

## Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ( TAB )

Bundesprojekt

06.07.07 Warnemünde

Was macht Arbeit ?!

Niels Pörksen

Liebe Freunde der Arbeit,

Arbeit ist ein Thema, das in der Psychiatrie eine wechselvolle Geschichte erlebte – und wegen der vielen Widersprüchlichkeiten, die unser Leben prägt – hat sich die Arbeit für Patienten in der Psychiatrie erst in den letzten 10 Jahren – und wesentlich im Umfeld der APK Aktivitäten seit Ende der 90er Jahre - ins konstruktive gewandelt.

Arbeit war lange gleichzusetzen mit Ausbeutung – die Anstalten waren ohne die Mitwirkung der Patienten in der Pflegehilfe, Hauswirtschaft, in der Landwirtschaft der Anstalten nicht lebensfähig. Familienpflege war nichts anderes als kostenlose Hilfstätigkeit in Haushalt oder Landwirtschaft.

Arbeitsfähigkeit war das einzige Überlebens-Kriterium für die Kranken und Behinderten bei der Krankentötung in der NS-Zeit.

Nach dem Krieg blieb alles beim Alten bis in den 70 er Jahren im Umfeld der allgemeinen gesellschaftlichen Reformbewegungen die Ausbeutung Kranker und Behinderter in den Anstalten oder für das Personal - beim Häuslebau für die Krankenpfleger oder die Ärzte etc - endlich verboten wurde. ( so zu lesen im Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete ).

Diese Erlasse taten ihre Wirkung. Die jungen, aufgeklärten Therapeuten vermuteten in jeder Tätigkeit von Patienten Ausbeutung und Ausnutzung. So zerbrachen therapeutische Gemeinschaften und eine Ergotherapie hielt Einzug, die sich über viele Jahre von jeder arbeitsbezogenen Tätigkeit, von Assessment, von Unterstützung bei der Rückkehr in die Arbeit, von Rehabilitation fernhielt.

Das Pendel war leider nachhaltig ins Gegenteil ausgeschlagen. Patienten wurden oft unterfordert, ihnen wurde wenig zugemutet, unnötige Heimkarrieren folgten; in der Therapie wurde mehr an den Versagensängsten und Defiziten als an den Fähigkeiten und Ressourcen gearbeitet.

Es dauerte lange, bis sich die Vorkämpfer der positiven Bewertung von Arbeit und Beschäftigung – allen voran die großen Sozialpsychiater wie Bennett aus London oder Ciompi aus der Schweiz oder Dörner und Kunze in Deutschland – durchsetzten.

Zu Beginn unseres ersten APK – Projektes in 2000, das den Titel hatte „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ haben wir

festgestellt, dass die Verhältnisse in unserem Land noch viel desolater waren als wir dies vermuteten. Die Zahl der Frühberentungen aus psychiatrischer Indikation stieg dramatisch und sie ist in der Zwischenzeit an der Spitze aller Erkrankungen angekommen. Chronisch psychisch Kranke waren fast ausnahmslos ohne Arbeit und Beschäftigung – unter 10 % und die WfbM entdeckte dieses Klientel gerade – dies Feld boomt heute. Werkstätten schießen wie Pilze aus dem Boden.

In den psychiatrischen Kliniken hat sich die Lage erheblich durch die dramatische Verkürzung der Verweildauern verschärft. In der Psych PV vorgesehene längerfristige Behandlungen mit intensiver arbeitstherapeutischer Abklärung und Behandlung findet nicht mehr statt. Viele Kliniken meinen, dafür keine Zeit mehr zu haben.

Bei der ersten großen Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke zum Thema „Teilhabe am Arbeitsleben“ in Berlin im Frühjahr 2002 habe ich in meinem Eingangsreferat eine zweite Stufe der Psychiatriereform gefordert, deren Zielsetzung sich in folgendem Satz zusammenfassen ließe:

„ich stehe morgens auf, gehe zur Arbeit; nach getaner Arbeit gehe ich wieder heim und am Ende jeden Monats habe ich so viel Geld verdient, das ich davon leben kann“ - ganz so weit sind wir nicht, auch wenn sich seither vieles bewegt. Ich zitiere weiter aus meinem damaligen Vortrag:“ diesen Satz umzusetzen erfordert einen fundamentalen Paradigmenwechsel. Orientierung unseres Handelns wird damit nicht mehr wie bisher die weitere Ausdifferenzierung von Reha-Maßnahmen aller Art sein, von der Ergotherapie bis zur Arbeitserprobung, von der Integration in den in Reha-Einrichtungen usw , aber auch nicht die Subventionierung von Betreuungsleistungen im Wohnbereich und in der Tages- und Freizeitgestaltung aufgrund unnötiger Untätigkeit. Orientierung und Qualitätskriterium muss allein die tatsächliche Teilhabe am Arbeitsleben sein.“

Soweit zu meinen Ausführungen zu Beginn des TAB Projektes.

In der Zwischenzeit hat sich einiges bewegt.

Alle wissenschaftlichen Studien belegen folgende These:

**„Eine den Neigungen und Fähigkeiten eines Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entsprechende Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit ist für die persönliche und psychische Stabilisierung unabdingbar.“**

Bei den Psychiatrieerfahrenen hat Renate Schernus mit ihrer Analyse zu den blinden Flecken der Psychiatriereform in den Soz.Ps Info klar gemacht, dass bei 6 blinden Flecken 4 mal das Thema Arbeit genannt wurde.

Ähnlich bedeutsam war das Ergebnis einer Analyse unter den Angehörigen-

Aus der Sicht der Betroffenen hat für mich niemand dies Thema so einfühlsam formuliert wie Sybille Prins...

Ich bitte um Verzeihung, aber es gibt bestimmte Texte, die muss man immer mal wieder lesen – da geht es mir wie mit manchen Gleichnissen aus der Bibel

„ Es war einmal ein Mann, der starb und sich an einem wunderschönen Ort wiederfand, umgeben von allem nur denkbaren Komfort. Ein Mann in weißem Jackett kam zu ihm und sagte: „Sie können alles haben, was Sie möchten, jede Speise, jede Freude und jede Art von Unterhaltung“.

Der Mann war hocheifrig und kostete tagelang von allen Köstlichkeiten und Erfahrungen, von denen er auf der Erde geträumt hatte.

Aber eines Tages langweilte ihn all das und er rief den Aufseher zu sich und sagte zu ihm: „ Mich langweilt all das; ich brauche etwas zu tun. Was für eine Arbeit können Sie mir geben?“

Der Aufseher schüttelte traurig den Kopf und erwiderte:“ es tut mir leid, Herr. Das ist das Einzige, was wir nicht für Sie tun können. Hier gibt es keine Arbeit für Sie.“

„ Na, Klasse. Da könnte ich ja genau so gut in der Hölle sein.“

Der Aufseher sagte sanft:“ ja, was glauben Sie denn, wo Sie hier sind?“.

So weit die Geschichte, an der man sich immer wieder aufrichten und motivieren kann; weil es so schwer ist, im Arbeitsalltag genau diesen Wunsch zu erfüllen auf der Erde wie in der Hölle.

S. Prins an anderer Stelle zur Erläuterung: „Arbeit muss vielleicht nicht unbedingt sein. Aber erzwungenes Nichtstun ist eine enorme Qual. Es gibt da so eine pervertierte Form von Freiheit, wo man sich nirgendwo mehr betätigen kann, nirgendwo erwartet und gebraucht wird, es keine Anknüpfungspunkte für sinnvolle Tätigkeit gibt und alle Türen ins Nichts führen. ( gut, dass wir einmal darüber sprechen, Paranus)

Besser kann man es kaum ausdrücken und besser lässt sich die von Ulrich Krüger immer wieder zitierte These ( s.o. ) nicht untermauern.

Beispiele dazu kennt jeder. Wer die Berichte aus Bad Schmiedeberg zur Wirkung des Modellprogramms „Bürgerarbeit“ hört und liest – dies bestätigt auch die Projektleiterin Sylvia Kühnel – der kann die Aufbruchstimmung nachvollziehen, die einen kleinen Ort erfasst, in dem die Arbeitslosigkeit innerhalb von Monaten durch Bürgerarbeit von fast 20 % auf unter 4 % fällt. Einen Grund haben, aufzustehen, den Tag gestalten, Leute treffen, gebraucht werden, Kontakte in der Arbeit haben – andere als zu Hause...und vieles mehr. Die positiven Begleiteffekte für das Selbstwertgefühl, den Familienfrieden, das Suchtverhalten etc sind nicht messbar, aber wahrscheinlich auch volkswirtschaftlich unterm Strich positiv.

Was macht Arbeit?! Heißt das Thema: **das macht Arbeit**

Einen Grund haben, aufzustehen, Kontakte haben, nicht jeden Tag neu strukturieren müssen, gebraucht werden, nicht überflüssig sein, nicht die Freiheit der Sinnlosigkeit täglich spüren usw.

Wir haben mit den vielen Menschen, die uns in den Regionen unterstützt haben, einiges dazu auf den Weg gebracht.

Mit dem Buch „individuelle Wege ins Arbeitsleben“ haben wir die Richtung vorgegeben, weg von den institutionellen Maßnahmen, von Kettenmaßnahmen etc hin zur individuellen Planung, Begleitung und Unterstützung. Von der Aneinanderreihung von Maßnahmen zur Realisierung der wissenschaftlichen belegten Praxis „erst platzieren – dann rehabilitieren“ – so sind wir vorgegangen.

Wir fordern in jedem Einzelfall eines Menschen mit psychischen Problemen und Störungen die Klärung der Arbeitsfrage, ob in Kliniken und Arztpraxen, in sozialen Diensten und den Arbeitsagenturen in einfachen Gesprächen zur Abklärung, in Hilfeplanverfahren, in längerfristigen Assessmentverfahren – was jeweils erforderlich ist, das hängt vom Einzelfall ab. Dieser Prozess ist nicht abgeschlossen; noch immer gehört die Klärung der Teilhabe am Arbeitsleben nicht zum Selbstverständnis bei den Professionellen – sie muss es aber werden. Noch haben wir Nachholbedarf.

Und wir erwarten, dass die Erkenntnisse über die Bedeutung von Arbeit für jeden Menschen endlich umgesetzt werden.

Menschen mit langfristiger Arbeitslosigkeit und erheblichen Vermittlungshemmnissen haben auch in einer boomenden Wirtschaft keine Chance. Für sie müssen Kombilohnmodelle mit einem unbefristeten Minderleistungsausgleich und möglichst arbeitsmarktnaher Eingliederung gefunden werden, so wie es die SGB II Änderungen vorsehen. – zumindest bei ca 100 000 Personen. Bei vielen psychisch kranken und behinderten Menschen wäre zusätzlich eine langfristige psychosoziale Begleitung unverzichtbar. Am Ende wäre das wahrscheinlich sogar kostengünstiger als die Finanzierung aufwendiger Eingliederungshilfe oder tagesstrukturierender Maßnahmen zur Überbrückung sinnloser Untätigkeit. Wir hoffen, dass wir dies im Rahmen der Erfahrungen mit Regionalbudgets nachweisen können.

Ich weiß um die Missbrauchsmöglichkeiten, aber dennoch macht mir die zögernde Haltung in der Umsetzung von Kombilohnmodellen – wie etwa in dem Konzept Bürgerarbeit in Thüringen und Sachsen-Anhalt – schwer zu schaffen. In der Psychiatrie boomt das Geschäft mit psychisch behinderten Menschen in WfbM's. An die Koalitionsvereinbarung – die Schaffung von Arbeitsplätzen außerhalb von Werkstätten – geht kaum einer ran.

Integrationsbetriebe – eine ideale Form der Beschäftigung psychisch Kranker – kommen nicht voran, weil die Finanzierung stoppt. Gerade in ihnen ist die

verpflichtende Kooperation von Gesunden und behinderten Menschen, die psychosoziale Begleitung und der langfristige Minderleistungsausgleich geregelt. Ein Trauerspiel, wenn man bedenkt wie viel da möglich wäre. Zumindest sollten die Mittel für neue Integrationsbetriebe nicht vom vorhandenen Geld aus der Ausgleichabgabe abhängen

Von dem persönlichen Budget Arbeit versprechen wir uns in der Zukunft viel. Damit ist es möglich, Menschen betriebsnah unterzubringen, die psychosoziale Begleitung abzusichern und die Entlohnung über Bürgerarbeit oder vergleichbares zu regeln – damit bräuchten wir nicht für jeden einen teuren Werkstattplatz, wären in der Teilhabewirkung im Einzelfall und in den Kosten nachweislich günstiger.

Ich gebe zu: der Großen Koalition habe ich zu ihrem Beginn zugetraut, die Probleme mit Langzeitarbeitslosen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wirksam anzupacken – so wie dies im Koalitionsvertrag vereinbart wurde : Kombilohn und Integration behinderter Menschen außerhalb von Werkstätten. Denn die lösen sich nie über eine boomende Wirtschaft. Dies zeigt den Einfluss der Arbeitgeber bei der traurigen Mindestlohndebatte. Am heutigen Tag hat der Bundestag die Änderungen im SGB II beschlossen. Damit ist eine wichtige Hürde in der Frage unbefristetem Minderleistungsausgleichs und arbeitsmarktnaher Beschäftigung genommen. Es bleibt zu hoffen, dass dies Modell erfolgreich verläuft und zur Regelleitung wird.

Der Zuverdienst führt nach wie vor ein Schattendasein. In manchen Bundesländern fehlt die Finanzierung nach SGB XII. In Bremen gibt es zum Glück eine Verordnung dazu. In manchen Bundesländern behilft man sich mit Tagesstätten – als flexible in Berlin, als virtuelle in Bielefeld.

Die Vertreter des TAB Projektes haben den Eindruck, dass in Mecklenburg-Vorpommern besonders viele und erfolgreiche Projekte zur Teilhabe angelaufen sind. Dies zeigt sich auch in der regen Teilnahme an dieser Fachtagung. Ich wünsch Ihnen allen weiter dazu viel Erfolg

Wie die Verfahren und Vorgehensweisen im Einzelnen sind – das ist das Geschäft vor Ort. In Bielefeld, auch Projektregion, ist es im Rahmen des TAB Projektes erstmals gelungen, Psychiatrie und Arbeitswelt zusammen zu bringen, die Hilfeplanung und die HPK gemeinsam unter Federführung der Stadt zu organisieren, machen, auch die ARGe zu beteiligen etc. Das ist mühsam und kompliziert, aber es lohnt sich. Immerhin werden mehr als 10000 Fälle im Jahr in der Bielefelder HPK behandelt und entschieden.

Im Übrigen ist und war das Geschäft vor Ort Uli Krügers Job – ich war und bin nur für die Projektleitung zuständig und wie das alles geht, dafür ist der Projektmanager verantwortlich, der das viel besser kann als ich.

Deshalb soll er auch jetzt zu Wort kommen.