



Das Bundesteilhabegesetz –ein Beispiel angewandter Ökonomisierung der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen?!¹

Von Christian Janßen

Ausgehend von Interviews, die der Autor mit Mitarbeitenden in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung geführt hat, schildert er seine Eindrücke bezüglich der Arbeits- und Personalsituation im sozialen Sektor, insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe. Dabei lässt er die Folgen einer 25-jährigen Politik der Vermarktlichung im Gesundheits- und Sozialbereich sichtbar werden.



Ziel der Ökonomisierung des Sozialen ist die Kostendämpfung durch Schaffung eines Wettbewerbs zwischen Einrichtungen und Diensten von Pflege, Betreuung und Begleitung– wichtigen Bestandteilen der Daseinsvorsorge. Die Qualität von Betreuung und Begleitung spielt dabei gegenüber der wirtschaftlich-effizienten Organisation eine zunehmend untergeordnete Rolle. Die Auswirkungen dieser Politik eines Wettbewerbs um die billigsten Angebote in Feldern der sozialen Daseinsvorsorge auf die Arbeitsbedingungen in den Teams der Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe sind gravierend und inzwischen vielfältig untersucht (z.B. Fischbach, 2011, Klatt, 2011, Hasselborn et al., 2002, 2004, 2005, Goesmann, 2009, 2011, verdi, 2013, vgl. Janßen, 2015b). Dabei ist die prekäre Situation in Krankenhäusern und der Altenpflege bereits Thema der öffentlichen Diskussion (z.B. Flintrop & Rabata, 2008, Lindhoff, 2020). Die Eingliederungshilfe-z.B. in Form von Assistenz zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen-hat (noch) nicht den Sprung über die Wahrnehmungsschwelle geschafft - auch nicht in der Zeit der Corona-Pandemie (ver.di, 2020).

Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen dokumentieren seit langem die besondere Belastung von Beschäftigten in sozialen Arbeitsfeldern: Fehlzeiten, die deutlich höher sind als in anderen Branchen oder im Durchschnitt der Versicherten in Deutschland (z.B. BKK, 2010, 2019, TK, 2019), vgl. Abb. 1).

¹ Bei dem Beitrag handelt es sich um die aktualisierte Überarbeitung eines Vortrags des Autors auf einer Tagung der ver.di-Bundesfachkommission-Behindertenhilfe mit dem Titel: »... dass nichts bleibt, wie es war!– Veränderungen in der Arbeitswelt der Behindertenhilfe im Zuge neuer gesetzlicher Regelungen« am 12.-13.9.2019 in Weimar. Eine gekürzte Version dieses Textes wurde in „Soziale Psychiatrie, 2020, 3) veröffentlicht.



Abb. 1

Krankentage ausgewählter Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen (2009)



Zusammenstellung aus: BKK, 2010, S.94

Die Krankentage im Gesundheits- und Sozialwesen sind seit 2009 gestiegen, von 14,5 auf 20,4 AU-Tage im Jahr 2018 (BKK, 2019, S.97). Innerhalb der Branche waren 2009 Helferinnen um fast 60 % (mehr als 8 AU-Tage länger), Krankenschwestern um 15 % (mehr als 2 AU-Tage) länger krankgeschrieben als der Durchschnitt. Seitdem hat die BKK keine Auswertung für einzelne Pflege- und Betreuungsberufe mehr differenziert. Verschiedene Kriterien wie z.B. psychische Erkrankungen sowohl in ambulanter wie stationärer Behandlung (insbes. neurotische, Belastungs- sowie affektive Störungen) oder die Tagesdosen für Antipsychotika und Antidepressiva belegen die besonderen Belastungen auch zehn Jahre später. Die Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen sind 2018 bei Altenpflegerinnen doppelt so hoch wie im Durchschnitt der Versicherten (BKK 2019). Andere Krankenkassen bestätigen diese Zahlen (z. B. TK, 2019).

Objektive Daten werden durch verschiedene subjektive Befragungen gestützt (ver.di, 2008a, b, vgl. Abb. 2). Die Sonderauswertung im »DGB-Index Gute Arbeit«(ver.di, 2013) zeigt z.B., dass drei Viertel aller Befragten in Pflege, Betreuung und Begleitung nicht davon ausgehen, dass sie ihre Arbeit ohne Einschränkungen bis zur Rente ausüben können. Das Rentenalter angesichts der steigenden Anforderungen gesund zu erreichen, wird nur von einem Fünftel der Befragten erwartet.



Abb. 2



ver.di, 2013

Wie hat sich die Arbeit in der Eingliederungshilfe verändert?

Allgemeine Beschreibungen und Untersuchungen bleiben abstrakt. Können vermittelnde Variablen zwischen den scheinbar unabhängigen Faktoren einer Entscheidung der Politik und Krankmeldungen von Mitarbeitenden herangezogen werden (vgl. z.B. für das BTHG Janßen 2017a, b)? Lassen sich z.B. Indikatoren in den Arbeitsbedingungen der stationären Arbeit finden, die die Arbeitsverdichtung konkret verdeutlichen? Aus Sicht des Autors kann die Veränderung der Personalsituation im Arbeitsfeld parallel zu politischen Entscheidungen diese Frage erhellen.

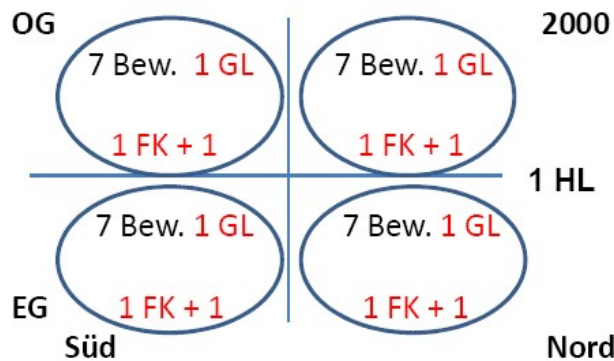
In der hier beispielhaft betrachteten Einrichtung geht es um ein 1924 erbautes und 2019 letztendlich aufgegebenes Haus eines großen diakonischen Unternehmens. Alle Angaben basieren auf Interviews, die mit Mitarbeitenden aus der Einrichtung im Jahr 2014 geführt wurden.

In den 70er Jahren hatten hier 61 junge Männer mit Epilepsie gelebt. In dem jetzt zu betrachtenden Zeitraum seit der Jahrtausendwende war die Einrichtung für die Begleitung von 28 Menschen konzipiert, die in vier Wohngruppen auf zwei Etagen lebten. Es gab im Gebäude einen Nord- und einen Südflügel (in den Abbildungen „Nord“ und „Süd“).

Zu Anfang des Jahrtausends - fünf Jahre nach Ende des Kostendeckungsprinzips in der Eingliederungshilfe (s.u.) - war die Einrichtung für die Betreuung von Menschen mit Epilepsie in vier Kleingruppen mit je sieben begleiteten Menschen aufgeteilt. Eine Hausleitung („HL“) war für Verwaltungsaufgaben zuständig. Das Dienstplanschema sah zwölf Mitarbeitende im Tagdienst vor, davon acht Fach- und vier Hilfskräfte, einschließlich der vier Gruppenleitungen.



Abb. 3

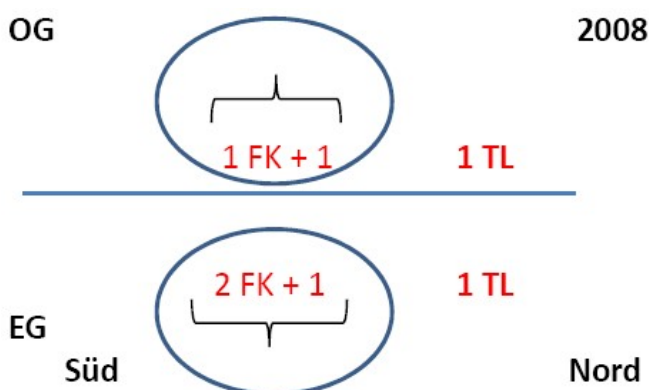


Neue Konzepte – die Schere geht auf

Etwa fünf Jahre später war nur mehr eine Gruppenleitung für jede Etage zuständig und damit noch zehn Mitarbeitende im Dienst geplant.

2008 dann wurden die vier Wohngruppen zu zwei Etagengruppen für je vierzehn Bewohnerinnen zusammengefasst. Im Obergeschoss lebten die Menschen mit größerer Selbstständigkeit. Zwei sogenannte Teamleitungen („TL“) übernahmen im Rahmen der Einführung flacher Hierarchien die Arbeit der ehemaligen Hausleitung. Sie arbeiteten nach Bedarf auf der Gruppe mit. Im Obergeschoss waren noch eine, im Erdgeschoss zwei weitere Fachkräfte zusammen mit je einer unterstützenden Kraft für die Betreuung geplant. Insgesamt waren dadurch noch sieben Mitarbeitende, davon fünf Fachkräfte geplant (vgl. Abb. 4). – bei weiterhin 28 Plätzen nur noch sieben statt zehn Mitarbeitende, darunter zwei Hilfskräfte.

Abb. 4



Gleichzeitig hatte zudem auch ein Wandel in der Klientel eingesetzt. Im Unternehmen wurden nicht mehr überregional Menschen mit Epilepsie aufgenommen, dafür aber zunehmend Menschen mit geistiger Behinderung und starken Verhaltensauffälligkeiten. Zudem forcierte der Kostenträger die Maxime „ambulant vor stationär“, Menschen mit leichterem Behinderung verließen die Einrichtung und gingen in ambulante Betreuung.



Verbesserte Wohnqualität – mit Folgen...

In der Folgezeit wurde die Einrichtung von 28 auf 21 Plätze verkleinert; nunmehr wurden ausschließlich Einzelzimmer vorgehalten, weiterhin auf zwei Etagen (vgl. Abb. 5). Zwei Fachkräfte je Schicht begleiteten nun einundzwanzig Bewohnerinnen. Sie wurden von zwei weiteren Kräften (nach heutiger Nomenklatur des BTHG „anderes Personal“, § 124 Abs.2 SGB IX) unterstützt. Gearbeitet wurde gezwungenermaßen zunehmend „etagenübergreifend“. Eine verbleibende Teamleitung war (wie bis 2008 die „Hausleitung“) zuständig für die Organisation der Einrichtung.

Abb. 5



Innerhalb von knapp 15 Jahren hatte sich die Einrichtung stark verändert:

Abb. 6

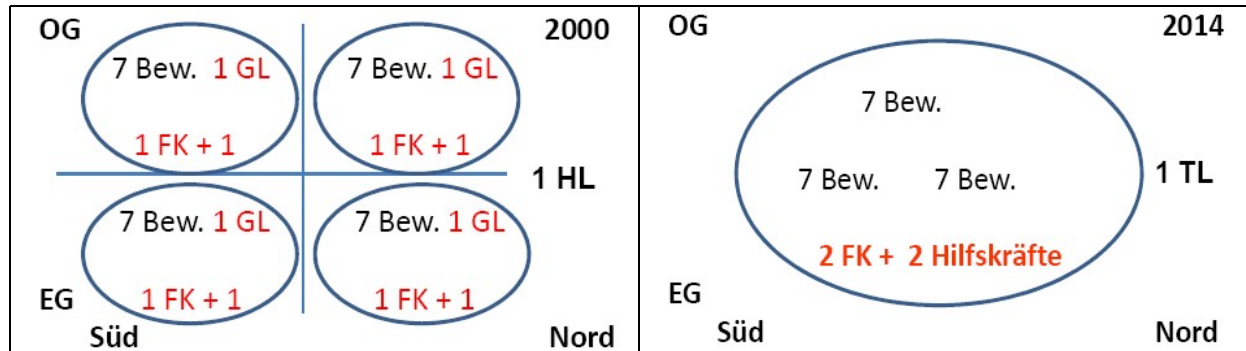


Der Reduzierung um sieben Plätze stand bis 2014 eine zunehmende Betreuungsintensität der Bewohner*innen gegenüber. Aus vier kleinen war eine große Wohngruppe über beide Etagen und die beiden Flügel geworden. Noch deutlicher waren die Veränderungen auf der Ebene des Personals: Aus vier Teams wurde eines. Statt zwölf im Dienst geplanten Mitarbeitenden, davon acht Fach- und vier Hilfskräfte zzgl. einer Hausleitung, bestand die Mindestbesetzung nun aus vier Mitarbeitenden je Schicht, davon zwei Fachkräfte. Die Führungskraft sprang als dritte Fachkraft nur noch im Notfall ein. Ein Puffer für Ausfälle war nach Angaben der Mitarbeitenden nicht mehr vorhanden, sodass bei Krankheit improvisiert wurde.



In der folgenden Abbildung ist diese Entwicklung noch einmal zusammengefasst:

Abb.7



Kein Kapital aus leeren Kassen

Es wird deutlich, dass die Entwicklung durch eine starke Reduzierung des Personals insbesondere in der Betreuung gekennzeichnet ist. Die Geschäftsführung reagierte auf die unzureichende Deckung der Kosten u.a. mit einer Kündigung der Leistungsverträge für diese und eine Reihe weiterer Einrichtungen, mit dem Ziel besserer Refinanzierungs- und damit Betreuungsbedingungen. Über Jahre waren Tarif- und Entgeltersteigerungen vom Kostenträger nicht vollständig refinanziert worden (LWL, 2015a, b). Es folgten zähe und langwierige Verhandlungen, während denen die politisch gewollte „Kostendämpfung“ an die Beschäftigten weitergegeben wurde.

Die Schwierigsten zuerst?

Die Tendenz zum „harten“ Kern“, die auch aus dieser Einrichtung berichtet wurde, ist ein weiterer Aspekt: Jantzen (1987) und Bradl (1990) prägten diesen Begriff für die nach der Psychiatrie-Enquête in den Psychiatrien verbliebenen Menschen mit geistiger Behinderung. Heute kennzeichnet er den Kreis der Personen, die wegen der Schwere ihrer Auffälligkeiten und Fähigkeitsstörungen nicht mit ambulanter Assistenz („kostengünstig“ wie alle anderen) inkludiert werden können. Diese Tendenz hat auch mit gesellschaftlichen Ausschlussprozessen zu tun. Mit der Umsetzung des BTHG ist zu befürchten, dass dieser „harte Kern“ zukünftig konzentriert in den „besonderen Wohnformen“ leben wird und die Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden dort weiter verschärft. Denn neu aus ihren Familien aufgenommen werden lediglich entsprechend „schwierige“ Menschen, sodass eine Konzentration von Problemen und Gewalt in den „besonderen Wohnformen“ zu befürchten ist.

Diese Befürchtung wird durch eine Analyse des Unfallgeschehens im Unternehmen mit mehr als 4500 Beschäftigten bestätigt. Der Anteil von Gewaltvorfällen an den Unfallanzeigen hat insgesamt deutlich zugenommen und macht regelmäßig mehr als ein Drittel aller Unfallanzeigen aus. Abbildung 8 zeigt die Entwicklung von Unfallanzeigen aufgrund Gewaltereignissen (van Lessen, 2019). Inzwischen hat sich der hier dargestellte Trend auf hohem Niveau stabilisiert.



Abb. 8

Jahr	Unfallmeldungen insges.	Insgesamt Gewalt	davon schwer	davon sehr schwer
2011	45*	26	14	5
2012	124	39	25	5
2013	162	41*	33	6

Gute Ansätze, fatal gewendet

In den letzten Jahrzehnten hat die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen sehr viele fortschrittliche Entwicklungen, etwa hinsichtlich Selbstbestimmung und Partizipation hervorgebracht. Meilensteine waren hier z.B. die Ergänzung des Artikel 3 Absatz 3 GG: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ im Jahr 1994. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von 2006 enthält für Selbstbestimmung und Partizipation entscheidende Elemente, auch wenn die englische Originalfassung nach Ansicht von Selbstbestimmt-Leben-Gruppen bei der Übersetzung in wichtigen Punkten verwässert wurde (Netzwerk Artikel 3, 2008). Auch muss die Frage erlaubt sein, ob Inklusion in einer ausgrenzenden Gesellschaft in Deutschland überhaupt möglich ist (vgl. Soltauer Initiative, 2012, Trunk, 2011, Wohlfahrt, 2018).

Aus unseren sozialpolitischen Forderungen: „Raus aus den Anstalten“ oder „Ambulant vor stationär“ ist die zunehmende Ambulantisierung aller Arbeitsformen in der Eingliederungshilfe geworden (oder sie wird es gerade): Weil die Kostenträger sie als Maßnahme zur Kostendämpfung entdeckt haben. Für die professionelle Betreuung ist dabei insgesamt klar, dass Kostendämpfung und Einsparungen im Gesundheits- und Sozialwesen bei mindestens 75 % Personalkosten immer Reduzierung von Personal, mehr Hilfskräfte und Einsparungen beim Gehalt heißen.

Gesundheit als Ware

Die berichtete Reduzierung des Personals bei gleichzeitig zunehmend schwieriger Klientel ist das Ergebnis weiterer politischer Entscheidungen in den letzten fünfundzwanzig Jahren: seit dieser Zeit werden Marktmechanismen im Gesundheits- und Sozialwesen angewendet. Insgesamt betrachtet ist eine neoliberale Interpretation des Staates seit 40 Jahren ideologische Grundlage fast aller politischer Betätigungsfelder.

Vertreter des Neoliberalismus propagieren die These, dass der Staat insgesamt eine möglichst geringe Rolle spielen sollte, um den Markt nicht zu stören².

In dieser Ideologie werden Menschen und Staat auf profitrelevante Teilnehmer reduziert. Entscheidende Politikerinnen bei der Etablierung markliberaler Vorstellungen waren Magret Thatcher in England ab 1979 sowie Ronald Reagan ab 1981. Reagan formulierte dies kurz und knapp: "Der Staat ist nicht die Lösung, der Staat ist das Problem."

In Deutschland begann diese Entwicklung 1982 mit der Aufkündigung der sozialliberalen Koalition und dem politischen Schwenk der FDP zur CDU, die damals das Bürgerrechtliche durch das Wirtschaftsliberale ersetzte:

²Anmerkung in der aktuellen Corona-Pandemie: Dieselben Vertreter rufen aber in Krisenzeiten (wie auch in der „Banken-“ und Finanzkrise) in schöner Regelmäßigkeit nach dem Staat, der z.B. nach erfolgter Dividendenaus-schüttung durch Abwrackprämien die Autoindustrie retten soll.



Christian Janßen
Das Bundesteilhabegesetz -ein Beispiel angewandter Ökonomisierung der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen?!



**"Was wir brauchen,
ist eine geistig-moralische Wende"**

(Helmut Kohl, 1982).



10

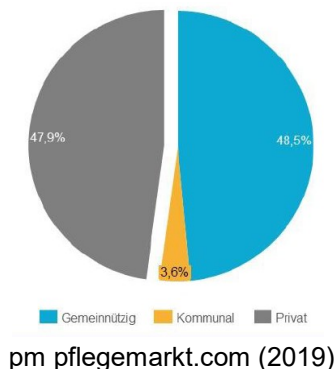
In der Regierungserklärung vom 4. Mai 1983 hatte Helmut Kohl formuliert: "Wir wollen nicht mehr Staat, sondern weniger. Weg von kollektiven Lasten, hin zur persönlichen Leistung; weg von verkrusteten Strukturen, hin zu mehr Beweglichkeit, Eigeninitiative und verstärkter Wettbewerbsfähigkeit". Diese bis heute als „alternativlos“ skizzierte systematische Veränderung des politischen Koordinatensystems hat bekanntlich extreme Folgen für die Einzelnen wie für die Gesellschaft. Stichworte dieser Politik sind z.B. immer wieder neue Investitionsanreize und steuerliche Entlastungen für Unternehmen, die Senkung (bzw. 1997 das Aussetzen) der Vermögenssteuern, bei gleichzeitiger Erhöhung der Mehrwertsteuer und der Beiträge für Renten- und Arbeitslosenversicherung oder die Kürzung von Krankenkassenleistungen (vgl. Rösler, 2012). Mit den Kanzlerschaften Kohl, Schröder und Merkel ging auch die Verbesserung der „Arbeitsbedingungen“ für Investoren einher. Versicherungsunternehmen profitierten von der notwendigen privaten Absicherung für Krankheit, Rente und Pflege. Investmentgesellschaften nutzten Kollateralschäden an den Börsen. Zur Jahrtausendwende ersetzte der "aktivierende Sozialstaat" mit „Hartz IV“ die bisherige solidarische Version eines aktiven Sozialstaats.

Vor etwa 25 Jahren ist diese Politik schließlich auch auf den Gesundheits- und Sozialbereich ausgeweitet worden und umfasste verschiedene „Reformen“ in der Gesundheitsversorgung (Gerlinger & Schönwälder, 2012). „Private Equity“ gibt es z.B. dem Sinn nach auch im Sozialbereich. Damit ist das Prinzip der „privatwirtschaftlich-staatlichen Zusammenarbeit“ gemeint mit dem Ergebnis (oder eher dem politischen Ziel), „Gewinne werden privatisiert und Verluste sozialisiert“ (ag du bist bertelsmann, 2009): Private Unternehmen und Investoren breiten sich im Altenpflegesektor oder im Krankenhausbereich aus und nutzen staatliche Zuschüsse, Fallpauschalen oder Pflegesätze für ihre Renditeversprechungen gegenüber ihren Investoren.

In der Altenhilfe werden bereits etwa die Hälfte der Einrichtungen privat geführt:



Abb. 9



In der Altenhilfe wird bereits etwa die Hälfte der Einrichtungen privat geführt. Investoren bestimmen inzwischen in manchen Bundesländern auch über den größten Teil der stationären Gesundheitsversorgung (Bundesärztekammer, 2007). Gewerkschaften sprechen von „Rosinenpickerei“, wenn dabei nur lukrative Bereiche übernommen werden. Defizitäre Bereiche sollen gerne öffentlich-rechtlich oder konfessionell fortgeführt werden. Alternativ wird durch die Privaten nur eine „Not“-Versorgung in diesen Bereichen gewährleistet. In durch Privatisierung betroffenen Gesundheitsbereichen zeigen sich personalbezogen häufig die gleichen Probleme: Lohndumping durch Tariffucht bei gleichzeitiger Personalreduzierung und Störung der gesetzlichen Mitbestimmung (ver.di, 2012).

Eingliederungshilfe in Not seit 25 Jahren

In der Eingliederungshilfe ist es die Politik, die über ihre Kostenträger leere Kassen oder die Schuldenbremse für sich reklamiert. Dabei ist das Ende des Kostendeckungsprinzips 1995 entscheidend, denn es läutete in der Eingliederungshilfe die Phase der Ökonomisierung und Vermarktlichung ein. Damit endete die Zeit, in der die Kostenträger den Einrichtungen allein Rechnung gestellten Kosten erstatteten.

Die Folgen dieser Markt- und Wettbewerbsorientierung in sozialen Arbeitsfeldern besteht in zunehmenden Refinanzierungsproblemen sowie einer Verschlechterung des Betreuungsschlüssels und daraus folgend auch der Arbeitsbedingungen.

In allen Bereichen der Pflege, Betreuung, Begleitung und auch in der Hilfe für sozial geschwächte Menschen ist dadurch ein nie für möglich gehaltener Arbeitsdruck mit den einhergehenden oben beschriebenen psychischen Belastungen in den Einrichtungen und Diensten entstanden (vgl. Angaben zu den AU-Zahlen oben).

Staatliche Kostenträger als Geldgeber und nachfolgend die Einrichtungen reagieren

- mit Tariffucht in einem Feld mit ohnehin geringer Tarifbindung (besonders ausgeprägt in der Altenpflege), aber auch
- mit der erwähnten Umdeutung sozialpolitischer Konzepte in neoliberale Richtung. Ambulant geht vor stationär – wenn es zur Kostendämpfung genutzt werden kann; anderenfalls gilt der Mehrkostenvorbehalt.

Das bedeutet die schon beschriebene Arbeitsverdichtung, aber auch die Zerfaserung von Teams dadurch, dass Kolleginnen und Kollegen nur noch als quasi-Ich-AG allein in der Begleitung arbeiten. Das heißt oft „indirekte Steuerung“ (Peters, 2010, 2016, Siemens, 2015): Beschäftigte übernehmen nun



Arbeitgeberfunktionen - sie planen und organisieren ihren Dienst wie auch ihre Krankheitsvertretung selbst, ohne dass eine Leitung handeln muss. Zur Not dokumentieren sie auch außerhalb der Arbeitszeit noch eben zu Hause und werden auf dem privaten Handy über What's app aus dem Frei geholt. Diese Kombination von Indirekter Steuerung und Digitalisierung ist neu.



pixabay

Wer sich nicht wehrt...

Mit dem Bielefelder-Appell (Janßen, 2015a, b; Zechert, 2012) haben bereits 2012 25 Betriebsräte und Mitarbeitendenvertretungen in der „Hauptstadt der Diakonie“ darauf reagiert, die beschriebene Entwicklung dargestellt und gewarnt: Krankenstände in sozialen Arbeitsfeldern haben Höchstwerte erreicht, die Personalschlüssel und Gehälter dagegen - relativ gesehen - Tiefstwerte. Wir fahren die soziale Arbeit – Begleitung, Betreuung und Pflege – mit hoher Geschwindigkeit an die Wand. Der Bielefelder Appell wurde von den Dachorganisationen von mehr als 2.000 MAV'en unterschrieben, die nach eigenen Angaben etwa 440.000 Beschäftigte v.a. in diakonischen und Einrichtungen der Caritas vertreten.

In der Corona-Pandemie hat der Bielefelder Appell 2020 darauf aufmerksam gemacht, dass Klatschen vom Balkon und Schokolade für die Teams ergänzt werden müssen durch anständige Gehälter, Personalmindeststandards und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die insgesamt den Wert sozialer Arbeit widerspiegeln müssen (dazu auch Janßen 2015c).

Was hat das alles mit dem BTHG zu tun?

Sozialpolitisch ist die Vorgeschichte des BTHG durch eine Stärkung der Menschen mit Behinderung gekennzeichnet - auch wenn das immer noch nicht ausreicht. Das BTHG ist so formuliert, dass es sich konstruktiv sowohl zur Entspannung in den Einrichtungen wie auch zur Mitarbeitengewinnung nutzen ließe - denn auch ein anständiger Tarif darf jetzt nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden (§ 124 Abs. 1 SGB IX).

Wichtig ist zunächst der grundlegend zweifache Systemwechsel in der stationären Arbeit:

- es erfolgt die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe durch Trennung der existenzsichernden Leistungen (HLU über Grundsicherung) von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe.
- Das BTHG unterscheidet zukünftig darüber hinaus nicht mehr zwischen ambulanter und stationärer Begleitung.

Damit ändert das BTHG die Situation vor allem für die Arbeit in den bisherigen stationären Einrichtungen, die nun „besondere Wohnformen“ heißen.



Das BTHG kann jedoch auch zur einer weiteren Markt- und Wettbewerbsorientierung, der Vermarktlichung sozialer Arbeit genutzt werden. Wie sonst lassen sich Formulierungen deuten wie:

- „Effizienzrendite“ (Bundesregierung, 2016b),
- die Wettbewerbsklausel über einen externen Vergleich mit anderen Einrichtungen (in § 124 Abs.1 SGB IX). Über Benchmarking lassen sich gewünschte Konkurrenzen schaffen.
- Weitere Anhaltspunkte sind das in § 124 Abs.2 SGB IX aufgenommene „andere Personal“, das den zunehmenden Einsatz von Hilfskräften ermöglicht oder die Tatsache, dass
- „andere Leistungsanbieter“ - also private Unternehmen mit wenigen Auflagen durch die Behörden - für Arbeitsangebote von Menschen mit Behinderung hier erstmals im SGB IX auftauchen.

Das BTHG verstärkt mit einer Modularisierung eine kostentechnisch fraktionierte Zuwendung. Betreuung wird aufgespalten in einzelne Leistungspakete (Module), die von unterschiedlichen Personen oder Diensten erbracht werden. Eine Folge ist bereits heute zu beobachten: jeder Dienst hat nur noch sein konkretes Aufgabengebiet im Blick - aber nicht mehr den GANZEN Menschen. Verantwortung für die komplexen Lebenssituationen von Menschen lässt sich jedoch nicht fraktionieren und schadet Menschen, die gerade Probleme in Beziehungen zu Menschen aufweisen (Soltauer Initiative, 2018).

Das BTHG gibt vor, die Situation von Menschen mit Behinderung zu verbessern.

Wenn das zweite Ziel jedoch heißt „keine neue Ausgabendynamik“ (vgl. auch Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015, S.4) und eine „effizientere Leistungserbringung“ (Bundesregierung, 2016b, S.3), dann geraten insbesondere Menschen mit Mehrfachbehinderung oder schweren psychischen Störungen leicht aus dem Blick.

Die möglichen Auswirkungen auf die Mitarbeitenden sind dabei nicht positiv. Mechanismen der Ökonomisierung unterstützen die Dequalifizierung der Arbeit mit Hilfskräften, Teilzeitverträgen, Befristungen und Leiharbeit sowie Niedriglöhnen. Bürokratisierung reduziert systematisch die Empathie in menschlichen Beziehungen. Die Orientierung an Effizienzmaximierung, die verordnete Standardisierung und Quantifizierung von Hilfeprozessen und deren differenzierte Dokumentation spitzen die Lage zu. Mitarbeitende sehen sich jetzt schon einem rigorosen Effizienzdruck ausgesetzt, der einer ethischen Grundhaltung in der Betreuung widerspricht.

Verräterische Sprache

Neoliberale Vorgaben in sozialen Arbeitsfeldern finden seit langem ihr Pendant in der Sprache und unterhöhlen Mitmenschlichkeit und Mitgefühl zusätzlich: Mit Begriffen aus der Ökonomie wie „Kunde“, „Produkt“, „Leistungspaket“, „multidimensionale Zielvereinbarung“, „Ablaufoptimierung“ oder „Outcome“ wird das Wesentliche sozialer, kommunikativer Arbeit verdeckt. Als Adjektive taucht neoliberale Sprache z.B. in den Worten wie „hocheffizient“, „passgenau“ oder „zielorientiert“ auf.

Im BTHG finden sich genau diese Begrifflichkeiten: „Effizienzrendite“, „externer Vergleich als Benchmarking“, „Wirkungskontrolle“ oder „Modul“.

Und wenn neoliberal gesprochen wird, ist verinnerlichtes neoliberales Denken und Handeln nicht weit. Das sollten wir uns als Arbeiterinnen mit den Menschen immer vor Augen halten. Daseinsvorsorge darf nicht ökonomisiert bleiben, sonst geht die Mit-Menschlichkeit ganz zugrunde.



Christian Janßen
Das Bundesteilhabegesetz -ein Beispiel angewandter Ökonomisierung der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen?!

Christian Janßen, Dipl. Psychologe, PP
Vorsitzender der Gesamt-Mitarbeitendenvertretung in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld
E-Mail: info@sivus-online.de

Weitere Links unter

<https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/behindertenhilfe/++co++5c9d2bcc-d854-11e9-9903-001a4a160100>[12.8.2020]

http://www.sivus-online.de/2012-08-22_Bielefelder_Appell.pdf[12.8.2020]

oder www.soltauer-impulse.culturebase.org

Literatur unter: www.sivus.net.de