



## Quo vadis Behindertenhilfe?

### Neue Anforderungen und der Trend zur Ökonomisierung in der Behindertenhilfe

Christian Janßen

Überarbeitung des Vortrags auf Tagung der ver.di-BFK-Behindertenhilfe:

“... dass nichts bleibt, wie es war!” - Veränderungen in der Arbeitswelt der Behindertenhilfe im Zuge neuer gesetzlicher Regelungen, Weimar, 12.9.2019

The slide is a composite image with several elements:

- Top left: A clock face with silhouettes of people running around it.
- Top right: A spiral logo.
- Center: A graph titled "Stresskurve (typischer Verlauf)". The y-axis is labeled "Stressreaktion" and the x-axis is "Zeit". The curve shows three phases: "Stressreaktion", "Resistenzphase", and "Erschöpfung". A horizontal dashed line represents "Normales Widerstandsniveau".
- Right of the graph: An illustration of a person with multiple arms.
- Bottom left: A photograph of a person in a wheelchair.
- Bottom right: A photograph of a person with their hands on their head, looking distressed.
- Text boxes:
  - „Heute hier ...
  - ... hab mich niemals beklagt, denn
  - ... morgen dort ...
  - ... es ist mir längst klar, dass nichts bleibt, wie es war.“
- Small number "2" in the bottom right corner.

Bildquellen: pixabay, Text: Hannes Wader

## Veränderungen in der Arbeit der Behindertenhilfe: Woher kommt es - Wohin geht es (wahrscheinlich) ...?

Das sind drei Stränge:

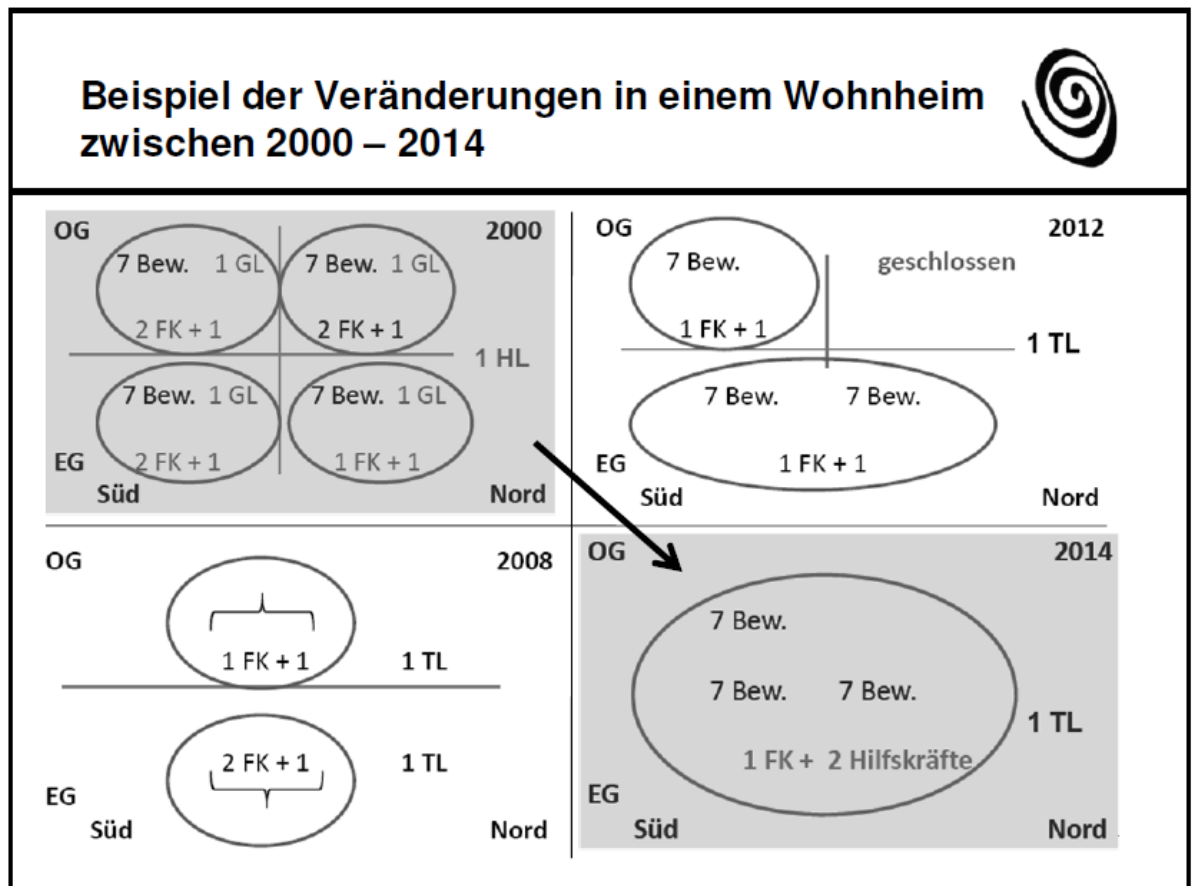
1. Veränderungen in der Arbeit.  
Wie sieht es praktisch aus: vor 20 Jahren und heute
  2. Worauf fußen diese Veränderungen in der Arbeit?  
Das sind Politische Rahmenbedingungen und die gesellschaftspolitische Anerkennung sozialer Arbeit.
  3. möchte ich kurz die Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen anreißen.  
BSHG, UN-BRK und das BTHG  
Was machen die politischen Rahmenbedingungen und Begriffe aus dem BTHG wie Effizienzrendite oder Wettbewerbsklausel dabei mit uns?
- und
4. Forderungen für die Umsetzung des BTHG



### 1. Wie hat sich unsere Arbeit bereits verändert:

Zwei Beispiele sollen die Veränderungen in den Arbeitsbedingungen in Verbindung mit einer Arbeitsverdichtung in der stationären und ambulanten Arbeit verdeutlichen.

1. 28er Einrichtung für Menschen mit Epilepsie jetzt mit Verhaltensauffälligkeiten links oben (2000), darunter 2008 und dann rechts oben 2012 nach re unten  
Es gibt zwei Etagen und einen Nord- und einen Südflügel



Der Vergleich zwischen 2000 und 2014 zeigt die Veränderungen in der stationären Arbeit:

#### li oben - 2000:

Die Einrichtung war in vier Gruppen mit je sieben betreuten Menschen aufgeteilt, es gab eine Hausleitung (die für die Verwaltung zuständig war), 4 Gruppenleitungen, die im Dienst mitarbeiteten sowie 10 Mitarbeitende im Dienst, davon 6 Fachkräfte.

#### re unten - 2014:

Nach knapp 15 Jahren gab es im Haus eine große Gruppe über die zwei Etagen und in den zwei Flügeln, mit Teamleitung (die für die Verwaltung zuständig war), im Rahmendienstplan waren drei Mitarbeitenden, davon eine Fachkraft (außer bei Ausfällen wie Krankheit, Urlaub - dann arbeitete man ohne Rahmendienstplan (so waren die Äußerungen aus dem Team).



2. Das Beispiel eines ambulanten Dienstes in der psychiatrischen Arbeit, d.h. für Menschen mit einer Störung der Beziehung zu anderen (2005 und 2017) soll dabei die Veränderung verdeutlichen: „Von persönlicher Begleitung zu unabhängig voneinander arbeitenden Diensten/Personen“.

Während die Arbeit 2005 aus einem überschaubaren gemeinsamen Team bestand, in dem nach dem Bezugspersonensystem gearbeitet und die Informationen im Team kontinuierlich ausgetauscht wurden - ergänzt ggfs. um eine Hauswirtschaftskraft und/oder Zivildienstleistenden, hatte sich die Arbeitsstruktur nach Beschreibungen von Mitarbeitenden 2017 komplett verändert:

1. Alltagsbegleitung: „Bezugsmitarbeitende“
2. Präsenzdienst / Mitteldienst
3. Zusätzlich FSJ / BuFDi bzw. „Co-Betreuer“ oder andere gering bezahlte Hilfskräfte

#### **Und zusätzlich**

als Ergebnis von Kürzungen, die in einem geringeren Stamm an festem Personal bestanden:

4. ggf. Hauswirtschaftshilfe intern oder extern (die Bezugsmitarbeiterin ist dafür zu teuer)
5. Fahrdienst zur WfbM (aufgrund der inzwischen eingeschränkteren Menschen in ambulanter Begleitung)
6. ggf. Pflegedienst / MSD (Mobiler Sozialer Dienst, inkl. Medikamentenausgabe)
7. ggf. Hausmeister (Installationen, Reparaturen)
8. Hilfeplanerin
- und 9. bis 16. jeweils die Vertretungen dieser Funktionen bei Krankheit/Urlaub etc:

Das sind WIR im ambulanten wie zukünftig im stationären Bereich:

***„Heute hier morgen dort, bin kaum da, muss ich fort“ (Hannes Wader)***

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 Kostendämpfungsmaßnahme entdeckt haben.



Und jetzt dreht sich das Bild:

### Krankentage ausgewählter Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen (2009)



Quelle: BKK-Gesundheitsbericht 2010, S.94

	Krankenpflegeberufe	Altenpflegeberufe	Pflegeberufe Gesamt	Berufstätige Gesamt
Krankenstand	6,02 %	6,94 %	6,29 %	4,09 %
AU-Tage je Fall	16,1	18,1	16,7	12,3

Quelle: TKK-Gesundheitsreport, 2019, S.25

+ 50 % zu allen Berufstätigen

Krankenstände, die höher sind, als in anderen Branchen oder im Durchschnitt der Versicherten in Deutschland.

Krankenstände, die ermüden, weil seit 20 Jahren der Arbeitsdruck zunimmt und das Personal gekürzt wird.

Die differenzierten Daten von der BKK für Krankenpflege, Helfer und Sozialarbeiter sind aus der Erhebung von 2009, eine Aktualisierung der differenzierten Zahlen ist mir nicht bekannt. Die Daten der Techniker KK aus 2018 für die Altenpflege bestätigen den Grundsatz, dass Pflege, Betreuung und Begleitung einen deutlich höheren Krankenstand und Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnen als die Branche Gesundheits- und Sozialwesen bzw. der Durchschnitt aller Versicherten: Aus den Zahlen geht hervor, dass Krankenpflegehelferinnen (22,9 AU-Tage) 2009 im Vergleich zur Branche (14,5 AU-Tage) mehr als 50% länger arbeitsunfähig waren, die Zahlen des TKK-Gesundheitsreport zeigen 2018 eine gleiche Erhöhung beim Krankenstand der Krankenpflegeberufe (vgl. Janßen, 2015b).

#### Warum ist das eigentlich so?

Da stellen wir uns mal ganz dumm,  
und kommen

neben der Tatsache, dass das „Sich kümmern“,  
also Pflege, Betreuung und Begleitung traditionell Frauenarbeit ist,

... auf die Politik



## 2. Politik

„Bin auf meinem Weg - schon so lang“ (Hannes Wader)



Halle, 10.5.1991. dpa

Die Politik: ist „auf ihrem Weg - schon so lang“ - **auf dem neoliberalen Weg.**  
Seit über 20 Jahre werden Marktmechanismen im Gesundheits- und Sozialwesen angewendet.  
Insgesamt betrachtet hat die neoliberale Interpretation des Staates vor 40 Jahren die große  
weltpolitische Bühne erobert.

Das fängt aktuell an bei Angela Merkel  
geht über Gerhard Schröder  
zurück zu Helmut Kohl.



9

Das sind die Politiker, die die „Ökonomisierung“, die „Vermarktlichung“ aller wirtschaftlich  
verwertbaren menschlichen Regungen mit Erfolg vorangetrieben und durchgesetzt haben:  
Margret Thatcher, Premierministerin in England ab 1979,  
sie privatisierte staatliche Unternehmen und zerschlug die Gewerkschaften in  
England und  
Ronald Reagan: 1981-1989 Präsident der USA, ehemaliger Schauspieler.



### Was heißt eigentlich Neoliberalismus?

Neoliberalismus als Staatstheorie bedeutet einen Staatsreduktionismus: Der Staat soll eine möglichst geringe Rolle spielen, um den Markt nicht zu stören. Dabei werden Menschen und Staat auf profitrelevante Teilnehmer reduziert (namhafte Vertreter waren/sind z.B. Milton Friedmann oder Friedrich August von Hayek).

Ronald Reagan sagte dazu "Der Staat ist nicht die Lösung, der Staat ist das Problem"

Diese Losung lautet heute immer noch so, wenn ihr in den Nachrichten Politiker zu irgendeinem Thema sprechen hört.

In Deutschland begann diese Entwicklung 1982:

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

*(Helmut Kohl, 1982).*

10

Ein roter - neoliberaler - Faden zieht sich als dickes Tau seitdem bis heute durch Deutschland, eine systematische Veränderung des politischen Koordinatensystems mit extremen Folgen für die Einzelnen wie für die Gesellschaft bis heute.

Die "geistig-moralische Wende" bedeutete ab 1983 Gutes nur für Unternehmen.

In der Regierungserklärung vom 4. Mai 1983 formulierte Kohl:

*"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"*

Das könnten auch heute die meisten deutschen Politiker so formulieren.

Auf der einen Seite

hieÙ das immer neue Investitionsanreize, steuerliche Entlastungen und verbesserte Ertragschancen für Unternehmen, ebenso die Senkung (bzw. 1997 das Aussetzen) der Vermögenssteuern



begleitet von einer "Atempause" in der Sozialpolitik, der Lockerung des Kündigungsschutzes oder (seitens der Gewerkschaften) der Verzicht auf die Weiterentwicklung der Mitbestimmung. Gleichzeitig wurden z.B. die Erhöhung der Mehrwertsteuer, der Beiträge für Renten- und Arbeitslosenversicherung oder Leistungskürzungen bei den Krankenkassen beschlossen (vgl. Rösler, 2012).

Das war eine Abkehr von den bisherigen staatlichen Regulierungsmaßnahmen in der bundesdeutschen Sozialen Marktwirtschaft und der „Sozialpartnerschaft“.

Die folgenden Regierungen - ob rot-grün, schwarz-gelb oder schwarz-rot - blieben seitdem auf neoliberalem Kurs.

„Reformmaßnahmen“ - so heißen ja seit langem soziale Verschlechterungen - der Regierungen von Kohl, Schröder und Merkel seit 1990 sind Stichworte des Neoliberalismus in vielen Bereichen unseres Alltagslebens:

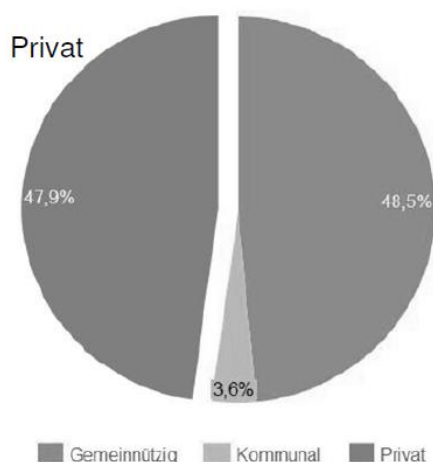
- Versicherungsunternehmen profitieren von privaten Zusatzversicherungen für Krankheit, Rente und der Teilkasko bei der Pflege, für die es sich leisten (können)
- Der "aktivierende Sozialstaat" ersetzt Solidarität das war das Ende des bisherigen, aktiven Sozialstaats.
- 1999 kam Hartz IV:  
Das großgedruckte Fordern und das kleingedruckte Fördern.

Vor etwa 25 Jahren ist diese Politik schließlich auch auf den Gesundheits- und Sozialbereich ausgeweitet worden. Die Etappen von „Reformen“ im Bereich der Gesundheitsversorgung finden sich bei Gerlinger & Schönwälder (2012).

„Private Equity“ gibt es z.B. dem Sinn nach auch im Sozialbereich - damit meine ich das Prinzip der „privatwirtschaftlich-staatlichen Zusammenarbeit mit dem Ergebnis (oder eher dem politischen Ziel) - „Gewinne werden privatisiert und Verluste sozialisiert“:

private Unternehmen und Investoren breiten sich im Altenpflegesektor oder im Krankenhausbereich aus und nutzen staatliche Zuschüsse, Fallpauschalen oder Pflegesätze für ihre Versprechungen zur Renditeausschüttung gegenüber ihren Investoren.

Im Altenhilfebereich sind bereits annähernd die Hälfte der Einrichtungen privat geführt:



Quelle: pm pflegemarkt.com (2019)



Investoren bestimmen inzwischen in manchen Bundesländern auch über den größten Teil der stationären Gesundheitsversorgung: das sind private Krankenhauskonzerne wie z.B. Fresenius, Rhön- und Aneos-Kliniken oder Asklepios.  
Oft ist das eine „Rosinenpickerei“: Nur lukrative Bereiche werden z.B. übernommen, defizitäre Bereiche sollen die öffentlich-rechtlichen oder konfessionellen Träger behalten oder es wird nur eine „Not“-Versorgung in diesen Bereichen übernommen.

In der Eingliederungshilfe sind Investoren bislang **noch** nicht in nennenswertem Umfang aktiv, da ist es die Politik, die über ihre Kostenträger, die leere Kassen oder Schuldenbremse für sich reklamieren, um Kostensenkungen durchzusetzen. Dabei ist das Ende des Bedarfsdeckungsprinzips 1995 entscheidend, das es läutete in der Eingliederungshilfe die Phase einer Ökonomisierung und Vermarktlichung ein. Klammere Kommunen - zumindest für NRW gilt die Rechnung so - versuchen das Geld beisammen zu halten, das ihnen durch die bundespolitischen Steuer-Entscheidungen genommen wurde. Mit den Vorstellungen der Bundesländer und Bundesregierung zur Veränderung der Eingliederungshilfe im Vorfeld des BTHG (Zinke, 2013) hatten sie ab 2008 ein neues Maß erreicht. Diese Vorstellungen, die z.T. den Referentenentwurf zum BTHG spiegelten (Bundesregierung, 2016a), wurden jedoch durch den Widerstand der Organisationen der Menschen mit Behinderungen, der Verbände der Einrichtungen und den Gewerkschaften entschärft (z.B. in Bezug auf den § 99 SGB IX - Leistungsberechtigter Personenkreis).

Dabei ist insgesamt klar:  
Kostendämpfung und -einsparung im Gesundheits- und Sozialwesen heißt bei 70 % Personalkosten immer

- Reduzierung von Personal,
- mehr Hilfskräfte
- und Einsparungen beim Gehalt.

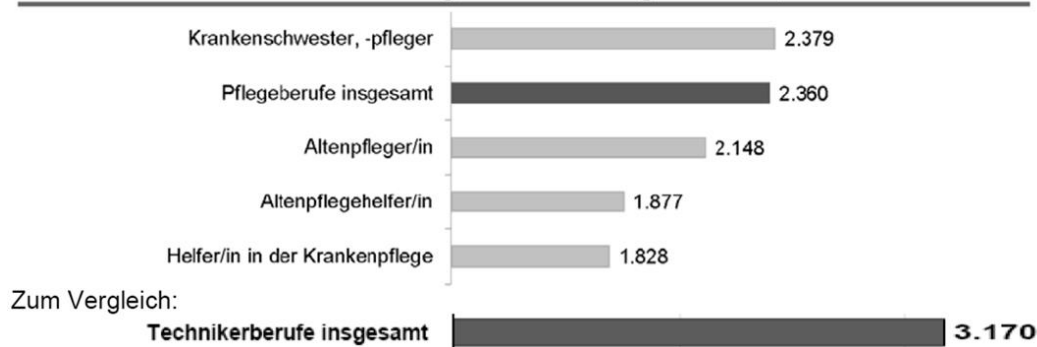
Die Folge in allen Bereichen der Pflege, Betreuung, Begleitung und auch in der Hilfe für sozial geschwächte Menschen ist ein enormer Arbeitsdruck mit einhergehenden psychischen Belastungen in den Einrichtungen und Diensten (vgl. Angaben zu den AU-Zahlen oben).

Die folgenden Zahlen zeigen auch den geringen Wert, der der Pflege, Betreuung und Pflege von der Gesellschaft entgegengebracht wird. Das Wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung hat einen Gehaltsvergleich für dreijährig Ausgebildete im Gesundheits-/Krankenpflegebereich und in der Industrie erstellt. Obwohl ein direkter Vergleich die tatsächlichen Zustände beispielsweise wegen der unterschiedlichen Tarifbindung unscharf macht, ist die Richtung eindeutig:





### Bruttomonatsverdienste in ausgewählten Pflegeberufen, in €



Quellen: Öz & Bispinck, 2009, S.1, Bispinck et. al., 2012, S.1

Dabei zeigt sich, dass Beschäftigte in Pflegeberufen von der Tarifbindung profitieren. In tarifgebundenen Betrieben lag 2012 ihr Monatseinkommen knapp 19 % über dem Gehalt ihrer Kolleginnen und Kollegen in nicht tarifgebundenen Betrieben (Bispinck et. al., 2012, S.3).

Die Folgen dieser Markt- und Wettbewerbsorientierung in unseren Arbeitsfeldern besteht in:

- a. zunehmenden Refinanzierungsproblemen der Einrichtungen und Dienste.
- b. Einer Verschlechterung des Personalschlüssels und daraus folgend auch der Arbeitsbedingungen und in
- c. zunehmenden Arbeitsbelastungen durch Arbeitsverdichtung.

Kostenträger und nachfolgend die Einrichtungen reagieren

- mit einer Tariffucht in einem Feld mit geringer Tarifbindung in der Eingliederungshilfe und Altenhilfe oder mit
- der erwähnten Umdeutung sozialpolitischer Konzepte in neoliberale Richtung: ambulant vor stationär - weil es zur Kostendämpfung genutzt werden kann.

Das bedeutet konkret z.B.:

- Zerfaserung von Teams:  
wir arbeiten immer mehr nur noch als Ich-AGs in der Begleitung
- Arbeitsverdichtung
- das heißt oft „Indirekte Steuerung“ (Peters, 2010, 2016, Siemens, 2015): ich plane und organisiere meinen Dienst, das Holen aus dem Frei oder meine Krankheitsvertretung selbst - zur Not auch außerhalb der Arbeitszeit.

Ich dokumentiere noch eben zuhause  
und werde auf dem privaten Handy aus dem Frei geholt.  
Das ist neu: die Kombination von Indirekter Steuerung und Digitalisierung.



Quelle: pixabay

Mit dem Bielefelder Appell (Janßen, 2015a, b, Zechert, 2012) haben 22 BR/MAVen zusammen 2012 darauf reagiert, die beschriebene Entwicklung dargestellt und gewarnt, dass wir gesellschaftlich die soziale Arbeit vor die Wand fahren.

### Bezugspunkte des Bundesteilhabegesetzes



- „Bielefelder Appell gegen die Ökonomisierung sozialer Arbeitsfelder“ von den 22 Interessenvertretungen aus Einrichtungen und Diensten in Bielefeld mit etwa 15.000 Mitarbeitenden (2012).
- Kurzform:  
Krankenstände in sozialen Arbeitsfeldern haben Höchstwerte erreicht, die Personalschlüssel und Gehälter dagegen - relativ gesehen - Tiefstwerte.
- Resümee:  
Wir fahren die soziale Arbeit – Begleitung, Betreuung und Pflege – mit hoher Geschwindigkeit an die Wand.
- Unterstützung von etwa 150 BR, MAVen, Verbänden und Organisationen, darunter die Dachorganisationen von etwa 2000 MAV'en, 16

Jetzt haben wir - „plötzlich“ - den FK-Mangel. Keine/r will mehr in der Betreuung und Pflege arbeiten. Die aktuellen politischen Maßnahmen sind Aktionismus und Alibi. Sie zeigen offensichtlich auch wenig Wirkung.



Das BTHG ließe sich jedoch sowohl zu Entspannung in den Einrichtungen wie auch zur Mitarbeitengewinnung nutzen - denn auch ein anständiger Tarif darf gesetzlich nicht mehr als unwirtschaftlich ablehnt werden (§ 124 Abs. 1 SGB IX).

Aber wir (jede und jeder Einzelne) reagieren auf die Ökonomisierung auch mit einer Veränderung unseres Verhaltens und unserer Sprache:

Die Denk-Zettel der Soltauer Initiative (2013, 2018) machen auf eine weitere gravierende Folge der Markt- und Wettbewerbsorientierung - einer Vermarktlichung - sozialer Arbeit aufmerksam: Mechanismen der Ökonomisierung, Bürokratisierung und Standardisierung reduzieren systematisch die Empathie in menschlichen Beziehungen. Wir sehen uns jetzt schon einem rigorosen Effizienzdruck ausgesetzt, der einer vertretbaren ethischen Grundhaltung widerspricht.

Die Einführung von Befristungen, Leiharbeit, Orientierung an Effizienzmaximierung, die verordnete Standardisierung und Quantifizierung von Hilfeprozessen, sowie Niedriglöhne spitzen die Lage zu.

Neoliberale Vorgaben und Sprache unterhöheln Mitmenschlichkeit und Mitgefühl: Mit Begriffen aus der Ökonomie wird das Wesentliche sozialer, kommunikativer Arbeit verdeckt: Das sind Begriffe wie z.B. Kunde, Produkt, Leistungspaket, multidimensionale Zielvereinbarung, Ablaufoptimierung oder Outcome. Als Adjektive taucht neoliberale Sprache z.B. in den Worten wie hocheffizient, passgenau oder zielorientiert auf.


Im BTHG finden sich vergleichbare Begrifflichkeiten: Effizienzrendite, externer Vergleich als Benchmarking, Wirkungskontrolle oder Modul.

Der Schritt zu Entwertungen durch Sprache ist dabei schon getan. Wir hören das seit Jahrzehnten: z.B.: die ebenfalls von Helmut Kohl erfundene „Soziale Hängematte“ sowie Sozialtourismus, Rentnerschwemme, Humankapital, Entlassungsproduktivität, Ich-AG ...

Und wenn wir so sprechen, werden wir bald auch so denken, fühlen und handeln.

### 3. Was hat das alles mit dem BTHG zu tun?

Sozialpolitisch ist die Vorgeschichte des BTHG durch eine Stärkung der Menschen gekennzeichnet, die wir begleiten - auch wenn das immer noch nicht ausreicht.

<b>Bezugspunkte des Bundesteilhabegesetzes</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Öffnung der „Anstalten“ – Schließung der 20er Schlafsäle - Deinstitutionalisierung – Wohngruppenarbeit.</li><li>2. Normalisierungsprinzip – Integration – Inklusion.</li><li>3. Sozialpolitik Mitte der 70er bis Mittel 80er Jahre: - psychosoziales statt medizinisches Menschenbild - Ausweitung der Personalschlüssel - ambulant vor stationär.</li><li>4. Aktionen und Aktivitäten von Selbsthilfeorganisationen „people first“ und der Bundesvereinigung Lebenshilfe: „Wir sind Mensch zuerst!“</li><li>5. UN-Behindertenrechtskonvention</li></ol>	



## **Gesetzlich gab es folgende Veränderungen**

1961 - BSHG

Eingliederungshilfe war als Fürsorgeleistung im Rahmen der Sozialhilfe konzipiert. Ein Fortschritt war dabei der Rechtsanspruch auf die notwendigen Hilfen, das wurde zum ersten Mal so formuliert.

1995 - Das Ende des Bedarfsdeckungsprinzips machte die Verhandlung prospektiver Leistungsverträge notwendig.

2001 - grundlegende Überarbeitung des BSHG

Bei der Eingliederungshilfe wurde nun der Vorbehalt stärker in den Vordergrund gestellt: Hilfen im Rahmen des wirtschaftlich Vertretbaren

Eine Hoffnung war 2006 - die UN-Behindertenrechtskonvention, sie schuf für die Politik die Notwendigkeit,

- a. die Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe – dem Fürsorgesystem – zu lösen und
- b. Inklusion, Teilhabe auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen und Selbstbestimmt Leben gesetzlich zu verankern (nach der Schattenübersetzung des Netzwerk Artikel 3 formuliert)

Im Bildungsbereich sehen wir jedoch das Ergebnis: spitz formuliert zeigt die Umsetzung der UN-BRK im deutschen Bildungssektor: Schließung der Förderschulen und Inklusion der Schülerinnen in Regelschulen – ohne das pädagogische Fachleute eingestellt werden, die eine individuelle Begleitung garantieren.

2016 - bringt das BTHG einen grundlegenden Systemwechsel

Stationäre Arbeit (jetzt in „besonderen Wohnformen“) wie im ambulanten Dienst.

Das BTHG stellt dabei einen zweifachen Systemwechsel dar,

- es erfolgt die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe durch Trennung der existenzsichernden Leistungen (HLU über Grundsicherung, zuständig in NRW: Kommunen), von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe.
- es unterscheidet zukünftig nicht mehr zwischen ambulanter und stationärer Betreuung / Begleitung (zuständig in NRW: Landschaftsverbände LWL, LVR)

Damit ändert das BTHG die Situation v.a für die Arbeit in den bisherigen stationären Einrichtungen, die zukünftig als „besondere Wohnformen“ bezeichnet werden.

Im BTHG sind Begriffe genannt wie sie z.T. bereits oben als Folge der Markt- und Wettbewerbsorientierung - Vermarktlichung - sozialer Arbeit genannt:

- Effizienzrendite (Bundesregierung, 2016b),
- eine Wettbewerbsklausel über den externen Vergleich mit anderen (in § 124 Abs.1 SGB IX)
- (das Benchmarking schafft die gewünschte Konkurrenz), oder
- „Anderes Personal“ (in § 124 Abs.2 SGB IX)
- Tariftreueregelung (§ 124 Abs.1 SGB IX)
- andere Leistungsanbieter tauchen erstmals im BTHG auf - also private Unternehmen?

In den letzten 25 Jahren haben sich - politisch gewollt - neue Normen und Wertmaßstäbe eingeschlichen.



Von uns wird erwartet, uns nicht emotional auf Klienten einzulassen, sondern ohne links und rechts zu gucken Betreuung zu leisten für die Kostenträger zu dokumentieren.

Auf der Ebene der Personalpolitik tragen


- Kürzungen von Mitarbeiterstellen
- oder die Vergrößerung von Verantwortungsbereichen (mein Beispiel oben) dazu bei, das Entstehen emotionaler Nähe zwischen Vorgesetzten und nachgeordneten Mitarbeitern zu verhüten. Das ist die Einstellung von Sozial-„Managern“.

Eine gefühlsbetonte Anteilnahme an unserer Basisarbeit ist ebenfalls nicht erwünscht.

In alldem liegt eine Verdinglichung der Menschen zugrunde und eine mehr oder minder verkappte Diffamierung von Empathie (Soltauer Initiative, 2018).

Dieser Trend, den das BTHG aus meiner Sicht mit der Modularisierung fortschreibt, wird dadurch verstärkt, dass Zuwendung kostentechnisch fraktioniert wird – wie im Beispiel des ambulanten Dienstes beschrieben – sie wird aufgespalten in einzelne Leistungspakete (Module), die von unterschiedlichen Personen oder Diensten erbracht werden, von denen jeder nur noch sein Aufgabenspektrum im Blick hat- und auch nicht im Blick haben soll!

Die Verantwortung für die komplexen Lebenssituationen von Menschen lässt sich jedoch nicht fraktionieren.

Ziele des Bundesteilhabegesetzes	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Verbesserung der Lebenssituation der Menschen mit Behinderungen</li><li>2. keine neue Ausgabendynamik im Bereich der Eingliederungshilfe<sup>1</sup></li><li>3. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention<sup>2</sup> und des Nationen Aktionsplans des Deutschen Bundestag</li><li>4. Herauslösen der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII (Sozialhilfe)</li></ol>	
<p>Quelle: 1 z.B. Albrecht, A. (2017), Lösekrug-Möller, G. (2016) 2 Vereinte Nationen (2006)</p>	20

Das BTHG gibt vor, die Situation von Menschen mit Behinderung zu verbessern. Wenn das zweite Ziel jedoch auch heißt, „keine neue Ausgabendynamik“ (vgl. auch Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015, S.4) und eine „effizientere Leistungserbringung“, dann geraten insbesondere Menschen mit schwerer und Mehrfachbehinderung oder schweren psychischen Störungen leicht aus dem Blick.



Es ist zu bezweifeln, ob das Ziel, die Rechtsposition von Menschen mit Behinderung zu stärken, erreicht werden kann, wenn nach wie vor analog zur industriellen Produktion „Produkte“ vereinbart werden, die sich in vertraglich abzuschließenden Zielvorgaben festschreiben lassen.

Es gibt inzwischen bereits wieder die Tendenz zum „harten“ Kern (von dem Christian Bradl in den Psychiatrien 1990 sprach) derjenigen Menschen mit Behinderung, die von der Nachbarschaft im Quartier nicht toleriert werden und in „besonderen Wohnformen“ bleiben müssen.

Ich glaubte bisher, diese Psychiatrie und Behindertenhilfe der siebziger Jahre würde nach 1990 nie mehr auferstehen. Aus meiner Sicht folgt das BTHG aber dem roten Faden des Neoliberalismus.

### Meine Forderungen in der Umsetzung des BTHG



- Mehr Zeit für Begleitung, Kommunikation und Beziehungsarbeit
- Herausnahme der Konkurrenz um die niedrigsten Löhne  
→ Anwendung eines Referenztarif – Vorschlag: TVÖD
- Personalmindeststandards zumindest in „besonderen Wohnformen“  
und Ausrichtung an qualitativen Kriterien statt an ökonomischen

Ziel: Einheitliche Grundlage für alle Einrichtungen und Dienste  
Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der  
Qualität der Arbeit

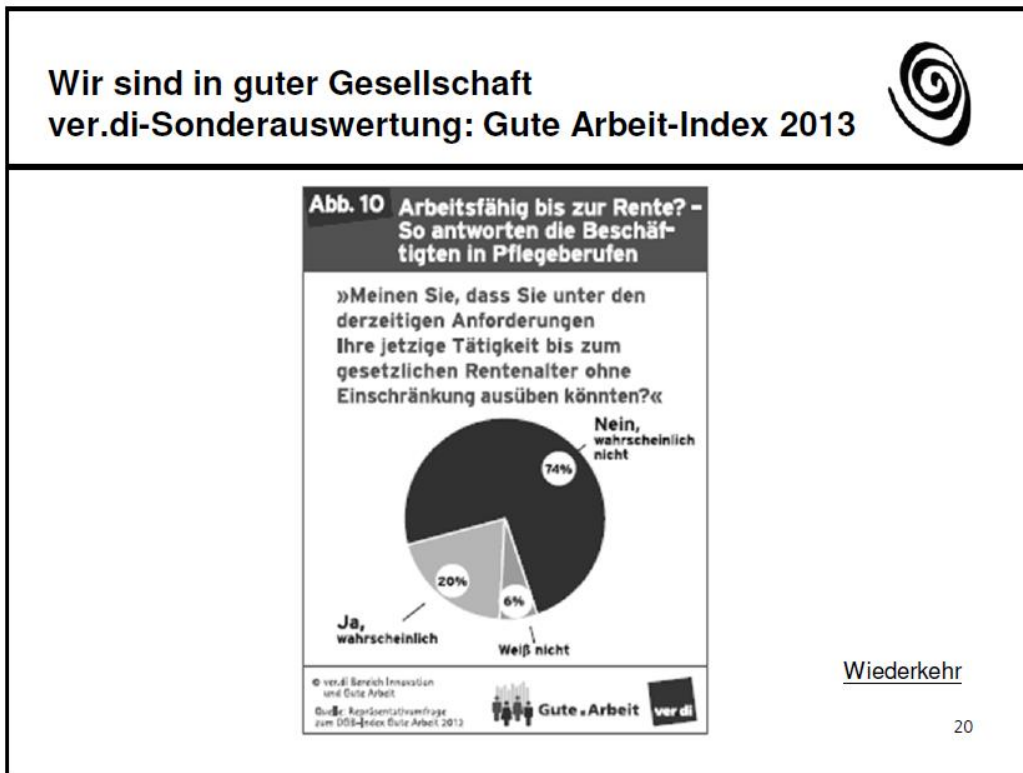
Damit in Verbindung steht bei 70 bis 80 % Personalkosten in Bezug auf § 124 Abs.1 SGB IX zum externen Vergleich

- die Verpflichtung der Einrichtungen, Gehälter in dieser Höhe zu zahlen
- die Überprüfung durch Kostenträger, dass dies wirklich geschieht.
- die Verpflichtung der Kostenträger, diese und Tariferhöhungen zu 100 % zu refinanzieren.

Die Forderungen ergänzen die „Göttinger Erklärung“ der ver.di-Bundesfachkommission Behindertenhilfe auf ihrer Tagung am 17.6.2016 (ver.di BFK Behindertenhilfe, 2016).



Dies alles dient dazu, dass sich zukünftig das folgende Befragungsergebnis nicht mehr wiederholt:



Hannes Wader singt seit langer Zeit dazu:

**„Bin auf meinem Weg – ohne Wiederkehr“**

Damit soll Schluss sein ...

Christian Janßen, Dipl. Psychologe, PP  
Vorsitzender der Gesamt-MAV der Stiftung Bethel in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld  
Karl-Siebold-Weg 9, 33617 Bielefeld  
E-Mail: [christian.janssen@bethel.de](mailto:christian.janssen@bethel.de)  
[www.sivus-online.de](http://www.sivus-online.de)

#### Literatur:

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.)  
Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz 10. Juli 2014 - 14. April 2015 - Abschlussbericht - Teil B, Bonn, 2015
- Bundesregierung (2016a)  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG), 22.6.2016
- Bundesregierung (2016b)  
Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 23.09.2016 zum Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung, BR-Drs. 428/16 (Beschluss), 10.10. 2016



## Bundesteilhabegesetz

Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23.12.2016, Bonn, Bundesgesetzblatt, 2016, Teil 1, Nr. 66, ausgegeben am 29.12.2016, S.3234-3340  
[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl116s3234.pdf%27%5D\\_1483555077627](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s3234.pdf%27%5D_1483555077627) [6.1.2017]

Gerlinger, Th. & Schönwälder, Th.

Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012, Bundeszentrale für politische Bildung, Berlin, 2012

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72974/etappen>

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

Viel Varianz - Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, Duisburg, 2015

Janßen, Chr. (2015a)

Wie viel sind uns Menschen wert? Banken und Autoindustrie werden gepöppelt. Für die Arbeit mit Menschen ist weniger Geld da. Das kann nicht sein, mahnt der Bielefelder Appell, Teil 6 der Publik-Forum-Serie Aktion Sozialwort 2013, Publik Forum, 2013, 15, 17

Janßen, Chr. (2015b)

Betriebsräte und Mitarbeitendenvertretungen als Akteure gegen die zunehmende Ökonomisierung in sozialen Arbeitsfeldern - Das Beispiel des Bielefelder Appells, In: Müller, C., Mührel, E. & Birgmeier, B. (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle? Analysen und Alternativen, Frankfurt, VS Verlag, 2015; S. 245-276

Janßen, Chr. (2015b)

Geld ist genug da – es muss nur anders verteilt werden! Der »Bielefelder Appell« – Forderungen zur Aufwertung sozialer Arbeitsfelder, Soziale Psychiatrie, 2015, 4, 24-26

Janßen, Chr. (2017a)

*Einschätzungen zu den Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes und der Pflegestärkungsgesetze auf die Arbeitssituation von Beschäftigten in der Behindertenhilfe: Teil I Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes; Beitrag D44-2017 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 05.10.2017*

<http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d44-2017/>

Janßen, Chr. (2017b)

Einschätzungen zu den Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes und der Pflegestärkungsgesetze auf die Arbeitssituation von Beschäftigten in der Behindertenhilfe – Teil II Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze, Bewertung und Fazit; Beitrag D45- 2017 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 06.10.2017.

<http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d45-2017/>

Kohl, H.

Regierungserklärung, Bonn, 4. Mai 1983

Paternoga, D., Schernus, R., Börner, H. & Heise, E.

Faktenblatt zum Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) – Langfassung. Attac. März 2013

Peters, Kl.

Wie Krokodile Vertrauen schaffen, Ein Vortrag über das neue Organisationsprinzip der Unternehmen, 2010

<http://www.cogito-institut.de/Pages/Krokodil.aspx>

Peters, Kl.

Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung - KONSEQUENZEN NEUER MANAGEMENTMETHODEN FÜR PSYCHISCHE BELASTUNGEN UND DEN ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ; Vortrag auf der Tagung der BFK Behindertenhilfe zum BTHG, Göttingen, 24.6.2016

[6.1.2017]





- Rösler, J.  
Kanzler Kohls „geistig-moralische Wende von 1983 - der Beginn der neoliberalen Phase in der Geschichte der Bundesrepublik, Vortrag in der Historischen Kommission des Bundestags anlässlich des 30. Jahrestages der neoliberalen Wende in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, 16. Juni 2012  
<http://archiv2017.die-linke.de/partei/weitere-strukturen/berufene-gremien/historische-kommission/diskussionsbeitraege/kanzler-kohls-geistig-moralische-wende-von-1982-beginn-der-neoliberalen-phase-in-dergeschichte-der-bundesrepublik/>
- Siemens, St.  
Indirekte Steuerung von Gruppen, Neue Formen des Arbeitsdrucks, DGB-Gegenblende, 29.01.2015  
<http://gegenblende.dgb.de/++co++6d0f32ee-a7b1-11e4-9527-52540066f352>
- SoltauerInitiative  
Soltauer Denk-Zettel Nr. 4, Kopieren erwünscht!, Der Markt hat im Gesundheitswesen so viel zu suchen, wie der Wolf im Hühnerhof, Bielefeld März 2013
- Soltauer Initiative  
Soltauer Denk-Zettel Nr. 7, Kopieren erwünscht!, Gegen Gleichgültigkeit und Verrohung, Was geht hier vor?, Wo führt das hin?, Ausverkauf der Solidarität?, Bielefeld, April 2018 [8.8.2019]
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg., verdi, 2013)  
Arbeitsethos hoch, Arbeitshetze massiv, Bezahlung völlig unangemessen, Beschäftigte in Pflegeberufen - So beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen, Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit 2012, Berlin, 2013
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2016a)  
Ja zur Inklusion - Nein zum gesetzlich vorgeschriebenen Wettbewerb ohne ausreichende Sicherungen!, ver.di-Position zum § 124 SGB IX im Gesetzentwurf zum Bundesteilhabegesetz, 17.6.2016  
<https://www.streikrecht-ist-grundrecht.de/sites/mirror.streikrecht-ist-grundrecht.de/files/2016-11/ver%20di-Position-BTHG-Wettbewerbsklausel.pdf> [28.11.2016]
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bundesfachkommission Behindertenhilfe  
Göttinger Erklärung von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen in der Behindertenhilfe zum Bundesteilhabegesetz, Göttingen, 17.6.2016  
<https://gesundheit-soziales.verdi.de/branchen/behindertenhilfe/tagung-behindertenhilfe-2016/++co++ef621bc6-36d5-11e6-a65e-525400ed87ba> [28.11.2016]
- Vereinte Nationen  
„Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung“  
- UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen, 13. Dezember 2006, abgestimmte deutsche Übersetzung, 2006
- Zechert, Chr.  
Steigender Druck, sinkende Motivation. Bielefelder Beschäftigte in Pflege und sozialen Diensten schlagen Alarm, Psychosoziale Umschau, 2012, 4, 4-5
- Zinke, C.  
Öl oder Sand im Getriebe. Soziale Psychiatrie 2013, 2. 27-30