

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

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. Sie sind inzwischen vielfältig untersucht (z.B. Fischbach 2011; Klatt 2011; Hasselborn et al. 2002, 2004, 2005; Goesmann 2009, 2011; ver.di 2013; vgl. Janßen 2015b). Dabei ist die prekäre Situation in Krankenhäusern und der Altenpflege bereits Thema der öffentlichen Diskussion (z.B. Flintrop & Rabbata 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).

Die Krankentage im Gesundheits- und Sozialwesen sind seit 2009 gestiegen, von 14,5 auf 20,4 AU-Tage im Jahr 2018 (BKK 2010, 2019). Innerhalb der Branche waren 2009 Helferinnen um fast 60 Prozent (mehr als 8 AU-Tage), Krankenschwestern

um 15 Prozent (mehr als 2 AU-Tage) länger krankgeschrieben als der Durchschnitt. Seitdem hat die BKK ihre Auswertung für einzelne Pflege- und Betreuungsberufe nicht mehr differenziert. Verschiedene Kriterien wie z.B. psychische Erkrankungen sowohl in ambulanter wie stationärer Behandlung (insbesondere 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). Eine weitere 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.

Wie hat sich die Arbeit in der Eingliederungshilfe verändert?

Die dargestellten statistischen Angaben bleiben jedoch allgemein. Lassen sich Hinweise finden, die zwischen abstrakten politischen Entscheidungen (z.B. zu den Fallpauschalen oder des BTHG) und dem beobachteten individuellen Krankheitsgeschehen vermitteln helfen? Können Veränderungen in den Arbeitsbedingungen der stationären Arbeit die Zunahme der Arbeitsverdichtung konkret machen?

Das ist z.B. die Frage danach, wie sich die Personalsituation im Arbeitsfeld parallel zu politischen Entscheidungen verändert hat.

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 1970er 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. Eine Hausleitung (HL) war für Verwaltungsaufgaben zuständig. Das Dienstplanschema sah zwölf Mitarbeitende im Tagdienst vor, davon acht Fachkräfte (FK) und vier Hilfskräfte, einschließlich der vier Gruppenleitungen (GL).

Neue Konzepte – die Schere geht auf

Etwa fünf Jahre später war nur mehr eine Gruppenleitung für jede Etage zuständig, damit waren noch zehn Mitarbeitende im Dienst geplant. 2008 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 in der Gruppe mit. Im Obergeschoss waren noch eine, im Erdgeschoss zwei weitere Fachkräfte zusammen mit je einer unterstützenden Kraft für die Betreuung geplant – bei weiterhin 28 Plätzen nur noch sieben statt zehn Mitarbeitende, darunter zwei Hilfskräfte.

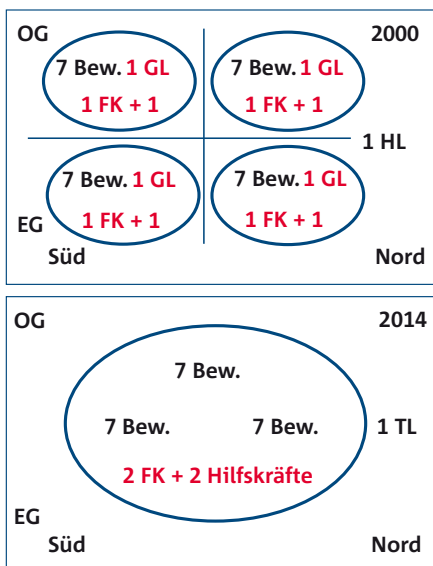


Abb. 1: Veränderungen in einem Wohnheim zwischen 2000 und 2014

Gleichzeitig hatte zudem auch ein Wandel in der Klientel eingesetzt. Im Unternehmen wurden Menschen mit Epilepsie nicht mehr überregional aufgenommen, dafür aber zunehmend Menschen mit geistiger Behinderung und starken Verhaltensauffälligkeiten. Zudem forcierte der Kostenträger die Maxime »ambulant vor stationär«, Menschen mit leichter Behinderung verließen die Einrichtung und wurden verstärkt ambulant betreut.

Verbesserte Wohnqualität – mit Folgen ...

In der Folgezeit wurde die Einrichtung von 28 auf 21 Plätze verkleinert; es wurden ausschließlich Einzelzimmer vorgehalten, weiterhin auf zwei Etagen. 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. (s. Abb. 1)

Der Reduzierung um sieben Plätze stand bis 2014 eine zunehmende Betreuungsintensität der Bewohner 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

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

Abb. 2: Entwicklung von Unfallzahlen aufgrund von Gewaltereignissen

die Mindestbesetzung nun aus vier Mitarbeitenden je Schicht, davon zwei Fachkräften. Ein Puffer für Ausfälle war nach Angaben der Mitarbeitenden nicht mehr vorhanden, sodass bei Krankheit improvisiert wurde und die Führungskraft als dritte Fachkraft nur noch im Notfall einsprang.

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 darüber hinaus Tarif- und Entgeltersteigerungen vom Kostenträger nicht vollständig refinanziert worden (LWL 2015a, b). Es folgten zähe und langwierige Verhandlungen, während derer 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 der Veränderungen: Jantzen (1987) und Bradl (1990) prägten diesen Begriff für die nach der Psychiatrie-Enquete in den Psychiatrien verbliebenen Menschen mit geistiger Behinderung. Heute kann er den Kreis der Personen kennzeichnen, die wegen der Schwere ihrer Auffälligkeiten und psychischen Störungen 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 4.500 Beschäftigten bestätigt. Der Anteil von Gewaltvorfällen an den Unfallanzeigen hat insgesamt deutlich zugenommen und macht seitdem im Allgemeinen mehr als ein Drittel aller Unfallanzeigen aus. Abbildung 2 zeigt die Entwicklung von Unfallanzeigen aufgrund Gewaltereignissen (van Lessen 2019). Inzwischen hat sich der hier dargestellte Trend auf hohem Niveau stabilisiert.

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. Politische Meilensteine waren 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 mit Norbert Wohlfahrt die Frage erlaubt sein, ob Inklusion in einer ausgrenzenden Gesellschaft wie in Deutschland überhaupt möglich ist (vgl. Soltauer Initiative 2012; Trunk 2011).

Aus unseren sozialpolitischen Forderungen »Raus aus den Anstalten« oder »ambulant vor stationär« ist die zunehmende Ambulantisierung aller Arbeitsformen in der Eingliederungshilfe geworden (bzw. 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 Prozent Personalkosten immer Reduzierung von Personal, mehr Hilfskräfte und Einsparungen beim Gehalt bedeuten.

Gesundheit als Ware

Die berichtete Reduzierung des Personals bei gleichzeitig zunehmend schwieriger Klientel ist das Ergebnis weiterer politischer Entscheidungen in den letzten 25 Jahren; seit dieser Zeit werden Marktmechanismen im Gesundheits- und Sozialwesen angewendet. Vertreter des Neoliberalismus propagieren die These, dass der Staat insgesamt eine möglichst geringe Rolle spielen sollte, um den Markt nicht zu stören. (Anmerkung in der aktuellen Corona-Pandemie: Dieselben Vertreter rufen aber in Krisenzeiten – wie schon in der »Banken«- und Finanzkrise – in schöner Regelmäßigkeit nach dem Staat, der z.B. die Autoindustrie durch Abwrackprämien retten soll; selbstverständlich nach erfolgter Dividendenausschüttung.)

In dieser Ideologie werden Menschen und Staat auf profitrelevante Teilnehmer reduziert. Entscheidende Politikerinnen bei der Etablierung marktliberaler 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 durch die FDP und ihrem politischen Schwenk zur CDU. Die FDP ersetzte damals in ihrer Programmatik das Bürgerrechtliche durch das Wirtschaftsliberale. 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. 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 wird bereits etwa die Hälfte der Einrichtungen privat geführt (pm pflegemarkt.com 2019). 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 Tarifflicht 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 ihre in Rechnung gestellten Kosten erstatteten.

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 damit einhergehenden oben beschriebenen psychischen Belastungen in den Einrichtungen und Diensten entstanden. Staatliche Kostenträger als Geldgeber und nachfolgend die Einrichtungen reagieren mit Tarifflicht in einem Feld 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 führt zu der schon beschriebenen Arbeitsverdichtung, aber auch zur Zersplitterung von Teams, wenn Kolleginnen und Kollegen 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 WhatsApp aus dem Frei geholt. Diese Kombination von indirekter Steuerung und Digitalisierung ist neu.

Wer sich nicht wehrt ...

Mit dem Bielefelder Appell (Janßen 2015a, b; Tambour 2013; Zechert 2012) haben Betriebsräte und Mitarbeitendenvertretungen (MAV) in der »Hauptstadt der Diakonie« bereits 2012 darauf reagiert. Der Appell an die Politik stellte die beschriebene Entwicklung dar und warnte: »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 MAVen unterschrieben, die nach eigenen Angaben etwa 440.000 Beschäftigte 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 (vgl. 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.

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

1. Es erfolgt die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe durch Trennung der existenzsichernden Leistungen (HLU über Grundversicherung) von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe.
2. Das BTHG unterscheidet zukünftig darüber hinaus nicht mehr zwischen ambulanten 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 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). Das BTHG kann jedoch auch zu einer weiteren Markt- und Wettbewerbsorientierung, der Vermarktlichung sozialer Arbeit genutzt werden.

Wie sonst lassen sich Formulierungen deuten wie »Effizienzrendite« (Bundesregierung 2016b) und 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« – private Unternehmen mit wenigen Auflagen durch die Behörden – für Arbeitsangebote von Menschen mit Behinderung hier erstmals im SGB IX auftauchen.

Das BTHG gibt vor, die Situation von Menschen mit Behinderung zu verbessern. Wenn das zweite Ziel jedoch heißt: »keine neue Ausgabendynamik« (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 Betreuungszeiten. 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.

Das BTHG verstärkt mit einer Modularisierung eine kostentechnisch fraktionierte Zuwendung. Betreuung wird aufgespalten in einzelne Leistungspakete (Module), die von unterschiedlichen Diensten und Personen 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 (Soltau Initiative 2018).

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 »Kun-



Christian Janßen auf der Tagung der ver.di-Bundesfachkommission-Behindertenhilfe in Weimar 2019

de«, »Produkt«, »Leistungspaket«, »multidimensionale Zielvereinbarung«, »Ablaufoptimierung« oder »Outcome« wird das Wesentliche sozialer, kommunikativer Arbeit verdeckt. Als Adjektiv taucht neoliberale Sprache z.B. in Worten wie »hocheffizient«, »passgenau« oder »zielorientiert« auf (Soltau Initiative 2015, 2016). 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, Dipl.-Psychologe, PP, Vorsitzender der Gesamt-MAV in den v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel in Bielefeld, Karl-Siebold-Weg 9, 33617 Bielefeld
E-Mail: christian.janssen@bethel.de
www.sivus-online.de

Hinweis

Bei dem Beitrag handelt es sich um die Überarbeitung eines Vortrags des Autors auf der 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. September 2019 in Weimar. Den vollständigen Artikel und die Literaturliste findet sich auf der Homepage des Autors: www.sivus.net. Die Folien des Vortrags bei ver.di unter: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/behindertenhilfe/++co++5c9d2bcc-d854-11e9-9903-001a4a160100> (letzter Zugriff: 20.08.2020). Der Bielefelder Appell unter: www.sivus-online.de/2012-08-22_Bielefelder_Appell.pdf (letzter Zugriff: 20.08.2020).