

Zur Notwendigkeit des Einsatzes von Fachkräften bei der Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen und Suchterkrankungen

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie im Rheinland

1. Präambel

Bei der Beantwortung der Frage zum Einsatz von Fachkräften im Rahmen der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Behinderungen und Suchterkrankungen muss einerseits der aktuellen Situation mit der Einführung des BTHG Rechnung getragen werden. Darüber hinaus macht es aber auch Sinn, die Entwicklung der modernen Gemeindepsychiatrie nach der Psychiatrie-Enquete unter diesem Gesichtspunkt zu bewerten.

Wenn zukünftig in dieser Darlegung von Menschen mit seelischen/psychischen Behinderungen gesprochen wird, so umfasst dieser Begriff in unserem Verständnis auch immer den Personenkreis der Menschen mit Suchtkrankheiten. Unabhängig davon, ob es überhaupt Sinn macht, diese beiden Gruppen scharf voneinander abzugrenzen, ergeben sich in Bezug auf das Ausgangsthema keine relevanten Unterschiede.

2. Geschichtliches

Mit dem Aufbau der ambulanten Angebote und Dienste in den 80er Jahren erfolgte im Rheinland eine Verlagerung der Versorgung von der Klinik in das Lebensumfeld der betroffenen Menschen. Ambulant Betreutes Wohnen fand damals noch schwerpunktmäßig in Wohngemeinschaften statt; Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten und weitere ambulante Angebote entwickelten sich zu Kernsegmenten der Sozialpsychiatrischen Zentren. Später kamen ambulante Pflegedienste hinzu, im Zusammenhang mit der Auflösung der klinischen Langzeitbereiche wurde der Aufbau von kleinen, wohnortnahen Heimen durch das 70,5 Millionen D-Mark Programm des Landschaftsverbands Rheinland gefördert.

Mitarbeiter*innen in den verschiedenen Diensten, egal ob beratend, begleitend oder intensiv versorgend waren fast ausschließlich Fachkräfte aus den Berufsgruppen Soziale Arbeit und Gesundheits- und Krankenpflege. Die Gruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagog*innen (SA/SP) war dabei von besonderer Relevanz, da sie im Sinne einer fachlich qualifizierten Gemeinwesenarbeit dafür ausgebildet und prädestiniert war, den Aufbau der notwendigen ambulanten Versorgungsnetze, der Kooperationsstrukturen und Koordination und Vernetzung in die Wege zu leiten und voranzutreiben. Außerdem brachte diese Berufsgruppe schon damals aufgrund der Ausbildung/des Studiums das notwendige rechtlich/juristische Know-How mit, um die betroffenen Menschen im Lebensalltag, über verschiedene Sozialgesetzbücher hinweg, zu unterstützen.

Die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege stand damals in erster Linie für Behandlungskontinuität. Menschen, die jahrelang oder immer mal wieder für längere Zeit in psychiatrischen Kliniken gelebt hatten, sollten ihre vertrauten Bezugspersonen auch in der veränderten Lebenssituation beibehalten. Darüber hinaus spielte damals wie heute das medizinische Wissen und die langjährige Erfahrung im Umgang mit psychisch schwer erkrankten Menschen oder akuten Krisensituationen eine besondere Rolle. Mitarbeiter*innen dieser Berufsgruppe aus psychiatrischen Kliniken wurden damals verstärkt motiviert, zu ambulanten Diensten zu wechseln.

Im weiteren Verlauf kamen weitere Berufsgruppen als Fachkräfte hinzu. Das waren in erster Linie Ergotherapeut*innen und Erzieher*innen. Die Frage nach der individuellen

Qualifizierung der Fachkräfte und den Unterschieden bei den Berufsabschlüssen ergab sich seiner Zeit nicht. Das kam auch in einem Rundschreiben des Landschaftsverbands Rheinland aus der ersten Hälfte der 90er Jahre zum Ausdruck, in dem den jeweiligen Anbietern mitgeteilt wurde, dass sämtliche im Betreuten Wohnen, in den Tagesstätten und im SPZ tätigen Fachkräfte nach BAT IV b, also wie die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagog*innen, vergütet werden können.

Dieses Rundschreiben hatte zum Hintergrund, dass im Jahr 1992 der neue Tarifvertrag für den Sozial- und Erziehungsdienst in Kraft getreten war. Eine darin enthaltene Formulierung des Tätigkeitsmerkmals für SA/SP legte fest, dass neben SA/SP auch ... Beschäftigte mit vergleichbaren Qualifikationen, Kenntnissen und Erfahrungen ..., nach dieser Vergütungsgruppe zu vergüten sind.

Auch wenn diese Maßnahme in der damaligen Zeit von den meisten Beteiligten sehr wohlwollend und zustimmend aufgenommen wurde, muss sie in der späteren Betrachtung doch sehr kritisch bewertet werden. Denn neben der, durchaus berechtigten, Anhebung der Gehälter von Teilen der Mitarbeiterschaft unter dem Deckmantel von Gleichbehandlung (Stichwort: gleicher Lohn für gleiche Arbeit), wurde die Fachlichkeit und die berufliche Grundausrichtung von Beschäftigten mit (Fach)Hochschulabschluss in diesen Arbeitsfeldern nivelliert.

Zusammenfassend haben sich bis in die heutige Zeit folgende Qualifikationen als unerlässlich erwiesen:

- Kenntnisse der Rechtssysteme (Sozialrecht, Betreuungsrecht, Unterbringungsrecht),
- Kenntnisse der Hilfesysteme,
- Kenntnisse der psychiatrischen Störungsbilder und Behandlungsmethoden,
- theoretische und methodische Grundlagen zur Einzelfallberatung und Beratung von Gruppen (gruppendynamische Prozesse),
- vertiefte Gestaltung und Reflexion von Beziehungsprozessen,
- Leitung und Moderation von Mehr-Personen-Gesprächen (Familiengespräche, Helfergespräche),
- Methodisch/fachliches Wissen und Kenntnisse über moderne Sozialraumarbeit,
- Kenntnisse und Fertigkeiten der Krisenintervention,
- Kenntnisse über den Aufbau und das Zusammenwirken von Organisationen,
- Wissen über die Funktionsweise von Netzwerkstrukturen,
- Zusatzqualifikationen (Suchtherapeuten, systemische Zusatzausbildungen ...).

Das Bundesarbeitsgericht hat bereits im Jahr 1991 ein Urteil zur Abgrenzung von akademischen und nichtakademischen Fachkräften beschieden.

(BAG-Urteil vom 20.02.1991 – 4 AZR 377/90).¹

*„So ist die Tätigkeit der Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen stärker konzeptionell geprägt und hat ihren Schwerpunkt darin, dass durch die Veränderung des Menschen, seiner Lebenslage und Lebensqualität sowie der sie bedingenden gesellschaftlichen Strukturen Fehlentwicklungen bekämpft werden sollen. Dagegen liegt bei der Tätigkeit des Erziehers stärkeres Gewicht auf ausführenden Aufgaben fürsorgerischer und bewahrender Natur.“*

Diese Begründung scheint auch bei einer Bewertung von Fachkräften im Rahmen von Teilhabeleistungen sinnvoll, zumal die damals angewandte Tarifsystematik aus dem BAT ohne Abstriche in den TVöD und damit in die heutige Zeit übernommen wurde.

¹ Siehe auch:

https://www.gew.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=74532&token=67668e787c41fb12b8d6dc7d375431b30a12f841&sdownload=&n=TVoeD-Broschuere_Ratgeber-Eingruppierung_SuE_2019.pdf

Gleiches gilt für die oben erwähnten unerlässlichen Qualifikationen, denn die Arbeit mit psychisch kranken und behinderten Menschen gestaltet sich in der heutigen Zeit eher noch komplexer als vor einigen Jahrzehnten.

3. Teilhabe im Sinne des BTHG

Es gibt daher aus fachlich/inhaltlicher Sicht keine Notwendigkeit, über den Einsatz von Fachkräften im oben dargelegten Sinn zu debattieren. Erst durch die Einführung des Begriffs der „Assistenzleistung“, der bisher eher mit Leistungen verknüpft war, die „fürsorglicher und bewahrender Natur“ sind und einen ausführenden oder stellvertretenden Charakter haben, entsteht in einem ersten Schritt der Eindruck, dass diese Kriterien nun auf sämtliche Leistungen zur Sozialen Teilhabe übertragen werden. Erst in einem weiteren Schritt unterscheidet § 78,2 SGB IX zwischen qualifizierten und unterstützenden Leistungen zur Assistenz. Da § 1 des SGB IX n. F. festlegt: „Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von ... Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen“, müssen die Besonderheiten der psychischen Behinderung in deutlicher Weise fokussiert werden, um der Bedarfslage der Gruppe von Menschen mit psychischen Behinderungen Rechnung zu tragen.

3.1 Besonderheiten und behinderungsspezifische Barrieren von psychischen Behinderungen

Bei einer psychischen Behinderung handelt es sich in der überwiegenden Zahl der Fälle um die Folgen einer schweren und langandauernden psychischen Erkrankung, oft in Kombination mit häufigen und längeren Klinikaufenthalten. Die Erkrankungen sind häufig durch starke Fluktuationen der Symptomausprägung und ihrer psychosozialen Folgen mit wiederholten, z.T. langanhaltenden Krisen gekennzeichnet, die in diesen Phasen eine intensiviertere und differenziertere Betreuung und Behandlung erforderlich machen. Chronifizierung und psychische Folgen von Stigmatisierung, krankheitsbedingte soziale Einbußen, häufig auftretende Hospitalisierungen ergänzen die durch die Krankheit vorhandenen Symptome, so dass es zu deutlichen Persönlichkeitsveränderungen kommen kann. Folgende Kriterien sind typische Merkmale für Menschen, die an einer langandauernden psychischen Erkrankung/Behinderung leiden:

- Schwierigkeiten bei der Einschätzung und beim Umgang mit der eigenen Erkrankung
- hohe Ambivalenz bzgl. des Hilfe- und Behandlungsnetzes sowie der Inanspruchnahme von Unterstützung
- große Unzuverlässigkeit
- starke Tendenz zu Isolation, Rückzug und Vereinsamung
- mangelnde Selbsteinschätzung auch in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit
- hoher Anteil von Menschen, die psychische **und** Suchtprobleme haben (Multiproblemklientel)
- starke Stigmatisierung und Ablehnung durch die Gesellschaft
- stark beeinträchtigt Selbstvertrauen und Selbststigmatisierung

Wesentliche behinderungsspezifische Barrieren zur Inanspruchnahme von notwendigen Hilfen zur Entwicklung von individuellen gesundheitsstabilisierenden Strukturen und Hilfen der sozialen Teilhabe sind:

- ausgeprägte behinderungsspezifische Beeinträchtigungen in den Aktivitäten, vor allem aus behinderungsbedingt extrem schwankender und zeitweise sehr begrenzter Reiz- und Informationsverarbeitungs-kompetenz,
- große, auch langanhaltende Affekteinbrüche,
- pathologischer Antriebsmangel und ausgeprägte Bindungsstörungen
- Angst vor Stigmatisierung ist eine, lt. der Greifswaldstudie von 2013, weiterhin wirkmächtige gesellschaftliche Barriere, die dazu führt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen oft erst nach Jahren des Leidens und der Ausgrenzung die Hilfen suchen, die sie bei der Gestaltung eines weitgehend autonomen Lebens und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an Arbeit erfolgreich unterstützen können.
- der Abbau von teilhabeverhindernden Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen muss als Prozess verstanden werden, der von zwei Seiten Bereitschaft zur Anpassung erfordert: von den betroffenen Menschen selbst und von deren sozialräumlichem Umfeld. Dazu müssen einerseits zivilgesellschaftliche Entwicklungspotentiale identifiziert und entwickelt, andererseits aber auch die Kompetenzen der betroffenen Menschen entsprechend deren Fähigkeiten und Wünschen gezielt gestärkt und gefördert werden.

Dieser vielschichtige Hintergrund begründet, dass zur Unterstützung für diese Personengruppe die Leistungen der Qualifizierten Assistenz im Vordergrund stehen müssen. Dies gilt sowohl für die Aufrechterhaltung des Status Quo, und umso mehr, um eine dauerhafte Verbesserung der Lebenssituation zu fördern. Das Ziel, eine hohe Akzeptanz für die eigene Erkrankung und Behinderung herbeizuführen, ist dabei von besonderer Bedeutung.

3.2 Empfehlungen der S3 Leitlinien für Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen²

Ein Blick in die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien ist an dieser Stelle hilfreich, da hierbei die verschiedenen Facetten des psychosozialen Handelns in den Fokus gerückt werden:

Recovery und Empowerment

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden. Sie sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre **Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen** zu können. (Selbstbefähigung/Empowerment).

Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die **Beziehungsgestaltung** zwischen Behandler*innen/Unterstützer*innen und Patient*innen sollte es ermöglichen, über Behandlungsstrategien und deren Vor- und

² S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Hrsg.: DGPPN, 2. Auflage 2018

Nachteile im Rahmen eines **Prozesses Partizipativer Entscheidungsfindung** zu informieren und zu Entscheidungen zu gelangen.

Selbstmanagement und Selbsthilfe

Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sie unterstützt die **Selbstmanagementkompetenzen**, dient dem Austausch und der Aktivierung von **Ressourcen und Selbstheilungskräften** und dem Verständnis und der **Akzeptanz der Erkrankung**.

Angehörige von schwer psychisch kranken Menschen erfahren schwerwiegende und vielfältige Belastungen. Zugleich sind sie eine wichtige Ressource und haben eine wesentliche stabilisierende Funktion. Neben professionellen Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind deshalb auch Ansätze der selbstorganisierten Angehörigenselbsthilfe zu unterstützen.

Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Hilfeprozess unterstützt werden.

Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, **teambasierte und multiprofessionelle Behandlung/Begleitung** zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung/Begleitung die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern. Ziel soll eine Unterstützung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Prozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung/Begleitung „ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Settings vermieden werden.

Case Management und Personenzentrierung

Mit der Psychiatriereform in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben sich die Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit schweren psychischen Störungen deutlich erweitert. Verschiedene Versorgungsleistungen wurden an unterschiedlichen Orten von unterschiedlichen Professionen übernommen, was auch dazu führte, dass man dem komplexen psychiatrischen und psychosozialen Hilfebedarf nicht immer gerecht wurde. **Es ergab sich die Notwendigkeit einer Behandlungskoordination oder auch eines Unterstützungsmanagements.** So wurde gegen Ende der 70er Jahre in den USA das Konzept des Case Managements (CM) entwickelt. CM kann in erster Linie als Strategie verstanden werden, die verschiedenen Versorgungsangebote beizumessen und zu koordinieren.

Trotz einer gewissen Bandbreite an verschiedenen, nicht immer gut voneinander abgrenzbaren Formen des Case Managements, wird insbesondere das **Modell einer koordinierenden Bezugsperson im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes** bei der Behandlung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen in verschiedenen Regionen des Landes umgesetzt. In Kombination mit

differenzierten Instrumenten zur Bedarfserhebung und der Hilfeplankonferenz bieten diese Instrumente bei Erhalt wichtiger therapeutischer und sozialer Bezüge die Möglichkeit, notwendige Hilfen flexibel sowie personen- und bedarfsorientiert auszurichten. **Die koordinierende Bezugsperson achtet auf die Umsetzung der vereinbarten Hilfen und trägt Verantwortung für den kontinuierlichen Informationsaustausch.** Die koordinierende Tätigkeit wird entweder im Rahmen der eigentlichen Tätigkeit der koordinierenden Bezugsperson durchgeführt (z. B. im Bereich Wohnen) oder es werden zusätzliche Ressourcen (z. B. im Rahmen der Hilfen zur Teilhabe) bereitgestellt.

Unterstütztes Wohnen

Eine Metasynthese qualitativer Arbeiten zu den Erfahrungen schwer psychisch kranker Menschen mit unterstützten Wohnangeboten verweist auf die große Bedeutung von Autonomie, erfahrem Respekt und Wahlmöglichkeiten. Gleichzeitig formulieren die Bewohner*innen zahlreiche Bedarfe, die es in deren Begleitung flexibel und individuell ausgerichtet zu berücksichtigen gilt. **Dem professionellen Team, dessen Haltungen und der Beziehungsgestaltung kommt dabei in der Wahrnehmung der Befragten eine enorme Bedeutung zu.** In Artikel 19 der UN-BRK wird das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung und die Integration in die Gesellschaft betont; eng verbunden sind damit die vergleichbaren Wahlmöglichkeiten, den Lebensort frei zu wählen, die auch anderen Menschen zur Verfügung stehen. Die Präferenzen der Betroffenen werden damit ins Zentrum der Bemühungen gerückt. **Die erforderliche Unterstützung muss am gewählten Lebensort erfolgen; dieser kann durchaus in der eigenen Wohnung sein.** Voraussetzung für viele der Betroffenen ist eine adäquate Unterstützung vor Ort. Der auch durch das Bundesteilhabegesetz implizierte Paradigmenwechsel hin zu den Prinzipien von Supported Housing führt gleichzeitig dazu, Wohnen und Versorgung bzw. Unterstützung getrennt zu betrachten. **Weitgehend unabhängiges Wohnen stellt demnach eine Basis dar, auf der alle anderen notwendigen, am individuellen Bedarf ausgerichteten Hilfen unabhängig vom Wohn- und Lebensortmöglich sind.** Die Effektivität von Wohninterventionen lässt sich deshalb erst dann herstellen, wenn weitere Aspekte berücksichtigt sind (z. B. Umgang mit Zwangsmaßnahmen, Einbezug der Nutzer*innen und Ausmaß der Selbstbestimmung, Gestaltung von Beziehungen). Die Trennung der materiellen Hilfen zum Wohnen und zur psychiatrischen/psychosozialen Versorgung ist in Deutschland ab 2020 Realität und erfordert damit einen Prozess, der zu personenzentrierter Unterstützung führt und mit der Möglichkeit zur Vielfalt gestaltet werden muss.

Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten

Da schwere psychische Erkrankungen häufig mit Beeinträchtigungen von Alltagsfertigkeiten und sozialen Funktionen verbunden sind und dadurch die Teilhabe am sozialen Leben deutlich erschwert ist, haben Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung und die Befähigung zur Teilhabe an sozialen Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen (Selbstsorge, Familie, Freizeit, Arbeit, gesellschaftliche Teilhabe) einen hohen Stellenwert in der Behandlung.

Ein Training sozialer Fertigkeiten soll als Intervention bei Vorhandensein sozialer Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Verbesserung sozialer Kompetenzen durchgeführt werden.

Das Training sozialer Fertigkeiten soll - gemessen an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen - in ein komplexes Behandlungs- und Unterstützungsangebot eingebettet werden.

Es gibt Hinweise, dass eine Kombination von Interventionen, die gleichermaßen kognitive und soziale Funktionen stärken, positive Effekte zeigt.

Es zeigten sich Hinweise dafür, dass der Transfer der im Training erlernten sozialen Fertigkeiten auf Alltagsbedingungen durch begleitende Interventionen effektiv unterstützt werden kann.

Die Berücksichtigung individueller Entwicklungsbesonderheiten in sozialem Fertigkeitentraining kann die Effektivität des Trainings erhöhen.

4. Schlussfolgerungen

Die Erläuterungen zu den Besonderheiten von psychischen Behinderungen, ergänzt durch die Statements und Empfehlungen aus den S3 Leitlinien verdeutlichen, dass die Erbringung von Teilhabeleistungen für diesen Personenkreis vorrangig *konzeptionell geprägt ist und ihren Schwerpunkt darin hat, durch die Veränderung des Menschen, seiner Lebenslage und Lebensqualität sowie der sie bedingenden gesellschaftlichen Strukturen, Fehlentwicklungen zu bekämpfen* (siehe oben zitiertes Urteil).

In die heutige Zeit übersetzt finden wir einen Anknüpfungspunkt im § 78 SGB IX, der zur eigenständigen Bewältigung des Alltags Leistungen für Assistenz definiert. Absatz 1 beschreibt den Umfang dieser Leistungen, Absatz 2 nimmt dann eine Unterteilung in qualifizierte und unterstützende Assistenzleistungen vor, die auch in die Ausarbeitungen zum Landesrahmenvertrag eingeflossen ist. Im Unterschied zur unterstützenden Assistenz, die gekennzeichnet ist durch ... *die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen ... sowie die Begleitung...* ist die qualifizierte Assistenz definiert *durch die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung (Anleitung, Training, Übung)*. Hierunter kann man die oben dargelegten Betreuungsansätze unter den Überschriften wie Selbstmanagement, Recovery, Case Management, Unterstütztes Wohnen und Personenzentrierung oft im übertragenen Sinne, einsortieren. Was im Umkehrschluss bedeutet, dass der weit überwiegende Teil der Arbeit mit Menschen mit psychischen Behinderungen im Rahmen der Eingliederungshilfe als qualifizierte Assistenz bewertet werden muss.

Wichtig ist dabei, dass diese Form der Assistenzleistung von Fachkräften zu erbringen ist. Fachkräfte sind, in Anknüpfung an die Ausführungen der oberen Abschnitte, Personen, die aufgrund ihrer Qualifikationen, Kenntnisse, Erfahrungen und besonderer Verantwortungen früher nach der Entgeltgruppe IV b Bundesangestelltentarif (BAT) entlohnt wurden, was aktuell der Entgeltgruppe S 12 TVöD entspricht. Die Tätigkeitsmerkmale des BAT – Sozial- und Erziehungsdienst – wurden vor einigen Jahren 1:1 in die SuE-Vergütungsgrundsätze des TVöD übernommen. Diese Entgeltgruppe ist und war seit der Ambulantisierung des psychiatrischen Geschehens die allseitig anerkannte Grundlage für die Finanzierung der Personalkosten von Fachkräften.

Entgeltgruppe S 12

*Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/Sozial-pädagogen mit staatlicher Anerkennung sowie Heilpädagoginnen/Heilpädagogen mit abgeschlossener Hochschulbildung und – soweit nach dem jeweiligen Landesrecht vorgesehen – mit staatlicher Anerkennung **mit jeweils entsprechender Tätigkeit***

sowie **sonstige Beschäftigte**, die aufgrund **gleichwertiger Fähigkeiten** und ihrer **Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten** ausüben, mit schwierigen Tätigkeiten.

Seit mehreren Jahren wird nun seitens der Landschaftsverbände diese Vergütungsgrundlage in Frage gestellt, indem nur noch Fachkräfte mit einem akademischen Abschluss wie z. B. „Soziale Arbeit“ entsprechend refinanziert werden. Dies ist einerseits nachvollziehbar, da nicht alle Fachkräfte im Rahmen der Eingliederungshilfe als „Sonstige Kräfte“ mit gleichwertigen Fähigkeiten und Erfahrungen wie Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen anzuerkennen sind. Andererseits arbeiten in der Sozialpsychiatrie vorrangig multidisziplinäre Teams. In diesen Teams sind es nicht nur die akademisch ausgebildeten Mitarbeiter*innen, die eigenständig und eigenverantwortlich auch schwerstgestörte Menschen unterstützen, schwierige Settings und komplexe Hilfebedarfe managen, steuern und koordinieren. Die Basis hierfür sind langjährige Berufserfahrung und in der Regel aufwändige Fort- und Weiterbildung (Gemeindepsychiatrische Zusatzausbildung, Fachpflege für Psychiatrie, Weiterbildung zur systemischen Berater*in oder Erwerb vergleichbarer Kenntnisse und Fertigkeiten aus vielfältigen anderen Fortbildungsaktivitäten). Hierdurch erfüllen auch die Beschäftigten anderer Berufsgruppen sehr wohl die Kriterien als „Sonstige Beschäftigte“, da sie aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten (und Kenntnisse) und Ihrer Erfahrungen entsprechende (schwierige) Tätigkeiten ausüben. Dieser Personenkreis ist ebenso wie SA/SP nach der oben dargelegten Entgeltgruppe S 12 zu vergüten.

Auch wenn in jedem Einzelfall zu prüfen ist, ob ein/e Mitarbeiter*in die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, kann für die Sozialpsychiatrie im Rheinland insgesamt davon ausgegangen werden, dass der Fachkraftanteil der Beschäftigten, die nach der Tarifsystematik des öffentlichen Dienstes nach S 12 zu vergüten sind, bei mindestens 70% anzusetzen ist. Insofern ist ein dementsprechender Fachkraftanteil für Beschäftigte mit einem akademischen Abschluss oder sonstige Beschäftigte sowohl konzeptionell, als auch als Kalkulationsgrundlage für die Personalbemessung zu veranschlagen.

5. Fazit

Der Text liefert Argumente, warum die außerklinische Arbeit mit schwer psychisch kranken und behinderten Menschen seit der Psychiatrie-Enquete ein Arbeitsfeld für die Sozialarbeit/Sozialpädagogik war und ist. Dies sollte aus Sicht der Sozial- und Gemeindepsychiatrie auch weiterhin so bleiben. Die Argumentation berücksichtigt auch, dass es weitere Berufsgruppen gibt, die den Fachkräften mit akademischen Abschluss unter bestimmten Voraussetzungen gleichzustellen sind.

Die dargelegte Sachlage berücksichtigt dabei mehrere für das Ausgangsthema relevante Aspekte:

- das Berufsbild der Sozialen Arbeit wird nicht willkürlich nivelliert,
- Fachkräfte anderer Berufsgruppen werden unter entsprechenden Voraussetzungen wie SA/SP entlohnt,
- die Refinanzierung der Personalkosten von Fachkräften wird gesichert,
- Fachkräfte anderer Berufsgruppen, die die o. g. Voraussetzungen nicht erfüllen, werden nicht willkürlich nach S 12 entlohnt, sondern nach der für ihre Berufsgruppe relevanten Entgeltgruppe,
- und last but not least: Die Frage nach der Notwendigkeit von Fachkräften wird aus Sicht der Sozial- und Gemeindepsychiatrie eindeutig beantwortet.

Für den Vorstand:

Claudia Seydholdt

Dieter Schax

