

Anneke Groth (vista Berlin) und Frank Schulte-Derne (LWL / DGSAS Münster)

## Zusammenfassung AG PSB

### – Welche Herausforderungen sind zu meistern

Zu Beginn der Arbeitsgruppe wurden nochmal die im Vortrag benannten Herausforderungen (siehe folgende Folien) erwähnt:

- (Un-)einheitliche verlässliche Finanzierung
- Sichtbarkeit der PSB bei Ärzt\*innen
- Fachkräftengpass der Sozialen Arbeit
- Qualifikation im und nach dem Studium
- Beziehungsgestaltung während der Pandemie
- Evidenzbasierung und Forschung
- PSB –Standards / Manual
- Herausforderungen in der konkreten Praxis
  - Klient\*innen
    - Zunahme an altersbedingten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit
    - Zunahme an psychischen Begleiterkrankungen
  - Sozialraum
    - Fehlende Eingliederung/ Teilhabe auf dem Arbeitsmarkt/ am Arbeitsleben
    - starke soziale Isolation der Klient\*innen
    - Fehlender Wohnraum in Großstädten

Aus weiteren Ergänzungen durch die Arbeitsgruppe ergaben sich folgende Diskussionsstränge. Weitere Themen wie z. B. der Umgang mit der Schweigepflicht konnten angesichts der Zeit nicht diskutiert werden.

- **BTHG – Chancen und Risiken für die PSB**  
Wie wird in der PSB mit dem Begriff der Behinderung (seelisch und/oder psychisch) umgegangen? Zum einen ermöglicht die Verwendung des Begriffs auch die Inanspruchnahme von Leistungen und zum anderen befördert man damit ggf. auch eine (weitere) Stigmatisierung der Klient\*innen. Es mag helfen die Auslegung der UN-Behindertenrechtskonvention dabei zu berücksichtigen, um den Begriff der Behinderung richtig einzuordnen: „Niemand ist behindert, sondern man wird (durch die Gesellschaft) behindert. Auf Fachkräfteebene führt das BTHG im Erleben ggf. auch zu einer „Abwertung“: Die Formulierung als „Erbringung von Assistenz-Leistungen“ würden der Komplexleistung der Sozialen Arbeit / PSB nicht gerecht. Durch positives Reframing in Richtung Teilhabe sollten die Chancen des BTHG in den Blick genommen werden.

#### ***BTHG Vision***

*Die PSB könnte in ein multiprofessionelles Setting mit einem gemeinsamen Behandlungsplan eingebunden sein. Der Behandlungsplan enthält sowohl die ICD 10 Diagnosen wie die Teilhabe Einschränkungen durch den ICF. Es gibt es ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen (Komplexleistungen), die von einem multiprofessionellen Team (inkl. Psychotherapeuten, Ergos*

*etc.) erbracht werden. Abgestimmt werden sie im Gesamtteam im gemeinsamen Behandlungs- und Teilhabeplan.*

- **Partizipation**

Eng mit dem BTHG verknüpft wurde die Partizipation der Klient\*innen (die leider nicht anwesend waren) diskutiert. Es gab praktische Hinweise darauf, dass die von Fachkräften „angebotene“ Partizipation oft von der gewünschten Partizipation der Klient\*innen abweicht. Durch Fokusgruppen oder Klient\*innenbeiräte sollte man „echte“ Partizipation ermöglichen. Im Ergebnis wünschen sich Klient\*innen auch die Organisation und Durchführung von z.B. Gruppenaktivitäten ohne Beteiligung der Fachkräfte. Das eingesetzte Finanzbudget für sonst üblicherweise angeleitete Aktivitäten sollte den Klient\*innen dafür im Rahmen des Möglichen zur Verfügung gestellt werden.

- **Manualisierung der PSB als bundesweiten Standard**

Ein bundesweit einheitlicher Standard der PSB im Sinne eines Manuals wird begrüßt. Der inhaltliche „Kern“ der PSB sei zu standardisieren wenngleich die Settings in denen PSB stattfindet sehr unterschiedlich sein kann. Als Settings wurden z. B genannt: BeWo, Kontaktladen, Drogenberatungsstelle, JVA-Beratung, SPD. Dies muss ebenso wie ein „Stadt-Land-Gefälle“ im Manual berücksichtigt werden. Auch die Verständigung auf einen Schlüssel scheint notwendig. Die Spanne in der AG reichte von 1:17 bis hin zu 1:120. Letzteres ermöglicht keine qualifizierte inhaltlich fundierte Bearbeitung im Rahmen der PSB. Selbst Standorte mit einem Schlüssel von 1:25 (FDR-Empfehlung) reduzierten auf einen Schlüssel von 1:22 um fachlich gut zu arbeiten. Es ist davon auszugehen, dass ein Schlüssel oberhalb von 1:25 die Herausforderungen „Fachkräfteengpass“ und „Attraktivität des Arbeitsfeldes“ negativ beeinflussen werden. Die Kooperation zwischen der PSB & Ärzt\*innen soll unbedingt im Manual thematisiert werden. Es besteht die Einschätzung, dass die Profilschärfung der PSB durch ein Manual auch dazu beitragen wird die Sichtbarkeit im multiprofessionellem Team zu erhöhen. Gleichmaßen sollten auch Aussagen zu „Mindeststandards“ in der Kooperation beschrieben werden. Letzteres, um bei Personalwechseln im ärztlichen Bereich (z.B. in der JVA) eine Betreuungskontinuität sicherzustellen. Es besteht Einigkeit darüber, dass die besten Behandlungsergebnisse bei der gegenseitigen Nutzung (auf Augenhöhe) der jeweiligen Kompetenzen erzielt werden.