Verfahren, was darauf hindeutet, dass dieses Verständnis von Soziotherapie analytisch-therapeutisch geprägt ist.

Dieses Verständnis eines individual-therapeutischen Zugangs widerspricht den Überlegungen des Gesetzgebers und der notwendigen Abgrenzung zum Psychotherapeutengesetz. Darüber hinaus ist zu vermeiden, dass die Definition, was „Selbsterfahrung“ ist, über den Streit unterschiedlicher therapeutischer Schulen determiniert wird.

Vielmehr ist eine Relevanz der Selbsterfahrung vor dem Hintergrund der Sozialen Arbeit und insbesondere des jeweiligen beruflichen Handlungsfeldes gegeben, um in der konkreten Praxis eigene persönliche Anteile des Dienstleistungserbringers im Kontakt mit dem Klienten überprüfen zu können. Um dies zu leisten ist das klassische Verfahren die „Supervision“.

Empfehlung: Der DBSH empfiehlt die Erfordernis der Selbsterfahrung zu streichen.

Supervision

In den geplanten Empfehlungen wird der Nachweis von 36 Stunden Supervision vorgeschlagen. Gerade in der Sozialen Arbeit, insbesondere in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern ist Supervision das zentrale Moment der Fortbildung und Qualitätssicherung der Sozialen Arbeit. In Teamsupervision finden die Sitzungen meist als Doppel- oder sogar Dreifachstunden statt. Vor diesem Hintergrund ist die Erfordernis von 36 Stunden zu gering angesetzt.

Empfehlung: Der DBSH empfiehlt sozialtherapeutische Dienstleistungserbringer nur dann zuzulassen, wenn diese in den letzten drei Jahren ihrer Berufstätigkeit mindestens 50 Stunden Supervision nachweisen können. Die Supervision ist dabei zu nehmen bei Diplom-Supervisoren, oder bei Supervisoren, die entsprechend den Standards des DBSH oder der Deutschen Gesellschaft für Supervision zertifiziert sind.

Qualitätssicherung

In den bisherigen Überlegungen sind keine Vorstellungen zur Qualitätssicherung der soziotherapeutischen Dienstleistungserbringer getroffen worden. Vorgaben zur Qualitätssicherung sind, zumal die Dienstleistung auch von Selbständigen/Freiberuflern erbracht und von daher nicht immer in eine vorhandene Struktur eingebettet sein werden, jedoch notwendig.

Empfehlung: Soziotherapeutische Dienstleistungserbringer bzw. deren Beschäftigte haben, auch bezogen auf ihre vorhergegangene sozialpsychiatrische Berufspraxis, jährlich 5 Fortbildungstage nachzuweisen (die auf zwei Jahre bezogen zusammengefasst werden können), von denen sich mindestens die Hälfte auf sozialpsychiatrische Themen zu beziehen haben. Anerkannt werden Fortbildungen, wenn diese an (Fach-) Hochschulen oder an Fortbildungsinstituten abgeleistet wurden, die von anerkannten Trägern der freien Wohlfahrtspflege oder öffentlichen Trägern geführt werden. Darüber hinaus sind zweijährlich mindestens 20 Stunden Supervision nachzuweisen. Die Supervision ist dabei zu nehmen bei Diplom-Supervisoren, oder bei Supervisoren, die entsprechend den Standards des DBSH oder der Deutschen Gesellschaft für Supervision zertifiziert sind. Alle zwei Jahre haben die soziotherapeutischen Dienstleistungserbringer nachzuweisen, dass in Form einer Praxisgemeinschaft oder in Form anderer Kooperationen sicher gestellt ist, dass bei Urlaub oder Krankheit eine Vertretung besteht.

Zertifizierung/Prüfung

Für die in den Empfehlungen genannten zugelassenen Berufen für soziotherapeutische Dienstleistungserbringer besteht kein Berufsgesetz und entsprechend auch keine Zulassungsorganisation. Weder die GKV, noch sozialpsychiatrische Einrichtungen besitzen die notwendige Organisation, um die genannten Kriterien zu überprüfen. Von daher wird vorgeschlagen, dass der DBSH als größter Berufsverband in der Sozialen Arbeit entsprechend beauftragt wird. Die Möglichkeit zur Beauftragung des DBSH ergibt sich auch aus dem Umstand, dass dieser als einziger Berufsverband Mitglied im „Fachbereichstag Soziale Arbeit“ ist und im Kontext mit anderen europäischen Berufsverbänden in Zusammenarbeit mit der EU an einem Berufsregister für die Soziale Arbeit arbeitet.

Empfehlung: Ausbildung, ergänzende Qualifikationen und Qualitätssicherung für soziotherapeutische Dienstleistungserbringer werden für die Berufe der SozialarbeiterIn bzw. der SozialpädagogIn durch den „Deutschen Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V.“ gegen Gebühr zertifiziert. Die von den soziotherapeutischen Dienstleistungserbringern aufzubringende Gebühr beträgt für die erstmalige Prüfung DM 250,00 und für die Kontrolle der Qualitätssicherung (alle 2 Jahre) DM 150,00. Für Mitglieder des Berufsverbandes kann dieser die Gebühr ermäßigen.

Übergangsregelung

Es wurde keine Übergangsregelung vereinbart. Darum ergeht folgende Empfehlung:

Empfehlung: In Rahmen einer Übergangsregelung werden soziotherapeutische Dienstleistungserbringer mit der Möglichkeit zum Nachreichen von Qualifikationsnachweisen innerhalb von zwei Jahren zugelassen.



Hille Gosejacob-Rolf
1. Vorsitzende des
Deutschen Berufsverbandes für Sozialarbeit,
Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (DBSH)