

inmitten – Band 5:

Bewährtes bewahren – Neues gestalten – Wissenschaftliches Symposium

inmitten

Klaus-Peter Becker (Hrsg.)

Bewährtes bewahren – Neues gestalten

Wissenschaftliches Symposium
aus Anlass des 90. Geburtstages
von Prof. em. Dr. paed. habil.
Klaus-Peter Becker



Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Klaus-Peter Becker (Hrsg.)

Bewährtes bewahren – Neues gestalten

Wissenschaftliches Symposium
aus Anlass des 90. Geburtstages
von Prof. em. Dr. paed. habil.
Klaus-Peter Becker



Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

IMPRESSUM

Herausgeber:

Prof. em. Dr. habil. Klaus-Peter Becker
im Auftrag des Vorstandes
der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

© Alle Rechte bei den Herausgebern
und bei der Autorenschaft

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen
des Urheberrechts ist ohne Zustimmung
des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und die Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronischen Systemen.

Lektorat:

Klaus-Peter Becker, Florian Demke

Layout:

Christina Kaminski

Anschrift:

Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost,
Allee der Kosmonauten 23 B, 10315 Berlin

Internet: www.stiftung-reha.berlin

Druck:

DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH,
Wilhelm-Kabus-Straße 21-35, 10829 Berlin

ISBN 978-3-9814923-6-1

Gender Mainstreaming

Der Vorstand der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost
ist darauf bedacht, im Sinne des „Gender Mainstreaming“
Frauen und Männer sowie Mädchen und Jungen
gleichberechtigt anzusprechen.

Sollte in einem Text nur die weibliche
oder männliche Form zu finden sein, dürfen sich trotzdem
beide Geschlechter angesprochen fühlen.



Vorwort

Dipl. Soz. Arb./Soz.Päd. (FH) Florian Demke, M.A.
LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte
gGmbH

Anlässlich des 90. Geburtstages von Prof. em. Dr. paed. habil. Klaus-Peter Becker, langjähriger Vorstandsvorsitzender des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost e.V. und Mitglied des Vorstandes der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, fand am 04.03.2016 im Senatssaal der Humboldt-Universität zu Berlin ein Symposium

mit dem Titel „Bewährtes bewahren – Neues gestalten“ statt. Ich hatte die große Ehre, neben der Koordination der Vorbereitungen auch die Rolle des Moderators übernehmen zu dürfen und möchte Ihnen, so Sie denn nicht persönlich anwesend waren, einen kurzen Abriss des Symposiums, das von der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost und der Gesellschaft für Humanontogenetik e.V. veranstaltet wurde, geben.

Bei der Veranstaltung, die durch den Vorstandsvorsitzenden der Stiftung, Dipl.-Päd. Helmut Siebert, eröffnet wurde, referierten neun namhafte Wissenschaftler ganz unterschiedlicher Disziplinen zu vielfältigen Themen, die alle einen Bezug zur Theorie und Praxis der Rehabilitationspädagogik aufweisen konnten. Die Ihnen nun vorliegende Publikation legt noch einmal eindrucksvoll Zeugnis über die Interdisziplinarität der Beiträge ab. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere Besonderheiten, die erwähnt werden sollten. Erstens, der Ort: Im Senatssaal der Humboldt-Universität fand am 25.06.1969 eine Festveranstaltung statt, in deren Rahmen Klaus-Peter Becker zum Direktor der am 01.05.1969 gegründeten Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft berufen wurde.¹ Zweitens, die Referenten: Alle Vortragenden einte, dass sie eine persönliche Beziehung zum Jubilar haben, sei es, weil Sie ehemalige Studierende, Aspiranten bzw. Doktoranden oder Kollegen waren bzw. im letzteren Fall sogar noch immer sind. Dieser Umstand war für alle Beteiligten, und vermutlich auch für die anwesenden Gäste, deutlich zu spüren, denn die Symbolik des Tagungsthemas lässt sich

¹ Wer mehr über die Geschichte der Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität erfahren möchte, kann auf die 2007 beim Waxmann Verlag erschienene und von Klaus-Peter Becker und Klaus-Dietrich Große verfasste Publikation „Pädagogik für Behinderte an der Humboldt-Universität zu Berlin. Ein geschichtlicher Abriss“ zurückgreifen.

m. E. nur auf der Grundlage von Beziehungen, dem gemeinsamen Be- und Nachsinnen und der Vielschichtigkeit von persönlichen Begegnungen (er)leben. Die insgesamt 180 Gäste ließen jedenfalls, nachdem der Jubilar sein Schlusswort gesprochen hatte, den Abend bei einem gemeinsamen Umtrunk im Restaurant Cum Laude ausklingen, wobei die lebhaft geführten Gespräche und Diskussionen darauf schließen ließen, dass das Ansinnen der Veranstalter, einen interdisziplinären Austausch anzuregen, erfolgreich umgesetzt werden konnte.

Heute halten Sie nun den Tagungsband zum Symposium, den 5. Band der Schriftenreihe „inmitten“, in Ihren Händen. Er wird denjenigen von Ihnen, die persönlich nicht anwesend sein konnten, einen umfassenden Überblick über die Inhalte der Veranstaltung liefern und beinhaltet darüber hinaus auch interessante Gastbeiträge von Prof. Wolfgang Lamers und Prof. Martin Hahn.

Letztlich möchte ich mich an dieser Stelle insbesondere bei meinen Kollegen aus der LWB gGmbH für ihre umfassende Unterstützung, ohne die die Vorbereitung und Durchführung des Symposiums nicht möglich gewesen wäre, bedanken!

Inhalt

Eröffnung des Symposiums (Dipl.-Päd. Helmut Siebert)	10
Leben im Dienste der Menschen mit Behinderung.....	10
Und nun das Erstaunliche	12
Mit Augenmaß, Können, Selbstvertrauen und Glück.....	13
Respekt und Anerkennung.....	14
Zum 90. Geburtstag von Herrn Prof. Dr. Klaus-Peter Becker <i>(Prof. Dr. paed. Wolfgang Lamers)</i>	17
Herzlichen Glückwunsch	17
Literatur	21

REFERATE

1 Der Umgang mit der Unvollkommenheit – Klaus-Peter Becker und die unruhige Wissenschaft (Prof. Dr. sc. phil. Karl-Friedrich Wessel)	23
1.1 Die Unvollkommenheit, die für Unruhe sorgt.....	25
1.2 Inklusion – die Lösung?	28
1.3 Literatur	32
2 Teilhabe von Anfang an – Möglichkeiten und Barrieren in der Rehabilitation nach schweren erworbenen neurologischen Beeinträchtigungen (apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger)	33
2.1 Persönliche Vorbemerkung.....	33
2.2 Problemhintergrund.....	33
2.3 Teilhabe von Anfang an.....	37
2.4 Barrieren und Mängel.....	39
2.5 Partizipatives Nachsorge – und Teilhabemanagement	40
2.6 Schlussbemerkung.....	43
2.7 Literatur	44

3 Menschen mit Behinderung – Berufliche Tätigkeit als Entwicklungschance (Prof. Dr. sc. nat. Elke van der Meer)	46
3.1 Einleitung	46
3.2 Teilstudie 1	47
3.3 Teilstudie 2	48
3.4 Zusammenfassung und Diskussion der zentralen Ergebnisse der Studien	52
3.5 Literatur	55
4 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Werkstatt für behinderte Menschen (Prof. Dr. phil. Reinhard Burtscher)	57
4.1 Gesundheit und Gesundheitsförderung definieren	57
4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	59
4.3 Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung	59
4.3.1 BGF – ein vernachlässigtes Thema	60
4.3.2 Die Arbeitsunfähigkeitsquote	60
4.3.3 Beitragsfaktor Gefahrenklasse	61
4.3.4 Demografischer Wandel	61
4.3.5 Verbesserungen der Arbeitszufriedenheit	61
4.3.6 Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Betrieben	62
4.4 Ein Beispiel guter Praxis in der Lichtenberger Werkstatt	62
4.5 Fazit und Ausblick	65
4.6 Literatur	66
5 Gehörlose Eltern und Kinder mit Cochlea Implantat (CI) – Ergebnisse aus einem Forschungsprogramm (Prof. Dr. habil. Annette Leonhardt)	68
5.1 Hinführung	68
5.2 Entstehung des Forschungsprogramms	69
5.3 Was ist das Besondere an einer CI-Versorgung gehörloser Kinder gehörloser Eltern?	70
5.4 Pilotstudie	70
5.5 Vergleich der Entwicklungen der CI-Versorgung von Kindern hörender Eltern mit der von hörgeschädigten Eltern	72
5.6 Familiensituation	74
5.7 „Aus kleinen Leuten werden große Leute“ – CI-Kinder als Erwachsene	76
5.8 Abschließende Bemerkungen	78
5.9 Literatur	80

6	Memories of Humboldt University of Berlin in Retrospect (<i>Tirussew Teferra, Professor & Laureate</i>)	82
7	Sonderpädagogik in allgemeinen und sonderpädagogischen Lehramtsstudiengängen? Die Gretchenfrage nach den Basics und dem Spezifischen einer Profession (<i>Prof. Dr. rer. nat. Gabriele Ricken und Prof. Dr. paed. Sven Degenhardt</i>)	85
7.1	Notwendige inklusive Bedingungen	86
7.2	Nötige Kompetenzen	88
7.3	Spezifische Perspektive am Beispiel der Pädagogik bei Beeinträchtigung des Sehens: Universal Design – individuelle Bildungspläne – Kompetenzprofil	89
7.4	Entwicklung Inklusionsrelevanter Expertise in Lehramtsstudiengängen am Beispiel des Hamburger Projekts ProfaLe	93
7.5	Literatur	96
8	Von der Rehabilitativen Bewegungserziehung zum inklusiv gestalteten Sport (<i>Prof. Dr. paed. habil. Gudrun Ludwig</i>)	98
8.1	Rehabilitative Bewegungserziehung im Kontext der Rehabilitationspädagogik	98
8.2	Motorische Entwicklung in ihrer Heterogenität und Vielfalt als Basis eines inklusiven Sports	100
8.3	Ansätze für inklusiven Sport	103
8.4	Literatur	112

ZUGESANDTE BEITRÄGE

9	Zur aktuellen Konzeption des Instituts für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin (<i>Prof. Dr. paed. Wolfgang Lamers</i>)	114
10	Inklusion – was ist das? (<i>Prof. Dr. Martin Th. Hahn</i>)	121
	Vorbemerkungen	121
	Zum Anlass des Nachtrages	121
	Zur Unterscheidung von Integration und Inklusion	122
	I. Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) als Rechtsgrundlage für Inklusion	122
	Ausgewählte Aussagen der BRK	122
	Stationen des Vorlaufes der BRK und ihre Analyse	123
	II. Anthropologisch-pädagogische Aspekte der Inklusion	127
	Das Recht auf Leben	128
	Zusammenhang zwischen Freiheit und Wohlbefinden	128

Behinderung als erschwerte Realisierung von Wohlbefinden.....	129
Assistenz resp. Unterstützung und Solidarität.....	130
III. Inklusion als Weg zu einer solidarischen Gesellschaft.....	130
Inklusion bedeutet Wahrnehmung.....	130
Inklusion bedeutet Kommunikation.....	130
Inklusion bedeutet Erwerb von Empathie.....	131
Inklusion bedeutet Solidarität	131
Inklusion (BRK): Weg zu einer solidarischen Gesellschaft.....	132

ZU DEN AUTOREN	134
-----------------------------	------------

GRATULATIONSSCHREIBEN	138
------------------------------------	------------

SCHLUSSWORT	151
--------------------------	------------

FOTOGALERIE	155
--------------------------	------------

Eröffnung des Symposiums

Eröffnung des Symposiums

Dipl.-Päd. Helmut Siebert,
Vorstandsvorsitzender der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost



Lieber Klaus-Peter,
sehr geehrte Frau Prof. Becker,

am 23. Februar diesen Jahres hast Du, Klaus-Peter, im Kreise Deiner Familie, mit Deinem Jugendfreund Hilmer Kießling aus Dresden und dem Ehepaar Blaha aus Wien, Deinen 90. Geburtstag begangen. Die Feier fand 700 Kilometer von Berlin im beschaulichen, winterlichen Walchsee statt.

Ich war anwesend und überbrachte Dir meine persönlichen und die Glückwünsche der Stiftung. Das war vor zehn Tagen. Und nun dürfen wir hier, im Senatssaal der Humboldt-Universität zu Berlin, ein wissenschaftliches Symposium Dir zu Ehren und in Hochachtung vor Deiner Lebensleistung veranstalten. Ich möchte Sie alle, liebe Freunde, liebe Gäste, dazu herzlich begrüßen.

Leben im Dienste der Menschen mit Behinderung

Erlauben Sie mir, eingangs ein paar Worte zur Würdigung dieses Lebens im Dienste der Menschen mit Behinderung auszusprechen. Klaus-Peter Becker gehört zu dem immer kleiner werdenden Kreis derer, die den 2. Weltkrieg als Soldat überlebten. Er war im Sanitätsdienst, wurde selbst schwer verwundet und eine Militärärztin der Roten Armee rettete sein Leben. Er ging in das zerbombte Dresden und hatte die Absicht, Medizin zu studieren.

Die Chancen dafür aber standen denkbar schlecht. Er ergriff deshalb die Gelegenheit und wurde Neulehrer, legte die 1. und 2. Lehrerprüfung ab und lernte die Gehörlosenschule kennen. Es reifte daraufhin der Gedanke, Menschen mit physisch-psychischen Schäden den Weg ins Leben zu ebnen. 1949, im Alter von 23 Jahren, erfolgte seine Immatrikulation zum Erweiterungsstudium an der Abteilung Sonderschulwesen der Humboldt-Universität zu Berlin. Er war damit Student und gleichzeitig Mitgestalter des Aufbaus der Abteilung zum Institut für Sonderschulwesen.

Er legte die Prüfung als Lehrer für Hör- und Sprachgeschädigte ab, erhielt 1954 eine Aspirantur, wurde Assistent, promovierte 1958 zum Dr. paed. und wurde wissenschaftlicher Oberassistent.

1962 erfolgte die Habilitation und 1964 – im Alter von 38 Jahren – war er Professor mit Lehrauftrag. Als Nachfolger der Professoren Dahmann und Voigt wirkte er von 1966 bis 1969 als Direktor des Instituts für Sonderschulwesen an der Humboldt-Universität.

In diese Zeit fällt auch mein Kennenlernen von Prof. Becker, denn im September 1968 begann mein Studium zum Lehrer für Gehörlose an seinem Institut.

1969 erfolgte durch die Zusammenlegung des Instituts für Sonderschulwesen und des Instituts für Phonetik und Kommunikationswissenschaft die Gründung der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft mit Prof. Dr. Klaus-Peter Becker an der Spitze. Ich erinnere mich noch an zahlreiche Gespräche zur Namensgebung der Sektion. Ausgehend vom Begriff des lebenslangen Lernens war Sonderschulwesen ausgeschlossen. Heilpädagogik wurde wegen der Bedeutungsvielfalt verworfen und gegen den Begriff Sonderpädagogik gab es semantische und politische Einwände.

Klaus-Peter Beckers Sichtweise – vielfach begründet und publiziert – setzte sich schließlich durch.

Es war die steile Laufbahn eines Mannes, der nach den verheerenden Folgen des Weltkrieges vom Gedanken beseelt war, seinen Teil zum Aufbau des Landes beizutragen. Er war deshalb so erfolgreich, weil er zu den Intellektuellen gehört, die begriffen hatten, dass eine Hochschulkarriere allein kein Beweis von besonderer Lebensleistung ist.

Wer Jahrzehnte seines Lebens nur in Hochschulen verbringt, der ist durch den Anpassungsprozess ganz sicher nicht lebensklüger geworden.

Klaus-Peter Becker wusste das.

Er verließ deshalb, so oft wie es möglich war, die Universität und stürzte sich ins Leben.

Das Leben damals vor 50 Jahren – überwiegend die Zeit des Kalten Krieges – spielte sich diesseits und jenseits des eisernen Vorhanges, in Ost und West, ab.

Er suchte die interdisziplinäre Kooperation und den facettenreichen Erfahrungsaustausch mit Wissenschaftlern und Praktikern aus sozialistischen und kapitalistischen Staaten.

Er wurde Berater der UNESCO von 1964 bis 1987 und wirkte in Rehabilitation International mit. Dabei lernte er Oscar Blaha kennen.

Klaus-Peter Becker war von 1965 bis 1990 Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie und von 1986 bis 1990 Vorsitzender der Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR.

Seine Publikationen und seine Wortmeldungen in Fachzeitschriften und auf Kongressen sind zahlreich, die weltweite Anerkennung für seine Verdienste groß.

So schrieb vor wenigen Tagen Prof. Stephan R. Schroeder, Emeritus Director und Professor des Schiefelbusch Instituts der Universität zu Kansas/USA:

„Ich möchte Ihnen zu den großen Leistungen gratulieren, die Sie jahrelang zum Wohle der Menschen mit Behinderung vollbracht haben, und dies nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. 1983 begann die Zusammenarbeit mit der DDR und den Vereinigten Staaten im Rahmen des Programms der Agentur für Internationale Zusammenarbeit der Vereinigten Staaten. Wir gestalteten die folgenden acht Jahre, indem wir unter verschiedenen Gesichtspunkten Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen austauschten, viele Rehabilitationsprogramme in beiden Ländern in Augenschein nahmen, ein vergleichendes Wörterbuch schrieben und danach trachteten, die adäquaten Worte für unsere Ideen zu finden.“¹

1991 endete die Gelehrtentätigkeit an der Humboldt-Universität mit der Emeritierung.

Und nun das Erstaunliche

Er beginnt eine zweite Karriere, eine ehrenamtliche. In der Wendezeit, im November 1990, hatte sich in Berlin-Lichtenberg der gemeinnützige Verein Rehabilitationszentrum Berlin-Ost gegründet. Eine der ersten Aufgaben des Vereins bestand in der Übernahme des kommunalen Stadtbezirksrehabilitationszentrums in die Vereinsträgerschaft, um damit die bestehenden Strukturen denen der alten Bundesländer anzugleichen. Bewährtes sollte erhalten bleiben, die guten Erfahrungen anderer übernommen werden. Mit Unterstützung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – seit 1. Juli 1991 war der Verein Mitglied dieses Spitzenverbandes – wurde das Ziel zum 1. Oktober 1991 mit Übernahme der Werkstatt für Behinderte und zum 1. Januar 1992 mit Übernahme der weiteren Teile des Stadtbezirksrehabilitationszentrums erreicht.

Genau in diese Zeit – also Anfang des Jahres 1992 – konnte Klaus-Peter Becker als Vereinsmitglied gewonnen werden.

Wenige Monate später, am 1. Dezember 1992 wählte die Mitgliederversammlung des Vereins mit überwältigender Mehrheit Klaus-Peter Becker zu ihrem Vorsitzenden. Er war 66 Jahre alt.

Die erfolgreiche Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost von damals bis heute ist eng mit dem Wirken von Klaus-Peter Becker verbunden und wäre ohne seine Lebenserfahrung, seine schöpferische Intelligenz und Weitsicht so wohl nicht möglich gewesen. Das Motto dieses Symposiums

„Bewährtes bewahren – Neues gestalten“

war in all den Jahren auch Motto des Vereins bzw. seit 2008 der Stiftung.

Zahlreiche von Klaus-Peter Becker in den Universitätsjahren vorgedachten Tatbestände und Visionen konnten in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten realisiert werden.

¹ siehe Glückwunschs Schreiben von Prof. Schroeder, Abs. 1 u. 2, S. 148, deutsche Übersetzung

Mit Augenmaß, Können, Selbstvertrauen und Glück

Dabei baute er auf den Erfahrungen der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und der Eltern und Angehörigen auf, die diese seit 1968 unter sehr schwierigen Bedingungen im Stadtbezirk Lichtenberg bei der Betreuung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung gesammelt hatten. Die Anfangsjahre, von der Wende bis 1998, waren besonders schwer. Wo sollte man anfangen? Musste man sich zuerst um die berufliche Rehabilitation und den Aufbau der Werkstatt kümmern? War nicht die Schaffung neuer Plätze in Heimen wichtiger? Mussten nicht auch die maroden Gebäude saniert und die Qualifizierung der Mitarbeiter vorangetrieben werden?

Mit Augenmaß, Können, Selbstvertrauen und Glück meisterte der Vereinsvorstand mit Klaus-Peter Becker an der Spitze die Anfangsschwierigkeiten.

Ich selbst war damals Geschäftsführer von Reha-Ost und verantwortlich für das operative Geschäft.

Zwischen Klaus-Peter Becker und mir gab es in all den Jahren eine wunderbare Zusammenarbeit die geprägt war von Offenheit, Vertrauen und einem intensiven Austausch über alle Fragen, die wichtigen und die scheinbar nebensächlichen.

Jeden Montag so gegen 8:00 Uhr erkundigte er sich telefonisch nach meinem Befinden.

Wir sprachen danach den Wochenplan ab.

Der Dienstag war dann unser Beratungstag in meinem Dienstzimmer. Ein eigenes „Vorstandszimmer“ hatte Klaus-Peter Becker in all den Jahren nicht und auch die Sekretärin, Frau Rottke, arbeitete für uns beide.

Neben dem intensiven Gedankenaustausch besuchten wir regelmäßig alle Standorte von Reha-Ost in Berlin und unsere Zweigstelle in Schollene, Sachsen-Anhalt.

In Abständen von vier bis sechs Wochen fanden die Vorstandssitzungen statt. Klaus-Peter Becker fehlte nicht ein einziges Mal.

Der Austausch im Vorstand, das Vorstellen neuer Pläne und Ideen und die Berichterstattung über das Erreichte waren von besonderer Bedeutung. Klaus-Peter Becker war der Kommunikator, der Überzeuger, der Vermittler, wenn nötig auch der Schlichter. Im Vorstand waren immer Eltern von Töchtern und Söhnen mit geistiger Behinderung. Die Meinung dieser Vorstandsmitglieder war ihm besonders wichtig. Ihre Meinung orientierte sich in erster Linie am Menschen und nicht an irgendwelchen kleinlichen Regeln. Sie waren kritische und konstruktive Vorstandsmitglieder und nicht einfach nur Bedenkenträger.

Sie zu überzeugen – und ich denke dabei besonders in Ingrid Finzel, Prof. Dr. Gerhart Lindner, Prof. Dr. Klaus Heuer und Ingrid Morgenstern – war stets eine Herausforderung.

Besonders schwierig war die Überzeugungsarbeit übrigens dann, wenn es sich nicht um Vorhaben für Menschen mit geistiger Behinderung, sondern beispielsweise um Projekte des Kinder- und Jugendhilfebereiches, für finanziell Benachteiligte, Projekte mit Finanzierung aus der Pflegeversicherung oder für Menschen mit psychischen Behinderungen handelte.

Diese Betrachtungsweise macht auch deutlich, dass – bei aller Vielfalt – die Hauptaufgabe von Verein und Stiftung in der Unterstützung der Menschen mit geistiger Behinderung bzw. von Menschen mit Mehrfachbehinderungen lag und liegt.

Respekt und Anerkennung

Mit Bravour haben Klaus-Peter Becker und sein Team die großen und kleinen Aufgaben der zurückliegenden 25 Jahre gemeistert und das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost zum allseits anerkannten Sozialunternehmen entwickelt.

Und er stellt sich den neuen Herausforderungen, seit September 2013 als Mitglied des Stiftungsvorstandes, ist Vordenker und Mitrealisierer zugleich.

Inklusion ist für ihn nicht nur ein Modewort. Er will Beispiele schaffen und weiß natürlich, dass dies auch Geld kostet.

Klaus-Peter Becker schaut auf die Menschen, die in den Einrichtungen der Tochtergesellschaften arbeiten, wohnen und leben, teilweise schon seit Jahrzehnten.

Und weil Älterwerden für ihn kein Problem ist, wünscht er sich auch von den Mitarbeitenden in den Einrichtungen, dass sie auf die Besonderheiten der älteren Menschen mit geistiger Behinderung eingehen.

Dass sie in Werkstatt und Tagesförderstätte auf den Ruhestand vorbereitet werden. Dass der ABFB in der Remise seine Angebote auch für Senioren mit geistigen Behinderungen gestaltet. Und die Wohnstätten dafür Sorge tragen, dass ihre Bewohner dort wohnen bleiben können, wo sie seit Jahrzehnten ihr Zuhause haben. Dazu wird es nötig sein, dass die Mitarbeitenden in den Wohnstätten sich der verändernden Unterstützungsbedarfe bewusst sind und beispielsweise bei akuten oder chronischen Erkrankungen und bei psycho-sozialen Krisen und in der Pflege fachlich versiert handeln können.

Klaus-Peter Becker hat immer die Verantwortung des Gesetzgebers deutlich gemacht. Er verwies darauf, dass auch im Alter Leistungen der Eingliederungshilfe benötigt werden und Pflege und medizinische Behandlungspflege – unabhängig von der Wohnform – nebeneinander in Anspruch genommen werden können. Das Wohnen in einer Wohnstätte muss als eigene Häuslichkeit anerkannt werden. Hierzu sind die Vorschriften im SGB XI und SGB XII entsprechend anzupassen.

Klaus-Peter Becker genießt weit über die Grenzen des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost hinaus Respekt und Anerkennung.

Die Ehrung mit der Ehrennadel in Gold des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes ist dafür das äußere Zeichen.

Wer von Ihnen noch mehr über Prof. Dr. Klaus-Peter Becker erfahren möchte, dem empfehle ich den 13. Band der Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung, herausgegeben von Prof. Martin Hahn.

Prof. Hahn lässt Zeitzeugen des 20. Jahrhunderts aus Ost und West zu Wort kommen. Sie schildern ihr Handeln für Menschen mit geistiger Behinderung unter jenen Rahmenbedingungen, die zu ihrer Zeit gegeben waren.

Lieber Klaus-Peter,

mir ist nicht bekannt, ob Dir der Name Paul Bocuse etwas sagt.

Er ist der Inbegriff der klassischen französischen Küche, ein Weltmeister seines Faches, hoch geachtet. Paul Bocuse ist so jung wie Du, er wurde am 11. Februar diesen Jahres 90.

Aber Ihr habt noch mehr Gemeinsamkeiten, als nur Geburtsjahr und Geburtsmonat:

- Ihr seid beide mit eurem Leben zufrieden.
- Ihr habt beide Charme und Charisma.
- *Bocuse kocht nicht mehr selbst, sondern lässt kochen.
Er begründete es vor Jahrzehnten damit, dass Monsieur Ferrari seine Autos auch nicht selbst baut.*
- Du hast mir das Vertrauen geschenkt, die Firmen über Jahrzehnte zu leiten und Pläne umzusetzen.
- *Bocuse hat die Nouvelle Cuisine mit begründet, die besagt, Frisches vom Markt schonend zubereiten.*
- Du hast das gemeinwesenintegrierte Wohnen in Schollene mitgestaltet und bist nun dabei, ein Projekt in Berlin-Karlshorst zu errichten, was den Namen „inklusiv“ mit Recht verdient.
- *Bocuse hat für sein Restaurant bei Lyon drei Michelin-Sterne erhalten.*
- Würde man in unserem Bereich Sterne vergeben, mindestens drei hätte „Reha-Ost“ auch erhalten.
- *Bocuse macht für sein Verköstigungsunternehmen Reklame und kocht vor Fernsehkameras.*
- Du gestaltest für „Reha-Ost“ die Öffentlichkeitsarbeit, führst wissenschaftliche Symposien durch und bist Herausgeber der Stiftungsreihe „inmitten“.

Es gibt noch mehr Gemeinsamkeiten, aber ich will es bei diesen Beispielen belassen.

Ein Lebensbereich unterscheidet Euch aber grundlegend:

- *Paul Bocuse teilt mit drei Gefährtinnen sein Leben, denn für den französischen Küchenpapst gehören Bett- und Gaumenfreuden zusammen.*
- Du bist seit 65 Jahren glücklich verheiratet. Dies ist sicher ein Grund, wenn nicht gar der Grund, Deiner Lebenszufriedenheit, Gesundheit und inneren Ruhe.

Lieber Klaus-Peter,

das offizielle Glückwunschsreiben der Stiftung zu Deinem 90. Geburtstag schließt mit der Hoffnung, dass die Arbeit der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, insbesondere die wissenschaftliche Tätigkeit, die Herausgabe weiterer Editionen der Schriftenreihe „inmitten“ und die Realisierung des Projektes „Inklusives Pferdesport- und Reittherapiezentrum Berlin-Karlshorst“ auch weiterhin durch Dich wertvolle Unterstützung erfahren möge.

Dem ist nichts hinzuzufügen.

Zum 90. Geburtstag von Herrn Prof. Dr. Klaus-Peter Becker

Prof. Dr. paed. Wolfgang Lamers,
Leiter der Abteilung Geistigbehindertenpädagogik
am Institut für Rehabilitationswissenschaften
der Humboldt-Universität zu Berlin



Herzlichen Glückwunsch

Prof. Dr. Klaus-Peter Becker reiht sich in eine illustre Schar von Jubilaren ein: Königin Elisabeth II., Komiker Jerry Lewis, Playboy Herausgeber Hugh Hefner, Ikea Gründer Ingvar Kamprad, Schriftsteller Siegfried Lenz, Schauspielerin Marilyn Monroe und Staatspräsident Fidel Castro feiern wie er in diesem Jahr ihren 90. Geburtstag. Als Prof. Dr. Becker am 23.02.1926 das Licht der Welt in Görlitz erblickt, gehen die Goldenen Zwanziger Jahre bereits ihrem Ende entgegen. Der weltweite konjunkturelle Aufschwung und die Blütezeit der deutschen Kunst, Kultur und Wissenschaft der 1920er Jahre werden durch die Weltwirtschaftskrise 1929 beendet.

Der Jahrgang 1926 ist eine Generation, dass weiß ich aus den Erzählungen meines ebenfalls 1926 geborenen Vaters, die schon früh mit den Zwängen und Vereinnahmungen des Naziregimes konfrontiert wird: Hitlerjugend und Schulzeit im Krieg, die für viele junge Menschen dieser Zeit auch jäh mit einem Kriegseinsatz, mit Disziplinierungen, Demütigungen, Einschränkungen und bedrückenden Erlebnissen endet. Solche Erfahrungen muss auch Prof. Dr. Becker gemacht haben, der unmittelbar nach dem Abitur noch 1944 als 18-Jähriger zum Kriegsdienst eingezogen wird, anschließend in sowjetische Gefangenschaft gerät und schwer erkrankt aus dem Lazarett entlassen wird.

Mit dem Eintritt in den Schuldienst 1946 beginnt seine berufliche Karriere als Pädagoge. Nach der 1. und 2. Lehrprüfung (1949) legt Prof. Dr. Becker 1950 das Staatsexamen als Lehrer für Hör- und Sprachgeschädigte an der Humboldt-Universität zu Berlin ab. Vier Jahre später beginnt er eine wissenschaftliche Aspirantur, die er 1958 mit der Promotion abschließt. Mit seiner Habilitation 1962 übernimmt Prof. Dr. Becker eine Dozentur für Sprachheilkunde und wird zum Leiter der Fachrichtung Pädagogik der Sprachgestörten am Institut für Sonderschulwesen der Pädagogischen Fakultät der Humboldt-Universität ernannt. 1964 erfolgt die Berufung als Professor auf den Lehrstuhl für Sprachheilkunde/Rehabilitationspädagogik am Institut für Sonderschulwesen an der HU Berlin, dessen Leitung er auch ab 1966 übernimmt. Von 1969 bis zur Gründung des Fachbereichs für Rehabilitationswissenschaften im Jahre 1991 und

seiner Entpflichtung aus dem Hochschuldienst war Prof. Dr. Becker mehr als zwanzig Jahre Leiter der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Diese nüchternen Daten einer wissenschaftlichen Vitae sagen kaum etwas über die tatsächlichen Verdienste von Prof. Dr. Becker als Wissenschaftler und als ehrenamtlicher Akteur aus. Sein umfassendes Lebenswerk lässt sich nachfolgend allerdings nur in Fragmenten darstellen.

Herr Prof. Dr. Klaus-Becker gilt als einer der herausragenden Rehabilitationswissenschaftler der DDR. Bei einer gesamtdeutschen Betrachtung der „Behindertenpädagogik“ kann man ihn gemeinsam mit Otto Speck (ebenfalls 1926 geboren) als einer der Nestoren der deutschen „Nachkriegsbehindertenpädagogik“ bezeichnen.

Die brillante und auch in der Nachwendezeit in der Behindertenpädagogik anerkannte akademische Karriere von Herrn Prof. Dr. Becker dokumentieren nicht nur ca. 150 Fachartikel und mindestens 15 Monografien bzw. Lehrbücher als Autor und Mitautor, sondern auch aktive Mitgliedschaften und Funktionen sowie Ehrenberufungen in diversen wissenschaftlichen Fachgesellschaften (z. B. Vorsitzender der Gesellschaft für Rehabilitation der DDR, Mitglied von Rehabilitation International, der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter sowie Ehrenmitglied in der International Association for Logopedics and Phoniatrics).

Von seinen zahlreichen richtungsweisenden konzeptionellen und theoretischen Veröffentlichungen sei hier nur auf seinen wissenschaftlichen Beitrag zur Verbreitung und Verwendung der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH; heute: ICF „International Classification of Functioning and Health“) verwiesen, für die Prof. Dr. Becker sich von Anfang an einsetzte. Diese Perspektive hat er in Aufsätzen und Vorträgen bis in die jüngste Vergangenheit engagiert weiterverfolgt und vertieft (vgl. Becker 2009).

Mit dieser Positionierung hat er das in der DDR verbreitete Defizitmodell von Behinderung deutlich relativiert (vgl. Wellnitz 2003) und damit auf konzeptioneller Ebene im akademischen Bereich der Rehabilitationswissenschaften der DDR und auch für die Aus- und Weiterbildung von Lehrern und Lehrerinnen für Sonderpädagogik einen für die Praxis bedeutsamen Perspektivenwechsel im Blick auf Menschen mit Behinderungen eingeleitet, ausdrücklich die Förderperspektive in den Vordergrund gerückt und die Aufmerksamkeit auch auf die gesellschaftlichen Barrieren gelenkt, mit denen Menschen mit Behinderungen konfrontiert werden.

Die besonderen Verdienste von Prof. Dr. Becker im Ehrenamt wurden schon mehrfach an anderer Stelle gewürdigt (vgl. z. B. Große & Siebert 2006) und sollen nur kurze Erwähnung finden. Seit 1992 engagiert er sich kontinuierlich bis heute in der ehren-

amtlichen Arbeit für Menschen mit Behinderung, insbesondere in dem gemeinnützigen Verein „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V.“ (heute: Stiftung RBO), der sich vor allem der Förderung und Unterstützung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und schwer- und mehrfachbehinderten Menschen widmet. Im Rahmen seines vielfältigen Engagements hat Prof. Dr. Becker darüber hinaus maßgeblich an der Etablierung eines Mehrgenerationenhauses, an der Entwicklung einer integrativen Kindertagesstätte in Berlin-Lichtenberg sowie an der Etablierung von Beratungsangeboten für Demenzkranke und ihre Angehörigen und einer Begegnungsstätte für diesen Personenkreis mitgewirkt. Des Weiteren hat er das Enthospitalisierungsprogramm des Landes Sachsen-Anhalt durch die Unterstützung des Aufbaus der betreuten Wohnanlage Mühlenberg im Landkreis Stendal gefördert. Neben all diesen Aktivitäten findet Prof. Dr. Becker auch noch die Zeit, sich für die Integration von Menschen mit geistiger Behinderung bei den Special Olympics zu engagieren.

Die hier nur stichwortartig aufgezählten vielfältigen, langjährigen und kontinuierlichen Aktivitäten von Prof. Dr. Becker gehen weit über das Maß üblicher ehrenamtlicher Tätigkeiten hinaus. Er hat mit seinem kompetenten fachlichen Rat, seinem großen Engagement, seiner Überzeugungskraft und seinem Organisationstalent wichtige und innovative Anregungen für die Entwicklung kreativer und hilfreicher Angebote für Menschen mit Behinderungen im Stadtteil mit bemerkenswerten Ausstrahlungswirkungen gegeben und darüber hinaus die konkrete Umsetzung aktiv initiiert und mitgestaltet und für die notwendige Unterstützung in Öffentlichkeit und Politik geworben.

Auch in seiner ehrenamtlichen Tätigkeit in der Stiftung RBO ist es Prof. Dr. Becker ein wichtiges Anliegen, wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis fruchtbar zu machen. So ist es nicht verwunderlich, dass die Satzung der Stiftung den wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch vorsieht, der sich in zahlreichen bemerkenswerten Veröffentlichungen der Schriftenreihe „inmitten“ der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, niederschlägt, deren Herausgeber Prof. Dr. Becker seit 2011 ist, aber auch in zahlreichen Tagungen sichtbar wird, die aktuelle Themen aufgreifen.

Nicht zuletzt möchte ich als Geschäftsführender Institutsdirektor des Instituts für Rehabilitationswissenschaften, das im Jahr 1990 aus der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft hervorgegangen ist, die bedeutende Rolle von Prof. Dr. Becker für den Fachbereich skizzieren.

Im Rückblick besteht ein großes Verdienst Prof. Dr. Beckers darin, das in der DDR eher randständig und besonders in der Praxis weitgehend kirchlichen Einrichtungen und der Psychiatrie überlassene Gebiet der Versorgung von Menschen mit Behinderungen im akademischen Bereich und für die Lehrerbildung als wichtiges Erkenntnisfeld und als gesellschaftlich bedeutsamen Handlungsraum auszuzeichnen. Darüber hinaus

war es sein Anliegen eine rehabilitationswissenschaftliche Forschung im Dienste der Menschen mit Behinderungen durch sein großes wissenschaftsorganisatorisches Engagement und seine aktive Vernetzungsarbeit voranzubringen. Die über die an der Humboldt-Universität ausgebildeten Rehabilitationspädagoginnen und Rehabilitationspädagogen vermittelten Impulse für ein verbessertes Verständnis für Menschen mit Behinderung, für verbesserte interdisziplinär angelegte Diagnostik und gezielte und wissenschaftlich begründete Förderungspraxis wurden durch die Aktivitäten von Prof. Dr. Becker erheblich befördert (vgl. die Beiträge zur Festschrift für Prof. Becker in: Große & Siebert 2006).

Ein weiterer Verdienst seines wissenschaftlichen Wirkens besteht in der Umsetzung einer modernen interdisziplinären Ausrichtung der Rehabilitationswissenschaften mit seinem Plädoyer für eine enge Kooperation zwischen Medizin und Pädagogik. Damit hat Prof. Dr. Becker zur Überwindung der historisch langen Zeit disziplinär getrennten Sichtweisen auf Behinderung beigetragen und schon zu einem relativ frühen Zeitpunkt in den 80er Jahren in der DDR eine Umorientierung eingeleitet. Aber nicht nur die Überwindung einer Trennung zwischen Medizin und Rehabilitationspädagogik, sondern auch der fortwährenden fachwissenschaftlichen Ausdifferenzierung und Spezialisierung ein wissenschaftsintegratives Denken entgegenzusetzen, war ihm ein wichtiges Anliegen, was sich in seinem Bemühen niederschlug, die Rehabilitationspädagogik als fachübergreifende Wissenschaft auszubauen und zu festigen.

Sehr konkret spiegeln sich diese Bemühungen in der Struktur und in den Studienschwerpunkten der damaligen Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft, aber auch nach der Wende in den Diskussionen und in den Überlegungen zu neuen Strukturen im Fachbereich Rehabilitationswissenschaften wider (vgl. Becker & Große 2006). Die nach der Wende politisch erzwungenen personellen und strukturellen Veränderungen brachten jedoch angestrebte Reformen zum Erliegen. Weitere massive inhaltliche und personelle Einschnitte ab 1994 als Folge von Einsparungszwängen hatten auch inhaltlich weitreichende Folgen. Prof. Dr. Becker thematisiert und reflektiert diese Entwicklungen auch nach seiner Entpflichtung aus dem Hochschuldienst bis heute kritisch und macht auf die verpassten Chancen für die Rehabilitationswissenschaften im Zuge des deutschen Einigungsprozesses aufmerksam. Die Abschaffung der akademischen Ausbildung von sonderpädagogischen Fachkräften im Vorschulbereich, wie sie in der DDR Standard war, oder die ressourcenbedingte Auflösung der traditionsreichen und anerkannten Fachambulanz für Rehabilitation, sollen hier nur beispielhaft erwähnt werden (vgl. Becker & Große 2007).

Ein Artikel von Prof. Dr. Becker aus dem Jahr 1993 mit dem Titel „Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin“ endet im Ausblick mit dem Satz

„Inzwischen, so hoffe ich, wird sich der Fachbereich Rehabilitationswissenschaft an der Humboldt-Universität, der noch unter meiner Mitwirkung aus der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft Ausgang des Jahres 1990 hervorgegangen ist, konsolidieren und seinerseits die Geschichte in der einen oder anderen Richtung fortschreiben“ (Becker 1993, 238).¹

Abschließend möchte ich dem Jubilar im Namen des Instituts für Rehabilitationswissenschaften in Anerkennung seiner Lebensleistungen herzlich gratulieren und Prof. Dr. Becker weiterhin viel Schaffenskraft, Lebensfreude und Gesundheit wünschen.

Literatur

- B**ecker, Klaus-Peter (1993): Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin. In: Steinhöfel, Wolfgang (Hg.): Spuren der DDR-Pädagogik. Weinheim. S. 225-238.
- Becker, Klaus-Peter (2009). Die ICF im Spiegel der Rehabilitationspädagogik sowie der Integration und Partizipation. Bad Heilbrunn.
- Becker, Klaus-Peter; Große, Klaus-Dietrich (2007). Sechzig Jahre Pädagogik für Behinderte an der Humboldt-Universität zu Berlin 1947-2007. Ein geschichtlicher Abriss. Münster.
- G**roße, Klaus-Dietrich; Siebert, Helmut (Hg.) (2006). Rehabilitationspädagogik im interdisziplinären Kontext: Festschrift für Prof. Dr. habil. Klaus-Peter Becker. Berlin.
- W**ellnitz, Barbara (2003). Zur Entwicklung der Körperbehindertenpädagogik in der DDR in Heilpädagogik online 2003/4, S. 21-44

¹ Zur aktuellen Konzeption des Instituts für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin finden Sie in diesem Tagungsband einen gesonderten Artikel von Wolfgang Lamers. (Anm. d. Red.)

Referate

- 1 Der Umgang mit der Unvollkommenheit –
Klaus-Peter Becker und die unruhige Wissenschaft**
Prof. Dr. sc. phil. Karl-Friedrich Wessel
- 2 Teilhabe von Anfang an – Möglichkeiten und
Barrieren in der Rehabilitation nach schweren erworbenen
neurologischen Beeinträchtigungen**
apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger
- 3 Menschen mit Behinderung – Berufliche Tätigkeit
als Entwicklungschance**
Prof. Dr. sc. nat. Elke van der Meer
- 4 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Werkstatt
für behinderte Menschen**
Prof. Dr. phil. Reinhard Burtcher
- 5 Gehörlose Eltern und Kinder mit Cochlea Implantat (CI) –
Ergebnisse aus einem Forschungsprogramm**
Prof. Dr. habil. Annette Leonhardt
- 6 Memories of Humboldt University of Berlin in Retrospect**
Tirussew Teferra, Professor & Laureate
- 7 Sonderpädagogik in allgemeinen und sonderpädagogischen
Lehramtsstudiengängen? Die Gretchenfrage nach den Basics
und dem Spezifischen einer Profession**
Prof. Dr. rer. nat. Gabriele Ricken und Prof. Dr. paed. Sven Degenhardt
- 8 Von der Rehabilitativen Bewegungserziehung
zum inklusiv gestalteten Sport**
Prof. Dr. paed. habil. Gudrun Ludwig

1 Der Umgang mit der Unvollkommenheit – Klaus-Peter Becker und die unruhige Wissenschaft

Prof. Dr. sc. phil. Karl-Friedrich Wessel,
Vorsitzender der Gesellschaft für Humanontogenetik e.V./
Humboldt-Universität zu Berlin

Unvollkommen sind die Welt, die Gesellschaft, die Wissenschaft und natürlich auch jedes menschliche Individuum. Merkwürdigerweise streben wir dennoch nach Vollkommenheit, erreichen sie nie, aber dann doch in einem Maße, welches Wahrheit und Schönheit verbindet.

Unruhe ist daher auch ein Merkmal der Entwicklung von Erkenntnis, Sicherheit muss erarbeitet werden, dann bleibt sie auch gegenwärtig. Sind zudem die Zeiten unruhig, besonders unruhig, in denen Wissenschaft betrieben wird – sie sind es zumeist, aber heute und hier und im Zusammenhang mit unserem Gegenstand wohl extrem –, dann ist die Suche nach wissenschaftlicher Klarheit vielerlei Hürden ausgesetzt. Es kommt hinzu, dass die Entwicklung der Akteure, die Institut und Wissenschaft der Rehabilitationswissenschaft

vertraten, bis um das Jahr 1989 herum alles andere als gradlinig verlief, sowohl in persönlicher wie auch beruflicher Hinsicht, daher sollte Nachdenklichkeit uns begleiten, nicht der Zorn, so berechtigt er auch wäre, sondern Nachdenklichkeit, versehen vielleicht auch mit ein wenig Verständnis für die Verständnislosigkeit der Nichtbeteiligten. Nur so lässt sich ein Jubilar würdigen, der eingebunden ist in die sehr komplexe Vergangenheit.

Die Lebensdaten von Klaus-Peter Becker gehören nun wirklich zu den unruhigsten, die als Umgebung wissenschaftlichen Arbeitens anzunehmen sind. Ich bin mir sicher, wir können alle nur einen kleinen Teil davon erfassen, darum habe ich auch nicht die Absicht, eine Annäherung an die biographische Wirklichkeit zu versuchen. Zumal ich weiß, dass eine Autobiographie über die Jugendzeit bereits vorliegt und das folgende Leben alsbald in Lettern gegossen sein wird. Erst kürzlich erzählte mir Klaus-Peter – in seinem wunderschönen Arbeitsreich unter dem Dach seines Hauses, dem Himmel nahe –, dass er nur noch bis ins Jahr 2018 im Vorstand der Stiftung bleiben wolle,



dann begäße die intensive Arbeit an der Autobiographie. Das ist Zukunftsbezogenheit par excellence, zumal im 90. Lebensjahr.

Natürlich weiß ich, dass ein Schweizer Institut Deine Erfahrungen, lieber Klaus-Peter, längst gespeichert hat, ein achttündiges Interview und einen verfilmten Vortrag. Vergessen will ich natürlich nicht, dass es aus Deiner Feder und der einer Reihe anderer ein nicht unbedeutendes Schrifttum gibt, welches Ereignisse konserviert, bis es wieder gefragt sein sollte. Und dennoch, bevor ich auf die unruhige Wissenschaft eingehe, möchte ich einige Ereignisse im Leben von Klaus-Peter Becker hervorheben.

Klaus-Peter Becker ist Angehöriger der Generation, die in dem großartigen Film von Konrad Wolf „Ich war 19“ mit großer Symbolkraft dargestellt wird. Ich spreche ausdrücklich von Symbolkraft, weil die jeweiligen individuellen Erlebnisse sich möglicherweise jeder Darstellung entziehen, schwer zu verallgemeinern sind und zu Lebenshaltungen geführt haben, die nachfolgenden Generationen unverständlich erscheinen mögen.

In den wichtigen, ontogenetisch wichtigen Jahren zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr, den II. Weltkrieg erlebt zu haben, das prägt ein Leben lang, jedenfalls dann, wenn die Umgebung verpflichtet, diese Erinnerungen wach zu halten. Wer also herausfand aus dem Gewirr von Wahnsinn, im aufrechten Gang, und ein Ziel vor Augen hatte, welches heute allzu leicht diffamiert werden kann, der wusste fortan, was zu tun ist. Selbst dann folgten natürlich Höhe- und Tiefpunkte in einem rasanten Wechsel. Deutsche Geschichte und eingeschlossen natürlich auch die Wissenschaftsgeschichte ist nicht nur widersprüchlich, sondern hat zwei Lesarten, die in zwei Staaten gediehen und sich verfestigten. Leben ist nun einmal anstrengend und vor allem, bei allen Zuordnungen, immer einzigartig, dennoch vergleichbar, gemessen an humaner Qualität der Lebensabschnitte.

Dass Klaus-Peter Becker jetzt auf einem ziemlich hohen Gipfel steht und gelassen auf durchschrittene Täler und erstiegene Gipfel zu schauen vermag, was er nur sehr zurückhaltend tut, ist Ausdruck einer seltenen Intelligenz, einer abwartenden und zugreifenden Intelligenz, einer Intelligenz, die Erfahrung und immer neuen Lebensmut miteinander verbindet.

Ein paar Anmerkungen zu den Höhen der Vergangenheit seien genannt, da nicht allgemein bekannt. Klaus-Peter Becker gehört auch zu den Begründern der Humanontogenetik, lange vor 1989, und ebenso zu den Gründern der Gesellschaft für Humanontogenetik nach 1989. Er war Mitveranstalter der großen Tagung zur Humanontogenetik mit über 800 Teilnehmern im Januar 1989. Hier haben wir die Idee bekannt gemacht, eine komplexe Längsschnittstudie zu beginnen, die die biopsychosoziale Einheit Mensch in ihrer ontogenetischen Entwicklung zum Gegenstand haben sollte.

Hier muss natürlich erwähnt werden, dass eine ontogenetische Studie, angelegt auf der Basis der Idee der biopsychosozialen Einheit Mensch bereits abgeschlossen war und im Jahr 1991 unter dem Titel „Entwicklungsdynamik drei- bis neunjähriger Kinder“ erschien, die unter der Leitung von Klaus-Peter Becker mit seinem Institut erarbeitet wurde. Dass sowohl dieses Buch nicht die entsprechende Aufmerksamkeit fand und die Fortsetzung der Diskussion keine Chance hatte, muss hier nicht weiter begründet werden. Allerdings möchte ich anmerken, dass uns, der Berliner Gruppe, eine Reihe von Längsschnittstudien wohl bekannt waren, so die Bonner Studie (s. Lehr & Thomae 1987), die in vielerlei Hinsicht Vorbild war, oder auch die Rostocker Längsschnittstudie „Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung im frühen Kindesalter“ (s. Teichmann 1980).

Auch die Bemühungen von Paul Baltes und Kollegen waren uns gut bekannt (s. z. B. Baltes & Mittelstraß 1992). Allerdings muss betont werden, dass unsere Studie den Anspruch hatte, die ganze Ontogenese unter genereller Beachtung der biopsychosozialen Einheit zu untersuchen, wahrhaftig ein großer Anspruch, wir hatten uns auch um eine intensive Vorbereitung bemüht, eine spezielle Professur für die Methodik dieser Studien war im September eingerichtet worden (besetzt mit Lothar Sprung) und selbstverständlich setzten wir uns auch nach der sogenannten Wende mit Baltes in Beziehung, der uns aber eine ablehnende Haltung (was die Studie anbelangt) entgegenbrachte.

Unsere gemeinsame Tagung 1989, Klaus-Peter Becker gehörte zur Projektleitung, fand großen Zuspruch, sowohl in der Universitätsleitung als auch im Ministerium für das Hoch- und Fachschulwesen. Ich war drauf und dran, diese erworbene Akzeptanz auf's Spiel zu setzen durch die Absicht, ein Rundtischgespräch über das „Menschenbild“ durchzuführen, welches sich gegen das einseitige Menschenbild richten sollte. Klaus-Peter Becker wusste das Dilemma von der Konferenz fernzuhalten, ganz gegen meinen Willen. Weisheit ist tragender als ungestüme Entäußerung.

Viele Beispiele ließen sich aufführen, die direkte und indirekte Wirkung von Klaus-Peter Becker auf viele Vorhaben unseres Projektes verdeutlichen würden. Das aber können andere und vor allem er selbst viel besser, also gehe ich zu zwei Punkten über, die ich bereits angedeutet habe, zur unruhigen bzw. unvollkommenen Wissenschaft und zum Begriff der Inklusion.

1.1 Die Unvollkommenheit, die für Unruhe sorgt

Die Unvollkommenheit ist ein Merkmal sich entwickelnder Systeme. Das Erkennen eines solchen Systems gelingt daher immer sehr gut durch die Suche nach der Unvollkommenheit. Das setzt wiederum die Vorstellung einer Vollkommenheit voraus, die einen Un-

terschied charakterisiert. Schon dadurch ist der Grund für die „unruhige“ Wissenschaft gelegt, weil die Vorstellungen erheblich voneinander abweichen können bzw. verschiedene Mechanismen oder Methoden favorisiert werden. Geht es, wie in unserem Fall, um menschliche Individuen, haben wir es mit einer spezifischen Unvollkommenheit zu tun. Jedes Individuum ist gekennzeichnet durch eine Unvollkommenheit, die wir zumeist gar nicht wahrnehmen. Viele Unvollkommenheiten sind das Geheimnis von Individuen und sollten es auch für immer bleiben, denn anders wäre die Stabilität des Individuums nicht zu erreichen. Für die allgemeine Einschätzung haben wir den Begriff der Normvarianten zur Verfügung, der uns hilft, Klassen zu bilden. Wir schaffen so Ordnungen, die vorschnell sein können und das Wesen von Individuen nicht wirklich treffen.

Die Rehabilitationswissenschaften haben es in besonderer Weise mit den Normvarianten zu tun, die einer qualitativ recht unterschiedlichen Wertung unterliegen können und in ihrer Geschichte auch Wandlungen durchmachten. Ich erinnere, was die Geschichte der Rehabilitationswissenschaften in der DDR anbelangt, an den Versuch, diese als „Defektologie“ zu bezeichnen. Die Humboldt-Universität, mit Klaus-Peter Becker an der Spitze, hat sich vehement und erfolgreich gegen einen solchen Versuch, der vom Ministerium für Volksbildung ausging, gewandt. Das dahinterstehende Problem ist aber allgemeiner Natur. Genau besehen, ist es Ausdruck eines generellen Missverständnisses, welches im Menschenbild wurzelt, welches sehr oberflächlich im wörtlichen Sinne ist. Abweichungen von einem biologischen Bild vom Menschen sind auffälliger als Denkbehinderungen unauffälliger Art. Versagen der Denkfähigkeit wird eher übersehen als die Unregelmäßigkeit in der Fortbewegung. Ich will damit keineswegs bestreiten, dass es klare Zuordnungen zu Normvarianten gibt und viele davon auch relativ klar definiert sind, aber das ändert nichts an der Unzuverlässigkeit der Mehrzahl von Zuordnungen. Damit meine ich keineswegs nur die Begriffsentwicklung in der Rehabilitationswissenschaft selbst, sondern vielmehr das übergreifende Problem der Erkenntnis des menschlichen Individuums.

Die Rehabilitationswissenschaft ist keineswegs nur eine Spezialwissenschaft für spezielle Normvarianten menschlichen Daseins, dies auch, sondern eine Wissenschaft, die auf Erkenntnis und Entwicklung des menschlichen Individuums schlechthin abzielt. Das „ganze“ Individuum zeigt sich in unendlicher Vielfalt, darunter in allen Formen, die Gegenstand der Rehabilitationswissenschaft sind. Erst durch die Normenvielfalt lässt sich das menschliche Wesen wirklich erkennen. Dabei ist natürlich zu beachten, dass der Grund der Abweichungen von einer mittleren Norm qualitativ bestimmt wird. In der Realität existiert diese mittlere Norm, wenn überhaupt, nur als Zufall. Die Schwierigkeit besteht natürlich immer in der subjektiven Empfindung einer Abweichung durch das Individuum. Fällt z. B. eine akustische, optische o. a. Kompetenz völlig

aus, so ist die Einschränkung direkt sichtbar und spürbar, eine eingeschränkte kognitive Kompetenz dagegen kann überspielt oder gar nicht wahrnehmbar sein – auch durch das betroffene Individuum nicht.

Behindert, um dieses Wort wenigstens einmal unter die Feder zu bringen, sind wir alle und für die meisten Behinderungen gibt es gar keine Bezeichnung, obwohl sie nicht ganz unauffällig sind. Wir kompensieren sie, nein, wir bemerken sie nicht, verdrängen sie und haben gelernt, damit zu leben. Die Rehabilitationswissenschaft erspart sich den Gegenstand der unauffälligen Behinderten, es würde sie auch überfordern. Das klingt zwar provokativ, sollte aber nicht so verstanden werden. Es geht mir vielmehr darum, den Gegenstand der Rehabilitationswissenschaft zu relativieren, ihren Gegenstand in die Nähe einer grundsätzlichen Betrachtung des menschlichen Individuums zu bringen. Einerseits soll dadurch die Beeinträchtigung in die Mitte des Menschseins gezogen werden und andererseits relativiert werden, was als Abweichung bzw. Unvollkommenheit bezeichnet wird. Nehmen wir die biopsychosoziale Einheit Mensch als Norm, dann ist ihre Existenzweise unendlich vielfältig. Dass, um nur einen Aspekt hervorzuheben, die natürlichen und die sozialen Umweltbedingungen nicht allen Normvarianten gerecht werden bzw. verschiedene Normvarianten in ganz unterschiedlicher Weise auf Umweltbedingungen reagieren, ist ein besonderes Problem.

Eine Voraussetzung für die Wahrnehmung aller Rechte, die ein jedes Individuum hat, ist zweifelsohne ein humanistisches Menschenbild. Dies wiederum setzt ein Konzept voraus, welches wirklich allen Individuen gerecht wird. Die Humanontogenetik bietet ein solches Konzept, denn es verbindet die gesamte Ontogenese mit den strukturellen Momenten des Daseins, die im Begriff der biopsychosozialen Einheit enthalten sind. Menschenbilder, die nicht mit diesem Konzept in Verbindung stehen, sind einseitig, auf bestimmte politische oder soziale Interessen eingeengt. Dass es diesbezüglich in der jüngsten Geschichte bedeutsame Veränderungen gegeben hat, soll keineswegs geleugnet werden. Vernachlässigungen werden angeklagt und eingeklagt, starke soziale Bewegungen, häufig angeführt von Menschen mit Beeinträchtigungen, haben die Gesellschaft sensibler gemacht hinsichtlich der Interessen von Menschen mit erkennbaren und auffälligen Einschränkungen, und auch die mit dem Begriff der Inklusion verbundenen Konzepte wären zu nennen, auf die ich im Folgenden noch eingehen werde. Was ich allerdings für bedrückend halte, und das hebe ich im Kontext der Ehrung unseres Jubilars besonders hervor, ist der Versuch, die Bemühungen in der DDR, und damit des Instituts für Rehabilitationswissenschaft, als altmodisch und inhuman darzustellen und entsprechende Vorurteile zu unterstellen. Dass es in Ost und West kontroverse Diskussionen gab, ist unbestritten und so manches hat sich überholt; unbestreitbar ist auch, dass sich neue Ideen entwickelt und durchgesetzt haben und

intensive Diskussionen stattfinden. Aber im Jahre 1989 Konzepte nicht diskutiert zu haben, die erst heute aktuell sind, kann kein ernstzunehmender Vorwurf an die Vergangenheit sein.

Dass da noch viel aufzuarbeiten ist aus der deutschen Geschichte, will ich nur am Rande erwähnen. Zudem ist diese Geschichte auch sehr widersprüchlich, unausweichlich widersprüchlich, schon auf Grund der hohen Komplexität ihres Gegenstandes.

Ich erinnere nur an die Bemühungen von Wolfgang Jantzen um die Behindertenpädagogik (z. B. Jantzen 1987, 1990), der zeitweilig (vor 1989) auch in Leipzig lehrte und Kontroversen in Ost und West auslöste. Viele damals ausgelöste Diskussionen sind bis heute nicht beendet, was ich für ganz normal halte. Insofern hat die Geschichte eine Kontinuität dergestalt, dass zur Geschichte des heutigen Instituts auch die ganze Geschichte vor 1989 dazugehört. Wie mit diesem Sachverhalt umgegangen wird, ist eine ganz andere Frage. Für den Augenblick bin ich nicht sehr optimistisch, aber in Zukunft wird die ganze Geschichte der Bemühungen in beiden deutschen Staaten und im Kontext mit der entsprechenden Weltgeschichte Gegenstand der Aneignung von Konzepten, Theorien und praktischen Bemühungen sein.

1.2 Inklusion – die Lösung?

Ich gestehe, dass mich dieser Begriff, als ich ihn zum ersten Mal im Kontext mit der Rehabilitationswissenschaft zu hören bekam, irritierte, vor allem im Zusammenhang mit der Behauptung, dass es ein völlig neuer Ansatz wäre. Die mit dem Wort verbundenen Intentionen waren dagegen keineswegs neu. Heute weiß ich, dass mit diesem Wort neue Akzente gesetzt werden können, also der Begriff sich zu entfalten beginnt und Ansprüche formuliert, die nicht neu sind, aber eine neue Ordnung erfahren und so manche Forderung, vor allem gesellschaftlicher Art, unterstreicht bzw. offensiver formuliert. Aber auch diese müssen Schritt für Schritt ausgelotet werden, sowohl wissenschaftstheoretisch als auch politisch.

Die Integration von Kindern mit Down-Syndrom in normale Schulklassen (wie in Thüringen) ist gewiss ein notwendiger und sehr sinnvoller Versuch, wie überhaupt der generelle Umgang mit DS. Hier sind Fortschritte unverkennbar und sehr beachtenswert. Viele andere Beispiele könnten beigebracht werden. Diese sind aber nicht mein Gegenstand, ich möchte vielmehr auf ein generelles Problem aufmerksam machen.

Inklusion ist ein Begriff der Mengenlehre, der sehr gut Absichten in der Rehabilitationswissenschaft zu beschreiben vermag. Er besagt, wie allgemein bekannt, dass eine Menge M in einer Menge O enthalten ist, wenn jedes Element von M auch Element von O ist. Wenn in unserem Kontext O das Gattungswesen Mensch charakterisiert, ist ein jeder, zu welcher Teilmenge er auch immer gehört, ein Mensch und als ein solcher zu behandeln. Das ist mehr oder weniger eine Selbstverständlichkeit, die sich aber im konkreten

Leben schnell auflösen kann. Das eigentliche Problem liegt in der Tatsache, dass es viele Teilmengen von menschlichen Individuen gibt, die sich qualitativ erheblich voneinander unterscheiden. Viele Unterschiede fallen ohnehin unter den Tisch, weil sie für das Zusammenleben der Individuen in der Gemeinschaft unerheblich sind.

Aber auch die auffälligen Unterschiede sind erheblich und sind in ihren Ansprüchen auf Inklusion sehr spezifisch. Sie sind, jedenfalls dort wo es um wirkliche Inklusion geht, unaufhebbar, und genau darin liegt das Problem. Unterschiede, also auch Einschränkungen der verschiedensten Art, sind unter dem Gesichtspunkt der Inklusion unaufhebbar, also nicht unsichtbar zu machen. Wären sie aufhebbar, wäre der Begriff der Inklusion sinnlos. Inklusion bedeutet, alle Merkmale einer Teilmenge sorgsam zu beachten und in Beziehung zur Gesamtmenge zu setzen, also zu den Merkmalen, die diese ausmachen. Da wird es erhebliche Unterschiede geben, die es zu beachten gilt, was dann eben die Inklusion ausmacht.

Inklusion hat immer zwei wesentliche Aspekte, nämlich einerseits der Umgang aller mit allen, ganz unter Beachtung der Unterschiede, und andererseits der Umgang der Angehörigen einer Teilmenge mit all den anderen Angehörigen verschiedener Teilmengen. Jeder weiß um die Grenzen dieses Prozesses. Längst nicht jeder kommt mit den Angehörigen aller anderen Teilmengen in Beziehung. Es ist ein großes gesellschaftliches Erziehungsproblem, wie Individuen mit Individuen umgehen, die nicht zur eigenen Teilmenge gehören. Das ist nicht nur ein politisches Problem, wie es augenblicklich durch die Flüchtlinge an den Tag tritt, sondern auch ein Problem, welches psychologisch und verhaltenstheoretisch relevant ist. Dieses Problem ist zwar keineswegs ein Gegenstand der Rehabilitationswissenschaft, aber sie wird davon durchaus tangiert. Der Mensch ist auch so etwas wie ein „Normwesen“, er will sich in seiner Umgebung wohlfühlen, das heißt auch, sie nicht ständig hinterfragen zu müssen. Übrigens ist das ein jeder, auch derjenige, der mit Einschränkungen leben muss. Die Individuen unterscheiden sich allerdings hinsichtlich ihrer Offenheit für das jeweils andere, also durch die Flexibilität anderen „Normen“ gegenüber. Zu lernen mit den Grenzen anderer und den eigenen umzugehen, ist ein lebenslanger Prozess, weil immer Individuen auftreten können, die zu einer unbekannten Teilmenge gehören.

Ein häufig zu beobachtender Prozess ist die Verschleierung der Grenzen und Unterschiede, was nicht selten ganz unbewusst erfolgt. Dadurch sind der Inklusion Grenzen gesetzt, die wiederum im Prozess ihrer Durchsetzung berücksichtigt werden müssen. Die wirkliche gesellschaftliche und wissenschaftliche Leistung besteht darin, die Grenzen kenntlich zu machen. Die Vollendung der Inklusion ist die Beherrschung dieser Grenzen. Dass diese Grenzen einen sehr unterschiedlichen Charakter haben, gehört zu den großen Herausforderungen der Rehabilitationswissenschaft, denen sich die

unterschiedlichen Disziplinen stellen und dafür ihre eigenen Methoden haben, in die hineinzureden keinesfalls meine Absicht ist.

Jedenfalls ist die Einsicht, dass einerseits jedes menschliche Wesen ein Element des Gattungswesens Mensch ist, aber eben nie ein Element aller Teilmengen, eine fundamentale Voraussetzung für jede Form von Inklusion. Unter der Voraussetzung, dass jedes Individuum selbst eine eigne Klasse repräsentiert, ist die Bildung von Teilmengen bereits eine große theoretische Leistung.

Es gehört zu den fundamentalen Einsichten, dass nie eine Umwelt geschaffen werden kann, die für alle Individuen in gleicher Weise optimal wäre. Selbst das einfache Beispiel der Barrierefreiheit ist ohne Einschränkungen nicht zu realisieren. Das soll keineswegs bedeuten, dass diese nicht den Möglichkeiten gemäß herbeigeführt werden sollte. Ich will nur darauf verweisen, eigentlich eine Selbstverständlichkeit, dass es unmöglich ist, eine „vollkommene“ Welt für alle Arten der Einschränkungen zu schaffen. Wer nach Vollkommenheit der Umwelt für alle strebt, zerstört immer Teile der Umwelt für andere.

Eine bewusste Balance zwischen allen Möglichkeiten zu finden, ist auch eine Aufgabe der Rehabilitationswissenschaft, das muss ich zwar nicht denjenigen sagen, die sich beruflich damit beschäftigen, aber all jenen, die leichtfertig Forderungen stellen, die eine Gemeinschaft nicht oder noch nicht leisten kann. Alle Beteiligten an der Herstellung von günstigen Bedingungen für alle, sollten auch den Mut haben, Unvollkommenheiten zu akzeptieren und diese dann auch zu verteidigen.

Es gibt noch eine Gefahr im Umgang mit dem Begriff der Inklusion, die ich indirekt schon angesprochen habe. Inklusion heißt auch „Einsperrung“. Diese „Einsperrung“ hat eine doppelte Bedeutung. Einerseits, und das ist eine elementare Voraussetzung für die Entwicklung von Individuen überhaupt, befindet es sich immer in einem Käfig, d. h. in einer Umgebung, die Sicherheit bietet. Das Kleinkind wird geschützt, indem es eine bestimmte Umgebung nicht verlassen kann, der Erwachsene weiß zunehmend, in welche Situation er sich nicht zu begeben hat, will er ungefährdet leben und sich behaupten. Wir erlernen es, einen „Käfig“ zu akzeptieren, der uns eine sichere Existenz ermöglicht. Wir bemerken sehr wohl, wenn wir an die Grenzen kommen, weichen zurück oder bemühen uns, sie zu verschieben. Niemand wird freiwillig zum Pult eilen, wenn er nichts zu sagen hat (das niemand relativiere ich gern), aber wir können es bewusst unterlassen und dadurch unsere Sicherheit bewahren. Viele ähnliche Beispiele lassen sich nennen.

Andererseits hat die „Einsperrung“ aber auch eine negative Seite im Zusammenhang mit der Inklusion. Ich kann ein Individuum zwingen, in einer Umwelt zu leben, die es stets auf seine „Schwächen“ aufmerksam werden lässt. Es ist keineswegs immer die

beste Voraussetzung für Entwicklung, einer Umwelt ausgesetzt zu sein, die stets die Grenzen aufzeigt. Wohlgemeinte Inklusion kann zu einer Überforderung führen, und zwar zu einer beidseitigen. Die Individuen der Umgebung, in der ein Individuum mit Einschränkungen leben soll, und das Individuum, welches in dieser Umgebung leben muss, können betroffen sein. Hier mit Sorgfalt abzuwägen, welche Qualität, welchen Umfang Inklusion hat und dies vor allem noch unter der Berücksichtigung des ontogenetischen Entwicklungsstandes, ist eine sehr große wissenschaftliche und soziale Aufgabe.

Abschließend möchte ich auf ein Problem hinweisen, welches für die Inklusion, ich könnte auch sagen: für die Integration, von großer Bedeutung ist. Wenn es um die Beeinflussung, Erziehung von Individuen mit „Einschränkungen“ geht, also um Individuen, die per definitionem Gegenstand der Rehabilitationswissenschaft sind, dann geht es auch um die Erziehung zur Souveränität, also um die Beherrschung der eigenen inneren Angelegenheiten (s. Wessel 2015, S. 637 - 675).

Mir scheint, dass eines der wichtigsten Ziele, in welchen Abstufungen auch immer, die Gewinnung der Souveränität durch die betroffenen Individuen ist. Sie bedeutet, unter anderem, dass das Individuum mit seiner Einschränkung umzugehen weiß. Natürlich ist einsichtig, dass die Rehabilitationswissenschaft es auch mit Gruppen von Individuen zu tun hat, denen es schwer fällt, Souveränität zu gewinnen, aber auch hier geht es darum, die Frage zu beantworten, ob und inwieweit eine solche zu erreichen ist. Inwieweit sie bei kognitiven und psychischen Einschränkungen erreicht werden kann oder eben nicht, klären Spezialisten auf.

Aber für den großen Bereich der Einschränkungen, die keine kognitiven Ursachen haben, ist die Frage nach der Qualität der Beherrschung der eigenen inneren Angelegenheiten fundamental. Das ganze Spektrum, vom permanenten Leiden unter der Einschränkung bis zur souveränen Beherrschung ist möglich und in der Realität anzutreffen. Ich wage es hier nicht, Beispiele zu bringen, weil ich die Vielfalt der Individuen, die Gegenstand der Forschung und des praktischen Umgangs in der Rehabilitationswissenschaft sind, nicht kenne. Ich bin allerdings überzeugt, dass die Souveränität ein ganz wichtiges Ziel der Erziehung bzw. der Beeinflussung ist. Damit ist auch die Beziehung zur allgemeinen Erziehungswissenschaft hergestellt, die unter anderem auch den fließenden Übergang zwischen verschiedenen Beeinträchtigungen zu untersuchen hat.

Dass Klaus-Peter Becker, gewollt und ungewollt, mit der Stiftung ein Betätigungsfeld geschaffen hat, welches es gleichermaßen mit Forschung und praktischer Bewältigung fundamentaler Probleme des Umgangs des Menschen mit dem Menschen zu tun hat, bleibt ein großes Verdienst. Ich wünsche und hoffe, dass er sich nicht zurückzieht und uns noch viele Impulse für Theorie und Praxis gibt.

1.3 Literatur

- Baltes**, Paul B.; Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.) (1992): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung (Forschungsbericht der Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Nr. 5). Walter de Gruyter, Berlin, New York: 814 S.
- Jantzen**, Wolfgang (1987): Allgemeine Behindertenpädagogik, Bd. 1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Ein Lehrbuch. Beltz Verlag, Weinheim, Basel: 368 S.
- Jantzen**, Wolfgang (1990): Allgemeine Behindertenpädagogik, Bd. 2: Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik und Therapie. Ein Lehrbuch. Beltz Verlag, Weinheim, Basel: 368 S.
- Lehr**, Ursula; Thomae, Hans (Hrsg.) (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart: 324 S.
- Teichmann**, Helfried (1980): Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung im frühen Kindesalter. Rostocker Längsschnittstudie bei Zweijährigen. Dissertation B. Wilhelm-Pieck-Universität Rostock: 319 S.
- Wessel**, Karl-Friedrich (2015): Der ganze Mensch. Eine Einführung in die Humanontogenetik oder Die biopsychosoziale Einheit Mensch von der Konzeption bis zum Tode. Logos Verlag, Berlin: 708 S.

2 Teilhabe von Anfang an – Möglichkeiten und Barrieren in der Rehabilitation nach schweren erworbenen neurologischen Beeinträchtigungen

apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger,
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



2.1 Persönliche Vorbemerkung

Sehr geehrter Herr Becker,
sehr geehrte Frau Becker,

es ist für mich eine große Ehre, zu diesem Symposium eingeladen zu sein und Ihnen, lieber Herr Becker, auf diesem Wege zu Ihrem 90. Geburtstag gratulieren zu können. Vor fast genau 25 Jahren war es mir gegeben, anlässlich Ihrer Verabschiedung von der Humboldt-Universität wegen Erreichens Ihres 65. Lebensjahres am Wissenschaftlichen Kolloquium „Komplexe Behinderungen physisch-psychisch Geschädigter – Stand und Entwicklungstendenzen“ am 22. Februar 1991 hier im Senatssaal der Humboldt-Universität zu Berlin teilnehmen zu können. Der damalige Titel meines Vortrages lautete: „Neuropädagogik – Ein neues Konzept in Behindertenpädagogik

und neurologischer (Früh-)Rehabilitation“. 1993 habe ich Sie dann mit meiner Tochter besucht, und im Oktober 2014 haben wir uns auf dem Kongress „Inklusion braucht Rehabilitation – Wege zur Teilhabe“, veranstaltet von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), in deren Hauptvorstand ich seit dem Jahr 2000 mitwirke, in Berlin wieder getroffen. Diese Begegnungen zusammenfassend bin ich Ihrer Einladung zu diesem Symposium und Geburtstagsjubiläum gern gefolgt. Und vor diesem Hintergrund werde ich heute, sehr komprimiert, auf Erfahrungen und Forschungsergebnisse, die sich in den letzten 25 Jahren insbesondere auf dem Gebiet der Rehabilitation von Menschen mit Hirnschädigung (Neurorehabilitation) entwickelt haben, eingehen.

2.2 Problemhintergrund

Eine Hirnschädigung betrifft das Gehirn als soziales Organ des Menschen wie des Menschseins.[1,2] Wie bei keinem anderen Lebewesen vermittelt das menschliche

Gehirn als „Zentralorgan“ des Menschseins in entscheidendem Maße die Persönlichkeitsentwicklung als Ko-Evolution in Person-Umwelt-Beziehungen. Das menschliche Gehirn ist lebenslang auf Bindung und Beziehung, Dialog und Kommunikation, Interaktion und Partizipation angelegt. Dafür grundlegend ist die außergewöhnliche Plastizität mit der Fähigkeit zur Anpassung, Kreativität und zum lebenslangen Lernen. Hirnschäden, „angeboren“, „erworben“ oder „perinatal“, durch Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Sauerstoffmangel im Rahmen von Herzstillstand und Reanimation bedingt, können den Aktivitäts- und Partizipationsstatus und damit die Teilhabechancen einer Person in allen Lebensbereichen und in der Gemeinschaft mehr oder weniger schwer beeinträchtigen. Bedingt durch die großen plastischen Potenziale des Gehirns können die funktionalen Störungen und strukturellen Schäden des Gehirns durch Umorganisation der Hirntätigkeit, durch Umstrukturierung und Umbildung der funktionellen Netzwerkarchitektur wiederhergestellt und durch Neubildung von Nervenzellen wie von funktionellen Hirnsystemen ausgeglichen und verändert werden. Voraussetzungen für ein solches „Recovery“ (Erholung, Remission) sind eine „angereicherte Umgebung“ (als fördernder Kontextfaktor durch die Umwelt), eine hohe Motivation des Betroffenen und seiner Angehörigen (als personenbezogener Kontextfaktor und



Abb. 1: Schema der ICF (WHO 2001; nach Zieger 2014: 70) [8]

soziale Ressourcen) und die Vermeidung behindernder Barrieren im Rahmen einer intensiven, umfassenden und auf die individuellen Bedarfe und Teilhabeziele abgestimmten Rehabilitation in interdisziplinärer und partizipativer Teamarbeit. Das hierfür notwendige und weltweit verbindliche Rahmenkonzept ist mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2001) eingeführt worden.[3] (Abb. 1).

Eine Hirnschädigung stellt nicht nur für die betroffenen Personen, sondern auch für die Familie, Angehörige und Freunde ein einschneidendes Ereignis dar. Patienten wie Angehörige stehen vor großen Herausforderungen mit erheblichen Belastungen.[4] Infolge einer Hirnschädigung können nicht nur mehr oder weniger schwere Funktionsstörungen im Bereich der Mobilität, Kommunikation und Selbstversorgung bis hin zu schweren Bewusstseinsstörungen mit Entwicklung eines Komas, Wachkomas oder Hirntodsyndroms auftreten, sondern auch Arbeits- und Berufsunfähigkeit. Ein solches Ereignis wird von Betroffenen und Angehörigen häufig auch als persönliche Kränkung, als Niederlage und Verlust erlebt. Dies wiederum kann schwere Schuld- und Schamgefühle auslösen, zu Selbstvorwürfen und zu Gefühlen der Selbstentwertung, zu nichts mehr nützlich zu sein, zu Existenzängsten und Depressionen führen. Bedingt durch diese Gefühle und die wahrgenommenen familiären, schulischen, beruflichen und sozialen Partizipations- und Teilhabe einschränkungen kommt es häufig zum Rückzug von Freizeitaktivitäten, Vereinsleben und sozialen Kontakten mit der Folge von Vermeidung und Abwehr, Ausgrenzung und Selbst-Isolation. Bedingt durch soziale, finanzielle und wirtschaftliche Benachteiligungen kann die Situation zum Abstieg in die Sozialhilfe und schlimmstenfalls Armut führen. Gegen solche Entwicklungen „Vom Koma in die Sozialhilfe“ hat sich der Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. bzw. die Deutsche Wachkoma Gesellschaft seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts mit dem Motto „Vom Koma zurück in die Gemeinde!“ tausendfach öffentlich gestellt.

Jede Hirnschädigung hat außerdem eine große soziale und volkswirtschaftliche Bedeutung. Geht man von ca. 8 Mio. Menschen mit sozialrechtlich anerkannten Behinderungen aus, was 10 Prozent der Gesamtbevölkerung von ca. 80 Mio. Einwohnern in Deutschland entspricht, so kommt man mit je 400.000 Personen, die mit den Folgen eines Schädel-Hirntraumas oder Schlaganfalls in Deutschland leben und zusätzlich ca. 200.000 Personen, die wegen anderer chronischer neurologischer Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Locked-in-Syndrom (LIS) oder Neuromuskulären Erkrankungen wie zum Beispiel Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), davon 20.000 kritisch-chronisch Kranke mit Beatmung, auf insgesamt ca. 1 Mio. neurologisch-chronisch „Behinderte“ bzw. „Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH)“ (Menschen mit fortgeschrittener Demenz nicht einbezogen). Diese Personengruppe weist einen hohen und komplexen Versorgungs-, Rehabilitations- und Teilhabebedarf auf. Darin sind diejenigen Menschen, die in

Deutschland mit einer sogenannten „angeborenen“ neurologischen Behinderung leben, die heute als „Menschen mit geistiger Behinderung“ oder „Menschen mit Lernbeeinträchtigung“ klassifiziert werden und immer häufiger das Erwachsenenalter erreichen, nicht einbezogen. Ob für diese Menschen mit dem „Hinüberwachsen“ aus den Sozialpädiatrischen Zentren in die im neuen Versorgungstärkungsgesetz von 2015 vorgesehenen Medizinischen Zentren für erwachsene Behinderte (MZEb) ausreichend Abhilfe geschaffen werden wird, muss an dieser Stelle offengelassen werden. Ziel muss in jedem Fall jedoch sein, individuelle Gleichstellung, Selbstbestimmung und Lebenszufriedenheit durch Rehabilitation und Teilhabe/Inklusion im Sozialraum umzusetzen und als fachlichen Anspruch und sozialpolitischen Willen umzusetzen und zu erreichen.

Teilhabe als Ziel der Rehabilitation stellt einen ethischen Imperativ dar, der in Form der Inklusionsbewegung heute eine Utopie für die Zukunft aufweist. Mit der ICF der WHO (2001) wurde Teilhabe als „das Eingebundensein einer Person in alle Lebensbereiche“ (Integration/Inklusion) international etabliert. [8] Parallel wurden mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX (2001) „Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung in der Gemeinschaft“ als Ziel der Rehabilitation und als Gebot der Solidarität in Deutschland bestimmt. [5] Erst aber mit der Ratifizierung der Menschenrechtskonventionen für Behinderte der Vereinten Nationen (UN-BRK 2006) durch Deutschland im Jahr 2008 und seit 2009 rechtskräftig, wurde mit Artikel 26 ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation mit „wirksamen und angemessenen Maßnahmen Personen mit Behinderungen zu befähigen ... ein Maximum an Unabhängigkeit sowie die volle Partizipation und Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu erhalten“, verankert. Dazu sind die teilnehmenden Staaten verpflichtet, umfassende Befähigungs- und Rehabilitationsdienste und -programme ... nächstmöglich zur eigenen Gemeinde, auch in ländlichen Gebieten, zu organisieren.“ [6]

Der Gedanke, Rehabilitation als einen integrativen Prozess zu begreifen, der Menschen mit einer Hirnschädigung eine Rückkehr in Schule und Ausbildung, Arbeit und Beruf, Familie und Gemeinschaft ermöglicht, hat seit den Anfängen der Rehabilitation im 19. Jahrhundert Pate gestanden und sich im „Neurologischen Rehaphasenmodell“ konkretisiert (Abb. 2).

Dieses Stufenmodell wurde von den Pionieren der nachkriegswestdeutschen Neurorehabilitation in enger Zusammenarbeit mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR 1995) und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 1996) Mitte der 90er Jahre entwickelt. [7] Im Kern geht es um den Grundsatz „Vom Koma zurück in die Gemeinde“. Das Modell beschreibt den stufenförmigen Entwicklungsverlauf im überwiegend stationären Rehabilitationsprozess von der Phase A (Akut- und Intensivversorgung) über die Phase B (intensive Frührehabilitation ohne und mit Beatmung) über die anschließende Phase C (Frühmobilisation) und D (Training und Stabilisierung von Alltagsaktivitäten) zur Phase E (teilstationäre, ambulante, berufliche Rehabilitation

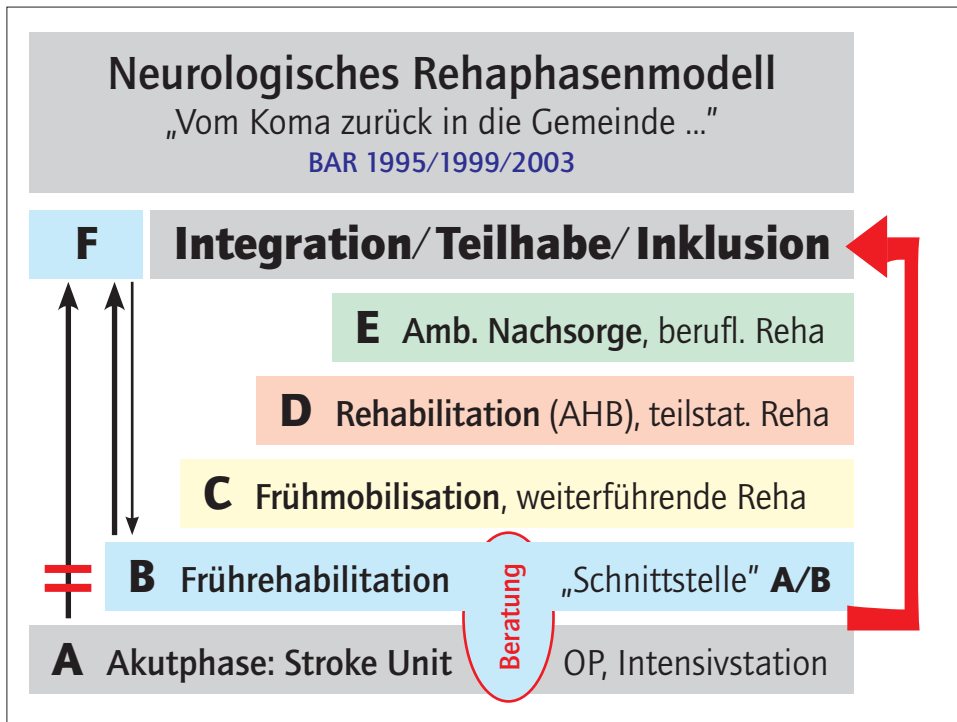


Abb. 2: Schema des Neurologischen Rehaphasenmodells (nach Zieger 2014: 69) [8]

und Nachsorge als „Brücke zur Inklusion“) bis hin zur vollständigen Re-Integration in die Gemeinschaft oder in die Langzeitversorgung in Phase F (mit ambulanten oder stationären ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Hilfen). Dabei gilt es als obsolet, einen hirngeschädigten Intensivpatienten, ohne Frührehabilitationsversuch direkt in eine Pflegeeinrichtung, ambulante Wohngruppe oder häuslich-familiäre Versorgung der Phase F gemäß des sozialrechtlichen Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zu verlegen.

2.3 Teilhabe von Anfang an

Entgegen weit verbreiteter Auffassungen, wonach mit Maßnahmen zur Partizipation und Teilhabe erst nach Abschluss der stationären Rehabilitation zu beginnen sei, gilt in der Neurorehabilitation der Grundsatz „Teilhabe von Anfang an!“ Denn es sind die positiven Wirkungen der menschlichen Gemeinschaft und Zusammenarbeit, die als Umgebungsfaktoren einen unschätzbar anregenden und fördernden Einfluss auf das Rehabilitationsgeschehen haben. Das Angesprochenwerden und Gemeintsein eines einzelnen Patienten durch das interdisziplinäre Rehteam und das damit ausgedrückte Zugehörigkeitsgefühl verleihen allen am Rehaprozess Beteiligten Anerkennung, Wertschätzung und sinnvolle Bedeutung für das große Ziel der Wiedereinbin-

dung und Wiedereinbeziehung eines infolge einer schweren Gesundheitsstörung oder drohender Behinderung aus der Gemeinschaft ausgeschlossenen Mitgliedes.

Der dialogische, Teilhabe ermöglichende, Prozess beginnt mit der Hinwendung zum schwerkranken, komatösen und/oder beatmeten Kranken auf der Intensivstation, mit der pflegerischen Umlagerung im Krankbett, dem frühmobilisierenden und frühvertikalisierenden Aufsetzen im Bett und auf die Bettkante, dem Transfer in den Bett- oder Rollstuhl, dem Aufrichten und Hinstellen vor das Bett mit zwei oder drei Hilfspersonen in interdisziplinärer Absprache und Kooperation, ggf. unter Beteiligung naher Angehöriger. [9,10] Im weiteren Verlauf tritt außer dem fortwährenden Kommunikationsaufbau die Ausweitung der Mobilisierung innerhalb des Stationszimmers, auf dem Stationsflur, im Krankenhaus und im Krankenhausgelände sowie außerhalb des Krankenhauses in Form einer Belastungserprobung oder eines Ausfluges in die Umgebung. Hierbei bietet sich der Besuch von Patienten und Angehörigen in der Cafeteria oder auf die Sonnterrasse, die gemeinsame Beteiligung an Gruppenaktivitäten (Musik, Singen, gesellige Spiele, Rekreation, Tierbesuch), gemeinsame Spaziergänge in das Krankenhausgelände, Stadtfahrten und andere Aktivitäten an. Man kann diese Entwicklung der stufenweisen Ausweitung der teilhabeorientierten Aktivitäten als „Horizontenerweiterung“ verstehen oder mit Wachstumsringen eines Baumes vergleichen (Abb. 3).

Als zentrale teilhabeorientierte „Knotenpunkte“ in der Frührehabilitation, in denen die beiden ICF-Dimensionen „Aktivitäten“ und „Partizipation“ eng verknüpft sind, sind „Kommunikation“, „Mobilisation“, „Selbstversorgung“, „Häusliches Leben“ sowie „Bedeutende Lebensbereiche“. Diese lassen sich bereits im Frühreha-Setting umsetzen. „Teilhabe von Anfang an“ zielt zugleich in einem erweiterten Sinn auf mögliche, zu erreichende individuelle Sozialräume wie Familie und Wohnen, Leben und der Gemeinde, Schule und Ausbildung sowie Arbeit und Beruf. Welcher Sozialraum im Laufe der Rehaprozesse angesteuert werden kann, hängt von den Bedarfen und Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten, seiner Lebenssituation und seinen sozialen und finanziellen Ressourcen ab.

Deshalb sollten im Verlauf der Rehabilitation individuelle Zielvorstellungen und Teilhabeziele möglichst früh angesprochen werden, um Motivation, Resilienz und Zusammenarbeit zu stärken und den individuellen Rehaplan an konkreten, realisierbaren Teilhabezielen auszurichten und zu strukturieren. Dies sollte in enger und vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Patienten, Angehörigen, behandelnden Ärzten und Krankenhaussozialdienst unter Berücksichtigung der im ganzen Rehateam in den Fallkonferenzen zusammengetragenen Informationen und Empfehlungen erfolgen. Je mehr der Patient kräftemäßig und kognitiv in der Lage ist, sich selber aktiv in den Rehaprozess und Teilhabeplanung einzubringen, sind seine Selbstbestimmungs- und Partizipationsrechte zu berücksichtigen, auch wenn sie im Falle einer Bewusstseins-

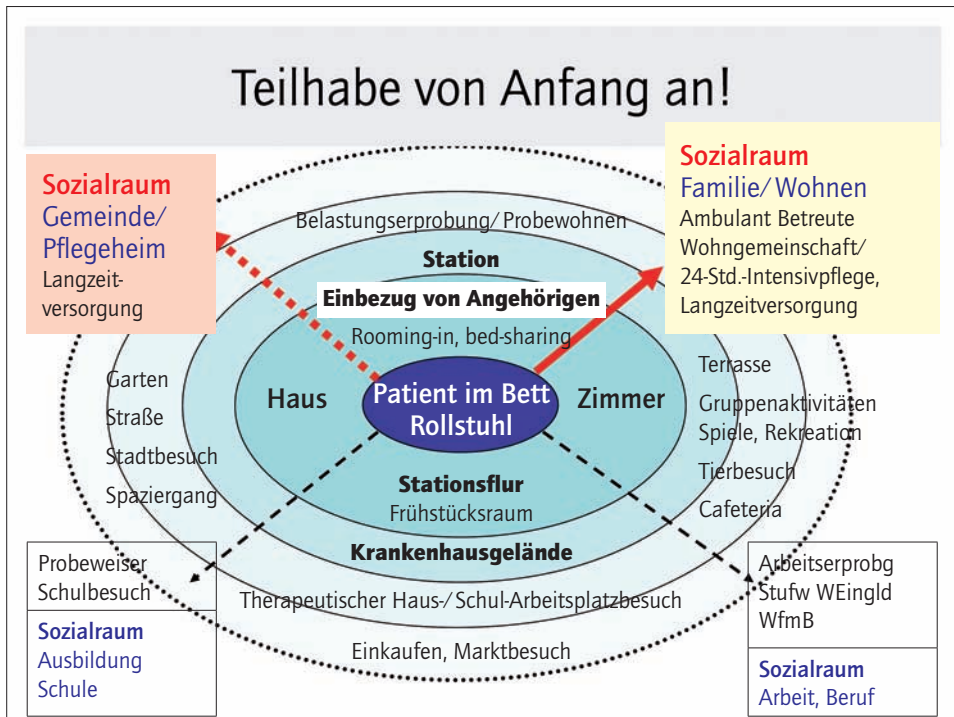


Abb. 3: „Teilhabe von Anfang an!“ (nach Zieger 2014: 64)[8]

störung vorübergehend einem Angehörigen oder einer amtlich eingesetzten Person als Betreuer/in übertragen worden sind. Schließlich ist zu bedenken, dass durch teilhabeorientiertes Vorgehen im Rehaprozess die spätere Überleitung in die ambulante Weiterversorgung einschließlich eines individuellen Nachsorge- und Teilhabeplans praktisch nahtlos vorbereitet werden kann.

2.4 Barrieren und Mängel

Wie im ICF-Schema der WHO (2001) berücksichtigt, sind – wie in anderen Prozessen – auch in Rehaprozessen bestimmte Barrieren und Mängel zu erwarten wie sie schon kritisch auf dem 4. Nachsorgekongress (2010) der „Arbeitsgemeinschaft Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädel-Hirnverletzung“ festgestellt wurden. [11] Hier sollen nur vier der am meisten markanten Beispiele genannt werden:

- 1.) Strukturelle Mängel aufgrund der Trennung des stationären und ambulanten Sektors, in Form einer Kluft zwischen notwendigen individuellen Bedarfen und Angeboten des Sozialsystems, eines Mangels an Koordination unter den Beteiligten und einer unzureichenden Umsetzung der bestehenden Sozialgesetze

mit der Folge: Das Geld wird an falschen Stellen ausgegeben. Betroffene und Angehörige geraten häufig in Armutsfallen.

- 2.) Mangelnde Nachhaltigkeit durch mangelnde Transferierung des in der Reha-Klinik Erlernten in den häuslichen Alltag sowie durch fehlende Nachsorge ohne Case-Management im ambulanten Kontext, Sozialraum oder Quartier.

„Eine Vielzahl von Studien hat gezeigt, dass funktionelle Verbesserungen nicht in den Alltag transferiert werden können oder dort nicht nachhaltig wirksam bleiben“. [12: 267]

- 3.) Verständnisdefizite für die Situation der Angehörigen aufgrund unzureichender Kenntnisse ihrer Belastungen. Diese treten in Abhängigkeit zu den Symptomen des Patienten mit einem mehr oder weniger hohen Prozentsatz (Häufigkeit) auf, nämlich bei Frustration: 84 bis 100 %, Reizbarkeit: 55 bis 74 %, Ärger: 55 bis 68 %, Depression: 45 bis 69 % und Soziale Isolation: 27 bis 72 %. [13]
Das Verständnis der Umwelt, der Angehörigen und Lebenspartner für die hirnschädigungsbedingten Wesens- und Persönlichkeitsveränderungen der Betroffenen ist zudem häufig erschwert mit der Folge von Trennungen und Scheidungen in einem hohen Prozentsatz wegen der nicht gelingenden kommunikativen, antriebsbezogenen, emotionalen und sozialen Verhaltens- und Interaktionsveränderungen.
- 4.) Mangel an Nachsorge und Teilhabe: Hierzu liegen die Ergebnisse einer Studie „Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung – Theorie oder Wirklichkeit? Erfahrungen, Wünsche und Probleme aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen“ der Fachhochschule Magdeburg/Stendal aus dem Jahre 2015 vor. Mittels Befragung von 346 Personen wurde ermittelt, dass 89 % der Befragten die Maßnahmen zur Nachsorge und Teilhabe als „nicht ausreichend“ beurteilen, und zwar aufgrund von gravierenden Mängeln und Lücken in der Versorgung, eines flächendeckenden Mangels an spezialisierten Angeboten und Einrichtungen, einer häufig unzureichenden Versorgung von Betroffenen und Angehörigen und einer fehlenden ergebnisorientierten partizipativen Forschung. Viele Betroffene fallen durch jegliches Raster. Soziale Abstiege sind immer noch häufig. Das Ziel der Teilhabe ist demnach noch in weiter Ferne. [14]

2.5 Partizipatives Nachsorge – und Teilhabemanagement

Deshalb erscheint es dringlicher als je zuvor, nicht nur das Überleitungs- und Klinik-entlassmanagements qualitativ und quantitativ zu verbessern, sondern, wie vom anstehenden Bundesteilhabegesetz (BTHG) erhofft, im Sinne eines geregelten qualifizierten, partizipativen und individuellen Nachsorge- und Teilhabemanagements auszubauen. Von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) wurde dazu eine Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Neurorehabilitation Phase E „als Brücke

zur Inklusion“ [15] erstellt und von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurden trägerübergreifende „Gemeinsame Empfehlungen“ [16] herausgegeben. Auf dieser Grundlage soll der individuell und teilhabeorientierte strukturierte Rehabilitationsprozess bereits während der Akutphase A auf der Intensivstation beginnen und nach Durchlaufen aller erforderlichen stationären (Frühreha-) Rehabilitationsmaßnahmen spätestens bei der Überleitung in die ambulante Weiterversorgung in eine qualifizierte und partizipative Nachsorge- und Teilhabeplanung überführt werden. Die Leistungen zur Teilhabe können dann nach Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung entsprechend die in der interdisziplinären Fallkonferenz partizipativ ermittelten individuellen Teilhabeziele sozialraumorientiert umgesetzt werden. Dieser ganze Prozess bedarf eines sorgfältig und neurokompetent koordinierten Case- und Care-Managements, das über die Funktion des bisherigen Reha- oder Berufshelfers der Berufsgenossenschaft oder „Lotsen“ hinausgeht (Abb. 4).

Zur Erfolgssicherung eines teilhabeorientierten Managements scheint es erforderlich, dass die koordinierende und steuernde Person im Sinn einer „Beauftragten“ nicht nur eng mit den Betroffenen oder Angehörigen zusammenarbeitet, sondern auch gegenüber Behörden und Institution über bestimmte „Durchgriffs-“ und „Zuständig-

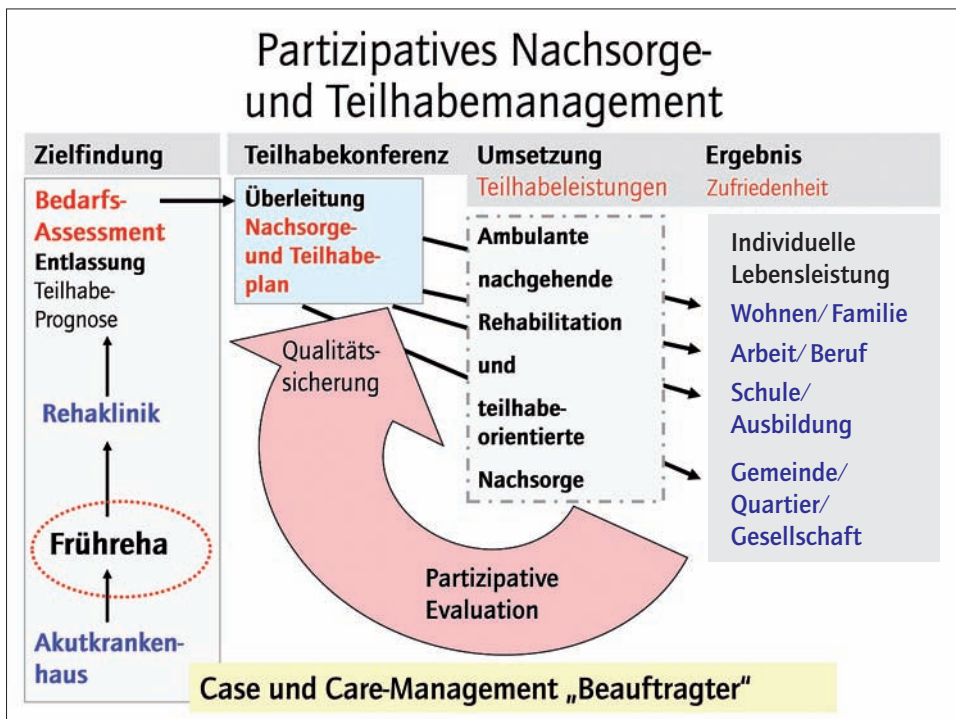


Abb. 4: Nachsorge- und Teilhabemanagement (Zieger 2014: 65)[8]

keitsrechte“ verfügt, um das Dickicht an Zuständigkeiten und Bestimmung „aus einer Hand“ zu überwinden und für die Ziele der Betroffenen nutzbar zu machen. Zu diesen Maßnahme ist auch eine umfassende Beratung und Information zu zählen.

Der Prozess des Teilhabemanagements muss schließlich in bestimmten Abständen durch Befragung der Betroffenen hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit und der subjektiv empfundenen Lebensqualität – wegen eventuell zu verändernder Maßnahmen oder Ziele und auch wegen der Beendigung von Maßnahmen – im Sinne einer partizipativen Evaluation (und Begleitforschung) und eines Qualitätsmanagements überprüft werden. Ähnliche ICF-orientierte Managementverfahren sind auch von anderen Autoren entwickelt worden.[17] Die für den gesamten Prozessverlauf benötigten Assessmentverfahren sind nur teilweise vorhanden und können erst im Rahmen der Umsetzung des Gesamtverfahrens ausreichend evaluiert werden. Dazu gehören auch Verfahren zur Ermittlung des biografischen und sozialen Lebenshintergrundes und der personen- und umweltbezogenen Ressourcen wie zum Beispiel mittels Person-Umwelt-Analyse (PUA)[18] oder Netzwerkanalysen sozialräumlicher Partizipation (Eco-Maps).[19]

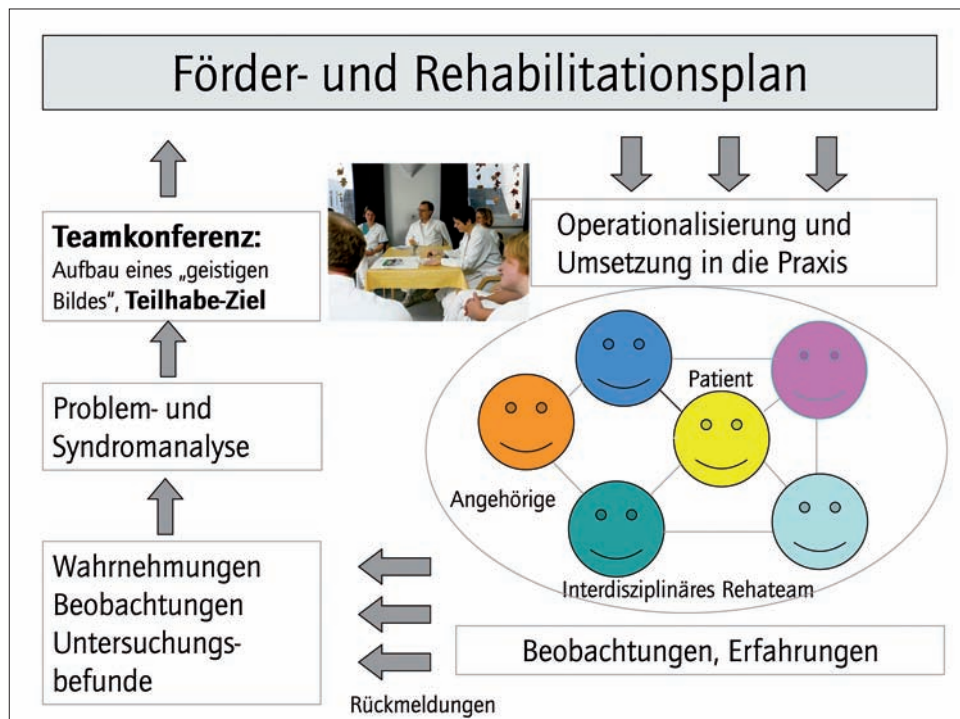


Abb. 5: Neurorehabpädagogischer Förder- und Rehabilitationsplan

Für den Erwerb von einer solchen umfassenden Neurokompetenz in der Versorgung des relativ neuen Klientels „MeH“ und für die Erforschung deren besonderer Teilhabebedürfnisse und Bedarfe eignet sich der Einsatz von Neurorehabpädagoginnen. Damit wird die traditionelle Sonder- und Rehabilitationspädagogik vor ganz neue interdisziplinäre und multiperspektive Herausforderungen gestellt [20] und bedarf einer fachwissenschaftlichen Erweiterung in Praxis und Theorie im Sinne einer Neurorehabpädagogik. [21] Diese muss in der Lage sein, auf die spezifischen Problemlagen und Bedarfe dieser Menschen einzugehen und die Prozesse subjekt-, bedürfnis-, individuum- und teilhabebezogen zu koordinieren und partizipativ zu steuern. Aufgrund der besonderen Kompetenzen im interdisziplinären Rehteam ist es ihre Aufgabe, neben einer Erhebung der Vorgeschichte (Biografie) das vor dem Ereignis bestehende individuelle Aktivitäts- und Teilhabeniveau (Freizeitaktivitäten, Wohnverhältnisse) abzuklären und unter Anwendung pädagogischer Methodik und Didaktik partizipativ und teilhaborientierte individuelle Förder- und Rehapläne zu erstellen (Abb. 5). Ferner muss sie für Information, Beratung, Anleitung und Edukation sorgen, die nötigen pädagogische Hilfen zur Krankheitsverarbeitung und Resilienzförderung bereitstellen und das Case- und Care-Management kritisch begleiten und, wenn nötig, selber koordinieren und steuern.

Erst in den letzten beiden Jahren meines Wirkens als ärztlicher Leiter der Klinik für Neurorehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg ist es mir gelungen, eine volle Stelle für Neurorehabpädagogik, je zur Hälfte am Krankenhaus und der Universität, zu verankern und mit einer Doktorandin zu besetzen. Inzwischen ist von meinem Nachfolger zusätzlich eine halbe neurorehabpädagogische Stelle eingerichtet worden.

2.6 Schlussbemerkung

Sehr geehrte Damen und Herren, somit schließt sich mit diesem Beitrag für mich (und hoffentlich auch für Sie) ein sinnvoller Kreis von Erfahrungen und Erkenntnissen: Angefangen hat es, mit zum Teil noch spekulativen Überlegungen zu einer „Neuropädagogik“, im Jahr 1991 und endet heute, nach 25 Jahren klinischer Arbeit, praktischen Erfahrungen, einer theoretischen Durchdringung und deren Weiterentwicklung zu einer fundierten und dringend benötigten Neurorehabpädagogik.

2.7 Literatur

- [1] Lurija, A. R. (1993): Romantische Wissenschaft. Forschungen im Grenzbezirk von Seele und Gehirn. Reinbek: Rowohlt
- [2] Fuchs, T. (2014): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag
- [3] World Health Organization (WHO) (2001): The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva: WHO
- [4] Lezak, M. D. (1988): Brain damage is a family affair. In: Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology (1): 111-123.
- [5] Lachwitz, K.; Schellhorn, W. und Welti, F. (2001): Sozialgesetzbuch (SGB) IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Neuwied. Krefeld: Luchterhand-Verlag
- [6] UN-BRK (2006): Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Bundesgesetzblatt Teil II, Nr. 35: 1419 - 1447, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/file-admin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskon-vention/crpd_b_de.pdf (Abruf am 12.05.2016)
- [7] Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1995): Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation, 34: 119 - 127; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1996) Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt am Main: Eigenverlag
- [8] Zieger, A. (2014): Das Teilhabegebot als ethischer Imperativ: Integration, Inklusion, Partizipation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Ethik und Rehabilitation. Beitrag zum Workshop des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR am 16./17. Oktober 2012 in Kassel. Frankfurt am Main: Eigenverlag, S. 44 - 75
- [9] Nydahl, P. und Margraf, N. G. (2016): Machbarkeit und Grenzen der Frühmobilisierung. In: Intensiv 24;1: 26 - 31
- [10] Zieger, A. (2016): Neurologische Frühreha und Teilhabe von Komapatienten. In: Intensiv 24;1: 32 - 39
- [11] Ebert, A., Fries, W. und L. Ludwig (Hrsg.) (2010): Rehabilitation und Nachsorge nach Schädel-Hirnverletzung. NeuoRehabilitation stationär – und dann ...? Berichtsband zum 4. Nachsorgekongress 2010 der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädel-Hirnverletzung. Stuttgart: Hippocampus-Verlag
- [12] Fries, W. und Fischer, S. (2008): Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. In: Die Rehabilitation 2008; 47 (5): 265 - 274
- [13] Kreutzer, J. S. (2009): Caregivers' well-being after traumatic brain injury: a multi-center prospective investigation. In: Archives of Physical and Medicine Rehabilitation 90; 939 - 946
- [14] Nothnagel, C. (2015): Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung. Theorie oder Wirklichkeit? Erfahrungen, Wünsche und Probleme aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. Master-Thesis zur Erlangungen des Titels Rehabilitationspsychologin „Master of Science“. Hochschule Magdeburg-Stendal

- [15] Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2013): Stellungnahme zur Phase E der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation als „Brücke zur Inklusion“: dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Stellungnahme_Kurzfass-Neuropapier_25-4-13.pdf (Abruf am 12.05.2016)
- [16] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2014): Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf (Abruf am 12.05.2016)
- [17] Grampp, G.; Jackstell, S. und Wöbke, N. (2013): Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF. Köln: Balance-Verlag
- [18] Schulze, C. G. (2010): Die Person-Umfeld-Analyse und ihr Einsatz in der Rehabilitation. In: Baumann, M., Schmitz C. und A. Zieger (Hrsg.): RehaPädagogik – RehaMedizin – Mensch. Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie- und Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 132 - 147
- [19] Dettmers, S. (2014): Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich UniPress Ltd.
- [20] Schulze, C. G und Zieger, A. (Hrsg.) (2012): Erworbene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt-Verlag
- [21] Alber, J.; Schulze, C. G. und Zieger, A. (2015): Kooperation von Pflege und Neurorehabilitationspädagogik in der Rehabilitation nach Schlaganfall. In: Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft 20 (2015) 3, 227- 241

3 Menschen mit Behinderung – Berufliche Tätigkeit als Entwicklungschance

Prof. Dr. sc. nat. Elke van der Meer,
Humboldt-Universität zu Berlin

3.1 Einleitung

Die Bertelsmann-Stiftung ist in einer Studie aus dem Jahr 2015 der Frage nachgegangen, welchen Stellenwert verschiedene Lebensbereiche für die deutsche Bevölkerung haben. Dabei zeigte sich, dass Arbeit/Beruf nach Familie/Partnerschaft den zweiten Rangplatz einnimmt (vor Freizeit und gesellschaftlichem Engagement). Das gilt unabhängig vom Geschlecht der Befragten und vom Alter (18 bis 60 Jahre). Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass eine berufliche Tätigkeit als sehr bedeutsam für das persönliche Leben angesehen wird.

Ausgehend davon bestand das Ziel der vorliegenden Untersuchung darin, die Bedeutung von Arbeit für Menschen mit Behinderung genauer zu analysieren. Im Mittelpunkt des Interesses standen zwei Fragen: (1) Welchen Einfluss hat eine berufliche Tätigkeit auf das Selbstbild, die soziale Kompetenz, das Leistungsvermögen und die Lebenszufriedenheit von Menschen mit Behinderung? (2) Wie beeinflusst die Arbeitszufriedenheit von Menschen mit Behinderung ihre Lebenszufriedenheit und ihr subjektives Wohlbefinden?

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe)

Die Untersuchung wurde in der Lichtenberger Werkstatt für Menschen mit Behinderung (LWB) durchgeführt. Die LWB verfolgt das Ziel, die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben zu sichern sowie ihre Rehabilitation und Förderung in Bezug auf Arbeit und Persönlichkeit allseitig zu unterstützen. Menschen mit Behinderung haben in der LWB die Möglichkeit, eigenständig eine berufliche Tä-



tigkeit aus einem breiten Angebot verfügbarer Arbeitsbereiche (wie z. B. Wäscherei, Küche, Garten- und Landschaftsbau ...) auszuwählen und können auf freiwilliger Basis an begleitenden Maßnahmen (z. B. Musik, Sport, Tanz, Deutsch- und Mathematikunterricht etc.) teilnehmen.

Nachfolgend werden die beiden Teilstudien, die den beiden oben dargestellten Fragen nachgegangen sind, genauer gekennzeichnet. Das umfasst die schwerpunktorientierte Kennzeichnung des aktuellen Forschungsstandes, der Hypothesen, der methodischen Vorgehensweise und der Ergebnisse. Abschließend werden die Befunde integriert, interpretiert und in übergeordnete Zusammenhänge eingeordnet.

3.2 Teilstudie 1

Anliegen von Teilstudie 1 war die Analyse des Einflusses einer beruflichen Tätigkeit auf Selbstbild, soziale Kompetenz, Leistungsmotivation und Lebenszufriedenheit von Menschen mit Behinderung. Unter Lebenszufriedenheit wird die individuelle Bewertung der vergangenen und gegenwärtigen Lebensbedingungen sowie der Zukunftsperspektive eines Menschen verstanden (vgl. Fahrenberg et al., 2000). Leistungsmotivation ist die allgemeine und relativ überdauernde Tendenz, als wichtig angesehene Aufgaben mit Energie und Ausdauer erfolgreich zu bearbeiten und abzuschließen (vgl. Drever & Fröhlich, 1972). Unter sozialer Kompetenz versteht man die Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die die Qualität des eigenen Sozialverhaltens (...) fördert (vgl. Kanning, 2002, S. 155). Das Selbstbild oder Selbstkonzept umfasst die Einstellungen zur eigenen Person. Es ist eine zentrale Komponente der Persönlichkeit und konstituiert diese mit (vgl. Guilford, 1959).

Bisher gibt es zu dieser Thematik nur sehr wenige Untersuchungen in der Literatur. Diese weisen darauf hin, dass eine berufliche Tätigkeit zu einer Verbesserung der Lebenszufriedenheit, des allgemeinen und sozialen Funktionsniveaus und des Selbstkonzepts führt (vgl. z. B. Kinney & Coyle, 1992; Luciano et al., 2014). Eine berufliche Tätigkeit wird von Menschen mit Behinderung als bedeutsam empfunden, und es besteht die Motivation, auf den ersten Arbeitsmarkt aufzusteigen (Li, 1998).

Aus theoretischen Annahmen in der Literatur und der vorliegenden empirischen Befundlage haben wir folgende Hypothesen (H) formuliert (Gugler, 2015; Tresch, 2015; Gugler, Tresch, & van der Meer, 2015):

- H1:** Lebenszufriedenheit lässt sich durch eine Interaktion von Leistungsmotivation, sozialer Kompetenz und Selbstkonzept vorhersagen.
- H2:** Eine Beschäftigung führt zu einer Verbesserung von Leistungsmotivation, sozialer Kompetenz und Selbstkonzept. Dadurch wird die Lebenszufriedenheit positiv beeinflusst.

Zur Prüfung dieser beiden Hypothesen wurden $n = 67$ behinderte Beschäftigte der LWB untersucht (davon 42 % weiblich). Ihr Alter betrug im Mittel 35,4 Jahre (Variationsbreite 18 bis 62 Jahre). Die Beschäftigungsdauer variierte von 5 Monaten bis 19 Jahren. Die Untersuchungsteilnehmer und ihre Gruppenleiter wurden einzeln befragt. Dazu kamen standardisierte bzw. adaptierte Fragebögen zur Erfassung von Lebenszufriedenheit, Leistungsmotivation, Selbstkonzept und sozialer Kompetenzen zum Einsatz (vgl. Gugler, Tresch, & van der Meer, 2015). Anschließend wurden halbstandardisierte Interviews durchgeführt, um von den behinderten Beschäftigten (Selbsteinschätzung) und ihren Gruppenleitern (Fremdeinschätzung) Auskunft darüber zu erhalten, welchen Einfluss die Beschäftigung in der Werkstatt allgemein, auf den sozialen Umgang, die Arbeitsweise und das Verhalten im Alltag ausübt (Verbesserung, Verschlechterung, ohne Veränderung).

Die varianzanalytische Auswertung der Daten zeigt, dass sich Lebenszufriedenheit – wie in Hypothese 1 postuliert – durch eine Interaktion von Leistungsmotivation, sozialer Kompetenz und Selbstkonzept vorhersagen lässt ($F(7;59) = 2.27, p < .05$). Beschäftigte, die zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrem Arbeitsbereich sind, zeigen signifikant höhere Werte in ihrer Lebenszufriedenheit, der sozialen Kompetenz und im Selbstkonzept zur allgemeinen Problembewältigung. Dadurch wird auch Hypothese 2 gestützt.

Die Auswertung der Interviewdaten dokumentiert, dass die Beschäftigung in der Werkstatt mehrheitlich zu Verbesserungen in allen erfragten Bereichen führt. Das zeigt sich in einem positiven Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf (1) Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit und Zufriedenheit, (2) den sozialen Umgang (insbesondere Sozialverhalten, Offenheit und Gelassenheit), (3) die Arbeitsweise (Fachkompetenz, Arbeitszufriedenheit, Motivation, Disziplin, Sicherheit) und auf (4) das Verhalten im Alltag (Strukturiertheit, Belastungsgrad). Bemerkenswert ist auch die bestehende positive Korrelation zwischen der Selbsteinschätzung durch die behinderten Beschäftigten und der Fremdeinschätzung durch ihre Gruppenleiter.

3.3 Teilstudie 2

Ausgehend von den Befunden der ersten Teilstudie bestand das Ziel der zweiten Teilstudie darin, den Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit, Lebenszufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden bei behinderten Beschäftigten genauer zu analysieren. Unter subjektivem Wohlbefinden wird das durch den Menschen selbst wahrgenommene Gefühl von Glück und die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben verstanden (Myers, 2014). Auch zu dieser Thematik gibt es bislang erst wenige publizierte Studien. Die in der Literatur vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Arbeit eine höhere Lebensqualität und ein höheres Wohlbefinden bei geistig behinderten Menschen und schizophrenen Patienten bewirkt (Jahoda et al., 2008; Chan & Yu, 2004). Darüber hinaus erweisen sich unter anderem

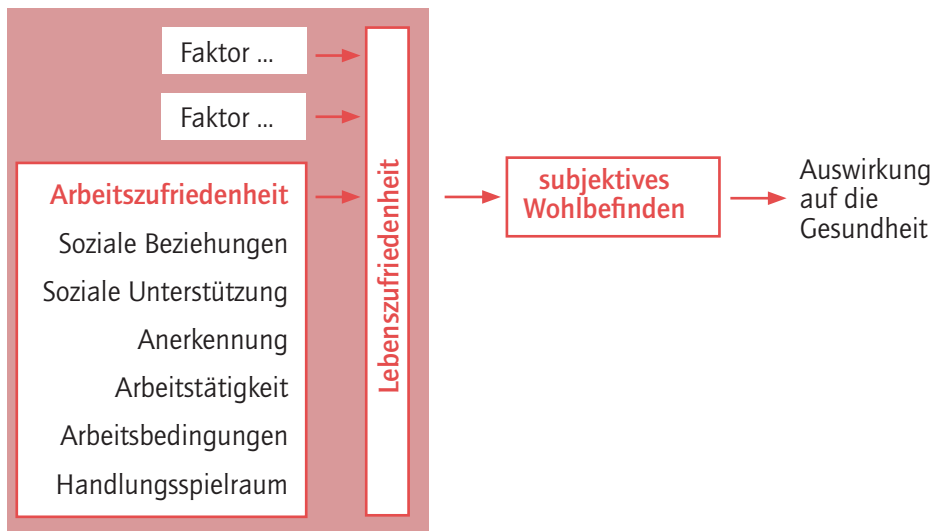


Abb. 1: Hypothetisches allgemeines Wirkmodell (Warncke & Weisenburger, 2016)

die soziale Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen als signifikante Prädiktoren von Arbeitszufriedenheit bei geistig behinderten Menschen (Flores et al., 2012).

Theoretischer Ausgangspunkt von Teilstudie 2 ist ein von Warncke und Weisenburger (2016) abgeleitetes Wirkmodell, das von arbeitspsychologischen Befunden (vgl. z. B. Hütner & Fischer, 2009; Ihmels, 2014; Locke, 1976; Wilkin, 2013) und den Ergebnissen einer Studie von Akkermann und Kollegen (2014) bei Menschen mit geistiger Behinderung ausgeht (Abb. 1).

Diesem Modell zufolge wird die Lebenszufriedenheit durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Ein bedeutsamer Einflussfaktor ist die Arbeitszufriedenheit. Diese hängt maßgeblich von sozialen Beziehungen, der sozialen Unterstützung, der Anerkennung der Beschäftigten, der Arbeitstätigkeit selbst, den Arbeitsbedingungen und dem verfügbaren Handlungsspielraum ab. Die Lebenszufriedenheit beeinflusst das subjektive Wohlbefinden. Dieses wiederum hat Auswirkungen auf die Gesundheit. Unter Gesundheit verstehen wir einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (Gesundheitsdefinition der WHO, 1946).

Zur Untersuchung des Zusammenhangs von Arbeitszufriedenheit, Lebenszufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden bei behinderten Beschäftigten wurden 110 behinderte Beschäftigte der LWB in einem Alter von 19 bis 58 Jahren (Mittelwert 38 Jahre) befragt (Warncke & Weisenburger, 2016). 40% der Untersuchungsteilnehmer waren weiblich. Die behinderten Beschäftigten waren in elf Arbeitsbereichen der LWB tätig (pro Arbeits-

bereich jeweils 10 Untersuchungsteilnehmer). Diese Arbeitsbereiche umfassen Digitale Archivierung, Sortieren/Verpackung/Montage, Elektrorecycling, Wäscherei/Nähen, Aktenvernichtung, Garten- und Landschaftsbau, Gummibearbeitung, Küche/Kantine/Catering, Elektromontage 1, Elektromontage 2, Kreatives Gestalten. Neben den behinderten Beschäftigten wurden auch ihre zuständigen Gruppenleiter ($n = 27$) und Sozialarbeiter ($n = 6$) befragt. Wie in Teilstudie 1 erfolgte die Teilnahme an der Studie selbstverständlich auf freiwilliger Basis und streng anonymisiert. Die ethischen Richtlinien der Deklaration von Helsinki (1964) wurden befolgt. Die behinderten Beschäftigten wurden in Form von Einzelgesprächen mit Hilfe standardisierter bzw. adaptierter Fragebögen zu ihrer Arbeitszufriedenheit (angelehnt an die Kurzsкала der Skala zur Messung der Arbeitszufriedenheit; Fischer & Lück, 1972), zu ihrer Lebenszufriedenheit (angelehnt an die deutsche Version der Satisfaction with Life Scale; Schumacher, 2003) und zu ihrem Wohlbefinden (angelehnt an den WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden; WHO, 1998) befragt. Darüber hinaus beantworteten sie im Rahmen eines halbstandardisierten Interviews offene Fragen zu den im Wirkmodell spezifizierten Faktoren der Arbeitszufriedenheit (soziale Beziehungen, soziale Unterstützung, Anerkennung, Arbeitstätigkeit, Arbeitsbedingungen, allgemeine Bewertung) (vgl. Finley & Lyons, 2001). Die Gesamtbefragung dauerte im Durchschnitt 30 Minuten pro Untersuchungsteilnehmer. Den Arbeitsgruppenleitern und Sozialarbeitern wurden geschlossene Fragen zu Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden, zu sozialen Beziehungen sowie zum subjektiven Handlungsspielraum jedes an der Studie teilnehmenden behinderten Beschäftigten vorgelegt. Darüber hinaus sollten sie ausgehend von einer offenen Frage die Arbeitszufriedenheit jedes behinderten Beschäftigten beurteilen. Diese Fremdbeurteilung wurde von den Arbeitsgruppenleitern mittels eines individuellen Interviews erhoben (Dauer: ca. 5 bis 10 Minuten pro behindertem Beschäftigten) und von den Sozialarbeitern mittels übersandter Fragebögen, die ausgefüllt werden sollten.

Die statistische Auswertung der quantitativen Daten weist folgende Ergebnisse als bedeutsam aus (Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner/gleich .05):

- Es besteht eine signifikante positive Korrelation zwischen der Selbstbeurteilung der behinderten Beschäftigten hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit und der Fremdbeurteilung der Arbeitszufriedenheit der behinderten Beschäftigten durch ihre Arbeitsgruppenleiter ($r = .147$, $p = .027$) und ihre Sozialarbeiter ($r = .138$, $p = .034$).
- Je höher die Arbeitszufriedenheit der behinderten Beschäftigten ist, desto höher ist ihre Lebenszufriedenheit ($r = .399$, $p = .00$).
- Je höher die Arbeitszufriedenheit der behinderten Beschäftigten ist, desto höher ist ihr subjektives Wohlbefinden ($r = .357$, $p = .00$).

- Die Arbeitszufriedenheit der behinderten Beschäftigten unterscheidet sich nicht signifikant in Abhängigkeit davon, in welchem den verschiedenen Arbeitsbereiche sie tätig sind (einfaktorielle ANOVA: $F = 1.538$, $p = .138$).

Diese Befunde stützen die im allgemeinen Wirkmodell (vgl. Abbildung 1) hypothetisch postulierten Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit, Lebenszufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden. Da in der vorliegenden Studie keine Unterschiede in der Arbeitszufriedenheit zwischen den elf einbezogenen Arbeitsbereichen aufgezeigt werden konnten, scheint der positive Effekt beruflicher Tätigkeit auf Arbeitszufriedenheit, Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden nicht an eine spezifische Tätigkeit gebunden zu sein, sondern tätigkeitsübergreifend wirksam zu werden. Dies gilt zumindest für das hier untersuchte Tätigkeitsspektrum der LWB. Bedeutsam erscheint auch die gefundene positive Korrelation zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der Arbeitszufriedenheit. Die in der LWB tätigen Arbeitsgruppenleiter und Sozialarbeiter beurteilen die Arbeitszufriedenheit der ihnen vertrauten behinderten Beschäftigten ähnlich wie die behinderten Beschäftigten selbst. Dieser Befund legt nahe, dass die Arbeitsgruppenleiter und Sozialarbeiter diese Belange der behinderten Beschäftigten valide einschätzen können. Das ermöglicht ihnen, sowohl Ressourcen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit zu erschließen als auch mögliche Probleme rechtzeitig zu erkennen und angemessen zu lösen.

Die qualitativen Daten (Antworten auf die offenen Fragen) wurden einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) unterzogen. Dadurch können die Antworten kategorisiert und anschließend statistisch ausgewertet werden. Diese Analyse erbrachte folgende signifikante Zusammenhänge:

- Je stärker die Arbeitsgruppenleiter und die Sozialarbeiter die behinderten Beschäftigten unterstützen, desto besser ist die soziale Beziehung zwischen behinderten Beschäftigten einerseits und Arbeitsgruppenleitern bzw. Sozialarbeitern andererseits (Arbeitsgruppenleiter: $\chi^2 = 6.12$, $p = .013$; Sozialarbeiter: $\chi^2 = 25.68$, $p = .000$).
- Je stärker die Arbeitsgruppenleiter die behinderten Beschäftigten für ihre Arbeit loben, desto besser ist das soziale Verhältnis zwischen behinderten Beschäftigten und Arbeitsgruppenleitern ($\chi^2 = 9.40$, $p = .002$).

Auf die Frage, was ihnen bei der Arbeit besonders gut gefällt, antworteten 27 % der behinderten Beschäftigten, dass ihnen die Arbeitstätigkeit selbst Spaß macht. 35 % der behinderten Beschäftigten gaben an, dass es der soziale Kontakt zu Arbeitskollegen ist, der ihnen bei der Arbeit besonders gut gefällt.

3.4 Zusammenfassung und Diskussion der zentralen Ergebnisse der Studien

Die Befunde von Teilstudie 1 und 2 unterstreichen die große Bedeutung, die eine berufliche Tätigkeit für Menschen mit Behinderung hat. Die eingangs berichteten Daten der Bertelsmann-Stiftung (2015) zum hohen Stellenwert von Arbeit/Beruf in der durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands lassen sich folglich auf Menschen mit Behinderung generalisieren.

Darüber hinaus zeigt sich, dass eine berufliche Tätigkeit in der LWB für die behinderten Beschäftigten häufig mit Freude einhergeht. Freude zählt zu den positiven Emotionen und hat vielfältige förderliche Auswirkungen auf Erleben und Verhalten von Menschen. Es gibt zahlreiche Befunde aus der psychologischen Forschung, dass Freude neben der Arbeitsmotivation und der Leistungsfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit geistige Leistungen (wie Flexibilität und Kreativität), soziale Beziehungen, subjektives Wohlbefinden und Gesundheit positiv beeinflusst (Diener, 1984; Diener & Chan, 2011). Die Befunde von Teilstudie 2 spezifizieren diesen förderlichen Einfluss einer mit Freude einhergehenden beruflichen Tätigkeit im Falle der behinderten Beschäftigten der LWB: Selbstbewusstsein, Selbständigkeit, Fachkompetenz, Motivation, Sozialverhalten Struktur und Belastbarkeit im Alltag sowie Arbeits- und Lebenszufriedenheit zählen zu den Faktoren, die dadurch positiv beeinflusst werden.

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Arbeitsbereich wirkt sich darüber hinaus auch direkt auf weitere Lebens- und Fähigkeitsbereiche aus. Behinderte Beschäftigte der LWB, die zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrem Arbeitsbereich sind, zeigen auch eine höhere Lebenszufriedenheit, ausgeprägtere soziale Kompetenzen und eine bessere Fähigkeit zur allgemeinen Problembewältigung als behinderte Beschäftigte, die unzufrieden mit ihrem Arbeitsbereich sind (vgl. Gugler, Tesch, & van der Meer, 2015).

Allgemein lässt sich aus diesen Ergebnissen schlussfolgern, dass die berufliche Tätigkeit stimulierenden Einfluss auf Embodied bzw. Grounded Cognition hat. Darunter versteht man den individuellen Erwerb modalitätsspezifischer (d.h. perzeptiver, motorischer, somatosensorischer und emotionaler) Erfahrungen eines Menschen und deren spätere bedingungsabhängige Re-Aktivierung, die basal für sein gesamtes Erleben und Verhalten sind (vgl. Barsalou, 2008). Das schließt ein, dass auch die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen davon nachhaltig beeinflusst wird. Klaus-Peter Becker (2010) hat dies folgendermaßen expliziert:

„In unserer Philosophie spielt die Arbeit eine sinnstiftende Rolle ... Wir betrachten die Arbeit nicht nur als Mittel zum Broterwerb! Arbeit – und sei es anfangs nur eine Beschäftigung – bietet die Möglichkeit, die Persönlichkeit zu fördern. In dem Maße, wie es dem Einzelnen gelingt, auf sich allein gestellt oder gemeinsam mit anderen eine Arbeit auszuführen, so entwickelt er sich selbst in seinem Leistungs- und Sozialverhalten.“ (...)

Gemeinsame kulturelle Praktiken – dazu zählt auch die berufliche Tätigkeit – und die sie begleitende soziale Kommunikation stimulieren die Entwicklung von Selbstkonzept und Wir-Perspektive (Gruppen-Identität). Gallese (2014) argumentiert, dass dadurch insbesondere das soziale Denken, d.h. die Fähigkeit, intentionale Beziehungen zu anderen aufzubauen und zu verstehen, sowie die sozio-kulturelle Identität, d.h. das Zugehörigkeitsgefühl eines Individuums bzw. einer sozialen Gruppe zu einer bestimmten sozio-kulturellen Gemeinschaft, stimuliert werden. Ausgehend vom Embodied bzw. Grounded Cognition-Ansatz bezeichnet er dies als Embodied Intersubjectivity und Social-Self.

Die Analyse der Ausbildung von Wir-Perspektive und sozialem Denken sind ein Schwerpunkt aktueller neurokognitiver Forschung. Beide Fähigkeiten setzen die Unterscheidung von einem Selbst und Interaktionspartner(n) sowie Empathie voraus. Empathie ist eine evolutionär alte, basale menschliche Eigenschaft. Sie ist bedeutsam für soziale Interaktionen, d.h. für Kooperation, den Aufbau und den Erhalt sozialer Beziehungen. Dadurch treten Individuen (Perceiver), die sich auf interne Zustände anderer Personen (Targets) fokussieren, mit diesen Personen, die in ihrem Aufmerksamkeitsfokus stehen, in Beziehung (Zaki & Ochsner, 2012, p. 675). Empathie umfasst eng miteinander zusammenhängende, aber unterscheidbare Prozesse (vgl. Abb. 2).

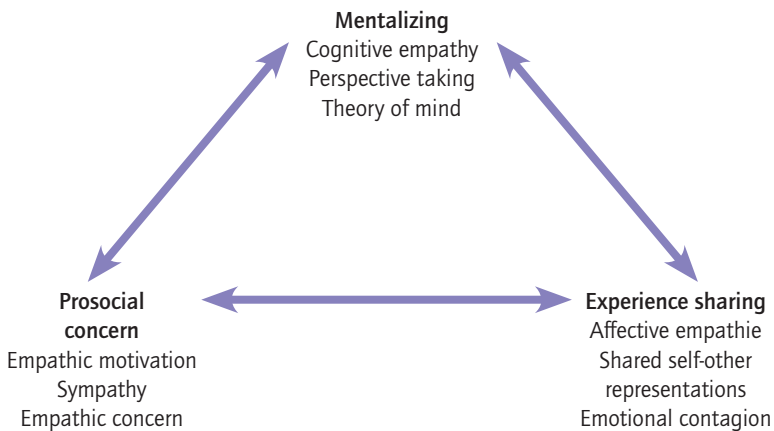


Abb. 2: Basale Komponenten von Empathie (vgl. Zaki & Ochsner, 2012, p. 676)

Zu diesen Prozessen zählen (1) Experience sharing, die Übernahme bzw. Resonanz mit internen Zuständen des Targets, (2) Mentalizing, das explizites Bedenken und Verstehen interner Zustände des Targets und ihrer Ursachen bzw. Quellen und (3) Prosocial concern, die prosoziale Motivation, dem Target zu helfen (basierend auf 1 und/oder 2). Die aktuelle Forschung ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Kombination von Methoden – wie z.B. Befragungen, Verhaltensstudien, bildgebende Verfahren, Genetik, Phar-

makologie – zur Analyse von basalen Hirnstrukturen, die der Empathie zugrunde liegen, herangezogen wird. Dabei stehen ferner auch die zeitliche Dynamik der beteiligten Prozesse, ihre spezifischen Funktionen, interindividuelle Unterschiede und die Entwicklung von Interventionsansätzen zum Training von Empathie im Mittelpunkt des Interesses (vgl. Santiesteban et al., 2015).

Dass Menschen mit Behinderung bei ihrer beruflichen Tätigkeit in der LWB die sozialen Kontakte zu Arbeitskollegen als besonders positiv hervorheben, verweist auf das große Potenzial einer beruflichen Tätigkeit für die Entwicklung von Empathie und sozialem Denken. Zukünftige Studien sollten dieser Chance zur Entwicklung der Persönlichkeit, die durch Arbeit wirksam befördert werden kann, detaillierter nachgehen.

3.5 Literatur

- Akkermann, A.; Janssen, C.; Kef, S.; Meininger, H. P. (2014):** Perspectives of employees with intellectual disabilities on themes relevant to their job satisfaction. An explorative study using photovoice. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, pp. 542-554.
- Barsalou, L. W. (2008):** Grounded Cognition. In: *Annual Review of Psychology*, 59, pp. 617-645.
- Becker, K.-P. (2010):** Festrede zum 20. Jahrestag der Gründung des e.V. Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, seit 2008 Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, gehalten am 01.11.2010, Berlin; dokumentiert in einem Imagefilm über die Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost – ein Porträt, von Timoslav Turine, AS filme.
- Bertelsmann-Stiftung (2015):** Bedeutung der Arbeit. Ein Kooperationsprojekt von GfK Verein und Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Bedeutung_der_Arbeit_final_151002_korr.pdf.
- Chan, S.; & Yu, I. W. (2004):** Quality of life of clients with schizophrenia. In: *Journal of Advanced Nursing*, 45, pp. 72-83.
- Diener, E. (1984):** Subjective well-being. In: *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E.; & Chan, M. (2011):** Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. In: *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), pp. 1-43.
- Drever, J.; & Fröhlich, W. D. (2010):** Wörterbuch Psychologie (27. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Finley W. M. L.; & Lyons E. (2001):** Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. In: *Psychological Assessment*, 13(3), p. 319.
- Fischer, L.; & Lück, H. E. (1972):** Entwicklung einer Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit (SAZ). In: *Psychologie und Praxis*, 16, S. 64-76.
- Flores, N.; Jenaro, C.; Orgaz, M. B.; & Martin, M. V. (2011):** Understanding quality of working life of workers with intellectual disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24, pp. 133-141.
- Gallese, V. (2014):** Bodily selves in relation: embodied simulation as a second-person perspective on intersubjectivity. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 369: 20130177 (<http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2013.0177>).
- Gugler, L. M. (2015):** Einflüsse einer beruflichen Tätigkeit auf Selbstbild und Lebenszufriedenheit: Ein Vergleich psychisch Behinderter mit Lernbehinderten. Unveröffentlichte Masterarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin.
- Gugler, L. M.; Tresch, S.; & van der Meer, E. (2015):** Einflüsse einer beruflichen Tätigkeit auf Selbstbild und Lebenszufriedenheit von Menschen mit Behinderung. In: Klaus-Peter Becker (Hrsg.), *Wissenschaf(f)t Teilhabe* (S. 25-44). Eigenverlag der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost.
- Guilford, J. P. (1959):** *Personality*. New York: McGraw-Hill.
- Hüther, G.; & Fischer, J. E. (2009):** Biologische Grundlagen des psychischen Wohlbefindens. In: Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; & Macco, K. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren, Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 23-29). Heidelberg: Springer.
- Ihmels, C. (2014):** Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit, Lebenszufriedenheit und Motivation. Eine empirische Untersuchung. Hamburg: Igel Verlag RWS.

- Jahoda, A.; Kemp, J.; Banks, P.; & Williams, V. (2008):** Feelings about work: a review of the socio-emotional impact of supported employment on people with intellectual disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, pp. 1 - 18.
- Kanning, U. P. (2002):** Soziale Kompetenz-Definition, Strukturen und Prozesse. In: *Zeitschrift für Psychologie/ Journal of Psychology*, 210 (4), S. 154 - 163.
- Kinney, W.; & Coyle, C. (1992):** Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. In: *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 73 (9), pp. 863 - 869.
- Li, E. P. Y. (1998):** Vocational aspirations of sheltered workshop workers with intellectual disability in Hong Kong. In: *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (3), pp. 208 - 217.
- Luciano, A.; Drake, R. E.; Bond, G. R.; Becker, D. R.; Carpenter-Song, E.; Lord, S.; et al. (2014):** Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research. In: *Journal of Vocational Rehabilitation*, 40, pp. 1 - 13.
- Locke E. A. (1976):** The nature and causes of job satisfaction. In: *Dunnette, M. D. (Hrsg.): Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp.1297 - 1343). Rand McNally: Chicago, IL.
- Mayring, P. (2003):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Myers, D. (2014):** Psychologie (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Santiesdeban, I.; Banissy, M. J.; Catmur, C.; & Bird, G. (2015):** Functional lateralization of temporoparietal junction – imitation inhibition, visual perspective-taking and theory of mind. In: *European Journal of Neuroscience*, 42 (8), pp. 2527 - 2533.
- Schumacher, J. (2003):** SWLS Satisfaction with Life Scale. In: *Schumacher, J.; Klaiberg, A.; & Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Diagnostik für Klinik und Praxis (Band 2, S. 305 - 309). Göttingen: Hogrefe.*
- Tresch, S. (2015):** Behinderung und Beschäftigung: Eine Untersuchung zum Einfluss der beruflichen Tätigkeit in einer Behindertenwerkstatt. Unveröffentlichte Masterarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin.
- Warncke, A.; & Weisenburger, M. (2016):** Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von behinderten Beschäftigten der Lichtenberger Werkstätten für behinderte Menschen (LWB). Masterarbeit in Vorbereitung. Humboldt-Universität zu Berlin.
- Weltgesundheitsorganisation (1946):** Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Genf: WHO.
- Weltgesundheitsorganisation (1998):** WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden. Genf: WHO.
- Wilkin, C. L. (2013):** I can't get no job satisfaction: Meta-analysis comparing permanent and contingent workers. In: *Journal of Organizational Behavior*, 34, pp. 47 - 64.
- Zaki, J.; & Ochsner, K. N. (2012):** The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. In: *Nature Neuroscience*, 15 (5), pp. 675 - 680.

4 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Werkstatt für behinderte Menschen

Prof. Dr. phil. Reinhard Burtscher,
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist in Deutschland wenig verbreitet. Im folgenden Beitrag kläre ich zentrale Begriffe und begründe die Bedeutung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting der WfbM. Ein Beispiel guter Praxis gibt Einblicke in die Konzeption eines Gesundheitskurses und dokumentiert erste Ergebnisse. Im Ausblick wird die Perspektive erweitert: über die betriebliche Grenze in der WfbM hin zu einer kommunalen Verortung von Gesundheitsförderung für alle.

4.1 Gesundheit und Gesundheitsförderung definieren

In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946, Online) formulieren die Vertragsstaaten:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (Original: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“)

Diese erste WHO Definition – ganz im Lichte der schrecklichen Ereignisse des zweiten Weltkrieges – wurde in den Jahrzehnten danach kritisiert. Ihr Anspruch auf „Vollständigkeit“ erschien idealtypisch, aber entsprach nicht den menschlichen Lebenserfahrungen mit all ihren Zwischenstadien von krank bis gesund. Aktuell schlagen Hurrelmann und Franzkowiak die folgende allgemeine Definition vor:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann, Franzkowiak 2015: Online).



Sie folgen einem Modell der Homöostase. Ein anderes Verständnis entwickelte Antonovsky mit dem Begriff der Salutogenese (lat. salus bedeutet Gesundheit) in den 1980er Jahren. Sein Modell beinhaltet ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit.

Das natürliche Auf und Ab des Lebens durch Anforderungen ist berücksichtigt. Normal ist nicht der Zustand eines Gleichgewichts, sondern ein heterostatisches Ungleichgewicht. Antonovsky verweist darauf, dass ein Mensch nie vollständig „gesund“ oder „krank“ ist, sondern sich mal näher auf der einen und dann wieder auf der anderen Seite eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums befindet. Der Kern seines Modells beinhaltet die Frage: Was erhält den Menschen gesund? Er entwickelte das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence – SOC), ein allgemeines Vertrauen des Menschen, notwendigen Anforderungen gerecht zu werden (vgl. Bengel et al. 2001).

Die hier skizzierten Vorstellungen über Gesundheit bilden einen Teil der Diskussionen in den Gesundheitswissenschaften ab. Sie verweisen auf unterschiedliche Ideen und Konzepte. Diese Unterschiede werden auch in der Gesundheitsförderung deutlich. Gesundheitsförderung hat weltweit durch die Ottawa-Charta der WHO (1986) einen enormen Impuls erfahren. Als primäres Leitmotiv

„zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986: Online).

Dementsprechend wurden drei Handlungsstrategien formuliert: a) das anwaltschaftliche Eintreten für Gesundheit (advocate), b) das Befähigen aller Menschen und das Ermöglichen von Gesundheitspotenzial (enable) und c) das Vermitteln und Vernetzen aller Akteure in verschiedensten Sektoren auf unterschiedlichen Ebenen (mediate). Die WHO betont ein integriertes Konzept von Gesundheit, eingebettet im Alltag des Menschen. Die tatsächlichen Lebensräume, Orte an denen sich der Mensch aufhält, werden bei der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gerückt.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (WHO 1986: Online).

Hier wird deutlich, dass es um verantwortungsvolles Verhalten geht und um gesellschaftlich produzierte Verhältnisse. Anders formuliert: Gesundheitsförderung setzt beim einzelnen Menschen und den Umweltfaktoren an. Whitehead und Dahlgren (1991 zit. nach 2001) beschreiben die verschiedenen Einflussfaktoren anschaulich anhand eines Regenbogenmodells. Sie identifizieren a) die persönliche Verhaltens- und Lebensweisen b) das soziale Umfeld (Beziehungen) c) die Lebens- und Arbeitsbedingungen und d.) allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.

Die bisherige Darstellung macht die Vielschichtigkeit von Gesundheit und Gesundheitsförderung deutlich. Diese Komplexität wird aber in Teilen der Gesellschaft immer weniger ernst genommen. Eine kritische Gesundheitswissenschaft warnt vor einer gesellschaftlichen Haltung, die den Gesundheitszustand als Ergebnis eines persönlichen Lebensstils betrachtet. Das Bild eines übergewichtigen, inaktiven Menschen vor dem Fernseher ist beispielhaft. „Selber Schuld – wenn er krank wird!“ So oder ähnlich lauten dann Wortmeldungen, die das Krankheitsrisiko einer alleinigen Eigenverantwortung zuschreiben. Hier wird implizit oder ausdrücklich das Gesundsein und Gesundbleiben als die Erfüllung einer Pflicht angesehen: Beweg dich und iss gesünder! (vgl. Schmidt et al. 2014: 13). Schmidt wendet sich gegen diese Vorstellung mit dem Begriff einer „akzeptierenden Gesundheitsförderung“:

„Gesundheit ist plural (...). Wirksame Gesundheitsförderung akzeptiert Menschen in ihrer Vielfalt, statt sie einfältig einer Idealnorm zu unterwerfen. Sie strebt weder den perfekten noch den perfekt funktionierenden Menschen an, sondern stellt lebbare Lösungen bereit, damit unterschiedliche Menschen unterschiedliche Gesundheitspotenziale realisieren können“ (Schmidt et al. 2014: 14 f).

4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (2007) in der Europäischen Union formuliert:

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Online <http://www.luxemburger-deklaration.de>).

Andere Definitionen verstehen Betriebliche Gesundheitsförderung als einen Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Uhle und Treier sehen beispielsweise Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement, der Personalpflege sowie spezifischen Bereichen der Personal- und Organisationsentwicklung (vgl. 2015: 36). Die Verweise zeigen, dass die Vorstellungen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement und Betrieblicher Gesundheitsförderung nicht einheitlich sind. Ich lege in dieser Veröffentlichung den Fokus auf eine BGF als Teil eines übergeordneten BGM. Es geht mir in erster Linie um die Stärkung individueller Gesundheitsressourcen, insbesondere bei Menschen mit Lernschwierigkeiten. Denn sie machen im Durchschnitt einen Anteil von 70 bis 80 % der Beschäftigten in WfbM aus (vgl. BAG WfbM: Online).

4.3 Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung

Die Datenlage zum Gesundheitszustand von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Deutschland ist nicht zufriedenstellend. Der letzte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen (BMAS 2013) zeigt für

diese Gruppe eine deutliche Forschungslücke auf. Dennoch lassen sich einige zentrale Aussagen zusammenfassen. Studien zeigen eine deutlich höhere Prävalenz von gesundheitlichen Problemen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. Taggart, Cousins 2014). Sie haben im Allgemeinen eine zwei- bis dreifach höhere Krankheitshäufigkeit (vgl. Havemann, Stöppler 2014: 160 ff). Der Krankheitsverlauf ist schwerer und länger, zudem können vermehrt Begleit- und Folgeerkrankungen (Komorbiditäten) auftreten (vgl. Seidel 2013: 20). Syndromspezifische Risiken und Erkrankungen liegen von verschiedensten Phänotypen vor (vgl. Havemann, Stöppler 2014: 204 ff). Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse erscheint eine bewusst geplante Gesundheitsförderung für diese Adressatengruppe bedeutsam.

Neben der allgemeinen Gesundheitslage der Menschen mit Lernschwierigkeiten folgen nun weitere Begründungskontexte für eine Betriebliche Gesundheitsförderung in der WfbM.

4.3.1 BGF – ein vernachlässigtes Thema

In der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM) sind mehr als 90 % aller amtlich anerkannten WfbM in Deutschland organisiert. Damit sind sie für mehr als 300.000 Menschen mit Behinderung mitverantwortlich. Die BAG WfbM veröffentlicht die Zeitschrift „Werkstatt:Dialog“ mit jeweils sechs Ausgaben pro Jahr. Eine Recherche des Inhaltsverzeichnisses ergibt für den Zeitraum von 1/2007 bis 1/2016 lediglich zwei Artikel mit dem Fokus gesunde Mitarbeiter/innen. Raulinat schrieb unter dem Titel: „Ausgebrannt und antriebslos. Burn-out – ein zunehmendes Phänomen in Werkstätten (05/2011)“. Cornelius verfasste ihren Beitrag unter der Überschrift: „Mit gesunden Mitarbeitern zum Unternehmenserfolg. Josefsheim Bigge etabliert Betriebliches Gesundheitsmanagement (01/2013)“. Folgt man der BAG WfbM Zeitschrift, dann ist BGF in den vergangenen Jahren kaum ein Thema gewesen. Umso wichtiger erscheint es, auf diesen Mangel aufmerksam zu machen und Modelle guter Praxis zu entwickeln.

4.3.2 Die Arbeitsunfähigkeitsquote

Vergleicht man die Fehlzeiten in WfbM und in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, so kommt man zu folgendem Ergebnis: Die krankheitsbedingte Quote der Fehlzeiten liegt durchschnittlich zwischen 3 bis 5 % (vgl. TK 2014: 151), abhängig je nach Branche. In WfbM liegt diese Quote bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Behinderung ebenfalls in diesem Bereich. Bei den Beschäftigten in WfbM wird nach Aussagen mehrerer Fachexperten die Quote jedoch auf 15 bis 20 % geschätzt (genaue Angaben wurden bislang nicht veröffentlicht). Die Kennzahl der Arbeitsunfähigkeitsquote ist kritisch betrachtet kein sicherer Beleg von krankheitsbedingter Abwesenheit im Betrieb. Absentismus bzw. Fehlzeiten können auch motivational bedingt

sein und durch eine AU-Bescheinigung vorgetäuscht werden (vgl. Uhle, Treier 2015: 265). Dennoch sollte eine drei- bis vierfach erhöhte Fehlzeitenquote bei den Beschäftigten der WfbM nachdenklich stimmen.

4.3.3 Beitragsfaktor Gefahrenklasse

Die Reduzierung von Arbeitsunfällen kann zu einem gesunden Leben beitragen. Hier gibt es starken Nachholbedarf in WfbM (vgl. Vogel, Niemann 2013). Eindrücklicher Indikator ist der Beitragsfaktor zur Gefahrenklasse. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist dafür zuständig. Sie bietet Versicherungsleistungen bei Arbeitsunfällen an. Durch eine versicherungsmathematische Formel werden Risikofaktoren eingearbeitet und ein Beitragsfaktor für eine maximale Geltungsdauer von sechs Jahren festgelegt: Je höher das Risiko für einen Arbeitsunfall ist, desto höher die Gefahrenklasse. WfbM sind inzwischen mit 9.68 Punkten die teuerste Tarifstelle aller Klassen und Branchen. Im Vergleich dazu liegt die Gefahrenklasse bei Heimen und Wohneinrichtungen bei 3.50 (BGW Info: Online). Die BGW hat darauf reagiert und Angebote, Informationen und Leistungen im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Arbeitssicherheit spezifisch für Werkstätten entwickelt (vgl. Online: https://www.bgw-online.de/DE/Service/Leichte-Sprache/Leichte-Sprache_node.html).

4.3.4 Demografischer Wandel

Die Altersstruktur von Menschen mit Lernschwierigkeiten ändert sich kontinuierlich in eine Richtung. Wie Vorausschätzungen der Altersstruktur zeigen, wächst die Anzahl älterer Menschen mit Behinderungen (vgl. Dieckmann, Giovis 2012). Diese Veränderung wird auch unter den Beschäftigten der WfbM sichtbar. So ist mit einem erhöhten Krankheitsrisiko im Alter zu rechnen, gleichzeitig wird die Beschäftigungsfähigkeit abnehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung kann Angebote bereitstellen, die diese Entwicklungen berücksichtigen. Der demografische Wandel betrifft selbstverständlich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Behinderung in WfbM. Werkstätten haben immer mehr mit älter werdendem Personal zu tun.

4.3.5 Verbesserungen der Arbeitszufriedenheit

Die Frage nach Gesundheit mit den drei Komponenten von physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden lässt sich vereinfacht zuspitzen in: „Was tut mir (uns) in der WfbM gut?“ In der Auseinandersetzung mit dieser Frage werden beispielsweise Themen wie der Umgang miteinander, Tätigkeitseinhalte, Entwicklungschancen, Arbeitsbelastung oder Lohnstruktur relevant. Diese Themen sind wichtige Faktoren der Arbeitszufriedenheit (vgl. Dworschak et al. 2011). Für Nerdinger et al. ist Arbeitszufriedenheit „ein Indikator ‚gesunder‘ Arbeitsbedingungen“ (2014: 427).

4.3.6 Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Betrieben

Durch den demografischen Wandel in der Arbeitsbevölkerung wird es zunehmend schwieriger, geeignetes Personal anzuwerben. Sowohl bei der Personalbesetzung als auch bei der Bindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in WfbM kann das BGF ein entscheidender Faktor sein (vgl. Uhle, Treier 2015: 362). Ein gut etabliertes Angebot im Bereich der BGF kann einen Arbeitsplatz und einen Beschäftigungsplatz attraktiver machen.

Ich stelle zusammenfassend fest, dass hinreichend Argumente vorliegen, um sich intensiver mit Betrieblicher Gesundheitsförderung in der WfbM auseinanderzusetzen. Im nächsten Abschnitt folgt nun ein Beispiel guter Praxis.

4.4 Ein Beispiel guter Praxis in der Lichtenberger Werkstatt

Im Rahmen des Forschungsverbunds: „PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen“ ist das Teilprojekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung (GESUND!)“ angesiedelt¹. Seit September 2015 realisiert ein Projektteam der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin einen Gesundheitskurs in der Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH (LWB). Dieser Kurs ist ein Angebot der Betrieblichen Gesundheitsförderung und hat den Titel „Gesundheitsforscherin/Gesundheitsforscher in der Werkstatt für behinderte Menschen“. Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer lernen, ihre gesundheitsspezifischen Anliegen wahrzunehmen, zu formulieren, zu vertreten und möglichst durchzusetzen. Sie eignen sich spezifische Gesundheitskompetenzen an und entwickeln als Mit-Forschende die betriebliche Gesundheitsförderung in der Werkstatt weiter. Die Kursziele orientieren sich an den Leitmotiven der Ottawa-Charta.

Der Kurstitel mit dem Begriff „Gesundheitsforscherin/Gesundheitsforscher“ verbindet vier Themenfelder, die inhaltlich verknüpft sind. Das *erste Themenfeld* umfasst die Erforschung des eigenen Wohlbefindens und der eigenen Gesundheit. Im Kurs werden Rückbezüge zum eigenen Körper und zur eigenen Lebensgeschichte hergestellt. Fragen rund um das *eigene ICH* bilden den Ankerpunkt: „Was tut mir gut/nicht gut? Wann fühle ich mich wohl/unwohl? Was hält mich gesund/was macht mich krank? Was motiviert mich/was frustriert?“ Das *zweite Themenfeld* umfasst *spezifisches theoretisches Gesundheitswissen*. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen zentrale Modelle und Konzepte der Gesundheit und Gesundheitsförderung kennen. Sie beschäftigen sich beispielsweise mit generellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit oder lernen die Bedeutung von Bewegung auf die Gesundheit kennen. Mit dem *dritten Themenfeld* wird die

¹ finanziert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen 01EL1423A



Abb. 1: Die Gesundheitsforscherinnen und Gesundheitsforscher der LWB

betriebliche Situation in der WfbM in den Blick genommen. Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer erhalten die Gelegenheit, *selbstgewählte Gesundheitsprojekte* in der Werkstatt zu planen und zu verwirklichen. Das Hochschulteam unterstützt und begleitet diese Vorhaben unmittelbar. Das *vierte Themenfeld* zielt auf das Gesamtkonzept als partizipatives Forschungsprojekt (vgl. ICPHR 2013). Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer werden eingeladen, als *Mit-Forschende* eine neue Rolle einzunehmen. Wir vergleichen die Aufgaben von Forschenden mit denen von Detektiven und suchen quasi mit der Lupe, wo gesundheitliche bzw. krankmachende Aspekte innerhalb der Werkstatt für behinderte Menschen auftreten.

Inzwischen konnten 20 Kurstermine zu je vier Zeitstunden realisiert und zahlreiche Erfahrungen gesammelt werden. Im Hinblick auf die neun Teilnehmerinnen und drei Teilnehmer erlebte das Hochschulteam eine anhaltend hohe Motivation und Bereitschaft der Beteiligung. Ein vorbereitetes Curriculum diente als roter Faden. Gleichzeitig wurden aufkommende Themen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgegriffen und waren stets ein wichtiger inhaltlicher Bestandteil des Kurses. Aus der ursprünglichen Fremdheit zwischen der Werkstattgruppe und dem Hochschulteam wurde ein Projektteam. Die Neugierde und das Interesse an Gesundheitswissen blieben von Anfang an ungebrochen. Aber auch der Kurs als Ort des Gesprächs schien wichtig zu sein. Wiederholt wurden selbst erlebte Geschichten über physische und psychische Gewalt erzählt, die eine hohe Belastung darstellten. Diese Momente, in denen Frust ausgedrückt wurde und Tränen flossen, führten dazu, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenseitig mit positiven Worten stärkten. Immer wieder tauchten die Themen Selbstwert und Selbstentwertung auf. Deutlich wird dies exemplarisch im Umgang mit Fotos und Filmmaterial, die von uns während des Kurses aufgenom-

men wurden. Die Kommentierung: „ich hasse Fotos über mich“, oder die Bewertung von Bildern mit: „hässliche Fratze“, oder: „ich bin viel zu fett“, gaben Anlass, um über Selbstannahme und Selbstakzeptanz zu sprechen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich die Lernwirkung bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht abschließend feststellen. Ein Wissenszuwachs wird zwar im Bereich des deklarativen Wissens (Faktenwissen) und dem prozeduralen Wissen (Handlungswissen) vermutet, jedoch kann dies nicht ohne Weiteres belegt werden. Das Hochschulteam geht davon aus, dass durch den Kurs

- Gesundheit differenzierter und umfassender verstanden wird; Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein komplexeres Verständnis von Gesundheit erworben haben;
- verschiedenste Einflussfaktoren auf die Gesundheit bekannt sind;
- neues Wissen über Beratungsmöglichkeiten aufgebaut wurde (Kennenlernen von Personen und deren Aufgaben im innerbetrieblichen Kontext z. B. Sicherheitsbeauftragte, Werkstatträte, Sportbeauftragte, Kennenlernen von Beratungsstellen außerhalb der WfbM);
- sich kommunikative Fertigkeiten verbesserten;
- persönlichkeitsbezogene Kompetenzen erweitert wurden (bspw. Sensibilisierung, Neugierde und Interesse an Gesundheitsthemen, Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeit);
- Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug zu gesunder Lebensführung beeinflusst wurden; Teilnehmerinnen und Teilnehmer eigenes Gesundheitsverhalten stärker als bisher reflektieren;
- sich teilweise eine forschende Grundhaltung und Neugierde gegenüber wissenschaftlichen Methoden herausbildete;
- letztlich vielschichtige Empowerment-Prozesse angestoßen wurden.

Der Gesundheitskurs für Beschäftigte hat neben individuellen Effekten strukturelle Entwicklungen im Betrieb zur Folge. Mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben ihr Wissen in Form von Kurzvorträgen in ihren Abteilungen an andere Beschäftigte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter. Sie intensivierten mit ihrem freiwilligen Engagement die Gesundheitskommunikation. Regelmäßig Gesundheitsinformationen, an verschiedenen Standorten ausgehängt, erleichterten den Austausch über gesundheitsrelevante Themen. Eine strukturelle Entwicklung von BGF erfolgte durch die Einführung einer übergeordneten Arbeitsgruppe (AG) mit Vertreterinnen und Vertretern aller Abteilungen. Drei Beschäftigte aus dem Kurs beteiligen sich in dieser AG.

Die Auswertung des Gesundheitskurses ist noch nicht abgeschlossen. Im Nachhinein können wir unser Handeln einer „akzeptierender Gesundheitsförderung“ (vgl. Schmid

et al. 2014) zuordnen. Wir stellen auch fest, dass der Anspruch der Partizipativen Gesundheitsforschung deutlich mehr Zeit abverlangt als geplant, um gesicherte empirische Daten zu gewinnen. Die spannende Zusammenarbeit mit den Beschäftigten in der Koproduktion von Wissen erfordert Offenheit und das Zulassen von methodischer Vielfalt. Mit dieser Erfahrung sind wir nicht allein, insbesondere mit Blick auf die Lernerfolgsmessung in der allgemeinen Erwachsenenbildung. Schübler stellte beispielsweise fest, dass eine gesicherte evidenzbasierte Forschung im Bereich der Erwachsenenbildung äußerst schwierig ist. Eine Vielzahl von unkontrollierbaren kontext-, personen- und prozessspezifischen Faktoren beeinflusst das Ergebnis. Sie plädiert daher für eine Herangehensweise, die weg von einer empirischen Wirkungsforschung führt, hin zu einer Aneignungs- und Verwendungsforschung (vgl. Schübler 2012: 60).

4.5 Fazit und Ausblick

Betriebliche Gesundheitsförderung in der WfbM ist eine sinnvolle Aufgabe. Sie ermöglicht Gesundheitsförderung zu etablieren für Menschen, die sonst vom Gesundheitswesen kaum erreicht werden. Wichtig erscheint mir, dass ein breites Verständnis von Gesundheit zugrunde gelegt wird. Dieses Verständnis bietet Unterstützung zwischen Einmischung und Akzeptanz von Lebensentwürfen. Es geht nicht um den moralischen Zeigefinger, der Verhaltensweisen rügt und gesundheitliches Verhalten zur Pflicht erhebt. Vielmehr sollen individuelle Gesundheitsressourcen gemeinsam in einem kommunikativen Prozess aufgedeckt und gestärkt werden. Das Ziel ist die Befähigung zu selbstbestimmtem Gesundheitshandeln. Diese Form der Gesundheitsförderung sollte daher nicht auf das Setting einer Werkstatt begrenzt bleiben. Die wichtige Frage für die nahe Zukunft lautet: Wird es gelingen, die in der WfbM gewonnenen Erfahrungen der Gesundheitsbildung mit Hilfe von partizipativen Ansätzen auf die kommunale Ebene zu übertragen. Wie können die Gesundheitschancen von Menschen mit Lernschwierigkeiten in offenen, sozialen Räumen und Quartieren verbessert werden?

Unsere Vision ist es, mit einer partizipativen Forschung „Gesundheitsförderung für alle“ zu verwirklichen, so wie es die Ottawa-Charta vorsieht:

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien.“

Und Menschen mit Lernschwierigkeiten sind selbstverständliche Akteure in der Verwirklichung dieser Bemühungen.

4.6 Literatur

- BAG WfbM:** Anzahl der wesentlichen Behinderungsarten in den Mitgliedswerkstätten zum 1. Januar 2015. Online: <http://www.bagwfbm.de/category/34> (Stand: 06.05.2016).
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. BZgA, erw. Neuaufl.: Köln 2001.
- BGW Info: Stabil und sicher. 4. Gefahrtarif der BGW. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Leistungen_und_Beitrag/Beitraege/Gefahrtarif_Download.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 05.05.2016)
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn 2013.
- Cornelius, Julia:** Ausgabe 1/2013: Mit gesunden Mitarbeitern zum Unternehmenserfolg. Josefsheim Bigge etabliert Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Werkstatt: Dialog, Ausgabe 1/2013, S. 42 - 43.
- Dworschak, Wolfgang; Weber, Johanna; Weithaler, Marion:** Arbeitszufriedenheit in Werkstätten. Konzeption und Ergebnisse einer direkten Querschnittsbefragung. In: Werkstatt: Dialog, Ausgabe 1/2010, S. 36 - 39.
- Friedrich, Dieckmann; Christos, Giovis:** Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Vorausschätzung der Altersentwicklung am Beispiel von Westfalen-Lippe. In: Teilhabe 1/2012, Jg. 51, S. 12 - 19.
- Havemann, Meindert; Stöppler, Reinhilde:** Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kohlhammer: Stuttgart 2014.
- Hurrelmann, Klaus; Franzkowiak, Peter: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Stichwort „Gesundheit“. Online: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=143> (Stand: 05.05.2016).
- ICPHR – International Collaboration for Participatory Health Research:** Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013. Online: <http://www.icphr.org/position-papers> (Stand: 05.05.2016).
- Nerdinger, W. Friedemann; Blickle, Gerhard; Schaper, Niclas:** Arbeits- und Organisationspsychologie. 3. Auflage, Springer: Berlin, Heidelberg 2014.
- Raulinat Andrea:** Ausgebrannt und antriebslos. Burn-out – ein zunehmendes Phänomen in Werkstätten. In: Werkstatt: Dialog, Ausgabe 5/2011, S. 44 - 45.
- Schmidt, Bettina (Hrsg.):** Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Beltz Juventa: Weinheim und Basel 2014.
- Schübler, Ingeborg: Zur (Un-)Möglichkeit einer Wirkungsforschung in der Erwachsenenbildung. Kritische Analysen und empirische Befunde. Online: <http://www.die-bonn.de/doks/report/2012-lernforschung-02.pdf> (Stand: 05.05.2016).
- Seidel, Michael: Geistige Behinderung – eine Einführung. In: Bienstein, Pia; Rojahn, Johannes (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. Hogrefe Verlag: Göttingen 2013.
- Taggart, Laurence; Cousins, Wendy:** Health Promotion for People with Intellectual and Development Disabilities. Open University Press: Berkshire 2014.

TK - Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2014. Veröffentlichung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Band 29: Hamburg 2014.

Uhle, Thorsten; Treier, Michael: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. 2. Auflage, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg 2015.

Vogel, Gerd; Niemann, Marc: Unfallprävention stärken. Die neuen Gefahrentarife der BGW bringen Mehrkosten für Werkstätten. In: Werkstatt:Dialog, Ausgabe 4/2013, S. 36 - 38.

Whitehead, Margaret; Dahlgren, Goran; Gilson, Lucy: Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In: Challenging inequities in health care: from ethics to action. Oxford University Press: New York 2001, p. 309 - 322.

WHO – Weltgesundheitsorganisation: Ottawa-Charter for Health Promotion, 1986. Online: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Stand: 05.05.2016).

WHO – Weltgesundheitsorganisation: Verfassung. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (Stand: 08.05.2014).

5 Gehörlose Eltern und Kinder mit Cochlea Implantat (CI) – Ergebnisse aus einem Forschungsprogramm

Prof. Dr. habil. Annette Leonhardt,
Ludwig-Maximilians-Universität München

5.1 Hinführung

Ein Cochlea Implantat (CI) ist eine technische Hörhilfe, die ursprünglich für ertaubte Personen entwickelt wurde. In seiner heutigen Erscheinungsform ist es seit den 80er Jahren bekannt. Die Anfänge der klinischen Anwendung lagen bereits in den 70er Jahren mit einem einkanaligen und transkutanen Implantat, das heute nicht mehr zum Einsatz kommt.



Das Cochlea Implantat zeigte sich für ertaubte Personen rasch als echte Alternative. Der Erfolg war umso größer, je kürzer die Zeit zwischen Ertaubung und Versorgung mit dem CI war (Lehnhardt & Aschendorff 1993, Lehnhardt 1997, 1998).

Nachdem sich das Cochlea Implantat für genannte Personengruppe als effektiv erwiesen hatte, begann man ab Ende der 80er Jahre, ertaubten Kindern zu implantieren. Das erste geburtsgehörlose mit CI versorgte Kind war ein 1½ jähriges Mädchen, das Mitte 1988 operiert wurde (Lehnhardt 1997). Die sehr erfolgreiche Entwicklung dieses Kindes und weitere (Einzel-) Fälle von mit CI versorgten Kindern verliefen so erfolgreich, dass man sich zu weiteren Frühversorgungen entschloss (Lehnhardt 1997, 27 f.).

Die Gehörlosen, insbesondere der Gehörlosenverband, nahm zu dieser Zeit eine sehr kritische Haltung gegenüber dem CI ein. Sie erlebten sich als ausschließlich defizitär wahrgenommen und befürchteten die Zerstörung der Gebärdensprache und ihrer spezifischen Kultur, der Gehörlosenkultur. Dennoch kam es in den 90er Jahren in Deutschland erstmalig auch zur CI-Versorgung von gehörlosen Kindern gehörloser Eltern (dokumentiert von Begall 1995 und Wittasek 2000). In beiden Fällen handelte es sich um Familien mit je zwei gehörlosen Kindern, die aus heutiger Sicht zum Zeitpunkt der Implantation relativ alt waren: 3, zwei waren 6 und eins war 8 Jahre. Bekannt wurde zu dieser Zeit auch ein Fall in der Schweiz (Bastian 1997) oder den USA (Chute et al. 1995).

5.2 Entstehung des Forschungsprogramms

Angeregt durch die aufgeführten Publikationen initiierte der Lehrstuhl für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München ein Forschungsprogramm, das gegenwärtig (2016) aus sieben Forschungsmodulen (Teilprojekten) und einem weiteren in Vorbereitung besteht.

Tabelle 1: Forschungsprogramm „Gehörlose Eltern und Kinder mit CI“

Modul	I	II	III	IV
Thema	Gehörlose Eltern und CI-Kinder	Gehörlose Eltern und CI-Kinder	Informationsmaterialien für Gehörlose über das CI	Wortschatzentwicklung von CI-Kindern gehörloser Eltern
Forschungsgegenstand	gehörlose Eltern und CI-Kinder	gehörlose Eltern	gehörlose Erwachsene	CI-Kinder gehörloser Eltern
Laufzeit	seit 2000	2001 – 2004	2006 – 2009	2010 – 2013
Modul	V	VI	VII	VIII
Thema	Familiensituation von gehörlosen Eltern mit CI-Kindern	junge erwachsene CI-Träger	„CI für Kinder“ – in anderen Sprachen	Vorschulische und schulische Inklusion von CI-Kindern gehörloser Eltern
Forschungsgegenstand	Familien	Erwachsene, als Kind versorgte CI-Träger mit gehörlosen Eltern	(Übersetzungen: russisch, türkisch, griechisch, englisch, tschechisch slowakisch)	inkludierte CI-Kinder gehörloser Eltern
Laufzeit	2010 – 2013	seit 2011	seit 2011	

Die Forschungen begannen mit ersten Vorstudien im Jahr 2000. Das erste durch Drittmittel geförderte Projekt startete 2001. Im Jahr 2004 kam es im Rahmen des Forschungsprogramms zu einer ersten Veröffentlichung (Leonhardt 2004). Derzeit (2016) besteht das Programm aus acht Modulen mit unterschiedlichen Ausrichtungen. Entsprechend der Weiterentwicklung und des Erkenntnisstandes werden weitere Module hinzukommen. Die einzelnen Teilmodule umfassten bisher einen Bearbeitungszeitraum von einem bis drei Jahre. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse aus drei verschiedenen Teilprojekten vorgestellt. Es handelt sich um Auszüge aus der Pilotstudie (Modul II), den Erhebungen zur Familiensituation (Modul V) und dem Modul VI, das die Perspektive der als Kinder Implantierten als junge Erwachsene erfasst. Für die ersten beiden genannten Module (II und V) standen über eingeworbene Drittmittel Projektmitarbeiter zur Verfügung. Das Modul VI wird im Rahmen von Bachelorarbeiten mittels Fallstudien bearbeitet.

5.3 Was ist das Besondere an einer CI-Versorgung gehörloser Kinder gehörloser Eltern?

Gehörlose Kinder haben zu 90% hörende Eltern (Krüger 1991, 29). Dass hörende Eltern – vor allem nach dem nun Ergebnisse aus Langzeitstudien und umfassende praktische Erfahrungen vorliegen – relativ rasch zu einer CI-Versorgung ihres gehörlos geborenen Kindes neigen, ist nachzuvollziehen: Sie wollen ihr Kind ein Stück näher holen; es soll „so sein wie sie“. Gehörlose Eltern erleben die Gehörlosigkeit ihres Kindes weit weniger problematisch als hörende Eltern. Sie verfügen über die Erfahrung, dass man auch mit Gehörlosigkeit ein Sinn erfülltes und bereicherndes Leben führen kann. Auch können sie über Gebärden von Anfang an ungehindert mit ihrem Kind kommunizieren. Dennoch lassen immer mehr hochgradig hörgeschädigte Eltern ihr eigenes hörgeschädigtes Kind mit Cochlea Implantaten versorgen. Um die Hintergründe zu ermitteln, wurde eine Pilotstudie (Modul II) angesetzt.

5.4 Pilotstudie

In dieser wurde folgenden grundlegenden Fragestellungen (Vonier 2008) nachgegangen:

- Was sind die Motive der gehörlosen bzw. hochgradig hörgeschädigten Eltern, ihr Kind (oder ihre Kinder) mit CI versorgen zu lassen?
- Wie reagierte bzw. verhielt sich das soziale Umfeld der Familien auf deren Entscheidung, ihr gehörloses Kind/ihre gehörlosen Kinder mit CI versorgen zu lassen?
- Welche Kommunikationsformen herrschen innerhalb der Familie vor?
Wie gestaltet sich die Hör-Sprech-Spracherziehung der Kinder?
- Wie sieht die Betreuung und Förderung dieser Kinder im Rahmen der Frühförderung und vorschulischen Erziehung aus und welche Beschulungsformen (Schule für Hörgeschädigte/Allgemeine Schule) werden gewählt oder anvisiert?
- Wie beurteilen die Eltern ihre Entscheidung für eine CI-Versorgung ihres Kindes bzw. ihrer Kinder zum Interviewzeitpunkt?
- Welche Probleme gab und gibt es im Rehabilitationsprozess?

Dem Charakter einer Pilotstudie entsprechend ging es zunächst um das Erfassen grundlegender Informationen. Zu diesem Zweck wurden leitfadengestützte Interviews mit hörgeschädigten Eltern durchgeführt, die für ihr Kind bzw. ihre Kinder eine Cochlea-Implantat-Versorgung in Anspruch genommen hatten. Die Interviews wurden per Video aufgezeichnet und anschließend transkribiert und ausgewertet. In Abhängigkeit vom Wunsch der Eltern wurde das Interview lautsprachlich oder gebärdensprachlich unter Einbezug eines Gebärdensprachdolmetschers durchgeführt. In Einzelfällen war auf Wunsch der Eltern eine hörende Bezugsperson anwesend (Vonier 2008). Befragt

wurden 18 Familien mit insgesamt 22 CI-versorgten Kindern. Das Alter der Kinder war zum Zeitpunkt der Implantation 8 ½ Monate bis 8 ½ Jahre. Zum Zeitpunkt der Interviews waren die Kinder zwischen 1;8 und 15;10 Jahren. Der Erfahrungszeitraum mit dem CI lag von fünf Monaten (kürzester Zeitraum) bis 9;2 Jahren (längster Zeitraum).

Von der Vielzahl der Ergebnisse sollen die Motive der hörgeschädigten Eltern, sich für eine CI-Versorgung ihrer Kinder zu entscheiden, vorgestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass hier Eltern antworteten, die zu den ersten (hörgeschädigten) Eltern zählten, die ihr Kind mit CI versorgen ließen und dass die Daten vor über zehn Jahren erhoben wurden. Alle Interviewten gaben an, dass sie anfänglich gegen das CI waren. Ausschlaggebend für ihr Umdenken war – und hier ist die Vielfalt der Argumente auffallend – dass im CI eine Möglichkeit zur Optimierung der Lebensqualität und verbesserte Zukunftschancen für das Kind gesehen wurden. Die Eltern hofften, dass durch das Cochlea Implantat der Hör-, Sprech- und Sprachlernprozess erleichtert wird. Durch die verbesserten Kompetenzen in diesen Bereichen erwarteten sie eine leichtere und einfachere Lebensbewältigung für ihr Kind. Auch beobachteten die Eltern den Rückgang an gehörlosen Schülern an den Förderzentren, Förderschwerpunkt Hören. Da immer mehr hörende Eltern für ihr Kind die CI-Versorgung in Anspruch nehmen, geht die Zahl der Schüler in den Förderzentren zurück, sodass es kaum eigene Klassen für Gehörlose gibt und wenn, die dann jahrgangsübergreifend gebildet werden. Die hörgeschädigten Eltern bezweifelten, dass ihre Kinder unter diesen Umständen optimal gefördert werden würden. Zugleich schätzten die Eltern die Hör- und Kommunikationssituation ihres Kindes (ohne CI-Versorgung) jedoch so ein, dass es die Anforderungen eines Unterrichts mit schwerhörigen Schülern nicht würde bewältigen können. Mit der Entscheidung für die CI-Versorgung waren aber auch Hoffnungen verbunden: Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen wegen der Entfernung zwischen Wohn- und Schulort während der Woche im Internat wohnen zu müssen, erhofften einige Eltern vom CI eine wohnortnahe, also integrative (heute inklusive) Beschulung ihres Kindes.

Dem Hören gegenüber wurde aber auch Wertschätzung geäußert: Hören sei etwas, dass das Leben bereichern könne (z. B. Hören von Musik, einfachere Kommunikation mit Hörenden, Erleben der akustischen Umwelt). Im Zentrum der Äußerungen stand stets auch der leichtere Lautspracherwerb für ihr Kind mit Hilfe des CI. Äußerungen wie „das Kind soll es besser haben als die Eltern“, waren kennzeichnend für die Meinung der Eltern.

Nicht zuletzt äußerte man auch die Sorge vor späteren Vorhaltungen des Kindes, ihm die Möglichkeit einer CI-Versorgung vorenthalten zu haben. In Einzelfällen erfolgte die Implantation auf Wunsch des Kindes, welches das CI bei anderen gesehen und wahrgenommen hatte. Hierbei handelte es sich um ältere Kindergartenkinder oder

Grundschüler. Die Zufriedenheit der Eltern mit der Situation ihres Kindes bzw. ihrer Kinder zum Interviewzeitpunkt war hoch. Sie schätzten ihre Entscheidung als richtig ein und würden nach den gemachten Erfahrungen ihr Kind wieder mit CI versorgen lassen. Alle Kinder trugen ganztäglich das CI.

5.5 Vergleich der Entwicklungen der CI-Versorgung von Kindern hörender Eltern mit der von hörgeschädigten Eltern

Betrachtet man die CI-Versorgung von Kindern hörender Eltern mit der von Kindern hörgeschädigter Eltern, so zeigen sich Parallelen, die jedoch zeitversetzt abliefen, aber auch Spezifika.

5.5.1 Hörende Eltern und CI

Als Ende der 80er Jahre sich erstmalig die Möglichkeit zur Implantation bei jungen gehörlosen Kindern eröffnete, verhielten sich die Eltern zögerlich, die Hörgeschädigtenpädagogen eher ablehnend und auch Ärzte, die sich nicht oder noch nicht mit der CI-Versorgung beschäftigt hatten, verwiesen auf das Fehlen von Langzeitstudien. Dennoch gingen erste Eltern diesen Schritt. Wie man Gesprächen mit ihnen entnehmen kann, taten sie das erst nach reiflicher Überlegung, zahlreichen Kontroversen mit Freunden, Bekannten und Fachleuten sowie tiefgründiger Auseinandersetzung. Erst danach – folglich war es bei keinem Elternpaar eine Spontanentscheidung – entschlossen sie sich, ihr Kind implantieren zu lassen. Diese Eltern begleiteten den Rehabilitationsprozess ihres Kindes hoch motiviert und hoch engagiert.

Heute ist die CI-Versorgung hochgradig hörgeschädigter Kinder Alltag geworden. Fachwissenschaftlich geht es nicht mehr darum, ob ein Cochlea-Implantat bei hochgradig hörgeschädigten Kleinkindern in Frage kommt oder nicht. Dieser Grundsatzfrage ist fortführenden Fragestellungen gewichen. Heute stehen Fragen der Gestaltung des Rehabilitationsprozesses bei Kindern nicht deutscher Herkunft und zunehmend von Flüchtlingskindern im Mittelpunkt. Damit verbunden sind Überlegungen zur bilingualen Förderung, hier bezogen auf zwei gesprochene Sprachen.

5.5.2 Hörgeschädigte Eltern und CI

Als die ersten Wünsche hörgeschädigter Eltern nach CI-Versorgung ihrer Kinder an die Ärzte und Pädagogen herangetragen wurden, reagierten beide Berufsgruppen verunsichert. Niemand konnte sich anfänglich vorstellen, wie eine Rehabilitationsmaßnahme mit Eltern zu gestalten ist, die den Hörlern- und Sprachlernprozess ihrer Kinder nur begrenzt begleiten können. Nicht zuletzt waren die hörgeschädigten Eltern in mehrfacher Hinsicht im Konflikt: Sie wollten optimale Entwicklungschancen für ihr Kind, waren verunsichert, welche Langzeitwirkungen eine CI-Versorgung haben wird,

es fehlte an Erfahrungen und sie fühlten sich in erster Linie der Gehörlosengemeinschaft zugehörig, ebenso ihrer Sprache und Kultur. Noch weit weniger als bei den hörenden Eltern war bei den gehörlosen bzw. hochgradig hörgeschädigten Eltern die Entscheidung für das CI eine Spontanentscheidung. Die Phase der Entscheidungsfindung war mit zahlreichen Gesprächen und seelischen Auseinandersetzungen verbunden, deren Resultat dann aber zielorientiert verfolgt und in der Diskussion mit anderen Gehörlosen, die dem CI kritisch gegenüberstanden, getragen wurde. Die besondere Situation dieser Eltern spiegelt die Aussage von Betroffenen wider:

„Ich denke, es ist so: Hörende Eltern sind in der Regel sofort bereit, ihr hörbehindertes Kind implantieren zu lassen, um es sich in die hörende Welt zurückzuholen. Bei gehörlosen Eltern läuft ein ganz anderer Prozess ab: Mit dem Implantat schicken sie ihr Kind mit Liebe in die hörende Welt, mit dem Risiko und der Angst, es zu verlieren“ (Scholler & Scholler 2005, 36).

Auch hier handelte es sich um hoch motivierte und hoch engagierte Eltern. Heute wird die CI-Versorgung von einer wachsenden Zahl gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern für ihre Kinder in Anspruch genommen. Eine beträchtliche Zahl der gehörlosen Erwachsenen haben in der Rolle als Eltern ihre ehemalige Ablehnung zugunsten von Aufgeschlossenheit und Interessiertheit abgelegt. Die hörgeschädigten Eltern entscheiden selbst und frühzeitiger, sodass sich das Implantationsalter der Kinder dem der Kinder der hörenden Eltern angleicht.

5.5.3 Spezifisches

Für hörende Eltern steht nach einer CI-Versorgung stets die umfassende lautsprachliche Förderung im Vordergrund. Das Ziel einer Cochlea-Implantation ist der möglichst umfassende Erwerb lautsprachlicher Kompetenzen.

Für die gehörlosen und hochgradig hörgeschädigten Eltern spielt hingegen die Gebärdensprache als Muttersprache der Familie eine wichtige Rolle. Die Gebärdensprache ist verbindendes Glied der cochlea-implantierten Kinder zu ihren Eltern. Sie ist notwendig, um die ungestörte Kommunikation zwischen Kind und Eltern zu gewährleisten. Sie sichert den Familienmitgliedern eine entspannte und befriedigende Kommunikation. Folglich sind sowohl die Laut- als auch die Gebärdensprache wichtige Elemente des prä- und postoperativen Rehabilitationsprozesses. Die Gebärdensprache ist in diesen Familien das primäre Kommunikationsmittel und somit das emotionale Bindeglied zwischen Eltern und Kind. Diese gemeinsame Kommunikationsbasis muss sichergestellt sein (Vogel 2008, 2009).

5.5.4 Aktuelles

Heute zeigen hörgeschädigten Eltern gegenüber hörenden Eltern einen Informationsvorsprung. Es gibt kaum einen erwachsenen Hörgeschädigten, der nicht über das Cochlea Implantat informiert ist. Sie kennen es aus der eigenen Schulzeit von Klassenkameraden

oder vom Zusammensein mit anderen Hörgeschädigten – es war lange Zeit „Gesprächsthema in der Szene“. Erst in jüngster Zeit sind die heftigen Auseinandersetzungen über das CI abgeflacht. Erwartet ein hörgeschädigtes Paar ein Kind, so rechnen sie sowohl mit einem hörenden als auch einem hörgeschädigten Kind.

Hörende Eltern werden hingegen von der Diagnose Gehörlosigkeit/ hochgradige Hörschädigung ihres Kindes überrascht. Sie erfahren in der Regel erst zu diesem Zeitpunkt vom Cochlea Implantat und werden also zu einem Zeitpunkt mit dem Cochlea Implantat konfrontiert, in dem sie gerade erst die Diagnose erhalten haben. Entlastend wirkt hier, dass mit der Einführung des flächendeckenden Neugeborenenhörscreenings zum 01.01.2009 die Eltern von der Diagnose zu einem Zeitpunkt erfahren, zu dem sich der gehörlose bzw. hochgradig hörgeschädigte Säugling noch nicht abweichend von dem hörenden entwickelt. In der sehr frühen Phase zeigt es keine Unterschiede zu einem (normal) hörenden Säugling. Dies scheint die Eltern psychisch zu entlasten, da sie nicht das Gefühl haben, „etwas verpasst oder nicht bemerkt zu haben, was ihnen hätte auffallen müssen“ (Leonhardt & Wendels 2007).

5.6 Familiensituation

In dieser Studie (Busch 2013) – die Erhebung der Daten erfolgte ca. zehn Jahre nach der Pilotstudie – wurde der Frage nachgegangen, wie sich die innerfamiliären Beziehungen nach der Cochlea Implantation eines gehörlosen Kindes gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern gestalten. Zur Beantwortung der Frage wurde der aus der Psychologie bzw. systemischen Familientherapie stammende Familiensystemtest (FAST) einbezogen. Zum Familiensystemtest gehört ein Brett, das in 81 Felder mit Koordinaten (1/1 bis 9/9) unterteilt ist, und Holzfiguren. Die Untersuchungsteilnehmer sollen mit deren Hilfe ihre Familie aufstellen. Dies ermöglicht, die individuelle und gemeinsame Wahrnehmung der familiären Situation zu erfassen. Die Bewertung der Kohäsion – definiert als emotionale Bindung zwischen Familienmitgliedern – erfolgt auf Grund der Distanzen zwischen den Figuren: Benachbarte Felder bedeuten maximale Kohärenz (Vertrautheit); größere Distanzen bedeuten weniger enge Bindung. Die Erhebung erfolgte in 13 Familien, wobei 13 Mütter und 11 Väter (zwei waren dienstlich verhindert) im Alter von 26 bis 49 Jahren teilnahmen. Dabei sollten beide Eltern gemeinsam die Kernfamilie (Eltern und Kind), aber auch alle Personen, die im Familienalltag eine Rolle spielen, also für die Bewältigung des Alltags wichtig sind, auf dem Koordinatenbrett aufstellen.

Als zweite Aufgabe bekamen die Eltern – nun getrennt – die Aufgabe, sich vorzustellen, dass ihr Kind Probleme im Kindergarten/ in der Schule (z. B. Streit mit anderen Kindern) habe. Sie sollten aufzeigen, wer an der Lösung des Problems beteiligt sein werde.

Die wesentlichsten Ergebnisse sind:

- Mindestens eine hörende Bezugsperson befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Kernfamilie.
- Weniger enge Beziehungen ergeben sich zumeist auf Grund großer räumlicher Entfernungen.
- Die Familienbeziehungen sind vor und nach der Cochlea-Implantation des Kindes ähnlich.
- Als sehr wichtig wird die selbständige, unbeeinflusste Entscheidung erlebt. Ein Einmischen durch (hörende) Familienmitglieder löst Reaktanz aus.

Ergänzend wurden leitfadengestützte Interviews mit den (hörgeschädigten) Eltern und mit den CI-Kindern (ab einem Mindestalter von 8 Jahren) durchgeführt. Aus den mit den Eltern geführten Interviews lässt sich ableiten, dass die Implantationen zumeist zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr erfolgten. Dabei entschieden sich die Eltern häufig zunächst für eine unilaterale Versorgung. Nur in drei Fällen kam es zu einer bilateralen Erstversorgung. Dennoch waren zum Interviewzeitpunkt alle Kinder bilateral versorgt. Die Eltern haben im Nachhinein kaum Änderungswünsche; sie würden lediglich bei sukzessiver Implantation den Abstand zwischen den beiden Operationen kürzer wählen. Auffallend ist die zunehmende Zahl der CI-Versorgungen der Eltern, die sich nach den gemachten Erfahrungen mit ihren Kindern ebenfalls für eine Versorgung entscheiden.

Angegeben wird, dass sich nach der CI-Versorgung der Kinder der Familienalltag verändert hat, was aber nicht als belastend erlebt wird. Oft gelingt die problemlose Integration der Förderung des Kindes mit CI in den Alltag. So erfolgt häufig die Förderung im Rahmen des Kindergartenbesuchs, sodass keine zusätzlichen Besuche und Termine bei externen Stellen notwendig sind. Zusätzliche Termine entstehen (nur) bei frühzeitiger Implantation, die jedoch schnell Teil des gewohnten Familienalltags werden. Besonders in der Kleinkindphase wird von den Familien mehr Unterstützung gewünscht, wobei sie zugleich genug Zeit und Raum für ihre Kinder fordern, damit diese ihr „Kind-Sein“ genießen können. Falls es zu Veränderungen in den innerfamiliären Beziehungen kommt, werden diese positiv erlebt. Die Eltern drückten ihre Freude über die guten Entwicklungsmöglichkeiten und -bedingungen ihrer Kinder aus. Die Unterstützung durch andere Personen wird durchaus positiv und nicht als ein Einmischen in das Familienleben erlebt. Kritik wird an der Betreuung und Behandlung in den implantierenden Kliniken geübt. Als besonders negativ wird erlebt, wenn Ärzte Druck ausüben, um die CI-Versorgung zu forcieren. Sie fordern eine bessere Aufklärung des medizinischen Personals über Gehörlosigkeit und über die Bedeutung der Gebärdensprache.

Interviews mit den Kindern waren nur in vier Fällen möglich, da alle anderen noch nicht das Mindestalter von acht Jahren erreicht hatten. Aus den geführten Interviews lässt sich ableiten, dass sie es als große Bereicherung empfinden, sowohl in der Gehörlosen- als auch in der hörenden Welt zu leben. Sie vermittelten auch, dass sie mitunter eine gewisse Zeit der Umstellung benötigen, um nach einem langen Schulalltag zu Hause wieder in der Gebärdensprache zu kommunizieren. Dennoch bestätigt sich, dass es ihnen gelingt, adressaten- und situationsgerecht zu kommunizieren. Gehören hörende Geschwister zur Familie, hat sich mit der Implantation eine deutliche Verbesserung der Beziehung zu ihnen ergeben. Die inklusive Beschulung dieser Kinder verläuft erfolgreich. Einen besonderen Vorteil sehen sie in der wohnortnahen Beschulung, wodurch lange Fahrzeiten zur Förderschule, Förderschwerpunkt Hören vermieden werden. Positiv erlebt wird das Eingebunden-Sein in den hörenden Freundeskreis; Sportvereine werden als weiteres Übungsfeld für die lautsprachliche Kommunikation angesehen. Treten Kommunikationsschwierigkeiten auf (z. B. im Rahmen der Freizeitgestaltung), wird die Familie als Rückzugsmöglichkeit hervorgehoben. Zum Freundeskreis gehören auch andere CI-Kinder von gehörlosen bzw. hochgradig hörgeschädigten Eltern. Sie wohnen aber häufig weit entfernt, wodurch nur ein seltener Kontakt zu ihnen möglich ist.

Betrachtet man die Ergebnisse dieses Moduls zusammenfassend, so lässt sich festhalten, dass es den betroffenen Eltern wichtig ist, selbstständig zu entscheiden. Eine CI-Versorgung ihres Kindes erfolgt erst nach reiflicher Überlegung. Es handelt sich dabei um einen Entscheidungsprozess, den sie als emotional belastend erlebt haben. Die CI-Versorgung beeinflusst weder das Familienleben noch den Familienalltag negativ. Durch die Implantation kommt es nicht selten zur Verbesserung der innerfamiliären Beziehungen, so beispielsweise zu den hörenden Großeltern und zu den hörenden Geschwistern. Die (hörgeschädigten) Eltern wünschen sich insbesondere von den Gehörlosen die Akzeptanz ihrer Entscheidung für das CI.

5.7 „Aus kleinen Leuten werden große Leute“ – CI-Kinder als Erwachsene

Die Zahl der hörgeschädigten Eltern mit CI-Kindern ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Dennoch handelt es sich hier um eine zahlenmäßig kleine Gruppe. Für die Eltern liegt inzwischen ein erstes, auf ihre Bedürfnisse ausgerichtetes Informationsmaterial – es handelt sich um ein Buch (Autorengruppe 2009, 2. Auflage 2016) und ein Informationsblatt – vor. Das Autorenteam, zu dem auch zwei hochgradig hörgeschädigte Elternpaare mit CI-Kindern gehörten, war bemüht, neutral, sachlich und objektiv zu informieren. Die Textgestaltung wurde auf die Zielgruppe ausgerichtet und durch viele farbige Bilder veranschaulicht. Vor Veröffentlichung ist sie an einer großen Gruppe von Gehörlosen auf ihre Verständlichkeit hin überprüft worden (Fiocchetta 2009, 2013).



Abb. 1: Beispielseite aus der Informationsbroschüre „CI für Kinder. Informationen für gehörlose und schwerhörige Eltern über das Cochlea Implantat“ (Autorengruppe 2016, 61).

Inzwischen sind die ersten mit CI versorgten Kinder von gehörlosen bzw. hochgradig hörgeschädigten Eltern junge Erwachsene. Im Rahmen von Einzelfallstudien werden diese nun – nach dem Erreichen des Erwachsenenalters – befragt, wie sie ihre CI-Versorgung aus heutiger Sicht sehen. War die damalige Entscheidung für die Implantation der Eltern oder die Zustimmung der Eltern zu dieser richtig? Was bringt ihnen das CI? Was leistet es nicht? Auf Grund von Ergebnissen von Dalscheid (2011), Kugler (2011), Schuster (2011), Will (2011), Strebel (2014) und Volk (2014) lässt sich Folgendes zusammenfassend festhalten:

- Alle bisher befragten jungen Erwachsenen, die als Kinder mit CI versorgt wurden, sind zufrieden.
- Alle tragen ihr CI.
- Zwei haben sich auf eigenen Wunsch mit einem zweiten CI versorgen lassen.
- Keiner möchte das CI missen.
- Alle verwenden sowohl die Laut- als auch die Gebärdensprache (bei leichter Dominanz der Gebärdensprache).
- Keiner kritisiert die Entscheidung der Eltern.

Bei der Betrachtung der Aussagen ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den hier befragten Personen um die ersten handelte, die als Kinder gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern mit Cochlea Implantat versorgt wurden. Ihr durchschnittliches Implantationsalter betrug neun Jahre. Auch war damals noch die einseitige Implantation gängig. Die beidseitige CI-Versorgung wurde erst in der ersten Hälfte der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts zunehmend von den Krankenkassen übernommen. Unsere Annahme, dass bei den ersten Implantationen die Initiative dazu vorwiegend von den hörenden Großeltern ausging, lässt sich nicht verifizieren. Von den neun bisher befragten jungen Erwachsenen gaben sechs an, dass es ihr eigener Wunsch war (wodurch sich auch das relativ hohe Implantationsalter begründet), ein Befragter äußerte, dass sich sein eigener Wunsch und die Anregung eines Lehrers trafen und nur bei zwei Befragungsteilnehmern waren es die hörenden Großeltern, wobei es sich hier um ein Geschwisterpaar handelt. Dabei äußerte auch hier der ältere, „mitentschieden“ zu haben. Lediglich der bereits im Alter von drei Jahren Versorgte, hatte sich an der Entscheidungsfindung nicht beteiligt bzw. beteiligen können.

5.8 Abschließende Bemerkungen

Für die Lautsprachentwicklung sind die gehörlosen und hochgradig hörgeschädigten Eltern auf die Unterstützung von Hörenden angewiesen. Das wissen die Eltern und sie werden darauf auch bei der präoperativen Beratung hingewiesen. Insbesondere den (hörenden) Großeltern kommt hier oft eine tragende Rolle zu (Bauer & Vogel 2009, 59).

Die Cochlea-Implant-Zentren (CICs) stehen vor der Aufgabe, den gesamten Rehabilitationsprozess so zu begleiten, dass sichergestellt ist, dass die Eltern des Kindes (und nicht die hörenden Bezugspersonen) auch die Hauptansprechpartner sind. Sie treffen die Entscheidungen und tragen die Verantwortung. Die hörenden Bezugspersonen dürfen nicht (wenn auch oft in bester Absicht gemeint) in den Verantwortungsbereich der Eltern eingreifen.

Betrachtet man die Eltern der CI-Kinder, so fällt außerdem auf, dass es wiederholt vorkommt, dass sich Eltern nach einer gewissen Zeit nach der CI-Operation ihres Kindes ebenfalls für eine Implantation entscheiden (s. auch Ausführungen zur Familiensituation). Es handelt sich dabei um Eltern, die über gute Lautsprachkompetenzen verfügen und vorhandene Hörreste bisher schon intensiv genutzt haben und/oder mit progredienten Hörverläufen. Obwohl bei Geburtshörgeschädigten bekanntermaßen Implantationen in Erwachsenenalter kritisch gesehen werden, scheinen sie vom CI zu profitieren. Die intensive Auseinandersetzung dieser Eltern mit dem CI hat bei ihnen auch zu dem Wissen geführt, dass sie nicht den gleichen Nutzen wie ihre Kinder haben werden und passen schon im Vorfeld ihre Erwartungen entsprechend an (Vogel 2010).

Persönlich beeindruckt hat mich stets, wie diese Gruppe von hörgeschädigten Eltern gerade in der Anfangszeit der CI-Versorgung dem Druck anderer Gehörloser, die eine kritische Einstellung zum Cochlea Implantat hatten, widerstanden. Es hat mich aber auch beeindruckt, wie beharrlich sie bei der Forderung nach der Verwendung der Gebärdensprache im Umgang mit ihren Kindern blieb und diese stets selbstbewusst als ihre „Familiensprache“ vertreten hat (s. auch Leonhardt 2011).

5.9 Literatur

- Autorengruppe** unter Leitung von A. Leonhardt und A. Vogel (2009, 2016): CI für Kinder. Informationen für gehörlose und schwerhörige Eltern über das Cochlea Implantat. Eigenverlag, München.
- Bastian, E.** (1997): Der Weg zum CI. Der Entscheidungsprozess gehörloser Eltern für ihr gehörloses Kind. In: Diller, G.; Gall, V.; von Illberg, C. et al. (Hrsg.): Aktuelle Aspekte der Indikation, Rehabilitation und Technik. 3. Friedberger Cochlea-Implant-Symposium vom 13. bis 14. Juni 1997. Niddatal: Eigendruck, 76-90.
- Bauer, N.; Vogel, A.** (2009): Basistherapie bei CI-versorgten Kindern gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern: Besonderheiten und Grenzen. In: Leonhardt, A.; Vogel, A.: Gehörlose Eltern und CI-Kinder – Management und Support. Heidelberg: Median, 53-60.
- Busch, K.** (2013): Die Familiensituation gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern mit Cochlea implantierten Kindern. Hamburg: Kovač.
- Begall, K.** (1995): Versorgung Gehörloser mit dem Cochlea-Implant. In: Stiftung zur Förderung körperbehinderter Hochbegabter. Vaduz, 59-90.
- Chute, P.M.; Kretschmer, R.E.; Popp, A.L. et al.** (1995): Cochlear Implant performance in a deaf child of deaf parents. A study. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 166, 316-318.
- Dalscheid, S.** (2011): Junge erwachsene CI-Träger mit gehörlosen Eltern – eine Fallstudie. Bachelorarbeit zur Erlangung des B.Sc. Prävention, Integration und Rehabilitation bei Hörschädigung (unveröffentlicht).
- Fiocchetta, St.** (2009): Barrierefreie Kommunikation – Entwicklung und Evaluation einer Aufklärungsbroschüre für Gehörlose und hochgradig Hörgeschädigte über die Cochlea-Implantat (CI)-Versorgung bei Kindern. In: Leonhardt, A.; Vogel, A. (Hrsg.): Gehörlose Eltern und CI-Kinder – Management und Support. Heidelberg: Median, 20-37.
- Fiocchetta, St.** (2013): Entwicklung, Erarbeitung und Evaluation der Broschüre „CI für Kinder: Informationen für gehörlose und schwerhörige Eltern über das Cochlea-Implantat“. Dissertation, LMU München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik. <https://edoc.ub.uni-muenchen.de/19124/>
- Krüger, M.** (1991): Häufigkeitsstatistische und demographische Angaben zum Personenkreis hörgeschädigter Menschen. In: Jussen, H.; Claußen, W.H.: Chancen für Hörgeschädigte. München/Basel: Reinhardt, 25-30.
- Kugler, L.** (2011): Junge erwachsene CI-Träger mit gehörlosen Eltern – eine Fallstudie. Bachelorarbeit zur Erlangung des B.Sc. Prävention, Integration und Rehabilitation bei Hörschädigung (unveröffentlicht).
- Lehnhardt, E.** (1997): Das Cochlear Implant von den Anfängen bis zur verlässlichen Hilfe für gehörlose Kinder. In: Leonhardt, A. (Hrsg.): Das Cochlear Implant bei Kindern und Jugendlichen. München/Basel: Reinhardt, 19-30.
- Lehnhardt, E.** (1998): Entwicklung des Cochlear-Implantats und das Cochlea-Implantat-Projekt in Hannover. In: Lenarz, T. (Hrsg.): Cochlea-Implantat. Ein praktischer Leitfaden für die Versorgung von Kindern und Erwachsenen. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 1-8.
- Lehnhardt, E.; Aschendorff, A.** (1993): Prognostic factors in 187 adults provided with the Nucleus Cochlear Mini-System 22. In: Frayse, B.; Deduine, O. (eds): Cochlear implants. New perspectives. *Adv. Otorhinolaryngol* 48: 146-152.
- Leonhardt, A.** (2004): Cochlea-Implantat-Versorgung bei gehörlosen Kindern von gehörlosen, hochgradig schwerhörigen und an Taubheit grenzend hörgeschädigten Eltern. In: ESMD (Hrsg.): Tagungs-CD,

- 6th European Congress on Mental Health and Deafness 21.– 24.05.2003 Bad Ischl, Austria. Gesundheit und Wohlbefinden/Health and Wellbeing.
- Leonhardt, A.; Wendels, S. (2007): Auf zu neuen Ufern – wie das Neugeborenenhörscreening die Frühförderung hörgeschädigter Kinder verändert. Erste Teilergebnisse eines Projektes zur Entwicklung eines Beratungskonzeptes für Familien mit beim Neugeborenenhörscreening hörauffälligen Kindern in Frühförderstellen. In: *Sonderpädagogische Förderung* 52, 1, 87-98.
- Leonhardt, A. (2011): Hörgeschädigte als Eltern von CI-Kindern. In: *hörgeschädigte Kinder – erwachsene Hörgeschädigte*, 48, 3, 112-117.
- Scholler, Ch.; Scholler, C. (2005): Ich wünsche mir zu Weihnachten ein CI. In: *Schnecke*, 16, 49, 35-36.
- Schuster, T. (2011): Junge erwachsene CI-Träger mit gehörlosen Eltern – eine Fallstudie. Bachelorarbeit zur Erlangung des B.Sc. Prävention, Integration und Rehabilitation bei Hörschädigung (unveröffentlicht).
- Strebel, A. (2014): Junge erwachsene CI-Träger mit gehörlosen Eltern – eine Fallstudie. Bachelorarbeit zur Erlangung des B.Sc. Prävention, Integration und Rehabilitation bei Hörschädigung (unveröffentlicht).
- Vogel, A. (2008): CI-Kinder hörgeschädigter Eltern – aktuelle Daten aus der Praxis. In: *Deutsche Gesellschaft für Audiologie (Hrsg.): Tagungs-CD, 11. Jahrestagung Kiel 05.–08. März 2008*.
- Vogel, A. (2009): CI-Versorgung bei Kindern gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern im Cochlear Implant Centrum Schleswig-Kiel – Konzept, Erfahrungen und Ergebnisse. In: Leonhardt, A.; Vogel, A.: *Gehörlose Eltern und CI-Kinder – Management und Support*. Heidelberg: Median, 44-52.
- Vogel, A. (2010): Mit den Kindern hören – CI-Versorgung gehörloser Eltern. In: *Schnecke* 21, 68, 10-12.
- Volk, T. (2014): Junge erwachsene CI-Träger mit gehörlosen Eltern – eine Fallstudie. Bachelorarbeit zur Erlangung des B.Sc. Prävention, Integration und Rehabilitation bei Hörschädigung (unveröffentlicht).
- Vonier, A. (2008): Cochlea-implantierte Kinder gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern. Heidelberg: Median.
- Will, K. (2011): Junge erwachsene CI-Träger mit gehörlosen Eltern – eine Fallstudie. Bachelorarbeit zur Erlangung des B.Sc. Prävention, Integration und Rehabilitation bei Hörschädigung (unveröffentlicht).
- Wittasek, N. (2000): Ein „Märchen“. In: *Schnecke*, 11, 28, 45.

6 Memories of Humboldt University of Berlin in Retrospect

Tirussew Teferra, Professor & Laureate,
Addis Ababa University, Ethiopia

Honorable Professor Dr. Klaus-Peter Becker,
distinguished Guests,
Ladies and Gentlemen,

in deed it is a privilege and an honor to be part of the celebration of the 90th anniversary of Professor Klaus Becker. At this moment, I would like to congratulate and wish him a healthy and prosperous life. I sincerely hope, that I will have the opportunity to come again and celebrate his centenary after ten more years. Professor Klaus Becker is one of the internationally renowned scholars in the field of Rehabilitation and Special Education in the globe. His enormous contribution in the field is highly valued by the international community and organizations like UNESCO. Professor Klaus Becker's longstanding engagement in the profession testifies that he does it passion and compassion. I think the new generation needs to emulate and follow his exemplar footsteps!

I am proud of being the product of the Department which was founded and lead by his leadership. I benefited a lot from his scientific research and publications in the area of educational rehabilitation and communication sciences. As an international student, I very much enjoyed my stay at Humboldt University to Berlin when I did my Masters and doctoral degrees from 1984 – 1990 at Albrechtstraße. During this time my Academic Advisor was the late Professor Suhrweier who gave me the academic guidance in the theme pertaining the psychosocial conditions of Children with Disabilities. That time, I have had the special permission from the Department to write my thesis and dissertation in English. Indeed, I took a short term German Language courses both at Herder Institute in Leipzig and as well as in the German Language Unit at Humboldt University. However, the proficiency in communication and writing in the German Language was not sufficient enough for undertaking high



level academic exercise. In addition to my research work, I attended the courses with students in the Blind Education Seminar Group as well as some lectures in the Seminar Group with Intellectual Disability. In the Department, I had good support from the students in the seminar groups as well the teachers such as Professor Fromm. That time, there were several international students from, Mali, Senegal, Nicaragua, Cuba, Afghanistan, Palestine, Poland, North Korea etc. There was a lot of experience sharing among German and international students both in school and the hostels. I did have also a good relation and support from the Department Librarian by the Herr Richter.

For my research and practicum work, I had the chance to visit and collect data from special schools around Berlin such as special schools for children with hearing, physical and intellectual disabilities. Furthermore, I went to the Blind School in Königs Wusterhausen. In all my school visits, I got the maximum support and hospitality from the school principals, teachers and students. I am particularly indebted from the Blind School Teacher Herr Reinhardt with a good commend of the English language. He was extremely very helpful in translating for me the German references to the English. He made my life easy for reviewing the German literature while doing the write-up of my dissertation. These are some of good memories I cherish about my student life in Germany.

After graduation, I went back home as the first professional in the field of special needs education in the country and pursue my career as Assistant Professor at Addis Ababa University as of January 1990. Since then, I have pursued my profession by engaging research, teaching, and publishing several articles in scientific journals. I have also forged several international connections with universities in Europe, North America and Africa. I have widely traveled and stayed for a short period at the different locations of the globe, however Germany ranks the top in terms of the frequency of educational visits and the duration of stay among the countries.

I have stayed in Germany for about a total of 7 years. I would like have been offered a total of three DAAD scholarships by the German Government from 1992 – 2001 in the following universities:

- 07/1992 – 09/1992, Ludwig Maximilian University of Munich,
Humboldt University of Berlin & Free University of Berlin,
- 06/1997 – 09/1997, Teachers Training College of Erfurt,
Humboldt University of Berlin,
- 06/2001 – 08/2001, Eberhard Karls University of Tübingen
and Humboldt University of Berlin.

Most importantly, since 2002 with the professional commitment of Professor Dr. Annette Leonhardt, the "iron lady", who is also the product of Professor Klaus Becker, we have

launched strong collaboration between Addis Ababa University and LMU-Munich University. The ongoing cooperation between the two universities has been instrumental for staff and student exchange programs, institution capacity building and training for the Department of Special Needs Education at Addis Ababa University and opened opportunities of training workshops for the teachers of the Deaf in Ethiopia.

Along with the academic exchange program the students and the staffs of both universities have had mutual benefits from the socio-cultural interactions which I think are the basis for the sustainability of the collaborations between the two universities. Germans tend to love and enjoy the Ethiopia and its people and the Ethiopians have the same feeling towards Germany and its people!

On my part, it is Germany where I have enjoyed and spent a good number of years of my life and I consider Germany as my second homeland. I very much cherish my student life in Department of Rehabilitation Education and Communication Sciences at Humboldt University of Berlin. As scholar, I have enjoyed and benefited a lot from the academic collaborations with the different universities in general and LMU- Munich University in particular. I hope the new generation has the ground to bring new initiatives and make the cooperation between the two countries sustainable.

I would like to seize this opportunity to recognize the contribution of Professor Dr. Annetter Leonhardt on the pedagogy of the Deaf in general and the Deaf Education in Ethiopia in particular! My special thanks goes to her for organizing my trip to be part of this special celebration!!

Let God Bless Professor Dr. Klaus Becker and his family! Long live & Happy Birthday!

I thank you!!

7 Sonderpädagogik in allgemeinen und sonderpädagogischen Lehramtsstudiengängen? Die Gretchenfrage nach den Basics und dem Spezifischen einer Profession

Prof. Dr. rer. nat. Gabriele Ricken und Prof. Dr. paed. Sven Degenhardt,
Universität Hamburg

Mit der Verabschiedung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat sich Deutschland zur Umsetzung eines inklusiven Schulsystems verpflichtet (vgl. UN 2008, Art. 24). Dabei wird der Anspruch erhoben, in allen Bereichen des öffentlichen Lebens – ebenso im Bildungsbereich – Barrieren abzubauen und die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zu realisieren. Für Schulen bedeutet dies, dass sie sich zu Lernorten entwickeln müssen, an denen alle Kinder ihre kognitiven, sozialen und motivationalen Kompetenzen und ein gut belastbares Selbstkonzept entwickeln können.



Als oft zu lesende und zu hörende Lösung für den Umgang mit Vielfalt und Heterogenität wird Beachtung der Bedürfnisse der Lernenden sowie die Individualisierung von Lernaufgaben und -situationen genannt. Damit ist ein in der Behinderten- und Sonderpädagogik seit langem gefordertes Anliegen, Anforderungen und Bedingungen entsprechend der Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen zu gestalten und nicht Kinder Schulen zuzuordnen (vgl. Schuck 2011), aufgegriffen worden. Um dies zu realisieren, ist wiederum ein Blick auf Ressourcen und Potenziale auf Seiten der Kinder sowie auf potenzielle Barrieren in den Lernumgebungen nötig. Die Gretchenfrage ist dabei, wie die professionellen Aufgaben von Regelschullehrkräften und Sonderpädagogen zu definieren sind, wie die jeweils *spezifischen Expertisen* in die gemeinsame, kollaborative Aufgabe der Entwicklung förderlicher Settings einzubringen sind. Befragungen von Lehrkräften zeigen hier derzeit einen Weiterbildungsbedarf, zugleich stellt sich die Frage aber auch für die grundständige Ausbildung, wie ist Sonderpädagogik mit allen anderen erziehungswissenschaftlichen Facetten so zu verbinden, dass Studierende aller Lehrämter möglichst gut auf diese anspruchsvolle Aufgabe vorbereitet sind.

7.1 Notwendige inklusive Bedingungen

Gute *individuell* zugeschnittene Aufgaben zu entwerfen, wird einerseits in der Literatur gefordert und eher noch selten praktiziert (vgl. Solzbacher 2016). Andererseits steht Individualisierung in der Gefahr, dass Ausgrenzungen forciert werden, weil zum Beispiel das Schwierigkeitsniveau weithin sichtbar ist und in Lerngroßraumbüros der soziale Austausch von Kindern und Kooperation zwischen ihnen unmöglich wird (vgl. Krauthausen & Scherer 2014). Fehlende *soziale Integration* kann in der Kombination mit vorführenden Feedbacks von Lehrkräften an Schüler zu einem Risiko werden, solche Lernsituationen haben für Kinder fatale, behindernde Folgen (vgl. Buchna et al. 2015 und Linderkamp 2015).

Die empirische Datenlage zu Bedingungen, die eine erfolgreiche Inklusion in der Schule ermöglichen, ist noch eher sporadisch und auf einzelne Gruppen begrenzt, dennoch lassen sich Annahmen für Gelingensbedingungen formulieren (u.a. Linderkamp 2015 und Buchna et al. 2015).

Individuelles Lernen muss folglich in soziales Lernen, *einen guten, hochwertigen Unterricht sensu* Helmke (2012) und ein professionelles Classroom-Management eingebettet sein (vgl. Hennemann, Ricking & Huber 2015). Um dies zu organisieren ist eine *Teamarbeit* nötig, in der jedes Teammitglied spezifische Verantwortungen trägt und zugleich an einer gemeinsamen Aufgabe (kooperative Förderplanung, z. B. Popp, Melzer & Methner, 2011) mitwirkt, also in enger Abstimmung miteinander und am gleichen Ziel arbeitend: an der Gestaltung entwicklungsanregender Bedingungen für die Kinder. Inklusionsunterstützende *Einstellung, Haltungen und Wirksamkeitserwartungen* werden dafür als „Orchestermittglieder“ betrachtet (vgl. Urton, Wilbert & Hennemann 2015). Selbstkompetenzerleben in schwierigen, stressigen Situationen entscheidet erheblich über das Gelingen pädagogischer Prozesse (mit hoher Wahrscheinlichkeit in allen Lebenskontexten) (vgl. Schwer & Solzbacher 2014). Schulleitungen müssen die Teams aktiv unterstützen und deren Wirken durch das Schaffen von Handlungsräumen ermöglichen.

Haltungen, die Fürsorglichkeit erfahren („mein Lehrer, vertraut mir, möchte, dass ich was lerne“) und wahrgenommen werden, bestimmen das Klima in einem Arbeitsbündnis, in dem festzulegen ist, woran gemeinsam zu arbeiten ist, worin das Ziel besteht. *Fachspezifische methodisch-didaktische Kompetenzen*, die in Verbindung mit einem genauen Monitoring der Entwicklung eine Anpassung von Lernsituationen und Lernaufgaben (systematische Aufgabenvariationen und spezifischer Materialeinsatz) begleiten und begründen, sind nicht nur Beiwerk, sondern Substanz (vgl. Blumenthal & Hartke 2015). Lernprozesse benötigen Vergewisserungen darüber, was getan wurde, was getan werden sollte und worauf ein Erfolg oder Misserfolg zurückzuführen ist. Transparentes Offenlegen der Fortschritte hilft Kindern und Lehrkräften in der Orientierung an erreichbaren

Zielen (vgl. Hattie, Beywl & Zierer 2013). Die Kenntnis und Nutzung *evidenzbasierter Konzepte* (wie direkte Instruktionen, Förderung von Strategie, Übungsphasen zur Automatisierung) und *wertschätzende, prozessbeschreibende Feedbacks* spielen erste Geigen in der Gestaltung guter Lernsituationen. Nicht zuletzt haben Studien der letzten Jahre gezeigt, dass sich Lernstörungen oder -schwierigkeiten „ankündigen“, dass Auffälligkeiten in der Entwicklung von Vorläuferfähigkeiten als Risiken für spätere Störungen im Erwerb mathematischen und schriftsprachlichen Wissens zu benennen sind. Diese sind nun folglich zu erkennen bevor das „Kind in den Brunnen gefallen ist“.

Durch die Inklusionsdebatte werden diese „Baustellen“ deutlich, deren Bearbeitungen entweder zum Gelingen betragen oder zu Barrieren in der Lernentwicklung werden können. Meyer (2006) spricht von einem Überfluss von Wissen, über das wir hinsichtlich erfolgreicher Unterrichtsgestaltung verfügen. Dennoch werden nicht alle Kinder von einem allgemein „guten Unterricht“ profitieren. Beeinträchtigungen im Lernhandeln sind als spezifische Problemlagen oder Barrieren zu erkennen, zu analysieren und zu benennen. Daran schließen sich Konzipierungen von Anforderungsangeboten an, die auch temporär Arbeit in Kleingruppen oder intensive Förderung in Einzelsituationen einschließen. Die Konzipierung und vor allem die Umsetzung von spezifischen Lernsettings braucht die Mitarbeit, Bereitschaft, Vereinbarung und Aushandlung mit dem Lernenden.

Alle Aspekte zusammen liegen nicht in der Verantwortung einer einzelnen Profession. Vielmehr besteht eine der aktuellen Aufgaben in der Definition und Verschränkung verschiedener professioneller Perspektiven (vgl. Grosche 2015). Dafür gibt es Entwürfe und erste Studienergebnisse. Nach Moser & Kropp (2014) verteilen sich Beratungsaufgaben und schulinterne Kooperationen etwa gleichmäßig auf sonderpädagogische und anderen Lehrkräfte (Grundschul-, Hauptschul-, Gymnasial- und Berufsschullehrkraft). Der Unterricht der Klasse ist die Domäne der Regelschullehrkräfte, die individuelle Förderung, Diagnostik und Kooperation mit außerschulischen Einrichtungen die der Sonderpädagogen.

Die behinderten-/sonderpädagogische Perspektive *fokussiert auf die individuellen Bedingungen der Kinder* (z. B. sonderpädagogische Förderbedarfe) und deren Bedeutung im *jeweiligen konkreten Lernsetting*. Behindertenpädagogisches Wissen fließt darüber hinaus allerdings auch in die Beurteilung der Zugänglichkeit zu einem Bildungssetting unter individuellen Bedingungen ein. Das bedeutet nichts anderes, als die langbekannte Kind – Umfeld – Diagnostik nun endlich in Bezug auf schulische Bedingungen ernst zu nehmen.

Die Aufgabenstellungen lassen bereits darauf schließen, dass nicht nur äußere Rahmenbedingungen für das Gelingen inklusiver Bildungsprozesse entscheidend sind, sondern in beachtlichem Umfang die Kompetenzen von Lehrkräften (vgl. Moser & Kropp 2014).

7.2 Nötige Kompetenzen

Derzeit besteht eher noch Unklarheit auf theoretischer und praktischer Ebenen, wer von den beteiligten Professionen über welche Kompetenzen verfügen muss und wie diese miteinander zu verschränken sind. Einigkeit scheint darin zu bestehen, dass Kompetenzen zusammengeführt werden müssen. Einzelne Vorschläge und Entwürfe sind nachzulesen, die sich auf folgende Aspekte beziehen (u. a. Melzer et al. 2015):

- *fachdidaktisch-methodische Kompetenzen*: Lehrkräfte müssen ein breites Repertoire hinsichtlich verschiedener Gestaltungsmöglichkeiten von Unterrichtssituationen kennen und realisieren können. Dazu gehören Kompetenzen im Classroom-Management, um Lernzeit möglichst störungsfrei maximal nutzen zu können. Heinrich, Urban & Werning (2013) stellen fest, dass zur Verbindung von spezifisch fachdidaktischem und sonderpädagogischem Wissen für die Planung und Umsetzung eines qualitativ hochwertigen Unterrichts bisher keine fundierten Forschungsergebnisse vorliegen.
- Vor dem Hintergrund der Expertise für die Gestaltung von Unterrichtsprozessen sind Unterrichtsprozesse dann wiederum genau zu beobachten. In diesem Sinne differenzieren sich *diagnostische Kompetenzen* aus, die erforderlich sind zur:
 - Feststellung von Lernausgangslagen,
 - Identifikation von Gelegenheits- und Zugangsbarrieren,
 - Betrachtung kognitiver aber auch sozialer und emotional-motivationaler Prozesse,
 - Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf sehr konkrete Unterrichtsprozesse,
 - dem Wechselspiel zwischen Anforderungen und individuellen Prozessen (Noticing, z. B. nach Sherin, Jacobs & Philipp 2011) und zur
 - Beobachtung und Dokumentation von Veränderungen im Entwicklungsverlauf (formative Evaluation).

Dies ist deutlich weiterführend als der ursprüngliche diagnostische Auftrag, der in der Feststellung sonderpädagogischer Förderbedarfe bestand – es geht um das Bemerkende, die Analyse schwieriger Lernsituationen und nicht um die Klassifikation von Kindern, die zwar Ressourcen erzeugt, aber vielen Jahren unter dem Aspekt der Stigmatisierung und deren Folgen in der Sonderpädagogik kritisch diskutiert wird (vgl. Boger & Textor 2016).

- Kompetenz wird ebenso erforderlich hinsichtlich der Konzipierung, Planung, Realisierung und Dokumentation von Förderphasen. Damit sind insbesondere die Kenntnis und die Umsetzung *evidenzbasierter Förderkonzepte* gemeint sowie die Planung und Organisation unterschiedlicher Formen von Fördersituationen (vgl. Hennemann, Ricking & Huber 2015).

- Lehrkräfte benötigen Kompetenzen für einen Austausch und eine Kooperation untereinander. Das schließt die Kenntnis und Anwendung verschiedener *Kooperations- und -beratungsmethoden*, die Reflexion in und über gemeinsame Arbeitsschritte ein, und schlussendlich sind
- Kompetenzen erforderlich, die zu einer *Organisationsentwicklung* des gesamten Systems Schule mit seiner kommunalen Einbindung beitragen (vgl. Wolfswinkler, Fritz-Stratmann & Scherer 2014).

Die präzise Wahrnehmung von Unterrichtssituationen („*perception accuracy*“), deren zielangemessene Analyse und Interpretation („*interpretation*“) sowie die flexible Reaktion darauf („*decision-making*“) zählt in den aktuellen Arbeiten zur Expertise von Lehrkräften zu den Kernpunkten des Geschehens (vgl. Blömke, Gustafsson & Shavelson 2015). Unterricht in Inklusiven Klassen erfordert nichts anderes: Anforderungen müssen in Aufgaben transferiert werden, individuelle Bedingungen und mögliche Beeinträchtigungen von Kindern vorüberlegt, die Auseinandersetzung mit den Aufgaben beobachtet, Barrieren erkannt und soziale Prozesse der Teilhabe sowie des Klassenklimas beobachtet und beeinflusst werden.

Betrachtet man diese Komplexität, dann gewinnt der Gedanke deutlich an Gewicht, dass die Heterogenität der Lernenden auf der einen Seite auf die Heterogenität der Lehrenden in Bezug auf ihrer Expertise auf der anderen Seite trifft. Dies hat zur Folge, dass die Spezifik der unterschiedlichen Lehrämter und Professionen vor dem Hintergrund von Unterrichts- und Förderungsgestaltungsprozessen zu schärfen ist. Für die Behinderten- resp. Sonderpädagogik bedeutet dies, Kompetenzen für die grundsätzliche barrierefreie Gestaltung von Lernumgebungen sowie für die Berücksichtigung spezifischer Lernerperspektiven zu entwickeln.

7.3 Spezifische Perspektive am Beispiel der Pädagogik bei Beeinträchtigung des Sehens: Universal Design – individuelle Bildungspläne – Kompetenzprofil

Die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik verweist in Theorie und im Handlungsfeld seit Anbeginn ihres Wirkens darauf, dass eben dieses Einbeziehen der spezifischen Lernerperspektive einer spezifischen Expertise in der Analyse der Lernvoraussetzungen, des didaktischen und methodischen Settings und der räumlichen, medialen und sozialen Rahmensetzungen sowie in der darauf aufbauenden (Mit-)Gestaltung pädagogischer Prozesse bedarf.

Wie kann aber den spezifischen Bedarfen zur Gewährung der Teilhabe an Bildungsprozessen blinder und sehbehinderter Menschen entsprochen werden? Wie kann dabei die spezifische Expertise einer Pädagogik bei Beeinträchtigung des Sehens wirken? Wie kann sie aufgebaut, erhalten und weiterentwickelt werden und wie kann sie – in welchem Umfang – an die Orte und in die Prozesse eingebracht werden, an und in denen sie gebraucht wird?

Für die Beantwortung dieser Fragen gibt es viele Wege – ein Weg führt über die strukturierte Festschreibung erwartbarer Bedarfe in der Form Spezifischer Curricula. In Zusammenführung der Traditionslinien zur Qualität und Evaluation blinden- und sehbehindertenpädagogischer Prozesse und der Erfahrungen zum Instrument des Expanded Core Curriculum (ECC) insbesondere in den USA (vgl. dazu u.a. Allman & Lewis 2014 und Lohmeier, Blankenship & Hatlen 2009) entstanden unter Federführung des Fachverbandes, Verband für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik e.V. (VBS), in den letzten Jahren drei Spezifische Curricula (vgl. dazu ausführlich Degenhardt, Gewinn & Schütt 2016). Die Spezifischen Curricula für die Handlungsfelder Schule, Übergang von der Schule in den Beruf und Berufliche Rehabilitation müssen – um ihre Wirkung zu entfalten – in die Umsetzung der jeweiligen curricularen (Fach-)Vorgaben eingewoben werden. Dieses Einflechten wird mit zwei Wirkrichtungen verbunden sein: Einerseits mit dem Prozess, der die curricularen Vorgaben auf die konkrete, lernende Person mit Blindheit oder Sehbehinderung bezieht (z.B. über individuelle Bildungspläne) und andererseits mit dem *Prozess der ein Universelles Design der Lehr- und Lernorte*, der didaktischen Prozesse und der Schulqualität herstellt. Beide Stufen zusammen, das anschlussfähige Universelle Design und die individuellen Hilfen ergeben aus Sicht des blinden und sehbehinderten Menschen die notwendigen „angemessenen Vorkehrungen“ für die Teilhabe an Bildungsprozessen.

Der Ansatz des *Universellen Designs* ist in Architektur und Design durch eine lange Tradition verwurzelt. Der Begriff wird in der in der UN-Behindertenrechtskonvention in Artikel 2 aufgegriffen und definiert als ein

„Design von Produkten, Umfeldern, Programmen und Dienstleistungen in der Weise, dass sie von allen Menschen möglichst weitgehend ohne eine Anpassung oder ein spezielles Design genutzt werden können. ‚Universelles Design‘ schließt Hilfsmittel für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen, soweit sie benötigt werden, nicht aus“ (UN 2008, 1424).

In den USA bereits fest in erziehungswissenschaftlichen Diskursen verankert (vgl. Rapp 2014, Burgstahler 2015), nimmt der Ansatz des Universellen Designs auch langsam seinen Platz in der bundesdeutschen Debatte ein. So bindet Reich das Universelle Design in seine Inklusive Didaktik ein (vgl. Reich 2014), Fisseler und Markmann nutzen den Ansatz des Universellen Designs im Kontext des Umgangs mit Diversität in der Hochschule (vgl. Fisseler & Markmann 2012) und im Science-to-policy-Brief der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) „inclusive education and accessibility“ bauen Degenhardt und Schroeder ihre Argumentationen auf den Ansatz des Universal Designs auf (vgl. GIZ 2016).

Durch den Universal Design-Ansatz besteht die Chance, das Thema Zugänglichkeit (accessibility, im deutschen Sprachgebrauch auch mit Barrierefreiheit übersetzt) als durchgängiges Prinzip in pädagogischen Prozessen und Lehr-Lernsettings zu implementieren.

Rapp (2014) unterscheidet in ihrem Konzept das Anbieten verschiedener Mittel und Wege (*Provide Multiple Means of ...*), die Einbindung/Motivation/Beteiligung (*Engagement*), die Darstellung/Präsentation [input] (*Representation*) und die Aktion und den Ausdruck [output] (*Action and Expression*). Die Grundidee, allen Schülerinnen und Schülern eine möglichst große Breite von Mitteln und Wegen anzubieten, greift in ihrer Umsetzung und Ausformung stark auf die Erfahrungen der speziellen (Sonder-)Pädagogik zurück. In den USA besteht diese oft neben der auf Beeinträchtigung bezogenen Sonderpädagogik auch aus der *gifted education*, der (Hoch-)Begabtenpädagogik. Die Zugänglichkeit der Methoden, des Raumes und der Medien bezieht sich also – den Stichworten Heterogenität und Diversität folgend – auf ein möglichst breites Spektrum von Bedarfen der Lernenden, fokussiert aber ausdrücklich und zentral auf mögliche Barrieren, die z. B. aus der Nicht-Beachtung der Beeinträchtigung der Wahrnehmung oder der Bewegung entstehen können.

Diese Barrierefreiheit durchzieht das Konzept der Universal Design for Learning in vielen Facetten: Kommunikationsregeln müssen so gestaltet sein, dass sie Lernende nicht ausschließen, die den Blickkontakt mit anderen nicht aufnehmen oder nicht halten können (Beeinträchtigung des Sehens, Autismus-Spektrum-Störung, ...). Der Raum muss (z. B. durch entsprechende künstliche und natürliche Beleuchtung und Gestaltung von Farbe und Kontrast) so gestaltet werden, dass allen Lernenden eine Orientierung mit möglichst geringem Aufwand und Kindern mit Beeinträchtigung des Sehens diese überhaupt erst ermöglicht wird. Aus dem Bereich der Medien scheint ein Beispiel besonders exemplarisch: das Angebot von Lehrbüchern (auch und gleichberechtigt) in elektronischem Format. Papierbücher sind – bei aller emotionalen Bindung an das Medium Buch, an seine Geschichte, seine Haptik und seinen Geruch – für Menschen mit Beeinträchtigung des Sehens und des Lesens barrierebehaftet und für alle potenziellen Nutzerinnen und Nutzer zumindest in ihrer Grundstruktur ziemlich einschränkend. Anders ist dies mit elektronischen Büchern, z. B. im ePub-Format. Diese können von allen Nutzerinnen und Nutzern auf unterschiedlichen Trägermedien (PC, Tablet, Smartphone, aber auch als Papierausdruck) und interaktiv-variabel (z. B. durch Verlinkungen und Notizfunktionen etc.) genutzt werden. Darüber hinaus bieten E-Book-Reader die Möglichkeit der Schriftanpassung (Größe, Zeilenabstand, Kontrast etc.) und ggf. der Sprachausgabe. Die Nutzung der elektronischen Bücher auf dem PC oder Tablet ermöglicht den Anschluss spezifischer Ein- und Ausgabemedien (Braillezeile, Brailletastatur, spezifische Tastaturen für motorisch beeinträchtigte Nutzerinnen und Nutzer etc.); spezifische Software (z. B. Kurzweil 3000) erleichtert den Leseprozess und die Strukturierung von Texten für Menschen mit Seh- und Lesebehinderungen¹. Alle Lernenden nutzen ein Ausgangsmedium! Kinder mit spezifischen Bedarfen und elektronischen Hilfsmitteln geraten damit seltener in die Situation, in der Beschämungs- und Diskriminierungspotenziale entstehen, weil sie als

einzig aktuelle (und obendrein teure) Kommunikationstechnik nutzen „dürfen“ und der damit gewährte Nachteilsausgleich wie eine Bevorzugung wirkt. Wenn alle Lernenden ein Tablet und/oder einen PC nutzen würden, würde die Verwendung einer zusätzlichen Braillezeile oder einer Lesesoftware diesen „Bevorzugungseindruck“ nicht erwecken.

Die drei Spezifischen Curricula für die Handlungsfelder Schule, Berufliche Rehabilitation und Übergang von der Schule in den Beruf (vgl. Degenhardt, Gewinn & Schütt 2016) binden den Universal-Design-Ansatz konsequent ein. Aufgabe für die den pädagogischen Prozess gestaltenden Pädagoginnen und Pädagogen ist es nun, auf Basis der Fach-Curricula, der Rahmensetzungen für die Schulentwicklung und der Spezifischen Curricula individuelle Bildungspläne zu entwerfen. Gleichzeitig gilt es, den Gesamtprozess so zu gestalten, dass im Sinne des Universal Designs allen Lernenden verschiedene Mittel und Wege der Motivation, des „input“ und des „output“ ermöglicht werden, dass alle Lernenden von dem gemeinsamen Lernen profitieren

Das Kompetenzprofil der Blinden- und Sehbehindertenpädagoginnen und -pädagogen sollte daher folgende Aspekte umfassen:

- die Mitwirkung in der Erstellung und Umsetzung individueller Bildungspläne durch Berücksichtigung der spezifischen Lernerperspektiven,
- das Erkennen, Analysieren und Abbauen-Können von Barrieren im Lernsetting,
- die Mitwirkung bei Schulentwicklungsprozessen („Gute Schule für alle“) und bei der Entwicklung der fachlichen und überfachlichen Curricula und der Standards im Sinne des Universal-Design-Ansatzes.

Dieses Kompetenzprofil verweist eher auf die Notwendigkeit einer sich weiter spezialisierenden, forschungsnahen Qualifikation (auf M. A.-/M. Ed.-Niveau), denn auf eine Ausrichtung der Qualifikation auf eine „breite Sonderpädagogik“ (z. B. durch die Dominanz der „großen“ Förderbereiche oder des Konstrukts LSE [Lernen – Sprache – emotional – soziale Entwicklung]), von der alle ein bisschen verstehen mögen. Ebenso könnte oder sollte die tradierte Anbindung der ersten und zweiten Phase an die Grundstruktur der (Stufen-)Lehrämter hinterfragt und/oder neu gefüllt werden. Dabei könnte z. B. die Zentrale Stellung der Kompetenz des Unterrichten-Könnens durch die Kompetenz des Verstehens von Unterricht und Barrieren in Lernprozessen neu justiert werden.

¹ Der Begriff „Visually Impaired Persons and Persons with Print Disabilities“ wurde u. a. im Zusammenhang mit dem Marrakesch-Vertrag (http://ec.europa.eu/internal_market/copyright/docs/wipo/130627_marrakesh-treaty_de.pdf) geprägt, der den Umgang mit zugänglichen elektronischen Publikationen rechtlich absichern soll. Die Bundesrepublik Deutschland läuft derzeit durch die Weigerung diesen Vertrag zu ratifizieren Gefahr, nicht nur innerhalb des Landes diskriminierend zu agieren, sondern auch den Zugang zu Literatur für behinderte Menschen weltweit zu blockieren.

7.4 Entwicklung Inklusionsrelevanter Expertise in Lehramtsstudiengängen am Beispiel des Hamburger Projekts ProfaLe

Die Hochschullehrenden, die an der Universität Hamburg für die Lehrerbildung verantwortlich sind, haben sich erfolgreich an der Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Qualitätsoffensive Lehrerbildung“ beteiligt. Durch die Projektarbeit (ProfaLe = Professionelles Lehrerhandeln zur Förderung fachlichen Lernens) sollen Vernetzungen von Ausbildungsphasen, curricular-inhaltliche Koordinationen der fachlichen, fachdidaktischen, pädagogischen und schulpraktischen Ausbildungsanteile verbessert und auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Kompetenzentwicklung geprüft werden.

Diese Arbeiten sollen vor dem Hintergrund der Modellierung von Lehrerkompetenzen z. B. nach Blömeke, Suhl & Döhrmann (2012) erfolgen: Unterschieden werden kognitive und affektiv-motivationale Kompetenzen, die sich wiederum in Fachwissen, pädagogisches Wissen und fachdidaktisches Wissen (kognitiv) und Überzeugungen zum Fach und Unterricht, die Berufsmotivation und selbstregulative Fähigkeiten (affektiv-motivationale Komponenten) unterscheiden lassen. Diese Komponenten wirken zusammen bei der Wahrnehmung von Lernsituationen, deren Interpretation und der Ableitung unterstützender Handlungsideen und Interventionsmaßnahmen, beeinflussen also den pädagogischen Reflexionsprozess im Verlauf und in der Auswertung.

In einem Teilprojekt geht es spezifisch darum, wie Studierende auf die Aufgabe, später in inklusiven Klassen zu arbeiten, vorbereitet werden können. Es resultieren die Aufgaben, neue Veranstaltungskonzepte zu entwickeln und Parameter zu erproben, die sensibel für die Veränderung von Kompetenzen sind. *Zwei Ausgangsüberlegungen* sind für die Projektarbeit von Bedeutung: *Erstens* müssen Lernprozesse konsequent in ihrem Zusammenwirken von individuellen (zum Teil erschwerten) Bedingungen des Lernenden und den Bedingungen im Unterricht gesehen werden. Geht man von Modellen wie dem von Helmke (2012) aus, erscheint dies als relativ triviale Annahme. Schaut man aber auf die Geschichte der Feststellung der Sonderschulbedürftigkeit oder des individuellen Förderbedarfs, dann sind schulische Bedingungen eher nicht in ihrer Rolle berücksichtigt worden (Ricken & Schuck 2011). Die dazu geführte Debatte in der Behinderten-/Sonderpädagogik kann hier nicht wiedergegeben werden. Unzureichend ist jedoch die Annahme, dass aus den individuellen Bedingungen eines Menschen allein eine mehr oder weniger erfolgreiche Bewältigung von Lernaufgaben folgt. Sehr infrage zu stellen ist die Rolle entsprechender Identifikationen/Klassifikationen von Menschen zu Begründung von Handlungsentscheidungen (Boger & Textor 2016). Längsschnittstudien unter Leitung von Klaus-Peter Becker (1991) haben bereits in den 1980er Jahren empirische Argumente für die Annahme einer biopsychosozialen Einheit von Entwicklungsbedingungen nachdrücklich geliefert.

Zweitens ist das Thema der Gestaltung inklusiver Lernsettings nicht allein durch die Behinderten-/Sonderpädagogik zu bearbeiten, schon allein deshalb nicht, weil sich diese Forschungen mit einer ganzen Reihe besonderer weiterer, individueller Bedingungen (Hochbegabungen, kulturelle Hintergründe u.v.m. im Sinne eines weiten Inklusionsbegriffs) bisher gar nicht intensiv beschäftigt hat. Eine neue Unterrichtsqualität kann nur durch die Einbeziehung von moderner fachdidaktischer und schulpädagogischer Expertise erfolgen. Diese Denklinie wäre fortzusetzen in Richtung außerschulischer Experten wie Sozialpädagogen, Lerntherapeuten oder auch sachkundiger Assistenten.

Die Vorbereitung auf Inklusion bedeutet also nichts anderes, als sich mit komplexen Lernsituationen zu beschäftigen, in denen Barrieren eine Rolle spielen und an der bisherigen Entwicklung von Lernstörungen beteiligt sind. Aufmerksamkeit und Noticing haben sich auf ebengenau dieses Wechselspiel zwischen individuellen und Unterrichtsbedingungen zu konzentrieren, für das einige Kinder besonders erschwerte Bedingungen mitbringen – dies macht inklusionsrelevante Perspektiven aus.

Zwei weitere Fragen sind zu bedenken, zu entscheiden und zu beantworten: *Drittens* die Frage danach, in welchen Einheiten diese Perspektiven zu vermitteln sind. Lehrveranstaltungspläne an Universitäten weisen einzelne Lehrveranstaltungen oder auch Module zum Thema aus, teilweise scheint nach einem Blick in fachspezifische Bestimmungen, das Thema Inklusion ein einzelnes Thema in einer Veranstaltungsreihe darzustellen. Vermutlich wird dominant sonderpädagogisches Wissen (über verschiedene Entwicklungsstörungen oder Interventionen) vermittelt. Hat aber eine einzelne Veranstaltung eine Chance eine komplexe Perspektive zu ermöglichen, wie sie sonst durch ein ganzes B.A.- und M.Ed.-Programm in den sonderpädagogischen Lehrämtern im Ansatz entsteht und finden dann auch schulpädagogische und fachdidaktische Anteile Eingang? Gibt es wirklich eine „Kurzfassung“ von behindertenpädagogischen Wissen, dass auch noch zu Kompetenzen führt? Das Gegenstück wäre die Trennung von Studiengängen aufzuheben: dann studieren alle Alles! Auch das dürfte – betrachtet man allein den Aufwand – unrealistisch sein.

Bleibt ein Mittelweg, der für das Projekt ausgewählt wurde: Studierende verschiedener Lehrämter erarbeiten sich exemplarisch Wissen und Kompetenzen und zwar so, dass sie über einen längeren Zeitraum an einem authentischen Problem arbeiten: zum Beispiel an der Beobachtung und Analyse „schwieriger Lernsituationen“, in den sich einzelne Kinder in Mathematik, Sachunterricht, Deutsch und Geschichte befinden. Diese werden dann in Seminaren gemeinsam reflektiert und Barrieren in ganz konkreten Lernsituationen identifiziert. Dazu beobachten Studierende in Schulen systematisch Unterrichtsphasen, die durch Lehrkräfte als schwierig wahrgenommen werden. Mit Hilfe systematischer Beobachtungen und gemeinsamer Diskurse über die unterschiedlichen

„Fallsituationen“ sollen diagnostische Kompetenzen differenziert werden. Der Austausch im Seminar über diese Fälle ermöglicht den Blick auf verschiedene Gesamtsituationen und qualifiziert Reflexionskompetenzen.

Parallel dazu wird eine Beratungsstelle InklusoB – Servicestelle Inklusive Schule ohne Barrieren – entwickelt, deren Aufgaben darin bestehen, die Reflexionsarbeit in den Seminaren zu unterstützen, indem gezielt *Barrieren in der Unterrichtsteilnahme* von Kindern und Jugendlichen (mit und ohne Beeinträchtigung) thematisiert werden: Anleitungen zur systematischen Bestimmung der Barrierefreiheit von Lehr- und Lernräumen, für die Gestaltung eines barrierefreien Lehr- und Lernraums (Akustik, Farbgestaltung, Möblierung, natürliche und künstliche Beleuchtung, flexible Raumnutzung, Orientierungssysteme im Schulgebäude bzw. im Unterrichtsraum, Gestaltungsmöglichkeiten von Fachräumen ...) sowie *fachliche/fachspezifische Barrieren* (Arbeits- und Lernmaterial, barrierefreie Aufgabenformate) didaktisch-methodische Barrieren (Prinzipien des Universal Designs („Mehr-Sinne-Prinzip“) sprachliche Barrieren (z. B. durch den Einsatz technischer Hilfsmittel, leichte Sprache), soziale Barrieren durch Ausgrenzungsprozesse auf der Unterrichtsebene. Vermittelt wird *sonderpädagogisches Know-how*: Bereitstellung von sonderpädagogischer Expertise (curriculare Bedarfe), Netzwerke der möglichen Ansprechpartner aufzeigen, Aufklärung hinsichtlich rechtlicher Grundlagen (Nachteilsausgleich). Die Beratung findet auf Anforderung in Workshops oder über Einführungsseminare punktuell oder begleitend statt.

Als *vierte* Frage stellt sich die nach der Organisation von Seminaren und damit die gezielte Arbeit mit dem Vorwissen der Studierenden. Anzunehmen ist, dass sich die Perspektiven ausschärfen, wenn im Sinne einer Simulation von späteren Beratungsgesprächen im Team Studierende aus unterschiedlichen Lehrämtern im Rahmen gemeinsamer Lernaufgaben zusammenarbeiten. Dazu werden die Seminarzusammensetzung und die Art der Beobachtungsaufträge variiert. Zu prüfen ist, ob sich die Wahrnehmung von Unterrichtsprozessen dadurch beeinflussen lässt, ob gleiche oder differenzierte Beobachtungsaufträge ähnliche Wahrnehmungen von Unterrichtsprozessen erzeugen und ob sich „beste“ Seminarformen erkennen lassen. Um dies zu prüfen, wird mit gemischten Seminargruppen (verschiedene Lehrämter) und Seminare mit einem Lehramt gearbeitet.

Neue Seminarkonzepte sind sensu Helmke (2012) Angebote an Lernende, die zur Entwicklung von Wissen und Kompetenzen beitragen oder aber auch nicht angenommen werden. Deshalb erfordert das Projekt, dass Parameter ermittelt werden, um die Wahrnehmung von Situationen, das Wissen über inklusive Prozesse und Einstellungen zu diesen zu erfassen und die zugleich sensibel für Veränderungen sind. Offen bleibt allerdings die Frage, selbst wenn der Entwurf neuer Veranstaltungen und die Erfassung von Wirkungen auf der Seite der Studierenden gelingt, welche Auswirkungen auf reale Unterrichts- und Beratungsprozesse zu erwarten sind.

7.5 Literatur

- Allman, C. B.; Lewis, S. (Hrsg.) (2014): ESS Essentials: Teaching the Expanded Core Curriculum to Students with Visual Impairments. AFB Press, New York.
- Becker, K.-P. (Hrsg.) (1991): Entwicklungsdynamik drei- bis neunjähriger Kinder. Ergebnisse einer interdisziplinären Längsschnittstudie über die biopsychosoziale Entwicklung. Gesundheit, Berlin.
- Blömeke, S.; Gustafsson, J.-E. & Shavelson, R. (2015): Beyond dichotomies: Viewing competence as a continuum. Zeitschrift für Psychologie, 223, S. 3 -13.
- Blömeke, S., Suhl, U. & Döhrmann, M. (2012): Zusammenfügen was zusammengehört. Kompetenzprofile am Ende der Lehrerbildung im internationalen Vergleich. Zeitschrift für Pädagogik, 58 (4), S. 422 - 440.
- Blumenthal, Y. & Hartke, B. (2015): Der Response to Intervention-Ansatz – eine Grundlage für ein präventives und inklusives Beschulungskonzept. In: Krüger, R. & Mähler, C. (Hrsg.): Gemeinsames Lernen in inklusiven Klassenzimmern. Carl Link Verlag, Neuwied.
- Boger, M.-A. & Textor, A. (2015): Das Förderungs-Stigmatisierungs-Dilemma Oder: Der Effekt diagnostischer Kategorien auf die Wahrnehmung durch Lehrkräfte. In: Amrhein, B. (Hrsg.): Diagnostik im Kontext inklusiver Bildung. Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Buchna, J.; Hermanns, F.; Huber, C. & Krämer, D. (2015): Soziale Inklusion als Herausforderung für die schulische Praxis - Impulse aus Theorie und Forschung. In: Reich, K.; Asselhoven, D. & Kargl, S. (Hrsg.): Eine inklusive Schule für alle. Das Modell der Inklusiven Universitätsschule Köln. Beltz, Weinheim.
- Burgstahler, S. E. (Hrsg.) (2015): Universal Design in Higher Education: From Principles to Practice. Harvard Education Press, Cambridge.
- Degenhardt, S.; Gewinn, W. & Schütt, M.-L. (Hrsg.) (2016): Spezifisches Curriculum für Menschen mit Blindheit und Sehbehinderung für die Handlungsfelder Schule, Übergang von der Schule in den Beruf und Berufliche Rehabilitation. Books on Demand, Norderstedt.
- Fisseler, B. & Markmann, M. (2012): Universal Design als Umgang mit Diversität in der Hochschule. In: journal hochschuldidaktik, 23, 1 - 2, 13 -16, http://www.zhb.tu-dortmund.de/hd/fileadmin/JournalHD/2012_1-2/journal_hd_1-2_2012_fisseler_markmann.pdf (06.06.2016).
- GIZ - Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (Hrsg.) (2016): Inclusive education and accessibility. Bonn, <https://www.ew.uni-hamburg.de/ueber-die-fakultaet/personen/schroeder-j/files/inclusive-education-and-accessibility.pdf> (24.04.2016).
- Grosche, M. (2015): Was ist Inklusion? Ein Diskussions- und Positionsartikel zur Definition von Inklusion aus Sicht der empirischen Bildungsforschung. In: Kuhl, P.; Stanat, P.; Lütje-Klose, B.; Gresch, C.; Pant, H. A. & Prenzel, M. (Hrsg.): Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Hattie, J.; Beywl, W. & Zierer, K. (2013): Lernen sichtbar machen. Schneider, Hohengehren.
- Heinrich, M.; Urban, M. & Werning, R. (2013): Grundlagen, Handlungsstrategien und Forschungsperspektiven für die Ausbildung und Professionalisierung von Fachkräften für inklusive Schulen. In: Döbert, H. & Weishaupt, H. (Hrsg.): Inklusive Bildung professionell gestalten. Situationsanalyse und Handlungsempfehlungen. Waxmann, Münster.
- Helmke, A. (2012): Unterrichtsqualität und Lehrerprofessionalität. Diagnose, Evaluation und Verbesserung des Unterrichts. Orientierungsband. Klett, Stuttgart.

- Hennemann, Th.; Ricking, H. & Huber, C. (2015): Organisationsformen inklusiver Förderung im Bereich emotional-sozialer Entwicklung. In: Stein, R. & Müller, Th. (Hrsg.) *Inklusion im Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Krauthausen, G. & Scherer, P. (2014): *Natürliche Differenzierung im Mathematikunterricht – Konzepte und Praxisbeispiele aus der Grundschule*. Kallmeyer, Seelze.
- Linderkamp, F. (2015): Anforderungen an wirksames Handeln von Lehrkräften in Inklusionsschulen. In: Krüger, R. & Mähler, C. (Hrsg.): *Gemeinsames Lernen in inklusiven Klassenzimmern*. Carl Link Verlag, Neuwied.
- Lohmeier, K.; Blankenship, K. & Hatlen, P. (2009): Expanded Core Curriculum: 12 Years Later. In: *Journal of Visual Impairment & Blindness* 103, 2, S. 103 - 112.
- Melzer, C.; Hillenbrand, C.; Sprenger, D. & Hennemann, T. (2015): Aufgaben von Lehrkräften in inklusiven Bildungssystemen – Review internationaler Studien. *Erziehungswissenschaft*, 26 (51), S. 61 - 80.
- Meyer, H. (2006): Merkmale guten Unterrichts – Empirische Befunde und didaktische Ratschläge. In: *forum Bildung*, hrsg. vom VdS Bildungsmedien e.V. Frankfurt/M., S. 23 - 29.
- Moser, V. & Kropp, A. (2014): Kompetenzen in inklusiven setting' (KIS) – Vorarbeiten zu einem Kompetenzstrukturmodell sonderpädagogischer Lehrkräfte. Humboldt-Universität zu Berlin und Max-Träger-Stiftung.
- Popp, K.; Melzer, C. & Methner, A. (2011): *Förderpläne entwickeln und umsetzen*. Reinhardt, München.
- Rapp, W.H. (2014): *Universal Design for Learning in Action: 100 Ways to Teach All Learners*. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore, London, Sydney.
- Reich, K. (2014): *Inklusive Didaktik: Bausteine für eine inklusive Schule*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Ricken, G. & Schuck, K.D. (2011): Pädagogische Diagnostik und Lernen. In: Kaiser, A.; Schmetz, D.; Wachtel, P. & Werner, B. (Hrsg.): *Didaktik und Unterricht. Reihe: Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schuck, K.D. (2011): Unterricht bei heterogenen Voraussetzungen. In: Kaiser, A.; Schmetz, D.; Wachtel, P. & Werner, B. (Hrsg.): *Didaktik und Unterricht. Reihe: Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 4*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schwer, C. & Solzbacher, C. (Hrsg.) (2014): *Professionelle pädagogische Haltung: Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff*. Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Sherin, M.G.; Jacobs, V.R., & Philipp, R.A. (2011): *Mathematics teacher noticing: Seeing through teachers' eyes*. Routledge, New York.
- UN – United Nations (Hrsg.) (2008): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (dreisprachige Fassung im Bundesgesetzblatt Teil II, Nr. 35 vom 31.12.2008): http://www2.bgb1.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/**%5B@attr_id=%27bgb1208s1419.pdf%27%5D (25.04.2016).
- Urton, K.; Wilbert, J. & Hennemann, T. (2015): Die Einstellung zur Inklusion und die Selbstwirksamkeit von Lehrkräften. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*. S. 147 - 157.
- Wolfswinkler, G.; Fritz-Stratmann, A. & Scherer, P. (2014): Perspektiven für ein Lehrerausbildungsmodell „Inklusion“. In: *Die deutsche Schule* 106 (4), S. 373 - 385.

8 Von der Rehabilitativen Bewegungserziehung zum inklusiv gestalteten Sport

Prof. Dr. paed. habil. Gudrun Ludwig,
Hochschule Fulda

Dem Thema des Symposiums entsprechend möchte ich ausgehend vom Gedanken der Rehabilitativen Bewegungserziehung im Sinne von Bewährtem Ansätze von einem inklusiven Sport als einem aktuellen Thema skizzieren.

8.1 Rehabilitative Bewegungserziehung im Kontext der Rehabilitationspädagogik

Zunächst möchte ich einige Bemerkungen zur Rehabilitativen Bewegungserziehung als Ausgangsposition für den Vortrag aufgreifen, um Ansätze zur sogenannten Inklusion abzuleiten. Im Kontext der Rehabilitationspädagogik richtet sich die Rehabilitative Bewegungserziehung als ein Wirkungsbereich auf die Beeinflussung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale von Menschen mit Beeinträchtigungen über gezielte Bewegungstätigkeit. Sie stellt gewissermaßen eine Querschnittsdisziplin für die Arbeit mit unterschiedlichen Subkategorien von Behinderung dar, in der sich bereits Ansätze für inklusives Arbeiten finden lassen.

So zielt die Rehabilitative Bewegungserziehung sowohl auf die Förderung der Motorik, als auch von Denken, Sprache, Wahrnehmung und Verhalten mittels motorischer Handlungen. Ansatzpunkt bilden dabei die individuellen Entwicklungsbesonderheiten von Menschen in ihrer Gesamtheit. Die ganzheitliche Entwicklungsförderung steht im Zentrum.

Zur Verdeutlichung der Arbeit im Rahmen von Rehabilitativer Bewegungserziehung mit ganz unterschiedlichen Kindern seien kurz zwei Beispiele mit entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern ab dem Vorschulalter erwähnt, durchgeführt im ehemaligen Ambulatorium der damaligen Sektion Rehabilitationswissenschaften, das unter der Leitung von Ruth Becker stand.

Die Beispiele dokumentieren unterschiedliche Herangehensweisen für die Realisierung der zentralen Zielstellung, zur optimalen Entwicklung der Persönlichkeit der Kinder in verschiedenen Bereichen beizutragen.



So werden unter dem Motto „Wir gehen in den Zirkus“ die Kinder zur Entfaltung eigener Gestaltungsvorschläge angeregt, können ihre Ideen einbringen. Das didaktische Vorgehen entspricht dem indirekten Lernen, ist geprägt von Anregungen der Kinder.

Anders das Vorgehen zur Verbesserung der motorischen Reaktionsfähigkeit mit jüngeren Kindern. Hier dominiert ein systematisch geplantes didaktisch-methodisches Vorgehen. Ausgehend von einfachen Reaktionsübungen auf ein akustisches Signal folgen Wahlreaktionsübungen, wo auf ein bestimmtes Signal eine vorher festgelegt motorische Handlung erfolgt. Dabei wird ausgenutzt, dass sich der Schwierigkeitsgrad der Wahlreaktionsübungen dem Entwicklungsstand der Kinder anpassen lässt. Aus didaktischer Sicht gilt es zu berücksichtigen, dass Kinder mit sehr unterschiedlichem Entwicklungsprofil teilnehmen.

Es stellt sich die Aufgabe nach der Ableitung von differenzierten Zielen und Inhalten der Rehabilitativen Bewegungserziehung. Als Basis dafür diente eine Untersuchung zur motorischen Entwicklung von Vorschulkindern in den Jahren 1987/88. In diese Untersuchung involviert waren Kinder zwischen 3 und 7 Jahren mit ganz unterschiedlichen Leistungsdispositionen. Neben ca. 230 nichtbehinderten Vorschulkindern waren 140 behinderte und entwicklungsauffällige Kinder einbezogen (Abb. 1).

Anzahl und Charakteristik der Probanden:

Behinderte Vorschulkinder

Subkategorie	Altersdurchschnitt	Mädchen	Jungen	Gesamt
Schwerhörige	5; 9	3	10	13
Gehörlose	5; 8	5	4	9
Sehschwache	5; 7	5	3	8
Blinde	5; 8	9	3	12
Lernbehinderte	6; 4	9	13	22
Sprachbehinderte	5; 5	2	14	16
Redeflussauffällige	4; 10	8	30	38

Nichtbehinderte Vorschulkinder

Subkategorie	Altersdurchschnitt	Mädchen	Jungen	Gesamt
Vierjährige Nichtbehinderte	4; 2	41	35	76
Fünfjährige Nichtbehinderte	5; 2	31	51	82
Sechsjährige Nichtbehinderte	6; 3	34	33	67

Abb. 1: Probanden einer Untersuchung 1987/88 (Ludwig)

Bereits die Ergebnisse der nichtbehinderten Vorschulkinder dokumentiert die Heterogenität der Altersgruppen. Vergleicht man z.B. die motorische Leistungsfähigkeit von 6-jährigen nichtbehinderten Kindern untereinander, so zeigt sich, dass es sich um eine recht inhomogene Gruppe handelt. Entsprechend der Ähnlichkeiten hinsichtlich der motorischen Leistungsfähigkeit lassen sich in dieser wie auch bei den 4- und 5-jährigen Kindern drei Gruppen voneinander unterscheiden: nicht einmal 50 % der Kinder zeigen motorische Leistungen, die dem Altersdurchschnitt entsprechen. Dagegen liegen von 30 % der 6-Jährigen die Leistungen über dem Altersdurchschnitt, während sie bei 21 % der untersuchten Kinder unterdurchschnittlich waren (Abb. 2).

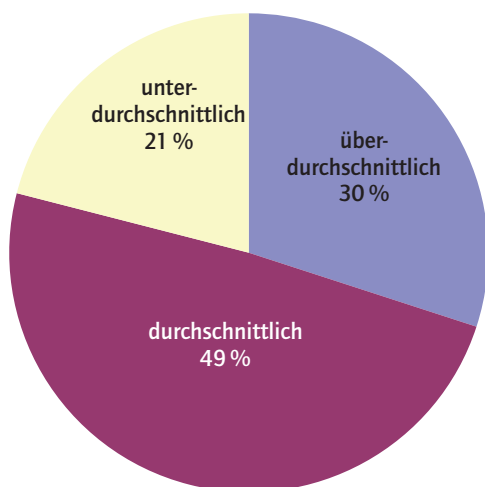


Abb. 2: Ausprägung der motorischen Leistungsfähigkeit entsprechend ihres Entwicklungs-niveaus von 6-jährigen Kindern (Ludwig, 1989)

Auf den bevorstehenden Schuleintritt bezogen wird sich dieses Ergebnis auch auf den Sportunterricht auswirken, müssen die Lehrer mit dieser Vielfalt umgehen. Entsprechend der Ausprägung der motorischen Leistungsfähigkeit treffen also Kinder mit recht unterschiedlichen motorischen Leistungsdispositionen aufeinander, die dann gemeinsam in einer Klassenstufe unterrichtet werden.

8.2 Motorische Entwicklung in ihrer Heterogenität und Vielfalt als Basis eines inklusiven Sports

Für weiterführende Überlegungen hinsichtlich von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der motorischen Entwicklung von allen Vorschulkindern macht sich die Ausdehnung der Untersuchungen auch auf Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen erforderlich.

Insofern waren also entwicklungsauffällige und behinderte Kinder unterschiedlicher Subkategorien in die Untersuchungen involviert (vgl. Abb. 1).

Aus der Überlegung heraus, welche Ansätze sich aus diesen Ergebnissen für einen inklusiv gestalteten Sport ergeben, möchte ich auf einige Aussagen der Untersuchung aufmerksam machen. Zunächst einmal bildeten sich über Clusteranalysen mit allen Kindern Gruppen mit ähnlicher motorischer Entwicklung. Beim allgemeinen Vergleich des Niveaus psychomotorisch-koordinativer Leistungen behinderter und entwicklungsauffälliger (mit Förderbedarf) Vorschulkinder mit dem von Nichtbehinderten, also aller untersuchten Probanden, wiesen 42 % eine altersgerechte Entwicklung auf, jedoch bei 58 % der Behinderten zeigen sich Auffälligkeiten in der psychomotorisch-koordinativen Entwicklung.

Diese Aussage lässt sich durch die Zusammenfassung der Probanden in Gruppen mit ähnlicher motorischer Leistungsfähigkeit allerdings dahingehend präzisieren, dass 39 % aller erfassten Behinderten und Entwicklungsauffälligen Rückstände von durchschnittlich 1;8 Jahren aufweisen. Das heißt, der koordinativ-motorische Entwicklungsstand dieser Probanden in dieser Gruppe weist große Ähnlichkeit mit nichtbehinderten Vorschulkindern auf, die jedoch um bis zu 3 Jahre jünger sind (Abb. 3)!

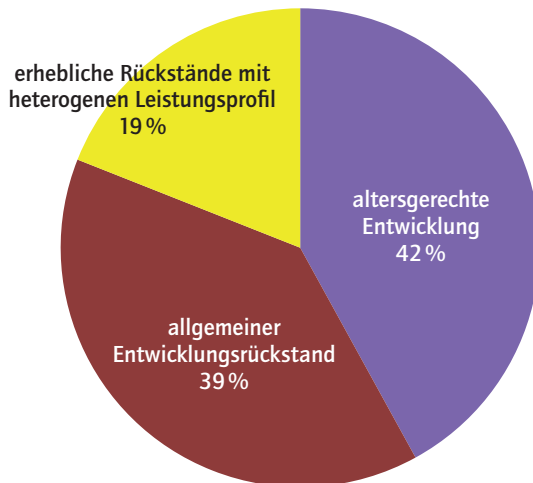


Abb. 3: Ähnlichkeiten der koordinativ-motorischen Entwicklung behinderter sowie entwicklungsauffälliger Vorschulkinder in Bezug auf gleichaltrige Nichtbehinderte (Ludwig, 1989)

Anders verhält es sich mit den übrigen 19% der Behinderten und Entwicklungsauffälligen. Sie weisen eine spezifische psychomotorisch-koordinative Entwicklung auf. Es zeigen sich nicht nur schlechthin allgemeine Entwicklungsrückstände, das Profil der motorischen Leistungsfähigkeit stellt sich heterogen dar, ist geprägt von erheblichen

Unterschieden im Niveau verschiedener koordinativer und konditioneller Leistungsvoraussetzungen sowie bei der Ausprägung motorischen Fertigkeiten, was besonders auf sehbehinderte und blinden Kinder zutrifft (Ludwig, 1989) (Abb. 3).

Angesichts der Vielfalt der involvierten Probanden kann also dennoch davon ausgegangen werden, dass trotz der unterschiedlichen Ausprägungen im Niveau der motorischen Leistungsfähigkeit auch Ähnlichkeiten hinsichtlich der Leistungsfähigkeit bei Personengruppen auftreten.

Inwiefern sich die Vielfalt von heterogenen Lerngruppen durchaus auch in **Gemeinsamkeiten** hinsichtlich der Ausprägung der motorischen Leistungsfähigkeit zu dokumentieren vermag, zeigt sich bei einer weiteren Auswertung der Ergebnisse.

In dieser Untersuchung mit 4- bis 7-jährigen Vorschulkindern mit und ohne Behinderung kristallisierten sich im Ergebnis von Clusteranalysen 6 Gruppen mit jeweils Ähnlichkeiten bei der motorischen Leistungsfähigkeit heraus. (Ludwig, 1989). Beim näheren Betrachten der Gruppenzusammensetzung stellt sich heraus, dass sich in den einzelnen Leistungsgruppen zunächst einmal die Kinder entsprechend ihres kalendarischen Alters einordnen lassen. Darunter sind auch Kinder mit unterschiedlichen Behinderungen, die jeweils eine ähnliche motorische Leistungsfähigkeit aufweisen (Abb. 4). Das soll am Beispiel einer Gruppe aufgezeigt werden.

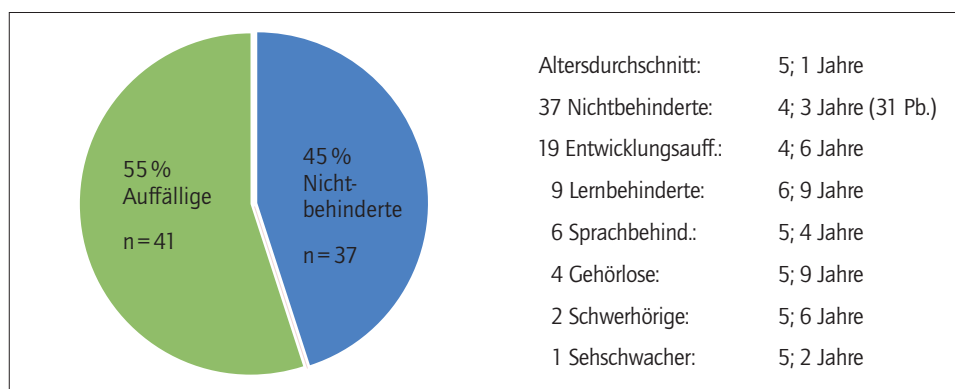


Abb. 4: Zusammensetzung einer Gruppe mit Ähnlichkeiten der motorischen Leistungsfähigkeit (Ludwig, 1989)

So setzt sich die hier dargestellte Gruppe mehrheitlich sowohl aus 4-jährigen Kindern ohne Behinderung, als auch zu 55 % aus behinderten und entwicklungsauffälligen Kindern mit einer vergleichbaren Leistungsfähigkeit zusammen. Diese sind jedoch mehrheitlich älter als die nichtbehinderten Kinder und z. B. als lernbehindert, gehörlos oder schwerhörig, sehschwach, sprachbehindert oder als entwicklungsauffällig mit Förderbe-

darf diagnostiziert. So könnte sich das Leistungsvermögen durchaus auch in einer inklusiven Lerngruppe darstellen. Daraus lassen sich Ansätze für den inklusiv orientierten Sport ableiten. Für die Bildung dieser Gruppen erweisen sich koordinativ-motorische Leistungsdispositionen sowie motorische Fertigkeiten als trennende Merkmale. Diese Ergebnisse können die Basis für die Ableitung von Zielgrößen für inklusiven Sport bilden.

8.3 Ansätze für inklusiven Sport

Mit der Verabschiedung der Behindertenrechtskonvention 2006 und ihrer Ratifizierung durch die Bundesregierung Deutschlands 2009 findet in Fachkreisen und in Behindertenverbänden ein regelrechter Kampf um die Deutungshoheit der Begriffe Integration und Inklusion statt. Feuser hat 2013 diese Situation außerordentlich kritisch bewertet. Ihm ist zuzustimmen, wenn er als Vorbedingung für ein inklusives Erziehungs-, Bildungs- und Unterrichtssystem die Überwindung des herrschenden hierarchisch gegliederten Bildungswesens fordert, wie es dem grundlegenden Demokratieverständnis entspräche. Er beschreibt allerdings den Weg zur Inklusion als „Weg von der Segregation durch Integration zur Inklusion“ (Feuser, G., 2013). Inklusion erscheint als ein hehres fernes Ziel. Zur Veranschaulichung soll eine Abbildung von Seitz (2008) herangezogen werden (Abb. 5).

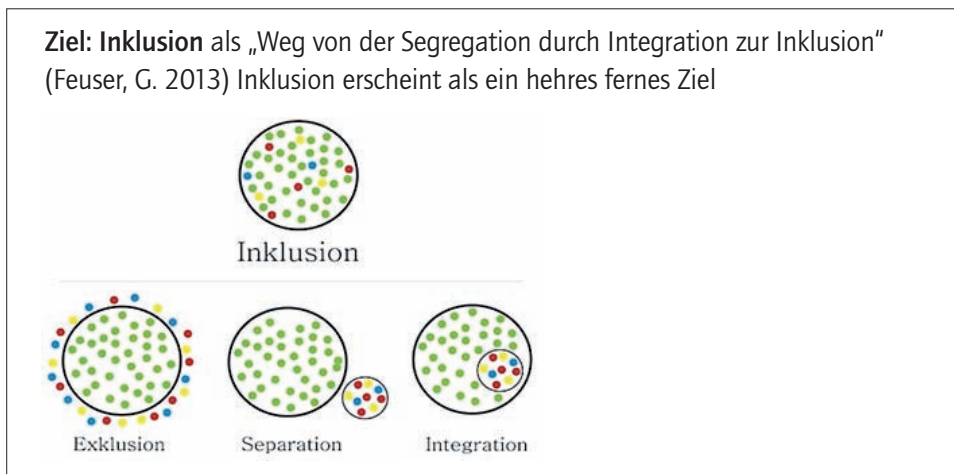


Abb. 5: Darstellung des Weges von der Exklusion zur Inklusion (Anlehnung an Seitz, S. 2008)

Dieser Prämisse folgend, bezieht sich Becker auf den Artikel 5 der Behindertenrechtskonvention zu Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung. Aus seiner Perspektive führt dieser Artikel der BRK zu einem Paradigmenwechsel mit weitreichender Bedeutung. (Becker, 2011, S. 178)

Becker schlussfolgert 2011, Inklusion unter dem Aspekt des Ziels und des Prozesses zu verstehen. Nach Becker wird unter dem Zielaspekt:

„... Inklusion im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen aller Altersklassen und beiderlei Geschlechts verstanden, sie in den Genuss aller Menschenrechte kommen zu lassen. Inklusion gewährleistet diesen Menschen bei Wahrung ihrer Selbstbestimmung die gleichberechtigte Teilhabe an den Lebensbereichen wie einem jeden anderen Bürger auch. Sie ermöglicht ihnen, ihre Lebensumstände, die ihr Wohlbefinden ausmachen und sichern, mitbestimmen und gestalten zu können. Inklusion drückt die Zugehörigkeit von Menschen mit Behinderungen zu allen Mitgliedern der Gesellschaft aus.“

Der Prozessaspekt zeigt sich darin, dass Becker

„unter Inklusion das Ausmaß sowie die Art und Weise (versteht), in der der Rechtsanspruch von behinderten Menschen auf Teilhabe unter den (...) Verhältnissen (...) in Deutschland in allen deren Strukturen/Lebensbereichen (siehe Inklusion als Zielaspekt) in einer abgesteckten Etappe verwirklicht wird.“ (Becker, K.-P., 2011, S. 178-179)

Die Vorstellungen Beckers finden sich auch im sogenannten Brandenburger Modell wieder, wie es Borchert und Hummel 2014 vorstellten. Als Ansätze für den Sportunterricht formulieren sie folgende Gedanken:

- Schaffen eines inklusives Schulsystem als Ziel eines Prozesses,
- inklusiver Unterricht als Vorrang,
- zunächst Erhalt von Förderschulen,
- Kooperation von Förderschulen und anderen Schulen.

Ich möchte einen weiteren Gedanken hinzufügen:

- Ausbau spezieller Förderschulen zu inklusiven Schulen.

Der Begriff der Inklusion beschränkt sich dabei nicht nur auf die gesellschaftliche Vision des Zusammenlebens und Zusammenhandelns von Menschen mit Behinderung, sondern bezieht alle Dimensionen von Heterogenität wie z. B. auch Ethnizität mit ein (vgl. Hinz, 2009).

Es wäre auch denkbar, Inklusion im Sinne des vorgeschlagenen Prozessbegriffs als „inklusionsorientiert“ zu verstehen und synonym zu Feusers Integrationsbegriff anzusehen.

Die Wissenschaft nimmt in diesen „inklusionsorientierten“ Prozessen eine herausragende Stellung ein. Ihr obliegt die Verantwortung für die Anlage und Durchführung zielgerichteter Modellversuche, die die komplexe Verflechtung von rechtlichen, materiellen, personalen und organisatorischen Bedingungen einschließen. Derartige Modellversuche sind außerordentlich anspruchsvoll, wenn sie erfolgreich validiert werden wollen. Der Modellversuch „Inklusive Grundschule“ im Land Brandenburg gehört dazu, ihn gilt es auszuwerten. Es erweist sich für die Praxis als notwendig, Pilotstudien vorauszuschieken. Diesen Weg verfolgen auch Pilotprojekte an der Hochschule Fulda bezogen auf Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung sowie auf geflüchtete Menschen

(Ludwig 2013). Basierend auf vielen inklusionsorientierten Möglichkeiten, die gerade der Sport bietet, wird versucht, dessen Potenziale zu nutzen.

Welche Potenziale bietet der Sport für gelingende Inklusion?

Der Sport verfügt über Potenziale, die dazu beitragen können, die geforderte Teilhabe von immer mehr Menschen am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. (Abb. 6) Über das sportliche Engagement können sie sich einbringen, Verantwortung für sich und andere übernehmen, Fair Play und Teamwork einüben, Gemeinschaftsgefühl erleben, den Wert der Unterschiedlichkeit erkennen und über den gemeinsamen Sport lernen Toleranz zu üben. Der Sport trägt zudem natürlich auch zur Steigerung des körperlichen sowie psychischen Wohlbefindens bei, zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit. Zudem ermöglicht er das Erleben der eigenen Kompetenz und stärkt das Selbstkonzept der Beteiligten (Anneken, V., 2010). Damit wird er der mehrperspektivischen Sichtweise nach Kurz gerecht. Ein wichtiges Ziel des gemeinsamen Sporttreibens von Menschen mit und ohne Behinderung ist die Beeinflussung psychosozialer Persönlichkeitsmerkmale. Effekte im sozial-affektiven Bereich konnten in eigenen Untersuchungen nachgewiesen werden, wie zum Beispiel den Abbau von Vorurteilen, Berührungängsten und allgemeiner sozialer Distanz (Ludwig 2013). Analog dazu nahmen Akzeptanz, Toleranz und Kooperation zu (vgl. Scheid, V., 2008) (Abb. 6).

Potenziale von Sport:

Zur geforderten Teilhabe von Menschen am gesellschaftlichen Leben beitragen (Partizipation)

- Im Sport können sich alle einbringen, Verantwortung für sich und andere übernehmen, Fair Play und Teamwork einüben, Gemeinschaftsgefühl erleben, den Wert der Unterschiedlichkeit erkennen und über den gemeinsamen Sport lernen, Toleranz zu üben (Sozialkompetenz).
- Der Sport trägt zudem zur Steigerung des körperlichen sowie psychischen Wohlbefindens bei, zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit.
- Zudem erhöht er das Erleben der eigenen Kompetenz und stärkt das Selbstkonzept der Beteiligten (Anneken, V., 2010).

Ein wichtiges Ziel des gemeinsamen Sporttreibens von Menschen mit und ohne Behinderung ist die Beeinflussung psychosozialer Persönlichkeitsmerkmale.

Abb. 6: Potenziale vom Sport

Als genereller Gedanke für gelingende Inklusion sei zusammenfassend auf Anregungen aus dem „Index für Inklusion im und durch Sport“ verwiesen (Abb. 7).

- Inklusive Kulturen zu schaffen i.S. einer akzeptierenden, zusammenarbeitenden und anregenden Gemeinschaft als Basis für gelingende Inklusion (DBS, 2014);
- Inklusive Strukturen zu etablieren, die die Vielfalt berücksichtigen und z. B. Barrieren abbauen, (DBS, 2014);
- Inklusive Praktiken entwickeln (Modelle, Kooperationen).

„Index für Inklusion im und durch Sport“, Deutscher Behindertensportverband, National Paralympic Committee Germany, 2014

Abb. 7: Anforderungen an gelingende Inklusion

Im Indexkatalog für Inklusion im und durch Sport des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) und des National Paralympic Committee Germany (2014) werden entsprechende Fragen formuliert, die für den Prozess der Inklusion Orientierung bieten (Abb. 8).

Inklusive Kulturen schaffen: bezieht sich darauf, dass

- alle beteiligten Personen haben eine gemeinsame Philosophie von Inklusion,
- alle beteiligten Personen gehen partnerschaftlich und respektvoll miteinander um,
- alle werden gleichermaßen wertgeschätzt,
- alle Formen von Diskriminierung werden vermieden.

Abb. 8: Anforderungen an inklusive Kulturen

Die Aktualität dieser Aussagen erschließt sich dem aufmerksamen Zuhörer, denn Inklusion bezieht sich auf alle Menschen, auch auf Geflüchtete oder Menschen mit Migrationshintergrund. Entsprechende Strukturen gilt es zu schaffen (Abb. 9).

Inklusive Strukturen etablieren ... bedeutet,

- alle Strukturen sind auf Partizipation ausgerichtet,
- alle Barrieren zur Partizipation werden abgebaut (sowohl bauliche, kommunikative als auch politische),
- verschiedene Formen der Unterstützung werden bereitgestellt (dazu zählen auch rehabilitative Maßnahmen wie zusätzliche Therapien oder hygienische Bedingungen),
- Diskussionsforen über Erfahrungen und Ergebnisse werden geschaffen (Nachhaltigkeit sichern).

Abb. 9: Anforderungen an inklusive Strukturen

Bei den inklusiven Strukturen bedarf es zudem Überlegungen, dass Inklusion auch Maßnahmen der Rehabilitation erfordert, des Berücksichtigen rehabilitativer Ansprüche von behinderten Menschen (z. B. therapeutischer Maßnahmen, hygienischer Bedingungen). Überlegungen zur Barrierefreiheit beziehen sich nicht nur auf bauliche Barrieren, auch auf Kommunikationsformen unter Berücksichtigung der Vielfalt (z. B. von Beeinträchtigungen im Sehen, Hören, Sprechen, Verstehen).

Unter der Prämisse, Inklusive Praktiken zu entwickeln, bedarf es ebenfalls bestimmter Voraussetzungen (Abb. 10).

Inklusive Praktiken entwickeln

- Die Bewegungsangebote orientieren sich an den Leistungsvoraussetzungen und den Bedürfnissen der Teilnehmer.
- Die Vorgehensweisen werden dokumentiert.
- Die Ergebnisse werden erfasst (wissenschaftliche Begleitung).
- Die Erfahrungen und Ergebnisse werden allen zugänglich gemacht (Netzwerk) (vgl. DBS, 2014, S. 44).

Abb. 10: Anforderungen an inklusive Praktiken

Die Partizipation aller Teilnehmer einer inklusiv arbeitenden Gruppe erfordert das Nutzen der individuellen Stärken, aber auch das Modifizieren z. B. von Abläufen, Spielregeln oder benutzten Materialien.

Unter diesem Aspekt der Vielfalt sind Lernsituationen, in denen gemeinsam an einem Gegenstand gearbeitet wird ebenso denkbar wie solche, wo individuelle Aufgaben entsprechend der differenzierten Leistungsdispositionen zu lösen sind.

Bereits 1987 formulierte Feuser die didaktischen Prämissen „Kooperation am gemeinsamen Gegenstand“ (S. 37) und „Individualisierung durch innere Differenzierung“ (Feuser, G., 2013, S. 37). Diese Gedanken wurden durch zahlreiche Wissenschaftler zur Umsetzung im Sport weitergeführt (u. a. Scheid, V.; Fediuk, F., 2002; Weichert, W., 2003; Tiemann, H., 2012).

Scheid, V.; Fediuk, F. (2002) und Tiemann, H. (2012) empfehlen zur Orientierung für das pädagogische Handeln in inklusiven Settings, Ansätze aus der Integrations- und Sportpädagogik heranzuziehen.

So stammt aus dem Kontext der Integrationspädagogik die „Theorie der Integrativen Prozesse“ von Reiser (1991). Fediuk und Scheid legen auf Grundlagen der integrations-theoretischen Position von Reiser Ansätze für integrativen Sport dar. Dabei scheinen ihnen die Vorstellungen Reisers als geeignet, „unterschiedliche Strömungen, Aussagen und Ergebnisse zu ordnen und frühere Gegensätze überwinden zu helfen“ (Scheid, V.; Fediuk, F., 2002, S. 280-281).

Im Fokus des inklusiven Sports an der HS Fulda steht die Verbesserung der motorischen Handlungskompetenz, des Sozialverhaltens, des Reflektierens über die erbrachten Leistungen und auch das Einbringen und Mitgestalten des Übungsprozesses aller Gruppenmitglieder (Abb. 11).

- Motorische Handlungskompetenz über die Dimensionen (Bewegen und Handeln),
- Sozialverhalten (Interagieren),
- Reflektieren (Reflektieren und Urteilen),
- Einbringen und Mitgestalten des Übungsprozesses (Methoden anwenden).

Abb. 11: Zielgrößen inklusiven Sports

Gerade im Inklusionssport, gekennzeichnet durch eine heterogene Gruppe mit vielfältigen Persönlichkeitsmerkmalen, treffen unterschiedliche Charaktere und Bedürfnisse aufeinander. Von allen Teilnehmern wird ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Kooperation, Toleranz, aber auch Durchsetzungsvermögen und Selbstkontrolle gefordert, was nur mit einer gut funktionierenden, teamfähigen Gruppe möglich ist. Soziale Kompetenz ist eine gefragte Voraussetzung und gleichzeitig Zieldimension.

Ein Beispiel zur Umsetzung dieser Gedanken sei kurz vorgestellt. In einem Projekt zum inklusiv orientierten Sport an der HS Fulda sind Schüler einer berufsvorbereitenden Einrichtung mit Behinderten in Fulda sowie Studierende involviert, die gemeinsam „Brennball“ spielen.

Brennball fordert von allen Teilnehmern eine teamfähige Haltung und gegenseitigen Respekt. Zu berücksichtigen sind die individuellen Leistungsvoraussetzungen der Lerngruppe. Für das erfolgreiche Spielen bedarf es vorbereitend der Entwicklung spezieller Leistungsdispositionen:

- der räumlichen Orientierungsfähigkeit,
- Können in den Bewegungsfeldern Werfen/Fangen – Laufen,
- angemessenes taktisches Verhalten des Einzelnen und der Mannschaft.

In Vorbereitung auf das Brennballspiel verbesserten wir in spielerischer Form sowohl die räumliche Orientierungsfähigkeit, die Wurf- und Fangtechnik, als auch das soziale Verhalten in der Gruppe. Nur wenn gemeinsam und achtsam agiert wird, können Erfolge erzielt werden.

Bei den didaktischen Überlegungen fanden zum einen die individuellen Leistungsdispositionen beim Gestalten kooperativer, solidarischer Lernsituationen als gemeinschaftliches Vorhaben (Wocken, 1998) Berücksichtigung, aber auch das Lösen der Aufgaben und Handlungspläne in differenzierter, in unterschiedlicher Art und Weise.

Das Regelwerk wurde entsprechend der unterschiedlichen Leistungsdispositionen modifiziert. Regeländerungen sichern die Einbeziehung möglichst vieler Mitspieler. Dank der Regel, dass vor dem Werfen des Balles ins Brennmal mindestens drei Zuspiele innerhalb der Fängermannschaft erfolgen mussten, wurden ängstliche, langsamere Mitspieler ins Geschehen einbezogen. Zudem können entsprechend der motorischen Leistungsfähigkeit unterschiedliche Positionen im Spiel eingenommen werden: gute Läufer und Fänger positionieren sich weiter entfernt von der Abwurflinie, Spieler mit eingeschränkter Mobilität stehen bevorzugt am Brennmal. Eine entwicklungsbezogene Differenzierung der Aufgaben im Spiel ermöglicht die Zusammenarbeit aller Teilnehmer. Die Auswahl der Bälle trug dem Vermögen der Teilnehmer beim Fangen Rechnung und eine höhere Anzahl von Freimalen gestattete es auch im Laufen gehandicapten Teilnehmern, noch rechtzeitig zu einem Mal zu gelangen. Damit bewegen wir uns im Sinne von Best Practice im Kontext der Empfehlungen des Behindertensportverbandes (Abb. 12).

Für den inklusiv orientierten Sport heißt das:

- Alle Teilnehmer können entsprechend ihrer unterschiedlichen Vorerfahrungen und individuellen Leistungsvoraussetzungen partizipieren,
- bringen ihre spezifischen Interessen bei der Planung ein (eine Aufgabe, die ein Überdenken der gewohnten Vorgehensweise erfordert),
- werden in die inhaltliche Gestaltung einbezogen, können gleichberechtigt mitmachen, dabei finden individuelle Unterschiede der Leistungsfähigkeit Berücksichtigung,
- Berücksichtigung individueller Hilfsmittel, Geräte und Materialien.

aus „Index für Inklusion im und durch den Sport“ DBS u. a. 2014

Abb. 12: Anforderungen an inklusiv orientierten Sport

Der Umgang mit dieser Vielfalt ist für die verantwortlichen Sportlehrer eine pädagogische Herausforderung, die es zu bewältigen gilt. Dabei stellt die Didaktik nach Feuser (2013) eine entscheidende Schnittstelle dar (Abb. 13). Sie geht aus von

- den Entwicklungsbesonderheiten der Lernenden,
- gewährt eine dementsprechende handelnde Auseinandersetzung mit der Umwelt,
- sieht die Inhalte als Mittel der Erkenntnisbildung und Persönlichkeitsentwicklung (Feuser, G., 2013).

Didaktik als Schlüsselposition auf dem Weg von der Segregation über die Integration zur Inklusion:

- Inklusiv orientiertes Lehren bedarf einer Didaktik, in der die Heterogenität einer Gruppe mit vielfältig ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen auch als Chance verstanden wird, keinen Stereotypen zu erliegen.
- Ausgehend vom Entwicklungsniveau der Lernenden sind die Bedingungen zu schaffen, dass diese sich handelnd gemeinsam mit den zu bewältigenden Aufgaben auseinandersetzen.
- Entsprechend sind Inhalte auszuwählen, die der Persönlichkeitsentwicklung der Lernenden als zentrales Ziel dienen (Feuser, G., 2013).

Abb. 13: Anforderungen an die Didaktik für einen inklusiv orientierten Sport

Der inklusive Sport hat durch seine positiven Effekte auf die motorische Kompetenz auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen, was wiederum im Alltag dem Aktivitätsspektrum, der Autonomie und damit der sozialen Interaktion von Menschen mit Behinderung zugute kommt. Durch ihr Vertrauen in die eigene Kompetenz, den Alltag durch gesteigerte Mobilität selbständig gestalten zu können, erhöhen sie das Selbstkonzept und damit die allgemeine Lebensqualität aller Teilnehmer, um dem Ziel von einem selbstbestimmten Leben und der Teilhabe an der Gesellschaft näher zu kommen.

Gerade die gezeigten Beispiele aus der eigenen Arbeit basieren auf den Erkenntnissen von Forschungen im Felde der Rehabilitativen Bewegungserziehung. Sie zeigen, wie im Hegelschen Sinne Bewährtes in Neues mitgenommen wird, was auch das Anliegen dieses Symposiums ist.

8.4 Literatur

- Anneken, V.** (2010): Teilhabe durch Sport. In: *Gemeinsam leben* (3) S. 135 - 138.
- Becker, K.-P.** (2011): Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost in Theorie und Praxis. Band 1, Eigenverlag der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost. S. 178.
- Borchert, T. & Hummel, A.** (2014). Inklusion im Schulsport. Bericht zur Fachtagung der KMK vom 13. bis 14.11.2013 in Haltern am See. In: *Sportunterricht* 63 (2), S. 20 - 21.
- DBS „Index für Inklusion im und durch Sport“**, Deutscher Behindertensportverband, National Paralympis, Committee Germany, 2014
- Feuser, G.** (2013): Inklusive Bildung – ein pädagogisches Paradoxon. Vortrag im Rahmen der Jahrestagung 2013 der Leibnitz-Sozietät an der Universität Potsdam am 31.05.2013.
- Hinz, A.** (2009): Inklusive Pädagogik in der Schule – veränderter Orientierungsrahmen für die schulische Sonderpädagogik!? Oder doch deren Ende?? *Zeitschrift für Heilpädagogik* 60, S. 171 - 179
- Ludwig, G.** (1989): Untersuchungen zu Auffälligkeiten in der koordinativ-motorischen Entwicklung im Vorschulalter. Ein Beitrag zur Theorie der rehabilitativen motorischen Erziehung. Habilitationsschrift. Humboldt-Universität zu Berlin.
- Ludwig, G.** (2013): Inklusiv orientierte Pilotprojekte. In: *Motorische Förderung in Werkstätten für behinderte Menschen*. Hrsg.: Becker, K.-P., Inmitten, Band 3, Eigenverlag, S. 109 – 112.
- Reiser, H.** (1992): Wege und Irrwege zur Integration. In: Sander, A.; Raidt, P. (Hrsg.): *Integration und Sonderpädagogik*. 2. Auflage. Röhrig, St. Ingbert.
- Seitz, S.** (2008): Inklusionsforschung – eine Perspektive für den Sport? In: Manfred Wegner & Hans-Jürgen Schulke (Hrsg.): *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbstständigkeit durch Wettbewerb und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Kiel: Universität Kiel, S. 15 - 24.
- Scheid, V.** (2008): „Behinderte helfen Nichtbehinderten“ – eine ungewöhnliche Initiative mit beachtlicher Wirkung. In: Fediuk, F. (Hrsg.): *Menschen mit und ohne Behinderungen gemeinsam im Sport*. Schneider, Baltmannsweiler.
- Scheid, V.; Fediuk, F.** (2002): Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam im Sport. In: Scheid, V. (Hrsg.): *Facetten des Sports behinderter Menschen. Pädagogische und didaktische Grundlagen*. Meyer & Meyer, Aachen.
- Tiemann, H.** (2012): Vielfalt im Sportunterricht – Herausforderung und Bereicherung. In: *Sportunterricht*, 61 (6), S. 168 - 172.
- Weichert, W.** (2003): Das Problem der Heterogenität im Unterricht. In: *Sportpädagogik*, 27 (4), S. 4 - 7.
- Wocken, H.** (1998): *Die Entwicklung der Kinder in der Integrativen Grundschule*, Verlag Feldhaus.



Zugesandte Beiträge

- 9** Zur aktuellen Konzeption des Instituts für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin
Prof. Dr. paed. Wolfgang Lamers
 - 10** Inklusion – was ist das?
Dr. Martin Th. Hahn
- 
- 

9 Zur aktuellen Konzeption des Instituts für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin

Prof. Dr. paed. Wolfgang Lamers

Leiter der Abteilung Geistigbehindertenpädagogik

am Institut für Rehabilitationswissenschaften

der Humboldt-Universität zu Berlin

Als Hochschullehrer, der die Entwicklung in den letzten fünf Jahren miterleben durfte, kann ich feststellen, dass das Institut für Rehabilitationswissenschaften sich auch im Jahr 2016 noch nicht endgültig konsolidiert hat. Die politischen Einflussnahmen sind sicherlich andere als unmittelbar nach der Wende, aber insbesondere im Bereich der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern auf unterschiedlichen Ebenen wirksam. So werden Fragen der inhaltlichen Ausgestaltung von Studiengängen nicht im Diskurs zwischen Bildungspolitik und Fachwissenschaft unter Abwägung von politischen Interessen und fachwissenschaftlichen Notwendigkeiten beantwortet, sondern administrativ vorgegeben. Zudem führen personelle Fehlplanungen der Behörden bei der Versorgung der Schulen mit Lehrkräften dazu, dass das Primat der Ausbildungsqualität einer Output-Quantität weichen muss. Auch personell steht das Institut vor großen Veränderungen und Herausforderungen. Alle Kolleginnen und Kollegen, die nach der Wende einen Ruf auf eine Professur im Institut erhalten haben, sind bereits im Ruhestand oder werden in nächster Zeit das Pensionsalter erreichen. So müssen aktuell sechs Professuren (zwei weitere in den nächsten drei Jahren) neu besetzt werden. Die Umsetzung und Bewältigung von Studiengangs- und Strukturreformen, sowohl auf Fakultäts- als auch auf Institutsebene, gehören in den letzten Jahren wesentlich zum Tagesgeschäft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Institut. Gerade auch in Verbindung mit der Neubesetzung der freigewordenen bzw. freiwerdenden Professuren wurde von Seiten der Universitätsleitung eine Neuausrichtung des Instituts mit erkennbaren Forschungsschwerpunkten „gewünscht“. Dieser Herausforderung hat sich das Institut in den letzten zwei Jahren sehr intensiv gestellt und eine personelle und strukturelle Konzeptionierung vorgenommen, von der alle Beteiligten hoffen, dass sie langfristig tragfähig ist¹:

Das Institut für Rehabilitationswissenschaften umfasst als bundesweit einzige Institution neben den Grundlagenwissenschaften die gesamte Bandbreite sonderpädagogischer Fachrichtungen, wodurch eine einmalige Kooperation und Vernetzung in der Forschung und in der Lehre ermöglicht wird.

¹ Die nachfolgenden Ausführungen sind Auszüge aus dem aktuellen unveröffentlichten Profilpapier des Instituts für Rehabilitationswissenschaften.

Für die Forschung wurden drei thematische Schwerpunkte identifiziert, die sich für fachrichtungsübergreifende Forschung eignen und sich zudem als Studienschwerpunkte in den schulischen und außerschulischen Studiengängen wiederfinden (Forschendes Lernen).

Im Schwerpunkt **Inklusive Bildung** werden Forschungen realisiert, die fachrichtungsspezifische und crosskategoriale (fachrichtungsübergreifende) sowie interdisziplinäre Fragen aufgreifen. Sie verbinden spezifische individuelle Bildungsansprüche mit dem übergreifenden Kontext inklusiver Bildung und Erziehung.

Folgende Forschungsschwerpunkte sind hierzu vorhanden und weiterzuentwickeln:

- *Unterrichtsforschung: Erarbeitung von Grundlagen inklusiver Didaktik sowie die Verknüpfung von Unterrichtsentwicklung und allgemeiner Didaktik in interdisziplinärer Zusammenarbeit; theoretische Reflexion und empirische Rekonstruktion fachdidaktischen Handelns und subjektiver Aneignungsprozesse (u. a. mit Blick auf Partizipationsprozesse in heterogenen Lerngruppen) sowie Analysen von Strukturmerkmalen inklusiven Unterrichts. Darüber hinaus werden spezifische fachrichtungsbezogene Fragestellungen in den Blick genommen, wie z. B. der Einsatz von Gebärdensprache im inklusiven Unterricht.*
- *Professionsforschung: Analysen von Aufgabenwahrnehmungen und Kooperationen sowie Beliefs von Lehrkräften. Darüber hinaus befasst sich das Institut mit einer empirisch fundierten Entwicklung von hochschuldidaktischen Konzepten sowie mit der Evaluation von Professionalisierungsprozessen.*
- *Schulentwicklungsforschung: Neben Analysen von individuellen Schulentwicklungsprozessen (einschließlich Transitionsforschung) werden allgemein Steuerungsfragen im Bildungssystem (Educational Governance) in den Blick genommen. Die Wirkungsweisen einzelner Systembausteine, wie z. B. Beratungs- und Förderzentren sollen regional vergleichend untersucht werden.*
- *Inklusionstheoretische Grundlagenforschung: Hierzu zählen insbesondere die Analyse von Inklusionskonzepten, kulturellen Repräsentationen von Differenzen sowie von Subjektivierungsprozessen im Bildungsverlauf.*

Der Schwerpunkt **Sprache und Kommunikation** widmet sich den Ursachen und Folgen individueller und gesellschaftlicher Kommunikationsbarrieren und entwickelt Instrumente und Strategien ihrer Überwindung.

Folgende Forschungsschwerpunkte werden im Institut sowohl mit Blick auf die lautsprachliche als auch die gebärdensprachliche Kommunikation verfolgt:

- *Untersuchung der Sprachentwicklung und des Sprachgebrauchs unter heterogenen lebensweltlichen Bedingungen sowie Entwicklung handlungstheoretischer Kon-*

zepte zur Sprachdiagnostik und -förderung über die gesamte Lebensspanne, die im besonderen Maße individuelle Faktoren und das soziale Umfeld einbeziehen.

- *Erarbeitung sprachdidaktischer Konzepte, die einerseits auf eine individuelle Entwicklungsförderung und andererseits auf eine Optimierung von Umfeldbedingungen an verschiedenen Förderorten gerichtet sind (Frühförderung – Förder- und Regelschule – Rehabilitation im Erwachsenenleben). Sie berücksichtigen sowohl Lautsprache als auch Gebärdensprache und tragen dabei auch bilingual-albimodalen Entwicklungs- und Verwendungskontexten Rechnung.*
- *Untersuchung der Auswirkungen beeinträchtigter Kommunikation in inklusiven Settings sowie Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen und Konzepten zur barrierefreien Kommunikation bei unterschiedlichen individuellen und sozialen Voraussetzungen.*
- *Untersuchung des Gebrauchs und der Entwicklung kommunikativer Alternativen wie Formen der Unterstützten Kommunikation bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen, bei Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen der körperlichen und/oder geistigen Entwicklung und Menschen mit Hör-/Sehbehinderung bzw. Taubblindheit.*
- *Erforschung des gebärdensprachlichen Systems und seines Gebrauchs, wobei die gebärdensprachlinguistische Grundlagenforschung (Grammatik, Lexikographie), die angewandte Linguistik (Sprachlehrforschung, Translationsprozesse) sowie die kulturwissenschaftliche Beschreibung der Gebärdensprachgemeinschaft im Vordergrund steht.*

Das Institut zeichnet sich durch eine einzigartige Struktur aus, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Instituts zu den oben genannten Forschungsschwerpunkten in besonderer Weise ermöglicht: Mit Fragen der beeinträchtigten Kommunikation beschäftigen sich bereits zum Teil abteilungsübergreifend die Abteilungen Sprachbehindertenpädagogik, Gebärdensprach- und Audiopädagogik, die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik (hier mit dem Schwerpunkt der Kommunikation bei Taubblindheit), Geistigbehindertenpädagogik, Körperbehindertenpädagogik, Rehabilitationstechnik sowie die Psychologie. Diese Kooperationen sollen vertieft und ausgebaut werden. Außerdem verfügt das Institut über die neuartigen Disziplinen der Deaf Studies und der Gebärdensprachpädagogik, die Menschen nicht unter dem Gesichtspunkt ihrer auditiven Sinnesbeeinträchtigung, sondern im Hinblick auf ihre besonderen kulturellen und sprachschöpferischen Leistungen betrachten. Hier sollen insbesondere Kooperationen zwischen den Abteilungen Gebärdensprachdolmetschen, Gebärdensprach- und Audiopädagogik und Disability Studies verstärkt werden.

Im Schwerpunkt **Rehabilitation und Partizipation** stehen zum einen Forschungsfragen im Vordergrund, die unter Berücksichtigung des Systems der Rehabilitation und von technologischen Entwicklungen Prozesse der Inklusion von behinderten Menschen in Arbeit und lebenslanger Bildung untersuchen. Zum anderen beleuchten Forschungsfragen die behindertenpolitischen Forderungen nach rechtlicher Gleichstellung, Selbstbestimmung und Teilhabe.

Folgende Forschungsschwerpunkte sind hierzu vorhanden und weiterzuentwickeln:

- *Sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen: Untersuchungen zu ethischen und anthropologischen Fragen der Rehabilitation (Bioethik, Pränatal- und Implantationsdiagnostik und Sterbebegleitung), zu Diskursen um Normalität und Gesundheit sowie zu Praktiken ökonomischer, rechtlicher und kultureller Exklusion und Inklusion, zur kulturellen Einbettung und zum historischen Wandel von psychischen Erkrankungen und schweren emotionalen-sozialen Beeinträchtigungen (Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Jugendgewalt und -delinquenz).*
- *Der Forschungsschwerpunkt Analyse Bildungsprozesse und Interventionsmaßnahmen beschäftigt sich mit dem Verhältnis von allgemeinen Bildungsprozessen und spezifischen rehabilitationspädagogischen Interventionsmaßnahmen in der Lebensspanne. Hierzu gehören die kritische Analyse pädagogisch-therapeutischer Konzepte, insbesondere zur Prävention und Rehabilitation psychosozialer Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Studien zur Evaluation und Wirksamkeit rehabilitationspädagogischer Interventionen sowie zur Bewältigung des Lebens unter pädagogisch-psychologischen Aspekten und zur Erforschung der Verbesserung von Lebensqualität.*
- *Forschungsfragen zu Arbeit, berufliche Bildung und Rehabilitationssystem richten sich auf die Qualität beruflicher Qualifizierung und die Ausgestaltung der Übergänge von Schule in Arbeit und das System der Rehabilitation (Wiedereingliederung, Werkstätten, Förder- und Betreuungsbereich, berufliche Rehabilitation) sowie die Barrieren des Arbeitsmarktes aus der Perspektive von behinderten Menschen. Chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen sind häufig auf Behandlung, Assistenz und Pflege angewiesen und viele von ihnen befinden sich in institutionenabhängigen Lebenslagen. Daraus ergeben sich Forschungsfragen zu den Machtverhältnissen und Abhängigkeiten im System der Rehabilitation und der Selbstbestimmung bzw. des Empowerments.*
- *Forschungsfragen der Rehabilitationstechnologie und Neue Medien richten sich auf Entwicklung, bedarfsgerechter Einsatz und Evaluation technischer Hilfen über die Lebensspanne z. B. bei Sinnesbeeinträchtigungen, körperlichen und geis-*

tigen Behinderungen und chronischen Erkrankungen, Einsatz Neuer Medien im lebenslangen Lernen und (sonderpädagogischer) Förderung. In diesem Bereich stehen hochspezialisierte Einrichtungen und Labore (Lernwerkstatt, Eyetracking-Labor, Bewegungslabor/Kinematik) zur Verfügung.

Bei der Bearbeitung der Fragestellungen kooperieren die Abteilungen Verhaltensgestörtenpädagogik, Körper-, Blinden- und Sehbehindertenpädagogik, Gebärdensprachdolmetschen, mit der Rehabilitationstechnik sowie der Soziologie und der Psychologie der Rehabilitation als auch den Disability Studies.

Das aktuelle Profilpapier des Instituts für Rehabilitationswissenschaften entspricht dem Leitgedanken von Prof. Dr. Becker, der fortwährenden fachwissenschaftlichen Ausdifferenzierung und Spezialisierung ein wissenschaftsintegratives Denken entgegenzusetzen (s. o.). Auch wenn die einzelnen behindertenpädagogischen Fachrichtungen gerade im Rahmen der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern nach wie vor einen hohen Stellenwert haben, ist das Institut bemüht, die fachrichtungsübergreifenden Aspekte in Forschung und Lehre auch durch entsprechende Personalstrukturen auszubauen und zu festigen.

Dazu gehören auch die nachfolgenden drei bereits eingerichteten bzw. im Aufbau befindlichen Arbeitsschwerpunkte des Instituts:

- **Graduiertenkolleg „Inklusion – Bildung – Schule“**

Das Graduiertenkolleg ist das erste Kolleg in Deutschland, in dem Doktorandinnen und Doktoranden seit Januar 2015 Fragen von Inklusion und damit insbesondere die Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen im deutschen Schulsystem untersuchen. Das Kolleg wird gemeinsam geleitet von Kolleginnen und Kollegen der Rehabilitations- und den Erziehungswissenschaften. Es betreut derzeit 12 Promotionsvorhaben (die bis zum Jahresende auf 20 aufgestockt werden) zur Thematik Inklusion im Bildungssystem, bietet eine fachliche und methodische Betreuung an und zielt in diesem Forschungsschwerpunkt auf nationale und internationale Vernetzung.

- **Interdisziplinäres Zentrum für Inklusionsforschung Berlin (IZIB)**

Das Interdisziplinäre Zentrum für Inklusionsforschung, das sich derzeit in Planung befindet, soll als Forschungszentrum an der Humboldt-Universität eingerichtet werden. Zweck dieses Zentrums ist die Etablierung einer vernetzten Struktur zur Identifikation von Forschungsvorhaben unter Beteiligung zentraler Akteur/innen der Zivilgesellschaft sowie deren Bearbeitung mit einem interdisziplinären Kontext, auch unter Einbindung zentraler Forschungsinstitute der Universität (IZBF, WZB, IQB). Zugleich geht es auch um die größere Sichtbarmachung der Forschungsergebnisse für die interessierte Öffentlichkeit.

- **Interdisziplinäres Forschungs- und Kompetenzzentrum für Rehabilitation (IFKR)**

Die Idee der zu DDR-Zeiten erfolgreich etablierten Fachambulanz für Rehabilitation an der damaligen Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft aufgreifend, arbeitet das Institut derzeit intensiv an der Umsetzung eines Interdisziplinären Forschungs- und Kompetenzzentrum für Rehabilitation (IFKR) mit Ambulatorium. Vorgesehen sind in der ersten Ausbauphase die Schwerpunkte

- Unterstützte Kommunikation,
- Literacy und Inklusion,
- Sprachtherapie.

Da das Institut für Rehabilitationswissenschaften noch als einziges Institut in Deutschland über alle Fachrichtungen verfügt, besteht die einzigartige Möglichkeit, nach Bedarf und Notwendigkeit auf die fachlichen Kompetenzen aller Fachrichtungen bei Diagnostik, Beratung und Behandlung zurückzugreifen. Mit Lese-Rechtschreibstörungen gehen zum Beispiel häufig Verhaltensauffälligkeiten (ADHS) oder psychische Belastungen einher oder Menschen mit schweren Behinderungen sind in ihren kommunikativen Kompetenzen nicht nur durch körperliche und kognitive Behinderungen eingeschränkt, sondern oft auch noch durch Beeinträchtigungen des Sehens und nicht selten auch durch Auffälligkeiten im Sozialverhalten.

Im Rahmen des Kompetenzzentrums sollen Rehabilitations- oder Sonderpädagogen, Diplom-Psychologen, Linguisten und Logopäden aus dem Institut arbeiten, die durch Zusatzausbildungen (Lerntherapie, Verhaltenstherapie, Sprachtherapie, Unterstützte Kommunikation) für diese Mitarbeit in besonderer Weise qualifiziert sind.

In die Arbeit im Kompetenzzentrum und Ambulatorium sollen Studierende aller Fachrichtungen einbezogen werden. Unter Anleitung und Supervision der entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts sollen sie auf diese Weise die Möglichkeit erhalten, erste diagnostische, beraterische und pädagogisch-therapeutische Erfahrungen zu sammeln und entsprechende Kompetenzen zu erwerben.

Aus der praktischen Arbeit im Ambulatorium heraus sollen auch neue Forschungsfragen erwachsen, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts aufgegriffen und in gemeinsame Forschungsprojekte umgesetzt werden sollen. Auch in diese Forschungsvorhaben sollen Studierende eingebunden werden, indem sie Teilfragestellungen übernehmen und in ihren Qualifikations-

arbeiten beantworten. Die Studierenden sollen in diesem Zusammenhang die fachrichtungsübergreifende Kompetenz erwerben, systematisch und theoriegeleitet nach Lösungen und Antworten für Problem- und Fragestellungen aus der Praxis zu suchen und diese methodisch kontrolliert zu evaluieren.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts haben die Hoffnung, dass mit der hier skizzierten neuen Profilbildung und den damit verbundenen inhaltlichen, strukturellen und personell geplanten bzw. bereits begonnenen Änderungsprozessen die Konsolidierung des Instituts für Rehabilitationswissenschaften realisiert werden kann, die sich Prof. Dr. Becker bereits 1993 erhofft hat.

10 Inklusion – was ist das?

Nachtrag zum Wissenschaftlichen Symposium „Bewährtes bewahren – Neues gestalten“ aus Anlass des 90. Geburtstages von Prof. em. Dr. paed. habil. Klaus-Peter Becker Humboldt-Universität zu Berlin, 4. März 2016

Dr. Martin Th. Hahn, Univ.-Prof. i. R., ehem. Humboldt-Universität zu Berlin

Vorbemerkungen

- I. Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) als Rechtsgrundlage für Inklusion
Ausgewählte Aussagen der BRK
Stationen des Vorlaufes der BRK und ihre Analyse
- II. Anthropologisch-pädagogische Aspekte der Inklusion
Das Recht auf Leben
Zusammenhang zwischen Freiheit und Wohlbefinden
Behinderung als erschwerte Realisierung von Wohlbefinden
Assistenz resp. Unterstützung und Solidarität
- III. Inklusion als Weg zu einer solidarischen Gesellschaft
Inklusion bedeutet Wahrnehmung
Inklusion bedeutet Kommunikation
Inklusion bedeutet Erwerb von Empathie
Inklusion bedeutet Solidarität
Inklusion (BRK) als Weg zu einer solidarischen Gesellschaft

Zum Anlass des Nachtrages

In Beiträgen und Diskussionen des Symposiums wurden Fragen nach dem Verständnis von „Inklusion“ gestellt und Antworten darauf gegeben, die inhaltlich vergleichbar waren mit der Behandlung des Begriffs in den Medien: Sie beziehen sich auf die konkrete Auseinandersetzung resp. Problemlage mit der Fragende und Antwortende es in der Praxis zu tun haben: u. a. in Institutionen, in der Arbeitswelt, in der Familie, im Wohnbereich, in der Öffentlichkeit, in der Freizeit, in der Sozialpolitik, in der Ausbildung von Fachkräften, in der Forschung. Nicht berücksichtigt werden dabei oft die grundlegenden anthropologisch-pädagogischen und gesellschaftlichen Aspekte der „Inklusion“. Sie sollen in diesem Nachtrag benannt werden und die Beiträge des Symposiums ergänzen.

Zur Unterscheidung von Integration und Inklusion

Während Integration den Prozess resp. die Zielvorstellung der Wiederherstellung eines Ganzen unter Einbeziehung einer zuvor ausgeschlossenen Einheit meint, verstehen wir unter Inklusion den selbstverständlichen Erhalt des Ganzen, ohne dass es zu einer Ausgliederung kommt.

Auf Menschen mit Behinderung übertragen: Sie sollen ein selbstverständlicher Teil unserer Gesellschaft sein und zu keinem Zeitpunkt ihrer Existenz von ihr ausgeschlossen werden. Dies bedeutet einmal die Bereitschaft der Gesellschaft, diese Teilhabe bei noch nicht geborenen Kindern selbstverständlich zu erwarten und später auf allen Altersstufen und Lebensfeldern grundsätzlich zu wollen und zum andern, Formen und Wege zu finden, die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderung mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit in Einklang zu bringen – nicht nur im Bereich der Schule – ohne die Inklusion zu gefährden.

I. Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) als Rechtsgrundlage für Inklusion

Es handelt sich bei der UN-Behindertenrechtskonvention um eine Völkerrechtskonvention, die seit dem 26. März 2009 Teil des deutschen innerstaatlichen Rechtes ist und den Rang eines einfachen Bundesgesetzes hat. Die Bundesregierung beschloss, in einem „Aktionsplan“ konkrete Maßnahmen zu beschreiben, wie die BRK in Deutschland umgesetzt werden soll. Außerdem ist sie zur Berichterstattung über die Umsetzung an einen UN-Ausschuss verpflichtet.

Ausgewählte Aussagen der BRK

Ausgewählte anthropologisch bedeutsame Aussagen der BRK (Stichworte)

Sicherung der Menschenrechte, der Grundfreiheiten, der Menschenwürde, der Nichtdiskriminierung, der Gleichberechtigung – Bewusstseinsbildung für Menschen mit Behinderung in allen Teilen der Gesellschaft zu einer positiven Einstellung („eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern“ – Art. 8) – Sicherung des Rechtes auf Leben – Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit (Art. 14) – Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19) – Achtung der Privatsphäre (Art. 22) – Recht auf Bildung und Chancengleichheit (Art. 24) – Recht auf Arbeit (Art. 27) – Teilhabe am politischen, öffentlichen und kulturellen Leben (Art. 29, 30).

Aussagen zur Bildung in Art. 24

(Abs. 1): „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderung auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen mit dem Ziel,

- a) die menschlichen Möglichkeiten sowie das Bewusstsein der Würde und das Selbstwertgefühl des Menschen voll zur Entfaltung zu bringen und die Achtung vor den Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt zu stärken;
- b) Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen zu lassen;
- c) Menschen mit Behinderung zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft zu befähigen.“

(Abs. 2): „Bei der Verwirklichung dieses Rechtes stellen die Vertragsstaaten sicher, dass

- a) Menschen mit Behinderung nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden;
- b) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben;
- (c) angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen getroffen werden;
- (d) Menschen mit Behinderung innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige Unterstützung geleistet wird, um ihre erfolgreiche Bildung zu erleichtern;
- (e) in Übereinstimmung mit dem Ziel der vollständigen Integration wirksame individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet, angeboten werden.“

Die Umsetzung der BRK in der Bundesrepublik sieht vor, dass Sonderschulen aus unserem Bildungssystem nicht explizit ausgeschlossen werden. Es gibt aber das von den Eltern einklagbare Recht auf den Besuch von allgemeinen Schulen und die Verpflichtung der Länder, ihn zu ermöglichen.

Stationen des Vorlaufes der BRK und ihre Analyse

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist als Ergebnis einer ca. fünf Jahrzehnte andauernden internationalen und nationalen Entwicklung zu sehen, die mit einigen herausragenden Vorgängen exemplarisch belegt werden soll:

Das Normalisierungsprinzip

1958 wird in Skandinavien das Normalisierungsprinzip postuliert und über international operierende Vereinigungen weltweit verbreitet. Es besagt, dass Menschen mit Behinderungen ein Leben so normal wie möglich führen sollen. In seiner Ausformulierung sind dabei auch gesellschaftliche Institutionen resp. die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gemeint. Mit dem Prinzip verbinden sich die Namen des Dänen Bank Mikkelsen, des Schweden Bengt Nirje und des Deutsch-Amerikaners Wolf Wolfensberger. Und ich nenne vor allem die Veröffentlichung „Weihnachten im Fegefeuer“, ein geheim fotografiertes Dokument der Zustände in den riesengroßen amerikanischen Anstalten für Menschen mit geistiger Behinderung, die wie eine Bombe eingeschlagen hat und zu einer gewaltigen Veränderungsbereitschaft in Richtung Normalisierung führte.

Analyse: Mit dem Normalisierungsprinzip, das weltweit Geltung erlangte, wurde erstmals die Gleichstellung der Lebensbedingungen behinderter und nicht behinderter Menschen angestrebt. Nicht der Mensch mit Behinderung soll normal gemacht werden, sondern seine Lebensbedingungen. *Es werden Gemeinsamkeiten mit Menschen ohne Behinderung erkannt:* Was in ihrer Lebenswirklichkeit normal ist, muss auch bei Menschen mit Behinderung normal sein.

*Die Identifikation der Eltern mit den Interessen ihrer Kinder,
die eine Behinderung haben*

Ich beziehe mich z. B. auf ein Mitglied der Familie Kennedy, das eine geistige Behinderung hatte und zu großem Engagement der Familie für Menschen mit geistiger Behinderung führte. In der Bundesrepublik Deutschland schlossen sich Eltern zu Organisationen zusammen, um die Interessen ihrer Kinder mit Behinderung zu vertreten. 1958 wird die Bundesvereinigung Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind gegründet. 1959 der Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte. Unter dem Druck der Elternverbände wird in den westdeutschen Bundesländern in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts die Schulpflicht auch für Kinder mit geistiger und mehrfacher Behinderung eingeführt und die Bildungsfähigkeit nicht mehr an das Erlernen der Kulturtechniken geknüpft, wie es das Reichsschulpflichtgesetz von 1938 vorsah und in der DDR bis zu ihrem Ende Gültigkeit hatte.

Nationale Vereinigungen der Elternverbände schlossen sich zu weltweiten Organisationen zusammen, die auch in der UN als Interessenvertreter von Menschen mit Behinderung auftreten. So wurde die von der Internationalen Liga der Vereinigungen zugunsten von Menschen mit geistiger Behinderung am 24.08.1968 in Jerusalem beschlossene „Deklaration der Rechte geistig Behinderter“ am 20.12.1971 von der UN angenommen. Artikel 1 lautet:

„Der geistig Behinderte hat die gleichen Grundrechte wie jeder andere Bürger seines Landes und seines Alters.“

Die Liga der Vereinigungen zugunsten von Menschen mit geistiger Behinderung hat sich in den letzten Jahren umbenannt in „Inclusion International“. Der frühere Justitiar der Bundesvereinigung Lebenshilfe, Klaus Lachwitz, ist ihr derzeitiger Präsident. Die europäische Unterorganisation nennt sich „Inclusion Europe“.

Analyse: Eltern lernen die Bedürfnisse ihrer Kinder im alltäglichen Zusammenleben am besten kennen, erkennen Gemeinsamkeiten mit eigenen Bedürfnissen, erwerben Empathie, identifizieren sich mit ihren Interessen und verhalten sich solidarisch mit ihnen.

Anstöße von Selbsthilfegruppen zu Bewusstseinsveränderungen

Nicht nur von Skandinavien, sondern auch von den USA gingen wichtige internationale Impulse aus, welche die Entwicklung weltweit beeinflussten: z. B. die ab 1962 von Kalifornien ausgehende *Independent-Living-Bewegung*, die in Deutschland zu den *Clubs Behinderter und ihrer Freunde* führte. Menschen mit Behinderung nehmen immer mehr selbst ihre Interessen wahr: Weltweit gibt es z. B. die Bewegung „*People first*“. – Erst der Mensch und nicht die Behinderung. Die deutsche Zentrale befindet sich in Kassel. „*People first*“ setzt sich u. a. für „einfache Sprache“ ein, die auch von einem Teil der Menschen mit geistiger Behinderung verstanden werden kann. So gibt es z. B. auch die BRK in einfacher Sprache.

Analyse: Menschen mit Behinderung bringen ihre Anliegen selbst in die Öffentlichkeit und tragen dazu bei, dass sie als Menschen mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden.

Sensibilisierung durch Kongresse und Medien

Die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland wurde wesentlich von drei großen Kongressen beeinflusst, in der internationale Strömungen rezipiert wurden:

1982 Kongress der Vereinigung Integrationsförderung e.V. München in München: „Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft.“

1989 Kongress des Bundesverbandes für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V.: „*Selbstbestimmtes Leben. Interdisziplinärer Kongress zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung körper- und mehrfachbehinderter Menschen.*“

1994 Kongress der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung: „*Ich weiß doch selbst, was ich will! Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung.*“

Eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung geschah und geschieht sehr stark auch durch die Medien. Erinnert sei u. a. an den Film „Rain Man“ und an zahlreiche Film- und Fernsehproduktionen, in denen Menschen mit Behinderung vorkommen.

Analyse: Die genannten Kongresse und Medien tragen dazu bei, Bedürfnisse und Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung wahrzunehmen und zu erkennen, dass es Bedürfnisse sind, die man von sich selbst kennt. Man kann sich in Menschen mit Behinderung hineinversetzen, erwirbt Empathie.

Festlegungen im Recht

1993 verabschieden die UN „Standardregeln“ zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung. Die Staaten werden aufgefordert sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderung in das Schulsystem aufgenommen werden sollen.

1994 wurde der Art. 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes um ein neues Grundrecht für Menschen mit Behinderung erweitert:

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

In der Broschüre des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung dazu heißt es z. B. (S. 39):

„Wenn Kinder wegen ihrer Behinderung nicht zu Regelschulen zugelassen, sondern auf Sondereinrichtungen verwiesen werden, so liegt hierin eine Benachteiligung stets dann, wenn diese Ungleichbehandlung nicht dem Willen der Betroffenen (oder ihrer Erziehungsberechtigten) entspricht.“

In das Sozialgesetzbuch IX – SGB IX – vom 19.06.2001 wird der Begriff der Teilhabe aufgenommen und die Rehabilitationsträger zu Leistungen verpflichtet, *Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* zu ermöglichen. In diesem Jahr (2016) wird das Teilhabegesetz vom Bundestag verabschiedet, in dem wesentliche Konkretionen der BRK festgelegt werden. *Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* hat eine große semantische Schnittmenge mit dem Begriff der Inklusion.

Analyse: Die Bemühungen um Gleichstellung und Antidiskriminierung im Rechtswesen sind Ausdruck dafür, dass es dies in der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderung noch tatsächlich gibt und der Gesetzgeber dagegen angehen muss. Erkennbar ist der Wille des Gesetzgebers, Gemeinsamkeiten zwischen Menschen ohne und mit Behinderung zur Grundlage des Zusammenlebens zu machen.

Besondere Ereignisse, welche die Entwicklung beeinflussten

In die Diskussion gekommen war die integrative Beschulung in der zweiten Hälfte der 60er Jahre vor allem durch die sog. *Contergankinder*, deren Eltern, die Aufnahme in die „Normalschulen“ forderten und starke Beachtung in der Öffentlichkeit fanden.

In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts hatten wir als großes Ereignis und wichtigen internationalen Impuls die in Italien von Basaglia angestoßene Psychiatrie-Reform und die weitgehende *Auflösung von Sondereinrichtungen für Menschen mit Behinderungen*, einschließlich der Sonderschulen.

1994 veranstaltete die spanische Regierung mit der UNESCO in Salamanca die Weltkonferenz *„Pädagogik für besondere Bedürfnisse: Zugang und Qualität“*, auf der 92 Länder und 25 internationale Organisationen vertreten waren. Verabschiedet wurde die berühmte *„Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse.“*

Analyse: Einer breiten Öffentlichkeit wurde bewusst gemacht, dass individuelle Freiheitsräume und Gemeinschaft mit nicht behinderten Menschen Grundbedürfnisse auch bei psychisch kranken und behinderten Menschen sind.

Wahrnehmung im Alltag

In den vergangenen fünf Jahrzehnten trug der flächendeckende Ausbau von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und ihr zunehmender Verbleib in dezentralen – oft familiären – Wohnsituationen dazu bei, dass sie mit ihren Bedürfnissen im Alltag von der Öffentlichkeit immer besser wahrgenommen werden konnten.

Analyse: Die Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen im Alltag, in dem sich Bedürfnisse artikulieren, ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erwerb von Empathie.

Zusammenfassende Analyse: vom Unterschiedsparadigma zum Gemeinsamkeitsparadigma

Die aufgeführten „Stationen einer Entwicklung“ lassen einen Trend erkennen, den wir mit Paradigmenwechsel bezeichnen: War das Bild des Menschen mit Behinderung früher – auch in der Sonderpädagogik – vorwiegend auf den Unterschied zum sog. Nichtbehinderten fokussiert, sind es in den letzten fünf Jahrzehnten mehr und mehr die erkannten Gemeinsamkeiten mit nicht behinderten Menschen, die unsere Wahrnehmung, unser Denken und Handeln bestimmen: *weg vom Unterschiedsparadigma, hin zum Gemeinsamkeitsparadigma.*

II. Anthropologisch-pädagogische Aspekte der Inklusion

Kein anderer Autor hat es prägnanter zum Ausdruck gebracht, um was es auch bei Menschen mit Behinderung geht, als Thomas Jefferson im ersten Satz der Unabhängigkeitserklärung von 1776:

„We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their creator with certain unalienable Rights, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness.“

Deutsch in „Pennsylvanischer Staatsbote in Philadelphia“ vom 05.07.1776:

„Wir halten diese Wahrheit für ausgemacht, dass alle Menschen gleich erschaffen worden, dass sie von ihrem Schöpfer mit gewissen unveräußerlichen Rechten begabt worden, worunter sind Leben, Freiheit und das Bestreben nach Glückseligkeit.“ (https://de.wikipedia.org/wiki/Unabhngigkeitserklrung_der_Vereinigten_Staaten, abgerufen am 09.07.2016)

Um der inflationären Beschäftigung mit Glück in Literatur und Werbung aus dem Weg zu gehen, wählte ich schon vor vielen Jahren den konkreter fassbaren Begriff „Zustand des Wohlbefindens“, der allerdings in der Zwischenzeit von der Wellnessbranche inflationär eingeholt wurde. Auf Jefferson bezogen hieße dies: Streben nach Zuständen des Wohlbefindens.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Menschen mit Behinderungen aller Art und aller Schweregrade, genauso wie auf Menschen ohne Behinderung aller Altersstufen.

Das Recht auf Leben

Art. 10 der BRK fordert die Vertragsstaaten auf, das Recht auf Leben von Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Angesichts der Ethik-Diskussion der vergangenen dreißig Jahre, die sich an Peter Singers „Praktischer Ethik“, der Europäischen Bioethikkonvention, der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik sowie der Sterbehilfe entzündet hat, können wir nicht sagen, dass sich die Euthanasieproblematik mit dem Ende des Dritten Reiches verabschiedet hat. Wir haben in den genannten Diskussionen die direkte und indirekte Infragestellung des Lebenswertes und Lebensrechtes von Menschen mit schwerer Behinderung. In ihnen wird davon ausgegangen, dass das Leben mit gewissen Beeinträchtigungen nicht lebenswert sein kann.

Als Pädagogen müssen wir feststellen, dass es uns offenbar nicht gelungen ist, einer breiten Öffentlichkeit zu vermitteln, dass auch das Leben eines Menschen mit schwerer Behinderung ein glückliches, lebenswertes Leben sein kann. Hier gibt es für die Pädagogik und Andragogik viel zu tun.

Von der schweren Behinderung gibt es fließende Übergänge zur Nichtbehinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter: Die betroffenen Menschen müssen damit leben, dass man in Begegnungssituationen über sie denkt: Dein Leben ist nicht gleichwertig. Es hat einen geringeren Lebenswert. Du bist eine Last für unsere Gesellschaft. Es wäre besser, du würdest nicht mehr leben.

Diesem Denken wird mit inklusivem Zusammenleben begegnet, das im Gegenüber auch Zustände des Wohlbefindens realisiert und wahrnehmbar macht.

Zusammenhang zwischen Freiheit und Wohlbefinden

Die umfassendste, alle Menschen – auch solche mit schwerer Mehrfachbehinderung – verbindende Gemeinsamkeit ist die Fähigkeit zu Wohlbefinden und das Streben danach über selbstbestimmte Bedürfnisbefriedigung. Im Tierreich wird Wohlbefinden weitgehend über Instinktsteuerung realisiert. Der Wegfall dieser Instinktsteuerung beim Menschen korrespondiert mit der Ausbildung des sogenannten „intelligenten Verhaltens“ und seiner Unabhängigkeit, die darin potenziell angelegt ist. – Selbstbestimmung steht für Freiheit, für Autonomie. *Menschenleben ist wesentlich gekennzeichnet durch permanente selbstbestimmte Einflussnahme auf das eigene Wohlbefinden.* Mit der Realisierung des Autonomiepotenzials in der Selbstbestimmung verwirklicht der Mensch seine Existenz. Menschen mit sehr schweren Behinderungen oder Altersdemenz machen keine Ausnahme.

Unter Bedürfnis wird eine Alternative zu einer aktuellen Ausgangslage verstanden, die mehr Wohlbefinden verspricht als die Ausgangslage. Bedürfnisse und damit Zustände des Wohlbefindens kommen aufgrund subjektiver Interpretationsleistungen

der erfahrbaren Welt des Individuums zustande. Sie sind deshalb nicht zwingend an objektivierbare äußere Lebensbedingungen gebunden.

In Freiheit realisiertes Verhalten ist gleichzusetzen mit selbstbestimmtem Verhalten. Es ist subjektiv sinnvoll, weil es in der aktuellen Situation der Herstellung eines Zustandes des Wohlbefindens dient.

Der Gewinnung menschlicher Identität liegt Selbstbestimmung im Bemühen um Wohlbefinden zugrunde.

Wir dürfen diesen Zusammenhang zwischen Freiheit resp. Selbstbestimmung und Wohlbefinden vom Individuum auch auf Gruppen übertragen und es als Fundament der Demokratie betrachten.

Behinderung als erschwerte Realisierung von Wohlbefinden

Die Sicherung von „Grundfreiheiten“, der „persönlichen Freiheit“, das Recht auf „individuelle Autonomie“, auf „unabhängige Lebensführung“ wird in Präambel und in vielen Artikeln der BRK direkt und indirekt angesprochen. Wie steht es damit bei Menschen mit Behinderungen?

Bei Menschen mit Behinderung können einzelne, mehrere oder alle Instrumente zur selbstbestimmten Befriedigung von Bedürfnissen beeinträchtigt sein: Bewegung, Wahrnehmung, Kognition, Emotionalität, Kommunikation, Soziabilität, Lernfähigkeit. Um über die Befriedigung bestimmter Bedürfnisse zu Wohlbefinden zu gelangen, sind sie mehr als nicht behinderte Menschen auf die Unterstützung anderer angewiesen, von ihnen abhängig.

Behinderung wird deshalb von mir als ein quantitatives „Mehr“ an sozialer Abhängigkeit verstanden, hinter dem sich auch ein „qualitatives Mehr“ verbirgt, das sich in der Auseinandersetzung und Verarbeitung der Inanspruchnahme anderer Menschen bei der Herstellung von Zuständen des Wohlbefindens ausdrückt. Das Leben von Menschen mit Behinderung läuft Gefahr, weniger Zustände des Wohlbefindens aufzuweisen als das Leben Nichtbehinderter. Es läuft auch Gefahr, von außen betrachtet zu werden als ein Leben, das vorwiegend durch Leiden gekennzeichnet und weniger „lebenswert“ sei.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die selbstbestimmte und selbst ausgeführte Realisierung von Wohlbefinden über die Befriedigung von Bedürfnissen bei Menschen mit Behinderung durch die Beeinträchtigung der „Instrumente“ (s.o.) gefährdet resp. eingeschränkt oder begrenzt ist.

Assistenz resp. Unterstützung und Solidarität

Zwei Modelle der Bedürfnisbefriedigung

Zur Befriedigung seiner Bedürfnisse stehen dem Menschen zwei Modelle zur Verfügung.

Modell A: Der Mensch kann allein Zustände des Wohlbefindens herstellen, weil er Bedürfnisse selbst befriedigen kann: selbstbestimmt, ohne Unterstützung durch andere Menschen.

Modell B: Um zu Zuständen des Wohlbefindens zu gelangen, werden andere Menschen als Unterstützer benötigt. – Alle Menschen haben aber auch Bedürfnisse, zu deren Verwirklichung sie andere in Anspruch nehmen müssen. Dies kommt im Modell B zum Ausdruck. Das „Mehr an sozialer Abhängigkeit“ der Menschen mit Behinderung führt dazu, dass sie bei der Realisierung von Zuständen des Wohlbefindens mehr als andere Menschen auf das Modell B verwiesen sind: Bedürfnisbefriedigung erfolgt selbstbestimmt, aber abhängig. Dieses Modell setzt andere Menschen, setzt Kommunikation und die Bereitschaft des Assistenten voraus, nicht fremd zu bestimmen, sondern die Selbstbestimmung des „Auftraggebers“ zu unterstützen. *Assistenz bedeutet: Ermöglichung von Selbstbestimmung trotz Abhängigkeit.* Betroffene ersetzen in ihren Selbsthilfeverbänden den Begriff des Assistenten durch „Unterstützer“, damit eindeutig zum Ausdruck gebracht wird, *die Zielvorgabe geht vom Menschen mit Behinderung aus, sie bedarf lediglich der Unterstützung bei ihrer Realisierung.* – Dem Modell B liegt solidarisches Handeln zugrunde.

III. Inklusion als Weg zu einer solidarischen Gesellschaft

Inklusion bedeutet Wahrnehmung

Menschen, die unserer Solidarität bedürfen, müssen wahrgenommen werden können: Wir müssen uns bewusst machen, dass wir immer noch Muster der Wahrnehmungsverhinderung oder -erschwerung praktizieren, was ganz besonders Menschen mit schwerer Behinderung betrifft. Die BRK und das neue Teilhabegesetz erweitern die Wahrnehmungs- und Begegnungsmöglichkeiten der Bevölkerung mit Menschen, die eine Behinderung haben. „Barrierefreiheit“ und die Abdeckung eines Unterstützungsbedarfs bei Unternehmungen außerhalb der Wohnung sind konstitutiv für eine gelingende Inklusion.

Inklusion bedeutet Kommunikation

Bedürfnisbefriedigung nach dem Modell B (s.o.) ist nur möglich, wenn über Kommunikation vom Assistenzempfänger sein Bedürfnis und gewünschte Möglichkeiten seiner Befriedigung dem Assistenzgeber mitgeteilt werden. Dies kann verbal und/oder non-verbal geschehen. Nicht sprechende Menschen mit Behinderung sind ständig in Gefahr,

dass aus Zeitgründen oder aus mangelnder Kompetenz des Personals (in Einrichtungen) auf Kommunikation verzichtet und Fremdbestimmung in alltäglichen Handlungen praktiziert wird. Mit anderen Worten: Dass Bedürfnisse ignoriert und Zustände des Wohlbefindens verhindert werden.

Ausbleibende Kommunikation bedeutet, dass sich das Kennenlernen von Bedürfnissen und ihre Befriedigung nicht am einzelnen Menschen, sondern an den Vorgaben der sozialen Umwelt, z. B. der Institutionen in denen sie leben, orientieren.

Kommunikation mit Menschen, die eine Behinderung haben, ist eine Grundvoraussetzung für gelingende Inklusion.

Inklusion bedeutet Erwerb von Empathie

Wahrnehmung und Kommunikation sind die Voraussetzung für das Erkennen von Gemeinsamkeiten. Ich erkenne auch bei Menschen, die sehr schwer behindert sind, dass sie über Bedürfnisbefriedigung zu Wohlbefinden gelangen, dass sie gleiche oder ähnliche Bedürfnisse haben wie ich selbst, das sie sich freuen und ihre Gefühle zum Ausdruck bringen können. Ich kann mich in sie hineinversetzen, erwerbe Empathie.

Ohne Kommunikation erfahre ich nichts über die Bedürfnisse des anderen Menschen. Meinem Handeln kann ich keine oder keine gesicherten Gemeinsamkeiten zugrunde legen. Das Anderssein und die Fixierung auf den Unterschied, den „Defekt“ stehen im Vordergrund. Die Gemeinsamkeit, Wohlbefinden im Leben zu realisieren“ wird nicht gesehen, sondern nur die pure Existenzsicherung, z. B. über die Sauber-Satt-Pflege. Es wird „Dienst nach Vorschrift“ im Rahmen genau definierter Arbeitsplatzbeschreibungen gemacht, für die beispielhaft die Kataloge von Pflegeleistungen stehen.

Inklusion bedeutet Solidarität

Solidarisches Handeln

Unter Solidarität wird die Fähigkeit des Menschen verstanden, das Wohlbefinden anderer Menschen im eigenen Verhalten zu berücksichtigen. – Solidarischem Handeln geht der Erwerb von Empathie voraus, der Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzuversetzen, um den Unterstützungsbedarf zu erkennen. Der Erwerb von Empathie ist abhängig von der Wahrnehmung des Nächsten, von der Kommunikation mit ihm und vom Erkennen von Gemeinsamkeiten. Kritisch müssen wir feststellen, dass mit zunehmendem Schweregrad der Behinderung die Wahrscheinlichkeit der Ignoranz von Gemeinsamkeiten wächst und damit auch die Gefährdung von Empathie und Solidarität als Voraussetzung für Wohlbefinden.

Nicht erkannte Gemeinsamkeiten bedeuten einen Mangel an Empathie: Man kann sich nicht in den anderen hineinversetzen und ignoriert seine Bedürfnisse. Auftre-

tendes Problemverhalten wird dann nicht mehr auf unbefriedigte Bedürfnisse hinterfragt, sondern sofort als Indikation für z. B. medizinische Intervention (Medikamente, Einweisung in die Psychiatrie) oder Anwendung von Gewalt (Fixierung, Isolierung) gewertet.

Solidarität wird gefährdet durch relativistische Begründungen des Menschseins

Wir stoßen auf Begründungen des Menschseins, die von einem bestimmten Entwicklungsstand des Individuums oder beobachtbaren Leistungen abhängig gemacht werden. Stichworte dazu: Einwilligungsfähigkeit, Wille zum Leben, Fähigkeit zur Selbstreflexion, Fähigkeit zu kommunizieren, kognitiver Entwicklungsstand, Produktivität, Aufwand zur Existenzsicherung, Gemeinschaftsfähigkeit. Wir verweisen dabei gerne auf das Dritte Reich oder Peter Singer (1984) und vergessen, dass unser Denken und Handeln – uns nicht immer bewusst – in gleichen relativistischen Kategorien gefangen ist. Wir neigen nach wie vor dazu, unsere Aufmerksamkeit auf den Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Behinderung zu fokussieren und beschäftigen uns mit oft fragwürdigen Methoden, diesen Unterschied zu erfassen, zu messen und mit viel Eifer unserem rehabilitativen Bemühen zugrunde zu legen. Und nicht selten erliegen wir der Suggestion, dass der festgestellte Unterschied ein anderes Menschsein konstituiert, das andere Umgangsformen legitimiert, die sich durch Abwesenheit von Gemeinsamkeiten definieren lassen. Der Nächste wird zum „Anderen“, zum Objekt. – Solidarisches Zusammenleben mit „Unterschieden“ gelingt nur, wenn es vom Bewusstsein von Gemeinsamkeiten getragen wird. In diesem Sinn ist auch das durch Richard von Weizsäcker bekannt gewordene Wort zu verstehen: *Es ist normal, verschieden zu sein.*

Inklusion (BRK): Weg zu einer solidarischen Gesellschaft

Wir haben das Gebot der christlichen Nächstenliebe, wir haben caritative Organisationen, die sich um Menschen mit Behinderung kümmern, wir haben eine Sozialgesetzgebung, wir haben die UN-Deklaration der Menschenrechte, die grundgesetzlich abgesicherte Antidiskriminierung: **alles normative Setzungen, die allein nicht genügen: Sie bedürfen der Ergänzung durch im realen Zusammenleben erkannte Gemeinsamkeiten, wenn sie glaubwürdig und im Zusammenleben und gesellschaftlichen Handeln solidarisch wirksam werden sollen.**

Inklusion und BRK wollen dafür Voraussetzungen und Rahmenbedingungen schaffen. Zusammenfassend können wir festhalten:

1. Inklusion bedeutet Ermöglichung der Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung in allen Lebensaltern und Lebensfeldern.
2. Inklusion bedeutet die Ermöglichung von Begegnungen und Kommunikation, Aneignung von Formen der Kommunikation, auch bei ihrer Erschwerung.

3. Erkennen von Bedürfnissen im alltäglichen Zusammenleben.
4. Erkennen von Gemeinsamkeiten.
5. Erwerb von Empathie, die zu solidarischem Handeln befähigt.
6. Solidarisches Handeln.

Inklusion und BRK sind Ausdruck des Paradigmenwechsels:

*Weg vom Unterschiedsdenken und -handeln, hin zum Zusammenleben,
das durch Gemeinsamkeiten definiert wird.*



Zu den Autoren

Prof. Dr. phil. Reinhard Burtscher forscht und lehrt an der Kath. Hochschule für Sozialwesen Berlin. Seine Arbeitsschwerpunkte sind: erwachsene Menschen mit Behinderung; Teilhabe am Arbeitsleben; Wohnen und Lebensqualität; Partizipative Gesundheitsforschung. Er leitet das Projekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung GESUND!“ Weitere Informationen zum Projekt GESUND! Online unter: <http://partkomplus.de/teilprojekte/gesund/>. *Ich danke der RBO-Stiftung für die zusätzliche Förderung im Rahmen einer Teilfinanzierung einer Stiftungsprofessur.*

Prof. Dr. paed. Sven Degenhardt, ist seit 1996 Professor für Pädagogik bei Beeinträchtigung des Sehens (Blinden- und Sehbehindertenpädagogik) an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Hamburg. Er ist Diplomlehrer für Mathematik und Physik und Diplomlehrer für Sehgeschädigte und promovierte zum Dr. paed. an der Humboldt Universität zu Berlin. Seine Schwerpunkte in Lehr- und Forschungsprojekten liegen in den Bereichen: Entwicklungszusammenarbeit, Darstellung blinder und sehbehinderter Menschen in Medien, assistive Technologien für blinde und sehbehinderte Menschen, Physiologische Optik, barrierefreie Beleuchtung und Raumgestaltung, Zugänglichkeit und Universelles Design sowie Qualität und Evaluation.

Dr. Martin Th. Hahn, Univ.-Prof. i. R., ehem. Humboldt-Universität zu Berlin, geb. 1934. In Heimen und Schulen als (Sonderschul-)Lehrer bei „erziehungsschwierigen“, körper- und mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen tätig. Zweitstudium (Allgemeine Pädagogik, Orthopädie, Psychopathologie; Dissertation: „Behinderung als soziale Abhängigkeit“). Aufbau einer Fachschule für Heilerziehungspflege innerhalb einer Komplexeinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung. Professuren für „Geistigbehindertenpädagogik“: Pädagogische Hochschule Reutlingen, Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin. Forschungsschwerpunkt: Menschen mit schwerer Behinderung und ihre Wohnsituation. Zusammenarbeit mit Eltern in Familien, Vereinen und Verbänden.

Prof. Dr. paed. Wolfgang Lamers, Jahrgang 1955, Sonderschullehrer, 1994 Promotion an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln; 1994 – 1998 Studienrat/Oberstudienrat im Hochschuldienst an der Universität zu Köln am Lehrstuhl für Geistigbehindertenpädagogik; 1998 – 2011 Professor für Allgemeine Sonderpädagogik und Mehrfachbehindertenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Seit 01.03.2011 Professor für Geistigbehindertenpädagogik im Institut für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin. Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung in schulischen und außerschulischen Kontexten, Didaktische Fragestellungen, Medien und Neue Technologien.

Prof. Dr. habil. Annette Leonhardt, 1986 Promotion, 1990 Habilitation, Inhaberin des Lehrstuhls für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München, seit 2013 Dekanin der Fakultät für Psychologie und Pädagogik, zahlreiche internationale Forschungsaufenthalte u. a. in der Slowakei, Tschechien, Japan, Äthiopien, Rußland, Großbritannien und Nepal, 2009 Ehrenmedaille des Slowakischen Verbandes für Heil- und Sonderpädagogik, 2010 Hear the World Award, 2012 Preis der Pädagogischen Stiftung Cassianeum, 2012 Bundesverdienstkreuz, 2016 Erhalt des Signets „Bayern barrierefrei – Wir sind dabei“ als Anerkennung der wissenschaftlichen Arbeit zur Umsetzung der Barrierefreiheit, Leiterin der Forschungsprogramme „Gehörlose Eltern und Kinder mit CI“ und „Integration/Inklusion Hörgeschädigter in allgemeine Einrichtungen“.

Prof. Dr. paed. habil. Gudrun Ludwig, Hochschule Fulda: Nach dem Lehramtsstudium an der Universität Greifswald Promotion zur Vervollkommnung koordinativer Fähigkeiten im Grundschulalter (1980) und Habilitation zur motorischen Entwicklung behinderter und nichtbehinderter Vorschulkinder an der Humboldt-Universität (1989). Im Anschluss an eine Tätigkeit als Lehrerin und die Promotion in Greifswald an der Humboldt-Universität zunächst in die Sportlehrerausbildung, seit 1983 am Institut für Rehabilitationswissenschaften in die Ausbildung von Sonderschullehrern involviert. Seit 1996 Professorin für Sportpädagogik an der Hochschule Fulda mit den Arbeits- und Forschungsschwerpunkten Sport mit geistig behinderten Menschen sowie Sport als Teil der Therapie mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern.

Prof. Dr. sc. nat. Elke van der Meer hat von 1970 bis 1974 Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin studiert, 1979 promoviert (Dr. rer. nat.), 1984 habilitiert (Dr. sc. nat.) und Forschungsaufenthalte in Moskau (1974 – 75), Paris (1979), Warschau (1980), Salzburg (1983), Bern (1985) und Wellington (2014) absolviert. Sie hat den Lehrstuhl Kognitive Psychologie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin inne und ist Principal Investigator an der Berlin School of Mind and Brain.

Prof. Dr. rer. nat. Gabriele Ricken ist derzeit Professorin für „Erziehungswissenschaft mit besonderer Berücksichtigung der Psychologie, Schwerpunkt Diagnostik und Förderplanung bei Behinderung und Benachteiligung“ an der Fakultät für Erziehungswissenschaft an der Universität Hamburg. Sie studierte Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin, war dort von 1989 bis 2000 am Institut für Rehabilitationspädagogik im Bereich Psychologie und Diagnostik tätig. Danach hat sie an den Universitäten Marburg, Erfurt, Duisburg-Essen gelehrt und geforscht. Forschungsschwerpunkte sind insbesondere Störungen beim Erwerb mathematischen Wissens.

Tirussew Teferra did his Masters and doctoral degree at Humboldt University of Berlin, 1984 – 1990. He is currently, Laureate & Professor of Special Needs Education at Addis Ababa University. He has served as Head of the Department of Psychology, Director of the Institute of Educational Research and Dean of the College of Education for several years. He is the bearer of the Outstanding Faculty Award of the Year 2013 of Addis Ababa University, and the prestigious International Medal Award of UNESCO (Jan Amos Comenius, 2008). Teferra was also Fulbright Senior Research Fellow at the University of Indiana in the School of Education for the year 2003 – 2004. He has been leading and consulting research projects focusing on disability and early childhood education issues by partnering with international higher education institutions (e.g. University of Oslo, University of Munich-LMU, University of Jyväskylä, University of East Anglia University of Cambridge, University of Vienna, Indiana University & Yale University), and such as World Bank, UNICEF and UNESCO. He has authored and co-authored over seventy publications as articles in peer-reviewed journals, book chapters and proceedings, books, manuals and instructional materials.

Prof. Dr. sc. phil. Karl-Friedrich Wessel, geboren 1935 in Hamburg; 1962 Dipl.-Phil. an der Humboldt-Universität; 1977 Berufung auf den Lehrstuhl für philosophische Probleme der Natur-, technischen und mathematischen Wissenschaften und Leiter des gleichnamigen Bereichs; von 1990 bis 2000 Direktor des Interdisziplinären Instituts für Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik an der Humboldt-Universität; seither Leiter des Projekts Humanontogenetik an der Humboldt-Universität.

apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger, Jahrgang 1949, Arzt für Neurochirurgie, Rehabilitationswesen, Chefarzt i. R., Klinik für Neurorehabilitation, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; Mitglied im Hauptvorstand der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und im wissenschaftlichen Beirat der Deutschen und Österreichischen Wachkoma Gesellschaft (Amberg bzw. Wien) und des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) in Berlin.

Gratulationsschreiben

Lieber Klaus!

Vor 90 Jahren hatte ein kleines Kind in Gorlitz das Licht der Welt erblickt. Seit dieser Zeit entwickelte sich eine reiche, umfängliche Biographie über Jahrzehnte.

Der Weg zur Rehabilitationswissenschaft, zur Forschung und Lehre an der Humboldt-Universität, und dann zur Mitgestaltung des Zentrums Reha-Ost in Berlin, zeigt eine außerordentliche Schaffenskraft, Organisations- und Leitungsfähigkeit sowie eine tiefe soziale Empfindung gegenüber Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen, die das Recht auf die gleiche Menschenwürde Recht haben, wie alle anderen.

Ich empfinde es als eine Auszeichnung vom Leben, dass ich mindestens zehn Jahre lang in der Internationalen Forschungsgruppe (in Vertretung der Bárczi Gusztáv Hochschule für Heilpädagogik in Budapest) für Vergleichenden Fachwortschatz der Rehabilitations-, Sonder-, bzw. Heilpädagogik unter Ihrer/Deiner Leitung teilnehmen durfte. Aufgrund dieser wissenschaftlichen Erfahrung konnte ich das enzyklopädische Definieren mit vielen Budapester Kollegen weiterführen, die Grundterminologie der ungarischen Heilpädagogik ausarbeiten und im Format eines Lexikons im Jahre 1996 und 2000 herausgeben.

In der Hoffnung, dass in Deiner Lebensrückschau das Schwergewicht auf der positiven Seite liegt, wünsche ich in alter Freundschaft alles Gute.

Meine Geburtstagsgratulation, in Blumen-Form wird am 1. März bei Euch eintreffen.

Deine

Prof. em. Dr. Zsuzsa Mesterházi

Eötvös Loránd Universität,

Fakultät für Heilpädagogik Budapest

Budapest, 21. Februar 2016

Dear Klaus Peter and colleagues:

I want to congratulate you all for all of the great accomplishments you have made for people with disabilities over the years, not only in Germany, but around the world. I want to share with you some of my fondest memories of a nearly 33-year collaboration Klaus Peter and I have had together, which is still going on.

In 1983 we began a collaboration between the GDR and the U.S. under the USAID program called International Research Exchange (IREX). Four professionals from the U.S. (of which I was one) and four from the GDR (of which Klaus Peter, Ruth, Christa Theiner, and Klaus Dieter Grosze were members). We spent the next eight years exchanging views of how to work with people with disabilities, visiting many rehabilitation programs all over both countries, writing comparative definition dictionaries, trying to find comparable words expressing our ideas correctly.

We also had time for touring and playing, e.g. long walks at Lake Teupitz, visiting museums in Dresden, Bach's home, Königsberg Castle, The Schiller restaurant in Ilmenau, where I had breakfast under the bust of Goethe, the porcelain factory in Meissen, where they lost me but found me later, and many other places. I also had my picture taken in front of the home of Helmholtz as well as the statue of Ebbinghaus to show off to my psychologist friends in the U.S.

We visited many programs in the U.S. also as well as toured many sites. Two of my best memories of that were when Klaus saved my life by warning me not to stumble on an alligator in my path at dusk in Everglades National Park in Miami. I have owed him ever since. The other memory that sticks in my mind is our Sunday service at the Aime' Zion Baptist Church in Prospect Hill, North Carolina. This was an African American revivalist church where the parishioners sang, danced the Watusi, jumping around the church and praising God, whooping and hollering. After a dance, someone would get up and testify to their religion, and then we all yelled, „Amen, Brother!“ and we danced again. Finally, at long last, it was Klaus Peter's turn to testify, and we were all wondering what he was going to say. I remember it, but I will let you tell them what you said, Klaus. But we all yelled, „Amen, brother!“ and danced again.

During our stays in the GDR, we got to visit many of the programs for Rehabilitation Pedagogy. I was always impressed how comprehensive, well-structured, and humane they were. The heavy emphasis on early identification and education was

years ahead of its time, but I never forgot it. I have used many of the ideas which I learned from the GDR programs since then in my own work.

The IREX program shut down in 1990, but I have kept in touch with Klaus and Ruth. What they and you all have done in East Berlin is really an adapted model of his Rehabilitations Pedagogick program. Carolyn and I visited you in 2013, and we were amazed to see what you have done. Since then in 2014, I sent Dr. Liliana Mayo, a colleague from Peru, to see your programs, and she is starting some of them in Peru.

On a personal level, I want to say that you have been a great model for me, Klaus. You always keep a positive attitude and a sense of humor, no matter how difficult the circumstances. We need more people like that in the world. I hope you live until you are 100.

Best wishes,

Steve Schroeder

Emeritus Director and Professor Schiefelbusch Institute
for Life Span Studies University of Kansas

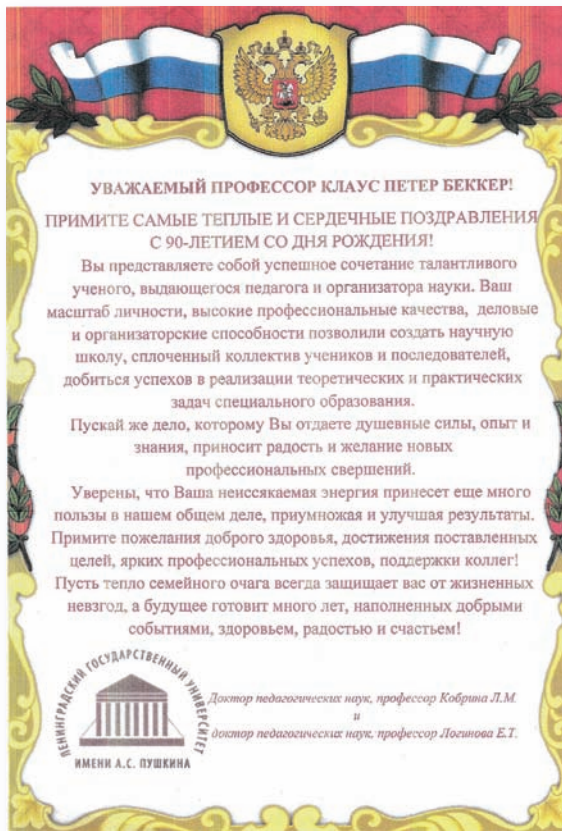
Dear Klaus,

we wish an „urfogettable birthday“ and that you remember that „It's Not the Years in Your Life That Count. It's the Life in Your Years“ and you had put a lot of life in your years, look all the difference that you have make in the lives of so many people and it ours. I was such a gilt and pleasure to meet you, Ruth and your staff.

That you have a lovely party surrounded with family and friends and you have two friends in Kansas that will be cheering for you too.

A big hug dear friend and the best for you in your Birthday

Judy and Liliana from Kansas



Sehr geehrter Prof. Klaus-Peter Becker,
nehmen Sie unsere warmherzigen Grüße zu Ihrem 90. Geburtstag entgegen!

Sie verkörpern den erfolgreichen, verbindlichen Wissenschaftler, hervorragenden Pädagogen und Organisatoren der Wissenschaft. Ihr Anspruch an die Persönlichkeit: hohe professionelle Qualität, fachliche und organisatorische Fähigkeiten, die die Begründung einer wissenschaftlichen Schule ermöglichen und ein geeintes Kollektiv von Wissenschaftlern und Nachfolgern, die sich erfolgreich mit der Realisierung von theoretischen und praktischen Aufgaben der speziellen Bildung und Erziehung befassen.

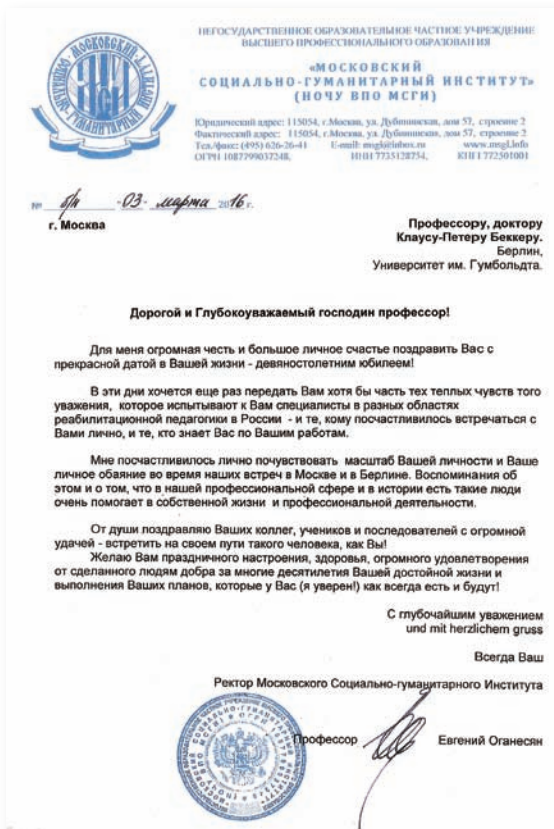
Möge das Werk, dem Sie geistige Kraft, Erfahrung und Kenntnisse verliehen haben, Freude und den Willen auf Neues stiften.

Wir sind überzeugt, dass Ihre unerschöpfliche Energie unserem gemeinsamen Werk noch viel Nutzen bringt, die Ergebnisse bereichert und verbessert.

Wir wünschen gute Gesundheit, Erreichen gesteckter Ziele, herausragende fachliche Erfolge und den Rückhalt Ihrer Kollegen.

Möge Sie ein warmherziges Familienleben vor gesundheitlichem Ungemach bewahren, noch viele erfüllte Jahre in Gesundheit, Freude und Glück.

Dr. paed. Prof. L. M. Kobrina
Dr. paed. Prof. E. T. Lozinowa



Prof. Klaus-Peter Becker, Berlin, Humboldt-Universität

Teurer, hochverehrter Herr Professor!

Es ist mir eine große Ehre und persönlich eine große Freude, Ihnen zu dem wunderbaren Datum in Ihrem Leben – dem 90-jährigen Jubiläum – zu gratulieren.

In diesen Tagen überbringen Ihnen die Fachkollegen der verschiedenen Bereiche der Rehabilitationspädagogik in Russland wärmste Gefühle entgegen, besonders die, die das Glück hatten, Sie persönlich zu treffen und die, die Sie aufgrund Ihrer Arbeit sehr schätzen.

Anlässlich unserer persönlichen Begegnungen in Moskau und in Berlin konnte ich einen Eindruck von Ihrer Persönlichkeit gewinnen. Ich denke auch daran, dass in unserem Fachgebiet sowie in der Geschichte gerade solche Persönlichkeiten sehr zum eigenen Leben und der fachlichen Tätigkeit beitragen.

Herzlich grüße ich Ihre Kollegen, Studenten und Nachfolger zu dem großen Glück, einem solchen Menschen, wie Ihnen, begegnet zu sein.

Ich wünsche Ihnen ein frohes Fest, Gesundheit, große Dankbarkeit der Menschen für Ihr jahrzehntelanges Leben und Wirken, die Erfüllung Ihrer Pläne, die Sie immer (davon bin ich überzeugt) haben werden.

In tiefer Verehrung und mit herzlichem Gruß

Immer Ihr

Rektor des Moskauer Sozial-Humanistischen Instituts.

Prof. Jewgeni Oganisjan



Teurer Professor Klaus-Peter Becker!

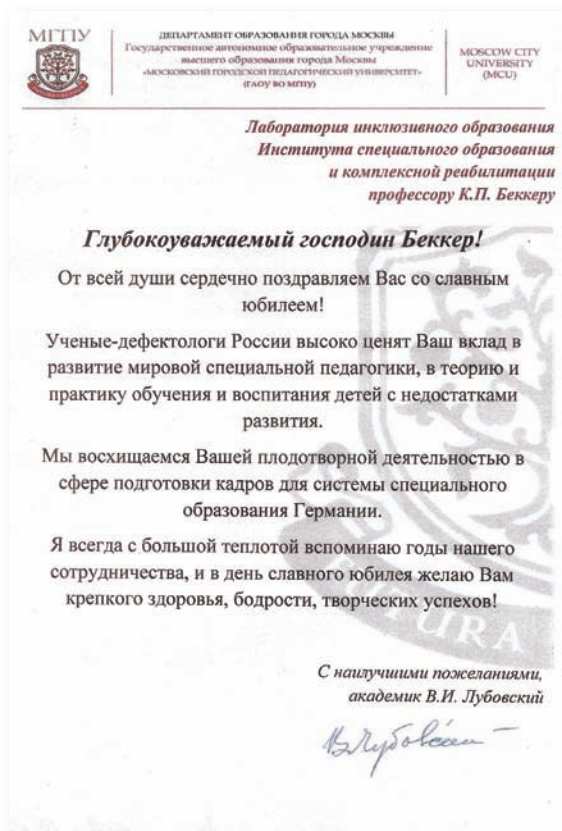
Herzlichst grüßen wir Sie zu Ihrem Jubiläum.

Ich schätze Ihren Beitrag zur Entwicklung der deutsch-russischen Freundschaft und gemeinsamer Bemühungen um die Entwicklung der rehabilitativen, heilenden, speziellen defektologischen Wissenschaft in Osteuropa!

Ich wünsche Ihnen Gesundheit, ein langes Leben und die Erfüllung aller schöpferischen Pläne und Erwartungen.

Im Auftrage Ihrer Moskauer Kollegen

Doktor der pädagogischen Wissenschaften, Prof. O. C. Orlowa



Hochverehrter Herr Becker!

Von ganzem Herzen grüßen wir Sie zu Ihrem festlichen Jubiläum!

Die Wissenschaftler der Defektologie Russlands schätzen Ihren Beitrag der internationalen Spezialpädagogik in Theorie und Praxis der Bildung und Erziehung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten sehr hoch ein.

Wir sind beeindruckt von Ihrer produktiven Tätigkeit auf dem Gebiet der Ausbildung von Kadern für das System des speziellen Bildungswesens in Deutschland.

Ich denke stets mit großer Herzlichkeit an die Jahre unserer Zusammenarbeit und am Tage Ihres festlichen Jubiläums wünsche ich Ihnen gute Gesundheit, Rüstigkeit, weitere Erfolge!

Mit den allerbesten Glückwünschen

Akademiker W. I. Lubowski



Sehr geehrter Professor Klaus-Peter Becker!

Das Kollektiv des Instituts für die Kindheit der Moskauer staatlichen Universität für Pädagogik grüßt Sie von ganzem Herzen zu Ihrem Jubiläum!

Wir schätzen Ihren Anteil an der Entwicklung der spezialpädagogischen defektologischen Wissenschaft in Osteuropa wie die Herausgabe des Vergleichenden Fachwörterbuchs der Pädagogik für Personen mit biopsychosozialen Beeinträchtigungen, die Durchführung gemeinsamer Untersuchungen im Bereich des Stotterns und die Empfehlungen zur Hilfe von Personen mit Sprachstörungen und Schädigungen des Gehörs. Ihre Bücher, übersetzt in die russische Sprache, sind unter den russischen Wissenschaftlern populär.

Wir wünschen Ihnen Gesundheit, viele weitere Lebensjahre und die Erfüllung aller schöpferischen Pläne wie Hoffnungen.

Ihre Moskauer Kollegen

Stellvertretender Direktor des Instituts für die Kindheit

Professor Doktor der Pädagogischen Wissenschaften

Ilja Jevtuschenko

Geehrte Damen und Herren,

mit Freude habe ich die Einladung zu diesem Wissenschaftlichen Symposium aus Anlass des 90. Geburtstages von Prof. Dr. Klaus-Peter Becker angenommen.

Ich möchte auch herzliche Grüße von meinen Kollegen überbringen, denn wir erinnern uns sehr gut an die Zusammenarbeit der Sektion Rehabilitationspädagogik und des Lehrstuhls Spezialpädagogik der Karls-Universität zu Prag.

Eine erste Kontaktaufnahme erfolgte bereits in den 50er Jahren, die zu einem regen Erfahrungsaustausch und zur wissenschaftlichen Zusammenarbeit führte. Davon zeugen Publikationen, wie z. B. das Buch „Logopädie“ von Becker/Sovák, das in deutsch, tschechisch und russisch erschien.

Ich selbst lernte die wissenschaftliche Leitungstätigkeit von Herrn Prof. Becker in der gemeinsamen Arbeit mehrerer Länderkollegen an einem internationalen Fachwörterbuch zur Pädagogik von Personen mit biopsychosozialen Beeinträchtigungen kennen. Es war eine anstrengende Arbeit, die mit organisatorischen Fähigkeiten, hohen wissenschaftlichen Ansprüchen und persönlichem Einsatz von Herrn Prof. Becker abgeschlossen wurde. Dafür müssen wir uns herzlich bei dem Jubilar bedanken.

Es ist bewundernswert, dass Prof. Becker auch nach seiner Emeritierung 1991 in ehrenamtlicher Tätigkeit seine theoretischen Positionen und praktischen Erfahrungen für die sozialpädagogische Arbeit mit Menschen mit Behinderungen nutzbar macht. In Gemeinschaftsarbeit eines großen Kollektivs hat sich das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost zu einer vorbildlichen Einrichtung entwickelt. Bei einem Besuch des Rehabilitationszentrums konnte ich mich von der breiten Fürsorge überzeugen, die den Klienten viel für das Leben gibt.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit auch ganz herzlich Frau Prof. Becker und die anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begrüßen, die alle durch ihre Tätigkeit Herrn Prof. Becker mit unterstützten.

Ich wünsche dem Jubilar gute Gesundheit, Wohlergehen und weiterhin Erfolg und viel Glück.

Ich danke für ihre Aufmerksamkeit.

Ph. Dr. Věra Bezručová, Csc.,
ehemals Karls-Universität zu Prag

AKADEMIA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ IM. MARII GRZEGORZEWSKIEJ
THE MARIA GRZEGORZEWSKA UNIVERSITY
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40, tel. (48 22) 589 36 00, www.aps.edu.pl

założona w 1922



Warschau, den 04. März 2016

Vorstandsvorsitzender Dipl.-Päd. Helmut Siebert
Stiftung Rehabilitationszentrum
Berlin – Ost.
Humboldt Universität zu Berlin
10117 Berlin
Unter den Linden

Wir übermitteln an die Veranstalter von dem Wissenschaftlichen Symposium, das zum 90-er Geburtstag von Geehrtem Professor Dr. für Pädagogik Klaus Peter Becker organisiert wurde, herzliche Grüße und Glückwünsche.

Wir strahlen die Zufriedenheit aus, dass die Prof. Dr.Habil. Ursula Eckert im Namen der Maria Grzegorzewska Universität eingeladen wurde.

Wir gratulieren Herrn Prof. K.P. Beckner seine vielen Verdienste, besonders auf die Praxis und Theorie bezogene Entwicklung, Rehabilitation und soziales Funktionieren von Menschen mit Behinderungen.

Wir erinnern uns an die mehrjährige Mitarbeit von unseren Forschungsbeauftragten mit dem internationalen Team im Programm; „Vergleichendes Fach Wörterbuch zur Pädagogik Physisch – Psychisch Geschädigter“. Das Projekt war dem methodischen Entwurf zufolge, der von Prof. Dr. Päd. K.P. Becker erarbeitet und unter seinen wachsamen Augen realisiert wurde, geleitet.

„Das Wörterbuch“ bestand aus vielen Teilen: Population, Hauptmerkmal der Population, Bildmasinstudionen für physisch-psychisch Geschädigte, Bildungs – und Erziehungsprozess Geschädigtes, Wissenschaftsgebiet Pädagogik Geschädigter.

Diese Untersuchungen, außer materiellen Effekt- in Form einer mehrsprachigen Veröffentlichung, die in Berlin von Prof. K.P. Becker und vielen Inlandsveröffentlichungen in teilnehmenden Ländern (Ungarn, Tschechien und andere) herausgegeben waren, brachten

den Forschern viele mentale Vorteile, z.B. die Einführung in das logische, zusammenfassende Denken für die Definitionverfassung von einzelnen Stichwörtern, die klare, eindeutige und bezeichnende Verbalisierung der Begriffangaben.

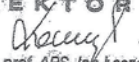
Außerdem ließ die Arbeit in dem internationalen Team die Kontakte anknüpfen und im Rahmen von der Rehabilitation der Menschen mit Behinderungen in den Ländern "Eiserner Vorhang" die Erfahrungen austauschen, was in Osteuropa sehr beschränkt war.

Wir zeichnen hochachtungsvolle Grüße und Gesundheitswünsche an Prof. K.P Becker, das ganze Rehabilitationsteam und alle Symposiumsteilnehmer.

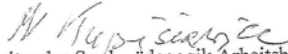
Rektor

Maria Grzegorzewska Universität

in Warschau

REKTOR

dr.hab., prof. APS Jan Łaszczyk

Dr Habil.Prof. APS Jan Łaszczyk


Leiter des Surdopädagogik Arbeitsbereiches

Dr Habil. Prof. APS Małgorzata Kupisiewicz


Prof. Dr.Habil. Urszula Eckert



Schlusswort

Prof. em. Dr. habil. Klaus-Peter Becker



Liebe Weggefährtinnen und Weggefährten, ich weiß nicht, ob Sie sich vorstellen können, was ich gegenwärtig empfinde.

Ich freue mich so sehr, gemeinsam mit Ihnen dieses Symposium besuchen zu können. Viele haben es sich nicht nehmen lassen und mir speziell zu meinem Geburtstag gratuliert. Bitte akzeptieren Sie, dass ich Ihnen meinen Dank auf diese Weise abstatte. Viele hat ihr gesundheitliches Befinden gehindert, unter uns zu sein. Mein ganzer Wunsch gilt ihrer Genesung.



Ich danke den Referenten, die mit ihren Beiträgen das Symposium ausgestaltet haben. Sie haben aus dem Blickwinkel Ihrer Disziplin Impulse zur Diskussion aktueller Probleme der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen gegeben. Damit Ihre Gedanken mit dem gesprochenen Wort nicht in Windeseile wieder verfliegen, werden wir noch in diesem Jahr einen gedruckten Bericht in der Schriftenreihe „INMITTEN“ herausgeben. Anwesende, die in der Diskussion nicht zu Wort kommen konnten und das Bedürfnis haben, zu den Vorträgen eine eigene Stellung zu beziehen, werden ermutigt, ihren Beitrag ebenfalls zur Publikation einzureichen.

Schließlich gilt mein ausdrücklicher Dank den Vorstandsvorsitzenden der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost und der Gesellschaft für Humanontogenetik. Sie haben meinen 90sten Geburtstag zum Anlass genommen, dieses Symposium zu veranstalten. Ich empfinde es als eine große Auszeichnung. Einschließen in meinen Dank möchte ich zugleich den Leiter des Berufsbildungsbereichs der Lichtenberger Werkstatt, der mit ungenannten Helfern die Durchführung dieses Symposiums so umsichtig garantiert hat.

Lieber Karl-Friedrich und lieber Helmut, verlassen wir die formale Ebene!

Ich kenne jeden von Euch knapp 50 Jahre. Jeden auf ganz eigene Weise. Das ist in Euren Beiträgen bereits deutlich geworden. Wir haben uns in der Zusammenarbeit schätzen gelernt. Mir ist ganz eigenartig zumute, wenn ich mir vorzustellen versuche, was sich in meinem Leben alles zugetragen hat und was ich mit bewirkt habe. Auf jeden Fall habt Ihr mir mit der Ausrichtung dieses Symposiums an diesem Ort ein großes Geschenk gemacht. Er ist für mich von großem Symbolwert. Herzlichen Dank!

Vor 67 Jahren reiste ich mit dem Zeugnis meiner 2. Lehrerprüfung im Gepäck in Berlin an und schrieb mich als Student im Erweiterungsstudium der Pädagogik Hör- und Sprachgeschädigter in diesem Hause ein. Teile davon standen noch als Ruine leer.

Die akademische Ausbildung von Sonderschullehrern war erstmalig in Deutschland vor einem Jahr eröffnet worden. Ihr Leiter, Reinhold Dahlmann, ließ keinen Zweifel daran, dass er in den ersten Studenten die aktuellen Akteure des Sonderschulwesens in Theorie und Praxis sah. Dabei befanden sich in den ersten drei Matrikeln von 1948 bis 1951 nur 112 Studenten. Immerhin gelang es sechs davon, den Vorsatz in die Tat umzusetzen. Ich denke an die Professoren Gerhard Heese, Lothar Hammer, Helmut Berndt, Ruth Becker und Peter Voigt. Ich selbst gehöre auch dazu.

Vor 47 Jahren fanden sich Lehrkörper, Angestellte und Studenten des respektabel angewachsenen Lehrkörpers des Instituts für Sonderschulwesen in diesem Saal ein. Der Anlass bestand darin, dass Magnifizienz Prof. Dr. Wirzberger mir die Urkunde zur Gründung der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft übergab sowie mich mit deren Leitung beauftragte. In den vergangenen Jahren waren nicht nur neue Fachrichtungen entstanden, hatte die Zahl der Studenten immens zugenommen und der Lehrkörper dementsprechend angewachsen, es hatte ebenfalls eine grundlegende Entwicklung unserer wissenschaftlichen Auffassungen stattgefunden. Darin sind der Austausch mit Karl-Friedrich Wessel und die Beteiligung am Projekt Biopsychosoziale Einheit Mensch eingeschlossen. Unsere neu eingenommene Position sollte sich speziell in dem Namen Rehabilitationspädagogik niederschlagen.

Vor 25 Jahren, am 22.02.1991, fand wieder in diesem Senatssaal ein Wissenschaftliches Kolloquium statt, das die Gesellschaft für Rehabilitation e.V., die Deutsche Gesellschaft für Pädagogik und der Fachbereich Rehabilitationswissenschaften unter Leitung der Professoren Große und Siek ausgerichtet haben. Magnifizienz Prof. Dr. Fink verabschiedete und emeritierte mich bei dieser Gelegenheit mit warmherzigen Worten. Ich schied in dem Bewusstsein aus, dass unser Bemühen um Menschen mit einer Behinderung im In- und Ausland eine solche wissenschaftliche Reputation erlangt hatten, dass die Stimmen der Studenten, die der gesamtdeutschen Konferenz der Studienstätten unter gemeinsamer Leitung mit den Professoren Issen und Jacobs sowie die Demarche von Prof. Dr. Jochheim zugunsten des Fortbestands eines Fachbereichs Rehabilitationswissenschaften nicht überhört werden konnten.

Nach 25 Jahren, heute, steht unser Kolloquium unter dem Thema: Bewährtes bewahren – Neues gestalten. Die Gestaltung des Neuen ist eine ständige Herausforderung. Wir sind soeben mit der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention, von Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion befasst gewesen. Was heißt es unter diesen Umständen Bewährtes bewahren?

Ich bin mir bewusst, dass es sich für einen Emeritus nicht ziemt, Ratschläge aus dem Elfenbeinturm zu geben, wenn er nicht mehr von der Position einer eigenen Forschungsbasis aus sprechen kann. Nur eine, mir wichtige Erfahrung will ich nicht vorenthalten.

Die rehabilitationspädagogische Praxis hat uns vor viele Probleme gestellt. Ich persönlich habe in diesen Fällen die Lösung stets auf empirische Art und Weise gesucht und gefunden. Hand in Hand mit Praktikern haben wir angenommene Lösungsvarianten zunächst als Hypothesen behandelt, die nach methodischen Regeln überprüft werden mussten. Erst wenn sie sich in einer Pilotstudie als valid erwiesen haben, sind wir zu einem Feldversuch übergegangen. Dann mussten auch alle notwendigen Randbedingungen geschaffen worden sein. Von seinem Ausgang hingen die Verallgemeinerung und die Übernahme der ethischen Verantwortung ab.

Dabei rede ich nicht von einer Fata Morgana, sondern beispielsweise von dem 1962 bis 1966 abgehaltenen Versuch zur „Reorganisation einer Sprachheilschule zu einem ganztätig arbeitenden integrierten Logopädischen Zentrum“, der in Leipzig stattgefunden hat. Es gelang damals, die Verweildauer von hochgradig sprachauffälligen Schülern auf die ersten drei Grundschulklassen zu beschränken und sie mehrheitlich rehabilitiert wieder in die Regelschule zu überweisen. Auf diese Weise haben wir uns vor 50 Jahren bereits mit dem Problem der Integration auseinandergesetzt und weitreichende organisatorische Veränderungen im Sprachheilwesen der DDR angestoßen. Damals stand der Begriff der Inklusion noch nicht zur Debatte.

Diese Erfahrungen vor Augen und angesichts einer aktuell sehr unterschiedlich gehandhabten und beurteilten Inklusion von Schülern mit Behinderungen in Regelschulen, befürchte ich, dass aus einem hehren Ziel, vielleicht sogar einer Utopie, ideologisch geprägte, normative schulpolitische Vorgaben aus der Behindertenrechtskonvention abgeleitet und vielfach ohne die ausreichenden Voraussetzungen umgesetzt werden. Unter diesen Umständen wird die in der Behindertenrechtskonvention *expressis verbis* betonte Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen respektive ihrer gesetzlichen Betreuer zur Farce, zumal dann, wenn die Wahlmöglichkeit der Schulform nicht mehr besteht.

Bewahren wir die bewährte empirische Forschung als einen zielführenden Kompass zur Gestaltung des Neuen!

Das wissenschaftliche Programm hat Ihre Aufmerksamkeit heute Nachmittag intensiv in Anspruch genommen. Sie haben sich einen entspannenden abendlichen Ausklang redlich verdient. Viele freuen sich nach langer Zeit wieder einmal auf ein Beisammensein unter Kolleginnen, Kollegen und Bekannten. Ich freue mich, Sie dazu in diesem Hause in die Gaststätte *Cum Laude* einzuladen und weder verhungern noch verdursten zu lassen.

Auf baldiges Wiedersehen!

Prof. em. Dr. habil. Klaus-Peter Becker

Fotogalerie























inmitten

Schriftenreihe der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Band 1

Die Entwicklung
des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost
in Theorie und Praxis

Band 2

Rehabilitation und Pflege
im Spannungsfeld
von Entwicklung und Tod

Band 3

Motorische Förderung
in Werkstätten
für behinderte Menschen

Band 4

Wissen schaf(f)t Teilhabe
– Wissenschaftliches Symposium
aus Anlass des 25-jährigen Bestehens
des Rehabilitationszentrums
Berlin-Ost

Band 5

Bewährtes bewahren
– Neues gestalten

Monografien

Schriftenreihe der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Respektvolle Begegnungen

– gemäß Artikel 8, Bewusstseinsbildung, BRK

Umstellungsbegutachtung

der Berliner Behindertenhilfe

– Folgen für den Stationären Bereich
anhand ausgewählter Beispiele