

Festvortrag zur Einweihungsfeier des Erweiterungsbaues der ZmbR GmbH
Rudolf-Diesel-Straße in Oldenburg, am 19. September 2008

Andreas Zieger

Integrative Sicht in der Rehabilitation

Sehr geehrter Herr Bürgermeister Ellberg,
sehr geehrter Herr Meyer,
sehr geehrter Herr Wolff,
sehr geehrter Herr Dr. Prahm,
sehr geehrter Herr Bangen mitsamt Team und Bewohnern der neu erbauten Einrichtung,
sehr geehrte Damen und Herren!

Als Gast Ihrer Einrichtung und als unbelasteter Bürger dieser Stadt bin ich der Einladung zum Festvortrag für diese Einweihungsfeier gern gefolgt:

als Gast deshalb, weil mein Tätigkeitsfeld in der Klinischen Neurorehabilitation am Ev. Krankenhaus und im Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik an der Universität Oldenburg weitab von dem liegt, was Ihre Einrichtung in vielen Jahren auf die Beine gestellt hat und tagaus tagein leistet,

als unbelasteter Bürger deshalb, weil mir die meisten Hintergründe und die Anstrengungen für die neu geschaffenen Einrichtung nicht bekannt sind, wenn ich sie sehr wohl erraten kann.

Worüber wird in meinem Festvortrag die Rede sein?

Erstens möchte ich einen Blick in die Vorgeschichte werfen, dann zweitens etwas zur Notwendigkeit einer integrativen Sichtweise in der Rehabilitation sagen und dabei auf neue Forschungsergebnisse eingehen, drittens soll auf äußere und innere Veränderungsmöglichkeiten eingegangen werden, um zum Abschluss einen kritischen Ausblick in die Zukunft zu wagen.

1.) Blick in die Vorgeschichte:

Es ist mir, der ich seit über 27 Jahren in Oldenburg lebe und arbeite, die positive Entwicklung des 1982 gegründeten *Oldenburger Vereins zur Förderung der psychischen Gesundheit* nicht entgangen, ein Verein, der als *Bürgerinitiative für psychisch Kranke in der Gemeinde Oldenburg* begann und dessen Anlaufstelle in der Auguststraße mit dem Namen „Propeller“ ich über ein Jahr lang schräg gegenüber auf der anderen Straßenseite wohnend, verfolgen konnte. 1995 kam dann das Rehabilitationskrankenhaus für Psychische Kranke bzw. das Zentrum für medizinische und berufliche Rehabilitation unter der Trägerschaft des genannten Oldenburger Vereins und der Stiftung Kloster Blankenburg des kommunalen Zweckverbandes Bezirksverband Oldenburg dazu. In dieser Zeit, genauer seit 1992, war auch am Evangelischen Krankenhaus über erste Pläne für eine Rehasstation, nicht für psychisch Kranke, sondern für hirnerkrankte Menschen nachgedacht worden.

Sie waren schneller: Das ZmbR wurde 1995 eröffnet, die Abteilung für Früh- und Weiterführenden Rehabilitation am Evangelischen Krankenhaus erst im März 1997. Im Dezember 1997 kam dann das Rehaszentrum in Kreyenbrück mit seiner Kardiologischen und Neurologischen Klinik unter kooperativer Trägerschaft des Klinikums Oldenburg und der Ev. Krankenhausstiftung

noch dazu. Diese Kooperation ist in die Region als „Oldenburger Modell“ eingegangen. 2004 kam es dann zum Zusammenschluss des ZmbR und der bereits 1994 ebenfalls vom Oldenburger Verein zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Stiftung Kloster Blankenburg gegründeten ProTechna. Damit erfolgen nun alle psychiatrischen Rehabilitationsangebote unter einem Dach, medizinisch wie beruflich, stationär wie ambulant. Ein vorbildliches Konzept und Engagement!

Es dürfte vielen Oldenburger Bürgern und sicherlich auch vielen politisch Verantwortlichen nicht ausreichend bewusst sein, dass in den letzten beiden Jahrzehnten in der Stadt Oldenburg - ausgehend von der Psychiatrie-Enquete der 70er Jahre und dem Reformgeist im Gesundheits- und Rehaswesen in den 80er und 90er Jahren - ein umfassendes Netzwerk an Rehabilitationseinrichtungen für psychisch und neurologisch Kranke, ein ganzes Rehasystem, entstanden ist.

Auch wenn dieses Rehasystem aus unterschiedlichen Motiven wie die Psychiatrie-Enquete oder die Frührehabewegung auf den Weg gebracht wurde und damit letztlich eine späte Antwort auf die Trennung der früher eng verbundenen Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie in den 60er Jahren ist, auch wenn dieses Rehasystem von unterschiedlichen Interessengruppen initiiert wurde und von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert wird, ist es doch einem gemeinsamen großen Ziel verpflichtet, nämlich psychisch und neurologisch kranken Menschen durch eine umfassende, gestufte, durchgängige und hoch spezialisierte Rehabilitation eine Wiedereingliederung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Es kam daher nicht von ungefähr, dass sich die Trägereinrichtungen ähnliche Leitsätze auf die Fahnen geschrieben haben:

„*Im Mittelpunkt steht der Dienst am Menschen*“
- so ist auf der Portalseite des ZmbR zu lesen

„*Menschen im Mittelpunkt*“
- so lautet das Logo der Evangelischen Krankenhausstiftung.

Woher kommt diese Übereinstimmung? Ist sie Zufall, Zeitgeist oder abgesprochenes Ziel?

Nach meiner Überzeugung ist es die handlungsleitende Vernunft eines integralen Rehabilitationsgedankens, die hier gewirkt hat und weiter wirkt, verkörpert durch einzelne Menschen, Pioniere, Bürgerinnen und Bürger, zusammengeschlossen in Vereinen und Körperschaften, denen das Wohlergehen und die Notlage anderer Menschen nicht gleichgültig sind. Auch, wenn es in Oldenburg noch an einer Vernetzung und Integration der somatischen und psychischen Rehabilitationsangebote untereinander fehlt und damit eine überholte Dichotomie zwischen organischen und funktionellen Leiden aufrechterhalten wird, ist der Kern des gemeinsamen Tuns im Verständnis von Rehabilitation selber zu sehen.

Damit kann ich übergehen

2.) Zur integrativen Sichtweise in der Rehabilitation und zu einigen Ergebnissen der Rehabilitationsforschung:

Rehabilitation bedeutet von seinen lateinischen Wurzeln her einerseits *habilis*, fähig, geschickt, geistig begabt, befähigt, andererseits *rehabilitare*, wiederbefähigen, wiederherstellen, in den alten Stand versetzen.

Es war 1844, als der Begründer des Rehabilitationsgedankens, Staatsrat Ritter von Buss, formulierte:

*„Vielmehr soll der heilbare Kranke vollkommen rehabilitiert werden. Er soll sich von der Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war. Er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wieder finden und mit ihr ein neues Leben.“*¹

Obwohl der Rehabilitationsgedanke in Deutschland erst 1909 mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Krüppelfürsorge (der heutigen Deutschen Vereinigung für Rehabilitation in Heidelberg), einen organisatorischen Ausdruck gefunden hat und erst 1920 in Form des Krüppelfürsorgegesetzes gesetzlich verankert wurde, hatte der Rehabilitationsgedanke einen frühen Vorläufer. Denn die integrative und interdisziplinäre Sichtweise, wie sie dem Rehabilitationsgedanken inhärent ist, wurde bereits 1845 von Wilhelm Griesinger in seinem Lehrbuch über psychisch Kranke entwickelt, und er hat damit eine neue, integrierte Psychiatrie begründet. Sein Werk hatte damals erstmals die somatische, psychologische und sozialpsychiatrische Dimension erkannt und einen multidimensionalen Behandlungsansatz vertreten, auch wenn dies von der damaligen Fachwelt nicht verstanden und lange Zeit ignoriert wurde.

Wilhelm Griesinger ist damit als der Gründer eines integrativen Rehabilitationsgedankens in Psychiatrie und Neurologie zu sehen. Stattdessen wird er, selbst heute noch, auf das ominöse Zitat, welches in Wahrheit von seinem Vorgänger, dem Psychiater Horn, stammt, reduziert, wonach Geisteskrankheiten immer auch Gehirnkrankheiten seien. Das hat er selbst nicht so gesagt, und er hat selbst auch nicht so gedacht. In seinen Lehrbüchern heißt es:

„Frühere Versuche, die Geisteskrankheiten mit Zugrundelegung der ihnen entsprechenden anatomischen Veränderungen ganz in den Gehirnkrankheiten aufgehen zu lassen, zeigten sich durch ihr Misslingen als verfrüht und unmöglich.“

(so ein Zitat aus der zweiten Auflage seiner Lehrbuches „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ von 1861 auf S. 10)

oder:

„Die inneren Hergänge des Vorstellens und Wollens sind so wenig als die des Empfindens aus der Organisation des Gehirns zu begreifen...“ (so in der ersten Auflage seines Lehrbuches von 1845, S. 2)²

Bemerkenswerterweise ist diese weitsichtige integrative Sicht erst durch die Rezeptionsforschung zu Griesinger aufgedeckt worden, Sein Werk hat letztlich Pate gestanden für die Psychiatriereform der 60er und 70er Jahre des letzten Jahrhunderts in Italien und Deutschland. Sein Werk wird daher zu Recht als die Magna Charta der Psychiatrie bezeichnet.³

Rehabilitation heute bedeutet den komplexen Prozess aller relevanten Maßnahmen und Hilfen der Eingliederung und Wiedereingliederung von Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen oder Beeinträchtigungen in Schule, Beruf, Arbeit und Gesellschaft.⁴

¹ Staatsrat Graf Ritter von Busch, zitiert in: Welter, F.L. & P.W. Schönle (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation. Stuttgart: Fischer 1988, S. 423

² Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe 1845 (2. Aufl 1861 Nachdruck Amsterdam: Bonset 1964)

³ Tölle, R.: Wilhelm Griesingers magna charta der Psychiatrie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 70 (2002) 613-619; Schott, H. & R. Tölle: Magna Charta der Psychiatrie: Leben und Werk Wilhelm Griesingers. Sozialpsychiatrische Informationen 4 (2006) 2-9

⁴ Baudisch, W., Schulze, M. & E. Wüllenweber: Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 2004

Je nach beteiligter humanwissenschaftlicher Disziplin und je nach Art der Maßnahme wird zwischen medizinischer, schulisch-pädagogischer, (neuro)psychologischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation unterschieden. Rehabilitation soll nicht nur eingetretene, sondern auch drohende Behinderungen verhindern und hat damit präventive Aufgaben.

Ihre Angebote und Hilfen sollen die Unterstützung selbstbestimmten Lebens unter gleichberechtigter Einbeziehung der Menschen erfüllen und Lernen als interaktiven Prozess gestalten.

Schließlich sollen Rehabilitationsmaßnahmen gewährleisten, dass die Rahmenbedingungen des Rehabilitationsprozesses frei sind von Hindernissen, Barrieren, Isolation, Diskriminierung, Aussonderung und Stigmatisierung. Das bedeutet uneingeschränkte Teilhabe und Teilnahme behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen an allen gesellschaftlichen Prozessen durch Integration, Auflösung der Großeinrichtungen und Inklusion. Das sind große Ziele und zunächst einmal nur Schlagworte, die mit Leben gefüllt werden müssen.

Für die diversen Handlungsfelder in der Rehabilitation kommen unterschiedliche Formen der Interaktion und Kooperation zur Anwendung, die jeweils spezifische methodische Merkmale erfüllen:

Spieltätigkeiten, Förderung, Pflege, Therapie, Unterricht, Ausbildung, Assistenz und Begleitung sowie Beratung.

Daraus folgt, dass sowohl in der praktischen Ausbildung und Anwendung als auch im wissenschaftlichen Kontext Interdisziplinarität und Teamarbeit einen besonders hohen Stellenwert haben.

Als ethischer Imperativ und Grundsatz der Verfassung gilt dabei die Leitidee der Menschlichkeit, d.h. die Wiederherstellung der Einheit des Menschen in der Menschheit.⁵

Im SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe, sind in den Paragraphen 1 und 4 „Integration und Partizipation“ ausdrücklich als gesetzlich verankerte Ziele hervorgehoben.

Lassen Sie mich an dieser Stelle kurz auf den Bedeutungsunterschied von *integriert* und *integrativ* eingehen: Integriert ist eine Maßnahme dann, wenn sie die Wiederherstellung umfassend und ganzheitlich gestaltet hat. Integrativ dagegen meint den Vektor der Fördermaßnahmen in der Rehabilitation in Richtung auf Integration.

Eine integrative Sichtweise ist also auf Integration, Teilhabe und Inklusion gerichtet. Ausgrenzung und Diskriminierung sind ihr wesensfremd.

In der **Rehabilitationsforschung** der letzten Jahrzehnte wurde geklärt, welche Qualitätsmerkmale und Erklärungshintergründe mit Rehabilitation verknüpft sind, gerade auch, wenn neue Ergebnisse der Hirnforschung berücksichtigt werden:

1.) Integrative Sichtweise

Sie ist eine Grundhaltung, Menschen unabhängig von ihrer Herkunft, Hautfarbe, Rasse, Religion, politischer Einstellung und individuellen Leistungsvermögens zu fördern und am

⁵ Bundschuh, K., Heimlich, U. & R. Krawitz: Integration. In: Wörterbuch der Heilpädagogik. Bad Heilbrunn 1999, S. 144-147

gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. Dem entspricht ein Verständnis von Würde des Einzelnen und ein Personenbegriff, der sich nicht nur am einem juristischen Status, sondern an einem integrierten somatopsychosozialen Menschenbild orientiert (ich vermeide bewusst zu sagen: biopsychosozial, weil das Wörtchen „bio“ heute auf einen funktionierenden Körper haben ingenieurstechnisch reduziert ist und einem entfalten Lebensbegriff nicht mehr entspricht).⁶

2.) Gehirn als soziales Organ

In der neurowissenschaftlichen Rehabilitation entspricht eine integrierte Sichtweise der Auffassung vom Gehirn als soziales Organ.⁷ Mit „soziales Gehirn“ ist gemeint, dass Entwicklung und Aufbau des Gehirns, seiner Funktionen und Verhaltensweisen nicht nur von Genen gesteuert, sondern vor allem durch soziale Einflüsse kulturell geprägt werden. Das scheint gleichermaßen für sogenannte normale wie pathologischen Entwicklungen zu gelten. So können nicht nur genetische Abweichungen, sondern auch frühkindliche Traumata und mangelhafte kulturelle, erzieherische Einflüsse Dysfunktionalitäten und Verhaltensstörungen hervorbringen, die im sozialen Kontext zu verschiedenen Formen von sogenannter körperlicher, geistiger oder psychiatrischer Behinderung führen. Andererseits können Hirnverletzungen (etwa nach einem Schädel-Hirntraum oder nach einem Schlaganfall) in jedem Lebensalter zu schwerwiegenden körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen führen wie sie gleichzeitig durch vorige persönliche Eigenarten oder Vorerkrankungen wie auch durch Rehabilitationseinflüsse erschwert oder wesentlich verbessert werden können.

Entscheidend für das objektive Ergebnis und das subjektive Erleben der Betroffenen sind *erstens* scheinbar irrationale Faktoren wie individuelle Grundeinstellung, Zuversicht, Gottvertrauen und positive Lebenseinstellung, *zweitens* körperliche und psychische Resilienzfaktoren und *drittens* familiäre und soziale Ressourcen. Im Konzept von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (ich meine das ICF-Konzept) werden diese drei Dimensionen dann noch *viertens* durch positive und negative Kontextfaktoren als *Förderfaktoren* bzw. *Barrieren* ergänzt. Diese können materieller, sozialer und persönlicher Art sein können.⁸

3.) Plastizität und lebenslanges Lernen

Entscheidend in der neurowissenschaftlichen Rehaforschung der letzten 10 Jahre war die Erkenntnis von der lebenslangen Fähigkeit des Gehirns, sich umzubilden (Plastizität) und zu lernen. Auch nach einem schweren Schlaganfall oder Hirntrauma kann es unter bestimmten „angereicherten“ Bedingungen zur Neubildung von Nervenzellen aus neuronalen Stammzellen und zum Einwachsen dieser Nervenzellen in die geschädigten Hirnareale kommen.⁹ Das neurobiologische Dogma von der Unveränderbarkeit des Gehirns und dem therapeutischen Nihilismus gilt heute als überwunden.

4.) Spiegle neurone

Ein weiterer wichtiger „Mechanismus“, der über das plastische Vermögen hinausreicht und auf das sozio-kulturelle Eingebundensein des menschlichen Hirnorgans und auf sein Angewiesensein auf stabile Bindungen und sichere zwischenmenschliche Beziehungen verweist, ist die Entdeckung des

⁶ Ulrich, G.: Biomedizin – Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs. Stuttgart: Schattauer 1997

⁷ Fuchs, T.: Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer 2008

⁸ ICF-Konzept der WHO 2001, <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/index.htm>

⁹ Kempermann, G., Kuhn, H.G., Winkler, J., Gage, F.H.: New nerve cells for the adult brain. Adult neurogenesis and stem cell concepts in neurologic research. *Nervenarzt* 69 (1998) 851-857

Spiegelneuronensystems : Damit fühle ich, wie es dir geht, welche Gedanken in dir vorgehen, wie du mir gesonnen bist und ob du leidest.¹⁰

Die Konsequenzen dieser Entdeckung für frühkindliche Entwicklung und Beziehungsstörungen, für Erziehung und psychiatrische Entwicklungsstörungen, für die kulturelle Evolution des Gehirns, für das Verständnis von Empathie und Antipathie, für Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene in therapeutischen und pädagogischen Prozessen wie auch für die Frührehabilitation von Menschen nach schwerer Hirnschädigung im Koma und Wachkoma, bei denen Angehörige und Behandlungsteam weitgehend auf minimale körperliche Zeichen und deren intuitive Deutung als je individuelle Körpersemantik angewiesen sind, sind noch nicht absehbar.

Jedenfalls scheint das Spiegelneuronensystem bei der Entstehung von Autismus und Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom eine Rolle zu spielen wie es sich neuerdings auch in der Rehabilitation Hirnverletzter nutzen lässt.

5.) Nichteinwilligungsfähigkeit vs. freier Wille

Viele der genannten, körperlich und/oder geistig-seelisch schwerstbeeinträchtigten Menschen sind im herkömmlichen sozialen Kontext nicht mehr zu einer eigenen Willensäußerung fähig und müssen betreut werden. Sie benötigen einen Fürsprecher, der ihren zuvor geäußerten Willen vertritt, wenn sie ihn selbst nicht mehr äußern können.

Um eine völlig andere Sachlage geht es demgegenüber in der zwischen Hirnforschern und Philosophen entbrannten Debatte, ob der Mensch einen freien Willen hat, wo doch Hirnexperimente nahe zu legen scheinen, dass – vereinfacht gesagt – das Gehirn schon entschieden hat, bevor dem Menschen dies bewusst wird. Diese Debatte ist jedoch eine Scheindebatte. Denn es geht mehr um einen Kampf um die Vormachtstellung bei der Fördermittelvergabe als um ein gleichberechtigtes Ausbalancieren von Erkenntnissen über unwillkürliche bzw. unbewusste und willkürliche bzw. bewusste Prozesse des menschlichen Verhaltens.

Eine Lösung dieses Scheinkonflikts liegt in einer veränderten wissenschaftstheoretischen Grundhaltung, die als Aspektdualität zunehmende Verbreitung findet, eine gleichberechtigte, aber unterschiedene naturwissenschaftliche wie zugleich phänomenologisch-hermeneutische Grundhaltung in der Sicht auf den Menschen, einerseits durch Erklären (d.h. Messen, Experimentieren und quantitatives Berechnen) wie andererseits durch Verstehen (d.h. Erfahren, Beobachten, Auslegen und Deuten). Entscheidend ist hierbei, Leib und Seele, Gehirn und Geist, Körperhaben und Körpersein nicht als substanzontologischen Dualismus zu verstehen, sondern - durch den Beobachterstandpunkt bedingt - als zwei Seiten einer Medaille:¹¹

Körperliche Leiden haben oft Auswirkungen auf das seelische Wohlbefinden wie auch das seelische Leid Auswirkungen auf die Körperliche haben kann. Körperliche Leiden können psychisches Leiden begünstigen oder sogar auslösen und umgekehrt. Psychische Belastungen und Lebenskrisen haben nicht selten ihre ersten Signale in körperlichen Symptomen. Es gilt diese beiden Seiten und den soziale Kontext in lebendiger Wahrnehmung und geistiger Wechselbeziehung zu halten und im Umgang mit Menschen eine ästhetische Grundhaltung einzunehmen, die zwischen empathischer Anteilnahme und reflektierender Distanz oszilliert, ohne sich in einer der beiden Dimensionen zu verlieren.

¹⁰ Bauer, J.: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe 2005

¹¹ vgl. Fuchs, 2008 a.a.O

6.) Solidarische Grundhaltung

Aus diesem Verständnis vom Menschen samt seiner erkenntnistheoretischen Dimensionen, resultiert in der Rehabilitationspraxis eine mitmenschliche Grundhaltung der Förderung von Autonomie-Entwicklung wie der Fürsorge für andere und Beziehungsförderung. Dazu gehören eine empathische Teilnahme und Begleitung, ein Handeln mit den Betroffenen und nicht über sie hinweg, die Betonung der Stärken statt der Schwächen und die Einbeziehung der Angehörigen in einen Dialog.

7.) Teamarbeit

Die Umsetzung und Pflege einer solchen handlungsleitenden Grundhaltung bedeuten für die Rehabilitation den Einsatz von multiprofessioneller Teamarbeit, wird sie nun multi-, inter- oder transdisziplinär organisiert. Das Rehabilitationsteam hat mit seinen unterschiedlichen Disziplinen diejenigen Umweltbedingungen herzustellen und diejenigen Kontextfaktoren zu sichern, die eine angemessen und ausreichende individuelle Förderung ermöglichen. Nicht die Addition verschiedener Therapieansätze, sondern deren Integration in einen individuellen Förder- und Rehaplan, der einem im Team abgesprochenen geistigen Bild vom anderen entspricht, ist entscheidend.

Entscheidend für die Qualität der Teamarbeit und ihre Ergebnisse ist ferner in erster Linie nicht, dass die Teammitglieder sich gut untereinander verstehen oder sich mögen, sondern wie sie es schaffen, die ihnen von den Betroffenen gestellten Aufgaben mit Hilfe kooperativer und durchgängiger Strukturen auf gemeinsam mit den Betroffenen gesteckte Ziele zu entwickeln und zu lösen.

Dabei gilt eine patientenzentrierte Sichtweise, ohne das Problem der Behinderung als körperliches oder psychisches Defizit auf den Einzelnen festzuschreiben. Es geht um einen konsistenten, biographischen und narrativen Nachvollzug der Existenz und des Weltbezugs als rekonstruiertes Subjektverständnis der Kranken im Kopf der Teammitglieder. Verantwortlich für das Fortkommen ist nicht der auf sich gestellte Patient, sondern das therapeutische Team in Gemeinschaft mit den Angehörigen, den Einrichtungen und den Kostenträgern.

Es ist dieses kleine soziale Netzwerk, welches durch seine innere Verbundenheit, seine Verbindlichkeit und durch seine solidarische Grundhaltung für den Einzelnen Sorge trägt und ihn zurück in die Gemeinschaft begleitet - und dabei in Zeiten der Globalisierung sich jeder scheinliberalen Offenheit und zynischen Beliebigkeit, wonach der Einzelne seines Glückes Schmied sei, wirkungsvoll widersetzt.

8.) Einbeziehung von Angehörigen

Da die Angehörigen, Lebenspartner und Familien einen wesentlichen Teil der sozialen Umwelt der Menschen mit Behinderungen ausmachen, stellt ihr Einbezug eine große Herausforderung und ein Muss in der Rehabilitationsarbeit dar.¹² Aus Zeitgründen kann dieser Aspekt hier nicht vertieft werden.

9.) Zufriedenheit und Kohärenzgefühl als Erfolgsgarant

Der Erfolg der Rehabilitation, ist nicht allein von der Durchgängigkeit der Rehabilitationsangebote und von der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abhängig, sondern ebenso von der Zufriedenheit und dem Kohärenzgefühl derer, um die es eigentlich geht.¹³ Je mehr Sinn eine

¹² Mitzkat, A.: Die Stellung von Angehörigen in der Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit von Dritten. Berlin: IMEW- Eigenverlag 2007

¹³ Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag 1997

Rehabilitationsmaßnahme für die Betroffenen macht, desto besser dürfte das Ergebnis an Integration, Teilhabe und Teilnahme ausfallen. Erste rehabilitationspädagogische Ergebnisse von Untersuchungen an Schlaganfallpatienten auf unserer Station scheinen dies zu bestätigen.

10.) Rehabilitationserfahrene als Experten

Primäre Erkenntnisquelle in der Rehabilitation ist qualitative Einzelfallforschung und Subjektverständnis, statt vielbeschworene Gruppenstatistik. Auch qualitative Einzelfallforschung kann für das Individuum, und um das geht es, evident sein. Dass Rehabilitationserfahrene als Quelle von Erkenntnis und Experten in eigener Sache wie für den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen wirken können, ist ein konsquentes Resultat der Logik integrativer Sichtweise. Auch dieser wichtige Aspekt kann aus Zeitgründen hier nicht weiter vertieft werden.

3.) Ich komme nun auf die Veränderungen zu sprechen:

Bekanntlich sind Veränderungen der eigenen vier Wände, wie Sie sie mit dem Erweiterungsbau Ihrer Einrichtung jetzt erleben, eine gute Gelegenheit, über den Tellerrand hinaus zu schauen und nach neuen Ufern Ausschau zu halten, wie sie auch eine gute Gelegenheit darstellen, nach innen zu schauen, das Erreichte zu reflektieren und sich seines eigenen Standpunktes zu vergewissern, um das erreichte Integrationsniveau zu intensivieren und zukunftsfähig zu machen.

Lassen Sie uns zunächst nach außen schauen, auf die

(1) UN-Behindertenkonvention:¹⁴

Die Konvention wurde am 13. Dezember 2006 verabschiedet und im März 2007 von der Bundesregierung unterzeichnet, aber noch nicht ratifiziert.

Was bedeutet diese Konvention?

Der Konvention liegt ein Begriff von Behinderung nicht als individueller Makel, sondern als gesellschaftliche Konstruktion und ein Empowerment-Ansatz zugrunde, wie er bisher in keiner Menschenrechtskonvention zum Tragen gekommen ist.¹⁵

Behinderung als gesellschaftlich konstruiert zu begreifen bildet die Voraussetzung dafür, sie als strukturelles Unrecht zu adressieren:

Man ist nicht behindert, man wird behindert. (S. 6)¹⁶

Dementsprechend wendet sich die Konvention in Artikel 2, Absatz 3 explizit gegen die rechtliche Diskriminierung von Behinderten:

"Diskriminierung auf Grund einer Behinderung" bezeichnet jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung auf Grund einer Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass die auf

¹⁴ UN (United Nations): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, 2006.

www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm#convtext; deutsche Version: [http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/UN BK Konvention Internet-Version FINAL.pdf](http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/UN_BK_Konvention_Internet-Version_FINAL.pdf)

¹⁵ Bielefeldt, H.: Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenkonvention. Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin, 2006; Graumann, S.: Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. IMEW konkret Nr. 11, März 2008. Online Version ISSN 1612-9997, <http://www.imew.de/index.php?id=405>

¹⁶ Arnade, S.: Zwischen Anerkennung und Abwertung. Behinderte Frauen und Männer im bioethischen Zeitalter. Politik und Zeitgeschichte 8 (2003), 3-6

die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, staatsbürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird.

Darüber hinaus verpflichtet die Konvention einen ratifizierenden Staat in Artikel 12 alle Bürgerinnen und Bürger zu einer gleichen Anerkennung vor dem Recht:

1. Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass behinderte Menschen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
2. ...und, dass behinderte Menschen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.

Wenn es in der Konvention dann auch heißt:

"Gegen den erklärten Willen des Volljährigen darf ein Betreuer weder bestellt, noch eine Betreuung aufrechterhalten werden."

scheint demnach § 1896 Absatz 1a BGB geändert werden zu müssen. Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung wären nur noch als seltene, sozusagen allerletzte Ausnahme zu rechtfertigen.¹⁷

Das innovative Moment der UN-Behindertenkonvention liegt darin, dass das Anerkenntnis der Gleichstellung verbunden ist mit dem Anspruch auf wirksame Hilfe und Unterstützung. Ohne diese Verklammerung wäre die Konvention nur ein weiteres Lippenbekenntnis. Es ist nun Aufgabe der Politik, die Konvention auch in Deutschland in Gesetzgebung und gesellschaftliche Praxis umzusetzen.

Außerdem ist entstanden das

(2.) Disability Mainstreaming:¹⁸

Der Begriff Disability Mainstreaming bezeichnet die Absicht, die Gleichstellung von Behinderten auf allen gesellschaftlichen Ebenen durchzusetzen.

Die Einforderung von Disability Mainstreaming stützt sich auf die genannte UN-Behindertenkonvention.

Für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung setzt die Politik Behindertenbeauftragte ein. Auf betrieblicher Ebene gibt es Schwerbehindertenvertretungen. Als ergänzende Strategie dazu macht Disability Mainstreaming die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung zur Aufgabe von allen, auch jenseits des Feldes der Sozialpolitik. Nicht mehr die Unterscheidung von Behinderten und Nichtbehinderten wie im Defizit-Ansatz, sondern das Zusammenleben von Menschen und die Achtsamkeit gegenüber Menschen mit den je unterschiedlichen und individuellen Seinsweisen und Lebensformen im Sinne des Diversity-Ansatzes soll die Normalität sein. Ein solches wertschätzendes und nicht diskriminierendes Verständnis von der Qualität der Vielfalt Verschiedenheit von Menschen im Bewusstsein und in der Gesellschaft Praxis bis auf die Ebene der Gemeinden und Familien umzusetzen, würde weitreichende Konsequenzen nach sich ziehen, gerade auch im Rehabilitationswesen.

¹⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.: Die UN Behindertenkonvention nur ratifizieren, wenn gleichzeitig alle psychiatrischen Sonder-Entrechtungsgesetze abgeschafft werden. Presseerklärung vom 27. März 2007

¹⁸ Grüber, K.: Disability Mainstreaming. IMEW konkret Nr. 10, Dezember 2007. Online Version ISSN 1612-9997

Richten wir jetzt noch kurz den Blick nach innen, auf uns selbst, hier in Oldenburg und in der Region:

Wie könnte eine engere Vernetzung und Integration der am Rehabilitationsprozess beteiligten Menschen, Einrichtungen und Träger in Oldenburg aussehen?

Ich möchte dazu fünf Hinweise geben:

1. **Gemeinsame fachübergreifende Fallkonferenzen.** Jede Hirnverletzung hinterlässt psychische Folgen und auch Spuren im sozialen Zusammenleben. Umgekehrt wissen wir, dass frühe Traumatisierungen sich bis in hirnstrukturelle Veränderungen mit Störungen der Persönlichkeitsbildung, des Selbstbildes, des Verhaltens und Erlebens auswirken und nicht selten ungünstige Lebenskarrieren bis hin zur psychosozialen Stigmatisierung, Diskriminierung, Selbstverletzung und Kriminalisierung begründen.
2. Deshalb scheint ein **Ausbau interdisziplinärer Konsiliar- und Liaisondienste** über den sozialpsychiatrischen Dienst hinausgehend bereits im Akutbereich sowie zwischen dem Akut- und Rehabereich notwendig und sinnvoll.
3. **Öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen und Bürgerforen** zur Förderung des Problembewusstseins und des Unterstützungspotenzials in der Gemeinde im Sinne von Community Health Services und Disability Mainstreaming. Bezüglich gemeindenaher Gesundheitsdienste leistet der *Oldenburger Verein zur Förderung der psychischen Gesundheit* und das *Psychiatrische Gesundheitszentrum Oldenburg*, welches seit März 2007 eine ambulante integrierte psychiatrische Versorgung zur medizinischen Behandlung und Hilfen zur Vermeidung von Chronifizierung und Beschränkung von Klinikbehandlungen auf das Notwendigste anbietet, eine hervorragende Arbeit. Vergleichbares ist in der Neurologischen Rehabilitation für Oldenburg und der Region nur erst in Ansätzen zu erkennen, z.B. in Form einiger weniger teilstationärer und ambulanter Angebote, während es an einer flächendeckenden ambulanten oder mobilen Rehabilitation für Menschen mit neurologischen Behinderungen fehlt. Erst vor wenigen Jahren wurde in Wardenburg eine einzigartige Tagesstelle für Hirnverletzte aus Kostengründen geschlossen. So etwas müsste eigentlich der Vergangenheit angehören.
4. **Gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungen** bis hin zur universitären Lehre und Forschung, insbesondere Versorgungsforschung. Auch hier liegen, gerade was im Zusammenwirken mit den Einrichtungen der Universität, die sich in fast jeder Fakultät auch mit Fragen der Rehabilitation beschäftigen, völlig brachliegende Potenziale. Diese könnten zum Beispiel für Oldenburg als Stadt der Wissenschaft im Jahr 2009 durch entsprechende Initiativen, wie sie am Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik an der Universität angedacht worden sind, ins Leben gerufen und genutzt werden könnten.
5. **Kontinuierliche Weiterentwicklung der vorhandenen Potenziale.** Hierbei sind nicht nur die Betroffenen und erfahrenen Bürger und ihre Begleiter, sondern vor allem auch die Verantwortlichen auf Seiten der Kostenträger und Politik in einen fortwährenden Evaluations- und Weiterentwicklungsprozess einzubeziehen: Welche Angebote und Leistungen soll ein integriertes und vernetztes Rehasystem in Oldenburg und der Region für seine Bürgerinnen und Bürger anbieten und leisten?

An dieser Stelle soll an ein hervorragendes Beispiel für Integration und Rehabilitation erinnert werden, an die Veranstaltung zum 25-jährigen Bestehen des Oldenburger Vereins zur Förderung der psychischen Gesundheit e.V., die am 1. September 2007 gemeinsam mit dem Gedenkkreis

Wehnen in Verbindung mit dem jährlichen Gedenktag für die Opfer der NS-„Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen im Alten Oldenburger Landtag durchgeführt wurde. Durch die Einbeziehung von Angehörigen in die öffentliche Trauerarbeit wurde Bewältigungsarbeit für erlittenes Unrecht und Leid im Sinne von Integration der damaligen Gräueltaten in den Verantwortungsbereich der ganzen Gesellschaft geleistet wie zugleich die Opfer und ihre Angehörigen durch das öffentliche Erinnern und Gedenken im menschlichen und sozialen wie auch im politischen Sinn rehabilitiert wurden.

4.) Mein Ausblick ist:

Rehabilitation ist, gerade aus integrativer Sicht, eine gesellschaftliche Daueraufgabe, deren objektiver Bedarf stetig zunimmt. Wie widersprüchlich sich diese Entwicklung jedoch in den Ausgabenanteilen der Gesetzlichen Krankenversicherungen widerspiegelt (also ohne den Anteil der Rentenversicherungsträger), mögen nachfolgende Zahlen belegen:

Im ersten Halbjahr 2008 wurden in Deutschland folgende Kostenanteile ermittelt:

- für die Krankenhausbehandlung (Akutkrankenhaus, kurative Medizin): 34 Prozent
- für Arzneimittel und Apotheken: 18 Prozent
- für die ambulante ärztliche Behandlung: 15 Prozent
- für die Verwaltungskosten: 5 Prozent

und

- für Vorsorge und Rehabilitation: ganze 1,57 Prozent!

Nur noch die Anteile für Häusliche Krankenpflege und Fahrtkosten waren geringer. Obwohl für den Einzelnen von großer Bedeutung und oft Schicksal entscheidend sind Vorsorge und Rehabilitation in unserer Gesellschaft und Gesundheitspolitik, auch wenn man die Anteile der Rentenversicherung für Rehabilitationsleistungen in Höhe von etwa 4 bis 5 Prozent dazu zählt) von viel zu geringem Wert. Es wird dabei übersehen, dass jede Rehabilitationsmaßnahme eine Investition in die Zukunft ist. Diese aber steht und fällt mit einem solidarisch finanzierten Sozialsystem.

Einrichtungen und Unternehmen, gerade auch im Rehabilitationswesen, werden in Zukunft nur dann erfolgreich sein, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Herz und Seele, mit Hingabe und Engagement die Ziele mittragen, Visionen entwickeln und umsetzen können.

Rehabilitation scheint, mit einem ernüchternden Seitenblick auf die Dialektik von Bertolt Brecht gewandt, das Einfache zu sein, das schwer zu machen ist.

Dafür wünsche ich Ihnen, uns allen, viele gute Einsichtungen, Gespräche, gemeinsame Taten und Erfolge!

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!

Korrespondenz:

Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Schwerpunkt Klinische Neurorehabilitation
und Interdisziplinär Angewandte Neurowissenschaft

Postfach 2503
D-26111 Oldenburg
www.uni-oldenburg.de

und

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
Neurorehabilitation
Abt. für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte
Früh- und Weiterführende Rehabilitation
Wachkomazentrum
Steinweg 13-17
D-26122 Oldenburg
Tel: +49/441/236-402
Fax: +49/441/236-715
Dr.andreas.zieger@evangelischeskrankenhaus.de