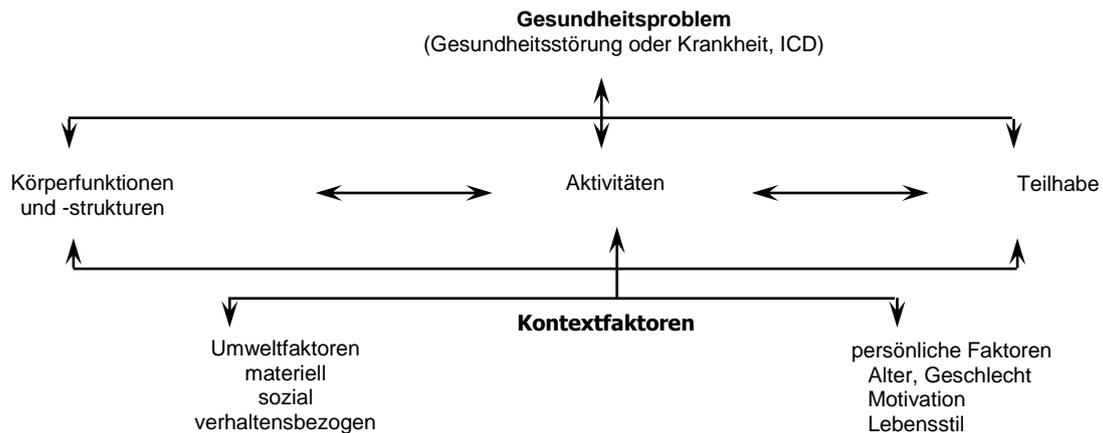


Ein paar Anmerkungen zum ICF – Konzept des BTHG, § 99, sowie zum Konzept der Assistenzleistungen mit Blick auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und den Leistungen der bisherigen Eingliederungshilfe und ihrer Berufsgruppen.

Christian Reumschüssel - Wienert

1. Zur Verdeutlichung: das ICF – Modell der der Klassifikation...



Deutlich wird, dass hier ein Modell vorliegt, das – unter Zugrundelegung einer Gesundheitsstörung bzw. Krankheit eine Wechselbeziehung von Körperfunktionen/-strukturen (inklusive kognitiver und mentaler Funktionen/-strukturen), Aktivitäten und Teilhabe vorliegt, die erst in ihrer Relation zum persönlichen und umweltbezogenen Lebenshintergrund bzw. Kontextfaktoren als Behinderungen manifestieren können. Es ist ein dynamisches Modell, welches auf Wechselwirkungen abstellt und nicht auf Kausalitäten.

Auch dieses Modell wird den spezifischen Problemlagen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht völlig gerecht, da es

- zum Teil ein überholtes biologisches Verständnis seelischer Störung hat,
- die lebensgeschichtliche Entwicklung von Beeinträchtigungen und Barrieren etc. zu kurz kommen und
- die Gefahr einer bruchstückhaften funktionalen Momentaufnahme besteht, da keine Zusammenhänge von Funktionen beschrieben werden können und es gibt keine Rekursivität

2. Zum BTHG

Das BTHG folgt nur einigen Teilen der UN-BRK und der ICF. Hierauf wird an dieser Stelle nicht vollständig eingegangen, sondern nur auf den leistungsberechtigten Personenkreis der „Leistungen zur sozialen Teilhabe“, vormals Eingliederungshilfe, der neuen Zielsetzungen der Leistungen zur „sozialen Teilhabe“ sowie auf die sog. Assistenzleistungen...

2.1. Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 99 SGB IX-E

Leistungsberechtigter Personenkreis

(1) Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bis 2 zu leisten, deren Beeinträchtigungen die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und -struktur sind und die dadurch in Wechselwirkung mit den Barrieren in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft erheblich eingeschränkt sind. Eine Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft in erheblichem Maße liegt vor, wenn die Ausführung von Aktivitäten in mindestens fünf Lebensbereichen nach Absatz 2 nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich oder in mindestens drei Lebensbereichen auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich ist (erhebliche Teilhabebeeinträchtigung). Leistungsberechtigt nach diesem Teil sind auch Personen, denen nach fachlicher Kenntnis eine erhebliche Teilhabebeeinträchtigung mit hoher Wahrscheinlichkeit droht.

(2) Lebensbereiche im Sinne von Absatz 1 sind

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. Häusliches Leben,
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. Bedeutende Lebensbereiche,
9. Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben.

(3) Personelle Unterstützung im Sinne von Absatz 1 Satz 2 ist die regelmäßig wiederkehrende und über einen längeren Zeitraum andauernde Unterstützung durch eine anwesende Person. Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs bleibt die Notwendigkeit von Unterstützung auf Grund der altersgemäßen Entwicklung unberücksichtigt.

(4) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Kapitel 4 erhalten Personen, die die Voraussetzungen nach § 58 Absatz 1 Satz 1 erfüllen.

(5) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Inhalte der Lebensbereiche nach Absatz 2 bestimmen.

Zur Kritik:

- Die formulierten Bedingungen sind zu hochschwellig, weil:
 - ein Bezug auf Körperfunktionen **und** -strukturen genommen wird, also doppelte Beeinträchtigungen, und
 - eine Hilfebedürftigkeit in 5 von 9 Lebensbereichen ist zu viel.

Hierdurch wird ein Ausschluss von Menschen erreicht, die nur in einem Bereich beeinträchtigt sind, durch diesen aber an der Teilhabe gehindert werden bzw. in weniger als 5 Lebensbereichen. Der Ermessensspielraum der Teilhabebeschränkung eröffnet der Willkür Tür und Tor.

- Diese Art der Formalisierung der Hilfebedürftigkeit wird Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht gerecht:
 - Psychische Störungen verlaufen nicht gleichmäßig, sondern oft schubweise, das heißt in „Wellen“, die mit einem manchmal sehr schwankenden Aktivitätsniveau einhergehen und einen jeweils unterschiedlich intensiven Hilfebedarf erzeugen.
 - Psychisch beeinträchtigte Menschen fühlen sich subjektiv oft nicht beeinträchtigt bzw. hilfebedürftig (z.B. Maniker, Menschen in akuten Psychosen), können in diesen Phasen aber alltagsnotwendige Aufgaben nicht bewältigen, da sie diese nicht erkennen bzw. auch ablehnen.
 - Das Problem vieler psychisch beeinträchtigter Menschen ist oft nicht ein „Zuwenig“ an Aktivitäten sondern ein „Zuviel“ an Aktivitäten. (z.B. Menschen in einer manischen Phase,

oder Menschen in akuten Psychosen). Deren Problem ist oft, dass sie in ihren Aktivitäten als „störend“ empfunden werden (s.u.) und sich auch durch andere Menschen gestört fühlen und ab und an als bedrohlich erlebt werden.

Darüber hinaus:

- Die ICF wird als ein Assessment Instrument verwendet, was ausdrücklich nicht gestattet ist, da die ICF ein Kategoriensystem zur Beschreibung ist.
- Die Wechselwirkungen der o.g. 3 Dimensionen sowie – vor allem – der individuelle Lebenshintergrund (persönliche und umweltbezogene Kontextfaktoren) finden keine Berücksichtigung. Dies ist besonders misslich, weil:
 - Z.B. hinderliche und fördernde Kontextfaktoren nicht benannt werden können.
 - Beeinträchtigungen auf der Ebene allgemeiner mentaler Körperfunktionen und –strukturen nicht berücksichtigt werden können. z.B. Störungen im Antrieb, Störungen im Denken, Störungen in der Metakognition.
 - Beeinträchtigungen durch Umfeld bezogene Teilhabebarrrieren nicht berücksichtigt werden. z.B. Vorurteile im Umfeld, Konflikte mit Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn, Vermieter usw)
 - Dasselbe gilt für fördernde Umfeldfaktoren (z.B. Angehörige, Sozialraum), die deshalb gar nicht Gegenstand der Unterstützung sein können.
- Die Lebensbereiche werden als gleichwertig betrachtet. Dies entspricht jedoch nicht der Realität bzw. der Vielfalt von Lebenslagen.
 - Vor dem jeweiligen Lebenshintergrund haben einige Lebensbereiche höheres Gewicht als andere.
 - Es kann auch sein, dass ein Lebensbereich sehr wesentlich beeinträchtigt ist und Hilfebedarf einfordert andere Aufgaben aber gut bewältigt werden können, wenn es in dem Bereich Unterstützung gibt.
- Die in der ICF genannten Kategorien auf der 2. Ebene der Lebensbereiche, die eine differenzierte Kategorisierung von Beeinträchtigungen erlauben würden, werden überhaupt nicht erwähnt.

Last not least:

Es kann nicht erwartet werden, dass die bewilligenden Mitarbeiter*innen in den Sozialämtern die erforderliche Expertise aufweisen, die eine Begutachtung des Hilfebedarfes entlang den Kategorien des ICF erfordert. Dies bedeutet: es ist zu erwarten, dass sich hieraus opportunistische Daumenregelungen in den Bewilligungsämtern entwickeln. „Bewilligungspraxis nach Gunst und Kassenlage“. Insbesondere auch, da zukünftig die Fachdienste nicht mehr für die Hilfebedarfsfeststellung hinzu gezogen werden müssen.

Im Prinzip handelt es sich bei dem im Gesetz verwendeten Konstrukt um ein an der ICF angelehntes „verkürztes Konzept individueller Leistungsfähigkeit“.

2.2. Ziele der Leistung

Um zu verdeutlichen, wo die Unterschiede liegen, sind die entsprechenden §§ des SGB IX noch einmal gegenüber gestellt. Zunächst der § 55 des SGB IX geltender Fassung, in dem die Leistungen noch zur „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ heißen:

§ 55 SGB IX

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

In der neuen Fassung des SGB IX heißen die Leistungen dann „Leistungen zur sozialen Teilhabe“:

§ 76 SGB IX - E

Leistungen zur Sozialen Teilhabe

(1) Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. Maßgeblich sind die Ermittlungen und Feststellungen nach Kapitel 3 und 4.

(2) Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind insbesondere

1. Leistungen für Wohnraum,
2. Assistenzleistungen,
3. Heilpädagogische Leistungen,
4. Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie,
5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
6. Leistungen zur Förderung der Verständigung,
7. Leistungen zur Mobilität und
8. Hilfsmittel.

Zur Kritik:

In der neuen Fassung sind zwei Formulierungen enthalten, die meines Erachtens ganz wesentlich dazu beitragen, dass die Zielsetzungen und der mögliche Leistungsumfang im Vergleich zur alten Fassung eingeschränkt wird. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzungen zu Leistungen der Medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Pflegeversicherung.

Zunächst zur Pflegeversicherung:

In der neuen Regelung ist als Ziel der Leistungen zur sozialen Teilhabe **nicht** mehr enthalten: ...*oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen...*, wie das im gegenwärtigen § 55 SGB IX noch der Fall ist. Hierdurch wird der rehabilitative Charakter der Eingliederungshilfe stark reduziert. Die neue Formulierung entspricht damit dem – auch im PSG III – geregelten Vorrang der Leistungen zur Pflege vor den Leistungen zur sozialen Teilhabe – aber genau dies ist ja zu kritisieren.

Weiterhin zur Abgrenzung zu anderen Leistungsträgern:

Im alten Recht war nicht nur die rehabilitative Zielsetzung enthalten, sondern auch die, dass die Leistungen auch nicht durch andere Rehabilitationsträger (medizinische Reha, Arbeitsleben) erbracht werden.

Diese ist im neuen Recht schärfer gefasst, nämlich durch die Regelung: *...soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden...*. Dies ist eine weitaus schärfere Formulierung, die nun sehr viele Spielräume zulässt.

So sind nun als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen anzusehen, die besonders im § 42 Abs. 3 geregelt sind:

§ 42 SGB IX - E

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

....

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen. Solche Leistungen sind insbesondere:

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie
7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Die Frage ist dann hierbei, ob diese Leistungen nun nicht mehr als Leistungen zur sozialen Teilhabe anzusehen sind, wenn die – nach dem Gesetz – nun der medizinischen Reha zugeordnet sind. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben nach wie vor u.a. das Ziel, Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. Verschlimmerung zu verhüten.

Dies würde bedeuten, dass gerade die Leistungen, die in den letzten Jahren in der Eingliederungshilfe aufgrund der Professionalisierung entstanden sind, wie z.B. psychoedukative oder auf Recovery, Empowerment und social-skill-Entwicklung abzielende strukturierte (manualisierte) Programme, die nun nicht mehr zum Leistungsumfang der Leistungen zur sozialen Teilhabe gehören würden, sondern zu medizinischen Rehabilitation (siehe oben Nr. 5). Für (strukturierte) Hilfen der Behinderungsverarbeitung, z.B. stützende Gespräche wird es auch recht schwer.

Die Beispiele ließen sich fortsetzen, und zwar dahingehend, dass alle Leistungen, die eine Verbesserung der „gesundheitlichen“ Situation des Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zum Ziel haben, nun nicht mehr zum Leistungsumfang der Leistungen zur sozialen Teilhabe gehören würden. Vielleicht ist dies eine Übertreibung, aber eine Richtung ist damit angedeutet.

Ähnlich sieht es im Verhältnis zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus. Auch hier werden insbesondere im Absatz 6 Leistungen beschrieben, die durchaus (vormals) Leistungen der Eingliederungshilfe waren. Hier der Wortlaut:

§ 49 SGB IX - E

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

...

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen sind insbesondere:

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,

6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten,

Insbesondere im Hinblick auf diesen Abs. kommen nun gravierende Zweifel auf, inwieweit Leistungen zur sozialen Teilhabe überhaupt noch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Frage kommen, soweit sie eine gewissen „sozialtherapeutische“ Professionalität erfordern und auf Verminderung von Beeinträchtigungen bzw. Verbesserung der Situation abzielen.

Im § 90 SGB IX – E werden die Unterschiede und Abgrenzungen noch einmal verdeutlicht.

2.3. Assistenzleistungen

Diesen engen Auslegungen des leistungsberechtigten Personenkreises und der Zielrichtung der Leistung entspricht eine restringierte Beschreibung der möglichen Leistungen im Bereich der Sozialen Teilhabe, die nun vor allem als „Assistenzleistungen“ erbracht werden.

§ 78 SGB IX-E

Assistenzleistungen

(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Die Leistungen umfassen

1. die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und

2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitung und Übung von allgemeinen Erledigungen des Alltags sowie von Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung und die Freizeitgestaltung einschließlich kultureller und sportlicher Aktivitäten. ...

Zur Kritik:

Die hier gefundenen Formulierungen stellen in gewisser Hinsicht eine Beleidigung der Professionalität der mit den Hilfen befassten Berufsgruppen in der „komplementären“ Gemeindepsychiatrie dar. Gemeindepsychiatrische Hilfen der Eingliederungshilfe sind eher sozialtherapeutisch orientierte Hilfen als dass sie lapidar als Assistenz bezeichnet werden können. Sie beinhalten in ihrem Tätigkeitsspektrum motivierende, stützende, Grenzen setzende und spiegelnde Aspekte sowie auch reflektierende und analysierende Inhalte, die je nach Situation zu Tragen kommen. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, um dadurch die erforderlichen Hilfen erst zu ermöglichen, steht hierbei im Mittelpunkt. Diese Aspekte werden durch die Orientierung an tätigkeits- und an „Pflege“ orientierter Kompensation (vollständige- und teilweise Übernahme, Begleitung) bzw. Anleitung und Übung (=Befähigung) völlig ignoriert.

Dass die Leistungsberechtigten über Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme entscheiden, ohne die Leistungserbringer einzubeziehen, ist in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen zum Teil kontraproduktiv, da genau die Auseinandersetzung über den eigentlichen Hilfebedarf die Betreuungsleistung ist. Ferner gibt es professionelle und methodisch kontrollierte Leistungserbringung (z.B. in der Psychoedukation, Social Skill Trainings oder auch ergotherapeutischer Begleitung...) die natürlich nur in Absprache und gemeinsamer Planung sinnvoll ist. Die Frage des „informed consent“, bzw. der partizipativen Behandlungs- und Hilfeplanung wird damit gar nicht berührt, dies ist natürlich eine Grundlage für eine gemeinsame Hilfeplanung, die unbedingt stattfinden sollte.

Die Aufteilung der Assistenzleistungen in unqualifizierte Leistungen und qualifizierte, durch Fachkräfte zu erbringende Leistungen ist im Hinblick auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als völlig insuffizient einzuschätzen. Die Problembereiche von psychisch beeinträchtigten Menschen sind, in je unterschiedlichen Ausprägungen, oft so gestaltet, das gerade bei alltäglichen Verrichtungen die

sozialtherapeutische Fachlichkeit zum Tragen kommen muss, da es nicht darum geht, dass der Mensch seinen Haushalt nicht aus Unwissenheit oder körperlichen Beeinträchtigungen vernachlässigt, sondern weil z.B. Stimmen gewisse Dinge verbieten oder ungute Erinnerungen durch bestimmte Abläufe hochkommen oder ganz einfach der Antrieb fehlt.

Dies gilt insbesondere für die Gestaltung therapeutischer Beziehungen: Gerade im gemeinsamen Tun, wie z.B. Küche aufräumen, persönliche Angelegenheiten regeln, Einkaufen etc., kann dies als ein „Medium“ dienen, um persönlichen Kontakt und Zugang zum Individuum zu erhalten, der für weitere Arbeit genutzt werden kann und wo es erst möglich wird, über das Erleben zu sprechen.

Ein paar Beispiele zu Besonderheiten bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen:

- Eine Einkaufsbegleitung bei einem Menschen, der sich in einer akuten manischen Phase befindet, ist eine Herausforderung, die hohe sozialtherapeutische Professionalität erfordert. Zum einen hinsichtlich Grenzen setzender Kommunikationen mit dem Klienten und zum anderen ggf. hinsichtlich des Aushaltens schwierigster sozialer Situationen im „Sozialraum“ bei auffälligem Verhalten (Aktivitäten) des Klienten.
- Das Aufräumen einer Wohnung bei Menschen, die unter einer Zwangserkrankung oder einem Messie-Syndrom leiden ist eine Aufgabe, in der die „Übernahme“ bzw. „teilweise Übernahme“ zu ganz erheblichen Konflikten oder auch Störungen in der therapeutischen Beziehung kommen kann. Eine unqualifizierte „Assistenz“ kann kontraindizierte Wirkungen haben bzw. großen Schaden anrichten, da durch das Tun „für“ aber nicht „in Absprache mit“ den Menschen ein Übergriff erfolgt.
- Dasselbe gilt zum Beispiel bei einer „Begleitung“ von Menschen im Rahmen von Mobilitätsentwicklung, die erhebliche soziale Ängste haben bzw. unter Klaustrophobien leiden. Um hier zu einer Entwicklung der Mobilität zu gelangen, sind spezialisierte und hochqualifizierte Trainings (z.B. Expositionstraining) notwendig, die aber nur möglich sind, wenn es ein Vertrauensverhältnis zu den Betreuern gibt.

Weiterhin ist scharf zu kritisieren, dass die Leistungen zur sozialen Teilhabe bzw. die Assistenzleistungen u.U. nicht auf die Entwicklung von mentalen Körperfunktionen und –strukturen gerichtet sein können. Die scharfe Abgrenzung z.B. zu Leistungen der „medizinischen Rehabilitation“ (§§ 42 und 90 SGB IX-E) oder auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lässt befürchten, dass z.B. „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz...“ (§ 42 Abs. 2 Nr.5. SGB IX-E sowie § 49 Abs. 6 Nr. 5 SGB IX-E) oder „Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung“ (§ 49 Abs. 6 Nr. 1 SGB IX-E) oder Leistungen zur „...Weiterentwicklung der Persönlichkeit“ (§ 58 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX-E) in Zukunft nicht mehr zum Spektrum der Leistungen zur sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe) gehören werden.

Resümierend handelt es sich um weitere Bausteine der „Deprofessionalisierung“ psychosozialer Berufsgruppen und deren Aufgaben, die auch im Zusammenhang mit dem Ausschluss aus der „Teilhabe- und Gesamtplanung“ als eine **gewollte sozialpolitische Strategie der Dequalifizierung sozialer Berufe** sowie als eine Strategie **„sozialpolitischer Austeritätspolitik“** gesehen werden.

Berlin, den 18. Oktober 2016

Christian Reumschüssel-Wienert