

Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]
Rehabilitationspädagogik. Handlungsfelder im Wandel

Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, 395 S.



Quellenangabe/ Reference:

Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]: Rehabilitationspädagogik. Handlungsfelder im Wandel. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, 395 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-338696 - DOI: 10.25656/01:33869; 10.35468/6186

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-338696>

<https://doi.org/10.25656/01:33869>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen und das Werk bzw. diesen Inhalt nicht bearbeiten, abwandeln oder in anderer Weise verändern.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-Licence: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to alter or transform this work or its contents at all.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Wiebke Stöhr
Martin Podszus
Gisela C. Schulze
(Hrsg.)

Rehabilitationspädagogik

Handlungsfelder im Wandel

Stöhr / Podszus / Schulze
Rehabilitationspädagogik

Wiebke Stöhr
Martin Podszus
Gisela C. Schulze
(Hrsg.)

Rehabilitationspädagogik

Handlungsfelder im Wandel

Verlag Julius Klinkhardt
Bad Heilbrunn • 2025

k

Diese Veröffentlichung wurde aus Mitteln des Publikationsfonds NiedersachsenOPEN, gefördert aus zukunft.niedersachsen, unterstützt.

Impressum

Dieser Titel wurde in das Programm des Verlages mittels eines Peer-Review-Verfahrens aufgenommen. Für weitere Informationen siehe www.klinkhardt.de.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek. Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet abrufbar über <http://dnb.d-nb.de>.

2025. Verlag Julius Klinkhardt.

Julius Klinkhardt GmbH & Co. KG, Ramsauer Weg 5, 83670 Bad Heilbrunn, vertrieb@klinkhardt.de.
Satz: Johannes Eder, Bad Tölz.

Druck und Bindung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten.

Printed in Germany 2025. Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.



*Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Die Publikation (mit Ausnahme aller Fotos, Grafiken und Abbildungen) ist veröffentlicht unter der Creative Commons-Lizenz: CC BY-ND 4.0 International
<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>*

ISBN 978-3-7815-6186-1 digital

doi.org/10.35468/6186

ISBN 978-3-7815-2725-6 print

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
<i>Gisela C. Schulze, Wiebke Stöhr und Martin Podszus</i>	
Rehabilitationspädagogik heute	12

Kommunikation und Beratung

<i>Michelle Murken und Michael Feldhaus</i>	
Assistive Technologien und Doing Family in der Kommunikation mit heimbeatmeten Kindern und Jugendlichen	29
<i>Svenja Marie Schumacher, Lena Semprecht und Birgit Hennig</i>	
Aufgaben der Rehabilitationspädagogik im Kontext neurologischer Frührehabilitation – ein Praxisbericht	42
<i>Anna-Maria Spittel und Tomke Wehrauch</i>	
Stigmatisierung von Eltern mit psychischen Erkrankungen – exemplarische Auswirkungen und Implikationen für die Praxis	57
<i>Christina Vesterling und Ute von Düring</i>	
Bauch- und Kopfschmerzen im Kindesalter – Eine rehabilitationspädagogische Perspektive auf die Kommunikation und Beratung von Kindern, Eltern und Lehrkräften bei somatoformen Beschwerden	72
<i>Mareike Grundmann</i>	
Gelingende Kommunikation als Grundlage für Lebensqualität am Beispiel von Hörbeeinträchtigten	89

Förderung und Therapie

Sophia Twent

Möglichkeiten und Grenzen der ICF im Förderprozess der
Rehabilitationspädagogik. 103

Janina Dott und Ulla Licandro

Förderung der Partizipation von Kindern mit Entwicklungs-
beeinträchtigungen in inklusiven Kindertageseinrichtungen. 117

Karoline Falk, Michelle Murken und Teresa Sansour

Zum Fähigkeitsselbstkonzept von erwachsenen Menschen mit
komplexer Behinderung. 129

Tijs Bolz und Bastian Rieß

Situationsanalyse und situatives Handeln bei Beeinträchtigungen in
der emotionalen und sozialen Entwicklung. 142

Annika Krause und Manfred Wittrock

Förderung emotionaler und sozialer
Kompetenzen von Menschen in Haft. 160

Alissa Schüürmann und Clemens Hillenbrand

Lerntherapie – Ein rehabilitationspädagogisches Handlungsfeld. 171

Anna-Maria Hintz und Michael Paal

Aufgaben und professionelle Anforderungen an Akteurinnen und
Akteure in der Grundbildung. 186

*Tabea Testa, Melike Yumus, Sarah-Theres Wandel, Christina Stuhr,
Marlene Meindl und Tanja Jungmann*

Digitalisierte, prozessorientierte Diagnostik und adaptive Förderung
der frühen literalen Kompetenzen von Kindern mit SES und LRS-
Risiko – Erste Befunde aus dem Verbundprojekt EuLe-F. 199

Isabelle von Seeler, Steffen Kaiser und Steffen Siegemund-Johannsen

Kinder mit komplexer Behinderung in der Kita: Überlegungen zur
Beobachtung und Initiierung von mathematischen Lernprozessen. 216

Henner Frebel, Jenny Prüfe und Verena Kerkmann

Sehbedingte Leseschwierigkeiten – Interprofessionelle
Ansätze für Teilhabe und Inklusion. 233

Professionalisierung und Kooperation

Katharina Weiland und Michael Wahl

Rehabilitationspädagogik – Ein Beitrag zur
Professionsentwicklung in einem interdisziplinären Arbeitsfeld 245

Heinrich Ricking

Professionalität, Haltung und multiprofessionelle Kooperation 257

Susanne Dirks und Christian Bühler

Innovation in der Rehabilitation – mehr als Technologie 267

Martina Hasseler

Potenziale der Digitalisierung in Rehabilitation
und Rehabilitationspädagogik 283

Verena Tampke und Martin Podszus

Bedarfsanalyse zur Umsetzung einer
Digitalisierungsstrategie am Beispiel einer Tagesbildungsstätte 300

Jennifer Lakenberg, Birgit Hennig, Andrea Erdélyi und Martin Podszus

Die Rolle der Unterstützten Kommunikation in
einem interdisziplinären Team der neurologischen
Frührehabilitation für Erwachsene 313

Anna-Maria Spittel und Gisela C. Schulze

Die Bedeutung von Kooperation bei der Unterstützung von Kindern
und Jugendlichen im Kontext von gesundheitlicher Beeinträchtigung
in Familien 330

Menno Baumann und Olivia Creutz

Child-to-Parent-Violence im Kontext familiendynamischer Risiko-
und Ressourcenfaktoren – eine Herausforderung an interdisziplinäre
Kooperation 344

Wiebke Stöhr

Zur Bedeutung der Emotion Scham für die Rehabilitationspädagogik
am Beispiel erwachsener Menschen mit chronischen körperlichen
Erkrankungen 356

Imke Dunkake

Rehabilitationspädagogik und Netzwerkanalyse: eine Synthese 370

Autor:innenverzeichnis 383

Einleitung

Wissenschaftliche Publikationen, die sich mit der *Rehabilitationspädagogik* befassen, sind derzeit noch eine Seltenheit. Auch in der Praxis beginnt sich der Begriff und das damit zusammenhängende Berufsbild in vielen Teilen Deutschlands erst schrittweise zu etablieren. Das vorliegende Buch möchte dazu einen Beitrag leisten und einen Einblick in das weite und sich wandelnde Feld der Rehabilitationspädagogik geben. Wenngleich die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Beiträgen (auf verschiedene Weise und mit divergierendem Wortlaut) angesprochen wird, werden unterschiedliche Lebensphasen, Handlungsfelder und Perspektiven beleuchtet. Um diesem Buch dennoch eine grundlegende Strukturiertheit zu verleihen, teilt sich das Buch nach einem allgemeinen Beitrag in die Schwerpunkte „Kommunikation und Beratung“, „Förderung und Therapie“ und „Professionalisierung und Kooperation“ und folgt damit folgendem Aufbau:

Gisela C. Schulze, Wiebke Stöhr und Martin Podszus entwickeln in ihrem Beitrag zunächst ein modernes Gegenstandsverständnis der Rehabilitationspädagogik.

Den Aufschlag im Themenschwerpunkt „Kommunikation und Beratung“ machen *Michelle Murken* und *Michael Feldhaus* mit einem empirischen Beitrag, der sich mit der Frage befasst, wie assistive Technologien zur familialen Kommunikation in Familien mit heimbeatmeten Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Auch in den beiden darauffolgenden Beiträgen wird das Thema Familie/Angehörige angesprochen. So berichten *Svenja Marie Schumacher*, *Lena Semprecht* und *Birgit Hennig* in ihrem Praxisbeitrag von der Angehörigenberatung in einer neurologischen Frührehabilitation.

Anna-Maria Spittel und *Tomke Wehrauch* beschäftigen sich in ihrem Beitrag wiederum mit der Stigmatisierung von Eltern mit psychischen Erkrankungen und arbeiten heraus, welche Auswirkungen die Stigmatisierung haben kann und welche Folgen sich daraus für die Praxis der Rehabilitationspädagogik ergeben. *Christina Vesterling* und *Ute von Düring* bewegen sich mit ihrem Beitrag thematisch ebenfalls im Feld der psychischen Erkrankungen: Sie stellen anhand eines Fallbeispiels Risikofaktoren für somatoforme Beschwerden im Kindesalter sowie daraus folgende Aspekte bzgl. Kommunikation und Beratung, vor allem unter Beachtung psychoedukativer Ansätze, dar. *Mareike Grundmann*

beschäftigt sich mit dem für die Rehabilitationspädagogik zentralen Konstrukt der Lebensqualität. Sie geht der Frage nach, welche Rolle die Kommunikation für die Lebensqualität von Menschen mit Hörbeeinträchtigungen spielt.

Der zweite Themenbereich – „Förderung und Therapie“ – startet mit einer weiteren Grundlage der Rehabilitationspädagogik: So zeigt *Sophia Twent* in ihrem Beitrag die Möglichkeiten und Grenzen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zur rehabilitationspädagogischen Förderung auf. Die Partizipation stellt dabei ein zentrales Konstrukt der ICF sowie eine wesentliche Zielgröße der Rehabilitationspädagogik dar. *Janina Dott* und *Ulla Licandro* beschäftigen sich deshalb mit der Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in inklusiven Kindertageseinrichtungen. Eine andere Einrichtung steht im Zentrum des Beitrages von *Karoline Falk*, *Michelle Murken* und *Teresa Sansour*. Sie gehen im Rahmen einer empirischen Studie der Frage nach, wie sich das Fähigkeitenselbstkonzept von erwachsenen Menschen in Tagesförderstätten gestaltet. *Tijs Bolz* und *Bastian Rieß* beschäftigen sich hingegen damit, wie das Modell zur Situationsanalyse eingesetzt werden kann, um nicht gelungene Interaktionsprozesse in der rehabilitationspädagogischen Arbeit mit Menschen mit emotionalen und sozialen Beeinträchtigungen zu verstehen. Im darauffolgenden Beitrag von *Annika Krause* und *Manfred Wittrock* stehen emotionale und soziale Kompetenzen im Fokus. Dabei werden Möglichkeiten dargestellt, um entsprechende Kompetenzen von Menschen im Kontext der Haft zu fördern.

Wenngleich sich das vorliegende Buch nicht auf das schulische Handlungsfeld bezieht, sind Lernprozesse und die damit verbundene Förderung des Lernens von Menschen mit (drohenden) Beeinträchtigungen ein zentrales Feld der Rehabilitationspädagogik. *Alissa Schüürmann* und *Clemens Hillenbrand* stellen in diesem Zusammenhang die Lerntherapie als ein rehabilitationspädagogisches Handlungsfeld vor und *Anna-Maria Hintz* und *Michael Paal* befassen sich mit Aufgaben und Anforderungen an Akteur:innen in der Grundbildung. Erste Ergebnisse des Verbundprojektes EuLe-F stellen *Tabea Testa*, *Melike Yumus*, *Sarah-Theres Wandel*, *Christina Stuhr*, *Marlene Meindl* und *Tanja Jungmann* vor und beschäftigen sich damit mit digitalisierter, prozessorientierter Diagnostik und adaptiver Förderung früher literaler Kompetenzen von Kindern mit einem Risiko für Sprachentwicklungsstörungen und die Lese-Rechtschreibstörung. Eine ähnliche Altersgruppe adressieren *Isabelle von Seeler*, *Steffen Kaiser* und *Steffen Siegemund-Johannsen* in ihrem Beitrag zur Beobachtung und Initiierung von mathematischen Lernprozessen bei Kindern mit komplexer Behinderung in der Kita. Den Abschluss des Themenschwerpunktes „Förderung und Therapie“ bildet der Beitrag von *Henner Frebel*, *Jenny Prüfe* und *Verena Kerkmann*, in dem, basierend

auf einem Fallbeispiel, die Brailleschrift zur Erlernung von Schwarzschrift bei einem Jungen mit sehbedingten Leseschwierigkeiten angewendet wird.

Der dritte Themenschwerpunkt – „Professionalisierung und Kooperation“ – startet mit zwei grundlegenden Beiträgen: *Katharina Weiland* und *Michael Wahl* diskutieren, inwiefern die Rehabilitationspädagogik als Profession betrachtet werden kann. *Heinrich Ricking* stellt zudem Grundlagen zu Professionalität, Haltung und multiprofessioneller Kooperation in der Rehabilitationspädagogik vor.

Im anschließenden Beitrag befassen sich *Susanne Dirks* und *Christian Bühler* mit Innovation in der Rehabilitation und stellen dabei einen neuen Studienswerpunkt der Rehabilitationspädagogik in Dortmund vor. Beim Stichwort „Innovation“ ist auch das Thema „Digitalisierung“ nicht weit. *Martina Hasseler* stellt die Potenziale der Digitalisierung für die Rehabilitation(spädagogik) vor und gibt dabei einen Einblick in den derzeitigen Forschungsstand. Mit der Digitalisierung beschäftigen sich ebenso *Verena Tampke* und *Martin Podszus*, indem sie eine Bedarfsanalyse zur Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie in einer Tagesbildungsstätte durchführen und präsentieren.

Anschließend untersuchen *Jennifer Lakenberg*, *Birgit Hennig*, *Andrea Erdélyi* und *Martin Podszus*, ebenfalls in einem empirischen Beitrag, die Rolle der Unterstützten Kommunikation in einem interdisziplinären Team einer neurologischen Frührehabilitation. *Anna-Maria Spittel* und *Gisela C. Schulze* befassen sich mit der Kooperation bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Einen anderen Schwerpunkt im Kontext des familialen Umfeldes setzen *Menno Baumann* und *Olivia Creutz*. In ihrem Beitrag geht es um das wenig erforschte Thema der sogenannten „Child-to-Parent-Violence“, d. h. Gewalt von Kindern an ihren Eltern, als eine Herausforderung für interdisziplinäre Kooperation. Mit einem ebenfalls wenig beforschten Thema beschäftigt sich *Wiebke Stöhr*. Sie arbeitet die Bedeutung der Emotion Scham für die Rehabilitationspädagogik am Beispiel von erwachsenen Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen heraus. Das Buch endet mit einem Beitrag von *Imke Dunkake*, in dem die Methode der Netzwerkanalyse vorgestellt und für eine Anwendung in der Rehabilitationspädagogik appelliert wird.

**Die Herausgeber:innen danken allen Autor:innen
für die Mitwirkung an diesem Buch!**

Oldenburg, im Juni 2025

Wiebke Stöhr, Martin Podszus, Gisela C. Schulze

Rehabilitationspädagogik heute

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, wie sich rehabilitationspädagogische Grundgedanken herausgebildet und etabliert haben und wie sie sich auf Basis der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) weiterentwickeln.

Es werden dabei ausgewählte theoretische Modelle der gesundheitlichen Rehabilitation und die feldtheoretisch basierte Person-Umfeld-Analyse als Methode und Analyseinstrument vorgestellt sowie auf den künftigen Stellenwert der Digitalisierung eingegangen. Als integriertes Anwendungsbeispiel für die Ausbildung von Rehabilitationspädagog:innen dient ein Masterstudiengang an einer deutschen Universität. Der Beitrag schließt mit einem Überblick zum aktuellen Begriffsverständnis der Rehabilitationspädagogik.

1 Rehabilitationspädagogische Grundgedanken

Die Rehabilitationspädagogik hat sich als Wissenschaft und damit verbundenem Praxisfeld in den letzten Jahren sowohl als Bachelor-Studiengang (z. B. Dortmund) sowie auch als Master-Studiengang (z. B. Berlin, Köln und Oldenburg) etabliert. Die Studiengänge verbinden Gemeinsamkeiten, z. B. in der Professionalität und Professionalisierung (s. Beitrag von Weiland & Wahl in diesem Buch) und in dem Ziel der Förderung der Selbstbestimmung und Partizipation von Menschen mit Behinderungen (Schnoor 2007). Es gibt allerdings auch Unterschiede, bspw. in angebotenen Handlungsfeldern, Zielgruppenorientierungen und Spezialisierungen, bedingt durch die curricularen Entwicklungen und interdisziplinären Einbindungen an den verschiedenen Studienstätten.

Die Rehabilitationspädagogik bildet als Profession „die Prozesse von *Erziehung, Bildung, Förderung und Begleitung ab, mit deren Hilfe die Entwicklung und Befähigung von Menschen mit Behinderung stimuliert und beeinflusst wird.*“ (Baudisch 2004, 10). Schulze (2012) ergänzt diese Bereiche um die der Beratung und Therapie. Wenngleich der Prozess der Rehabilitation sowohl begrifflich als auch inhaltlich zentral in der Rehabilitationspädagogik ist, kommen ihr ebenso prä- und interventive Aufgaben zu. Somit agiert die Rehabilitationspädagogik, ebenfalls in der

frühen, schulischen, entwicklungsunterstützenden und lebenslangen Förderung (Vernooij 2005 in Bezug auf die Sonderpädagogik). Um Entwicklungen sowie Unterschiede in den Grundgedanken zur Rehabilitationspädagogik erkennen zu können, folgt in Tabelle 1 ein Überblick über ausgewählte sonder- und rehabilitationspädagogische Leitgedanken verschiedener Autor:innen.

Tab. 1: Sonder- und rehabilitationspädagogische Leitgedanken

Bach (1999) modifiziert nach Schulze (2012)	Baudisch (2004)	Vernooij (2005)
• Aktivierung: Menschen mit Behinderung als handelndes Subjekt	• präventiver und frühstmöglicher Einsatz	• Entwicklungsförderung
• Prävention und frühstmöglicher Einsatz	• gleichberechtigter und interaktiver Einbezug der Menschen mit Behinderung	• Ressourcenorientierung
• Kommunikation: tragfähiges Bezugsverhältnis herstellen	• Schaffung rehabilitationspädagogischer Prozesse frei von Stigmatisierung und Isolation	• Autonomieorientierung
• Spezifikation: problem-spezifische pädagogische Maßnahmen	• Anwendung verschiedener Formen von Interaktion und Kooperation	• Bedürfnisorientierung
• Komplexität: Beachtung des Syndromcharakters von Behinderungen	• hohe Bedeutung von Interdisziplinarität	
• Kooperation: mit Fachleuten im intra- und interdisziplinären Team sowie mit Angehörigen		
• Integration sowie Normalitätsorientierung		
• Effektivität		

Mit Blick auf die teils unterschiedlichen, teils übereinstimmenden Leitgedanken lässt sich festhalten, dass die Rehabilitationspädagogik entwicklungsfördernde, möglichst früh einsetzende Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen entwickelt, anwendet und evaluiert, welche die Ziele der Selbstbestimmung und Partizipation verfolgen. Die Rehabilitationspädagogik steht nicht über dem jeweiligen Menschen mit Behinderung, sondern begegnet ihm auf Augenhöhe und fördert seine Rolle als handelndes Subjekt. Sie orientiert sich dabei an dem Normalisierungs- sowie dem Integrations- bzw. nach heutigem Verständnis Inklusionsgedanken. In der Rehabilitationspädagogik kommen je nach Bedarfen und Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung, teils komplexe, pädagogische Maßnahmen zum Einsatz. Die Rehabilitationspädagogik ist, um effektiv zu sein, maßgeblich auf Kooperationen angewiesen. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit dem Umfeld der Person sowie auch interdisziplinäre Kooperationen mit unterschiedlichen Fachpersonen.

Wenngleich die Rehabilitationspädagogik seit Publikation der hier aufgeführten Grundgedanken einem starken Wandel unterliegt, haben die thematisierten Aspekte auch heute noch Gültigkeit. Sie müssen allerdings an der ein oder anderen Stelle angepasst und spezifiziert werden (bspw. Inklusion statt Integration). Die UN-BRK kann Aufschluss darüber geben, welche weiteren Modifikationen und Erweiterungen für das Verständnis einer zeitgemäßen Rehabilitationspädagogik von Bedeutung sind.

2 Erweiterung der Rehabilitationspädagogik auf Basis der UN-BRK

Mit der Ratifizierung der UN-BRK von 2009 (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018) ist ein Meilenstein für den Leitgedanken der Partizipation und Teilhabe aller Menschen gelungen. Die UN-BRK liefert mit dem Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“ Aspekte, die im Sinne einer modernen Rehabilitationspädagogik ergänzt werden können:

- (1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung,

der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

- a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;
- b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabedaran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation. (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018, 23)

Mit Blick in die UN-BRK finden sich viele der bereits thematisierten Leitgedanken für eine erfolgreiche partizipativ orientierte Rehabilitation wieder. Ergänzt werden können für die Rehabilitationspädagogik im Wesentlichen drei Aspekte:

1. Rehabilitationspädagogisches Handeln findet im Sozialraum statt.
2. Die Rehabilitationspädagogik muss sich mit Geräten und Technologien für Menschen mit Behinderungen befassen. Dabei erhält die Digitalisierung sowie ggf. der Einsatz und die Entwicklung von Künstlicher Intelligenz zur Unterstützung für Menschen mit Behinderungen eine zunehmende Bedeutung.
3. Aufgaben der Rehabilitationspädagogik können ebenfalls im Gesundheitssektor liegen, bspw. in Kliniken, u.a. im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, oder in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Dies wird bereits in den Ausführungen von Zieger (2010) sowie von Schulze (2012) deutlich.

Um die bisherigen Begriffsbestimmungen der Rehabilitationspädagogik um ihren Einsatz in Gesundheitskontexten, insbesondere im Prozess der medizinischen Rehabilitation, zu erweitern, ist es sinnvoll auch entsprechend gesundheitsbezogene Erklärungsmodelle miteinzubeziehen.

3 Ausgewählte Modelle für den rehabilitationspädagogischen Kontext

Für das komplexe Aufgabenfeld der Rehabilitationspädagogik, welches die medizinische Rehabilitation umfasst, aber nicht alleinig auf dieser basiert, bleibt das biopsychosoziale Modell der World Health Organization, zum Aufzeigen der individuellen Folgen von Gesundheitsproblemen sowie als Grundlage für die Hilfeplanung, ein wichtiges Modell. Es ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung der Rehabilitand:innen und ihrer Umwelt (s. Abbildung 1).

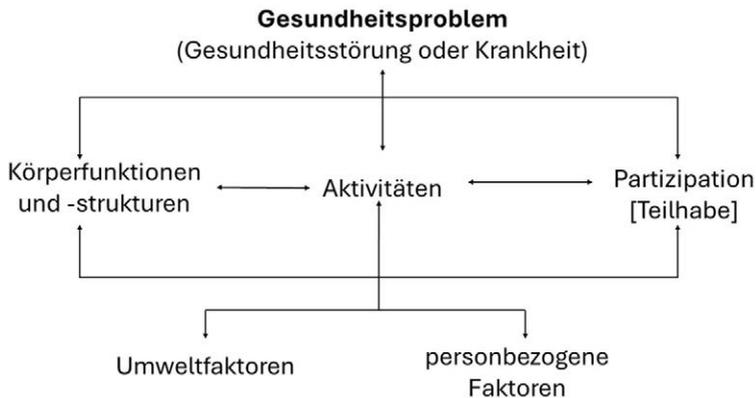


Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; DIMDI 2005)

Der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; dt. Version DIMDI 2005) zufolge nehmen Kontextfaktoren, wie Familienkonstellationen und Partnerschaft, einen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg. Eine systematische und zugleich zeitökonomische Erhebung dieser Kontextfaktoren stellt in der Praxis eine Herausforderung dar.

Des Weiteren bietet sich das Theoriemodell der Rehabilitation von Gerdes und Weis (2000) (s. dazu Abbildung 2) an. Mit diesem verfolgen die Autoren das Ziel, die Zusammenhänge und Beziehungen der Dimensionen der ICF (bzw. zum Entstehungszeitpunkt des Modells noch der ICDIH-2) untereinander, sowie deren Wirkrichtung im Prozess der medizinischen Rehabilitation, deutlicher als im biopsychosozialen Modell darzustellen. Unter anderem ergänzen sie das Modell der ICDIH-2 hierfür um die Komponenten „Gesundheitsverhalten“ und „Bewältigungsprozess“, um auch die Eigenverantwortung

der Rehabilitand:innen sowie deren innerpsychische Prozesse für das Gelingen der rehabilitativen Maßnahme zu verdeutlichen.

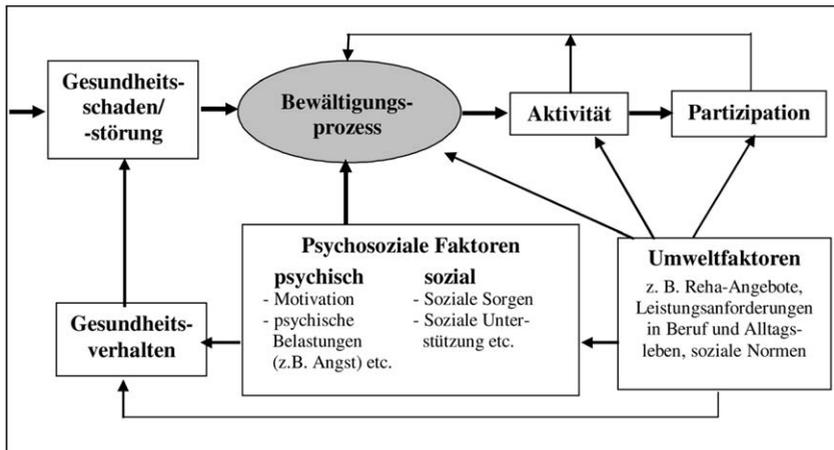


Abb. 2: Theoriemodell der Rehabilitation (Gerdes & Weis 2000; Gerdes, Bengel & Jäckel 2000)

Durch die Konzeption aus einer biomedizinischen Sichtweise ist dieses Modell trotz der Berücksichtigung psychosozialer Komponenten nur bedingt im Feld der Rehabilitationspädagogik verwendbar. Dennoch lässt sich am Modell herleiten, an welchen Stellen die Rehabilitationspädagogik im Prozess der medizinischen Rehabilitation und im Kontext der Gesundheit Einsatz finden kann. Exemplarisch lässt sich benennen:

- Im präventiven Sinne kann die Rehabilitationspädagogik die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) bei der Bevölkerung, insbesondere bei Personen mit bestehenden Behinderungen fördern.
- Die Rehabilitationspädagogik kann die Rehabilitand:innen im Prozess der Krankheitsbewältigung unterstützen, bspw. durch die Vermittlung von Copingstrategien (Schulze 2012).
- psychosoziale Unterstützung der Rehabilitand:innen und Angehörigen, u. a. auch Thematisierung von fehlender Motivation im Rehabilitationsprozess
- verbesserte Kommunikation und Organisation zwischen den Beteiligten (Schulze 2012), bspw. auch im Clearing-Sinne

Eine Integration des biopsychosozialen Modells sowie auch des vorgestellten Theoriemodell der Rehabilitation von Gerdes und Weis (2000) in den Rehabilitationsprozess gelingt mit der feldtheoretisch basierten Person-Umfeld-Analyse

(PUA) (z. B. Alber u.a. 2018). Diese Methode basiert auf der Feldtheorie von Kurt Lewin und wurde in die Sonder- und Rehabilitationspädagogik adaptiert, um vielschichtige Problemlagen zu analysieren und Lösungen abzuleiten. Die gezielte rehabilitationspädagogische Auseinandersetzung mit der Feldtheorie verdeutlicht, dass ein aufgearbeitetes Konzept zur PUA in Form eines Anamnese- und Förderinstrumentes eine Unterstützung der professionellen Handlungskompetenz leisten kann. Dabei stellen insbesondere die Akzeptanz verschiedener Perspektiven, ein sowohl ganzheitliches als auch differenziertes Vorgehen und eine pädagogisch nutzbare Visualisierung (s. Abbildung 3) Vorteile einer feldtheoretischen Betrachtung dar. Ausgehend von dem individuellen Lebensraum ermöglicht sie auf einer gestaltpsychologischen Metaebene, sowohl die Gesamtsituation als auch die Person und ihre Wirkungsräume zu erfassen, strukturiert darzustellen sowie weitere Modelle für die Förderung des Gesundheitsverhaltens zu integrieren (Schulze & Wittrock 2018).

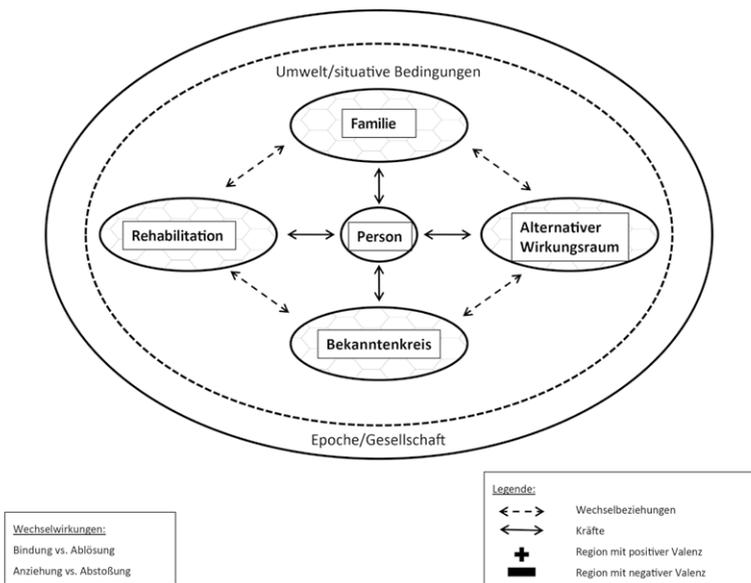


Abb. 3: Lebensraum einer Person in der Rehabilitation (Wittrock & Schulze 2001, hier adaptierte Fassung von Alber 2014)

Durch eine prozessgeleitete PUA können Passungsprobleme aufgezeigt, analysiert und bearbeitet sowie Rehabilitationsstrategien abgeleitet werden. Die Entwicklungen einer rehabilitationspädagogischen Förderung auf Grundlage der feldtheoretisch basierten PUA stützen sich dabei sowohl auf personenbezogene als auch auf das Umfeld bezogene Maßnahmen. Personenbezogene Maßnahmen sind dabei u. a. die Diagnostik und Beratung unter Berücksichtigung von Resilienzfaktoren oder die Umsetzung pädagogischer/therapeutischer Programme zur Förderung von Sozialkompetenz oder Selbstkompetenz. Umfeldbezogen kann es bspw. um die Entwicklung einer interdisziplinären fachlichen Zusammenarbeit von Mediziner:innen, Therapeut:innen, Psycholog:innen und Pädagog:innen gehen (Schulze & Wittrock 2018).

In wissenschaftlichen Studien konnte der Nachweis erbracht werden, dass die Feldtheorie nicht nur als Klärungsansatz für verschiedene Phänomene, sondern auch als wissenschaftliche Konzeption zur Entwicklung und Umsetzung von rehabilitationspädagogischen Maßnahmen geeignet ist (Schulze 2012; Alber 2014; Alber u. a. 2018). Durch die Verzahnung der ICF und der feldtheoretisch basierten PUA können wahrgenommene Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess aus Sicht der betroffenen Personen sowie weiterer am Rehabilitationsprozess beteiligter Personengruppen strukturiert dargestellt werden. Damit gelingt durch den Einsatz der feldtheoretisch basierten PUA eine umfassende und zugleich zeitökonomische Erfassung ICF-orientierter Förderfaktoren und Barrieren. Durch die grafische Visualisierung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess, werden die Aussagen bzw. Daten für die am Prozess beteiligten Personen zugleich handhabbar, erklärbar und sinnhaft. Die grafische Veranschaulichung ermöglicht zudem eine Überprüfung, ob die bisherigen Maßnahmen der rehabilitativen Zielverfolgung dienen und die tatsächlichen Bedarfe sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen abbilden können.

In aktuellen interdisziplinären Forschungen zum Thema gesundheitliche Rehabilitationsprozesse zeigt sich, dass die Digitalisierung in der Patientenversorgung (digital Health) immer mehr an Bedeutung gewinnt und eine An- bzw. Einpassung in bestehende Modelle fordert (s. dazu als Beispiel Abbildung 4).

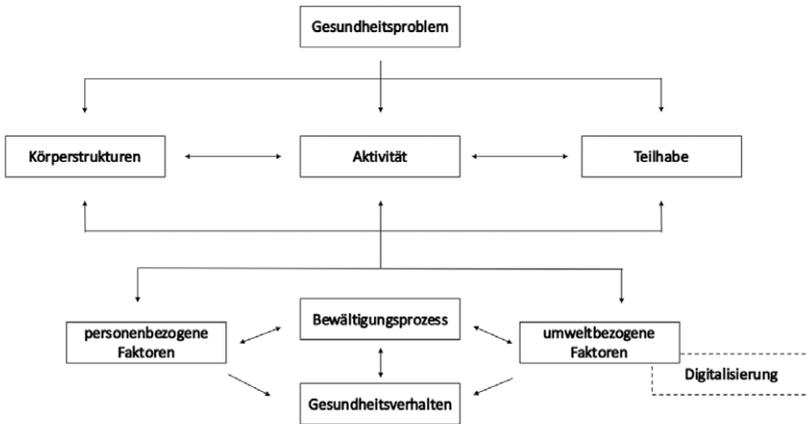


Abb. 4: Adaption des Theoriemodells der Rehabilitation von Gerdes & Weis (2000, 48; eigene Darstellung)

Die Digitalisierung beeinflusst zunehmend als komplexe Intervention und Prävention sowie als Kontextfaktor den gesamten Prozess der Rehabilitation, in einem noch nicht vollständig bekannten Ausmaß. Dabei ergeben sich potentielle Chancen und Aufgaben sowohl für die Theorie als auch Praxis der Rehabilitationspädagogik, die es künftig weiter zu erforschen gilt.

4 Rehabilitationspädagogik als Masterstudiengang

Als Beispiel dient an dieser Stelle der Studiengang Master Rehabilitationspädagogik an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, der sich seit 2006 aus einem fachdisziplin übergreifenden Masterprogramm für Bildungs- und Erziehungswissenschaften etabliert hat und als selbständiger Master 2016 akkreditiert wurde und sich aktuell in der Weiterentwicklung befindet:

Der Master Rehabilitationspädagogik zielt auf eine bedarfs- und zukunftsorientierte Berufsqualifikation für Pädagog:innen im Kontext von stationären und ambulanten Einrichtungen zur Verbesserung der Unterstützung von Menschen in Risikolagen oder Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen sowie ihrem Umfeld ab. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Menschen mit psychosozialen, kognitiven und/oder neurologischen Beeinträchtigungen und ihrer Partizipation.

Die Studierenden lernen, komplexe Probleme zu beschreiben und zu analysieren sowie theorie- und forschungsbezogenes Fachwissen mit praxisorientiertem Handlungswissen zu verknüpfen. Dabei lernen sie Transferwissen zu generieren. Der Studiengang befähigt die Studierenden zu einer Tätigkeitsaufnahme in den - die gesamte Lebensspanne umfassenden - **Arbeitsfeldern** der außerschulischen Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Dazu gehören u.a.:

- frühe Hilfen,
- ambulante und stationäre Angebote für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit psychosozialen oder kognitiven oder neurologischen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung ihres jeweiligen sozialen Umfeldes,
- soziale, berufliche und gesundheitliche Rehabilitation für Menschen mit Beeinträchtigungen,
- Beratung, Unterstützung, Interessenvertretung in unterschiedlichen Lebensphasen,
- Leitungs- und wissenschaftliche Tätigkeiten.

Die mit dem Masterstudiengang verfolgten **Qualifikationsziele** zeigen sich in folgenden Kompetenzen:

- **Fachkompetenz:**
 - Grundlagen der Rehabilitationspädagogik: Wissen über die Zielgruppen der Rehabilitationspädagogik, Arbeits- und Tätigkeitsfelder und deren spezifische Merkmale (Interdisziplinarität), ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
 - Theorien und Modelle zur Prävention, Intervention und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche und Erwachsene mit psychosozialen oder kognitiven oder neurologischen Beeinträchtigungen
 - Rehabilitationsbezogene sozialrechtliche Grundlagen und Gesetzgebungen
 - Wissen um digitale Inhalte in Handlungsfeldern der Rehabilitationspädagogik
- **Methodenkompetenz:**
 - Vertiefende Auseinandersetzung mit forschungsmethodischem Fachwissen sowie fachwissenschaftlichen Zugängen (Forschendes Lernen)
 - Anwendung von Theorien und Modellen von Gesundheit und Rehabilitation
 - Theorie- und empiriegeleitete Analyse und Verstehen von Fällen unter Berücksichtigung der Wirkungsräume → Ableiten, Umsetzen und Reflektieren von Interventionsmöglichkeiten
 - Einsatz von assistiven Technologien, Umgang mit digitaler Transformation

- **Sozialkompetenz:**
 - Kommunikative, beraterische, diagnostische und förderungsspezifische Grundlagen und Verfahren
 - Inter- und transdisziplinäre Team- und Kooperationsfähigkeit
 - Gestaltung von tragfähigen pädagogischen Beziehungen
- **Selbstkompetenz:**
 - Reflektierter Einsatz der eigenen Kommunikations- und Beratungskompetenz
 - Professionalisierung bezogen auf die eigene Person (z. B. Selbstreflexion, Selbstmanagement, Rollenverständnis) und das Interagieren in sozialen Organisationen (z. B. Kooperation, Führung/Leitung, Management)

(Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, in Veröffentlichung)

Themen wie Inklusion und Exklusion, Health Literacy, Partizipation sowie Dropout in Bildungs- und Gesundheitsprozessen und Faktoren von Gesundheit und Krankheit im Rehabilitationsprozess werden im Studiumsverlauf forschungs- und praxisorientiert bearbeitet.

Nach Abschluss können die Absolvent:innen komplexe Probleme beschreiben und analysieren, dabei theorie- und forschungsbezogenes Fachwissen mit fachlichem Handlungswissen verknüpfen, um auf dieser Grundlage in der Forschung, Evaluation, Ausbildung, Entwicklung, Planung, Organisation und Leitung tätig zu sein. Sie entwickeln über das Studium hinweg ein kritisches Verständnis der wichtigsten Theorien, Prinzipien und Methoden der Rehabilitationspädagogik (ebd.).

5 Ableitung eines modernen Verständnisses von Rehabilitationspädagogik

Zusammenfassend, angelehnt an die vorherigen Ausführungen, kann überblicksartig folgendes Begriffsverständnis einer modernen Rehabilitationspädagogik zu Grunde gelegt werden, das in Abbildung 5 visualisiert wird.



Abb. 5: Begriffsverständnis der Rehabilitationspädagogik im Überblick

Die Rehabilitationspädagogik hat somit das Ziel, Menschen mit bestehenden oder drohenden Behinderungen im Hinblick auf eine größtmögliche Selbstbestimmung, eine bestmögliche Entwicklung ihrer Fähigkeiten und einer vollständigen Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen der gesamten Lebensspanne zu fördern. Sie ist sowohl in Erziehungs- und Bildungs-, in Beratungs- und Therapie- als auch in Förderungs- und Begleitungskontexten zu verorten. Dabei agiert sie in klinischen und nicht-klinischen Settings. Wesentliche Prinzipien einer modernen Rehabilitationspädagogik sind dabei die Begegnung auf Augenhöhe, die interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle Kooperation, die Sozialraumorientierung, die Ressourcenorientierung, der angemessene Einsatz assistiver Technologien, der ganzheitliche Blickwinkel, die Orientierung am Umfeld, die Anwendung spezifischer Methoden und der Fokus auf Inklusion sowie Partizipation.

In diesem Sinne muss sich in den nächsten Jahren eine vielfältige partizipativ verstandene Rehabilitationspädagogik entwickeln, die unterschiedliche Handlungsfelder in der Praxis etabliert und interdisziplinäre wissenschaftliche Forschungen integriert.

Literatur

- Alber, J. (2014): Partnerschaften nach Schlaganfall: Untersuchung zu Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess (Dissertation). Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Alber, J., Kaiser, S. & Schulze, G. C. (Hrsg.). (2018): Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik: Lehrbuch zur Theorie mit Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Baudisch, W. (2004): Zur Entwicklung der Behindertenhilfe und von Konzepten der Rehabilitation. In: W. Baudisch, M. Schulze & E. Wüllenweber (Hrsg.): Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Kohlhammer Verlag Stuttgart, 9-43.
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.). (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BKR). Online unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf. (Abrufdatum: 29.01.2025).
- Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (2025): Master of Arts Rehabilitationspädagogik. Online unter: <https://uol.de/sonderpaedagogik/studium/master-of-arts-rehabilitationspaedagogik>. (Abrufdatum: 19.02.2025).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Online unter: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&cms_dIConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246. (Abrufdatum: 29.01.2025).
- Gerdes, N., Bengel, J. & Jäckel, W. H. (2000): Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessungen. In: J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation. Regensburg: Roderer, 12-20.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000): Zur Theorie der Rehabilitation. In: J. Bengel & U. Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin: Springer Verlag, 41-68.
- Schnoor, H. (2007): Leben mit Behinderung: eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulze, G. C. (2012): Die Bedeutung der Rehabilitationspädagogik in der Versorgungsforschung am Beispiel der Partizipations- und Teilhabeförderung für Erwachsene mit einer erworbenen Hirnschädigung. In: G. C. Schulze & A. Zieger (Hrsg.): Erworbenene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 52-64.
- Schulze, G. C. & Wittrock, M. (2018): Von der Feldtheorie zur Person-Umfeld-Analyse – Entwicklung eines Anamnese- und Förderinstruments in der cross-kategorialen Sonderpädagogik. In: J. Alber, S. Kaiser & G. C. Schulze (Hrsg.): Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik: Lehrbuch zur Theorie mit Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 17-36.
- Vernooij, M. A. (2005): Erziehung und Bildung beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher. UTB Schöningh Paderborn
- Wittrock, M. & Schulze, G. (2001): Lernen in der „Auszeit“ - Pädagogische Arbeit mit SchülerInnen mit „schulaversiven/ unterrichtsmeidenden Verhaltensmustern“. In: Hofmann, C. u.a. (Hrsg.): Zeit und Eigenzeit als Dimension der Sonderpädagogik. Luzern, 109-118.
- Zieger, A. (2010): Fließgrenze Forschungsgrundlagen. Theoretische Reflexionen zum Verhältnis von Medizin und Sonderpädagogik. In: M. Baumann, C. Schmitz & A. Zieger (Hrsg.): RehaPädagogik - RehaMedizin - Mensch. Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie und Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 77-83.

Autor:innen

Schulze, Gisela C., Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5633-6176>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Absentismus/Dropout in Bildung & Rehabilitation; Young (Adult) Carers; Feldtheorie (Lewin),

Person-Umfeld-Analyse; Partizipative Versorgungsforschung

E-Mail: gisela.c.schulze@uni-oldenburg.de

Stöhr, Wiebke (M.A. Rehabilitationspädagogik)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9034-7795>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Die Emotion Scham in schulischen und außerschulischen (sonder- und rehabilitations-)pädagogischen Kontexten, psychische Gesundheit an Schulen

E-Mail: wiebke.stoehr@uni-oldenburg.de

Podszus, Martin, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4743-2191>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Studieren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Digitalisierung und Diversität in Bildungs- und Rehabilitationsprozessen

E-Mail: m.podszus@uni-oldenburg.de

Kommunikation und Beratung

Assistive Technologien und Doing Family in der Kommunikation mit heimbeatmeten Kindern und Jugendlichen

Zusammenfassung

In Deutschland gibt es Schätzungen nach etwa 2.000 beatmete Kinder, die im höchsten Maße auf lebensnotwendige und unterstützende Technik angewiesen sind. In der häuslichen Intensivpflege wird dafür auf ein an Versorgungsbedarfen abgestimmtes Set an assistiven Technologien zurückgegriffen. Der vorliegende Beitrag untersucht, inwiefern assistive Technologien zur Herstellung von Familie beitragen. Spezifischer wird mittels 18 leitfadengestützter Interviews mit Eltern heimbeatmeter Kinder und Jugendlicher analysiert, wie in den Familien kommuniziert wird und welche Kommunikationstechnologien zum Einsatz kommen. Es zeigt sich, dass bei verbalen Einschränkungen innerfamiliär trotz begrenztem Informations- und Aussagegehalt zumeist nonverbal kommuniziert wird. Auch wenn das Potenzial assistiver Kommunikationstechnologien von Familien anerkannt wird, findet deren Einsatz zumeist im Kontext von Schule oder Social Media statt.

1 Einleitung

Medizinische und technische Fortschritte ermöglichen, dass intensivpflichtige Patient:innen vermehrt im häuslichen Umfeld versorgt werden. Beatmete Kinder und Jugendliche können mit ihren Familien zusammenleben und haben die Chance auf eine „Annäherung an eine *normale* Lebensführung und ein *normales* Aufwachsen“ (Limberger & Schnepf 2017, 34). In der häuslichen Intensivpflege wird ein Familienleben überhaupt erst ermöglicht, in dem Spielräume für familiäre Aktivitäten entstehen und familiäre Nähe vermehrt stattfinden kann (Falkson u.a. 2017; Falkson u.a. 2020). Die häusliche Intensivpflege geht jedoch auch mit einer Änderung des privaten Settings einher, weil der spezifische, individuelle Versorgungsbedarf von beatmeten Kindern und Jugendlichen gedeckt werden muss (Ewers & Lehmann 2017,

63). Dabei sind intensivmedizinisch betreute Kinder und Jugendliche nicht nur auf die Unterstützung von Familienangehörigen angewiesen, sondern auch auf einen Pflegedienst, der je nach Versorgungsbedarf notwendige Pflegeleistungen und Dokumentationspflichten übernimmt. Zudem benötigen Familien ein individuell abgestimmtes Set an Technik, das neben dem Beatmungsgerät weitere assistive Technologien wie Mobilitätshilfen, Sicherheitssysteme und Kommunikationshilfen einschließt. Der Bereich assistiver Technologien bekommt dementsprechend eine zentrale Bedeutung für Patient:innen und deren Familien. Eine besondere Herausforderung in der häuslichen Intensivpflege betrifft die Kommunikation zwischen Patient:innen, Pflegepersonal und Familienangehörigen, da verbalsprachliche Einschränkungen eine erfolgreiche Kommunikation erschweren können. Das Ziel assistiver Kommunikationstechnologien liegt darin, vorhandene Barrieren abzubauen bzw. neue Kommunikationswege zu ermöglichen (Erdélyi & Hennig 2023; Groß 2020; Wallhoff & Bruns 2023). Entsprechende Kommunikationstechnologien werden zumeist im Kontext der sogenannten Unterstützten Kommunikation untersucht und angewandt (z. B. Groß 2020; Hennig & Erdélyi 2020; Erdélyi & Hennig 2023) und beinhaltet neben körpereigenen auch körperexterne Kommunikationsformen (Lüke & Vock 2019, 15). Der vorliegende Beitrag knüpft an vorhandene assistive Kommunikationstechnologien an und fragt danach, inwieweit beatmete Kinder und Jugendliche und deren Familien assistive Kommunikationstechnologien zur Unterstützung einer gelingenden Kommunikation im familialen Setting einsetzen.

2 Doing Family: Familie als Herstellungsleistung

Die folgenden Ausführungen basieren auf dem Doing-Family Ansatz und der inhärenten Annahme, dass Familie „sich [...] von einer selbstverständlichen Ressource zu einer zunehmend voraussetzungsvollen Tätigkeit“ entwickelt (Jurczyk 2014a, 117). Familie wird entsprechend als Herstellungsleistung angesehen, an der die einzelnen Familienmitglieder maßgeblich beteiligt sind (ebd.). Für die Herstellung von Familie führt der Doing Family-Ansatz zwei Grundformen an: Dies ist einmal das *Balancemanagement*, bei dem es im Kern darum geht, dass sich einzelne Familienmitglieder hinsichtlich individueller Bedürfnisse und Interessen aufeinander abstimmen. Abstimmungsleistungen müssen dabei nicht nur inhaltlich, sondern vor allem zeitlich und räumlich und entsprechend auch kommunikativ koordiniert werden. Eine besondere Funktion kommt diesbezüglich der Care-Arbeit zu, die für Zuwendung, Förderung, Betreuung aber auch Pflege und die Versorgung von Familienmitgliedern steht (ebd., 128). Die zweite Grundform der Herstellung von Familie ist die *Konstruktion von Gemeinsamkeit*, die den Fokus auf alltägliche Interaktionen

und Kommunikation legt, um Familie als ein „sinnhaftes gemeinschaftliches Ganzes“ herzustellen. Neben den Einzelidentitäten wird das Bewusstsein und das Gefühl für eine kollektive, solidarische Identität geschaffen. Mit der Konstruktion von Gemeinsamkeit geht auch das sogenannte *Displaying Family* einher, durch das ausgedrückt wird, wie eine Familie sich definiert und von außenstehenden Personen als Familie abgrenzen kann (ebd., 127). Um Familie als Herstellungsleistung verstehen zu können, muss der Familienalltag, in dem Beziehungsdynamiken realisiert werden und Interaktionen stattfinden, näher untersucht werden (Jurczyk 2014b, 50f.). Im Rahmen dieses Beitrages wird sich auf die Konstruktion von Gemeinsamkeit beschränkt. Mit Blick auf den Einsatz von assistiven Kommunikationstechnologien ist zu untersuchen, 1. inwiefern diese das Doing Family bei Familien mit heimbeatmeten Kindern und Jugendlichen ermöglichen und 2. welche assistiven Technologien in der Konstruktion von familialer Gemeinsamkeit eingesetzt werden.

3 Methodik und Sample

Die empirische Analyse basiert auf 18 leitfadengestützten Interviews mit den Eltern beatmeter Kinder und Jugendlicher, die im Rahmen des Promotionskollegs „SEAS“ (Social Embeddedness of Autonomous Cyber Physical Systems) geführt wurden. Die Datenerhebung erfolgte von Februar bis Mai 2021 in einem digitalen Format aufgrund der Corona-Pandemie. Die befragten Eltern wurden über die beiden Vereine INTENSIVKinder zuhause e.V. und IntensivLeben e.V. rekrutiert. Diesen beiden Vereinen sowie auch den Familien gilt unser größter Dank. Interviewt wurden vorwiegend Mütter beatmeter Kinder und Jugendlicher (N=12), aber auch ein Familienvater (N=1) und Elternteile gemeinsam (N=5). Im Rahmen dieses Beitrags wurde mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gearbeitet.

Die beatmeten Kinder und Jugendlichen weisen verschiedene Diagnosen und unterschiedliche Krankheitsverläufe auf. Krankheitsbilder sind unter anderem verschiedene Muskel- und Nervenerkrankungen, Schädelhirn- oder Rückenmarksverletzungen und Beeinträchtigungen, die aufgrund von Geburtskomplikationen aufgetreten sind. Im Krankheitsverlauf der Kinder und Jugendlichen zeigen sich deutliche Unterschiede und es kann zwischen einem konstanten und einem progressiven Symptomverlauf differenziert werden. Die Heterogenität in den Krankheitsbildern und -verläufen lässt sich auch in Bezug auf Entwicklungsstadien und Kompetenzen der beatmeten Kinder und Jugendlichen feststellen.

Auch wenn sich in Bezug auf die Pathogenese der beatmeten Kinder und Jugendliche eine Heterogenität verzeichnen lässt, haben sie neben der künstlichen Beatmung eine Sache gemein: Sie sind maßgeblich auf die Unterstützung

von Mensch und Technik angewiesen. Alle Familien haben einen Intensivpflegedienst und werden bis zu 24 Stunden täglich von Pflegefachkräften in der häuslichen Intensivpflege unterstützt. Zudem sind die Eltern maßgeblich an der Pflege beteiligt, was sich einerseits auf die Ausführung von unmittelbaren Pflegepraktiken als auch auf die Planung und Organisation der individuellen gesundheitlichen Versorgung ihres Kindes bezieht.

4 Empirische Ergebnisse

Die Doing Family-Praxeologie dient als konzeptioneller Zugang zu innerfamilialen Beziehungen mit beatmeten Kindern und Jugendlichen in der häuslichen Intensivpflege. Es wird entsprechend vorgestellt, wie in den Familien Gemeinsamkeit hergestellt wird und welche Rolle assistive Technologien dabei spielen.

4.1 Zum familialen Zusammenleben in der häuslichen Intensivpflege

Durch das alltägliche Zusammenleben aller Familienmitglieder wird die Qualität familialer Beziehungen beeinflusst (Gloger-Tippelt 2007, 158). Im Falle chronischer Erkrankungen innerhalb von Familie kann davon ausgegangen werden, dass diese sich sowohl auf das Zusammenleben als auch die Beziehung aller Familienmitglieder auswirken können (Wild & Walper 2015, 241). Aus den Interviews wird ersichtlich, dass es für Eltern zum zentralen Ziel wird, die Versorgungsbedarfe der beatmeten Kinder und Jugendlichen zu decken und ihnen vor allem ein lebenswertes Leben ermöglichen zu können. Familie wird in den Interviews als eine Solidargemeinschaft dargestellt, in der füreinander die notwendigen Care-Aufgaben übernommen werden. Das ist auch der Grund, warum Eltern sich für die häusliche Intensivpflege und nicht etwa für eine andere Versorgungsform (z. B. eine Pflege-Wohngemeinschaft) entschieden haben, wohl wissend, dass damit enorme Veränderungen, Herausforderungen und Belastungen einhergehen. Die Konstruktion von Gemeinsamkeit und die Herstellung von familialer Nähe erhält eine hohe Bedeutsamkeit. Eltern versuchen unter anderem familiäre Nähe herzustellen, indem sie die beatmeten Kinder und Jugendlichen nach dem Motto „Mittendrin statt nur dabei“ (Interview Nr. 3, Pos. 93) aktiv in das Familienleben einbeziehen.

[...] wir versuchen halt den [Name beatmeter Sohn] überall zu integrieren auch so an eigenen Geburtstagen versuche ich das zum Beispiel so normal wie möglich rüberzubringen, dass es normal ist dass es [Name beatmeter Sohn] gibt und dass

es ein wichtiger Bestandteil in meinem Leben ist und dann ist es auch so, wenn es Kaffee und Kuchen gibt auch mit am Tisch sitzt, weil das mir dann dementsprechend auch wichtig ist [...]. (Interview Nr. 7)

Den Eltern scheint dabei vor allem wichtig zu sein, dass sich die beatmeten Kinder und Jugendlichen als wichtiger Teil der Familie erleben können. Familien mit beatmeten Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich daher nicht maßgeblich von anderen Familien hinsichtlich des Wunsches nach einem gemeinsamen Familienleben. Zum Beispiel nehmen sie gemeinsam Mahlzeiten ein oder unternehmen – sofern es die Möglichkeiten zu lassen – familiäre Aktivitäten.

Ich meine das ist unterschiedlich also mal fahren wir [...] in den Zoo oder jetzt wir waren (unv.) also im Endeffekt eigentlich relativ gleich wie jetzt sage ich mal andere Familien da. Also natürlich habe ich nicht viele Möglichkeit, dass ich jetzt Gelände sage ich mal groß begehe, weil es halt einfach nicht geht, aber wir fahren auf Ausflüge, ganz normale Ausflüge, die so jeder macht, sage ich. Eigentlich relativ normal. (Interview Nr. 4, Pos. 58)

Bei Ausflügen wird jedoch deutlich, dass diese nur mit dem Einsatz von Unterstützungstechnologien möglich sind. Im Interview Nr. 15 heißt es so zum Beispiel, dass die beatmete Tochter gerne mit der Familie spazieren geht. Dies ist jedoch „nur möglich, wenn jemand sie in ihren Elektrorollstuhl gesetzt hat und das ganze Gerät hinten eingestellt hat“ (Pos. 29). Auch in einem weiteren Interview (Nr. 16) wird ersichtlich, dass Familienausflüge zum einen mit Aufwand verbunden sind und zum anderen nicht ohne überlebenswichtige Technik stattfinden können:

Was halt ein bisschen nervig ist, wenn man dann das Haus verlassen möchte und muss eine Sauerstoffflasche mitnehmen, Absauggerät mitnehmen, Monitor mitnehmen, Kabel für das ganze Zeug, Akkus für das ganze Zeug, das ist dann schon ein bisschen nervig, ne? Also um so vorzubereiten, dass er aus dem Haus raus kann braucht man schon mal eine halbe Stunde, um das Zeug alles zu überprüfen und einzupacken und man muss das natürlich auch alles mitschleppen, die Sachen sind jetzt nicht sonderlich leicht, das ist natürlich nicht so schön, aber gut, er braucht es. (Interview Nr. 16, Pos. 29)

In diesem Sinne zeigt sich, dass assistive Technologien wie zum Beispiel Mobilitätshilfen maßgeblich zur Herstellung von familialer Gemeinsamkeit beitragen können.

4.2 Einsatz assistiver Technologien in der Kommunikation

Im häuslichen Umfeld liegen individuelle Techniksettings vor, die sich an den individuellen und gesundheitsbezogenen Bedarfen der beatmeten Kinder und Jugendlichen orientieren. Neben überlebenswichtiger Technik, wie dem Beatmungsgerät, zählen auch assistive Kommunikationstechnologien dazu. Kommunikation kann als grundlegender Bestandteil des Alltags verstanden werden, in dem Menschen als soziale Wesen von Geburt an das lebensnotwendige Bedürfnis haben, sich dem Umfeld mitzuteilen (Thiel-Rohwetter 2015, 182). Aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation kann bei beatmeten Patient:innen ein generell erhöhtes Mitteilungsbedürfnis verzeichnet werden (Völker 2015, 34), was jedoch auch mit größeren Herausforderungen einhergeht.

Hinsichtlich vorhandener sprachlicher Kompetenzen ergibt sich ein heterogenes Bild: Sieben der Kinder und Jugendlichen in unserem Sample können ihre Bedürfnisse verbalsprachlich mitteilen. Ihre Sprachkompetenzen unterscheiden sich in diesen Fällen kaum von denen *gesunder* Kinder und Jugendlicher. Sie können sich sehr gut artikulieren und gezielt ihre Bedürfnisse ausdrücken. Die anderen elf Kinder und Jugendlichen können sich nicht verbalsprachlich verständigen. Sie sind in ihrer Kommunikationsfähigkeit in unterschiedlichem Maße eingeschränkt. In den meisten Familien, in denen sich die beatmeten Kinder und Jugendlichen verbal nicht mitteilen können, wird von kommunikativen Hilfsmitteln berichtet, wobei hierbei im Rahmen der Unterstützten Kommunikation zwischen technischen und nichttechnische Hilfsmittel unterteilt wird (Musenberg 2019, 366). Von nichttechnischen Hilfsmitteln wird nur in einer Familie davon berichtet, dass sie Piktogramme mit den Bezeichnungen „Ja“ und „Nein“ nutzen. An technischen Kommunikationshilfen hingegen wird insgesamt eine Bandbreite erwähnt wie Smartphones, Computer, Tablets, Talker, Buttons oder Tobii. So nutzt eine Familie bspw. einen sogenannten „Button“, um gezielt die Aufmerksamkeit der Mutter auf sich zu lenken:

Dann haben wir noch so Buttons, wo man Spielzeug dranmachen kann und wenn er auf diesen Knopf draufdrückt, dann bewegt sich das Spielzeug oder gibt Töne von sich, damit ‚N‘ dieses Ursache-Wirkungs-Prinzip lernt. Dass er lernt ok, wenn ich meine Hand da drauflege, dann passiert was. Wir haben's auch schon mal versucht mit so einem Button, wo ich dann Mama draufgesprochen habe und habe dann gesagt „ok ‚N‘ wenn du dann möchtest, dass Mama kommt, dann musst du deine Hand da drauflegen.“ (Interview Nr. 16, Pos. 25)

In den meisten der Interviews wird über den Tobii, bei dem es sich um einen Sprachcomputer mit Augensteuerung handelt, berichtet. In dem Interview Nr. 2 erzählt die Mutter, dass ihre Tochter ihren Tobii schon seit einigen Jahren nutzt und mit ihm vertraut ist:

[...] und sie hat ja mittlerweile auch so viele Sachen in diesem Tobii gespeichert, dass sie da auch dieses Wortfindungssystem drin hat und sie braucht da zwei, drei Buchstaben und dann kommen ihr die Wörter ja schon vorgeschlagen und dann braucht sie die mit den Augen also diesen Cursor nur mit den Augen zu steuern auf dieses Wort und dann kann sie da auch sehr viel schneller jetzt Sätze schreiben. Es ist nicht immer ganz ganz richtig, aber man weiß sofort um was es geht. (Interview Nr. 2, Pos. 18)

Die Mutter berichtet, dass ihre Tochter sich mit der technischen Unterstützung differenziert ausdrücken kann. Mit dem Tobii kommt die Tochter in den kommunikativen Austausch und die Mutter erzählt weiterhin, dass die Tochter z. B. ihre Einkaufszettel selbst schreibt oder der Mutter mitteilt, wenn sie z. B. etwas für die Schule benötigt. Aber der Tobii stößt auch an Grenzen. Eine weitere Mutter berichtet:

Wir benutzen manchmal den Computer, den Tobii so ein Sprachcomputer mit Augensteuerung. Das da muss er sehr konzentriert sein und sehr fit sein und eine gute Kondition haben, dann überrascht der uns oft richtig. (Interview Nr. 9, Pos. 2)

Aus der Illustration wird deutlich, dass der Tobii durchaus Potenzial besitzt, um verbalsprachlich eingeschränkten Kindern und Jugendlichen die Kommunikation zu ermöglichen. Der Tobii kommt jedoch nicht durchgehend im familialen Kontext und Alltag zum Einsatz und wird überwiegend im Setting Schule genutzt. Nicht wenige Familien haben den Tobii als ein Gerät wahrgenommen, das für Social Media oder Schule sehr gut eingesetzt werden kann, aber in der familialen Kommunikation untereinander nur eingeschränkt von Bedeutung ist. Zum einen berichten Eltern davon, dass es gar nicht so einfach ist, an bestimmte, kostenintensive assistive Kommunikationstechnologien zu gelangen. Die Hilfsmittel müssen zunächst beantragt und von Krankenkassen und Versicherungsträgern genehmigt werden, was oftmals mit einem hohen Verwaltungsaufwand und Auseinandersetzungen mit Kostenträgern verbunden ist.

Um diesen Tobii habe ich viele Jahre gekämpft, weil das SWZ, die den dann ja verordnen, die möchten immer gerne man setzt das Kind davor und die müssen zeigen, dass sie das können. Also nur dann kriegt man// haben die den verordnet und ich habe immer gesagt „ja, ich kann ihm ja auch kein Fahrrad davorstellen und Sie setzen sich drauf und können losfahren“ das muss man doch erst mal erlernen, üben und ich habe dann nach zwei Jahren oder so wenigstens so eine dreimonatige Erprobung durchbekommen, dann musste ich Videos und Protokolle und so führen und dadurch// danach haben wir ihn dann halt dauerhaft gekriegt. (Interview Nr. 17, Pos. 32)

Zum anderen ist die Nutzung der assistiven Technologien wie z.B. des Tobii's meist sehr voraussetzungsreich: Sowohl kognitiv als auch motorisch müssen die beatmeten Kinder und Jugendlichen in der Lage zu sein, das Hilfsmittel nutzen zu können. So kann z. B. im Falle einer Verschlechterung der Augenmuskulatur ein Sprachcomputer mit Augensteuerung nicht (mehr) bedient werden, wie es in dem Interview Nr. 17 der Fall ist:

Dieser ganze Smarto-Bereich da sind wir noch hinten an, das ist noch nicht so gut, aber dieser ganze Bereich der unterstützenden Kommunikation, ne so heißt das ja. Also mit den manchen haben ja diese Tobii's diese Augensteuerungscomputer, mein Sohn hat so ein iPad, was eigentlich über so ein erst haben wir es mit einem Lidschlagsensor probiert, aber mein Sohn erblindet auch gerade und jetzt sind wir bei so einem Muskelspannungssensor gewesen, was aber auch nur so bedingt ging, weil er nicht die normale Muskulatur hat. (Interview Nr. 17, Pos. 32).

Ferner berichten einige Eltern, dass bestimmte Technologien, die sich im schulischen Kontext und im Social Media Bereich als sehr unterstützend herausgestellt haben, im familialen Alltag oftmals schwierig einzusetzen sind, vor allem dann, wenn nur kurze Informationen und Befindlichkeiten mehr oder weniger „nebenbei“ ausgetauscht werden sollen. Gerade auch diese kurzen Informationen spielen in der familialen Kommunikation eine wichtige Rolle. Es scheint demnach so zu sein, dass spezifische, sehr anspruchsvolle assistive Kommunikationstechnologien zumindest für den Nahbereich und den unmittelbaren professionellen und familialen Care-Bereich eher eingeschränkt sind für die Konstruktion von familialer Gemeinsamkeit. Und selbstverständlich hängt auch die Nutzung derartiger Technologien vom Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen ab. Kinder und Jugendliche, die z. B. nicht (mehr) in der Lage sind auf assistive Kommunikationstechnologien zurückzugreifen, nutzen „technische Hilfsmittel“, die in diesem Sinne nicht für die Kommunikation gedacht sind, wie z. B. das Pulsoxymeter:

Er ist aber auch manchmal ziemlich intelligent und spielt mit seinem Pulsoxy, das ist dann alarmiert und dass dann halt jemand kommt, wenn dann mal keiner kommt. Also so, dass er dann sozusagen einen Alarm auslöst und dann kommt halt einer. Er weiß, dass dann einer kommen wird und dass er das dann halt so intelligent extra auslöst. (Interview Nr. 7, Pos. 56)

Dabei handelt es sich um die Zweckentfremdung assistiver Technologien zur Kommunikation, um Kontakt zum Umfeld aufzubauen und zu signalisieren, dass die beatmeten Kinder und Jugendlichen Aufmerksamkeit brauchen oder etwas nicht stimmt. Mehrere der beatmeten Kinder und Jugendlichen nutzen dafür das Pulsoxymeter. In der ökologischen Wahrnehmungspsychologie wird dies als Affordanz bezeichnet (Gibson 1982; Zilien 2009), d.h. vorhandene

Techniken bieten Handlungsmöglichkeiten an, die Individuen direkt für sich und ihre Ziele erfassen können. Die Affordanz einer Technik ist entsprechend abhängig von den Bedürfnissen, der Aufmerksamkeit und den Einschätzungen von Personen (Zilien 2009).

4.3 Körperbezogene Kommunikation und Code-Systeme

Während in einigen Familien assistive Technologien zur familialen Kommunikation genutzt werden, kommunizieren hingegen alle verbalsprachlich eingeschränkten Kinder und Jugendlichen auch nonverbal über ihren Körper. Die Mutter aus dem Interview Nr. 16 beschreibt, dass die nonverbale Kommunikation mit ihrem Sohn gut funktionieren würde: „[...] er hat auch so also fernab von Technik Möglichkeiten mit uns zu kommunizieren auf seine Art und Weise. Das macht er gut“ (Pos. 25). In den Interviews drücken sich die beatmeten und nicht sprechenden Kinder visuell über die Mimik und Gestik oder akustisch über Geräusche aus. Diese Eltern berichten, dass die Kommunikation vorwiegend über Fragen erfolgt, mit denen die beatmeten Kinder und Jugendlichen ihre Zustimmung oder Ablehnung ausdrücken können. In den meisten Fällen berichten die Familien von einem *Code-System*, das sich an den individuellen Kommunikationsmöglichkeiten der beatmeten Kinder und Jugendlichen orientiert und insgesamt eine Bandbreite an Übertragungsformen umfasst.

Ja das [Kommunizieren] ist relativ einfach bei uns. Wir verstehen ihn gut oder unser System klappt gut, meine Tochter, ‚S‘ und wir Beide. Die Schwestern kommen auch teilweise gut klar damit. Wir fragen ihn was und es ist eine Zustimmung oder er ist damit einverstanden, dann kommt ein Lächeln und wenn er jetzt, sage ich mal, etwas doof findet, dann guckt er eigentlich weg oder guckt nach unten oder er ignoriert uns total. (Interview Nr. 10, Pos. 56)

Bei progredienten Erkrankungen müssen Kommunikationscodes unter Umständen angepasst werden. Die Mutter berichtet, dass der Sohn seine Zustimmung über ein Lachen ausgedrückt hat und seine Ablehnung durch ein Grunzen. Da der Sohn sich aufgrund seiner fortschreitenden Erkrankung jedoch nicht mehr akustisch äußern konnte, erfolgt die Kommunikation inzwischen visuell über Augen- und Blickkontakt. In weiteren Familien, die auch von einem instabilen Gesundheitszustand und fortschreitenden Erkrankungen berichten, ist die körperbezogene Kommunikation stark eingeschränkt und die Eltern verzeichnen es als herausfordernd, ein adäquat funktionierendes Kommunikationssystem zu erarbeiten und zu verstehen, was ihr Kind mitteilen möchte.

Die Informationstiefe und der Informationsinhalt von körperbezogener Kommunikation weist eine starke Begrenztheit auf, vor allem im Vergleich zu

den sprechenden Kindern und Jugendlichen. Eine Mutter äußert, dass ihr Sohn mitteilen kann, wenn es ihm nicht gut geht, aber es trotz Kommunikationscodes schwierig ist, herauszufinden, warum es ihm nicht gut geht: „also da stoßen wir sehr an unsere Grenzen und das ist manchmal auch sehr frustrierend für ihn und für uns“ (Interview 3, Pos. 25). Nichtsdestotrotz stellt die körperbezogene Kommunikation für Familien eine Möglichkeit der Kommunikation dar, die sie als alltagstauglich erachten und aktiv nutzen, um die Grundbedürfnisse der beatmeten Kinder und Jugendlichen erfragen und verstehen zu können. Grundvoraussetzung für diese Art der nonverbalen Kommunikation ist eine vorhandene enge Bindung zueinander und dass Eltern sich komplett auf die Kommunikation einlassen: „[...] aber man muss sich auf ihn einlassen, also man muss wirklich hören und sehen, was er einem sagen möchte, man muss sich wirklich gut konzentrieren“ (Interview Nr. 16, Pos. 33). So können die Eltern z. B. auch kleinste Zeichen der Kommunikation, wie zum Beispiel über die Veränderung von Hautnuancen, wahrnehmen und verstehen. Auch durch diese Art der Kommunikation wird die Konstruktion von Gemeinsamkeit und Nähe erreicht.

5 Diskussion und Ausblick

Mit Blick auf Doing Family und das Herstellen von Gemeinsamkeit und Nähe in der Familie kommt der familialen Kommunikation eine zentrale Rolle zu. Inwieweit sich das bei heimbeatmeten Kindern umsetzen lässt, hängt zunächst einmal vom Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen ab. Hierbei ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Bei einigen der Kinder und Jugendlichen bestehen keine oder nur geringe kommunikative Einschränkungen. Sie sind trotz ihrer sonstigen körperlichen Beeinträchtigungen in der Lage, sich umfangreich und differenziert zu artikulieren. Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Kommunikation eingeschränkt ist, sind jedoch alternative Kommunikationsformen unerlässlich. Einige der von uns befragten Familien besitzen und nutzen entsprechende assistive Kommunikationshilfen, die es ihnen ermöglichen sich angesichts ihrer Beeinträchtigungen differenzierter ausdrücken. Im Kontext der Unterstützten Kommunikation werden derartige Technologien erprobt, eingesetzt und weiterentwickelt (z. B. Erdélyi & Hennig 2023; Hennig & Beer 2023; Hennig & Deutsch 2023).

Obgleich assistive Kommunikationstechnologien erfolgreich eingesetzt werden können, ergeben sich auch Begrenzungen, die zum einen mit der Schwere von Beeinträchtigungen und mit der Nutzbarkeit im familialen Alltag zusammenhängen. In unserem Sample wurden assistive Kommunikationstechnologien vor allem im schulischen Kontext und im Bereich von Social Media eingesetzt. In dieser Hinsicht berichten Eltern und Kinder über

große Vorteile und breite Handlungsmöglichkeiten. Innerhalb der familialen Kommunikation kommen sie zumindest in unserem Sample nur bedingt zum Einsatz, da ihre Anwendungen mit spezifischen Anforderungen einhergehen, die im Alltag nicht immer so leicht und so schnell umzusetzen sind bzw. zur Verfügung stehen.

In dieser Hinsicht wird interessant sein, zu beobachten, wie sich weitere technische Entwicklungen in den familialen Alltag gewinnbringend implementieren lassen. So bietet der gegenwärtige technische Fortschritt eine Reihe von neuen Möglichkeiten, wie z. B. der Einsatz von Mikrofonen in Verbindung mit algorithmusbasierten Kommunikationshilfen oder die Nutzung von Positive End-Expiratory Pressure, um den Druck bei der Ausatmung für eine bessere Sprachfähigkeit zu nutzen. Darüber hinaus sind eine Reihe von Entwicklungen im Rahmen des Elektroenzephalogramms (EEG) in der Erprobung, wie z. B. ein Brain-Computer Interface, die Nutzung einer Emotionserkennungssoftware, die Nahinfrarotspektroskopie oder implantierte Neuroprothesen. Diese Implantate dienen der Realisierung von Brain-Computer-Interfaces (BCI), die eine Kommunikation zwischen dem Gehirn und einem angeschlossenen Gerät oder Computer oder sogar das Sprechen ermöglichen (Metzger u. a. 2022). Auch die Elektromyographie (EMG) ist eine Methode zur Messung der elektrischen Aktivität von Muskeln. Sie kann verwendet werden, um die Muskelaktivität im Gesicht zu messen und so Emotionen wie Freude, Ärger oder Überraschung zu erkennen. Dies kann dazu beitragen, die Kommunikation zwischen Familienmitgliedern zu verbessern (Ceolini u. a. 2020). Dies sind nur einige Beispiele, die gegenwärtig in der Entwicklung und Erprobung sind (siehe auch Hennig & Rosner 2023; Groß & Hennig 2023).

Hinsichtlich der Umsetzung einer erfolgreichen familialen Kommunikation sind entsprechend in der Zukunft weitere Entwicklungen abzuwarten. Weitere Forschungsergebnisse werden zeigen, inwieweit sie dazu dienen, ein Doing Family effektiver im familialen Bereich umzusetzen.

Literatur

- Ceolini, E., Frenkel, C., Shrestha, S. B., Taverni, G., Khacef, L., Payvand, M. & Donati, E. (2020): Hand-gesture recognition based on EMG and event-based camera sensor fusion. A benchmark in neuromorphic computing. In: *Frontiers in neuroscience*, volume 14, 637.
- Erdélyi, A. & Hennig, B. (2023): Konzeptionelle Grundlagen der Unterstützten Kommunikation. In: M. Groß, B. Hennig, S. Kappel & F. Wallhoff (Hrsg.): *Assistive Technologien, technische Rehabilitation und Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. Berlin und Heidelberg: Springer, 301-307.
- Ewers, M. & Lehmann, Y. (2017): Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten. In: *Pflege-Report 2017*, 63-72.
- Falkson, S., Hellmers, C. & Metzging, S. (2020): Leben mit einer häuslichen Beatmung – aus der Perspektive von betroffenen Kindern und ihren Eltern. In: *Acta Paediatrica* 103 (10), 1035-1038.

- Falkson, S., Knecht, C., Hellmers, C. & Metzger, S. (2017): The perspective of families with a ventilator-dependent child at home. A literature review. In: *Journal of Pediatric Nursing*, volume 36, 213-224.
- Gibson, J. J. (1982): *Wahrnehmung und Umwelt*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Gloger-Tippelt, G. (2007): Eltern-Kind- und Geschwisterbeziehung. In: J. Ecarus (Hrsg.): *Handbuch Familie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 157-178.
- Groß, M. (2020): *Neurologische Beatmungsmedizin*. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Groß, M. & Hennig, B. (2023): Brain-Computer Interfaces. In: M. Groß, B. Hennig, S. Kappel & F. Wallhoff (Hrsg.): *Assistive Technologien, technische Rehabilitation und Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. Berlin und Heidelberg: Springer, 343-347.
- Hennig, B. & Beer, S. (2023): Kommunikation mit nichttechnischen Hilfen. In: M. Groß, B. Hennig, S. Kappel & F. Wallhoff (Hrsg.): *Assistive Technologien, technische Rehabilitation und Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. Berlin und Heidelberg: Springer, 349-358.
- Hennig, B. & Deutsch, J. (2023): Adaption und Hilfsprogramme zur Nutzung von Computer, Tablet und Smartphone. In: M. Groß, B. Hennig, S. Kappel & F. Wallhoff (Hrsg.): *Assistive Technologien, technische Rehabilitation und Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. Berlin und Heidelberg: Springer, 323-331.
- Hennig, B. & Erdélyi, A. (2020): Unterstützte Kommunikation. In: M. Groß (Hrsg.): *Neurologische Beatmungsmedizin*. Berlin und Heidelberg: Springer, 429-441.
- Hennig, B. & Rosner, T. (2023): Umfeldsteuerung und Personentransportsysteme. In: M. Groß, B. Hennig, S. Kappel & F. Wallhoff (Hrsg.): *Assistive Technologien, technische Rehabilitation und Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. Berlin und Heidelberg: Springer, 333-341.
- Jurczyk, K. (2014a): Doing Family – der Practical Turn der Familienwissenschaften. In: A. Steinbach, M. Hennig & O. A. Becker (Hrsg.): *Familie im Fokus der Wissenschaft*. Wiesbaden: Springer, 117-138.
- Jurczyk, K. (2014b): Familie als Herstellungsleistung. Hintergründe und Konturen einer neuen Perspektive auf Familie. In: K. Jurczyk, A. Lange & B. Thiessen (Hrsg.): *Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist*. Weinheim und Basel: Beltz, 50-70.
- Limberger, R. & Schnepf, W. (2017): Die Heimbeatmungssituation aus Sicht von Angehörigen und Familien. In: *Kontext* 48 (1), 30-44.
- Lüke, C. & Vock, S. (2019): *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen*. Berlin: Springer.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse* (12., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Metzger, S. L., Liu, J. R., Moses, D. A., Dougherty, M. E., Seaton, M. P., Littlejohn, K. T., Chartier, J., Anumanchipalli, G. K., Tu-Chan, A., Ganguly, K. & Chang, E. F. (2022): Generalizable spelling using a speech neuroprosthesis in an individual with severe limb and vocal paralysis. In: *Nature Communications* 13 (1), 6510.
- Musenberg, O. (2019): Unterstützte Kommunikation. In: C. Maaß & I. Rink (Hrsg.): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme, 361-380.
- Thiel-Rohwetter, D. (2015): Wenn die Lautsprache fehlt. In: *KuKIP-Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* 4 (04), 182-186.
- Völker, E. M. (2015): Mit beatmeten Patienten bewusst kommunizieren. In: *Heilberufe* 67 (12), 32-34.
- Wallhoff, F. & Bruns, F. T. (2023): Assistive Technologien. In: M. Groß, B. Hennig, S. Kappel & F. Wallhoff (Hrsg.): *Assistive Technologien, technische Rehabilitation und Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. Berlin und Heidelberg: Springer, 3-13.
- Wild, E. & Walper, S. (2015): Familie. In: E. Wild & J. Möller (Hrsg.): *Pädagogische Psychologie* (2. Aufl.). Berlin und Heidelberg: Springer, 227-259.
- Zilien, N. (2009): *Digitale Ungleichheit. Neue Technologien und alte Ungleichheiten in der Informations- und Wissensgesellschaft* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

Autor:innen

Murken, Michelle, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Lebensqualität mit
chronischen Erkrankungen, Teilhabe von Menschen mit
komplexen Behinderungen
E-Mail: michelle.murken1@uni-oldenburg.de

Feldhaus, Michael, Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6565-4193>
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
Fakultät I, Institut für Sozialwissenschaften
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Familiensoziologie, Kindheits- und
Jugendsoziologie, Lebenslaufforschung
E-Mail: michael.feldhaus@uni-oldenburg.de

Svenja Marie Schumacher, Lena Semprecht und Birgit Hennig

Aufgaben der Rehabilitationspädagogik im Kontext neurologischer Frührehabilitation – ein Praxisbericht

Zusammenfassung

Patient:innen in der neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation sind oft schwer krank und von bleibender Behinderung bedroht. Ihre Angehörigen sind nicht nur mit Sorgen und Ängsten um die Gesundheit der betroffenen Personen belastet, sondern auch mit einschneidenden Veränderungen in der eigenen sozialen Rolle, Beziehungsgestaltung und Lebensplanung. Zudem müssen sie sich im komplexen Umfeld der Neurorehabilitation zurechtfinden. Neurorehabilitationspädagog:innen bieten psychosoziale Angehörigenberatung und begleiten die Angehörigen durch den Prozess der Rehabilitation mit dem Ziel Belastungserscheinungen vorzubeugen und die Partizipation zu fördern.

1 Grundlagen der Neurorehabilitationspädagogik

In diesem Buchbeitrag wird das Handlungsfeld der Neurorehabilitationspädagogik im stationären Kontext der Neurorehabilitation von Erwachsenen vorgestellt. Die Neurorehabilitationspädagogik ist ein junges Praxis- und Forschungsfeld, das seit 2014 als eigener Fachbereich in der Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg etabliert ist. Vorausgegangen war eine langjährige Lehr- und Projektkooperation mit dem Fachbereich für Sonder- und Rehabilitationspädagogik der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Primärer Arbeitsschwerpunkt der Tätigkeit im Handlungsfeld der stationären Frührehabilitation ist die psycho-soziale Begleitung und Beratung der Angehörigen von Menschen mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen in Folge eines Akutereignisses (z. B. Schädel-Hirn-Trauma, ischämischer Schlaganfall, intrakranielle Blutungen) oder in Folge einer schwerwiegenden neurologischen Erkrankung mit chronischem, ggf. fortschreitendem Verlauf (z. B.

neuromuskuläre Erkrankungen, Multiple Sklerose, Critical-Illness-Polyneuropathie, Guillain-Barré-Syndrom). Mit Angehörigen sind sowohl verwandte und verheiratete Personen, als auch alle weiteren den Patient:innen zugehörigen bzw. nahestehenden Personen eingeschlossen.

Erfahrungsgemäß beeinflussen schwere Erkrankungen nicht nur das Leben der unmittelbar betroffenen Person maßgeblich. Sie haben auch starke Auswirkungen auf die Angehörigen, die neben der Sorge um die Gesundheit der Patient:innen mit bedeutsamen Veränderungen die eigene Lebensvorstellung und -planung betreffend konfrontiert sind.

Gleichzeitig wurden in den letzten Jahren Kenntnisse darüber gewonnen, wie das Umfeld, insbesondere die Angehörigen einer erkrankten Person, eine Ressource im Krankheitsverlauf darstellen können. Das Einbeziehen des Umfeldes stellt bei Erkrankungen, die einen langen Verlauf erwarten lassen, eine notwendige Bedingung für einen positiven Verlauf dar, insbesondere bei Folgebeeinträchtigungen, die eine Rückkehr in das gewohnte alte Leben nach der akuten Krankheitsphase nicht erwarten lassen. Für schwerstbetroffene Patient:innen nach einem neurologischen Akutereignis oder mit dem fortschreitenden Verlauf einer neurologischen Erkrankung trifft dies im Besonderen zu (Riehl 2013). Diese Zielgruppe ist i. d. R. auf eine langfristige, ggf. lebenslang ausgelegte Förderung und Rehabilitation angewiesen (ebd.).

Die Neurorehabilitationspädagogik stellt eine Schnittstellendisziplin zwischen der Rehabilitationspädagogik und der Neuromedizin dar. Ziel ist es, Patient:innen und ihre Angehörigen im Rehabilitationsprozess zu begleiten und ihre bestmögliche intersektionale Versorgung, Nachsorge und Partizipation (Teilhabe) zu unterstützen.

Bei der Behandlung schwerstkranker neurologischer Patienten arbeitet ein multiprofessionelles Team an der Verbesserung der Lebensqualität – intensivmedizinisch auf die Erhaltung des Lebens gerichtet, rehabilitativ auf die Wiederherstellung von Teilhabe zielend und palliativ auf Linderung fokussiert. (Evangelisches Krankenhaus Oldenburg)

Neurorehabilitationspädagog:innen sind Teil eines interdisziplinären Teams, das sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammensetzt. In die interdisziplinäre Versorgung der Patient:innen sind der ärztliche Dienst, der Pflegedienst sowie die therapeutischen Fachgruppen, bestehend aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Atmungstherapie, Neuropsychologie und Musiktherapie, involviert. In Oldenburg gibt es als Besonderheit seit 2016 ergänzend eine Fachkraft für Unterstützte Kommunikation, die der Fachgruppe der Neurorehabilitationspädagogik zugeordnet ist (s. Beitrag Lakenberg u. a. in diesem Buch) sowie die Möglichkeit von tiergestützter Therapie. Zudem ist der Sozialdienst von der Patientenaufnahme bis zur Entlassung beteiligt und

es kann bei Bedarf eine seelsorgerische Begleitung für Patient:innen und/oder Angehörige hinzugezogen werden.

Die Vielzahl der Ursachen und das vielfältige Spektrum der Folgebeeinträchtigungen lassen vermuten, wie verschieden die einzelnen Rehabilitationsverläufe sind und welche Herausforderungen dies für das interdisziplinäre Team darstellen kann. Ebenso ermutigend wie herausfordernd im Sinne der Teilhabe sind Erkenntnisse darüber, dass sich die Lebenserwartung von Menschen mit schweren Schäden des zentralen Nervensystems dank des Fortschrittes der ambulanten medizinischen und (intensiv-)pflegerischen Versorgung von der durchschnittlich erwartbaren Lebensdauer heutzutage nur wenig unterscheidet (Riehl 2013).

2 Das Phasenmodell der neurologischen Frührehabilitation

Im Jahr 1996 trat ein Phasenmodell in Kraft, das sowohl eine Orientierung über den Verlauf als auch Empfehlungen für die inhaltliche Ausgestaltung der neurologischen Rehabilitation bietet und sozialrechtlich für die Einstufung und die Kostenübernahme durch die Leistungsträger relevant ist (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1995).

Auf der Basis regelmäßig erhobener Punktwerte des Barthel-Index, mit welchem die Ausführung von Alltagsfunktionen beurteilt wird, und dem FIM (Functional Independence Measure), der die Selbstständigkeit in der Rehabilitation mittels des funktionalen Selbstständigkeitsindex erhebt, werden Patient:innen der entsprechenden Rehabilitationsphase (A-F) zugeordnet (Stier-Jarmer u. a. 2002).

Die Phase A beinhaltet die Akutbehandlung, die bei schwerst betroffenen Patient:innen i. d. R. auf einer Intensivstation einer spezialisierten Klinik oder eines regionalen Krankenhauses stattfindet. Ab der Einstufung in Phase B spricht man von der Frührehabilitation. In dieser Phase ist weiterhin eine engmaschige ärztliche, z. T. intensivmedizinische Überwachung erforderlich (Riehl 2013). Die Patient:innen sind i. d. R. jedoch belastbarer als in der Akutphase und werden nun mit Unterstützung der Therapien und aktivierender Pflege intensiv und hochfrequent gefördert. Das Kernziel der Phase B besteht darin, Fähigkeiten wiederherzustellen, um dem betroffenen Menschen so zu ermöglichen, biographisch an sein Leben vor dem Ereignis anzuknüpfen und/oder die Erkrankung und ggf. bleibende Beeinträchtigungen in sein Leben zu integrieren.

Phase C beginnt, wenn die Patient:innen so stabil sind, dass eine konstante (intensiv-) medizinische Aufsicht nicht mehr erforderlich ist, aber die Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials bei bestehendem hohem pflegerischem Aufwand weiterhin eine hochfrequente therapeutische und kurativ-medizinische Behandlung erfordert (Bundesarbeitsgemeinschaft für

Rehabilitation 1995). Vorrangiges Ziel dieser Phase ist die Wiederherstellung der Selbstständigkeit für die Alltagsbewältigung und die Vorbereitung der Wiedereingliederung in das vorbestehende häusliche, familiäre und/oder berufliche Umfeld (ebd.).

Phase D bildet den Abschluss der Frühmobilisation mit medizinischem Schwerpunkt und beschreibt die Stufe der Anschlussheilbehandlung (ebd.). Nachfolgende ambulante rehabilitative Maßnahmen, wie ggf. eine berufliche Wiedereingliederung fallen in die Phase E der Rehabilitation (Riehl 2013; Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe 2021).

Phase F der neurologischen Rehabilitation ermöglicht eine Förderung von schwerstbetroffenen Personen im Anschluss an Phase B, die dauerhaft auf „unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen“ angewiesen sind (Riehl 2013, 3).

Es ist nicht erforderlich, dass Patient:innen jede Phase des Modells durchlaufen. Je nach Verlauf und dem Zugewinn an Selbstständigkeit können Phasen übersprungen werden (Stier-Jarmer u. a. 2002).

3 Herausforderungen für Angehörige

Vor dem Hintergrund einer erworbenen Hirnschädigung durchleben neben den Patient:innen auch die Angehörigen (Verarbeitungs-)Prozesse und sind gezwungen, sich mit der Krankheit und ihren Folgen auseinanderzusetzen. In der Literatur lassen sich Inhalte dazu finden, dass Angehörige meist einen höheren Bedarf an Informationen über die Patient:innen, die Behandlung und die nächsten Schritte haben, als vom behandelnden Team angenommen wird (Pössl & Kühne 2010). Die Aspekte, mit denen Angehörige sich auseinandersetzen müssen, sind interindividuell unterschiedlich sowie abhängig von der aktuellen Phase der Rehabilitation und dem Verlauf. In der Akutphase ist die vorherrschende, primäre Sorge von Angehörigen das Überleben und die rein körperliche Verfassung der Patient:innen. Psychische und emotionale Folgen sowie die Auswirkungen auf die kognitiven Leistungen durch die Erkrankung, werden zu diesem Zeitpunkt noch als sekundär bewertet (ebd.).

Kuhlmann untersuchte die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation. Er identifizierte drei wichtige Bedürfniskategorien: die Bedürfnisse Zuversicht, Informationen und Nähe werden von den Angehörigen relevanter eingestuft als das Bedürfnis nach Trost und Unterstützung (Kuhlmann 2002). Derselbe Artikel beschreibt als Grundvoraussetzung und ebenfalls elementares Bedürfnis den Aspekt der Ehrlichkeit zwischen Behandlungsteam und Angehörigen; Ehrlichkeit wird als maßgeblich zur Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Akteur:innen erachtet (ebd.). Eine stabile Vertrauensbasis,

basierend auf dem gleichen Kenntnisstand der Akteur:innen, ist notwendig, um eine bestmögliche Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.

Schwerstbetroffene Patient:innen der Phase B verbleiben in der stationären Frührehabilitation i. d. R. mehrere Wochen, je nach Verlauf und Fortschritten jedoch bis zu mehreren Monaten. In diesem Zeitraum gibt es viele Veränderungen des Zustands, z. B. im Hinblick auf den Grad der Wachheit, motorische und sprachliche Funktionen. Kognitive Folgen oder eine spezifische neuropsychologische Symptomatik als Folge des Ereignisses oder einer Erkrankung werden im Verlauf deutlicher erkennbar und im Hinblick auf Diagnosen und Prognosen einschätzbar. Auch Wesensveränderungen können auftreten. Bei der Symptomatik von (psycho-)sozialen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Anpassungsstörung, Antriebsstörung) muss diagnostisch unterschieden werden, ob es sich um eine (angemessene) Belastungsreaktion im Rahmen der Krankheitsverarbeitung handelt und/oder ob die Symptomatik ursächlich mit der Hirnschädigung im Zusammenhang steht (z. B. Hirnorganisches Psychosyndrom bei Frontalhirnschädigung).

Sind Wesensveränderungen und neuropsychologische Defizite gegenüber möglichen motorischen Einschränkungen die dominierende Symptomatik, so ist es unabdingbar, den Angehörigen alle nötigen Informationen zum Verständnis zukommen zu lassen (Pössl & Kühne 2010). Sie benötigen des Weiteren Unterstützung dabei, wie sie mit der neuen Situation umgehen können. Tritt die psychosozial-neuropsychologische Symptomatik ohne gravierende körperliche Beeinträchtigungen auf, so ist es für Angehörige meist noch schwieriger mit den neuen, ungewohnten Verhaltensweisen umzugehen (ebd.). Das gezeigte Verhalten kann im Umfeld der Patient:innen im Rahmen von Scham oder Ärger auf beiden Seiten zu Konflikten im Familiensystem und der vertrauten Rollenverteilung führen. An diesem Punkt der Krankheitsentwicklung stehen Angehörige in einem Spannungsverhältnis zwischen der Überlastung und Überforderung auf der einen Seite, und dem Meistern der Herausforderungen mit zunehmender Kompetenzerweiterung auf der anderen Seite. Es gibt Erkenntnisse dazu, dass das Zusammenleben als Familie unter den Bedingungen einer erworbenen Hirnschädigung einer:ines Partner:in mit spezifischen Herausforderungen verbunden ist und die Zufriedenheit innerhalb der Partnerschaft abnimmt (ebd.). Pössl und Kühne (2010) begründen dieses Spannungsverhältnis mit der noch oder dauerhaft bestehenden passiven Rolle der:des Patient:in und ihrem:seinem Dilemma, die Veränderungen in der Rollenverteilung nicht als notwendig oder sinnvoll erkennen zu können. Behrisch (2013) beschreibt zudem, dass die intime Beziehung auf Augenhöhe oft zugunsten einer Pflegebeziehung aufgegeben wird und sich aus diesem Grund die Dynamik in einer Partnerschaft ändert.

Ergebnisse aus der Fachliteratur lassen den Schluss zu, dass die Folgen einer erworbenen Hirnschädigung sehr unterschiedliche Konsequenzen für das weitere Leben nach sich ziehen. Konkret ist das u. a. abhängig davon, in welchem Alter und in welcher Lebensphase das Ereignis eingetreten ist. Perspektiven und die Teilhabeziele müssen entsprechend auf die persönliche Lebenssituation zugeschnitten sein und im jeweiligen biographischen Kontext gesehen und verstanden werden.

Bei Kindern und Jugendlichen verändern sich durch eine erworbene Hirnschädigung u.U. in gravierendem Ausmaß noch nicht oder kürzlich begonnene Pläne für die Zukunft. Als Besonderheit des in Entwicklung befindlichen Gehirns muss des Weiteren beachtet werden, dass es aus Sicht der Rehabilitation nicht nur um ein Erreichen des Entwicklungsstandes vorher geht, sondern um die Wiederherstellung des Entwicklungspotentials. Unzureichend berücksichtigte oder körperlich nicht sichtbare Defizite in den Lernvoraussetzungen, z. B. durch eine dauerhafte Beeinträchtigung kognitiver Basisfunktionen, führen häufig zu schulischen Leistungsabfällen und psychosozialen Problemen, die auch Auswirkungen auf das Familiensystem haben können (Hennig & Gebhard 2015). In der Fachliteratur wird hier von *hidden handicap* und dem Phänomen des Hineinwachsens in Defizite (*growing in the deficit*) gesprochen (ebd.).

Die spezifischen Herausforderungen in der Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erfordern eigene spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen, die auf diese jungen Zielgruppe ausgerichtet sind. In der Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg werden in der Regel erwachsene Patient:innen behandelt und nur in Ausnahmefällen Jugendliche aufgenommen.

Durch eine neurologische Erkrankung oder ein Akutereignis kommt es oft zu einem *Bruch in der Biographie*. Können vorbestehende Fähigkeiten nicht wiedererlangt werden, so ist auch eine Fortführung der vertrauten sozialen Rollen häufig erschwert oder mit Herausforderungen verbunden. Es müssen neue Perspektiven für die gemeinsame Lebensplanung gefunden werden. Der Prozess dieser Auseinandersetzung beginnt nicht erst nach Abschluss der Rehabilitation, sondern ist begleitend in allen Phasen der Neurorehabilitation ein wichtiges Thema. Mögliche Konsequenzen für Angehörige einer Person mit erworbener Hirnschädigung sind beispielsweise Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit und/oder der Freizeitaktivitäten, finanzielle Einbußen und soziale Isolation durch den Aufwand der pflegerischen Versorgung und/oder psychosoziale Auffälligkeiten, die eine konstante Beaufsichtigung der betroffenen Person erfordern. Die Herausforderungen für Angehörige können zu Überlastungssymptomen im Sinne körperlicher Beschwerden und einer psychischen Symptomatik führen. Nach Pössl und Kühne (2010) zählen

neben einer grundsätzlichen Anfälligkeit für körperliche Erkrankungen dazu u. a. Schlaflosigkeit, in Kombination mit ständiger Müdigkeit, Kopfschmerzen und Bluthochdruck.

Die Autoren De Heer und Kluge (2012) befassen sich in ihrer Arbeit u. a. mit der Betrachtung der psychischen Folgen für Patient:innen und Angehörigen nach einem Intensivaufenthalt. Der Untersuchung lässt sich entnehmen, dass sich bereits zwischen dem dritten und fünften Behandlungstag auf der Intensivstation bei knapp 60% der Angehörigen (n=101) Symptome einer Angsterkrankung und bei einem Viertel der Befragten Anzeichen von Depression zeigen. Es ist nicht davon auszugehen, dass nach Beendigung des Aufenthaltes auf der Intensivstation automatisch eine Normalisierung der Symptome eintritt. Vielmehr kann es in der Folge zu der Entwicklung eines Stresssyndroms kommen. Bei den Patient:innen (n=331) zeigten bis zu 43% über die Entlassung hinaus depressive Züge. 48% litten an Angststörungen, und bis zu 35% zeigten Anzeichen eines Posttraumatischen Stresssyndroms (kurz: PTSD). Auch Jahre nach dem Aufenthalt zeigten 24% der ehemaligen Patient:innen Anzeichen des PTSD (ebd.).

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Angehörigen von Patient:innen in der neurologischen Frührehabilitation angemessen zu begleiten und sie im Prozess der stationären Rehabilitation auf evtl. auftretende Herausforderungen nach der Entlassung vorzubereiten. Um Angehörige als Ressource in den Reha-Prozess einzubeziehen, ist es unabdingbar ihnen Raum und Zeit für ihre Sorgen, Nöte, Hoffnungen und Ideen zu geben. Zudem ist es bedeutsam ihnen fachliches Wissen zu vermitteln und sie mit einem Fokus auf die eigene Selbstfürsorge zu begleiten.

4 Umsetzung in der Praxis

Anders als die meisten anderen Berufsgruppen des interdisziplinären Teams in der Neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation sind Neurorehabilitationspädagog:innen explizite Ansprechpartner:innen für die Angehörigen der Patient:innen.

Die Themen, die im Rahmen der Angehörigenbegleitung eingebracht werden, orientieren sich in der Regel am Rehabilitationsverlauf der Patient:innen und an aktuellen Anliegen der Angehörigen. Wünsche der Auseinandersetzung mit psychosozialen Konsequenzen, das eigene Belastungserleben in der Alltagsbewältigung und das Erlangen von kompensatorischen Fertigkeiten sind an Bedeutung im Verlauf sukzessive zunehmend (Pössl & Kühne 2010). Um sich am Rehabilitationsverlauf der:des Patient:in orientieren zu können, ist es notwendig, schon frühzeitig auf mögliche Partizipationsbarrieren hinzuweisen (Alber u. a. 2015) und diese vor dem Hintergrund zukünftiger Veränderungen

im Familienleben ggf. schon zu beheben (Pössl & Kühne 2010). Im Verlauf rücken Aspekte wie die spätere Wohnsituation und das Ausmaß an notwendiger Unterstützung durch Hilfeangebote aus dem sozialen Umfeld in den Fokus der Angehörigenarbeit (ebd.). Gleichmaßen von Bedeutung ist es, Optionen der Weiterbehandlung und Nachsorge zu thematisieren und im behandelnden Team individuelle, teilhabeorientierte Ziele zu formulieren und diese adressatengerecht mit den Patient:innen und deren Angehörigen zu besprechen (Alber u. a. 2015). Eine besondere Herausforderung stellt die Beratung und Begleitung der Angehörigen dar, wenn es um Entscheidungen über Therapiebegrenzungen, Leben und Versterben geht. Die Art und Weise der Vermittlung von Informationen kann einerseits adaptiven oder andererseits traumatischen Einfluss auf bisher gemachten Erfahrungen haben (Niecke u. a. 2017).

Die Arbeitsbereiche der Neurorehabilitationspädagogik setzen an diesem Punkt an. Als Ziele von Angehörigenbegleitung lassen sich demnach „die Förderung von Sicherheit und Stabilität in einer krisenhaften Ausnahmesituation“ (Alber 2019, o.A.) und die Entlastung der Angehörigen zur Vermeidung der Chronifizierung von Belastung identifizieren.

Eine wichtige Voraussetzung der Begleitung von Angehörigen ist die Anerkennung der Rolle und der Kompetenz der Neurorehabpädagog:innen im interdisziplinären Team. Als besonders wichtig haben sich in der Praxis hierfür eine regelmäßige Präsenz auf den Stationen und die Teilnahme an den wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen zu allen Patient:innen erwiesen. Da in den Konferenzen die aktuellen Belange der Patient:innen besprochen werden, besteht in diesem Rahmen auch die Möglichkeit in Erfahrung zu bringen, welche Angehörigen ggf. Bedarf an neurorehabilitationspädagogischer Begleitung haben.

Für die Begleitung und Beratung der Angehörigen ist es bedeutsam, dass Neurorehabilitationspädagog:innen über eine ausreichende Neurokompetenz verfügen. Hierunter versteht man den bewussten Einsatz von neurowissenschaftlichen Kenntnissen und klinischen Erfahrungen. Für Neurorehabilitationspädagog:innen sind in der Beratung insbesondere störungsbildspezifische Kenntnisse und Erfahrungen bzgl. erworbener Hirnschädigungen, neuropsychologischer Problemstellungen und deren Auswirkungen auf das alltägliche Leben von Betroffenen und Angehörigen von großer Relevanz (Bundesweites Netzwerk – Beratung für Menschen mit erworbener Hirnschädigung 2023).

Die Begleitung und Beratung der Angehörigen in der Praxis findet in unterschiedlichen „Vertiefungen“ statt und richtet sich sowohl nach dem Bedarf der Angehörigen als auch nach den Kenntnissen und Kompetenzen der Neurorehabilitationspädagog:innen. Hennig (2020) unterscheidet hier in einem internen, unveröffentlichten Manuskript für die praktische Arbeit

folgende Kategorien der Begleitung: a) die zugehende Kontaktaufnahme; b) das Erkennen und Erfüllen des Gesprächsbedarfs der Angehörigen; c) die (präventive) Intervention bei angenommenem oder signalisiertem Belastungs-erleben; d) die Intervention in Krisensituationen.

Die a) zugehende Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel auf Stationsebene in oder vor den Patientenzimmern, bei Abwesenheit der Angehörigen auch telefonisch. Ziel ist es einen ersten niedrigschwelligen Kontakt herzustellen und zudem Orientierung in der aktuellen Situation (bzgl. Stationsabläufen, Informationsbriefen, Ansprechpartner:innen und Angeboten) zu geben. Der:die Neurorehabilitationspädagog:in benötigt hierfür die Fähigkeiten zu einer aktiven und freundlichen Kontaktaufnahme (direkt oder telefonisch), Sensitivität für aktuelle Stimmungslage, Situation und Passung, Wissen über Abläufe und Absprachen auf der jeweiligen Station, wechselseitig wertschätzende Wahrnehmung von anderen Berufsgruppen (ebd.).

Ergänzt werden kann die niedrigschwellige, zugehende Kontaktaufnahme durch ein b) Erkennen und Erfüllen des Gesprächsbedarfs von Angehörigen. In diesen Gesprächen werden allgemeine Fragen die neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation, Stationsabläufe und den Rehabilitationsprozess betreffend, beantwortet. Es werden Verlegungs- und Entlassungssituationen unterstützt, z. B. das „Ankommen“ auf einer neuen Station nach Stationswechseln durch Kontakt- und Gesprächsbereitschaft und ergänzende Informationen und Beobachtungen der Angehörigen zu Patient:innen ans Team kommuniziert. Anliegen, Wünsche, Fragen und Feedback der Angehörigen können aufgenommen und ans Team oder den jeweiligen Adressaten weitergegeben werden. Voraussetzungen hierfür sind auch hier in besonderem Maße die Eingebundenheit der Professionalität der Neurorehabilitationspädagogik ins Team (z. B. Teilnahme an Konferenzen; Präsenz auf Station; stationsübergreifende Kontakte für „Übergaben“ nach Stationswechsel), eine bestehende Basis des Vertrauens und der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Erfahrungen bezüglich der Art der Anliegen, Fragen und Bedürfnissen von Angehörigen (z. B. Kennen der Stationsabläufe; Grundlagen zu Phasen des Rehabilitationsprozesses; Kenntnisse zu Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen, z. B. durch Hospitationen). Außerdem sind neurorehabilitationspädagogische Grundlagen und Sichtweisen zu Partizipation und Teilhabe im Reha-Prozess sowie Transparenz der Kommunikation bei gleichzeitiger Zusicherung eines sensiblen Umgangs mit vertraulichen Informationen von Nöten. Auch die stark ausgeprägte Attitude, die Anliegen der Angehörigen im Team zu vertreten bzw. für Verständnis zu werben und Kritikfähigkeit bzw. gelebte Feedbackkultur unterstützen den Prozess (ebd.).

Diese Art der regelmäßigen Begleitung kann entsprechend der Fertigkeiten der Neurorehabilitationspädagog:in und der Bedarfe der Angehörigen vertieft

werden und zu einer c) (präventiven) Intervention bei angenommenem oder signalisiertem Belastungserleben von Angehörigen führen. Hierbei wird die Belastung von Angehörigen unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte eingeschätzt und der Raum gegeben, um Gedanken, Sorgen und Ängste offenzulegen. Zudem können emotionale Themen aufgegriffen und weiterverfolgt werden. Bedeutsam hierfür ist der Vertrauensaufbau und die Kontinuität des Kontakts (z. B. wöchentlich oder alle 2 Wochen). In regelmäßigen Gesprächen werden Angehörige dabei unterstützt, die Auswirkungen der Erkrankung der:des Patient:in auf das eigene Leben, Erleben, Empfinden zu reflektieren und die veränderten sozialen Rollen zu verstehen. Ziel der Angehörigenberatung ist u. a. die Erarbeitung und Stärkung von Ressourcen (Kraft, Salutogenese, Resilienz, Kohärenz). Zudem können bei Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten im ambulanten Sektor angebahnt werden (z. B. Seelsorge, Adressen für externe psychologische Beratung und Begleitung). Viele Angehörige nehmen außerdem die neurorehabilitationspädagogische Begleitung bei ärztlichen Aufnahme-, Diagnose-, Prognose- und Perspektivgesprächen oder Fallkonferenzen an. Die Neurorehabilitationspädagog:in bereitet die Gespräche vor und bestärkt Angehörige darin, ihre Anliegen und vorbereiteten Fragen ins Gespräch einzubringen und zu klären, sichert das Verständnis für die kommunizierten Inhalte durch Nachfragen und fängt emotionales Belastungserleben im und nach dem Gespräch auf. Die Voraussetzungen hierfür sind ein Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund in einer professionellen, ressourcen- und zielorientierten Gesprächsführung (z. B. Weiterbildung zur systemischen Beratung); das Grundlagenwissen zu Belastungserleben, Resilienz und Coping; umfangreiches Wissen zu neurologischen Krankheitsbildern und Erfahrungswissen zum Prozess und den unterschiedlichen Phasen der Neurorehabilitation je nach Krankheitsbild (Neuro-Kompetenz); (Erfahrungs-)Wissen zur Begleitung von Patient:innen und Angehörigen im Prozess der Krankheitsverarbeitung; umfangreiche und flexibel planbare zeitliche Ressourcen; eine gute Basis und aufgebautes Vertrauen der interkollegialen Zusammenarbeit (insbesondere mit dem ärztlichen Dienst); Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten und regionale Vernetzung; Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung bzgl. des Ausbaus von Beratungskompetenzen (ebd.).

Die letzte Vertiefung der Beratung und Begleitung von Angehörigen in der neurologischen Frührehabphase B ist die d) Intervention in Krisensituationen. Aufgaben hierbei sind die Moderation und De-Eskalation von Konflikten zwischen Angehörigen und Team sowie die professionelle Begleitung von Angehörigen in emotionalen Ausnahmesituationen, die einen besonderen Raum für Emotionalität und Trauerarbeit erfordern - z. B. bei Aufnahme der:des Patient:in auf die Intensivstation, bei kritischem Zustand von Patient:innen, notwendiger Therapiezieländerung oder auch, wenn Patient:innen versterben.

Zudem können sichtbare familiäre Konflikte im Gespräch aufgegriffen und bearbeitet werden und Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, Depression, Suizidgefährdung oder einer anderen, mit der akuten Krisensituation im Zusammenhang stehenden, Symptomatik bei Angehörigen erkannt und eingeordnet sowie Impulse zur Vermittlung weiterer professioneller Hilfsangebote gemacht werden. Um diese Tätigkeit durchzuführen, benötigen Neurorehabilitationspädagog:innen ergänzend zu den oben genannten Fähigkeiten und Fertigkeiten ausreichend (Erfahrungs-)Wissen zur Begleitung von Patient:innen und Angehörigen im Prozess der Krankheitsverarbeitung und bei Konflikten eine „verstehende Fürsprache“, die Ansätze für Uminterpretation von Verhaltensweisen im Team ermöglichen. Leitend ist hierbei der Satz „Schwierige Angehörige sind Menschen in schwierigen Situationen!“. Zudem profitiert die Arbeit von regelmäßiger (Team-)Supervision und Lebenserfahrung der Neurorehabilitationspädagog:innen (ebd.).

Die Neurorehabilitationspädagog:innen nehmen im Team der neurologischen Frührehabilitation eine besondere Rolle ein, da ihr Handlungsfeld nicht im direkten Behandlerteam zu verorten ist. Durch ihre Position außerhalb der direkten Patientenversorgung haben sie die Möglichkeit eine andere Perspektive in die Versorgung und Rehabilitation von Patient:innen und den Umgang mit Angehörigen einzubringen und das interdisziplinäre Team zu ergänzen. Die neurorehabilitationspädagogische Sichtweise ist hierbei von einer ressourcenorientierten und ganzheitlichen Haltung geprägt, die die defizitorientierte und auf Funktionalität ausgerichtete Herangehensweise anderer Berufsgruppen erweitert. Grundlage hierfür ist u. a. das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information/DIMDI 2005). Dieses Modell stellt die komplexen wechselseitigen Abhängigkeiten des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person dar. Anhand dieser Betrachtung wird deutlich, welche große Rolle die Angehörigen (Umweltfaktoren) im Prozess der Rehabilitation der Patient:innen haben und warum es bei gleicher Grunderkrankung zu vollkommen unterschiedlichen Out-Comes der Rehabilitation kommen kann.

Höchstes Ziel der Rehabilitation und damit auch der Angehörigenberatung durch Neurorehabilitationspädago:innen ist die Förderung der Partizipation (Teilhabe), also das Einbezogenensein in eine Lebenssituation (DIMDI 2005).

Wie in anderen Beratungskontexten handelt es sich bei der Beratung von Angehörigen um ein Angebot, das sich dadurch auszeichnet, „dass es sich um in Lebenskontexte eingebundene, offene, [...] und entwicklungsorientierte Unterstützungsangebote handelt, die von dem Klienten [den Angehörigen; d. Verf.] freiwillig in Anspruch genommen werden“ (Schnorr 2006, 7), gleichwohl

es sich bei den beschriebenen Lebensumständen um krisenhafte Grenzsituationen im Leben der Angehörigen handelt.

Die meisten Angehörigen von Patient:innen der Neurologischen Intensivmedizin und Frührehabilitation im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg nehmen im Laufe der Versorgung die psycho-soziale Angehörigenberatung in Anspruch. Zumeist finden Beratungen über Monate hinweg statt und sind notwendiger Anker für Angehörige in krisenhaften Verläufen schwerst-erkrankter Patient:innen.

Die psycho-soziale Beratung und die enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team stellt eine anspruchsvolle Arbeit dar, die sowohl eine fachlich fundierte Ausbildung, wie ausreichend Neurokompetenz und Fertigkeiten der Gesprächsführung und Beratung als auch Soft Skills wie Selbstbewusstsein und Einfühlungsvermögen sowie Krisenfestigkeit bedarf.

5 Rekreation in der neurologischen Frührehabilitation

Ein weiterer Bestandteil der Arbeit von Neurorehabilitationspädagogik, der diesen Aspekt sichtbar macht, ist die Rekreation. Der Exkurs zu diesem Angebot soll den Abschluss dieses Buchbeitrags darstellen und einen Einblick in eine Möglichkeit der Partizipation im stationären Rahmen der Frührehabilitation geben.

Die Rekreation ist ein partizipatives Gruppen- und Freizeitangebot, das sich an Patient:innen der neurologischen Frührehabilitation und ihre Angehörigen richtet. Es findet im Evangelischen Krankenhaus in einer Kooperation mit der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg statt. Studierende planen im Rahmen einer Lehrveranstaltung die inhaltliche Gestaltung des Angebots, während die Neurorehabilitationspädagog:innen die organisatorische Planung und Vorbereitung sowie die Supervision des Angebots übernehmen. In der Rekreation beschäftigen sich die Teilnehmenden u.a. mit dem Erschaffen von Dingen, wie dem kreativen Basteln, mit Entspannung und Erholung durch Angebote wie Achtsamkeitsübungen und Geschichtenerzählen, dem Musizieren oder Spielen von Gesellschaftsspielen.

Das Rekreationsangebot hat zum Ziel die Behandlungen und Therapien während der Frührehabilitation zu ergänzen und Partizipationsmöglichkeiten von Anfang an zu schaffen und erleben zu lassen. Grundlage hierfür ist eine non-direktive Haltung, die davon ausgeht, dass die Teilnehmenden im geschützten Rahmen eigene Lösungswege für die Teilhabe an den kreativen Angeboten entwickeln. Zudem wird durch die Teilnahme kein konkretes Therapieziel im Sinne eines funktionalen Fortschrittes verfolgt. Vielmehr bietet die Rekreation eine Gelegenheit sich auszuprobieren ohne bewertet zu werden und somit neue eigene Bewältigungsstrategien für erworbene Beeinträchtigungen zu

erproben. Im Fokus stehen die Gemeinschaft, der Austausch und das Teilhaben. Patient:innen und Angehörige erleben die Rekreation in ganz individuellen Schwerpunkten: sie kann eine Ablenkung von Krankheit und Beeinträchtigungen darstellen und die Selbstwirksamkeit steigern, es werden Emotionen berührt und die Teilnahme kann die Krankheitsbewältigung unterstützen. Das Erschaffen stellt ein nonverbales Medium dar, um sich auszudrücken. Die Rekreation ist sowohl eine Möglichkeit eigene Ressourcen (wieder) zu entdecken als auch das „Scheitern“ als Meilenstein auf dem Weg zur „Normalität“ zu erleben.

6 Fazit

Die Neurorehabilitationspädagogik ist ein vielfältiges und herausforderndes Arbeitsfeld, das neben fachlichen Kenntnissen auch von persönlichem Engagement lebt. Es ist eine bereichernde Erfahrung Menschen in herausfordernden Lebenssituationen begleiten und unterstützen zu dürfen und mitzerleben, wie eine Adaption an die neue Lebensrealität stattfindet und tiefe Beziehungen zwischen Angehörigen und Patient:innen neu gestaltet werden.

Literatur

- Alber, J. (2019): Arbeitsbereiche der Neurorehabilitationspädagogik. Erfahrungen aus der pädagogischen Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus. Präsentation Studium: Master Rehabilitationspädagogik Universität Oldenburg.
- Alber, J., Schulze, G. & Zieger, A. (2015): Kooperation von Pflege und Neurorehabilitationspädagogik in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (03), 233-234.
- Behrlich, B. (2013): Behinderung als partnerschaftliche Lebenslage. Zur Betroffenheit von Paaren bei einer Körperbehinderung. In: *Sozialrecht+Praxis* 23 (3), 174-182.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (1995). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Online unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf. (Abrufdatum: 10.08.2024).
- Bundesweites Netzwerk Beratung für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (Hrsg.). (2023): Neurokompetenz. Online unter: <https://bnb-meh.de/neurokompetenz/>. (Abrufdatum: 27.11.2023).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Online unter https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246. (Abrufdatum: 14.07.2024).
- Evangelisches Krankenhaus Oldenburg. Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation: Fachübergreifende Neurologische Versorgung - Intensivmedizin und Frührehabilitation im EV Oldenburg. Online unter: <https://evangelischeskrankenhaus.de/kliniken-zentren/neurologische-intensivmedizin-und-fruehrehabilitation>. (Abrufdatum: 15.11.2023).
- Heer de, G. & Kluge, S. (2012): Kommunikation in der Intensivstation. In: *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, volume 107, 249-254.
- Hennig, B. (2020): Unterschiedliche Arten und Funktionen von Gesprächen mit Angehörigen und der Begleitung im Reha-Prozess durch die Fachdisziplin der Neuro-Rehabilitationspädagogik. Oldenburg: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hennig, B. & Gebhard, B. (2015): Herausforderungen der schulischen Re-Integration nach einem Schädel-Hirn-Trauma: Eine Qualitative Befragung von Schülern, Eltern und Lehrern zur Gestaltung des Übergangs von der Rehaklinik ins Regelschulsystem. In: *Empirische Sonderpädagogik* 7 (2), 135-152.
- Kuhlmann, B. (2002): Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation. Stuttgart: Thieme.
- Niecke, A., Schneider, G., Hartog, C. S. & Michels, G. (2017): Traumatisierte Angehörige von Intensivpatienten. In: *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112 (7), 612-617.
- Pössl, J. & Kühne, W. (2010): Angehörige in der Rehabilitation: Beratung-Unterstützung. In: P. Frommelt & H. Lösslein (Hrsg.): *Neurorehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Berlin und Heidelberg: Springer, 441-448.
- Riehl, F. (2013): *Fördern durch Pflege bei schweren Hirnschädigungen: connect care concept*. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Schnorr, H. (2006): Vorwort. In: H. Schnorr (Hrsg.): *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer, 7-12.
- Stier-Jarmer, M., Koenig, E. & Stucki, G. (2002): Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 12 (5), 260-271.
- Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe (Hrsg.). (2021). Die Phasen der neurologischen Rehabilitation. Online unter: <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/fuer-betroffene/rehabilitation/phasenmodell>. (Abrufdatum: 12.02.2021).

Autor:innen

Schumacher, Svenja Marie (M.A. Rehabilitationspädagogin, Neurorehabilitationspädagogin, Systemische Beraterin i.A.)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Psychosoziale Angehörigenberatung, systemische Beratung, Rekreation
E-Mail: svenja.marie.schumacher@outlook.de

Semprecht, Lena (M.A. Rehabilitationspädagogin, Ergotherapeutin)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: psychosoziale Angehörigenberatung, Rekreation
E-Mail: Lesem85@web.de

Hennig, Birgit (Dipl.-Päd./ Uni, Neuro-Rehabilitationspädagogin, zertifizierter UK-Coach©)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation sowie Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Unterstützte Kommunikation, Angehörigenbegleitung in der neurologischen Frührehabilitation
E-Mail: birgit.hennig@evangelischeskrankenhaus.de

Stigmatisierung von Eltern mit psychischen Erkrankungen – exemplarische Auswirkungen und Implikationen für die Praxis

Zusammenfassung

Eltern mit psychischen Erkrankungen erleben häufig Prozesse von öffentlicher Stigmatisierung und Selbststigmatisierung, welche zumeist mit negativen Bewertungen ihrer Kompetenzen in der Elternschaft einhergehen. Die Auswirkungen dieser Stigmatisierung sind vielfältig und werden unterschiedlich wahrgenommen. Fachkräfte, die mit betroffenen Eltern und deren Kindern sowie weiteren Familienmitgliedern in Kontakt kommen, müssen sich dieser erlebten Stigmatisierungen und deren Auswirkungen bewusst sein, um gezielte Unterstützung der Familien zu ermöglichen.

1 Thematische Hinführung

Eltern mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien sind verschiedenen Belastungsfaktoren ausgesetzt (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Christiansen u.a. 2020; Biesel & Urban-Stahl 2022). Entsprechend relevant ist es, dass möglichst frühzeitig Hilfen und Unterstützung in Anspruch genommen werden, um die Belastungen zu reduzieren und Herausforderungen bewältigen zu können. Nicht selten versuchen Eltern aufgrund von Angst bspw. vor Stigmatisierung, ihre Erkrankungen möglichst lange zu „verheimlichen“, sodass sie selbst und ihre Familien von Hilfesystemen häufig nicht wahrgenommen werden. Des Weiteren wird aufgrund dieser Ängste oft vermieden, dass Hilfsangebote aufgesucht und in Anspruch genommen werden (Ackerson 2003; Lenz 2014; Albermann u.a. 2019; Reupert u.a. 2021; Biesel & Urban-Stahl 2022; Bischkopf & Böhm 2023). Daraus kann resultieren, dass sich die psychische Erkrankung auf Elternseite manifestiert, der Leidensdruck für sie sowie ihre Familien steigt und sich bspw. Beeinträchtigungen in der

Entwicklung und Partizipation auf Seiten der Kinder zeigen (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014).

Zur Verdeutlichung der Relevanz wird in diesem Beitrag zunächst auf die Belastungen innerhalb der Familie durch die psychische Erkrankung mindestens eines Elternteils verwiesen. Orientiert am DSM-5 (Falkai u.a. 2018, 26) liegt folgendes Verständnis einer psychischen Störung zugrunde:

Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten.

Anknüpfend wird auf die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen eingegangen, um davon ausgehend beispielhafte Auswirkungen der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Familiensystem aufzuzeigen. Abschließend werden wesentliche Erkenntnisse zusammengefasst und exemplarische Implikationen für die sonder- und rehabilitationspädagogische Praxis hergeleitet.

2 Eltern mit psychischen Erkrankungen

Eine psychische Erkrankung auf Seite der Eltern kann zu Veränderungen in der Wahrnehmung, im Denken und in der Interaktion führen (Lenz 2014; Bischkopf & Böhm 2023; Zimmermann & Allroggen 2023), womit wiederum Belastungen und Herausforderungen für das gesamte Familiensystem einhergehen können (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Christiansen u.a. 2020; Biesel & Urban-Stahl 2022) und die Wahrscheinlichkeit für einen ungünstigen Verlauf der Entwicklung der Kinder erhöht werden kann (Mattejat & Remschmidt 2008; Lenz 2014). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen bilden keine homogene Zielgruppe (Biesel & Urban-Stahl 2022) und sollten als eine „[...] abhängige, vulnerable und damit besonders schützenswerte Personengruppe [...]“ (Albermann u.a. 2019, 10) wahrgenommen werden.

Da es sich stets um das komplexe Zusammenwirken verschiedener (individueller) Faktoren handelt, lässt sich nicht verallgemeinernd formulieren, ob und welche Auswirkungen sich im Familiensystem sowie bei den Kindern zeigen (Lenz 2014; Plass & Wiegand-Grefe 2012; Biesel & Urban-Stahl 2022; Bischkopf & Böhm 2023). Dennoch lassen sich Aspekte benennen, die einen Einfluss auf die betroffenen Familien haben können, so wie bspw. genetische Faktoren, Ausprägung der Krankheitssymptome, Störungsbild, Zeitpunkt der

Erkrankung, individuelle Resilienzfaktoren, Alter und Entwicklungsstand des Kindes/der Kinder sowie die finanzielle und soziale Situation der Familie (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Biesel & Urban-Stahl 2022; Bischkopf & Böhm 2023; Ziegenhain 2023). Die Auswirkungen auf das Familiensystem sind ebenfalls häufig komplex, individuell zu betrachten und umfassen Aspekte wie bspw.:

- Konflikte in der Partnerschaft, ggf. Trennungen,
- finanzielle Verluste, z. B. durch Arbeitslosigkeit,
- Unsicherheiten,
- Ängste,
- Scham- und Schuldgefühle,
- ungünstige Entwicklungsverläufe bei den Kindern, z. B. psychische Störungen,
- Parentifizierung,
- Loyalitätskonflikte,
- gefährdende Situationen, z. B. Vernachlässigung, Misshandlung

(z. B. Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Loch 2016; Albermann u. a. 2019; Christiansen u. a. 2020; Biesel & Urban-Stahl 2022; Zimmermann & Allroggen 2023).

Je nach psychischer Erkrankung kann die Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit vermindert sowie die Selbst- und Fremdwahrnehmung beeinträchtigt werden, sodass die erforderliche Feinfühligkeit für die Bedürfnisse und Gefühle der Kinder eingeschränkt wird (Deneke 2005; Loch 2016; Biesel & Urban-Stahl 2022). Somit können insgesamt Schwierigkeiten entstehen, eine verlässliche Beziehung zwischen Kind und Elternteil entstehen zu lassen sowie die Versorgung auf emotionaler, materieller und sozialer Ebene zu sichern (Christiansen u. a. 2020; Biesel & Urban-Stahl 2022; Hipp 2023; Ziegenhain 2023). Durch die Beeinträchtigungen in der Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit kann die Entwicklung des Kindes gefährdet werden, sodass eine psychische Erkrankung auf der Seite der Eltern als ein Risikofaktor für kindeswohlgefährdende Situationen eingeordnet wird (Lenz 2014; Loch 2016; Albermann u. a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022).

Eine psychische Erkrankung stellt grundsätzlich eine Belastung dar und geht mit zahlreichen Herausforderungen einher (Lenz 2014; Albermann u. a. 2019; Christiansen u. a. 2020). Dennoch kann sowohl für psychisch gesunde Menschen als auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung das Elternsein mit „[...] Erfahrungen wie Liebe und Geliebtwerden, emotionale Nähe, Zugehörigkeit und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit [...]“ (Lenz 2014, 66) verbunden sein. Das bedeutet für Eltern, dass all die Anstrengungen und

Bemühungen, bspw. die Bedürfnisse der Kinder zu erfüllen, sie zu schützen und zu versorgen, von großem Wert sind. Entsprechend können die Aufgaben und die Verantwortung, die mit der Elternrolle einhergehen auch als Kraft gebend wahrgenommen werden (Lenz 2014). So zeigt sich auch, dass, obwohl Eltern Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung wahrnehmen, sie dennoch berichten, dass die Elternschaft ihnen geholfen hat, besser mit ihrer psychischen Erkrankung umzugehen. Sie kann also trotz der erlebten Stigmatisierung einen bedeutsamen Anreiz zur Genesung darstellen (Lacey u. a. 2015).

Die Angst vor Bewertung, Stigmatisierung, Unverständnis und/oder Zurückweisung kann dazu führen, dass Eltern ihre Kinder nicht über die psychische Erkrankung aufklären, Kommunikationsverbote einfordern und die Familie isolieren, wodurch das Belastungserleben auf Seiten der Kinder steigt (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Albermann u. a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022; Bischof & Böhm 2023) (s. Abschnitt 4). Oft ist eine große Angst auf Seiten der Eltern, dass die Kinder aus der Familie genommen werden (Lenz 2014; Albermann u. a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022; Bischof & Böhm 2023). Diese Ängste bestehen unabhängig davon, ob die Situation tatsächlich als eine Gefährdung des Kindeswohls eingeschätzt werden würde (Biesel & Urban-Stahl 2022).

3 Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen

Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Familien stehen häufig einer doppelten Herausforderung gegenüber. Corrigan (1998, 205) zeigt auf, dass sie nicht nur mit den Auswirkungen der Erkrankung selbst, sondern auch mit Folgen von Stigmatisierung der Erkrankung konfrontiert sind. Dabei zeigt sich, dass sie nicht nur Stigmatisierung erfahren, sondern teilweise auch erwarten (Rüsch u. a. 2005). Nach Goffman (2003, 10f.) ist ein Stigma ein Attribut, das eine Person in der Wahrnehmung anderer diskreditiert und sie „von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten“ herabmindert. Darauf aufbauend verweisen Link und Phelan (2001, 367) in ihrer Definition auf die Bedeutung von Stigma als ein Konstrukt, das entsteht, „when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows the components of stigma to unfold“.

Im Kontext psychischer Erkrankung beschreiben Corrigan & Watson (2002) auf Basis eines sozialkognitiven Ansatzes zwei Formen der Stigmatisierung: öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung (s. Tabelle 1). Demnach beschreibt öffentliche Stigmatisierung „Reaktionen der allgemeinen Öffentlichkeit gegenüber einer Gruppe, die auf dem Stigma dieser Gruppe gründen“ (Rüsch u. a. 2005, 223). Das Stigma besteht dabei aus einem Zusammenspiel

von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung, die in Kombination mit Machtgefällen ihre stigmatisierende Wirkung entfalten können (Link & Phelan 2001). Auch Selbststigmatisierung besteht aus Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung, umfasst jedoch Reaktionen einzelner Personen, die einer stigmatisierten Gruppe angehören und die Einstellungen der anderen Personen gegen sich selbst richten (Corrigan & Watson 2002). Dabei bilden Selbststigmatisierung und Empowerment die Endpunkte eines Kontinuums, auf dem sich Personen mit psychischer Erkrankung befinden (Corrigan 2002).

Tab. 1: Zwei-Faktoren-Theorie von Stigma: Stigmafokus (öffentlich/selbst) und sozialkognitive Komponente (Stereotypen, Vorurteile, Diskriminierung) (Quelle: Corrigan & Watson 2002 übersetzt durch Rüscher u. a. 2005, 223)

öffentliche Stigmatisierung (public stigma)	Selbststigmatisierung (self-stigma)
<i>Stereotypen:</i> negative Meinungen über eine Gruppe, z. B. Charakterschwäche, Inkompetenz, Gefährlichkeit	<i>Selbststereotypen:</i> negative Meinung über sich selbst, z. B. Charakterschwäche, Inkompetenz
<i>Vorurteile:</i> Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z. B. Ärger, Furcht	<i>Selbstvorurteile:</i> Zustimmung zu dem Stereotyp und/ oder negative emotionale Reaktion z. B. niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeit
<i>Diskriminierung:</i> Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z. B. Benachteiligung bei Vermietung oder Arbeitsplatzvergabe, Vorenthalten von Hilfe	<i>Selbstdiskriminierung:</i> Verhaltensreaktion auf das Vorurteil, z. B. Aufgabe der Suche nach Arbeit oder Wohnung

Studien zeigen auf, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei unterschiedliche Strategien wählen, um mit Stigmatisierung umzugehen. Diese reichen von defensiven Bewältigungsmechanismen, wie Vermeidung, Rückzug und Geheimhaltung bis hin zu aktiven Formen des Informierens und der Edukation anderer Personen über die eigene Erkrankung sowie über psychische Erkrankungen im Allgemeinen (zur Übersicht s. Rüscher u. a. 2005). Auch mögliche Auswirkungen von Stigmatisierung sind vielfältig. So

wird auf der individuellen Ebene der betroffenen Person vor allem - je nach persönlicher Einordnung des Stigmas - ein niedriger Selbstwert sowie ein niedriges Selbstwirksamkeitserleben beschrieben. Des Weiteren wird auch die Furcht vor Stigmatisierung hervorgehoben, die eine Barriere darstellen kann, sich Hilfe zu suchen oder eine Behandlung wahrzunehmen (Livingston & Boyd 2010; Staiger u.a. 2017). Dabei geht die Stigmatisierung mit ihren Auswirkungen nicht immer von einzelnen Personen aus. Auf einer gesellschaftlichen Ebene wird in diesem Zusammenhang von struktureller Diskriminierung gesprochen. „Strukturelle Diskriminierung manifestiert sich als Gefüge von Regeln, Praktiken und Prozeduren privater und öffentlicher Institutionen in Machtpositionen, die Rechte und Möglichkeiten von Mitgliedern einer Minderheitengruppe einschränken“ (Rüsch u.a. 2005, 227). Sie kann absichtlich oder unabsichtlich erfolgen und macht die Komplexität von Stigmatisierungsprozessen deutlich (Pincus 1999 zit. n. Rüsch u.a. 2005). Dabei gilt es zu beachten, dass strukturelle Diskriminierung im Zusammenhang mit dem Stigma psychischer Erkrankungen differenziert betrachtet werden muss: Diskriminierung kann entweder eine gerechtfertigte Einschränkung der Rechte von Menschen mit Behinderungen sein oder eine ungerechtfertigte Einschränkung basierend auf der Etikettierung einer psychischen Erkrankung. In bestimmten Fällen, wie dem Entzug der Fahrerlaubnis bei Substanzabhängigkeit oder der Freiheitsbeschränkung bei akuter Psychose, können Einschränkungen zum Schutz der Allgemeinheit gerechtfertigt sein. Werden Rechte jedoch allein aufgrund der Diagnose einer psychischen Erkrankung eingeschränkt, ohne dass eine tatsächliche Behinderung vorliegt, handelt es sich um Diskriminierung (Rüsch u.a. 2005).

4 Exemplarische Auswirkungen der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Kontext Familie

Für Familien, in denen ein Elternteil eine psychische Erkrankung hat, sind Stigmatisierungsprozesse von Bedeutung. So wird das Thema von Familien in Studien häufig benannt, selbst wenn es nicht fokussiert wird (Reupert u.a. 2021; Yates & Gatsou 2021). Bisherige Forschungen zu Stigmatisierungsprozessen im Kontext von psychischer Erkrankung bei Eltern konzentrieren sich zumeist auf Defizite in den elterlichen Fähigkeiten und die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf das Kind (Lacey u.a. 2015). Dies überschattet nach Lacey u.a. (2015) häufig die Aufmerksamkeit auf die Forschung über die Perspektiven von Eltern mit psychischen Erkrankungen. Erste Studien machen deutlich, dass Eltern mit psychischen Erkrankungen Stigmatisierung in unterschiedlicher Form wahrnehmen und erleben (Ackerson 2003; Lacey u.a. 2015; Reupert

u. a. 2021; Yates & Gatou 2021). Die Studie von Lacey u. a. (2015) untersucht bspw., wie Mütter und Väter mit psychischen Erkrankungen Stigmatisierung in Bezug auf ihre Erkrankung sowie ihr Geschlecht wahrnehmen und wie diese ihr Elternsein beeinflusst. Es zeigt sich, dass Eltern insgesamt angeben, primär öffentliche Stigmatisierung zu erfahren. Es werden jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar: Mütter nehmen Stigmatisierung stärker wahr, welche mit den Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung auf die Elternschaft verbunden ist, und neigen dazu diese Stigmatisierung zu verinnerlichen. Sie bewerten ihre Erziehungskompetenz oft kritischer, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass sie häufiger mit ihren Kindern zusammenleben und stärker in die elterliche Verantwortung eingebunden sind. Väter hingegen nehmen eher das Stigma wahr, das mit ihrem Geschlecht und der Elternschaft verbunden ist, was auf das Bewusstsein für traditionelle Geschlechterrollen zurückgeführt werden kann. Die Studie (Lacey u. a. 2015) zeigt zudem, dass sowohl psychische Erkrankungen als auch geschlechtsspezifische Stigmatisierung negative Auswirkungen auf die selbstberichteten Erfahrung haben.

Sowohl die erlebte als auch die Angst vor Stigmatisierung führt bei vielen Eltern dazu, dass fachärztliche, psychotherapeutische oder andere Hilfen nicht angenommen werden, so dass viel Zeit bis zur Behandlung vergeht. Hierbei besteht auch die Angst vor Bewertung, Unverständnis und Zurückweisung durch Fachkräfte oder Angehörige (Ackerson 2003; Lenz 2014; Albermann u. a. 2019; Reupert u. a. 2021; Biesel & Urban-Stahl 2022; Bischof & Böhm 2023). Vor allem aufgrund der Sorge, als erziehungsunfähig wahrgenommen zu werden, vermeiden Eltern einen offenen Umgang mit der psychischen Erkrankung (Ackerson 2003; Lenz 2014; Albermann u. a. 2019). Dabei stellt ein offener Umgang einen schützenden Faktor in der Krankheitsbewältigung für die Familie dar (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Bischof & Böhm 2023). Des Weiteren reagieren Eltern aufgrund dieser Ängste oft mit Abwehr, Verweigerung sowie mit Isolation der Familie. Dabei spielen Selbstzweifel, Schuld- und Schamgefühle eine essenzielle Rolle, bspw. wenn die Eltern bemerken, dass sie zur Erziehung ihrer Kinder Hilfe brauchen. Dies kann auch mit dem Gefühl einhergehen, als Elternteil zu versagen (Lenz 2014; Albermann u. a. 2019; Yates & Gatou 2021; Biesel & Urban-Stahl 2022).

Die Angst vor Bewertung und Stigmatisierung kann dazu führen, dass Eltern ihre Kinder nicht über die psychische Erkrankung aufklären. Die Kinder nehmen jedoch bspw. Veränderungen im Verhalten der Eltern wahr und können dieses ohne Aufklärung nicht einordnen. Daraus können Ängste, Unsicherheiten sowie Verantwortungs-, Scham- und Schuldgefühle auf Seiten der Kinder begünstigt werden. Alters- und entwicklungsadäquate Informationen auf Seiten der Kinder bilden dabei einen Schutzfaktor zur Bewältigung der Herausforderungen (Plass

& Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Biesel & Urban-Stahl 2022). Tabuisierung und Kommunikationsverbot stellen hingegen eine Belastung für die Kinder dar (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014).

Die angstbedingte Isolation der Familie kann dazu führen, dass weitere schützende Faktoren, z. B. Personen aus dem Umfeld oder andere helfende Angebote, nicht beansprucht werden. Für die Kinder kann das zudem bedeuten, dass ihre sozialen Aktivitäten reduziert werden oder sie sich schämen Freund:innen nach Hause einzuladen. Dadurch kann der Leidensdruck innerhalb der Familie steigen und Beeinträchtigungen in der Partizipation können begünstigt werden (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014).

5 Exemplarische Implikationen für die rehabilitationspädagogische Praxis

Familien, in denen mindestens ein Elternteil eine psychische Erkrankung hat, werden mit verschiedenen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Albermann u. a. 2019; Christiansen u. a. 2020; Biesel & Urban-Stahl 2022). Die angeführten Studien machen deutlich, dass Stigmatisierung von diesen Familien häufig erlebt bzw. erwartet wird. Es wurde aufgezeigt, welche Bedeutung und welche Auswirkungen, die Stigmatisierungserfahrungen und -erwartungen für die Eltern und die Familien als Ganzes haben können. Dabei sind die Situationen zumeist komplex und individuell (Ackerson 2003; Lacey u. a. 2015; Reupert u. a. 2021; Yates & Gatsou 2021). Durch das Erleben von bzw. die Angst vor Stigmatisierung psychischer Erkrankungen vermeiden betroffene Menschen und ihre Familien oft einen offenen Umgang mit der Erkrankung. Dies kann den Leidensdruck innerhalb der Familie erhöhen, geht nicht selten mit weiterer Isolation der Familien einher und begünstigt die Entwicklung von Ängsten und Unsicherheiten, vor allem auf Seiten der Kinder (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Biesel & Urban-Stahl 2022). Des Weiteren kann dies dazu führen, dass das Aufsuchen und Annehmen von Hilfsangeboten und Unterstützung hinausgezögert oder vermieden wird (Ackerson 2003; Lenz 2014; Albermann u. a. 2019; Reupert u. a. 2021; Biesel & Urban-Stahl 2022; Bischof & Böhm 2023). Dabei wären Hilfs- und Unterstützungsangebote besonders wirksam, wenn sie möglichst frühzeitig eingesetzt und ganzheitlich ausgerichtet sind (Laucht u. a. 2000; Purcal u. a. 2012; Bolz & Rieß 2021; Warhurst u. a. 2022). Insbesondere aus möglichen Beeinträchtigungen in der Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit können gefährdende Situationen für die Kinder resultieren (Lenz 2014; Loch 2016; Albermann u. a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022). Dass Kinder aus der Familie genommen werden, ist zeitgleich eine der größten Ängste der

betroffenen Eltern und mitunter ein Grund, warum keine Hilfe angenommen wird (Ackerson 2003; Lenz 2014; Albermann u.a. 2019).

Aufbauend auf den bisherigen Ausführungen werden im Folgenden exemplarisch in der Literatur benannte Implikationen zum Umgang mit Stigmatisierung im Kontext psychischer Erkrankungen in Familien für die rehabilitationspädagogische, aber auch sonderpädagogische Praxis herausgearbeitet:

Die Studie von Lacey u.a. (2015) zeigt auf, dass Eltern je nach Art der psychischen Erkrankung Stigmatisierung unterschiedlich wahrnehmen und mit ihr umgehen. Ein wichtiger Bestandteil eines professionellen Umgangs stellt daher zunächst die Thematisierung und Reflexion von Stigmatisierungsprozessen und deren Entstehung in der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachkräften dar. Informationen und Wissen über die psychische Erkrankung können hilfreich sein. Dabei ist zu beachten, dass der Mensch mehr ist als lediglich die Diagnose und zumeist ein komplexes Bedingungsgefüge zugrunde liegt (Bischkopf & Böhm 2023). In diesem Zusammenhang diskutieren Wahl u.a. (2017) „Mental Health Literacy“ als mögliches Konzept, welches nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene zu einer Reduktion von (Selbst-) Stigmatisierung beitragen könnte.

Je nach Störungsbild und Ausprägung sowie familiären Belastungen und vorherigen Erfahrungen kann die Zusammenarbeit mit Eltern durch „[...] Misstrauen, emotionale Instabilität, unzureichende Problemeinsicht und dysfunktionale Überlebensstrategien [...]“ (Hipp 2023, 75) auf Seite der Eltern beeinträchtigt werden. Des Weiteren berichten Eltern mit psychischer Erkrankung auch von Diskriminierung durch Fachkräfte von Hilfesystemen, mit denen sie in Kontakt stehen. Maßnahmen wie Psychoedukation oder der „soziale Kontakt“ durch persönliche Erfahrungsberichte von Eltern mit psychischen Erkrankungen können Fachkräften in diesen Systemen helfen, ihr Verständnis und ihre Empathie zu stärken und dadurch positivere Interaktionen mit betroffenen Eltern (Lacey u.a. 2015) und die Herstellung von Vertrauen (Hipp 2023) zu fördern. Empathie gilt als Basis für eine vertrauensvolle (Arbeits-) Beziehung. Dies ist nicht zuletzt wichtig, um einen möglichst ganzheitlichen Einblick in das Familienleben zu bekommen: „Wenn Eltern nicht das Gefühl haben, verstanden zu werden, bekommen Professionelle möglicherweise keinen Zugang zu wichtigen Informationen [...]“ (Biesel & Urban-Stahl 2022, 253). Aufgrund von Ängsten vor Stigmatisierung und Verurteilung sollten Fachkräfte Eltern gegenüber deutlich signalisieren, dass es eine Stärke ist, sich Hilfe zu holen (Lenz 2014; Albermann u.a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022). Zudem sollte ein Raum eröffnet werden, in dem Eltern die Möglichkeit haben, ihre Sorgen und Herausforderungen in einer nicht beschuldigenden Weise zu teilen (Reupert u.a. 2021). Eltern mit einer psychischen Erkrankung haben oft Angst davor, dass ihre Kinder aus der Familie genommen werden, und davor, von

Fachkräften bevormundet zu werden. Dahingehend kann es bereits hilfreich sein, wenn ihnen wertschätzend und transparent begegnet wird (Biesel & Urban-Stahl 2022).

Aufgrund möglicher Beeinträchtigungen in den Erziehungsfähigkeiten (Deneke 2005; Loch 2016; Christiansen u.a. 2020; Biesel & Urban-Stahl 2022; Hipp 2023; Ziegenhain 2023) und der Angst, als Elternteil zu versagen (Lenz 2014; Albermann u.a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022), kann es sinnvoll sein, dass Unterstützungsangebote die Förderung von Erziehungskompetenzen beinhalten, um weitere Ressourcen zugänglich zu machen (Ziegenhain 2023). Je nach individuellen Gegebenheiten kann es von Bedeutung sein, wenn Maßnahmen zur Stressentlastung sowie zur Vermittlung von Kompetenzen einer verbesserten Affektregulation für die Eltern möglichst frühzeitig angeboten und beansprucht werden (Hipp 2023). Dies kann mit dem Ziel einhergehen, die Eltern zu stärken und damit die Ängste zu reduzieren.

Vor allem Fachkräfte sollten auf eine sensible und diskriminierungsarme Sprache achten und stigmatisierende Formulierungen, wie z.B. „Borderline-Mütter“ (Bischkopf & Böhm 2023), vermeiden. Vielmehr sollte es um die Findung einer inklusiven, lösungsorientierten Sprache, mit der über die psychische Erkrankung der Eltern gesprochen werden kann, gehen (Reupert u.a. 2021).

Stigmatisierung und damit einhergehende Diskriminierung von Eltern mit psychischer Erkrankung durch Familienmitglieder und Freund:innen stellen für Betroffene eine besondere Herausforderung dar (Lacey u.a. 2015). So kann es bedeutsam sein, dass Interventionen dies thematisieren und den Eltern helfen, Beziehungen zu ihren Familien und Freund:innen zu verändern (ebd.). Entsprechend kann es auch für Angehörige sinnvoll sein, über die psychische Erkrankung aufgeklärt zu werden, um bestimmte Verhaltensweisen einordnen, Herausforderungen bewältigen und damit Stigmatisierung sowie falsche Annahmen beseitigen zu können (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Lacey u.a. 2015; Bischkopf & Böhm 2023). Eine adäquate Aufklärung stellt vor allem für Kinder einen wichtigen Baustein zur Bewältigung dar (Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014).

Auch wenn nach Wahl u.a. (2017) Familien Veränderungen in Bezug auf das gesellschaftliche Stigma im Kontext von Elternschaft mit psychischer Erkrankung berichten, machen sie deutlich, dass es dennoch weiterhin für Familien präsent ist und zum Beispiel dazu beiträgt, dass Hilfen und Unterstützung nicht wahrgenommen werden. Bischkopf und Böhm (2023) postulieren daher die Bedeutung von der Schaffung positiver „Vorbilder“, bspw. durch Kampagnen, in denen gezeigt wird, wie Elternschaft bei psychischen Erkrankungen gelingen kann. Durch diese Art der Vermeidung einer einseitigen störungsspezifischen Darlegung von Risiken, können Prozesse der Selbststigmatisierung abgemildert werden (ebd.).

Grundsätzlich ist es wichtig für die Praxis, um die Familien zu schützen und zu unterstützen, dass die beteiligten Hilfesysteme, bspw. Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, miteinander kooperieren (s. dazu den Beitrag von Spittel & Schulze in diesem Buch), so dass für die Familien adäquate Unterstützungsangebote entwickelt werden können (Albermann u.a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022; Zimmermann & Allroggen 2023). Die Situation von Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, ist, wie bereits betont, komplex und stets individuell zu betrachten. Entsprechend komplex und ausdifferenziert sollten Hilfs- und Unterstützungsangebote aufgestellt werden. Dabei spielt v.a. die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine wichtige Rolle:

Es geht darum, fachlich angemessene und individuell spezifische Unterstützungen und Leistungen aus allen relevanten Sozialleistungssystemen zusammenzustellen («Hilfegebinde»). Hierfür bedarfes eines qualifizierten Casemanagements für die betroffenen Kinder und ihre Familien («Hilfen aus einer Hand»). (Ziegenhain 2023, 88)

Da Kinder als eine „[...] abhängige, vulnerable und damit besonders schützenswerte Personengruppe [...]“ (Albermann u. a. 2019, 10) wahrgenommen werden sollten, verweisen wir im Folgenden (s. Abbildung 1) auf weitere Literatur zum Thema „Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen“. Da eine psychische Erkrankung auf Elternseite als ein Risikofaktor für die kindliche Entwicklung angesehen wird (Lenz 2014; Loch 2016; Albermann u. a. 2019; Biesel & Urban-Stahl 2022), wird ebenfalls auf Literatur zum Thema Kinderschutz verwiesen. Dabei handelt es sich um keine vollständige Auflistung.

„Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen“

- Brockmann, E. & Lenz, A. (2016): Schüler mit psychisch kranken Eltern. Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Kontext. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht,
- Christiansen, H., Röhrle, B., Fahrer, J., Stracke, M. & Dobener, L.-M. (2020): Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen. State of the Art für Psychotherapeutinnen, Pädiaterinnen, Pädagoginnen. Wiesbaden: Springer.
- Lenz, A. (2014): Kinder psychisch kranker Eltern (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln, Weinheim: Beltz.
- Wagenblass, S. & Spatschek, C. (Hrsg.). (2023): Kinder psychisch erkrankter Eltern. Köln: Psychiatrie Verlag.

„Kinderschutz“

- Albermann, K., Wiegand-Grefe, S. & Winter, S. (2019): Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 68, 6-26.
- Bathke, S. A., Bücken, M. & Fiegenbaum, D. (Hrsg.). (2019). Kinderschutz interdisziplinär. Wie die Kooperation von Jugendhilfe und Schule gelingen kann. Wiesbaden: Springer VS.
- Biesel, K. & Urban-Stahl, U. (2022): Lehrbuch Kinderschutz (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Castello, A. & Schutzbach, T. (2014): Schutz des Kindeswohls. In A. Castello (Hrsg.): Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. Prävention im pädagogischen Alltag, 22-32. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dettenborn, H. (2021): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (6. überarbeitete Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Loch, U. (2016): Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern. Ethnografie im Jugendamt (2. Aufl.) Weinheim: Beltz.
- Maywald, J. (2012): Kinder haben Rechte! Kinderrechte kennen – umsetzen – wahren. Weinheim: Beltz.
- Schone, R. (2015): Kindeswohlgefährdung – Was ist das? In: R. Schone & W. Tenhaken (Hrsg.): Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe. Ein Lehr- und Praxisbuch zum Umgang mit Fragen der Kindeswohlgefährdung. Weinheim: Beltz Juventa, 13-49.

Abb. 1: Exemplarische Literaturempfehlungen

Literatur

- Ackerson, B. J. (2003): Coping With the Dual Demands of Severe Mental Illness and Parenting: The Parents' Perspective. In: *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services* 84 (1), 109-118
- Albermann, K., Wiegand-Grefe, S. & Winter, S. (2019): Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 68, 6-26.
- Biesel, K. & Urban-Stahl, U. (2022): *Lehrbuch Kinderschutz* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bischkopf, J. & Böhm, R. (2023): Psychische Störungen im Überblick und ihre Auswirkungen auf Kinder. In: S. Wagenblass & C. Spatschek (Hrsg.): *Kinder psychisch erkrankter Eltern*. Köln: Psychiatrie Verlag, 48-62.
- Bolz, T. & Rieß, B. (2021): Gestuftes System der Hilfen. In: H. Ricking, T. Bolz, B. Rieß & M. Wittrock (Hrsg.): *Prävention und Intervention bei Verhaltensstörungen. Gestufte Hilfen in der schulischen Inklusion*. Stuttgart: Kohlhammer, 31-49.
- Christiansen, H., Röhrle, B., Fahrer, J., Stracke, M. & Dobener, L.-M. (2020): *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen. State of the Art für Psychotherapeutinnen, Pädiaterinnen, Pädagoginnen*. Wiesbaden: Springer.
- Corrigan, P. W. (1998): The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. In: *Cognitive and Behavioral Practice* 5 (2), 201-222.
- Corrigan, P. W. (2002): Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. In: *Psychiatric Quarterly* 73 (3), 217-228.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002): The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 9 (1), 35-53.
- Deneke, C. (2005): Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: G. Deegener & W. Körner (Hrsg.): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe, 141-154.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2018): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5[®], deutsche Ausgabe* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Goffman, E. (2003): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Sonderausg., 1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hipp, M. (2023): Traumatisierte Eltern: Störungen von Stressregulation, Beziehungsfähigkeit und Identität. In: S. Wagenblass & C. Spatschek (Hrsg.): *Kinder psychisch erkrankter Eltern*. Köln: Psychiatrie Verlag, 63-77.
- Lacey, M., Paolini, S., Hanlon, M.- C., Melville, J., Galletly, C. & Campbell, L. E. (2015): Parents with serious mental illness: Differences in internalized and externalized mental illness stigma and gender stigma between mothers and fathers. In: *Psychiatry Research* 225 (3), 723-733.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: *Frühförderung interdisziplinär* 19 (3), 97-108.
- Lenz, A. (2014): *Kinder psychisch kranker Eltern* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing Stigma. In: *Annual Review of Sociology*, volume 27, 363-385.
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010): Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. In: *Social Science & Medicine* 71 (12), 2150-2161.
- Loch, U. (2016): *Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern. Ethnografie im Jugendamt* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 7, 312-317.
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012): *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz.

- Purcal, C., Hamilton, M., Thomson, C. & Cass, B. (2012): From Assistance to Prevention. Categorizing Young Carer Support Services in Australia, and International Implications. In: *Social Policy & Administration* 46 (7), 788-806.
- Reupert, A., Gladstone, B., Hine, R. H., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., Drost, L. & Foster, K. (2021): Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. In: *International Journal of Mental Health Nursing* 30 (1), 6-26.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005): Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (5), 221-232.
- Staiger, T., Waldmann, T., Rüsch, N. & Krumm, S. (2017): Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: A qualitative study. In: *BMC Health Services Research* 17 (1), 39.
- Wahl, P., Otto, C. & Lenz, A. (2017): „...dann würde ich traurig werden, weil alle über meinen Papa reden“ – Die Rolle des Stigmas in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil. *Gesundheitswesen* 79 (12), 987-992.
- Warhurst, A., Bayless, S. & Maynard, E. (2022): Teachers' Perceptions of Supporting Young Carers in Schools: Identifying Support Needs and the Importance of Home-School Relationships. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (17).
- Yates, S. & Gatsou, L. (2021): Idealisation and stigmatisation of parenting in families with parental mental illness. In: *SSM Qualitative Research in Health*, volume 1, 100020.
- Ziegenhain, U. (2023): Grundlagen der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung. In: S. Wagenblass & C. Spatschek (Hrsg.): *Kinder psychisch erkrankter Eltern*. Köln: Psychiatrie Verlag, 78-92
- Zimmermann, J. & Allroggen, M. (2023): Psychische Erkrankung und Erziehungsfähigkeit. In: J. M. Fegert, T. Meysen, H. Kindler, K. Chauviré-Geib, U. Hoffmann & E. Schumann (Hrsg.): *Gute Kinderschutzverfahren. Tatsachenwissenschaftliche Grundlagen, rechtlicher Rahmen und Kooperation im familiengerichtlichen Verfahren*, Berlin: Springer, 407-421.

Autor:innen

Spittel, Anna-Maria, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9090-1091>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gesundheitliche Beeinträchtigung im Kontext Familie, Young (Adult) Carers, Health Literacy

E-Mail: anna-maria.spittel@uni-oldenburg.de

Wehrauch, Tomke

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kindeswohl (-gefährdung) aus interdisziplinärer Perspektive, (Intensiv-) pädagogische Förderung an den Schnittstellen Schule – Jugendhilfe – Psychiatrie

E-Mail: tomke.wehrauch@uni-oldenburg.de

Christina Vesterling und Ute von Düring

Bauch- und Kopfschmerzen im Kindesalter – Eine rehabilitationspädagogische Perspektive auf die Kommunikation und Beratung von Kindern, Eltern und Lehrkräften bei somatoformen Beschwerden

Zusammenfassung

Der Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Symptomen und Störungen im Kindesalter liegt eine komplexe Kombination von biopsychosozialen Risikofaktoren zugrunde. Therapie- und Beratungskonzepte sollten an diesen Erkenntnissen ausgerichtet sein. Um betroffene Kinder und deren Familien auch präventiv unterstützen zu können, bedarf es professioneller pädagogischer Hilfs- und Beratungsangebote mit niedrigschwelligem Zugang. Zur gezielten Umsetzung müssen spezialisierte Fachkräfte aus- und weitergebildet werden, um Hilfs- und Beratungsangebote für das komplexe Beschwerdebild somatoformer Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter anbieten zu können.

1 Einleitung

Ein häufig genannter Grund für Schulvermeidung und Dropout sind wiederkehrende körperliche Beschwerden, die einen Schulbesuch für betroffene Kinder und Jugendliche unmöglich machen können (Bernstein u.a. 1997; Hagenah & Herpertz-Dahlmann 2005; Vesterling & Koglin 2023b; von Polier & Simons 2020). Aufgrund der gesetzlich verankerten elterlichen Betreuungsaufgabe für ihre Kinder zeigen sich oftmals auch indirekte Auswirkungen des kindlichen Beschwerdebildes auf die elterliche Berufssituation (DPtV 2021). Wiederkehrende körperliche Symptome beeinträchtigen somit nicht nur das kindliche Funktionsniveau, sondern betreffen ebenso den elterlichen bzw. familiären Lebensalltag und gehen damit auch auf einer sekundären Ebene mit hohen gesellschaftlichen bzw. volkswirtschaftlichen Kosten einher (DPtV 2021; Vesterling & Koglin 2023b). Die Sorge um die Gesundheit führt nicht

nur bei betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst, sondern auch bei deren Eltern häufig zu einer intensiven Fokussierung auf körperliche Befindlichkeiten mit teilweise katastrophisierenden Gedanken bzw. Fehleinschätzungen von normalen Körperfunktionen (Crombez u. a. 2003; von Polier & Simons 2020). Zusätzlich führt der große Wunsch nach medizinischer Ab- und Erklärung der Symptomatik zum Einsatz von zum Teil immensen und inadäquaten diagnostischen Verfahren oder Behandlungen (bis hin zu unnötigen invasiven Eingriffen und Operationen) (Hagenah & Herpertz-Dahlmann 2005). Dennoch bleibt ein organischer Befund oftmals aus, was in der Vergangenheit auch in den diagnostischen Kriterien der DSM-IV und der ICD-10 verankert war (APA 1994, 2000; WHO 1992). Immer wiederkehrende körperliche Symptome, die nicht oder nicht hinreichend durch einen organischen Befund erklärt werden konnten, konnten z. B. in der ICD-10 als psychiatrische Diagnose unter Somatoforme Störungen (F45.-) verortet werden (WHO 1992). Doch gerade das Fehlen eines organischen Befundes führte nicht selten dazu, dass Betroffene und deren Eltern sich stigmatisiert und sich dem Vorwurf der Simulation ausgesetzt fühlten (Kleinstäuber & Hiller 2018). Aufgrund einer vielschichtigen Kritik verzichteten die aktuellen Versionen, sowohl des DSM als auch der ICD (DSM-5 und ICD-11), daher nun auf das Fehlen eines Organbefundes und fokussieren stattdessen auftretende Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und der Lebensqualität (APA 2013; WHO 2019). Trotz einer hohen Prävalenzrate von somatoformen Symptomen im Kindes- und Jugendalter von 31% (Vesterling u. a. 2023), fand das Symptom- und Störungsbild in der wissenschaftlichen Grundlagenforschung bis vor einigen Jahren noch erstaunlich wenig Aufmerksamkeit. Ebenso bedarf es mehr Informationen über die Ätiopathogenese des Symptom- und Störungsbildes in praxisorientierten pädagogischen Bereichen, wie z. B. in Schule oder pädagogischen Familienberatungsstellen. Insbesondere für Lehrkräfte ist es wichtig auftretende Symptomatiken schnell zu erkennen, um diese dann mit den Schüler:innen und ggf. mit deren Eltern zu thematisieren. Ein solches Vorgehen kann dazu beitragen eine notwendige schnelle medizinische Abklärung immer wiederkehrender Symptome zu initiieren und zusätzlich einen schnellen Zugang zu präventiven Hilfsangeboten wie z. B. Beratung zu gewährleisten.

In der aktuellen Literatur wird in großer Übereinstimmung ein biopsychosoziales Entstehungsmodell mit multifaktorieller Ätiopathogenese beschrieben (z. B. Kleinstäuber u. a. 2017; von Polier & Simons 2020). Insbesondere für die Aufrechterhaltung und Verstärkung des Symptombildes konnten psychosoziale Faktoren und deren Zusammenwirken identifiziert werden und sowohl lerntheoretische Ansätze als auch psychoanalytische Theorien werden herangezogen, um aufrechterhaltende Mechanismen zu erklären (Walker u. a. 2002; Walker & Zeman 1992; Vesterling 2023; Vesterling & Koglin 2023b).

Ebenso wie die genannten systemübergreifenden symptom- und störungsrelevanten Auswirkungen des kindlichen Beschwerdebildes, sind auch die entstehungs- und aufrechterhaltenden Faktoren nicht lediglich bei den Kindern und Jugendlichen zu verorten (vgl. Vesterling & Koglin 2023b). Stattdessen konnten aktuelle Forschungsarbeiten ein Zusammenspiel von kindlichen, elterlichen und sozialen bzw. schulischen Faktoren identifizieren (Vesterling & Koglin 2020; Vesterling & Koglin 2023a; Vesterling 2023). Zwar rückte das Störungsbild in den letzten Jahren immer weiter in den Fokus der Wissenschaft, gleichwohl aber scheint die Tabuisierung noch nicht überwunden zu sein. Eine medizinische Diagnose scheint gesellschaftlich immer noch anerkannter zu sein als eine psychiatrische Diagnose. Dadurch ist die Kommunikation und Beratung über mögliche psychiatrische Ursachen der Symptomatik mit betroffenen Familien häufig mit vielen Widerständen verbunden und sie stellt sich somit für die Helferinstanzen als durchaus herausfordernd dar (Hahn u. a. 1996; Kleinstäuber & Hiller 2018; Rief u. a. 2004). Aus diesem Grund ist es von zentraler Bedeutung das Symptom- und Störungsbild von der Assoziation mit dem „*eingebildeten Kranken*“ (Molière 1981, 264-267) zu lösen. Dazu sind Psychoedukation und Beratung von Betroffenen und deren Familien unter Einsatz empathischer Kommunikation durch z. B. Lehrkräfte, soziale Hilfeinstanzen und Ärzt:innen von großer Bedeutung.

2 Somatoforme Beschwerden im Kindesalter- Ein Fallbeispiel

„Seit nun bereits einem Jahr spielt sich eigentlich jeden Morgen das Gleiche ab“, berichtet Frau B (45 Jahre alt und Angestellte einer Supermarktkette). Ihre Tochter K (9 Jahre alt, Einzelkind und Schülerin der 3. Grundschulklasse) könne morgens nicht zeitig aufstehen, um zur Schule zu gehen, klage wiederholt über Bauchschmerzen und Übelkeit. Bei der morgendlichen Aufstehsituation weine und schreie sie abwechselnd, könne sich nicht mehr beruhigen und klammere sich hilflos an ihre Mutter oder verkrieche sich unter dem Frühstückstisch. Bei der Beschreibung der Situation wirkt Frau B erschöpft, verzweifelt und hilflos. Da sie ihre Tochter im Krankheitsfall ja betreuen müsse, könne sie selber regelmäßig nicht zur Arbeit gehen. Sie mache sich große Sorgen ihren Job zu verlieren, wenn das so weiter ginge. Alles hätte nach einem völlig harmlosen Magen-Darm-Infekt ihrer Tochter im vergangenen Jahr begonnen und hätte sich seither ständig gesteigert. Zu den Bauchschmerzen seien auch Kopfschmerzen und Schwindel hinzugekommen, so dass K immer mehr Schulunterricht versäume. Ebenso hätten sich die Freizeitaktivitäten ihres Kindes stark eingeschränkt. Die meiste Zeit verbringe sie nun Zuhause vor dem Fernseher oder Computer. Frau B ergänzt noch erklärend: *„Meine Tochter scheint wieder ganz klein zu sein“*. Frau B mache sich große Sorgen um die Gesundheit ihres Kindes. Auch sie habe häufig Migräne und wisse wie es sei mit Schmerzen zu leben. Überzeugt ergänzt Frau B noch: *„Da muss man dem Kind doch helfen und verstehen, dass der Besuch in der Schule in diesem Zustand nun wirklich unmöglich ist – aber den Lehrer:innen geht es ja nur darum, dass die Kinder funktionieren – das ist wirklich herzlos“*. Frau B sei mit K schon mehrmals bei ihrer Kinderärztin vorstellig geworden. Ein medizinischer Befund für die Beschwerden ihrer Tochter blieb bis dahin allerdings aus. Daher beginnt Frau B mehr und mehr an der Kompetenz der Ärztin zu zweifeln *„irgend etwas muss doch der Grund für die Schmerzen sein – K täusche diese doch nicht nur vor“*. Herr B, der Vater von K (41 Jahre alt, Ingenieur), unterstützt allerdings genau diese Annahme. Immerhin sei es ja schließlich ein *„ganz guter Deal“*. Seine Tochter brauche nicht zur Schule zu gehen, werde zusätzlich zuhause von ihrer Mutter umsorgt und verwöhnt. Da würde er sich auch überlegen häufiger mal Bauch- und Kopfschmerzen zu haben. Augenzwinkernd ergänzt er noch: *„Das hat schon seine Vorteile“* und weiter erwähnt er noch beiläufig *„Naja, meine Frau mag es ja sowieso am liebsten, wenn alle Familienmitglieder ständig um sie herum sind, da hat sie dann mehr Kontrolle über die böse, böse Welt“*.

3 Informationen zum Symptombild für soziale Helferinstanzen

Aus dem Fallbeispiel lassen sich bereits eine Reihe von Informationen entnehmen, die für das Verständnis des Symptom- und Störungsbildes von großer Bedeutung sind. Dieses grundlegende Verständnis ist gerade für Lehrkräfte und soziale Helferinstanzen von zentraler Bedeutung, wenn diese psychoedukativ und beratend mit betroffenen Kindern und deren Eltern tätig werden. In Abbildung 1 sind relevante Aspekte aus dem Fallbeispiel zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes visualisiert und als einführende Informationsbasis zusammengefasst.

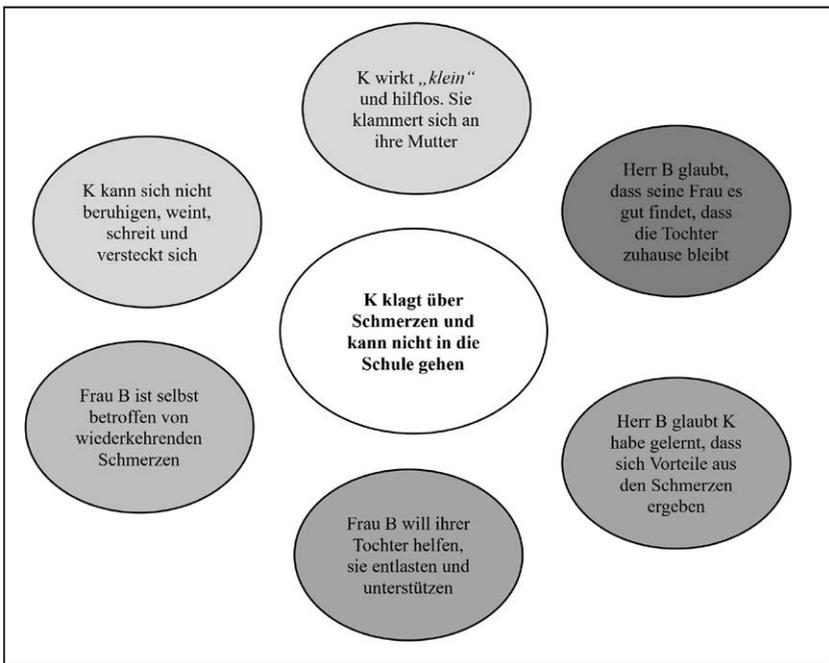


Abb. 1: Relevante Aspekte des Fallbeispiels zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes

Aufgrund der Komplexität der Thematik kann das genannte Fallbeispiel aber nur einzelne Risikofaktoren und Wirkkonstellationen darstellen und ebenso kann für das daraus resultierende Schaubild kein Anspruch auf Vollständigkeit angenommen werden. Zur vertiefenden Lektüre sei daher z. B. auf Vesterling und Koglin 2023b verwiesen.

Auf welche Risikofaktoren die Aussagen im Fallbeispiel hinweisen könnten bzw. welche theoretischen Hintergründe diesen zugrunde liegen, wird in Tabelle 1 dargestellt. In den nachfolgenden Abschnitten (3.1 bis 3.4) sollen diese genauer beschrieben werden.

Tab. 1: Mögliche Risikofaktoren im Fallbeispiel und zugrundeliegende theoretische Hintergründe

	Fallbeispiel	Theoretischer Hintergrund	Risikofaktoren
3.1	K wirkt „klein“ und hilflos. Sie klammert sich an ihre Mutter	Eltern- Kind-Interaktionsfaktoren	Unsichere Bindung Hier: ängstliche Bindung
3.1	K kann sich nicht beruhigen, weint, schreit und versteckt sich	Kindliche Faktoren	Emotionsregulationskompetenzen Hier: Maladaptive Emotionsregulation
3.2	Frau B ist selbst betroffen von wiederkehrenden Schmerzen	Elterliche Faktoren	Lernen am Modell Hier: Weitergabe von Krankheitsverhalten
3.3	Frau B will ihrer Tochter helfen, sie entlasten und unterstützen	Elterliche Faktoren	Erziehungsverhalten Hier: Elterliche Überbehütung
3.4	Herr B glaubt K habe gelernt, dass sich Vorteile aus den Schmerzen ergeben	Lerntheoretische Annahmen und Mechanismen des Krankheitsgewinns	Operante Konditionierung und sekundärer Krankheitsgewinn Hier: positive und negative Verstärkung
3.4	Herr B glaubt, dass seine Frau es gut findet, dass die Tochter zuhause bleibt	Transgenerationale Faktoren und Mechanismen des Krankheitsgewinns	tertiärer Krankheitsgewinn der Mutter bei somatoformen Symptomen des Kindes

3.1 Unsichere Bindung und mangelnde Emotionsregulationskompetenz als Risikofaktor

Wenn sich Säuglinge unwohl fühlen, erfahren sie dies körperlich (Landa u.a. 2012). Dabei ist es zunächst einmal gleichgültig woher das Unwohlsein rührt, ob sie Hunger haben, müde sind oder gewickelt werden müssen. Ein angemessener frühkindlicher Ausdruck von „Distress“ ist körperlich (ebd.). Dies ändert

sich erst im Laufe der kognitiven und emotionalen Entwicklung eines Kindes (ebd.). Das Konstrukt der Bindung nach John Bowlby (1969/1982) gilt dabei als zentraler Faktor in der Entwicklungspsychologie und der Entwicklungspsychopathologie sowohl im Hinblick auf kindliche emotionale Kompetenzen als auch auf somatoforme Symptome (Ainsworth 1969; Bowlby 1977; Brumariu 2015; Cassidy 1994; Landa u.a. 2012; Vesterling & Koglin 2020; Waller & Scheidt 2006).

In einem Zitat von John Bowlby beschreibt dieser das Wesen der Bindung als Schutzfaktor vor pathologischen Entwicklungsverläufen folgendermaßen:

Der Säugling und das Kleinkind sollte eine warme, intime und kontinuierliche Beziehung zu seiner Mutter (oder einem ständigen Mutterersatz) erleben, in der beide Zufriedenheit und Freude empfinden. In einer solchen Beziehung werden sich die Gefühle von Angst und Schuld, die im Übermaß psychische Erkrankungen kennzeichnen, in gemäßigter und geordneter Weise entwickeln. (Bowlby 1951, 11, frei aus dem Englischen übersetzt)

Das Gelingen oder Nichtgelingen einer solchen Beziehungskonstellation zwischen Eltern und ihren Kindern lässt sich durch verinnerlichte Bindungsmodelle, sogenannte „*inner working models*“ beschreiben (Ainsworth u.a. 1974; Ainsworth 1985; Bowlby 1969/1982), die durch unterschiedliche Interaktionsverhaltensweisen und -qualitäten gekennzeichnet sind. Eine grobe Einteilung lässt sich vornehmen in „*sichere*“ und „*unsichere*“ Bindungsqualitäten (Ainsworth u.a. 1974; Ainsworth 1985; Bowlby 1969/1982; Bowlby 1973). Sichere Bindung gilt dabei als Schutzfaktor und ist gekennzeichnet durch sensibles Fürsorgeverhalten der Eltern auf kindliche Bindungsverhaltensweisen in Stresssituationen (Ainsworth 1969; Ainsworth 1985). Durch prompte, angemessene und verlässliche Reaktionen der Eltern auf hilfesuchendes Verhalten der Kinder in emotional belastenden Situationen, sind die Kinder in der Lage stabile Selbstwirksamkeitserfahrungen zu verinnerlichen, auf verlässliche Hilfe in Notsituationen zu vertrauen und schlussendlich eine Überzeugung in den positiven Ausgang auch schwieriger Situationen zu entwickeln (Ainsworth 1985; Bowlby 1969/1982). Unsichere Bindungsqualitäten können grob auf zwei Dimensionen abgebildet werden (Brenning u.a. 2011) und spielen bei somatoformen Beschwerden insbesondere im Zusammenhang mit der kindlichen Emotionsregulation eine wichtige Rolle (Cassidy 1994; Waller & Scheidt 2006). Ausprägungen unsicher-vermeidender Bindung resultieren aus zurückweisendem Elternverhalten bei hilfesuchendem kindlichen Verhalten (Ainsworth u.a. 1978; Cassidy 1994). Eine Pfadanalyse von Vesterling und Koglin (2023a) konnte zeigen, dass Kinder mit unsicher-vermeidender Bindungsstruktur daher vornehmlich pathogene Strategien der Emotionsunterdrückung oder -verneinung nutzen, um hilfesuchendes Verhalten in Stresssituationen zu

vermeiden. Resultierende überfordernde Versuche der Selbstregulation durch z. B. Ablenkung und intensives Spielverhalten, gelingen aber nur scheinbar (Ainsworth u. a. 1978; Spangler & Zimmermann 1999). Solch pathogenes Anpassungsverhalten gewährleistet zumindest den frühkindlich „überlebenswichtigen“ Kontakt zu den Eltern nicht weiter zu gefährden, kann aber gleichwohl zu Einschränkungen einer gesunden emotionalen Kompetenzentwicklung des Kindes führen (Bowlby 1973). Gleichzeitig fanden sich im weiteren Pfadverlauf Zusammenhänge über externalisierende Verhaltensweisen auf somatoforme Symptome (Vesterling & Koglin 2023a). Unsicher-ängstliche Bindung ist geprägt von der Sorge des Kindes von seinen Bezugspersonen getrennt zu sein (Ainsworth u. a. 1978; Cassidy 1994). Aufgrund inkonsistentem elterlichen Fürsorgeverhalten versuchen die Kinder selbstständig den körperlichen Kontakt zu den Eltern, auch in nicht stressbesetzten Situationen aufrechtzuerhalten, um sichergehen zu können bei Bedarf prompt Schutz und Trost zu erhalten. Dies führt häufig dazu, dass betroffene Kinder nicht altersadäquat dazu in der Lage sind, die Welt neugierig zu explorieren bzw. zu Lernen. Stattdessen verbleiben sie in einer nicht altersangemessenen Abhängigkeit zu ihren Eltern, können keine guten Selbstwirksamkeitserfahrungen machen und fühlen sich daher ohne die extrinsische Hilfe ihrer Bezugspersonen hilflos und ängstlich (Cassidy & Berlin 1994; Ciechanowski u. a. 2002). Kinder mit hoch ausgeprägten Werten bindungsbezogener Angst nutzten vornehmlich sog. maladaptive Strategien, wie beispielsweise Katastrophisierung, Selbstabwertung oder Rumination. Die Aufrechterhaltung von körperlichen Symptomen könnte eine „geeignete“ Möglichkeit darstellen, um einen andauernden Kontakt mit den Eltern zu gewährleisten, um somit die bindungsbasierten kindlichen Grundbedürfnisse nach Schutz und Trost aktiv sicherzustellen (Cassidy & Berlin 1994; Ciechanowski u. a. 2002). Um bindungsspezifische Beratungs-, Interventions- und Behandlungsangebote machen zu können, müssen die beschriebenen unterschiedlichen bindungsbedingten Kompetenzdefizite der kindlichen Emotionsentwicklung Beachtung finden (Vesterling & Koglin 2023a).

3.2 Krankheitsverhalten durch Lernen am Modell als Risikofaktor

Einen weiteren Risikofaktor für somatoforme Symptome und Störungen stellt das erlernte Krankheitsverhalten der Kinder dar (Walker & Zeman 1992). Rief und Nestoriuc (2015) beschrieben in ihrer Übersichtsarbeit, dass Menschen auf sehr unterschiedliche Weisen auf Krankheitssymptome reagieren können. Die Verhaltensweisen variieren dabei von dem Wunsch einer intensiven Kommunikation über die Beschwerden bis hin zu weitreichenden sozialen Rückzugsverhaltensweisen. Pilowski (1969) beschreibt erstmals für erwachsene Patient:innen mit Krankheitssymptomen, die nicht durch einen

organischen Befund erklärt werden können, „*Abnormales Krankheitsverhalten*“, mit Ausprägungen übermäßiger Krankheits Sorge (Rief u.a. 2003; Rief & Nestoriuc 2015). So suchen diese übermäßig viel medizinische Hilfe auf, was zu häufigen Behandler:innenwechseln, sogenanntem „*doctor shopping*“ führen kann, und/oder fordern unverhältnismäßig weitreichende medizinische Untersuchungen ein (Rief u.a. 2003; Rief & Nestoriuc 2015). Ebenso wird ein inadäquates Vermeiden von körperlichen Aktivitäten als sogenanntes „*Schonungsverhalten*“ beschrieben, dessen Auswirkungen über die Zeit zu deutlichen Einschränkungen des allgemeinen Funktionsniveaus beitragen können (Rief u.a. 2003). Rief und Nestoriuc (2015, 52) resümieren in ihrer Übersichtsarbeit:

Krankheitsverhalten ist somit nicht das primäre Resultat biologischer Krankheitsvorgänge, sondern ein erworbenes und erlerntes Verhalten im Umgang mit Erkrankungen und körperlichen Symptomen.

Die Art und Weise der Anpassung an krankheitsbedingte Belastungen, das sog. „*Coping Behavior*“, kann durch Lernen am Modell erworben werden und damit auch bei Kindern als Risikofaktor für somatoforme Symptome und Störungen wirken (Bandura 1976; Bandura u.a. 1979; Walker & Zeman 1992). Dysfunktionales Krankheitsverhalten kann damit innerfamiliär von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden.

3.3 Einflüsse elterlichen Erziehungsverhaltens durch operante Konditionierung und sekundären Krankheitsgewinn als Risikofaktor

Empirische Forschungsarbeiten zeigen auf, dass das Erziehungsverhalten der Eltern eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung und Verstärkung des kindlichen Symptom- und Störungsbildes haben kann (z. B. Janssens u.a. 2009; Rousseau u.a. 2014). Besonders überbehütendes Erziehungsverhalten steht mit dem Auftreten und der Chronifizierung von somatoformen Symptomen und Störungen im Zusammenhang (Janssens u.a. 2009; Vesterling 2023). Neben Aspekten der sozial-kognitiven Lerntheorie bei der Weitergabe von Krankheitsverhalten, werden zur Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung des Symptombildes im Zusammenhang mit Erziehungsverhalten insbesondere Mechanismen der Operanten Konditionierung durch Lernen am Erfolg nach Thorndike und Skinner diskutiert (Skinner 1951;1953). So können Krankheitssymptome des Kindes beispielsweise durch „positive und negative Verstärkung“ aufrechterhalten werden oder sich sogar ausweiten (Walker u.a. 2002; Fordyce 1989; Vesterling 2023). Als Beispiel für mögliche „positive Verstärker“ wären hier elterliche Verhaltensweisen wie übermäßige Aufmerksamkeit und Zuwendung

zu nennen. Krankheitssymptome können auch durch die Erlaubnis von sonst untersagten Verhaltensweisen, wie Fernsehen oder PC-Spiele, verstärkt werden (Vesterling & Koglin 2023b). Die elterliche Erlaubnis dazu, der Schule fernzubleiben zu dürfen oder aber keine altersangemessenen Aufgaben im Haushalt erledigen zu müssen, sind Beispiele für „negative Verstärkermechanismen“. Neben den genannten lerntheoretischen Ansätzen, lässt sich die Aufrechterhaltung und Verstärkung ebenso über das Konstrukt des „sekundären Krankheitsgewinns“ erklären (Fishbain 1994; Fishbain u.a. 1995; Vesterling 2023; Walker u.a. 2002;) Hierbei erleben die Kinder ebenso kurzfristige Entlastung durch soziale Vorteile, die sich aus den körperlichen Symptomen ergeben (Walker u.a. 2002).

3.4 Transgenerationale Faktoren und Mechanismen des tertiären Krankheitsgewinns als Risikofaktor

Ergebnisse aktueller Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass elterliche Faktoren aber nicht nur über Mechanismen des „sekundären“- sondern auch des „tertiären“ Krankheitsgewinns einen aufrechterhaltenden und verstärkenden Einfluss auf das kindliche Symptombild haben können (Vesterling 2023). Tertiäre Krankheitsgewinne betreffen die erkrankte Person indirekt (Dansak 1973; Fishbain 1994). Beispielsweise können überbehütende Eltern aufgrund eigener Ängste ein begründetes Interesse daran haben, eine größtmögliche Kontrolle über den Lebensalltag ihrer Kinder zu haben (Dansak 1973; Fishbain 1994). Eine Vermeidung des Schulbesuches könnte hier durchaus einen elterlichen Gewinn an der Krankheit des Kindes darstellen (vgl. Dansak 1973; Vesterling 2023; Worzer u.a. 2009). Anzumerken bleibt noch, dass sowohl die beschriebenen interaktionalen bzw. sozialen Prozesse beim sekundären- als auch beim tertiären Krankheitsgewinn als unbewusst initiiert angesehen werden (Dansak 1973; Fishbain 1994).

4 Kommunikation und Beratung bei somatoformen Beschwerden

Wie bereits dargestellt kann die Kommunikation und Beratung von Patient:innen mit somatoformen Beschwerden eine herausfordernde Aufgabe darstellen (Hahn u.a. 1996; Kleinstäuber & Hiller 2018; Rief u.a. 2004). Für den notwendigen Aufbau einer tragfähigen Behandlungs- bzw. Beratungsbeziehung bedarf es daher hoher kommunikativer und empathischer Kompetenzen auf Seiten der Behandler:innen bzw. Berater:innen, die nach den Annahmen Carl Rogers (Rogers 1967) durch „*Kongruenz (Authentizität)*“, „*Unbedingte Wertschätzung*“ und „*Empathischen Verstehen*“ (Zitat: Weinberger 2013, 22) geprägt sein sollten

(vgl. ausführlich dazu Toussaint & Herzog 2020). Darüber hinaus werden von Kleinstäuber und Kolleg:innen (2017) für die Kommunikation mit erwachsenen Patient:innen mit somatoformer Symptomatik weitere Ansätze wie beispielsweise die „*motivierende Gesprächsführung*“ mit Kommunikationstechniken wie z. B. dem „*Change Talk*“ (Miller & Rollnick 2004), vorgeschlagen (genauer dazu in Kleinstäuber u. a. 2017, 73-88). Genannte Ansätze können ebenso auf die Behandlung bzw. Beratung von betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Eltern übertragen werden und stellen auch hier eine mögliche Grundlage von Behandlung oder Beratung dar. In einem kurzen Literaturüberblick haben Kleinstäuber und Hiller (2018) bereits vorliegende Therapiemanuale und Selbsthilfe-Ratgeber bei somatoformen Störungen für das Erwachsenenalter zusammengefasst (ebd., Tab. 33-1, 325). Psychoedukative Patient:innenberatung mit Aufklärung über das Zusammenspiel von Entstehungs- und aufrechterhaltenden Faktoren spielt dabei eine zentrale Rolle. Genauer definieren Bäuml und Pitschel-Walz (2018, 3) Psychoedukation folgendermaßen:

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden demnach systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Kleinstäuber und Kolleg:innen (2017, S. 35, Abb. 2.2) zeigen dazu beispielsweise ein Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen in Anlehnung an Rief und Hiller (2011).

Anhand des Modells können Zusammenhänge von Symptomauslöser, -wahrnehmung, -fehlbewertung, -verstärkung und Krankheitsverhalten visualisiert und gemeinsam mit den Patient:innen besprochen und analysiert werden (Kleinstäuber u. a. 2017; Kleinstäuber & Hiller 2018).

Psychoedukative Ansätze in der Beratung von Kindern und Eltern

Psychoedukative Beratungsansätze für somatoforme Symptome und Störungen bei Kindern und Jugendlichen fehlen bislang noch weitgehend (Kleinstäuber & Hiller 2018). Das „*Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Symptome und Störungen im Kindesalter*“ nach Vesterling und Koglin (2023b, Abb. 4. 4, 28) kann hierbei als richtungsweisend gelten. Anhand dieses Modells können kindliche, elterliche, interaktionale und soziale bzw. schulische Faktoren und deren Wechselwirkungen visualisiert und in einen psychoedukativen Prozess zusätzlich eingebunden werden. Dies ermöglicht eine Erweiterung über einen rein patient:innenorientierten Ansatz hinaus, zu einer systemzentrierten Betrachtungsweise, was bei somatoformen Symptomen und Störungen im Kindes- und Jugendalter unerlässlich ist (Vesterling & Koglin

2023b). Zu einer differenzierten Zielbeschreibung von Psychoedukation formulieren Bäuml und Pitschel-Walz (2018) Unterschiede für Patient:innen, Angehörige bzw. Bezugspersonen und professionelle Helferinstanzen. Kurze Einblicke in das psychoedukative Vorgehen innerhalb der Therapie somatoformer Störungen bei Kindern und Jugendlichen finden sich auch bei Hagenah und Herpertz-Dahlmann (2005) und von Polier und Simons (2020).

Abgeleitet von den Ausführungen von Bäuml und Pitschel-Walz (2018) und angelehnt an das oben skizzierte Fallbeispiel können sich folgende in Tabelle 2 zusammengefasste psychoedukative Beratungsinhalte als zielführend beschreiben lassen. Aus Platzgründen können hier für jede Beratungszielperson lediglich beispielhaft Beratungsinhalte beschrieben werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Symptomen und Störungen im Kindesalter eine komplexe Kombination von biopsychosozialen Risikofaktoren zugrunde liegt. Daher sollten auch Therapie- und Beratungskonzepte an diesen Erkenntnissen ausgerichtet werden. Um Kinder mit somatoformer Symptomatik und deren Familien auch präventiv unterstützen zu können, bedarf es dringend der Etablierung von professionellen pädagogischen Hilfs- und Beratungsangeboten mit niedrigschwelligem Zugang. Gleichzeitig müssen mehr spezialisierte Fachkräfte aus- und weitergebildet werden, um evidenzbasierte Hilfs- und Beratungsangebote für das komplexe Beschwerdebild somatoformer Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter anbieten zu können.

Tab. 2: Beispiele personenorientierter psychoedukativer Beratungsinhalte

Aspekte aus dem Fallbeispiel
K wirkt „klein“ und hilflos. Sie klammert sich an ihre Mutter
K kann sich nicht beruhigen, weint, schreit und versteckt sich
Frau B ist selbst betroffen von wiederkehrenden Schmerzen
Frau B will ihrer Tochter helfen, sie entlasten und unterstützen
Herr B glaubt K habe gelernt, dass sich Vorteile aus den Schmerzen ergeben
Herr B glaubt, dass seine Frau es gut findet, dass die Tochter zuhause bleibt

Kind	
Behandlungs- bzw. Beratungsziele	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Informationsstandes zu Diagnose, Ätiopathologie und Behandlung der Erkrankung (funktionales Krankheitskonzept) • Emotionale Entlastung • Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung
Aspekte aus dem Fallbeispiel <i>(siehe Tabelle)</i>	<p>z. B. Emotionale Entlastung durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information darüber, dass es sich um ein bekanntes und verbreitetes Symptombild handelt (viele andere Menschen sind auch von somatoformen Symptomen betroffen / die Beschwerden sind nicht nur „eingebildet“ oder „vorgetäuscht“) <p>z. B. Verbesserung von Selbstwirksamkeit durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen über eigene Ressourcen und Ausprobieren und Einüben von eigenen Emotionsregulationsstrategien ohne Hilfe durch die Eltern
Eltern	
Behandlungs- bzw. Beratungsziele	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Informationsstandes zu Diagnose, Ätiopathologie, symptomaufrechterhaltende Verstärkermechanismen und Behandlung der Erkrankung (funktionales Krankheitskonzept) • Emotionale Entlastung • Verbesserung von krankheitsbedingten innerfamiliären Interaktionen
Aspekte aus dem Fallbeispiel <i>(siehe Tabelle)</i>	<p>z. B. Verbesserung des Informationsstandes zu symptomaufrechterhaltende Verstärkermechanismen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zu kindlicher Entwicklung und altersadäquatem elterlichen Unterstützungsverhalten • Informationen darüber wie übermäßiges Fürsorgeverhalten die altersadäquate kindliche Entwicklung (z. B. emotionale Kompetenzen) beeinträchtigen und so auch somatoforme Symptome verstärken kann • Informationen über die Wirkweisen von Verstärkermechanismen, z. B. der operanten Konditionierung oder des sekundärem Krankheitsgewinns

Lehrkräfte	
Behandlungs- bzw. Beratungsziele	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Informationsstandes zu Diagnose, Ätiopathologie, symptomaufrechterhaltende Verstärkermechanismen und Behandlung der Erkrankung • Verbesserung der Wahrnehmung von subjektiv empfundenen Nöten und Bedürfnissen von Kindern und Eltern • Aufbau einer tragfähigen Beratungsbeziehung
Aspekte aus dem Fallbeispiel <i>(siehe Tabelle)</i>	<p>z. B. Verbesserung des Informationsstandes zu symptomaufrechterhaltenden Verstärkermechanismen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information über das Zusammenspiel von überbehütendem Elternverhalten und Schulvermeidung für die Elternberatung • Gemeinsames Planen des Schulbesuchs • Informationen über den Zusammenhang zwischen Schulvermeidung und der sozial-emotionalen sowie schulischen Entwicklung des Kindes

Anmerkungen: Behandlungs- bzw. Beratungsziele sind angelehnt an und teilweise wörtlich entnommen aus Bäuml und Pitschel-Walz (2018, 4).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1969): Maternal sensitivity scales. In: Power, 6, 1379-1388.
- Ainsworth, M. D. S. (1985): Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. In: Bulletin of the New York Academy of medicine 61 (9), 771.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. F. (1974): Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: M. P. M. Richards (Ed.): The integration of a child into a social world. Cambridge University Press, 99-135.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association, APA (Ed.). (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn.; DSM-IV). Washington/DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association, APA (Ed.). (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th end. revised; DSM-IV-TR). Washington/DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (Ed.). (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1976): Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A., Verres, R. & Kober, H. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). (2018): Psychoedukation: Bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart: Schattauer.

- Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D., Perwien, A. R., Borchardt, C. M. & Crosby, R. D. (1997): Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36 (5), 661-668. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00017>
- Bowlby, J. (1951): *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Attachment and Loss. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977): The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 130 (3), 201-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (1982): *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Brenning, K., Soenens, B., Braet, C. & Bosmans, G. (2011): An adaptation of the Experiences in Close Relationships Scale-Revised for use with children and adolescents. In: *Journal of Social and Personal Relationships* 28 (8), 1048-1072.
- Brumariu, L. E. (2015): Parent-child attachment and emotion regulation. In: *New directions for child and adolescent development*, 148, 31-45.
- Cassidy, J. (1994): Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In: *Monograph of the society for research in child development* 59 (2-3), 228-249.
- Cassidy, J. & Berlin, L. J. (1994): The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child development* 65 (4), 971-991.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J. & Russo, J. E. (2002): Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine* 64 (4), 660-667.
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L. & Verstraeten, K. (2003): The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. In: *Pain* 104 (3), 639-646.
- Dansak, D. A. (1973): On the tertiary gain of illness. In: *Comprehensive psychiatry* 14 (6), 523-534. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(73\)90038-2](https://doi.org/10.1016/0010-440x(73)90038-2)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, DPTV. (2021): *Report Psychotherapie*. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf. (Abrufdatum: 24.06.2024).
- Fishbain, D. A. (1994): Secondary gain concept: Definition problems and its abuse in medical practice. In: *Aps Journal* 3 (4), 264-273. [https://doi.org/10.1016/S1058-9139\(05\)80274-8](https://doi.org/10.1016/S1058-9139(05)80274-8)
- Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., Cutler, R. B. & Rosomoff, R. S. (1995): Secondary gain concept: A review of the scientific evidence. In: *The Clinical Journal of Pain* 11 (1), 6-21. <https://doi.org/10.1097/00002508-199503000-00003>
- Fordyce, W. E. (1989): The cognitive/behavioral perspective on clinical pain. In: J. D. Loeser & K. J. Egan (Eds.): *Managing the chronic pain patient*. New York: Raven Press, 51-64.
- Hagenah, U. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005): Somatisierungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: *Dtsch Arztebl* 102 (27), A-1953 / B-1649 / C-1553.
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., Linzer, M. & DeGruy, F. V. (1996): The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. In: *Journal of general internal medicine* 11 (1), 1-8.
- Janssens, K. A., Oldehinkel, A. J. & Rosmalen, J. G. (2009). Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. In: *The Journal of pediatrics* 154 (6), 918-923.
- Kleinstäuber, M. & Hiller, W. (2018): Psychoedukation bei somatoformen Störungen. In: J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.): *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 324-340.

- Kleinstäuber, M., Thomas, P., Witthöft, M. & Hiller, W. (2017). Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Springer-Verlag.
- Landa, A., Peterson, B. S. & Fallon, B. A. (2012): Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. In: *Psychosomatic medicine* 74 (7), 717-727.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Molière (1981): *Der eingebildete Kranke*. In: G. Köpf (Hrsg.): *ICD-10 literarisch*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-8350-9667-7_21
- Pilowsky, I. (1969): Abnormal illness behaviour. In: *British Journal of Medical Psychology* 42 (4), 347-351. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1969.tb02089.x>
- Polier, G. von & Simons, M. (2020): Somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad & T. Legenbauer (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer, 1-17.
- Rief, W. & Hiller, W. (2011): *Somatisierungsstörung (Bd. 1, Fortschritte der Psychotherapie)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Ihle, D. & Pilger, F. (2003): A new approach to assess illness behaviour. In: *Journal of Psychosomatic Research* 54 (5), 405-414.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A. & Zech, T. (2004): Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behavior. In: *Journal of psychosomatic research* 57 (4), 367-371.
- Rief, W. & Nestoriuc, Y. (2015): Allgemeines Krankheitsverhalten und Compliance/Adhärenz. In: W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.): *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Schattauer, 52-62.
- Rogers, C. (1967): Carl R. Rogers. In: E. G. Boring & G. Lindzey (Eds.): *A history of psychology in autobiography*, Vol. 5, Appleton-Century-Crofts, 341-384. <https://doi.org/10.1037/11579-013>
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaellie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersma, J. R., Baetens, I., Vos, P. & Van Leeuwen, K. (2014): The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. In: *International Journal of Psychophysiology* 93 (2), 261-266. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.05.008>
- Skinner, B. F. (1951): How to teach animals. In: *Scientific American* 185 (6), 26-29.
- Skinner, B. F. (1953): *Science and human behavior*. FreePress.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999): Attachment representation and emotion regulation in adolescence: A psychobiological perspective on internal working models. In: *Attachment & Human Development* 1 (3), 270-290.
- Toussaint, A. & Herzog, A. (2020): *Einführung Somatoforme Störungen, somatische Belastungsstörungen*. utb GmbH.
- Vesterling, C. (2023): Cross-lagged relations of children's somatoform complaints: Embedment within learning theory and secondary gain concept. In: *Journal of Child and Family Studies*, 1-14.): The relationship between attachment and somatoform symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Psychosomatic Research*, volume 130, 109932.
- Vesterling, C. & Koglin, U. (2023a): Somatoform complaints in middle childhood. A developmental path-analysis. In: *Current Psychology* 42 (5), 3935-3944.
- Vesterling, C. & Koglin, U. (2023b): Somatoforme Symptome und Störungen im Kindesalter: Einblicke in Epidemiologie und Ätiologie. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Vesterling, C., Wilke, J., Bäker, N., Bolz, T., Eilts, J. & Koglin, U., Rademacher, A. & Goagosos, N. (2023): Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Health & Social Care in the Community*, 6242678. <https://doi.org/10.1155/2023/6242678>
- Walker, L. S., Claar, R. L. & Garber, J. (2002): Social consequences of children's pain: When do they encourage symptom maintenance? In: *Journal of Pediatric Psychology* 27 (8), 689-698.
- Walker, L. S. & Zeman, J. L. (1992): Parental response to child illness behavior. In: *Journal of pediatric psychology* 17 (1), 49-71.

- Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. In: International review of psychiatry 18 (1), 13-24.
- Weinberger, S. (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern-und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe (14. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- World Health Organization (1992): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- World Health Organization (2019): International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.).
- Worzer, W. E., Kishino, N. D. & Gatchel, R. J. (2009): Primary, secondary, and tertiary losses in chronic pain patients. In: Psychological Injury and Law 2 (3-4), 215-224.

Autor:innen

Vesterling, Christina, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4465-800X>

Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg

Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst

E-Mail: Dr.Christina.Vesterling@stadt-oldenburg.de

von Düring, Ute, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

E-Mail: ute.von.duering@uni-oldenburg.de

Gelingende Kommunikation als Grundlage für Lebensqualität am Beispiel von Hörbeeinträchtigungen

Zusammenfassung

Ein zentrales Ziel der Sonder- und Rehabilitationspädagogik ist es Menschen mit Beeinträchtigungen dabei zu unterstützen, ein möglichst selbstbestimmtes und für sie selbstdefiniertes gutes Leben zu führen. Walter Thimm, der bereits das Normalisierungsprinzip in Deutschland bekannt machte, brachte 1987 als Weiterentwicklung dieser Leitidee auch die Lebensqualität als Konzept und interdisziplinären Betrachtungsrahmen in die Sonderpädagogik ein (Scholz 2022). In diesem Artikel wird am Beispiel von Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung eine grundlegende Übersicht über die komplexe Thematik der Lebensqualität, ihrer Einflussfaktoren und Bedeutung für die Rehabilitation gegeben.

1 Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität existiert in der wissenschaftlichen Diskussion seit über 100 Jahren und hat über die Zeit einen Wandel in Bedeutung und Verwendung erfahren. Bis heute gibt es über die Disziplinen hinweg keine eindeutig abgegrenzte Definition und daher die Kritik, dass dieser Begriff und das dahinterstehende Konzept nicht greifbar genug seien.

Der Begriff mit der heutigen Bedeutung wurde in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in den USA, durch die damalige Neuorientierung der Politik populär, wo er als Reformbegriff galt. Bis in die 1960er Jahre war der finanzielle Wohlstand der Bürger:innen das Hauptkriterium für gute Politik. Nachdem Lyndon B. Johnson 1964 in seinem Wahlkampf den Begriff zum ersten Mal benutzte, war der wachsende Wohlstand zwar noch immer ein hohes Ziel, allerdings wurde die Forderung nach mehr Qualität statt Quantität groß, da die sozialen und ökologischen Folgen des wirtschaftlichen Wachstums vermehrt betrachtet wurden.

In der Forschung herrschte durch die Komplexität von Beginn an eine Unstimmigkeit bezüglich der Definition von Lebensqualität, so dass sich anfangs zwei Stränge herausbildeten, jeweils mit dem Ziel, die Lebensqualität der Bevölkerung zu messen und die Ergebnisse der Politik zugänglich zu machen (Scholz 2022):

Der subjektivistische Ansatz aus den USA geht von der subjektiven Bewertung und Wahrnehmung einer Person als Grundlage für Lebensqualität aus. Es handelt sich entsprechend um ein konstruktivistisches Verständnis, bei der es keine objektive Wirklichkeit gibt, sondern die Person selbst Experte für die eigene Lebensqualität ist. Der objektivistische level-of-living-approach aus Schweden geht von messbaren Ressourcen wie z. B. Einkommen, Bildung, Beziehungen, Wohnverhältnissen oder auch Arbeitsbedingungen einer Person als Quelle für die Lebensqualität aus (Scholz 2022; Kovács 2016). Es zeigte sich schnell eine Einigkeit, dass Lebensqualität nur durch beide Ansätze (subjektiv und objektiv) umfassend gemessen werden kann.

In Deutschland prägten ab 1984 Glatzer und Zapf durch die Zusammenführung des schwedischen und amerikanischen Ansatzes die Forschung. Sie definierten Lebensqualität als „gute Lebensbedingungen, die mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden zusammengehen“ (Glatzer & Zapf 1984, 23).

Diese Definition zeigt sich bis heute als übergeordnete Leitstruktur. Schübel (2022) fasst zusammen, dass Lebensqualität ein Verhältnisbegriff sei, bei dem die subjektive Bewertung mit vorhandenen Versorgungssystemen bzw. Versorgungskontexten ins Verhältnis gesetzt wird.

Die Definition von Lebensqualität ist somit abhängig vom Fachgebiet (s. Tabelle 1) und lässt sich durch diese Multidimensionalität bis heute nicht exakt, im Sinne einer einheitlichen Messung, bestimmen. Neben dem Begriff der Lebensqualität bestehen Synonyme wie Lebenszufriedenheit oder Wohlbefinden, die eine trennscharfe Beschreibung erschweren.

Tab. 1: Zentrale Konzepte der Lebensqualität (eng: quality of life; QOL) (Radoschewski 2000, 167; eigene Darstellung)

Disziplin	Fokus der QOL	QOL-Studienziele
Philosophie	Das „gute Leben“	Werte/Sinn
Soziologie	Wohlfahrt und Wohlbefinden	Bedürfnisse/Wünsche
Ökonomie	Ökonomischer Standard	Ressourcen
Psychologie	Wohlbefinden	psych. Wohlbefinden
Medizin	Normalität	med. Intervention

Parallel zur politischen Wohlfahrtsforschung hat sich das Konzept der Lebensqualität seit Mitte der 1970er zunehmend auch in der Medizin etabliert (Rüther 2016). Nach Bullinger (2016) lässt sich diese Entwicklung in fünf Phasen unterteilen: Die Diskussionen um die Definition von Lebensqualität in der Medizin begannen um 1975. Seit Mitte der 1980er wurden Messmethoden entwickelt und geprüft, die in der dritten Phase seit etwa 1995 zunehmend in klinischen Studien eingesetzt werden. Seit 2005 wurden die empirisch gewonnenen Erkenntnisse über das subjektive Erleben dazu genutzt, die Ergebnisse medizinischer Interventionen kritisch zu überprüfen und den allgemeinen Nutzen für die Medizin zu hinterfragen. Diese Diskussion wird in der aktuellen fünften Phase (seit 2014) weitergeführt, wobei es auch um die Implementierung in die verschiedenen Bereiche geht.

In der Medizin hat sich der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etabliert, der grundsätzlich die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes einer Person beschreibt. Hier wird er seit den 1980ern als eigenständiger Terminus geführt, der maßgeblich durch die Diskussionen und Definition des Gesundheitsbegriffs der WHO (siehe ICF) geprägt wurde (Bullinger 2000).

Die umfassendste und am häufigsten verwendete Definition von Lebensqualität wurde 1993 von der World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) veröffentlicht:

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt. (WHOQOL 1993 zitiert nach Kramer u.a. 2014)

Innerhalb der Medizin und Rehabilitation sowie weiteren verwandten Bereichen (wie z. B. Pflegewissenschaften, Versorgungsforschung oder Public Health) hat die gesundheitsbezogene Lebensqualität durch den Paradigmenwechsel (siehe ICF) an Bedeutung gewonnen, sodass bei der Erfolgsbeurteilung von medizinischen Interventionen nicht mehr nur biomedizinische (objektive) Parameter, sondern auch subjektive Aspekte berücksichtigt werden (Bullinger 2000; Kaman & Ravens-Sieberer 2024).

Zur Erhebung entsprechender Daten ist eine operationale Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität unabdingbar. Nach Aaronson (1988), Renneberg und Lipke (2006) sowie Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) können vier grundlegende Dimensionen herausgestellt werden:

- Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen wie z. B. Beruf, Haushalt und Freizeit
- Krankheitsbedingte somatische Beschwerden
- Psychische Verfassung im Sinne von emotionaler Befindlichkeit, allgemeines Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit
- Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen sowie krankheitsbedingte Einschränkungen in diesem Bereich

Auffallend sind die Überschneidungen dieser Operationalisierung zu dem Gesundheits- bzw. Behinderungsbegriff der ICF. Es steht jeweils das subjektive Erleben der körperlichen, psychischen und sozialen Dimension im Zentrum, das durch personenbezogene Faktoren und Umwelteinflüsse beeinflusst wird. Gesundheitsbezogene Lebensqualität könnte somit synonym zur erlebten Gesundheit stehen (Bullinger 2000).

Durch die Mehrdimensionalität und individuelle Anpassung an relevante Lebensbereiche einer Person, ist eine detailliertere einheitliche Definition nicht möglich. Eine vollständige empirische Erfassung der Lebensqualität mit allen Aspekten kann somit nicht erfolgen. Fragestellungen in diesem Themenbereich müssen sich immer auf ein konkretes Ziel beziehen (Radoschewski 2000), um die Dimensionen inhaltlich auszugestalten und eine passende Erhebungsmethode zu finden.

2 Hörbeeinträchtigungen

Die Erfassung des Erfolges von Interventionen bei Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung, im Sinne einer Betrachtung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, hat seit Mitte der 1990er stark zugenommen. Als Goldstandard gilt dabei noch immer die Selbstauskunft über Fragebögen. Seit einigen Jahren wird aber auch zunehmend der Ansatz des Ecological Momentary Assessment (EMA) verfolgt. Hierbei geht es um eine regelmäßige Erfassung von subjektiv relevanten Situationen durch die Personen in ihrem Alltag (z. B. durch strukturierte Tagebücher oder Kurzfragebögen). Der Vorteil gegenüber klassischen Fragebogenerhebungen ergibt sich durch die instantane Dokumentation von Situationen, wodurch Verzerrungen durch notwendige Erinnerungen vermieden werden. Die zunehmende Verbreitung von digitalen Endgeräten (wie

Smartphones) in allen Altersschichten unterstützt die Entwicklungen in diesem Bereich und ermöglicht einen Einsatz als Unterstützung in Rehabilitations- oder auch Beratungskontexten (Grundmann 2021).

Hörbeeinträchtigungen zählen zu den häufigsten sensorischen Beeinträchtigungen. Repräsentative Studien zur Prävalenz über alle Altersgruppen werden aufgrund des hohen notwendigen Aufwandes nur selten durchgeführt. Die in Deutschland vorhandenen Zahlen basieren häufig auf den Veröffentlichungen von Sohn (2000) sowie Sohn und Jörgenshaus (2001), die auch bis heute vom statistischen Bundesamt als Referenz für aktuelle Hochrechnungen verwendet werden.

Von Gablenz u. a. veröffentlichten 2017 eine repräsentative Studie, nach der zu dem Zeitpunkt 11,1 Millionen Erwachsene in Deutschland mit einer Hörbeeinträchtigung lebten.

Für Kinder und Jugendliche gibt es weniger zuverlässige Angaben. Allgemein wird davon ausgegangen, dass von 1000 Neugeborenen 1-3 mit einer relevanten Hörbeeinträchtigung auf die Welt kommen. Etwa die gleiche Anzahl entwickelt im Laufe der Kindheit und Jugend eine Hörbeeinträchtigung. Sohn und Jörgenshaus (2001) gaben an, dass 1% der 14-19-Jährigen eine Hörbeeinträchtigung haben.

Bei den Zahlen ist zu beachten, dass jegliche Arten und Schweregrade inkludiert sind. Für die Diskussion zur Bedeutung der Kommunikation, muss zunächst lediglich zwischen gehörlosen Personen, die vollständig oder zu einem großen Teil mittels Gebärdensprache kommunizieren, und Personen mit einem verminderten Hörvermögen, die vollständig oder zu einem großen Teil mittels Lautsprache kommunizieren, unterschieden werden. Die allgemeinen Prinzipien für eine gelingende Kommunikation und deren Bedeutung für die Lebensqualität sind identisch, da sich lediglich das Kommunikationsmedium unterscheidet. Gehörlose, gebärdensprachlich kommunizierende, Personen stehen allerdings in unserer lautsprachlich dominierten Gesellschaft, in der die Gebärdensprache nicht weit verbreitet ist, im Alltag vor anderen Herausforderungen.

Da in diesem Artikel nicht alle Aspekte umfassend betrachtet werden können, beziehen sich die folgenden Ausführungen und angeführten Studien auf lautsprachlich kommunizierende Personen mit einer Hörbeeinträchtigung.

Die Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezieht sich zu dem größten Teil auf die Versorgung mit Hörgeräten und insbesondere die Versorgung mit implantierbaren Hörsystemen wie das Cochlea-Implantat (CI), da nur hier eine medizinisch-operative Intervention mit anschließender Rehabilitation stattfindet.

Hörbeeinträchtigungen können auch als Kommunikationsbeeinträchtigungen bezeichnet werden, da der eingeschränkte Austausch mit der Umwelt

häufig der belastendste Faktor ist. Durch das erschwerte (Sprach-) Verstehen, besonders in geräuschvollen Umgebungen, kann Kommunikation und die Verarbeitung von Informationen nicht mehr störungsfrei und befriedigend ablaufen. Eine mögliche Folge ist die Störung der sozialen Interaktion und eine eingeschränkte Teilhabe an vielen Lebensbereichen (Leonhardt 2010). Die hieraus entstehenden sozialen und emotionalen Belastungen werden zum Teil durch somatische Beschwerden wie Tinnitus und/oder Schwindel verstärkt. Die von Eitner (2009) zusammengefassten Funktionen des Hörens (Abbildung 1) geben einen guten Überblick über die Bedeutung unseres Hörsinns und lassen Ableitungen bezüglich der Belastungen bei einer Hörbeeinträchtigung zu.

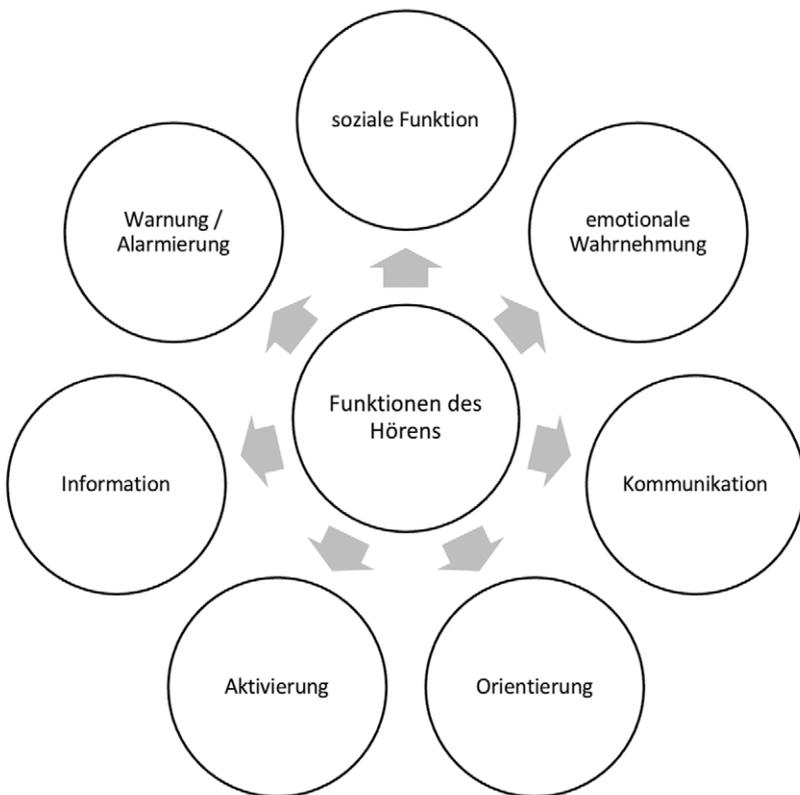


Abb. 1: Funktionen des Hörens (Eitner 2009, 58; eigene Darstellung)

2.1 Kommunikation

Als Kommunikation werden „alle Vorgänge, bei denen zwei oder mehr Personen sich wechselseitig Informationen übermitteln mit Hilfe von Symbolen und Signalen, bzw. Zeichensystemen“ bezeichnet (Vernooij 2004, 9). Die wesentliche Voraussetzung für gelingende Kommunikation ist ein gemeinsames Kommunikationssystem, der Prozess an sich ist jedoch komplex und leicht störbar.

Im Prozess der Kommunikation werden Gefühle und Gedanken des Senders in Symbole, Zeichen oder Wörter umgewandelt (Enkodierung) und über ein Medium (wie z. B. Sprache, Schrift oder Gebärde) übermittelt, um vom Empfänger wieder entschlüsselt zu werden (Dekodierung). Die in der lautsprachlichen Kommunikation verwendeten verbalen Zeichen (Sachinformation) werden durch nonverbale Signale (Gestik, Mimik, Tonfall, Betonung der Wörter) begleitet, die die emotionale und die Beziehungsebene repräsentieren. Im Kontext einer Kommunikation werden Symbolsysteme meist automatisiert benutzt, ohne dass Absprachen darüber mit den Kommunikationspartner:innen erfolgen. Durch Mehrdeutigkeiten von Symbolen und unterschiedliche Interpretationen kann der Kommunikationsprozess und damit die Beziehung zwischen den Kommunikationspartner:innen gestört werden (Vernooij 2004).

Die menschliche Kommunikation unterliegt komplexen Regeln, die meist nicht bewusst wahrgenommen werden. Nach Ruesch und Bateson (2012) ist Kommunikation durch gesellschaftliche Normen und Regeln gerahmt, die durch die Sozialisation erlernt werden. In diesem Prozess bilden sich Rollen und Verhaltensweisen aus (Stereotypen), die je nach Situation und Ziel der Kommunikation unbewusst eingenommen werden und den Code definieren, mit dem die Informationen interpretiert werden. Hieraus bilden sich Erwartungsstrukturen (Kaul 2003). Die von Grice (1975) formulierten Maxime der Kommunikation (Quantität, Qualität, Relevanz und Modalität) können bei verringerter Sprachverständlichkeit nicht immer eingehalten werden (z. B. durch Nachfragen oder Missverständnissen), was auf beiden Seiten zu Irritationen führt (Kaul 2003). Dies ist für Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung besonders relevant, da ihre Einschränkungen im Sprachverstehen häufig nicht sichtbar (Eitner 2009) und die Auswirkungen für die Kommunikationspartner:innen nicht ohne weiteres nachvollziehbar sind.

Laut Eisenwort u. a. (2010) ist für Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung eine erfolgreiche Kommunikation die wichtigste Quelle für positive Lebenserfahrungen. Auch Hallberg u. a. (2005) geben an, dass durch das gesteigerte Kommunikationsvermögen eine gesteigerte Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben möglich ist, was sich unter anderem positiv auf den Selbstwert auswirkt.

2.2 Hören und Lebensqualität

Im Laienverständnis wird häufig davon ausgegangen, dass allein die Verbesserung des Hörvermögens, z.B. durch eine optimale Anpassung mit Hörsystemen, zu einer Verbesserung des Kommunikationsvermögens und somit auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Insgesamt zeigt sich, dass das Hörvermögen und insbesondere das Sprachverstehen in der Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wichtige Faktoren sind, allerdings gibt es keinen kausalen Zusammenhang in der Betrachtung des Gesamtkonzeptes. So scheint das allgemeine psychische Wohlbefinden nicht vom Grad der Hörbeeinträchtigung abzuhängen, sondern vom subjektiven Erleben der Beeinträchtigung (Ciesla u. a. 2016). Auch Kobosko u. a. (2015) konnten keinen Zusammenhang feststellen und zeigten auf, dass die Bewältigungsstrategie (Coping) ausschlaggebend für das psychische Wohlbefinden ist. So wendeten CI-Träger:innen mit einem höheren Wohlbefinden aktive Coping-Strategien an, wohingegen CI-Träger:innen mit einem niedrigeren Wohlbefinden eher Leugnen und Vermeidung zur Problembewältigung nutzten.

Auf Grundlage des biopsychosozialen Modells differenzieren auch Hogan u. a. (2009) die Hörbeeinträchtigung zwischen der physischen Ebene (hearing impairment and hearing loss) und der eingeschränkten Aktivität, die das Individuum empfindet (hearing disability). Auch durch diese Studie zeigt sich der Grad der wahrgenommenen Hörbeeinträchtigung nicht nur in der kommunikativen Fähigkeit sondern auch in Abhängigkeit zur Durchführung von Alltagsaktivitäten und der Inanspruchnahme von Hilfe. Je größer die subjektive Hörbeeinträchtigung ist, desto geringer gaben die Proband:innen ihre Lebensqualität an.

Knutson u. a. (1990) fanden zudem einen Zusammenhang zwischen der Kommunikationsstrategie von schwerhörigen Personen und psychischen Variablen wie Depression, sozialen Ängsten und Isolation.

Eine Erklärung hierfür bietet die These von Mandel u. a. (1979), nach der die Ursache sozio-emotionaler Störungen immer in zwischenmenschlichen Beziehungen liegt. Da die Qualität der Kommunikation zwischenmenschliche Beziehung prägt, ist die Art der Kommunikation zwischen zwei Personen verantwortlich für Konflikte. Kommunikation als Handlungskompetenz muss nach Vernooij (2004) daher in einem Konzept der Persönlichkeitsentwicklung integriert sein, in dem erlernt wird, soziale Situationen richtig zu erkennen, Botschaften offen und sachlich zu senden und zu empfangen, sich selbst zu reflektieren sowie die Eigenverantwortlichkeit in der Kommunikation wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Dabei darf jedoch die Rolle der jeweiligen Gesprächspartner:innen nicht vergessen werden. Sind diese nicht in der Lage auf die Bedarfe einzugehen und das eigene Kommunikationsverhalten entsprechend anzupassen, können auch gute Kommunikationstaktiken nicht zum Erfolg führen. In diesem Kontext kann es erforderlich sein emotionsorientierte Coping-Strategien anzuwenden, um der misslingenden Kommunikation weniger negative Bedeutung beizumessen (Eisenwort u. a. 2010; Hallberg u. a. 2005).

Auch für Kinder scheint aus den bisherigen Studien heraus die kommunikative Partizipation stärkster Faktor für die erlebte Lebensqualität zu sein. Bogner u. a. (2022) untersuchten den Zusammenhang zwischen der subjektiven Hörqualität und der Lebensqualität von Schüler:innen. Die Hörqualität wird dabei nach Anderson und Arnoldi (2011) definiert durch die individuelle Hörfähigkeit einer Person, die Sprachqualität der Kommunikationspartner:innen sowie den Rahmenbedingungen während des Gesprächs. Bogner u. a. (2022) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Hörqualität und der Lebensqualität feststellen, wobei dieser Zusammenhang durch die kommunikative Partizipation vermittelt wird. In der Schule kommt es immer wieder zu schnellen Sprecher- und Themenwechseln. Ohne entsprechende Gesprächsregeln befinden sich Kinder mit einer Hörbeeinträchtigung somit immer wieder in der Situation, dass sie nur Teilaspekte mitbekommen und sich stark konzentrieren müssen, um Sinnzusammenhänge zu verstehen.

Auch Roland u. a. (2016) konnten in einem systematischen Review zeigen, dass Kinder mit einer Hörbeeinträchtigung im Mittel eine geringere Lebensqualität aufweisen als Kinder ohne eine Hörbeeinträchtigung. In den körperlichen und emotionalen Dimensionen zeigten sich keine Unterschiede. Die verringerte Lebensqualität zeigte sich durch negative Erfahrungen in den sozialen Kontakten, sowohl in der Freizeit als auch in der Schule.

3 Abschließende Überlegungen

Hörbeeinträchtigungen stehen in diesem Artikel stellvertretend als prominentestes Phänomen für viele Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die eine Störung der Kommunikation zur Folge haben können. Im Rahmen der Rehabilitation und begleitenden Beratung zeigen sich Maßnahmen wie z. B. Kommunikationstrainings oder auch die Erarbeitung von aktiven Bewältigungsstrategien als wirksame Unterstützung. Dabei sollte vermieden werden, die Verantwortung für eine gelingende Kommunikation allein den Personen mit einem Gesundheitsproblem zu übertragen. Die Sichtweise auf das Hören als individuelle Leistung muss sowohl für die Personen mit einer Hörbeeinträchtigung selbst als auch für die Umwelt erweitert und Kommunikation als eine gemeinsame (soziokulturelle) Leistung angesehen werden.

Literatur

- Aaronson, N. (1988): Quantitative issues in health-related quality of life assessment. In: *Health Policy* 10 (3), 217-230.
- Anderson, K. L. & Arnoldi, K. A. (2011): Building skills for success in the fast-paced classroom: Optimizing achievement for students with hearing loss. Butte Publications.
- Bogner, B., Hintermair, M. & Avemarie, L. (2022): Die Bedeutung von Hörqualität für die Partizipation und die Lebensqualität von Schüler:innen mit Hörbehinderung an allgemeinen Schulen. In: *Empirische Sonderpädagogik* 14 (4), 334-351.
- Bullinger, M. (2000): Lebensqualität - Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: ecomed, 13-24.
- Bullinger, M. (2016): Zur Messbarkeit von Lebensqualität. In: L. Kovács, R. Kipke & R. Lutz (Hrsg.): *Lebensqualität in der Medizin*. Wiesbaden: Springer VS, 175-188.
- Ciesla, K., Lewandowska, M. & Skarzynski, H. (2016): Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: Preliminary findings. In: *European Archives of Otorhinolaryngol* 273 (3), 767-776.
- Eisenwort, B., Schlanitz, F. & Niederkrotenthaler, T. (2010). Schwerhörigkeit. Gelungene Kommunikation als Hauptquelle positiver Erfahrungen. In: *HNO* 58 (5), 459-464.
- Eitner, J. (Hrsg.). (2009): *Zur Psychologie und Soziologie von Menschen mit Hörschädigung*. Heidelberg: Median.
- Gablenz, P. von, Hoffmann, E. & Holube, I. (2017): Prävalenzvergleich von Schwerhörigkeit in Nord- und Süd-Deutschland. In: *HNO* 65 (8), 633-670.
- Glazer, W. & Zapf, W. (Hrsg.). (1984): *Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Objektive Lebensbedingungen und Subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt a. M.: Campus
- Grice, H. (1975): *Logic and conversation*. In: P. Cole & J. Morgan (Hrsg.): *Syntax and semantics*. New York: Academic Press, 41-58.
- Grundmann, M. (2021): Bewertung der Lebensqualität im Rahmen einer Hörsystemversorgung. In: *Sprache Stimme Gehör* 45 (3), 124-130.
- Hallberg, L., Ringdahl, A., Holmes, A. & Carver, C. (2005): Psychological general well-being (quality of life) in patients with cochlear implants: Importance of social environment and age. In: *International Journal of Audiology* 44 (12), 706-711.
- Hogan, A., O'Loughlin, K., Miller, P. & Kendig, H. (2009): The health impact of a hearing disability on older people in Australia. In: *Journal of Aging and Health* 21 (8), 1098-1111.
- Kaman, A. & Ravens-Sieberer, U. (2024): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i030-3.0>
- Kaul, T. (2003): *Kommunikation schwerhöriger Erwachsener*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Knutson, J., Johnson, A. & Murray, K. (1990): The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. In: *Journal of Speech and Hearing Disorders* 55 (4), 656-664.
- Kobosko, J., Jedrzejczak, W., Pilka, E., Pankowska, A. & Skarzynski, H. (2015): Satisfaction with cochlear implants in postlingually deaf adults and its nonaudiological predictors: Psychological distress, coping strategies, and self-esteem. In: *Ear and Hearing* 36 (5), 605-618.
- Kovács, L. (2016): Die Entstehung der Lebensqualität. Zur Vorgeschichte und Karriere eines neuen Evaluationskriteriums in der Medizin. In: L. Kovács, R. Kipke & R. Lutz (Hrsg.): *Lebensqualität in der Medizin*. Wiesbaden: Springer VS, 11-26.
- Kramer, L., Füre, J. & Stute, P. (2014): Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 12 (2), 119-123.
- Leonhardt, A. (Hrsg.). (2010): *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik*. München: Ernst Reinhardt.

- Mandel, A., Mandel, K., Stadler, E. & Zimmer, D. (Hrsg.). (1979): Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer.
- Radoschewski, M. (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 43 (3), 165-189.
- Renneberg, B. & Lipke, S. (2006): Lebensqualität. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer, 29-33.
- Roland, L., Fischer, C., Tran, K., Rachakonda, T., Kallogjeri, D. & Lieu, J. E. C. (2016): Quality of life in children with hearing impairment: Systematic review and metaanalysis. In: Otolaryngology - Head and Neck Surgery 155 (2), 208-219.
- Ruesch, J. & Bateson, G. (2012): Kommunikation. Die soziale Matrix der Psychiatrie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Rüther, M. (2016): Über einige (meta)ethische Fehlkonstruktionen in der Lebensqualitätsforschung. In: L. Kovács, R. Kipke & R. Lutz (Hrsg.): Lebensqualität in der Medizin. Wiesbaden: Springer VS, 27-36.
- Scholz, I. (2022): Das Konzept der Lebensqualität in der Heil- und Sonderpädagogik. Kritische Reflexion und philosophische Erweiterung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schübel, T. (2022): "Lebensqualität" Zwischen Wohlfahrt und Wohlbefinden. In: M. Staats (Hrsg.): Lebensqualität. Ein Metathema. Weinheim: Beltz Juventa, 752-763.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe.
- Sohn, W. (2000): Aktueller Stand der Schwerhörigkeit in Deutschland. In: Hörakustik, 3, 6-7.
- Sohn, W. und Jörgenshaus, W. (2001): Schwerhörigkeit in Deutschland. In: Zeitschrift für Allgemeine Medizin, 77. Jg., 143-147.
- Vernooij, M. (2004): Kommunikation. Zur kontextgebundenen Komplexität eines Prozesses. In: M. Wittrock & B. Lütgenau (Hrsg.): Wege zur Partizipation. Oldenburg: Universitätsverlag, 9-25.

Autor:innen

Grundmann, Mareike, Dr.

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

Fachberatung Sprache, Hören und Sehen

E-Mail: mareike.grundmann@ls.niedersachsen.de

Förderung und Therapie

Möglichkeiten und Grenzen der ICF im Förderprozess der Rehabilitationspädagogik

Zusammenfassung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist Teil der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Diagnose- und Kategoriensysteme zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Aspekte für Menschen. Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell bezieht dabei Faktoren auf individueller und gesellschaftlicher Ebene ein und schafft damit die Möglichkeit einer ganzheitlichen Beschreibung von Menschen mit einem Gesundheitsproblem. Dabei eröffnet insbesondere die Möglichkeit der detaillierten Beschreibung der Teilhabefähigkeiten Potenziale der Nutzung innerhalb rehabilitationspädagogischer Prozesse. Die Umsetzung der ICF ist jedoch auch mit Herausforderungen verbunden.

1 Einleitung

Den verschiedenen Diensten der Rehabilitationspädagogik als außerschulische pädagogische Angebote für Menschen mit Behinderung liegt in ihrer Ausgestaltung in Deutschland vor allem das Bundesteilhabegesetz (BTHG, Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)) zu Grunde. Dieses wurde 2016 verabschiedet und bis 2023 schrittweise eingeführt. Es zielt insbesondere auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK; Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018) von 2009 ab. Innerhalb des BTHG werden die Leistungen für Menschen mit Behinderung oder von Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, geregelt. Die Leistungen dienen der Förderung der Selbstbestimmung sowie der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§1 SGB IX). Im Zuge der Erstellung des BTHG wurde neben der inhaltlichen Umsetzung der UN-BRK (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018) in einigen Teilen Bezug auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (englisch: International Classification of Functioning, Disability

and Health; kurz: ICF) genommen. Doch was genau ist die ICF? Und welche Möglichkeiten und Grenzen birgt sie für den rehabilitationspädagogischen Förderprozess? Um diese Fragen innerhalb des vorliegenden Beitrages zu beantworten, wird zunächst das Rahmenkonzept der ICF vorgestellt. Weiter werden Anwendungsbeispiele der ICF aufgezeigt, um abschließend die Möglichkeiten und Grenzen für den rehabilitationspädagogischen Förderprozess zu diskutieren.

2 Die ICF – Rahmenkonzept und Philosophie

Die ICF ist Teil einer Familie von Diagnose- und Kategoriensystemen zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Aspekte für Menschen, die durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Verfügung gestellt werden. Sie ist dabei das jüngste dieser Systeme und wurde als Nachfolgerin der 1980 veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Folgen von Krankheiten (englisch: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; kurz: ICIDH) entwickelt. Das erste der von der WHO veröffentlichten Systeme zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Aspekte ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; kurz: ICD), welche seit ihrer ersten Einführung 1948 stetig weiterentwickelt wurde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2023a). Die ICD klassifiziert Gesundheitsprobleme im Sinne von Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen u. a. Sie betrachtet vor allem einen ätiologischen Rahmen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005; Pretis 2016). In Deutschland wird die ICD insbesondere vom ärztlichen System sowohl zur Übermittlung der Morbiditätsdaten an die WHO als auch zur Klassifizierung von Krankheiten genutzt (BfArM 2023b). Dies geschieht durch eine alphanumerische Kategorisierung und Klassifizierung. Der ICD liegt ein biomedizinisches Krankheitsmodell zugrunde, nach dem eine funktionale Beeinträchtigung Folge eines gesundheitlichen Problems der jeweiligen Person darstellt. In den 1970er Jahren wuchs die Kritik an einem solchen einachsigen monohierarchischen System wie es die ICD liefert (BfArM 2023c). Als Weiterentwicklung und Ergänzung der ICD wurde von der WHO 1980 das Folgenmodell von Krankheiten veröffentlicht, die ICIDH. Dieses Modell enthielt erstmals den Gedanken der Teilhabe zur Entstehung einer Behinderung und fixierte sich nicht mehr nur auf die reine (strukturelle) Schädigung. Behinderung wird jedoch auch hier verstanden als ein rein auf die Person zentrierter Aspekt, welcher größtenteils kausal besteht, weshalb auch die ICIDH als medizinisch geprägtes Klassifikationssystem gilt (Ewert 2012, 461). Dies stellt im Wesentlichen den Kritikpunkt an der ICIDH

dar und erklärt, warum hiervon ausgehend die ICF entwickelt und 2001 von der WHO veröffentlicht wurde (BfArM 2023c). Die deutsche Version der ICF erschien 2005 und findet seitdem Anwendung in unterschiedlichen Bereichen. 2007 (bzw. 2011 in Deutschland) wurde die Kinder- und Jugendversion, die ICF-CY, herausgegeben, welche die für Kinder und Jugendlichen bedeutenden Lebensbereiche sowie Besonderheiten in Entwicklung befindlicher Funktionen und Strukturen berücksichtigt (Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, o.J.a). Die Grundsätze sind dieselben wie in der Erwachsenenversion, weshalb sich die Erläuterungen in diesem Beitrag sowohl auf die Erwachsenen- als auch auf die Kinder- und Jugendversion beziehen. Die wesentliche Weiterentwicklung der ICF im Vergleich zu den zuvor verfügbaren Modellen ICD und ICIDH ist die Einbeziehung sogenannter Kontextfaktoren bei der Betrachtung der Gesundheit einer Person. Funktionale Gesundheit wird laut ICF wie folgt definiert:

- Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –
1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen). (DIMDI 2005, 4)

Die Kontextfaktoren, als Umwelt- und personbezogene Faktoren, können sich auf die funktionale Gesundheit positiv oder negativ auswirken (im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren). Personbezogene Faktoren stehen für den speziellen Lebenshintergrund und die Lebensführung eines Menschen und umfassen Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Lebensstil und weitere (DIMDI 2005). Sie können in ihrer Gesamtheit oder einzeln auf jeder Ebene eine Rolle spielen, sind jedoch nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands an sich (ebd.). Die Umweltfaktoren als weiterer Kontextfaktor liegen außerhalb des Individuums und „bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten“ (ebd., 21).

Der Behinderungsbegriff steht dem Begriff der funktionalen Gesundheit gegenüber und „ist der Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen“ (ebd., 4). Die Funktionsfähigkeiten werden dabei in den folgenden Bereichen gesehen: Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität und Partizipation. Körperstrukturen beschreiben den Aufbau und die Anatomie des Körpers. Die Körperfunktionen beschreiben die jeweiligen Funktionen

der Körperstrukturen (ebd.). Die Komponenten Aktivitäten und Partizipation schließen die neun wichtigen Lebensbereiche der Menschen ein: Lernen & Wissensanwendung; Allgemeine Aufgaben & Anforderungen; Kommunikation; Mobilität; Selbstversorgung; Häusliches Leben; Interpersonelle Interaktionen & Beziehungen; Bedeutende Lebensbereiche; Gemeinschafts-, soziales & staatsbürgerliches Leben. Innerhalb der ICF kann nach Aktivität und Partizipation getrennt werden. Aktivität meint das reine Tun einer Handlung, Partizipation ist die Aktivität eingebunden in einen Kontext (ebd.). Weiter kann innerhalb der Komponente Aktivität und Partizipation zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit unterschieden werden. „Das Beurteilungsmerkmal für Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut“ (ebd., 20). Dahingegen beschreibt die Leistungsfähigkeit eines Menschen seine generelle Fähigkeit, eine Aufgabe oder Handlung durchzuführen (ebd.).

Der Unterschied zwischen Leistungsfähigkeit und Leistung spiegelt die Unterschiede zwischen den Auswirkungen der üblichen und der einheitlichen Umwelt wider, und liefert daher einen nützlichen Anhaltspunkt dafür, was in der Umwelt des Menschen getan werden kann, um die Leistung zu verbessern. (ebd.).

Der ICF zugrunde liegt ein bio-psycho-soziales Modell (s. Abbildung 1). Körperfunktionen, Körperstrukturen sowie Aktivitäten und Partizipation stehen in einem wechselseitigen Verhältnis mit der funktionalen Gesundheit zueinander. Diese Faktoren stellen den Teil 1 der ICF dar, der Funktionsfähigkeit versus Behinderung beschreibt. Auf diese Faktoren besteht ein zusätzlicher Einfluss seitens der Kontextfaktoren, welche den Teil 2 der ICF darstellen. Die Komponenten der ICF stehen nach dem bio-psycho-sozialen Modell in wechselseitigen dynamischen Abhängigkeiten. In der praktischen Arbeit steht ein Gesundheitsproblem bzw. eine Gesundheits Sorge im Sinne einer ICD-10-(Verdachts)Diagnose häufig zu Beginn.

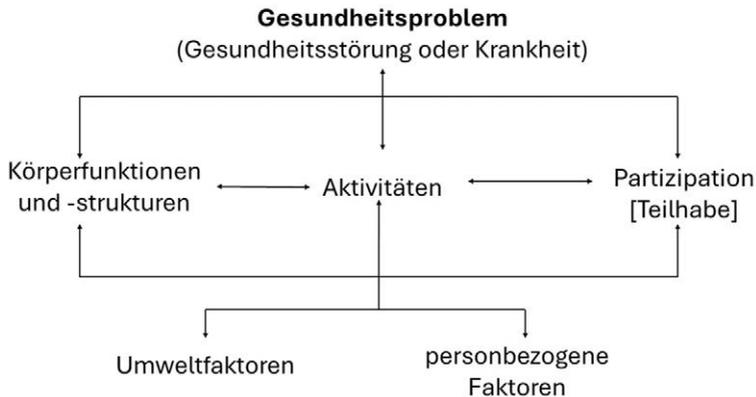


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell (DIMDI 2005, 23)

Ein Gesundheitsproblem kann sich nach dem bio-psycho-sozialen Modell negativ auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen auswirken und in Interaktion mit seinen Kontextfaktoren zu einer Behinderung führen. Ebenso können die Kontextfaktoren jedoch auch als Förderfaktoren für die Funktionsfähigkeit eines Menschen dienen und die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems ausgleichen. Behinderung kann laut ICF beispielsweise auch daraus resultieren, dass ein Mensch im Sinne von Umweltbarrieren über keine notwendigen persönlichen Gebrauchsgegenstände verfügt (in Form von Hilfsmitteln oder assistiven Technologien) oder keine notwendigen (rehabilitationspädagogischen) Dienste zur Verfügung stehen. Gleichzeitig muss das Fehlen einer Extremität (im Sinne einer Funktionsbeeinträchtigung der Körperstruktur) nicht zwangsläufig zu einer Behinderung führen, wenn hier durch entsprechende Umweltfaktoren (z. B. Prothesen) entgegengewirkt werden kann. Das bio-psycho-soziale Modell schafft somit einen umfassenden Einbezug möglicher Faktoren auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, die auf einen Menschen mit einem Gesundheitsproblem einwirken können und im Zuge dessen die Berücksichtigung der gesamten Lebenslage ermöglichen.

So wie die ICD bietet auch die ICF die Möglichkeit der alphanumerischen Kategorisierung durch Codes. Den Komponenten der ICF werden dazu unterschiedliche Buchstaben zugeordnet: Körperfunktion = b, Körperstruktur = s, Aktivitäten und Partizipation = d, Umweltfaktoren = e. Die personbezogenen Faktoren werden innerhalb der ICF nicht kategorisiert, müssen jedoch bei der Beurteilung über Gesundheit immer herangezogen werden (DIMDI 2005). Die Nicht-Kodierung hängt mit möglichen Stigmatisierungsfragen zusammen (Pretis 2016). Dem jeweiligen Buchstaben folgt anschließend ein

numerischer Kode, beginnend mit der Kapitelnummer und folgend von der zweiten, dritten und vierten Gliederungsebene der ICF. Abbildung 2 erläutert die verschiedenen Ebenen der ICF anhand eines Beispiels. Die ICF kann sowohl als Kurzversion genutzt werden, in der nur die ersten zwei Gliederungspunkte Beachtung finden, oder als Vollversion, in der alle vier Ebenen einbezogen werden (DIMDI 2005). Insgesamt können auf allen vier Ebenen innerhalb der Erwachsenen-Version über 1400 und innerhalb der Kinder-Version über 1700 Items beschrieben werden (ebd.; Pretis 2016).

b2	Sinnesfunktion und Schmerz	(Item der ersten Ebene)
b210	Funktion des Sehens (Sehsinn)	(Item der zweiten Ebene)
b2102	Qualität des Sehvermögens	(Item der dritten Ebene)
b21022	Kontrastenpfinden	(Item der vierten Ebene)

Abb. 2: Gliederungsebenen der ICF (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) 2016, 16)

„Jedes Individuum kann mehrere Codes auf jeder Ebene aufweisen. Diese können unabhängig voneinander sein oder in einem Zusammenhang miteinander stehen“ (DIMDI 2005, 26). Über die Kodierung hinaus, bietet die ICF die Möglichkeit der Evaluation der Codes (ebd.). Das heißt, dass verschlüsselt aufgezeigt werden kann, inwiefern ein Problem vorhanden ist und falls ja, wie stark es ausgeprägt ist. Dafür wird der Abschluss des Codes durch das Setzen eines Punkts verdeutlicht, woraufhin die Evaluation in Form von Ausprägungen von 0-4 folgt. Dieses Vorgehen gilt für die Bereiche der Körperfunktion, Körperstrukturen sowie Aktivität & Partizipation (ebd.). Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Bedeutung der Ausprägungen und von der WHO vorgeschlagene Qualifier zur Beurteilung.

Erstes Beurteilungsmerkmal (Ausmaß oder Größe des Problems)

xxx.0	Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich ...)	0-4%
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering ...)	5-24%
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich ...)	25-49%
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst ...)	50-95%
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	(komplett, total ...)	96-100%
xxx.8	Nicht spezifiziert		
xxx.9	Nicht anwendbar		

Abb. 3: Beurteilungsmerkmale (DIMDI 2005, 27)

Im Bereich der Umweltfaktoren können sowohl Förderfaktoren als auch Barrieren dargestellt werden. Diese werden ebenfalls mit Ausprägungen von 0-4 kodiert, wobei Förderfaktoren durch ein Pluszeichen gekennzeichnet sind und Barrieren durch einen Punkt (DIMDI 2005). Grundsätzlich stellt das Kodieren einen kommunikativen Prozess dar, im besten Fall gemeinsam mit dem:der Rehabilitand:in. Eine Bewertung muss dabei in Bezug zur alterstypischen Entwicklung gesetzt werden (Pretis 2016).

Insgesamt soll die ICF gemeinsam mit der ICD Verwendung finden (DIMDI 2005). Die beiden Klassifikationssysteme ergänzen sich schließlich gegenseitig, indem die ICF die Klassifizierung von Funktionsfähigkeit und Behinderung betrachtet, wohingegen die ICD Gesundheitsprobleme klassifiziert (ebd.). „Informationen über Diagnosen (ICD-10) in Verbindung mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF) liefern ein breiteres und angemesseneres Bild über die Gesundheit von Menschen oder Populationen, welches zu Zwecken der Entscheidungsfindung herangezogen werden kann“ (ebd., 10).

3 ICF und Rehabilitationspädagogik

Die Begriffe der *Partizipation*, im Sinne der Teilhabe, und *Behinderung* spielen nicht nur innerhalb der ICF eine bedeutende Rolle, sondern sind auch für die Rehabilitationspädagogik wesentliche Konstrukte. Das Vorliegen einer Behinderung ist für die Leistungen des BTHG, zu denen auch rehabilitationspädagogische Dienste und Angebote zählen, Voraussetzung. Dabei wurde der Behinderungsbegriff im Rahmen der Erarbeitung des Gesetzes wesentlich überarbeitet. Nach §2 Absatz 1 SGB IX sind

Menschen mit Behinderungen [...] Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Einstellungs- und umweltbedingte Barrieren spiegeln die Kontextfaktoren im Sinne der ICF wider, welche auf die Teilhabefähigkeit von Menschen wirken. Die Einschränkung der Teilhabe ist für die Definition der Behinderung nach deutschem Rechtsbegriff zentral. Dahingegen ist Behinderung laut ICF ein Oberbegriff für jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (DIMDI 2005). Er fasst somit weiter als der Behinderungsbegriff des BTHG. Beide Begriffe sind dennoch eng miteinander verknüpft.

Der Begriff der Teilhabe ist nicht nur für die Definition von Behinderung nach deutschem Recht zentral. Auch stellt die Förderung der Teilhabe eine wesentliche Zielgröße der Leistungen nach SGB IX dar, zu denen auch die Dienste und Leistungen der Rehabilitationspädagogik zählen. Teilhabe wird dabei

innerhalb des BTHG nicht explizit definiert. Auch für die ICF stellt die Teilhabe einen der zentralen Begriffe dar. Innerhalb dieser wird Teilhabe definiert als das „Einbezogen sein in eine Lebenssituation“ (DIMDI 2005, 159). Es geht darum, aktiv seine Umwelt gestalten zu können. Das Kapitel der Aktivitäten und Partizipation nennt dabei die neun wichtigen Lebensbereiche, in denen Menschen teilhaben können. So liefert sie explizite Beispiele für Bereiche der Teilhabe und soll nach §118 SGB IX von den Leistungserbringern zur Bedarfsermittlung einbezogen werden. In die Planung der Leistung sollen die Leistungsempfänger:innen nach §118 Abs. 1 SGB IX eingebunden werden, was ebenfalls einen Grundsatz der ICF darstellt (DIMDI 2005). Nach Satz 2 §118 SGB IX sind die Landesregierungen ermächtigt, durch „Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen“. Ein bundesweit einheitliches Instrument steht dabei nicht zur Verfügung (Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, o.J.b), sodass sich dies sehr unterschiedlich gestaltet. Doch nicht nur für die Bedarfsplanung findet die ICF Anwendung.

4 Mögliche Nutzung der ICF

Die laut ICF-Manual möglichen Anwendungsbereiche sind vielfältig. Demnach wird sie angewendet:

- als statistisches Instrument - für die Erhebung und Dokumentation von Daten (z.B. in Bevölkerungsstudien und Erhebungen oder in Managementinformationssystemen);
- als Forschungsinstrument - für die Messung von Ergebnissen, Lebensqualität oder Umweltfaktoren;
- als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung - für die Beurteilung des Bedarfs, die Anpassung von Behandlungen an spezifische Bedingungen, die berufsbezogene Beurteilung, die Rehabilitation und die Ergebnisevaluation;
- als sozialpolitisches Instrument - für die Planung der sozialen Sicherheit, für Entschädigungssysteme sowie für die Politikgestaltung und -umsetzung;
- als pädagogisches Instrument - für die Curriculumentwicklung, die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln.

(DIMDI 2005, 11)

Innerhalb des vorliegenden Abschnittes soll ein Augenmerk auf die Möglichkeiten der ICF als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung gelegt werden. Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten zur Nutzung der ICF. Nach Pretis (2016, 93) kann sie vor allem zur

Strukturierung von (patienten-)relevanten Informationen; zur interdisziplinären Beschreibung und gemeinsamen Reflexion und Planung von Förderprozessen; in der Hilfsmittelversorgung zum Abgleich zwischen Bedarf und Hilfsmittel; [sowie] zur Planung und Evaluation von Förderprozessen

dienen. Zur Strukturierung können anamnestische Daten abstrahiert dargestellt werden, indem in Aufnahmebögen die erhobenen Daten mit ICF-Kodes versehen werden. Dies kann einen ersten, einfach umzusetzenden Schritt darstellen, sich mit der ICF auseinanderzusetzen (Pretis 2016). Innerhalb von Teambesprechungen kann die ICF genutzt werden, um Förder- und Behandlungsprozesse auf Basis einer gemeinsamen Sprache und eines gemeinsamen Verständnisses zu reflektieren (ebd.), indem die ICF-Komponenten zur Fallstrukturierung genutzt werden. Hilfreich hierzu kann auch die Verwendung von Zusammenfassungen der ICF sein. Diese reduzieren die Anzahl der betrachteten ICF-Kodes (ebd.). Die jeweiligen Codes wurden dazu meist mithilfe von Delphi-Befragungen herausgearbeitet und stehen für verschiedene Altersgruppen, Syndrome, Berufsgruppen oder Arbeitsfelder zur Verfügung (ebd.). Innerhalb von Teambesprechungen kann mithilfe der Listen ein gemeinsames Fallverständnis gefördert werden, indem die Teammitglieder in einen strukturierten Austausch über die:den Rehabilitand:in kommen können (ebd.). Darüber hinaus bietet die ICF die Möglichkeit der Planung und Evaluation von Förderprozessen in den verschiedenen Bereichen der Rehabilitationspädagogik. Dafür stehen inzwischen häufig sehr konkrete Ideen und Möglichkeiten zur Verfügung, die sich je nach spezifischer fachlicher Ausrichtung gestalten und auch einrichtungsbezogen variieren können. Eine Internet-Suche sowie der Blick in Fachliteratur das jeweilige spezifische rehabilitationspädagogische Arbeitsfeld betreffend wird Möglichkeiten der Nutzung der ICF im Arbeitsalltag liefern. An dieser Stelle wird eine Idee der BAR vorgestellt, nach welcher die ICF zur Teilhabezielplanung genutzt werden kann bzw. soll. Dieses Vorgehen ist adaptierbar auf die verschiedenen Bereiche und Arbeitsfelder der Rehabilitationspädagogik, da Teilhabe das zentrale Ziel der Leistungen für Menschen mit Behinderung darstellt (§1 SGB IX) und somit für alle Dienste der Rehabilitationspädagogik gilt. Als Vorgehen zur Zielformulierung wird vorgeschlagen, zunächst die Anamnese (als Eigenanamnese und Soziale Anamnese), den aktuellen Befund, sowie die bestehende(n) Diagnose(n) festzuhalten, um im Anschluss den Fall für die Planung der Rehabilitationsmaßnahmen nach ICF-Komponenten zu strukturieren und abschließend Teilhabeziele zu formulieren (BAR 2016). Die Strukturierung nach ICF-Komponenten könnte dabei zum Beispiel graphisch erfolgen, indem die relevanten Bereiche in die Matrix des bio-psycho-sozialen Modells eingefügt werden. Doch auch eine rein schriftliche Strukturierung ist möglich. Anschließend können Teilhabeziele formuliert

werden. An dieser Stelle sollen drei beispielhaft formulierte teilhabeorientierte Förderziele wie sie im System der frühen Förderung (z. B. Interdisziplinäre Frühförderung) Verwendung finden könnten aufgezeigt werden, wobei eine Kodierung mit Hilfe der ICF-CY ebenfalls eingefügt wurde.

Ziel 1: Laura nutzt Fahrzeuge, um den Weg zur Kita zu bewältigen (d475).

Ziel 2: Laura nimmt selbstständig und aktiv am Morgenkreis in der Kita teil (d815).

Ziel 3: Laura nutzt zur Kommunikation mit ihren Eltern Gesten und Gebärden (d335).

Weitere relevante Ziele zur Erreichung der übergeordneten Teilhabeziele können dann auf anderen Ebenen der ICF formuliert werden, sie können also auch z. B. Funktionsziele darstellen (BAR 2016). Die übergeordneten Teilhabeziele stellen somit Grobziele dar, welche zunächst eine allgemeine Ausrichtung auf etwas beschreiben, was erreicht werden soll, und dadurch bspw. den Abgleich mit Zielen aus anderen Disziplinen oder Lebensbereichen ermöglichen. Die Teilhabeziele können bei Bedarf während des gesamten Rehabilitationsprozesses angepasst werden, müssen „jedoch immer im Zentrum [...] stehen“ (ebd., 20). Für Ziel 1 aus dem obigen Beispiel könnten sich die weiteren Ziele wie in Tabelle 1 festgehalten darstellen.

Tab. 1: Zielformulierung mit der ICF

Ziel 1: Nutzung von Fahrzeugen für den Weg zur Kita (d475)

Ziel	Relevantes Ziel (ICF-Code)	Maßnahmen
1.1	Die Familie schafft sich ein für Laura geeignetes Fahrzeug an (ggf. mit entsprechender Anpassung) (e120).	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung bzgl. geeigneter Maßnahmen (-> durch wen?) • Ggf. Beantragung als Hilfsmittel über Rehaträger
1.2	Laura kann ihr Gleichgewicht gut halten (b235).	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie • Ergotherapie
1.3	Laura kann ihre Aufmerksamkeit lenken und fokussieren (b140, d160, d161).	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie • Heilpädagogik

Dieses Vorgehen wäre für die weiteren übergeordneten Teilhabeziele ebenso durchzuführen. Dabei besteht die Möglichkeit, die hier tabellarisch aufgeführten Ziele narrativ noch weiter zu erläutern und zu begründen. Auch besteht die Möglichkeit, konkrete Maßnahmen festzuhalten, anstatt wie im Beispiel nur die zuständigen Disziplinen zu nennen. Eine weitere Möglichkeit der Zielformulierung stellt die Nutzung der SMART-Regeln dar (BAR 2016; vgl. Pretis

2016). Weitere Richtlinien, Hilfen und Beispiele zur Teilhabezielformulierung finden sich zum Beispiel im ICF-Praxisleitfaden 2 der BAR (2016, 32-46).

5 Diskussion & Fazit

Die ICF ist mit ihrer Konzeption und Philosophie stark verbunden mit Grundsätzen der rehabilitationspädagogischen Arbeit. Das Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells stellt dabei den Grundstein für die Arbeit mit der ICF dar. Das Modell ermöglicht die ganzheitliche Beschreibung von Menschen und ihrer gesamten Lebenswirklichkeit, insbesondere auch die konkrete Beschreibung von Teilhabemöglichkeiten. So spielt die ICF für die Rehabilitationspädagogik zum Beispiel auch eine Rolle bei der Bewertung über das Vorliegen einer Behinderung oder bei der Planung der rehabilitationspädagogischen Maßnahmen. Darüber hinaus bietet sie verschiedene Möglichkeiten innerhalb des Förderprozesses. Die Verwendung der ICF kann beispielsweise der Förderung der Ressourcenorientierung innerhalb rehabilitationspädagogischer Dienste dienen. Im Berufsalltag findet häufig eine Gleichzeitigkeit von Bewertung und Beschreibung statt, im Sinne eines Beschreibens, wo Probleme bestehen (Pretis 2016). Durch die Verwendung der ICF kann es gelingen, diese zwei Schritte stärker voneinander zu trennen. Mit Hilfe der Kodierung erfolgt zunächst eine Beschreibung, welche in einem weiteren Schritt bewertet werden kann (ebd.). Dies stellt eine große Möglichkeit der ICF hin zu einer auch in Berichten stärker gelebten Ressourcenorientierung dar. Die komplexe Lebenswirklichkeit kann dabei jedoch nicht allein durch Codes dargestellt werden, sodass die ICF eine individuelle narrative Darstellung der Lebenswirklichkeit eines Menschen in Fördersystemen nicht ersetzen kann (ebd.). Die Beurteilungsmerkmale zur Bewertung einer Beobachtung stellen außerdem einen der wesentlichen Kritikpunkte bezüglich der ICF dar. Die von der WHO zur Verfügung gestellten Prozentzahlen zur Einschätzung (s. Abbildung 3) werden insgesamt als wenig aussagekräftig angesehen (ebd.). Es fehlen klar definierte Kriterien zur Übersetzung des Beobachteten in dieses Zahlenmodell (ebd.). Zwar bestehen Versuche, die Prozentzahlen über spezifische Angaben zur Zeitdauer oder zum Hilfebedarf zu operationalisieren, jedoch werden diese dann schnell als Zauberworte gesehen und herangezogen (ebd.). Aufgrund der Schwierigkeit des Einsatzes der WHO-Beurteilungsmerkmale entwickelten einige Arbeitsgruppen und Autor:innen in Deutschland, eigene Beurteilungsmerkmale, bei denen nicht mehr bezüglich des Schweregrads der Schädigung unterschieden wird, sondern nur, ob ein Problem vorliegt oder nicht (Pretis 2016). Dies stellt zwar eine Vereinfachung für Fachkräfte dar und schwächt die bei der Verwendung der WHO-Qualifier auftretende Subjektivität der Einschätzung, nimmt jedoch auch die Möglichkeit kleine Verbesserungen (im

Sinne einer Änderung von .4 zu .3) sichtbar zu machen und die (rehabilitationspädagogische) Arbeit zu evaluieren (ebd.). Vereinfachungen für Fachkräfte scheinen häufig mit einer Schwächung der ICF einherzugehen. So auch bezüglich der Reduktion der Anzahl von Items durch Alterslisten, Checklisten usw. Zwar kann dies zu einem Gefühl der besseren Handhabbarkeit führen, denn insbesondere die Sperrigkeit der ICF aufgrund der Anzahl der zur Verfügung stehenden Codes stellt Fachkräfte vor Herausforderungen (Pretis 2016). Jedoch widerspricht dieses Vorgehen der Philosophie der ganzheitlichen Betrachtungsweise (ebd.). Weiter sei laut ICF-Manual selbst eine Verwendung der Codes ohne Beurteilungsmerkmale nicht sinnvoll (DIMDI 2005), es finden sich jedoch viele Beispiele aus der Praxis, die Codes ohne Hinzuziehen von Beurteilungsmerkmalen verwenden (BAR 2016; Ziegler 2015). Für die Praxis scheint es wichtig, sich nicht im Kleinen zu verlieren, z. B. auch bezüglich der Unterscheidung Aktivität versus Partizipation oder Leistung versus Leistungsfähigkeit. Der Mehrwert der ICF im Vergleich zum Mehraufwand kann ansonsten leicht angezweifelt werden (Pretis 2016). Fachliteratur und Internet zeigen bereits viele Möglichkeiten der Verwendung der ICF, welche für die jeweilige individuelle Praxis genutzt und adaptiert werden können. Vorstellbar ist auch ein auftretendes Gefühl der Überforderung aufgrund der Vielzahl der verfügbaren Möglichkeiten. Insgesamt bedarf die Verwendung der ICF Training und Übung, um sie erfolgreich anzuwenden (ebd.). Zur Einführung kann es hilfreich sein, zunächst nur die Kurzversion zu nutzen (ebd.). Auch kann die reine Zuordnung zu den einzelnen ICF-Komponenten ein erstes Auseinandersetzen und Arbeiten mit der ICF darstellen und das Verständnis des ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells fördern. Die Verwendung von Codes kann auch ohne Hinzuziehen der Beurteilungsmerkmale ein gemeinsames Fallverständnis fördern, da eine gemeinsame Sprache genutzt wird, und das Team in einen strukturierten Austausch kommen kann. Dabei geht es nicht darum, wer beim Wählen eines Codes Recht hat, und es gibt in dem Sinne auch keine richtigen oder falschen Codes, solange beschrieben und begründet werden kann, warum ein bestimmter Code gewählt wurde (ebd.). Dies verweist auf eine weitere Möglichkeit der ICF innerhalb der Rehabilitationspädagogik: die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Als gemeinsame Metasprache geht sie über subjektive Beschreibungen und berufsspezifische Fachsprachen hinaus (ebd.) und erhöht so das Verständnis „für die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen“ (BAR 2016, 70). Die gemeinsame Sprache fördert jedoch nicht nur die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sondern hat auch Auswirkungen auf die Einbindung von Rehabilitand:innen und ihren Angehörigen (ebd.). Darüber hinaus verbessert sie die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer:innen, durch Reduktion von Missverständnissen und Ungenauigkeiten im Ausdruck (ebd.). „Die Akteure sparen damit letztlich

Zeit, welche die von einem Gesundheitsproblem Betroffenen in der Form einer intensiveren Zuwendung gewinnen können. Den Betroffenen kann so besser Hilfe wie aus einer Hand zuteilwerden, an der sie auch aktiv mitgestalten können“ (ebd., 72). Insgesamt bietet die ICF viele Möglichkeiten zur Einbindung in den rehabilitationspädagogischen Förderprozess. Die schrittweise Einführung, Nutzung vorhandener Erfahrungen anderer Einrichtungen, sowie die Nutzung bereits vorhandener Prozesse, kann den Beginn der Arbeit mit der ICF erleichtern. Die Formulierung von Teilhabezielen stellt eine konkrete Möglichkeit der Anwendung der ICF dar, welche auf die verschiedenen Bereiche und Dienste der Rehabilitationspädagogik anwendbar ist, denn die Förderung der Teilhabe ist stets oberstes Ziel.

Literatur

- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.). (2018). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn: Hausdruckerei BMAS.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eV. (2016): ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (2., überarbeitete Aufl.). Frankfurt am Main. oV.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023a): ILCID bis ICD-10. Online unter <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/Historie/ilcd-bis-icd-10.html?nn=932842>. (Abrufdatum: 14.07.2024).
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023b): ICD-10-WHO. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO. Online unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/_node.html. (Abrufdatum: 14.07.2024).
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023c): ICF Historie. Online unter <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/historie.html?nn=721746>. (Abrufdatum: 14.07.2024).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Online unter https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246. (Abrufdatum: 14.07.2024).
- Ewert, T. (2012): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 4 (55), 459-467.
- Pretis, M. (2016): ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung. München: Reinhardt. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), in der Fassung vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 412).
- Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz (o.J.a): BTHG-Kompass. Bedarfsermittlung und ICF-Orientierung. Bedarfsermittlung bei Kindern und ICF. Online unter <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-bedarfsermittlung-icf/icf/fd1-1004/>. (Abrufdatum: 14.07.2024)
- Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz (o.J.b): BTHG-Kompass. Bedarfsermittlung und ICF-Orientierung. Bedarfsermittlung. Online unter <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-bedarfsermittlung-icf/bedarfsermittlung/>. (Abrufdatum: 14.07.2024).
- Ziegler, M. (2015): Teilhabeplanung auf Grundlage der ICF - Praktische Anwendung und Umsetzung. In: Lernen fördern 2 (35), 21-22.

Autor:innen

Twent, Sophia (M.A. Rehabilitationspädagogik)
seit 2018 selbstständige Tätigkeit als ICF-CY-Trainerin, insbesondere für
Frühförderstellen und Kindertageseinrichtungen
E-Mail: sophia.twent@googlemail.com

Förderung der Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in inklusiven Kindertageseinrichtungen

Zusammenfassung

Die gleichberechtigte Partizipation ist ein Grundrecht aller Kinder und kann im Sinne der ICF als „das Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (WHO 2005, 16) definiert werden. Aktuelle Forschungserkenntnisse zeigen jedoch, dass Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in verschiedenen Bildungskontexten, auch in Kindertageseinrichtungen (Kitas), weniger partizipieren als ihre Peers. Vor diesem Hintergrund werden im vorliegenden Beitrag Maßnahmen präsentiert, wie ihre Partizipation im inklusiven Kita-Alltag gefördert werden kann. Dabei gilt es, sowohl personen- und umweltbezogene Einflussfaktoren zu berücksichtigen, als auch verschiedene Aktivitäten, wie z. B. das Freispiel, und Interaktionen mit Fachkräften und Peers so zu gestalten, dass alle Kinder unabhängig von ihren individuellen Fähigkeiten und Voraussetzungen selbstbestimmt teilhaben können.

1 Einführung

Inklusion über die gesamte Lebensspanne, von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter, stellt ein wachsendes Forschungs- und Handlungsfeld der Rehabilitationspädagogik dar. Im Fokus steht dabei auch die Partizipation von Personen mit verschiedenen Beeinträchtigungen, (chronischen) Erkrankungen oder sozialen Benachteiligungen (Schnoor 2007). Partizipation in alltäglichen Aktivitäten und Lebensbereichen, z. B. in der Schule, der Freizeit oder im Arbeitsleben, hat einen bedeutenden Einfluss auf den Erwerb von Kompetenzen sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen (Law 2002); dies gilt auch für Kinder mit einer Entwicklungsbeeinträchtigung. Internationale Studien zeigen allerdings, dass diese im häuslichen Umfeld, in Kindertageseinrichtungen (Kitas) und in der Gesellschaft durchschnittlich weniger teilhaben als Kinder ohne Entwicklungsbeeinträchtigungen (Benjamin u. a. 2017; Slavković u. a. 2021). Kitas können als bedeutender Sozialisationsraum

in der frühen Kindheit den weiteren Bildungs- und Lebensweg entscheidend prägen (Schmude 2013) und im Sinne des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK; United Nations 2006) wird zunehmend betont, dass *alle* Kinder das Recht auf Teilhabe am allgemeinen, d. h. an einem inklusiven Bildungssystem haben. Daher stellt sich die Frage, wie die Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in inklusiven Kitas individuell gefördert werden kann.

Der Begriff „Entwicklungsbeeinträchtigungen“ (engl.: developmental disabilities) wird im deutschsprachigen Raum unterschiedlich verwendet. Es handelt sich um einen Sammelbegriff: „Developmental Disabilities are a group of lifelong conditions due to an impairment in physical, learning, language, or behavior areas“ (Zablotsky u.a. 2019, 2). In Anlehnung an diese Definition aus dem angloamerikanischen Raum wird er im Folgenden für Kinder mit unterschiedlichen Förder- und Unterstützungsbedarfen genutzt, die in verschiedenen Entwicklungsbereichen auftreten, zusammenhängen und zu einer Behinderung führen können.

2 Partizipation – Begriffsverständnis und Relevanz

Unter *Partizipation* versteht man im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „das Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (WHO 2005, 16). Schon vor Einführung der ICF wurde der Begriff in der Gesundheits- und Sozialforschung verwendet und gewann seitdem auch in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik an Bedeutung (Piškur u.a. 2014; Hollenweger 2015). Die ICF lässt sich als Instrument zur Konzeptualisierung und Rahmung von Partizipation nutzen und besteht aus zwei Teilen mit je zwei Komponenten: Auf der einen Seite stehen die Kontextfaktoren, welchen sowohl Umweltfaktoren als auch personenbezogene Faktoren zugeordnet sind. Auf der anderen Seite steht der Teil der Funktionsfähigkeit und Behinderung, welchem die Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Partizipation zugeordnet sind (WHO 2005). Die ICF beschreibt damit ein biopscho-soziales Modell von Behinderung: Behinderung wird nicht als individuelles Merkmal betrachtet, sondern als das Ergebnis eines Zusammenspiels der verschiedenen Komponenten. Hollenweger (2015) kritisiert jedoch, dass entgegen diesem Verständnis in Praxis und Forschung oft weiterhin kategoriale Behinderungsbegriffe genutzt werden.

So wie Behinderung ist auch das Konstrukt der Partizipation komplex und mehrdimensional und der Begriff wird in bisherigen Forschungsarbeiten uneinheitlich genutzt bzw. häufig nur unzureichend definiert. Imms u.a. (2016; 2017) identifizierten zwei Aspekte, die Partizipation im Kern ausmachen:

attendance und *involvement*. *Attendance*, als „Dabei-sein“ übersetzt (Spreer u. a. 2019, 215), beschreibt die Anwesenheit in einer Situation und kann z. B. durch die Häufigkeit der Teilnahme an einer Aktivität erfasst werden. *Involvement* bezeichnet hingegen das Erleben von Teilhabe im Sinne des „Eingebunden-seins“ (Spreer u. a. 2019, 215), wodurch die subjektive Perspektive des Individuums mehr in den Fokus rückt. Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff „Teilhabe“ oft als Übersetzung für *participation* verwendet; so auch in der deutschen Fassung der ICF (WHO 2005) und in der UN-BRK (United Nations 2006). Jedoch findet in verschiedenen Kontexten auch eine Differenzierung statt: Dabei wird Partizipation eher demokratiebezogen als Mitbestimmung und Beteiligung an Entscheidungsprozessen gefasst (Niediek 2023) und der Begriff Teilhabe eher verwendet, wenn es um die Schaffung gleicher Chancen sowie die gleichberechtigte Teilhabe an Bildung und an der Gesellschaft geht, insbesondere für Kinder mit Behinderung. Dies gilt auch für die frühkindliche Bildung (Gebhard u. a. 2021). Prengel (2016, 10) beschreibt Partizipation in diesem Zusammenhang als „die Möglichkeit der Kinder, in ihren Lebens- und Lernzusammenhängen Einfluss zu nehmen“ und postuliert damit ein für den frühpädagogischen Diskurs weites Partizipationsverständnis, statt es auf die demokratiebezogene Bedeutung zu beschränken. Daneben existieren weitere Bezeichnungen des Konstrukts, wie der oft synonym verwendete Begriff „soziale Partizipation“ (Piškur u. a. 2014). Aufgrund dieser Kontextabhängigkeit ist es wichtig, dass Partizipation klar definiert und operationalisiert wird.

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags wird Partizipation als Zusammenspiel der Aspekte *attendance* (Teilnahme) und *involvement* (Teilhabe) verstanden, wobei die Teilnahme an einer Aktivität eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Teilhabe darstellt (Imms u. a. 2016; 2017). Der Begriff Teilhabe wird synonym zu Partizipation verwendet, wenn damit die volle Partizipation im Sinne von *involvement*, d. h. eingebunden und einbezogen sein, gemeint ist. Erst dadurch ist eine tatsächliche Mitgestaltung der eigenen Lebenssituation und Bildungs- und Förderprozesse möglich. Im Kontext der frühkindlichen Bildung lässt sich auf der einen Seite das Recht von Kindern auf Teilhabe an Bildung festhalten, auf der anderen Seite sollen dadurch Barrieren abgebaut und wichtige Grundlagen für die weitere (gesellschaftliche) Teilhabe gelegt werden (Sulzer & Wagner 2011; Gebhard u. a. 2021). Hier lassen sich enge Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Inklusion und Partizipation erkennen, denn beide haben das Ziel, die Rechte und Selbstbestimmung von Menschen zu fördern und stellen damit einen Gegenpol zu Ausgrenzung und Exklusion dar. In Bildungseinrichtungen kann Partizipation daher als ein Aspekt zur Herstellung und gleichzeitig zur Evaluation von Inklusion betrachtet werden (Maxwell u. a. 2018). So konstatiert auch Prengel (2016, 9): „Inklusion konkretisiert sich in Bildungsteilhabe und Partizipation.“

3 Kindertageseinrichtungen als Orte der Partizipation

Frühpädagogische Einrichtungen, hier zusammenfassend als Kitas bezeichnet, stellen die erste Stufe des Bildungssystems dar und übernehmen Aufgaben der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern vor dem Schuleintritt. Inklusion bereits hier zu verankern, ist ein wichtiger Baustein für den Abbau von Bildungsbenachteiligung und für die gesamtgesellschaftliche Umsetzung von Inklusion (Schmude 2013). Das Erleben des gemeinsamen Spielens und Lernens in inklusiven Kitas kann die Entscheidungen von Kindern und ihren Eltern für den weiteren Bildungsweg nachhaltig prägen (Platte 2020). Ein weites Inklusionsverständnis bezieht sich dabei auf verschiedenste Heterogenitätsdimensionen (z. B. Geschlecht, Sprache, sozioökonomischer Hintergrund; Sulzer & Wagner 2011). Im Rahmen dieses Beitrags liegt der Fokus auf Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, deren Mehrfachzugehörigkeiten aber zu berücksichtigen sind.

3.1 Inklusion in Kitas

Kinder mit einer (drohenden) Behinderung erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII oder § 35a SGB VIII, die meist in Form eines Integrationsplatzes in einer Kita oder durch Frühförderung erbracht werden. Laut des Bildungsberichtes aus dem Jahr 2020 besuchen in Deutschland immer mehr Kinder, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, inklusionsorientierte (Gruppen mit bis zu 20 % Kindern mit Eingliederungshilfe) statt separierende Einrichtungen – bundesweit handelt es sich um ca. 48 % (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020). Jedoch gibt es große Unterschiede zwischen den Bundesländern: Während beispielsweise in Berlin und im Saarland über 70 % der Kinder mit Eingliederungshilfe inklusionsorientierte Einrichtungen besuchten, waren es in Rheinland-Pfalz knapp 29 % und in Niedersachsen nur 20 % – trotz des grundlegendes Rechts aller Kinder auf die gleichberechtigte Teilhabe am allgemeinen Bildungssystem (United Nations 2006). Bisherige Studien deuten darüber hinaus auf verschiedene Vorteile und Chancen hin, die inklusive gegenüber separierenden Kitas haben; darunter die Entwicklung sprachlich-kommunikativer und sozial-emotionaler Kompetenzen sowie das Knüpfen von Freundschaften mit Peers ohne Beeinträchtigungen (Buysse & Bailey 1993; Justice u. a. 2014; Blackmore u. a. 2016). Der Forschungsstand ist jedoch heterogen und es werden auch mögliche Nachteile beschrieben – insbesondere, wenn keine zusätzliche Unterstützung zur Einbindung und Förderung der Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen vorhanden ist. Dazu gehören die Zurückweisung durch Peers oder das Szenario, dass Kinder zwar am Alltag in inklusiven Kitas teilnehmen, aber die volle Teilhabe an Aktivitäten und Interaktionen nicht verwirklicht wird (Buysse & Bailey 1993; Lloyd-Esenkaya

u.a. 2020). Folglich muss als Grundvoraussetzung für Partizipation die Möglichkeit zur Teilnahme an inklusiven frühpädagogischen Bildungs- und Betreuungsangeboten für alle Kinder sichergestellt werden. Zugleich muss ein besonderes Augenmerk den Faktoren gelten, welche die Teilhabe innerhalb der Kita fördern oder gefährden (Sulzer & Wagner 2011).

3.2 Unterstützung und Barrieren für Partizipation in Kitas

Der aktuelle Stand der Forschung zeigt, dass Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigung im Kita-Alltag oft weniger eingebunden sind oder in einem geringen Maße an Aktivitäten teilhaben als Kinder ohne Entwicklungsbeeinträchtigungen (Leung u.a. 2011; Benjamin u.a. 2017; Golubović u.a. 2022; Kuutti u.a. 2022). Zudem interagieren sie seltener mit anderen Kindern und dafür mehr mit erwachsenen Interaktionspartner:innen (Harper & McCluskey 2002; Luttrupp & Granlund 2010). In der ICF werden sowohl personen- als auch umweltbezogene Kontextfaktoren aufgeführt, die Partizipation beeinflussen (WHO 2005). Bisherige Studien bestätigen, dass beide bedeutsam sind und das Vorliegen einer Entwicklungsbeeinträchtigung nicht der alleinige Grund für eine geringere Partizipation (im Sinne der Teilhabe) von Kindern ist (Law 2002; Castro & Pinto 2015).

Personen- und umweltbezogene Einflussfaktoren

Mit Blick auf personenbezogene Kontextfaktoren sind die sprachlich-kommunikativen und sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern von besonderer Bedeutung, um in Interaktionen treten zu können, insbesondere die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme, die Gestaltung sozialer Beziehungen und Fähigkeiten der Selbstregulation (Syczewska & Licandro 2021; Kuutti u.a. 2022). (Fein-)motorische Kompetenzen spielen für die Teilnahme und Teilhabe auf dem Spielplatz oder beim Malen und Basteln eine wichtige Rolle (Harper & McCluskey 2002; Leung u.a. 2011). Weitere Studien betonen den Einfluss von umweltbezogenen Faktoren, d.h. der räumlichen und materiellen Umgebung, sowie von sozialen und einstellungsbezogenen Faktoren auf Partizipation und schreiben diesen teilweise eine größere Bedeutung zu als den personenbezogenen Faktoren (Anaby u.a. 2013; Castro & Pinto 2015). Unterstützend wirkt eine barrierearme räumliche Umgebung, wie z. B. die Gestaltung von Spielplätzen, die von Kindern mit verschiedenen motorischen und wahrnehmungsbezogenen Kompetenzen genutzt werden können. Positive Einstellungen gegenüber Behinderung im Umfeld der Kinder stellen einen weiteren unterstützenden Faktor dar; negative Einstellungen oder das Unverständnis gegenüber bestimmten Verhaltensweisen können jedoch hinderlich sein und zum Ausschluss von Kindern führen (Anaby u.a. 2013).

Dahingehend zeigt sich, dass die Unterstützung durch die Familie und Peers einerseits und durch frühpädagogische Fachkräfte andererseits einen positiven Einfluss auf die Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen haben kann. Fehlt diese, z. B. aufgrund von Personalmangel in der Kita, kann dies eine mögliche Barriere für ihre Partizipation darstellen. Als Teil der Umweltfaktoren müssen zudem familienbezogene Faktoren (z. B. sozioökonomischer Status der Eltern) berücksichtigt werden, die in der frühen Kindheit eine wichtige Rolle spielen (Golubović u. a. 2022).

Aktivitäten und Interaktionen im Kita-Alltag

Benjamin u. a. (2017) beschreiben als Barriere für die Partizipation in Kitas, dass Aktivitäten nicht an die individuellen Bedarfe aller Kinder angepasst sind, sondern teilweise zu hohe sprachliche, soziale und kognitive Anforderung stellen. Hier sind sowohl strukturierte als auch unstrukturierte Situationen zu beachten: Als strukturiert gelten Situationen mit einem klaren (zeitlichen) Ablauf, wie der Morgenkreis oder angeleitete Spiele, die den Kindern eine gewisse Handlungssicherheit bieten. Unstrukturiert sind hingegen das Freispiel oder Zeit auf dem Spielplatz, wo die Kinder sich meist selbst aussuchen können, was bzw. wie genau sie eine Aktivität ausführen möchten (Smidt & Embacher 2020). Jedoch sind strukturierte und unstrukturierte Situationen nicht immer klar voneinander abzugrenzen. Der Grad der Strukturierung kann vielmehr als Kontinuum betrachtet werden, denn auch angeleitete Aktivitäten können stärker oder schwächer strukturiert sein, genauso wie Fachkräfte das Freispiel von Kindern und dort stattfindende Peer-Interaktionen mehr oder weniger beeinflussen und unterstützen können. In diesem Zusammenhang wird in stärker strukturierten Situationen oft auch von Fachkraft-geleiteten („adult-led“) und in schwächer strukturierten Situationen von Kind-geleiteten („child-led“) Aktivitäten gesprochen, wobei sich in beiden Fällen unterscheiden kann, inwiefern Impulse vom individuellen Kind aufgegriffen werden.

Untersuchungen haben herausgearbeitet, dass die Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in stärker strukturierten Situationen höher sein kann als in schwächer strukturierten, wie z. B. dem Freispiel mit Peers (Luttrupp & Granlund 2010; Golubović u. a. 2022). Zurückgeführt wird dies auf die hohen Anforderungen, die schwächer strukturierte Situationen an Kinder und ihre sprachlich-kommunikativen und sozial-emotionalen Kompetenzen stellen. In stärker strukturierten Situationen hingegen sind der Ablauf und die Erwartungen an ihr Verhalten oft eindeutiger, außerdem geben frühpädagogische Fachkräfte mehr vor und binden Kinder möglicherweise stärker ein. Dies deckt sich mit Beobachtungen, dass Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen insgesamt weniger mit ihren Peers und stattdessen mehr mit Fachkräften interagieren als Kinder ohne Beeinträchtigungen (Luttrupp & Granlund 2010).

Jedoch kann das gemeinsame Spiel mit Peers als „Kern inklusiver Bildungsprozesse“ (Heimlich 2020, 52) betrachtet werden und bietet Kindern mit und ohne Entwicklungsbeeinträchtigungen zahlreiche Gelegenheiten, voneinander zu lernen (Licandro 2022).

4 Schlussfolgerung: Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen im Kita-Alltag fördern

Interaktionen spielen als Ort für die Aushandlung von Partizipation eine bedeutsame Rolle und werden sowohl durch individuelle personenbezogene Voraussetzungen der Interaktionspartner:innen, z. B. unterschiedliche sprachlich-kommunikative Kompetenzen (Niediek 2023), als auch umweltbezogene Faktoren beeinflusst. Diverse Studien stellen Fachkraft-Kind- und Peer-Interaktionen als zentrales Element von Partizipation heraus (Luttrupp & Granlund 2010; Coelho u.a. 2019). Dies zeigt, dass einerseits die übergeordneten stärker und schwächer strukturierten Aktivitäten, an denen Kinder im Kita-Alltag teilnehmen, und andererseits auch die konkreten Interaktionen innerhalb dieser so gestaltet sein müssen, dass alle Kinder aktiv an ihnen teilhaben können (siehe Abbildung 1).

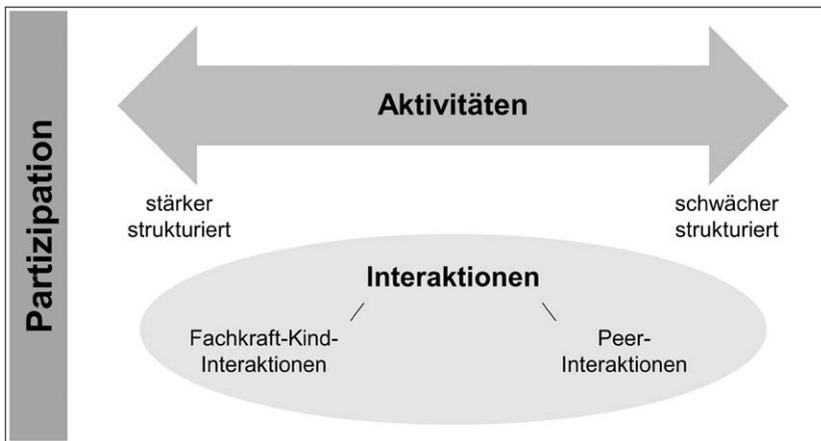


Abb. 1: Elemente der Partizipation in inklusiven Kindertageseinrichtungen

Demnach können je nach Kontext pädagogische Maßnahmen und Hilfestellungen auf unterschiedlichen Ebenen sinnvoll sein. Hinsichtlich der Umweltfaktoren sind es neben dem Klären von logistischen und baulichen Fragen (z. B. Transport zur Einrichtung, barrierefreier Zugang) häufig

Fragen bezüglich des Personals, einschließlich des Bedarfs an mehr Personal und Bemühungen zur Gewinnung von geeigneten Fachkräften, die die Arbeit in inklusiven Kitas beeinflussen (Weglarz-Ward u.a. 2019; Steed u.a. 2024). Außerdem deuten aktuelle Studien darauf hin, dass frühpädagogische Fachkräfte Inklusion zwar positiv bewerten, aber weniger positiv über ihr eigenes Wissen und ihre Fähigkeiten in der Umsetzung von Inklusion bei jungen Kindern mit Behinderungen urteilen (Yu 2019). Des Weiteren äußern sie Bedenken in Bezug auf die Schwere der Behinderung und den Grad des medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Unterstützungsbedarfs von Kindern (Steed u.a. 2024), was die Notwendigkeit qualitativ hochwertiger Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie der Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams unterstreicht.

Konkrete Maßnahmen, die laut Sarimski (2021) die Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen im inklusiven Kita-Alltag fördern können, betreffen z.B. die Gestaltung des Gruppenraums, die Zugänglichkeit von Spielsachen oder die Planung unterschiedlicher Aktivitäten. Übergeordnete Fragen, die das Team dabei unterstützen können, sind folgende (Sarimski 2021, 50):

- Welche Anregung soll das Kind bei dieser Aktivität erhalten?
- Welche Anpassungen müssen vorgenommen werden, um ihm die Beteiligung zu erleichtern?
- Welche pädagogischen Hilfen benötigt es?
- Wer übernimmt die Verantwortung für die Umsetzung der Hilfen?
- Woran können wir erkennen, dass die Unterstützung wirksam ist?

Die Aushandlung von Partizipation in Interaktionen mit anderen Kindern stellt eine Grundvoraussetzung dar, um soziale Akzeptanz zu erfahren und Freundschaften aufzubauen. Peers können darüber hinaus wichtige Rollen übernehmen, wie z.B. die Bereitstellung von geeigneten Verhaltensbeispielen, die Initiierung von Interaktionen und die Aufforderung zu und Verstärkung von Zielverhaltensweisen (Gunning u.a. 2019). Besonders Interaktionen in schwächer strukturierten Aktivitäten stellen Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen jedoch oft vor Herausforderungen (Luttrupp & Granlund, 2010; Syczewska & Licandro 2021). Bei Bedarf ist hier eine sensible und individualisierte Begleitung und Unterstützung durch frühpädagogische Fachkräfte notwendig (Dott & Licandro 2022), um zu gewährleisten, dass alle Kinder selbstbestimmt teilhaben können.

5 Ausblick

Erfahrungen und Bedingungen rund um die gelingende Partizipation von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in inklusiven Kitas stellen weiterhin ein großes Praxis- und Forschungsdesiderat dar. Vertiefte Erkenntnisse über personenbezogene und umweltbezogene Einflussfaktoren und mögliche Ansätze zur Förderung ihrer Teilhabe sind besonders wichtig, um die (rehabilitations-)pädagogische inklusive Praxis in Kitas stetig zu verbessern. Eine zentrale Rolle zur Förderung der Partizipation spielen Interaktionen mit Peers und Fachkräften im Rahmen verschiedener Aktivitäten. Relevant ist zudem ein einheitliches Begriffsverständnis von Partizipation, welches bedeutsam für die Aussagekraft und Vergleichbarkeit empirischer Studien und daraus abzuleitende Implikationen ist.

Literatur

- Anaby, D., Hand, C., Bradley, L., DiRezze, B., Forhan, M., DiGiacomo, A. & Law, M. (2013): The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: A scoping review. In: *Disability and Rehabilitation* 35 (19), 1589-1598.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020): *Bildung in Deutschland 2020. Ein indikatoren-gestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung in einer digitalisierten Welt.*
- Benjamin, T. E., Lucas-Thompson, R. G., Little, L. M., Davies, P. L. & Khetani, M. A. (2017): Participation in early childhood educational environments for young children with and without developmental disabilities and delays: A mixed methods study. In: *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics* 37 (1), 87-107.
- Blackmore, R., Aylward, E. & Grace, R. (2016): ‚One of the kids‘: Parent perceptions of the developmental advantages arising from inclusion in mainstream early childhood education services. In: *Australasian Journal of Early Childhood* 41 (2), 13-17.
- Buyse, V. & Bailey, D. B. (1993): Behavioral and developmental outcomes in young children with disabilities in integrated and segregated settings: A review of comparative studies. In: *The Journal of Special Education* 26 (4), 434-461.
- Castro, S. & Pinto, A. (2015): Matrix for assessment of activities and participation: Measuring functioning beyond diagnosis in young children with disabilities. In: *Developmental Neuro-rehabilitation* 18 (3), 177-189.
- Coelho, V., Cadima, J. & Pinto, A. I. (2019): Child engagement in inclusive preschools: Contributions of classroom quality and activity setting. In: *Early Education and Development* 30 (6), 800-816.
- Dott, J. & Licandro, U. (2022): Sprachförderung von mehrsprachigen Kindern mit Beeinträchtigungen im Vorschulalter. In: E. Wilken (Hrsg.): *Zwei- und Mehrsprachigkeit bei Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen.* Stuttgart: Kohlhammer, 50-62.
- Gebhard, B., Völlm, C. & Fink, A. (2021): Partizipation in der Frühpädagogik - die ICF als disziplinenverbindendes Element. In: *Zeitschrift für Grundschulforschung*, 14. Jg., 199-214.
- Golubović, Š., Đorđević, M., Ilić, S. & Nikolašević, Ž. (2022): Engagement of preschool-aged children in daily routines. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (22), 14741.
- Gunning, C., Breathnach, Ó., Holloway, J., McTiernan, A. & Malone, B. (2019): A systematic review of peer-mediated interventions for preschool children with autism spectrum disorder in inclusive settings. In: *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, volume 6, 40-62.

- Harper, L. V. & McCluskey, K. (2002): Caregiver and peer responses to children with language and motor disabilities in inclusive preschool programs. In: *Early Childhood Research Quarterly* 17 (2), 148-166.
- Heimlich, U. (2020): Kinder mit Behinderungen. Freies Spiel als genuiner Ort für Partizipation. In: A. König & U. Heimlich (Hrsg.): *Inklusion in Kindertageseinrichtungen. Eine Frühpädagogik der Vielfalt*. Stuttgart: Kohlhammer, 48-72.
- Hollenweger, J. (2015): Anwendung der ICF im Kontext von Lernen und Lernstörungen. In: *Lernen und Lernstörungen* 4 (1), 31-41.
- Imms, C., Adair, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P. & Granlund, M. (2016): ‚Participation‘: a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. In: *Developmental Medicine & Child Neurology* 58 (1), 29-38.
- Imms, C., Granlund, M., Wilson, P. H., Steenberg, B., Rosenbaum, P. L. & Gordon, A. M. (2017): Participation, both a means and an end: a conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. In: *Developmental Medicine & Child Neurology* 59 (1), 16-25.
- Justice, L. M., Logan, J. A. R., Lin, T.-J. & Kaderavek, J. N. (2014): Peer effects in early childhood education: Testing the assumptions of special-education inclusion. In: *Psychological Science* 25 (9), 1722-1729.
- Kuutti, T., Sajaniemi, N., Björn, P. M., Heiskanen, N. & Reunamo, J. (2022): Participation, involvement and peer relationships in children with special educational needs in early childhood education. In: *European Journal of Special Needs Education* 37 (4), 587-602.
- Law, M. (2002): Participation in the occupations of everyday life. In: *American Journal of Occupational Therapy* 56 (6), 640-649.
- Leung, G. P. K., Chan, C. C. H., Chung, R. C. K. & Pang, M. Y. C. (2011): Determinants of activity and participation in preschoolers with developmental delay. In: *Research in Developmental Disabilities* 32 (1), 289-296.
- Licandro, U. (2022). Förderung durch Peers. In: A.-K. Harr & B. Geist (Hrsg.): *Handbuch Deutschunterricht in Theorie und Praxis (DTP)*, Band Sprachförderung in Kindertagesstätten. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 186-198.
- Lloyd-Esenkaya, V., Russell, A. J. & St Clair, M. C. (2020): What are the peer interaction strengths and difficulties in children with developmental language disorder? A systematic review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (9), 3140-3166.
- Luttrupp, A. & Granlund, M. (2010): Interaction - it depends - a comparative study of interactions in preschools between children with intellectual disability and children with typical development. In: *Scandinavian Journal of Disability Research* 12 (3), 151-164.
- Maxwell, G. R., Granlund, M. & Augustine, L. (2018): Inclusion through participation: Understanding participation in the International Classification of Functioning, Disability, and Health as a methodological research tool for investigating inclusion. In: *Frontiers in Education* 3 (41), 1-16.
- Niediek, I. (2023): Partizipation. In: M. Grummt, W. Kulig, C. Lindmeier, V. Oelze & S. Sallat (Hrsg.): *Partizipation, Wissen und Kommunikation im sonderpädagogischen Diskurs*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 17-32.
- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeers, R. J. E. M., Norton, M. & Beurskens, A. J. H. M. (2014): Participation and social participation: are they distinct concepts? In: *Clinical Rehabilitation* 28 (3), 211-220.
- Platte, A. (2020): Inklusion - Implikationen eines Leitbegriffs für die Pädagogik der frühen Kindheit. In: R. Braches-Chyrek, C. Röhner, H. Sünker & M. Hopf (Hrsg.): *Handbuch Frühe Kindheit* (2. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich, 87-97.
- Prenzel, A. (2016): *Bildungsteilhabe und Partizipation in Kindertageseinrichtungen*. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 47. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Sarimski, K. (2021): *Kinder mit Behinderungen in inklusiven Kindertagesstätten*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schmude, C. (2013): Inklusion - (k)ein Thema der Frühpädagogik? In: *Frühe Bildung* 2 (4), 215-218.
- Schnoor, H. (2007): Schlusswort: Emanzipation und Behinderung. Überlegungen zu einer emanzipatorischen Rehabilitationspädagogik. In: H. Schnoor (Hrsg.): *Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen*. Stuttgart: Kohlhammer, 268-271.
- Slavković, S., Pavić, S. & Golubović, Š. (2021): The importance of assessing the pre-school children's participation at home, preschool and community setting. In: *Child Care in Practice* 30 (2), 130-140.
- Smidt, W. & Embacher, E.-M. (2020): How do activity settings, preschool teachers' activities, and children's activities relate to the quality of children's interactions in preschool? Findings from Austria. In: *European Early Childhood Education Research Journal* 28 (6), 864-883.
- Sozialgesetzbuch Aechtes Buch (SGB VIII), in der Fassung vom 11. September 2012 (BGB1. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 8. Mai 2024 (BGB1. 2021 I Nr. 152).
- Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGB1. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 8. Mai 2024 (BGB1. 2021 I Nr. 152).
- Spreer, M., Fink, A. & Gebhard, B. (2019): Stichwort Partizipation. In: *Frühförderung interdisziplinär*, 38. Jg., 214-217.
- Steed, E. A., Strain, P. S., Rausch, A., Hodges, A. & Bold, E. (2024). Early childhood administrator perspectives about preschool inclusion: A qualitative interview study. *Early Childhood Education Journal*, volume 52, 527-536. <https://doi.org/10.1007/s10643-023-01448-0>
- Sulzer, A. & Wagner, P. (2011): *Inklusion in Kindertageseinrichtungen - Qualifikationsanforderungen an die Fachkräfte. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 15*. München: Deutsches Jugendinstitut eV.
- Syczewska, A. & Licandro, U. (2021): Children who lead get the language they need!? Initiierungen von Peer-Interaktionen von Kindern im Zweitspracherwerb. In: *Frühe Bildung* 10 (2), 80-87.
- United Nations (2006): *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
- Weglarz-Ward, J. M., Santos, R. M. & Timmer, J. (2019). Factors that support and hinder including infants with disabilities in child care. In: *Early Childhood Education Journal* 47 (2), 163-173.
- WHO / World Health Organization (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*.
- Yu, S. (2019). Head Start teachers' attitudes and perceived competence toward inclusion. In: *Journal of Early Intervention* 41 (1), 30-43.
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Kogan, M. D. & Boyle, C. A. (2019): Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009-2017. In: *Pediatrics* 144 (4), e20190811.

Autor:innen

Dott, Janina (M.A.)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2581-7159>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Sprachentwicklung und -förderung, Inklusion und Partizipation in frühpädagogischen Einrichtungen

E-Mail: janina.dott@uni-oldenburg.de

Licandro, Ulla, Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5990-5029>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Diversität in Sprache und Kommunikation, Erfassung und Förderung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen in inklusiven Bildungskontexten

E-Mail: ulla.licandro@uni-oldenburg.de

Zum Fähigkeitsselbstkonzept von erwachsenen Menschen mit komplexer Behinderung

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag fokussiert erwachsene Menschen mit komplexer Behinderung, die in einer Tagesförderstätte beschäftigt sind, und fragt nach dem fähigkeitsbezogenen Selbstkonzept dieses Personenkreises. Mit der Zugehörigkeit zur Institution Tagesförderstätte ist oftmals auch verbunden, dass Menschen mit komplexer Behinderung weniger Möglichkeiten erhalten, sich als kompetent zu erleben. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer explorativ angelegten qualitativen Studie zwei Beschäftigte mit komplexer Behinderung dazu befragt, wie sie ihre Fähigkeiten einschätzen und wie sie die Einschätzung ihrer Fähigkeiten durch andere wahrnehmen. In den beiden Interviews zeigt sich, dass sich soziale Anerkennung und Fähigkeitszuschreibungen zu einem großen Teil aus der Gestaltung sozialer Beziehungen speisen.

1 Einleitung

In diesem Beitrag werden Menschen mit komplexer Behinderung fokussiert. Gemeint sind damit „Menschen, die aufgrund diverser und komplexer behinderungsbedingter Einschränkungen und sich daraus ergebenden Bedarfen, lebensbegleitend auf fürsorgliche Unterstützung angewiesen sind [...]“ (Falkenstörfer 2020, 279). Dabei liegt eine kognitive Beeinträchtigung vor und es ist es ihnen häufig nicht möglich, verbalsprachlich zu kommunizieren. Infolgedessen sind Verstehens- und Verständigungsprozesse erschwert (ebd.). Folgt man dem Verständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), so ist Behinderung nicht allein durch eine Schädigung von Körperstrukturen und -funktionen einer Person charakterisiert, sondern durch eine eingeschränkte Aktivität und Teilhabe (DIMDI 2005). Beschreibungen des Phänomens Behinderung müssen daher vor dem Hintergrund gesellschaftlich-sozialer Bedingungen

und Entwicklungen vollzogen werden (Bernasconi & Böing 2015). Zu diesen Bedingungen gehören auch sozialrechtliche Bestimmungen. So lässt sich das Merkmal der eingeschränkten Teilhabe bei Menschen mit komplexer Behinderung u.a. daran festmachen, dass diese aktuell in Bezug auf Arbeit meist eine doppelte Exklusion erfahren: Sie haben i.d.R. weder Zugang zum ersten Arbeitsmarkt noch zum Arbeits- und Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen. Das SGB IX sieht in der nachschulischen Situation im § 219 Abs. 2 eine Unterscheidung vor zwischen Menschen, die ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen und solchen, denen dieses Mindestmaß abgesprochen wird. In der Praxis zeigt sich, dass der Personenkreis, dem zugeschrieben wird, das Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung nicht erbringen zu können, äußerst heterogen ist. In der Regel besuchen sie tagesstrukturierende Einrichtungen wie Tagesförderstätten. Bisherige Studien zeigen, dass diese Einrichtungen ihre Angebote sehr unterschiedlich ausgestalten und dass Teilhabe an Arbeit je nach Einrichtung einen unterschiedlichen Stellenwert erfährt (Terfloth & Sabo 2011; Riegert u.a. 2016). In Anlehnung an Radatz u.a. (2005) wird in Bezug auf Menschen mit komplexer Behinderung häufig von arbeitsweltorientierten Tätigkeiten anstelle von Arbeitstätigkeiten gesprochen. Gemeint sind damit Tätigkeiten, die durch Unterstützung zu einer Arbeitstätigkeit hinführen und Menschen an der Arbeitswelt beteiligen.

Auch wenn in einem anthropologischen Sinne allen menschlichen Tätigkeiten die Struktur von Arbeit zugesprochen werden kann und sich Arbeit als ein Konstrukt verstehen lässt, das in gesellschaftlichen Diskursen verhandelt wird (Gröschke 2011), ist zu fragen, wodurch sich Arbeitstätigkeiten charakterisieren lassen. Folgt man den Ausführungen von Krebs (2002) so besteht ein Kernmerkmal von Arbeit darin, dass man etwas nicht (nur) für sich selbst tut. Arbeit ist demnach immer in einen (potentiellen) Leistungsaustausch eingebunden. Bei bezahlten Tätigkeiten wird Geld gegen Arbeitsleistung getauscht. Dabei stellt Geld eine sehr abstrakte Form der Anerkennung einer Leistung dar. Doch auch bei nicht-bezahlten Arbeitstätigkeiten finden Austauschbeziehungen statt, bei denen Menschen für ihre Tätigkeit Anerkennung erhalten (sollten). Ein weiteres Merkmal, das mit Arbeit verbunden werden kann, ist Kompetenzerfahrung. „Der Begriff Kompetenzerfahrung umfasst alle Möglichkeiten zur Erweiterung und Anwendung eigener Fähigkeiten sowie das Erleben der Konsequenzen eigenen Handelns für sich selbst und andere“ (Terfloth & Sabo 2011, 329).

Menschen mit komplexer Behinderung, die in Tagesförderstätten beschäftigt sind, haben vor dem beschriebenen Hintergrund oftmals weniger Möglichkeiten, Kompetenzerfahrungen zu machen und Anerkennung für arbeitsweltorientierte Tätigkeiten zu erhalten. In diesem Beitrag soll daher

der Frage nachgegangen werden, wie Menschen mit komplexer Behinderung Selbst- und Fremdbewertungen eigener Fähigkeiten wahrnehmen bzw. dazu Auskunft geben.

2 Fähigkeitsselbstkonzept bei Menschen mit geistiger Behinderung

Das Selbstkonzept wird als „mentales Modell“ (Moschner 2010, 760) beschrieben, welches ein Individuum über die eigenen Fähigkeiten und Eigenschaften entwickelt. Es nimmt einen hohen Stellenwert in der Gestaltung des eigenen Lebensvollzugs ein (Hoppe 2012). Das Selbstkonzept kann als „Form von Individualität“ (Marquard & Stierle 1979 zit. n. Schuppener 2009, 177) definiert werden, welche sich durch Selbst-Erfahrungen in Interaktion mit anderen entwickelt. Das Fähigkeitsselbstkonzept lässt sich als Teil des Selbstkonzepts verstehen und ist diesem aus Sicht hierarchischer Modelle untergeordnet (Shavelson 1976). Durch (Be-)Wertungen der eigenen Erfahrungen in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten und Leistungen entsteht ein Bild über die eigenen Fähigkeiten, welches das eigene Denken und Handeln maßgeblich beeinflusst. Daraus folgt ein Wechselspiel zwischen Erfahrungen mit der Umwelt, Bewertungen dieser Erfahrungen durch andere und durch sich selbst, und dem (Fähigkeits-)Selbstkonzept (vgl. Langenkamp 2018; s. Abbildung 1). Zusammenfassend fällt unter das „Fähigkeitsselbstkonzept [...] die Gesamtheit der kognitiven Repräsentationen eigener Fähigkeiten. Dies schließt Vorstellungen über Höhe, Struktur und Stabilität der eigenen Fähigkeiten ein“ (Hellmich 2011, 49).

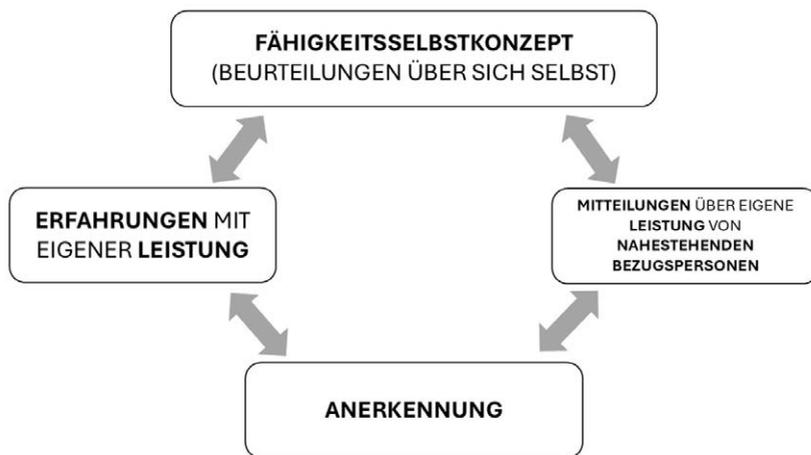


Abb. 1: Komponenten des Fähigkeitsselfkonzepts und ihre Einflussfaktoren (eigene Darstellung i. A. a. Langenkamp 2018, 12, 27ff.)

Eng verbunden mit den Selbst- und Fremdbewertungen der eigenen Leistungen bzw. den Rückmeldungen dazu ist der Begriff der Anerkennung. Der Philosoph Axel Honneth verweist auf verschiedene Dimensionen von Anerkennung. Neben Liebe (im Sinne von Anerkennung in Form emotionaler Zuwendung) und Recht (im Sinne von Anerkennung in Form kognitiver Achtung) führt er die Dimension der Solidarität an (vgl. Honneth 1992). In späteren Publikationen benennt Honneth diese Form um und wählt statt Solidarität den Begriff Leistung (Fraser & Honneth 2003). Solidarität beschreibt Honneth als symmetrische Anerkennung und führt weiter aus: „Symmetrisch muss vielmehr heißen, daß jedes Subjekt ohne kollektive Abstufungen die Chance erhält, sich in seinen eigenen Leistungen und Fähigkeiten als wertvoll für die Gesellschaft zu erfahren“ (Honneth 1992, 210). Bei Menschen mit geistiger Behinderung speist sich das Fähigkeitsselfkonzept im besonderen Maße aus den (Be-/ Auf- und Ab-) Wertungen wichtiger Bezugspersonen (Hoffmann 2018). Des Weiteren nehmen „Behinderungserfahrungen“ nach Schuppener (2009) eine besondere Bedeutung in der Identitätsentwicklung ein; u. a. in der Bedeutung von Leistungen. Menschen mit geistiger Behinderung erbringen bereits Leistungen in Situationen, die für Menschen ohne Behinderungserfahrung oftmals als Routinen oder Selbstverständlichkeiten erlebt werden, beispielsweise in Kommunikationssituationen, wenn es darum geht, sich selbst anderen verständlich zu machen (Schuppener 2009). Diese Leistungen, die

von Menschen mit geistiger Behinderung vollbracht werden, werden von Menschen ohne Behinderungserfahrung meist nicht als solche wahrgenommen bzw. anerkannt. Darüber hinaus besteht eine besondere Situation für Menschen mit komplexer Behinderung darin, dass sie seltener die Möglichkeit erhalten, sich mit ihren Fähigkeiten als wertvoll für andere bzw. in gesellschaftlichen Zusammenhängen zu erfahren. Durch die Fokussierung dessen, was eine Person mit Behinderung nicht kann, wird es der Person erschwert, sich anders als unter dem Merkmal Behinderung zu positionieren (Hetzel 2007). Dieses Verständnis wird auch von den Disability Studies geteilt und drückt sich im Konzept des Ableism aus (Bolt 2019; Campbell 2009; Goodley 2014; Maskos 2015; Maskos u. a. 2023).

Insgesamt liegen bis heute wenig Studien vor, die sich mit dem Selbstkonzept im Kontext geistiger Behinderung befassen (Falk & Sansour 2024). Insbesondere empirische Studien, die den Personenkreis selbst zu Wort kommen lassen, sind rar (Schuppener 2005; Li u. a. 2006; Bakker u. a. 2007; Donohue u. a. 2010; Huck u. a. 2010; Brabcová u. a. 2015; Szumski & Karwowski 2015; Scanlon u. a. 2019; Belmonte Almagro u. a. 2021). Eine Ausnahme stellt die Dissertation von Schuppener (2005) dar, in der Menschen mit geistiger Behinderung zu ihrer Kreativität und ihrem Selbstkonzept befragt wurden. Die befragten Menschen mit geistiger Behinderung (N = 112) waren im Kontext der WfbM und somit in Institutionen tätig, die als alternativer Arbeitsmarkt anerkannt sind. In Bezug auf das Fähigkeitsselbstkonzept kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die Befragten mit geistiger Behinderung eine positive Wahrnehmung der eigenen Leistung im Sinne einer beruflichen (künstlerischen) Tätigkeit haben (Schuppener 2005, 260).

Li u. a. (2006) führten eine empirische Studie u. a. mit dem Ziel durch, das Selbstkonzept chinesischer Erwachsener mit geistiger Behinderung in Hongkong zu erforschen. Die Ergebnisse der Studie geben Hinweise auf die Bedeutung von Leistungen und Zufriedenheit mit verschiedenen Dimensionen des Selbst für die Gruppe mit geistiger Behinderung (N = 135); die Teilnehmenden mit geistiger Behinderung waren zufriedener als die Vergleichsgruppe (Menschen ohne Behinderung) in Bezug auf Items, die sich auf das soziale Selbst und ihre Arbeitsleistung bezogen. Die Mehrheit der Studienteilnehmer:innen war erwerbstätig und erzielte einen hohen Gesamtwert für das Selbstkonzept. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine berufliche Tätigkeit Menschen mit geistiger Behinderung in die Lage versetzt haben könnte, ein positiveres Selbstkonzept zu entwickeln.

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass ein Forschungsdesiderat zur Selbstwahrnehmung von Menschen mit geistiger oder komplexer Behinderung zu ihrem Fähigkeitsselbstkonzept besteht (Schuppener 2005; Klauß 2009; Schuppener 2009).

3 Fragestellung und methodisches Vorgehen

Im Rahmen der hier dargestellten explorativen Befragung soll folgender Frage nachgegangen werden: *Welche Aussagen lassen sich über das fähigkeitsbezogene Selbstkonzept von erwachsenen Menschen, die eine Tagesförderstätte besuchen, treffen?*

Dabei ist die Frage vor dem Hintergrund der formalen Zugehörigkeit zur Institution einer Tagesförderstätte von Interesse, die mit den beschriebenen Etikettierungs- und Exklusionsprozessen in Verbindung steht.

Forschung zu Menschen mit geistiger oder komplexer Behinderung greift häufig auf die Befragung von sog. Proxys zurück. Ein Grund dafür ist, dass die Kommunikation mit dem Personenkreis aufgrund der vorhandenen kognitiven oder sprachlichen Beeinträchtigungen als erschwert gilt (Hauser 2020, 134). Das hier vorgestellte explorative Forschungsvorhaben möchte sich bewusst diesen kommunikativen und forschungsmethodischen Herausforderungen stellen und den Personenkreis selbst zu Wort kommen lassen.

Im Rahmen von leitfadengestützten Interviews wurden im Dezember 2023 zwei Personen, die in Tagesförderstätten tätig sind, befragt. Die beteiligte Tagesförderstätte wählte die Personen, die an den Interviews teilnahmen, vorab aus, wodurch hier eine Selektion durch sog. Gatekeeper berücksichtigt werden muss. Basale verbalsprachliche Fähigkeiten wurden als eine Voraussetzung gesehen, um am Interview teilnehmen zu können. Herr D.¹ und Frau A. nahmen jeweils getrennt am Interview in den Räumlichkeiten der Tagesförderstätte teil. Herr D. ist ein 19 Jahre alter junger Mann, Frau A. bezeichnet sich selbst als eine Frau in einem „schönen Alter“ (54 Jahre; D., Pos. 37). Herr D. ist weniger als ein Jahr in der Tagesförderstätte beschäftigt. Frau A. ist hingegen schon über 10 Jahre dort. Beide sind wohnhaft bei ihren Eltern. Im Vorfeld der Interviews wurden die zentralen Tätigkeiten, die in der Einrichtung durch die Beschäftigten ausgeübt werden, erfragt und in Form von Bildkarten von uns als unterstützendes Material zur Visualisierung mitgebracht. Der Leitfaden gliederte sich in Fragen nach den ausgeübten Tätigkeiten in der Tagesförderstätte sowie in Fragen zur Selbsteinschätzung und wahrgenommenen Fremdeinschätzung der eigenen Stärken und Schwächen in Bezug auf diese Tätigkeiten. Abschließend wurde nach der eigenen Zufriedenheit mit der Situation in der Tagesförderstätte gefragt.

Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgte anhand der Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) unter Kategorienbildung in MAXQDA24. Nach Kuckartz können sich „stark explorativ oder beschreibend orientierte Forschungen [...] auf die Analyse von Themen und Argumenten konzentrieren“ (Kuckartz 2018, 51). Passend für eben diese explorativ ausgerichtete Forschung erwies

1 Alle Namen wurden geändert.

sich folglich die inhaltliche Strukturierung nach Fällen und Themen anhand einer Themenmatrix (ebd.). Diese ermöglicht ein Textverständnis durch die Offenlegung und Beschreibung der Kategorien sowie die Weiterarbeit mit und am Material (konkrete codierte Textstellen) (ebd.).

4 Darstellung der Ergebnisse

Es wurden drei zentrale Hauptkategorien mit mehreren Subkategorien herausgearbeitet: *Tätigkeiten in der Tagesförderstätte, soziale Anerkennung/ Ablehnung* und *Beurteilung von Fähigkeiten*. In diesem Beitrag können die Ergebnisse nur zusammenfassend entlang der Hauptkategorien vorgestellt werden.

Beide Interviewpartner:innen nehmen auf die vorbereiteten Bildkarten keinen Bezug und beantworten die Frage nach den von ihnen ausgeübten Tätigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen. Es werden zum einen Tätigkeiten wie das Anfertigen von Karten oder das Malen und Stanzen genannt, was auf Angebote schließen lässt, die den Beschäftigten in der Einrichtung gemacht werden. Konkrete Tätigkeiten, die auf arbeitsweltorientierte Angebote hindeuten könnten, werden von Frau A. mit dem Anfertigen von Karten (stanzen und bemalen) genannt. Ob die Produkte dieser Tätigkeit für einen späteren Verkauf oder einen anders gearteten Leistungsaustausch angefertigt werden, wird nicht ersichtlich. Zum anderen werden Tätigkeiten genannt, die sich auf das soziale Miteinander beziehen, z. B. geben beide an, dass sie anderen helfen und Herr D. führt an, dass er auf andere Beschäftigte aufpasst und sie zur Ruhe auffordert: *Also, ich helfe den anderen manchmal. Die sollen mal ruhig essen. Die sollen mal ein bisschen leiser sein* (D., Pos. 120); *Ich passe auf Tina auf und auf Georg und Tina und Erika* (D., Pos. 35-38). In beiden Interviews wird auf die Frage nach dem *Was* (Tätigkeit) häufig mit *Mit wem* (soziale Komponente) geantwortet: *Ja. Also zum Beispiel hilft der Georg auch mir und Falko, Tim, Tabea, Tessa und Tim* (D., Pos. 126-131).

Zudem berichten beide von Tätigkeiten, die sie für sich allein ausüben, wie z. B. Musikhören oder Körperpflege. Hier ist nicht immer genau auszumachen, ob diese Tätigkeiten in der Tagesförderstätte oder Zuhause stattfinden. Darüber hinaus werden auch Aussagen gemacht, die schwer einzuordnen sind: Frau A. berichtet von „Rumsitzen“ (A., Pos. 26) und Herr D. von „abhängen“ (D., Pos. 63). Herr D. erklärt zudem mehrmals „ich mache gar nichts“ (D., Pos. 36, 49, 106).

Die Kategorie *soziale Anerkennung/ Ablehnung* wurde induktiv entwickelt, da die Befragten in den Interviews an mehreren Stellen über Prozesse der sozialen Anerkennung und Ablehnung berichten. Herr D. berichtet: *Also, manchmal werde ich auch mal geärgert. Und ich wurde / . Ich wurde mal geschubst. Und gemobbt wurde ich auch. Und ich wurde geschubst und geschlagen. Und ich hab*

davon Nasenbluten gehabt (D., Pos. 74-75). Daneben berichtet Herr D. aber auch von Situationen, in denen er soziale Anerkennung erfährt: *Ich habe manchmal mit Tina mal Spaß mit Frau Schmidt* (D., Pos. 110). Frau A. nimmt in ihren Ausführungen auf ein Punkte- bzw. vermutlich ein Belohnungssystem Bezug und berichtet: *Gestern habe ich mich nicht benommen* (A., Pos. 159-160).

Die dritte Kategorie *Beurteilung von Fähigkeiten* umfasst die Selbst- und wahrgenommene Fremdbeurteilung von Fähigkeiten. Herr D. nähert sich den Fragen nach der Einschätzung seiner Fähigkeiten zunächst über die von ihm erlebte Außenperspektive, indem er wiedergibt, was die anderen sagen: *Ob ich gut was kann? Aber ich /. Also so was /. Manchmal bin ich /. Die anderen, die sagen gerade, was ich sicher gut kann. Ich kann ja alles. Ich kann vieles machen. Oh, (unv.), ist alles gut* (D., Pos. 59). Weiterhin schätzt er sich selbst ein und bewertet seine Fähigkeiten an vielen Stellen positiv, so könne er z. B. gut kochen, Gitarre in einer Band und Fußball im Verein spielen, Karten basteln. Erfahrungen bzw. Bewertungen von Nichtkönnen ordnet Herr D. als „nicht so schlimm“ bzw. „egal“ ein:

Also, ich habe jetzt mal /. Was ich nicht so gut kann. Ist halt nicht so schlimm, oder? (D., Pos. 110); *I1: Genau. Findest du es schlimm, wenn andere sagen, dass du etwas nicht gut kannst? Oder ist dir das egal?/ B2: Das ist egal./ I1: Das ist dir egal. / B2: Ja.* (D., Pos. 113-116). Mehrmals wiederholt Herr D. die Worte „alles gut“ (D., Pos. 9, 59), die wie eine Versicherung verstanden werden können, dass mit ihm und seiner Situation alles in Ordnung sei.

Im Gegensatz zu Herrn D. äußert sich Frau A. kaum dazu, wie sie selbst ihre Fähigkeiten bewertet oder dies durch andere wahrnimmt. Sie sagt von sich selbst, sie sei gut im Helfen und Spülmaschine einräumen und nicht so gut im Karten basteln. Darüber hinaus äußert sie, dass sie eigentlich nicht so gerne Karten stanze, dass „aber kein Stanzen macht nicht Spaß“ (A., Pos. 33-34). Die hier verwendete doppelte Verneinung könnte so gelesen werden, dass Frau A. lieber Karten stanzt als gar keiner Beschäftigung nachzugehen. Sie spricht mehrfach ihren Ruhestand bzw. die „Rente“ an und sagt: *Aber ich würde in Rente gehen, bald ist Abschiedsfeier* (A., Pos. 33-34).

5 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass beide Proband:innen der sozialen Dimension bei den von ihnen ausgeführten Tätigkeiten eine hohe Relevanz beimessen. So lässt sich erklären, dass Tätigkeiten wie anderen helfen oder auf andere aufpassen angeführt werden. Diesen sozialen Tätigkeiten kommt möglicherweise auch eine selbstwertstützende bzw. selbstkonzeptschützende Funktion zu, da darüber *Anerkennung* erfahren wird (Fraser & Honneth 2003; Honneth 1992; Langenkamp 2018). Auch in anderen Zusammenhängen zeigt

sich, dass beide Interviewpartner:innen Anerkennung (oder auch Ablehnung) auf Situationen des sozialen Miteinanders beziehen und weniger auf arbeitsweltbezogene Tätigkeiten. Auf diese sozialen Dynamiken gehen beide von sich aus ein, ohne dass danach direkt gefragt wurde. Herr D. schildert dabei massive Erfahrungen der Missachtung, wenn er von Mobbing und körperlicher Gewalt gegen ihn berichtet. Die Ausführungen werden jedoch als in der Vergangenheit liegend kontextualisiert. Aus den Äußerungen von Frau A. lässt sich schließen, dass in der Einrichtung soziale Verhaltensweisen (das Benehmen) mit einem Punktesystem bewertet werden. Auffällig ist, dass die Einschätzung der Fremdwahrnehmung auf ihre Fähigkeiten von beiden Befragten vor dem Hintergrund ihres Verhaltens oder mit Blick auf die Anerkennung als ganze Person („manchmal bin ich ja gut“) beantwortet wird und damit auch sehr pauschal bleibt.

Dass von beiden auch Tätigkeiten genannt werden, die nicht im engeren Sinne als arbeitsweltorientiert zu werten sind, lässt sich vor dem Hintergrund des Auftrags von Tagesförderstätten einordnen (Terfloth & Sabo 2011; Riegert u. a. 2016). Anders als beispielsweise in einer WfbM kommen andere Lebensbereiche wie z. B. Freizeit hier oftmals stärker zum Tragen (Radatz u. a. 2005). Auffällig ist jedoch, dass beide Interviewpartner:innen mehrfach zum Ausdruck bringen, keinen gezielten Aktivitäten nachzugehen und die Formulierungen nichts tun, rumsitzen oder abhängen wählen. Hier lässt sich schwer einschätzen, ob diese Formulierungen auffehlende Angebote und Leerlauf in der Einrichtung verweisen oder ob sie möglicherweise als Platzhalter dienen, weil den Beschäftigten in der Interviewsituation gerade keine Tätigkeiten einfallen. Schließlich könnte auch damit zum Ausdruck gebracht werden, dass man auf die bestehenden Angebote keine Lust hat und beispielweise *lieber* „abhängen“ möchte.

Weder Frau A. noch Herr D. äußern sich zur Institution der Tagesförderstätte bzw. zu Alternativen wie der Werkstatt oder dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Als Gegenentwurf zur Einrichtung wird nur das Zuhause / Elternhaus skizziert und bei Frau A. der (bevorstehende) Ruhestand. Insofern lässt sich interpretieren, dass die Zugehörigkeit zur Institution keinen unmittelbaren Einfluss auf das fähigkeitsbezogene Selbstkonzept der beiden nimmt. Insgesamt lassen die Ergebnisse bei beiden Befragten auf ein überwiegend positives fähigkeitsbezogenes Selbstkonzept schließen, wobei soziale Prozesse einen starken Einfluss auf die Selbst- und wahrgenommene Fremdbewertung zu haben scheinen. Dies kann einerseits positiv gesehen werden, da dadurch das soziale Miteinander aufgewertet wird. Wenn jedoch soziale Verhaltensweisen bei erwachsenen Menschen bepunktet werden, muss dies als eine wenig altersadäquate Vorgehensweise durchaus kritisch gesehen werden. Darüber hinaus wäre zu fragen, ob sich Menschen mit komplexen Behinderungen nicht auch über soziales Verhalten und Alltagstätigkeiten wie Spülmaschine einräumen

hinaus als kompetent erfahren können sollten. Hier lassen die Antworten der beiden Interviewpartner:innen zumindest offen, ob die Einrichtung noch mehr und vielfältigere Angebote machen könnte, in denen sich die Beschäftigten als selbstwirksam und kompetent erfahren können. Mit Blick auf den in Arbeitsprozesse eingelassenen Leistungsaustausch (Krebs 2002) wäre darüber hinaus zu fragen, inwiefern Austauschprozesse auch über die eigene Einrichtung hinaus erfolgen und zum Beispiel im Sozialraum stattfinden. Dies wurde in den Interviews aber nicht explizit erfragt.

Die Interviews zeigen, dass die beiden Menschen mit komplexer Behinderung trotz der genannten methodischen Einschränkungen in der Lage sind, zu ihrem fähigkeitsbezogenen Selbstkonzept Auskunft zu geben. Für die Praxis der Tagesförderstätte ließe sich ableiten, dass es wichtig ist, die Leistungen von Menschen mit Behinderung wahrzunehmen, anzuerkennen und auch differenziertes Feedback zu geben. Dazu müssen auch Leistungen, die in anderen Kontexten möglicherweise als selbstverständlich gesehen werden, als solche anerkannt werden (Schuppener 2005). Gleichzeitig gilt es, Menschen mit komplexen Behinderungen auch in die Lage zu versetzen, Kompetenzerfahrungen zu machen, indem vielfältige teilhabeorientierte Angebote gemacht werden, in denen Menschen ihre Fähigkeiten anwenden, erweitern und in Austauschbeziehungen treten können (Terfloth & Sabo 2011).

Die Ergebnisse der beiden Befragungen geben lediglich einen kleinen Einblick in das fähigkeitsbezogene Selbstkonzept von zwei Menschen, die in einer Tagesförderstätte beschäftigt sind und können daher nicht als exemplarisch für den Personenkreis betrachtet, sondern lediglich als Einzelfälle gesehen werden. In der Durchführung und Auswertung der Interviews offenbarten sich einige grundlegende methodische Herausforderungen, die im Folgenden reflektiert werden sollen. Beide Proband:innen nutzen das angebotene Bildmaterial nicht zur Beantwortung von Fragen. Hier wäre zu prüfen, ob andere Formen der Visualisierung und Strukturierung für die Gesprächssituation gewinnbringender gewesen wären. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die beiden Befragten in der Interviewsituation auf die Tätigkeiten ihres Alltags tatsächlich zurückgreifen konnten oder ob die ungewohnte Situation und das Einlassen auf das Gespräch hier möglicherweise auch kognitive Ressourcen überstrapaziert haben. Handlungsorientiertere und partizipativere Methoden wie Photovoice (Wihofszky u.a. 2020) oder auch eine Befragungssituation, die direkt in den Alltag in der Tagesförderstätte integriert ist, wären vielversprechende Alternativen und hätten möglicherweise dazu geführt, dass sich die Befragten noch konkreter zu ihren Tätigkeiten und Fähigkeiten äußern. In Bezug auf die Auswertung zeigt sich, dass die Äußerungen der beiden Proband:innen in vielen Fällen verschiedene Lesarten zulassen, was eine eindeutige Zuordnung zu den gebildeten Kategorien erschwerte. Die Qualitative Inhaltsanalyse kommt

hier also an eine Grenze. Hier wäre rückblickend die Wahl eines rekonstruktiven Forschungsansatzes ergiebiger gewesen.

Trotz der genannten Einschränkungen lässt sich die positive Schlussfolgerung formulieren, dass man dem Personenkreis keineswegs absprechen darf, sich zu komplexen Themen wie dem Fähigkeitsselbstkonzept äußern zu können und eine Befragung der Menschen selbst lohnend sein kann.

Literatur

- Bakker, J. T. A., Denessen, E., Bosman, A. M. T., Krijger, E.-M. & Bouts, L. (2007): Sociometric Status and Self-Image of Children with Specific and General Learning Disabilities in Dutch General and Special Education Classes. In: *Learning Disability Quarterly* 30 (1), 47-62.
- Belmonte Almagro, M. L. & Bernárdez-Gómez, A. (2021): Evaluation of Self-Concept in the Project for People with Intellectual Disabilities: „We Are All Campus“. In: *Journal of Intelligence* 9 (4), 50.
- Bernasconi, T. & Böing, U. (2015): *Pädagogik bei schwerer und mehrfacher Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bolt, D. (2019): *Cultural Disability Studies in Education: Interdisciplinary Navigations of the Normative Divide*.
- Brabcová, D., Zárubová, J., Kohout, J., Jošt, J. & Kršek, P. (2015): Effect of learning disabilities on academic self-concept in children with epilepsy and on their quality of life. In: *Research in developmental disabilities*, 45-46, 120-128.
- Campbell, F. K. (2009): *Contours of Ableism. The Production of Disability and Abledness*. New York/London: Palgrave.
- DIMDI (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organisation.
- Donohue, D., Wise, J. C., Rowski, M., Henrich, C. C. & Sevcik, R. A. (2010): Self-concept development and measurement in children with mild intellectual disabilities. In: *Developmental neuro-rehabilitation* 13 (5), 322-334.
- Falk, K. & Sansour, T. (2024). Self-Concept and Achievement in Individuals with Intellectual Disabilities. In: *Disabilities* 2024 4 (2), 348-367. <https://doi.org/10.3390/disabilities4020023>
- Falkenstörfer, S. (2020). *Zur Relevanz der Fürsorge in Geschichte und Gegenwart. Eine Analyse im Kontext komplexer Behinderungen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Fraser, N. & Honneth, A. (2003): *Umverteilung oder Anerkennung. Eine politisch-philosophische Kontroverse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goodley, D. (2014): *Dis/Ability Studies. Theorising disablism and ableism*. Abingdon: Routledge.
- Gröschke, D. (2011): *Arbeit-Behinderung-Teilhabe: anthropologische, ethische und gesellschaftliche Bezüge*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hauser, M. (2020): *Qualität und Güte im gemeinsamen Forschen mit Menschen mit Lernschwierigkeiten: Entwurf und Diskussion von Qualitätskriterien partizipativer und inklusiver Forschung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hellmich, F. (2011): *Selbstkonzepte im Grundschulalter. Modelle, empirische Ergebnisse, pädagogische Konsequenzen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hetzl, M. (2007): *Provokation des Ethischen. Diskurse über Behinderung und ihre Kritik*. Heidelberg: Winter.
- Hoffmann, T. (2018): *Leistungsfähigkeit und Leistungsgerechtigkeit aus behinderten- und inklusionspädagogischer Perspektive*. In: T. Sansour, O. Musenberg & J. Riegert (Hrsg.): *Bildung und Leistung: Differenz zwischen Selektion und Anerkennung*, 70-80.
- Honneth, A. (1992): *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Suhrkamp.

- Hoppe, G. K. (2012): Selbstkonzept und Empowerment bei Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg: Centaurus.
- Huck, S., Kemp, C. & Carter, M. (2010): Self-concept of children with intellectual disability in mainstream settings. In: *Journal of intellectual & developmental disability* 35 (3), 141-154.
- Klauß, T. (2009): Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit – eine Einleitung. In: G. Dobslaw & T. Klauß (Hrsg.): *Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am* (Vol. 19), 4-12.
- Krebs, A. (Hrsg.). (2002): *Arbeit und Liebe. Die philosophischen Grundlagen sozialer Gerechtigkeit.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl., Grundlagentexte Methoden). Weinheim und Basel: Beltz.
- Langenkamp, I. (2018): *Stärkung des Kindlichen Selbstkonzepts: Vom Patenschaftsprojekt Bis Zur (Grund-) Schule.* Wiesbaden: Springer.
- Li, E. P. Y., Tam, A. S. F. & Man, D. W. K. (2006): Exploring the self-concepts of persons with intellectual disabilities. In: *Journal of intellectual disabilities* 10 (1), 19-34.
- Maskos, R. (2015): Ableism und das Ideal des autonomen Fähig-Seins in der kapitalistischen Gesellschaft. In: *Zeitschrift Für Inklusion*, 2. Online unter: www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/277. (Abrufdatum: 18.01.2024).
- Maskos, R., Kaiser, M., Hillerzeder, M. & Slinga (2023): „Bist Du Behindert, Oder Was?“. *Kinder Inklusiv Stärken Und Ableismussensibel Begleiten.* Berlin: Familiar Faces.
- Moschner, B. (2010). *Pädagogische Psychologie.* In: G. Steins (Hrsg.): *Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung.* Wiesbaden: Springer VS, 175-187.
- Radatz, J., König F., Bausch, M., Petri, Ch. & Humpert-Plückhahn, G. (2005): *Arbeitsfeldbezogene Bildungsbegleitung im Übergangsfeld zwischen Schule und Beruf.* In: *Impulse* 36 (12), 23-33.
- Riegert, J., Musenberg, O. & Lamers, W. (2016): *Evaluation und Qualitätsentwicklung in Tagesförderstätten - E L O Q U E N T.* unveröffentl. Abschlussbericht.
- Scanlon, G., McEntegart, C. & Barnes-Holmes, Y. (2019): The academic and social profiles of pupils with attention deficit hyperactivity disorder and mild general learning disability in mainstream education in the Republic of Ireland. In: *J Res Spec Educ Needs* 19 (4), 344-352.
- Schuppener, S. (2005): *Selbstkonzept und Kreativität von Menschen mit geistiger Behinderung.* Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schuppener, S. (2009): *Muss die Identität bei Menschen mit geistiger Behinderung beschädigt sein?* In: G. Dobslaw & T. Klauß (Hrsg.): *Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 14.11.2008 in Kassel*, 19, 45-57.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanton, G. C. (1976): Self-concept: Validation of construct interpretations. In: *Review of Educational Research* 46 (3), 407-441.
- Szumski, G. & Karwowski, M. (2015): Emotional and social integration and the big-fish-little-pond effect among students with and without disabilities. In: *Learning and Individual Differences*, volume 43, 63-74.
- Terfloth, K. & Sabo, Th. (2011): *Lebensqualität durch tätigkeits- und arbeitsweltbezogene Angebote.* In: A. Fröhlich, N. Heinen, Th. Klauß & W. Lamers (Hrsg.): *Schwere und mehrfache Behinderung interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung*, 1. Oberhausen: Athena, 345-366.
- Wihofszky, P., Layh, S., Hartung, S., Allweiss, T., Bradna, M., Brandes, S. & Gebhardt, B. (2020): *Photovoice als partizipative Methode: Wirkungen auf individueller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene.* In: S. Hartung, P. Wihofszky & M. Wright (Hrsg.): *Partizipative Forschung.* Wiesbaden: Springer, 85-141.

Autor:innen

Falk, Karoline (M. Ed.)

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Selbstkonzept im Kontext geistiger Behinderung, Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sowie mit emotional-sozialen und geistigen Behinderungen

E-Mail: karoline.falk@icloud.com

Murken, Michelle, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Lebensqualität mit chronischen Erkrankungen, Teilhabe von Menschen mit komplexen Behinderungen

E-Mail: michelle.murken1@uni-oldenburg.de

Sansour, Teresa, Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4600-4453>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pädagogische Interaktionen im Kontext geistiger Behinderung, Inklusive (Fach)Didaktik und Teilhabe von Menschen mit komplexer Behinderung

E-Mail: teresa.sansour@uni-oldenburg.de

Situationsanalyse und situatives Handeln bei Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung

Zusammenfassung

Das weiterentwickelte Modell zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (SKI; Crick & Dodge 1994; Lemerise & Arsenio 2000) wird als Grundlage für die Analyse von Situationen dargestellt, mit dem Ziel nicht gelungene Interaktionsprozesse zu „verstehen“ und alternative, tragfähige Handlungsmöglichkeiten abzuleiten. Durch die Beschreibung der einzelnen Phasen des Modells, die Formulierung von Leitfragen sowie die Übertragung auf einen Praxisfall wird das SKI-Modell für Selbstreflexions-, (kollegiale) Beratungs- sowie Supervisionsprozesse nutzbar gemacht. Hierdurch wird ein theoriebasiertes und methodisch fundiertes Vorgehen für die Analyse und Bewertung von pädagogischen Situationen angeboten.

1 Einleitung

In einer rehabilitationspädagogischen Einrichtung finden regelmäßig Fördersitzungen mit Klient:innen statt. Im Vorfeld werden Förderziele und die Anzahl der Fördereinheiten festgelegt, sodass die zuständige Rehabilitationspädagogin das Förderangebot planen kann. Einer Klientin gelingt es regelmäßig, dass die eigentlich geplante Förderung nicht umgesetzt wird und stattdessen ihre aktuellen Themen, Anliegen und Konflikte beraten werden.

- Wie könnte die Rehabilitationspädagogin in der nächsten Sitzung handeln, damit sie ihre Förderung umsetzen kann? Wie würden Sie handeln? Warum würden Sie so handeln?

In rehabilitationspädagogischen Arbeitsfeldern stellt die Auseinandersetzung mit Verhaltensweisen, die als „unpassend“, „störend“ bis hin zu „selbst- oder fremdgefährdend“ gelesen und beschrieben werden, eine zentrale Aufgabe dar. In Bildung, Erziehung, Beratung sowie Therapie erfolgt mittelbar oder unmittelbar die Arbeit mit Menschen, die auf Grund von Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung Verhaltensweisen zeigen, die negativ auf die Zusammenarbeit wirken und einen Handlungsbedarf resp. -druck zur Folge haben.

Verständnis von emotional-sozialen Beeinträchtigungen

Auf Basis einer interaktionistischen Perspektive (z. B. Stein 2019) können emotional-soziale Beeinträchtigungen als eine nicht gelungene Passung zwischen einer Person (ihren Kompetenzen) und ihrem Umfeld (unter Berücksichtigung der jeweiligen situativen Rahmung) beschrieben werden. Diese Passungsproblematik wird auf normativer Grundlage als eine Störung im Interaktionsprozess wahrgenommen und bewertet.

Die Entstehung einer Störung in der Person-Umwelt-Interaktion wird dabei vor dem Hintergrund der emotionalen und sozialen Entwicklung sowie den sich daraus ableitenden sozial-emotionalen Kompetenzen für das Handeln in sozialen Situationen betrachtet. Für die Klärung der Entstehung finden multikausale, biopsychosoziale Modelle Anwendung, welche als zentrale Bedingungsfaktoren das aktuelle Geschehen (Aktualgenese), zurückliegende biografische Erfahrungen, die Persönlichkeitsstruktur sowie genetische und organische Ursachen (Ontogenese) sowie in die Zukunft gerichtete Ziele und Motive (Futurgenese) zu Grunde legen.

Im Rahmen dieses Beitrags steht die Analyse von nicht gelungenen Interaktionsprozessen im rehabilitationspädagogischen Arbeitsfeld im Fokus, mit dem Ziel diese zu „verstehen“ und alternative, tragfähige Handlungsmöglichkeiten abzuleiten.

Der Situationsanalyse kommen in der Rehabilitationspädagogik mehrere Funktionen zu. Sie dient der

- *Selbstreflexion* erlebter Situationen bzw. des eigenen Handelns,
- kann als Methode in der *Beratung von Klient:innen* sowie der *Mediation* eingesetzt werden
- oder findet in Prozessen der *kollegialen Fallberatung* oder *-analyse* Verwendung.

In der Analyse einer Situation (sowie auch grundsätzlich in Prozessen der Diagnostik) können drei Ebenen unterschieden werden (Ricking u. a. 2021):

- wahrnehmen/beschreiben: möglichst objektive und deskriptive Beschreibung der Situation aus den Perspektiven der Beteiligten,
- verstehen/interpretieren: theoriebasierte, methodisch fundierte Analyse und Bewertung der Situation,
- handeln/intervenieren: Ableitung, Umsetzung und Evaluation von Handlungsmöglichkeiten.

In diesem Beitrag liegt der Schwerpunkt auf der zweiten Ebene und der Frage nach einem theoriebasierten und methodisch fundierten Vorgehen für die Analyse und Bewertung von Situationen. Wobei die erste und dritte Ebene ebenfalls in Ansätzen Berücksichtigung finden werden.

2 Modell zur Situationsanalyse

In der sonder- und rehabilitationspädagogischen Fachdisziplin wird das Modell zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (SKI; Crick & Dodge 1994) und dessen konzeptionelle Weiterentwicklung (Lemerise & Arsenio 2000) sowohl als grundlegender Erklärungsansatz für spezifische emotionale und soziale Beeinträchtigungen (z. B. Blumenthal u. a. 2020; Hennemann u. a. 2016) als auch als Basis für eine Vielzahl an Präventionsprogramme (z. B. Hillenbrand u. a. 2013; Koglin & Petermann 2013; Petermann u. a. 2019; Urban u. a. 2018) verwendet.

Das SKI-Modell beschreibt, wie Individuen Informationen aus der sozialen Umwelt verarbeiten und Handlungen entwickelt sowie umgesetzt werden (Crick & Dodge 1994). Lemerise und Arsenio (2000) verdeutlichen in einer Erweiterung des Modells, dass Emotionen einen bedeutsamen Einfluss auf diese Verarbeitungsprozesse nehmen. In Abhängigkeit von Alter, der sozial-emotionalen Entwicklung sowie der jeweiligen Situation bestehen individuelle Unterschiede, wie Menschen Emotionen erleben, ausdrücken und regulieren.

Das SKI-Modell kann herangezogen werden, um sozial-kompetentes Verhalten und die daraus resultierenden, gelungenen Interaktionsprozesse zu erklären. Kern dieses Beitrags ist die Nutzung des Modells zur Analyse von Situationen, in denen es nicht gelungen ist eine Passung zwischen einer Person und ihrem Umfeld herzustellen.

Auf der Grundlage von Crick und Dodge (1994) beschreiben Lemerise und Arsenio (2000), dass Denkprozesse in sozialen Situationen und die darauf aufbauende Ausführung von Handlungen nach dem SKI-Modell in sechs Phasen durchlaufen werden (siehe Abbildung 1).

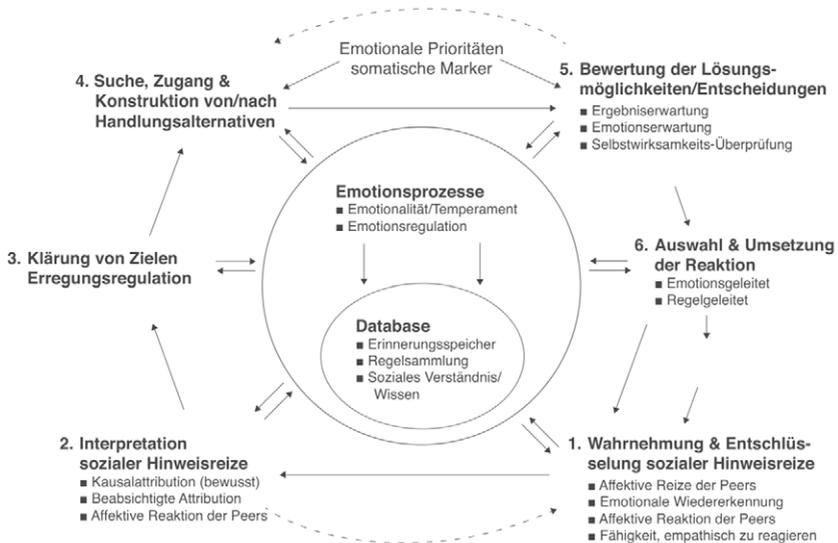


Abb. 1: Modell zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (entnommen aus Blumenthal u.a. 2020)

Die einzelnen Verarbeitungsschritte innerhalb einer Situation verlaufen schnell und parallel und beinhalten zahlreiche Rückkopplungsprozesse. Um den Prozess jedoch besser nachvollziehen zu können, erfolgt zunächst eine sequenzielle *Beschreibung* der Verarbeitungsschritte unter Berücksichtigung von Crick und Dodge (1994) sowie Lerner und Arsenio (2000). Zudem wird eine *Kontextualisierung* bezogen auf Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung ergänzend vorgenommen. Um die Anwendung des Modells für die Analyse von Situationen verstehbar und nutzbar zu machen, werden für den jeweiligen Schritt *Leitfragen* formuliert und die Anwendung exemplarisch anhand des *Praxisbeispiels* vom Beginn des Beitrags verdeutlicht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass individuelle Unterschiede auf emotionaler, sozialer und kognitiver Ebene einer Person jeden Schritt der sozialen Informationsverarbeitung beeinflussen können.

Database

Beschreibung:

Die Database kann innerhalb des Modells als Erfahrungsspeicher beschrieben werden. In ihr sind individuelle Erinnerungen, soziale Schemata, erworbene Regeln sowie soziales Wissen aus vielen sozialen Situationen gespeichert, die für die Bewertung neuer Situationen und das Ableiten von Handlungsmöglichkeiten herangezogen werden (Crick & Dodge 1994; Lemerise & Arsenio 2000). Die Database beeinflusst somit die aktuelle Wahrnehmung und Bewertung einer Situation sowie die Entscheidung für die Reaktion in dieser Situation. Neben diesen kognitiven Komponenten kann soziales Wissen ebenfalls durch Emotionen aktiviert werden (Lemerise & Arsenio 2000). Individuen treten in eine soziale Situation mit einem allgemeinen physiologischen Erregungsniveau und/oder einer Stimmung, die nicht direkt mit der aktuellen sozialen Situation im Zusammenhang stehen muss.

Kontextualisierung:

Die Entwicklung von Menschen mit Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung ist häufig geprägt durch negative Erfahrungen in Erziehungs- und Sozialisationsprozessen. Kritische Lebensereignisse, erhebliche Umweltbelastungen, genetische und organische Beeinträchtigungen, die u. a. zu Vernachlässigung, Benachteiligung, Ausgrenzung und einem Mangel an verlässlichen, tragfähigen Beziehungserfahrungen führen, wirken auf die Database (Myschker & Stein 2018).

Leitfragen:

Welche zurückliegenden biografischen Erfahrungen, Persönlichkeitsmerkmale und genetischen und organischen Bedingungen der Person wirken auf die Situation? Welche Erfahrungen wurden in bisherigen (ähnlichen) Situationen gemacht? Welches Verständnis von sozialen Regeln, Normen und Werten hat die Person?

Praxisbeispiel:

Perspektive der Klientin	Perspektive der Rehabilitationspädagogin
<ul style="list-style-type: none"> • Die Klientin handelt häufig emotional und impulsiv. Ihr Handeln ist von einer hohen Flexibilität geprägt. • Die Rehabilitationspädagogin war bisher bereit mich in der Bearbeitung von Problemen (erfolgreich) zu unterstützen. • Es ist mir wichtig diesen Konflikt zeitnah zu besprechen. • Ich darf (mit-)entscheiden wie der Termin genutzt wird. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Persönlichkeit der Rehabilitationspädagogin ist als verträglich (kooperativ, freundlich und empathisch) und gewissenhaft (organisiert, planvoll) zu beschreiben. • Ich habe bereits in vergangenen Sitzungen mein Förderangebot zurückstellen müssen, um aktuelle Anliegen mit der Klientin zu bearbeiten. • Ich bin verantwortlich für den Förderprozess und befürchte die Förderziele nicht fristgerecht erreichen zu können. • Ich entscheide über die Gestaltung des Termins.

1. Phase - Wahrnehmung und Entschlüsselung sozialer Hinweisreize:

Beschreibung:

Unter Einfluss eigener Emotionen und der Database werden in der ersten Phase soziale Hinweisreize in einer Situation wahrgenommen und kodiert. Der soziale Hinweisreiz kann die vorhandene emotionale Gestimmtheit ändern oder verfestigen (Lemerise & Arsenio 2000). Wird eine Person beispielsweise von einer Situation ausgeschlossen oder benachteiligt, geht eine emotionale Erregung damit einher. Zudem lenken vorherrschende Emotionen die Aufmerksamkeit auf ganz bestimmte Hinweisreize und blenden andere (ggf. auch relevante) Reize aus. Somit ist es unwahrscheinlich, dass Individuen alle relevanten Informationen kennen, die für die Problemlösung hilfreich wären. Die Intensität, mit der Individuen Emotionen erleben und ihre Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, beeinflussen die Wahrnehmung und welche Bedeutung der Situation zugeschrieben wird. Der Prozess der Wahrnehmung und Entschlüsselung kann zudem zu einer Veränderung der erlebten Emotionen oder der Intensität bereits vorhandener Emotionen führen (ebd.).

Kontextualisierung:

Menschen mit Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung können Schwierigkeiten haben eigene affektive Signale und die anderer zu lesen und weisen häufig Defizite in ihrem Ausdrucksverhalten auf. Diese Defizite können zu Verhaltensproblemen beitragen. Beispielsweise neigen Personen mit aggressiven Verhaltensweisen dazu, in sozialen Situationen anderen Personen eher feindselige Absichten zu unterstellen (Burks u.a. 1999). In der Konsequenz engt diese Einschätzung den Handlungsspielraum in sozialen Situationen ein. Besonders bedeutsam ist an dieser Stelle die Rückkoppelung zur Database und somit zu den bisherigen Erfahrungen eines Individuums.

Leitfragen:

Welche Hinweisreize nimmt die Person in der sozialen Situation wahr? Wie erlebt die Person die Situation? Welche Emotionen lenken die Aufmerksamkeit der Person?

Praxisbeispiel:

Perspektive der Klientin	Perspektive der Rehabilitationspädagogin
<ul style="list-style-type: none"> • Die Rehabilitationspädagogin hat die Sitzung vorbereitet und es soll ein Förderangebot umgesetzt werden. • Mich belastet ein Konflikt, den ich dringend besprechen muss. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klientin hat ein aktuelles Anliegen, das direkt (an Stelle der Förderung) bearbeitet werden soll. • Ich habe die Sorge, dass wir Ziele nicht erreichen, wenn wir die Förderung nicht umsetzen.

2. Phase – Interpretation sozialer Hinweisreize:

Beschreibung:

In der zweiten Phase erfolgt die Interpretation der sozialen Hinweisreize. Es werden Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Situation und der mit der Handlung der anderen Person verbundenen Intention interpretiert (Crick & Dodge 1994). Diese Interpretationsprozesse können durch gespeicherte Informationen (Database) beeinflusst oder gelenkt werden. Zudem können neue Interpretationen von situativen Hinweisreizen zu nachfolgenden Änderungen oder Revisionen in der Database führen.

Affektive Hinweise von anderen Personen in der jeweiligen Situation stellen zudem eine wichtige Informationsquelle für das Kodieren und Interpretieren dar. Dies unterstreicht die besondere Bedeutsamkeit der wechselseitigen Regulierungsfunktion affektiver Signale und bietet gezielte Anknüpfungspunkte für

die (rehabilitations-)pädagogische Unterstützung. Eigene und fremde affektive Signale liefern fortlaufend Informationen darüber, wie die Interaktion weiter verläuft und ermöglichen eine Verhaltensanpassung.

Der Erfolg dieses Interpretationsprozesses ist ebenfalls abhängig von der Beziehung zur wahrgenommenen Person. Somit sind soziale Hinweisreize von Eltern oder Freund:innen ggf. einfacher zu interpretieren als von fremden Personen. Zudem kann die Grundstimmung innerhalb der Gruppe, von welcher der soziale Hinweisreiz ausgeht, ebenfalls Einfluss auf die Interpretation haben. Bei einer provokanten Grundstimmung innerhalb einer Gruppe werden soziale Hinweisreize schneller als feindselig eingeordnet (Lerner & Arsenio 2000). Wenn Individuen durch die bisherige Entwicklung Emotionen vorrangig dysfunktional bzw. maladaptiv regulieren, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Defiziten bei der Verarbeitung sozialer Informationen.

Kontextualisierung:

Wie bereits unter „Database“ beschrieben, verfügen Menschen mit Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung häufig über eine Vielzahl negativer Erfahrungen, die in unterschiedlichen sozialen Situationen erworben wurden. Da die Interpretation in Rückkoppelung zur Database erfolgt, wirken die bisherigen Erfahrungen auf Bewertungsprozesse und dies kann dazu führen, dass anderen tendenziell negative Absichten zugeschrieben werden (Petermann u. a. 2019).

Leitfragen:

Wie interpretiert die Person die Situation? Zu welchem Schluss kommt die Person? Warum verhalten sich die anderen in der Situation aus Sicht der Person so? Welche Erfahrungen hat die Person bisher in ähnlichen Konfliktsituationen gemacht? Wie ist das Vertrauensverhältnis zwischen der Person und weiteren Personen in der sozialen Situation? Wie ist die Grundstimmung in der Situation/ innerhalb der sozialen Gruppe (z. B. provokante Grundstimmung)?

Praxisbeispiel:

Perspektive der Klientin	Perspektive der Rehabilitationspädagogin
<ul style="list-style-type: none"> • Die Rehabilitationspädagogin möchte ihren Plan umsetzen. • Mein aktuelles Thema ist mir wichtiger als die Förderung. • Ich habe die Rehabilitationspädagogin bisher als Unterstützung erlebt und wähle sie deshalb wieder als Ansprechperson. • Die Rehabilitationspädagogin soll flexibel agieren und sich wieder (wie sonst auch) Zeit für mein Anliegen nehmen. • Das Vertrauensverhältnis ist positiv. • Die Stimmung ist positiv und ich gehe davon aus, dass ich Unterstützung erfahre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klientin möchte über den Inhalt der Sitzung bestimmen. • Die Bedeutsamkeit der Förderung wird durch die Klientin in Frage gestellt. • Ich habe bereits in vergangenen Sitzungen „nachgegeben“ und die Förderung zurückgestellt. • Ich möchte meine Planung umsetzen. • Ich habe die Sorge, die Kontrolle über die Zusammenarbeit zu verlieren. • Das Vertrauensverhältnis ist belastet und könnte sich negativ verändern, wenn ich nicht den Bedürfnissen der Klientin nachgehe. • Die Stimmung ist angespannt, weil die Erreichung meiner Ziele (wieder) gefährdet ist.

3. Phase – Zielklärung:

Beschreibung:

Ausgehend von der Interpretation der Situation werden die eigenen Handlungsziele für den Umgang mit der Situation festgelegt. Die Zielklärung ist abhängig von den aktuellen Emotionen, die die Person in der Situation empfindet. Ziele stellen somit fokussierte Erregungszustände dar, die das Erreichen bestimmter Ergebnisse vorantreiben (Crick & Dodge 1994). Ziele können sowohl interne (z. B. Aufrechterhaltung oder Regulierung von Emotionen) als auch externe (z. B. instrumentelle Ziele, wie erster bei einem Spiel sein oder soziale Ziele, wie einen anderen dazu zu bringen, mit einem zu spielen) Zustände umfassen. Bei Wut ist es beispielsweise wahrscheinlicher, dass instrumentelle Ziele fokussiert werden, während adaptive Emotionen zu Zielen beitragen, die die Stimmung aufrechterhalten (ebd.).

Die Auswahl des Handlungsziels wird ebenfalls beeinflusst durch die Intensität des Erlebens der Emotionen und der Fähigkeit zur Emotionsregulation. Je

intensiver eine Situation erlebt wird, desto kurzfristiger werden eigene Ziele eingesetzt. Die Auswahl eines Handlungsziels kann wechselseitig auch Einfluss auf die Emotion haben (Lemerise & Arsenio 2000).

Kontextualisierung:

Individuen, die von ihren eigenen Emotionen und/oder denen anderer überwältigt sind, wählen möglicherweise vermeidende oder feindselige Ziele, um ihre eigene Erregung zu verringern. Individuen mit Defiziten bei der Erkennung affektiver Hinweise und bei der Empathie können leichter Ziele verfolgen, die destruktiv für Beziehungen sind, weil sie den „Schmerz anderer“ buchstäblich nicht spüren. Dysfunktionale Regulationsfähigkeiten können die Beurteilung der Situation aus verschiedenen kognitiven und affektiven Perspektiven beeinträchtigen und einen flexiblen Ansatz bei der Zielwahl verhindern.

Leitfragen:

Welche(s) Ziel(e) möchte die Person mit ihrer/ihrem Handlung/Verhalten erreichen? Wie intensiv erlebt die Person die Situation (ggf. skalieren)? Welches Gefühl löst die Situation bei der Person aus?

Praxisbeispiel:

Perspektive der Klientin	Perspektive der Rehabilitationspädagogin
<ul style="list-style-type: none">• Ich möchte jetzt Unterstützung für die Bearbeitung meines aktuellen Anliegens von der Rehabilitationspädagogin.• Ich möchte auch weiterhin über den Inhalt der Sitzung bestimmen können.	<ul style="list-style-type: none">• Ich möchte die geplante Förderung umsetzen.• Ich möchte die Förderziele erreichen.• Ich möchte über den Inhalt und Ablauf der Sitzung entscheiden.• Ich möchte eine gute Beziehung zu der Klientin und eine professionelle Haltung wahren.

4. Phase – Suche, Zugang und Konstruktion von/nach Handlungsmöglichkeiten:

Beschreibung:

Unter Berücksichtigung der Database werden Reaktionen auf die Situation abgeleitet. Sie werden dabei mit den Erfahrungen zum Selbstwirksamkeitserleben aus der Vergangenheit abgestimmt. Die Fähigkeit zur Emotionsregulation ist ebenfalls in dieser Phase besonders bedeutsam. Gefühle wie Wut, Angst oder Freude können unterschiedliche Reaktionen auslösen. Wenn beispielsweise Vermeidungserfahrungen mit einer Verringerung von Angst verbunden sind, kann der Abruf von Vermeidungsreaktionen Gefühle der Angst abschwächen. Die vorherrschenden eigenen Emotionen sowie die wahrgenommenen Emotionen der beteiligten Personen beeinflussen somit die Generierung der Handlungsalternativen. Umgekehrt verändert die Entwicklung bestimmter Handlungsalternativen die empfundenen eigenen Emotionen.

Erweiterung des Modells:

Eine sinnvolle Ergänzung resp. Berücksichtigung stellt in dieser Phase der Ansatz der Reaktionsmuster dar. Gemeint sind hiermit die vier grundlegenden Handlungstypen, die in sozialen Situationen Anwendung finden können.

Im Rahmen der „Reaction-Pattern-Research (RPR)“, ins Deutsche übersetzt als Reaktionsmusterforschung (RMF; Dickscheit 1998), stellten Rink u.a. (1989) auf Grundlage der Ergebnisse empirischer Untersuchungen dar, dass sich die Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit sozialen Situationen und ihren jeweiligen Rahmungen in vier grundlegende Reaktionsmustertypen unterscheiden lassen (Schmitz-Feldhaus u.a. 2012):

- Anpassung an die soziale Grenze (A) (adjustment),
- Überschreitung der sozialen Grenze (B) (limit-overstepping),
- Versuch, die Situation, in der sich die soziale Grenze zeigt, durch Aushandeln zu verändern (C) (negotiation) und
- Rückzug aus der Situation, in der sich die Grenze zeigt (D) (withdrawal/ retreating).

Bedeutsam sind die Reaktionsmustertypen insbesondere, wenn sich in sozialen Situationen die Bedürfnisse, Ziele und Wünsche der Beteiligten unterscheiden bzw. sich konträr gegenüberstehen. Die Reaktionsmustertypen stehen im direkten Zusammenhang mit der Erfüllung spezifischer Bedürfnisse (s. Abbildung 2). Beispielsweise kann „Anpassung“ dazu führen, dass eigene Bedürfnisse den Bedürfnissen anderer untergeordnet werden.

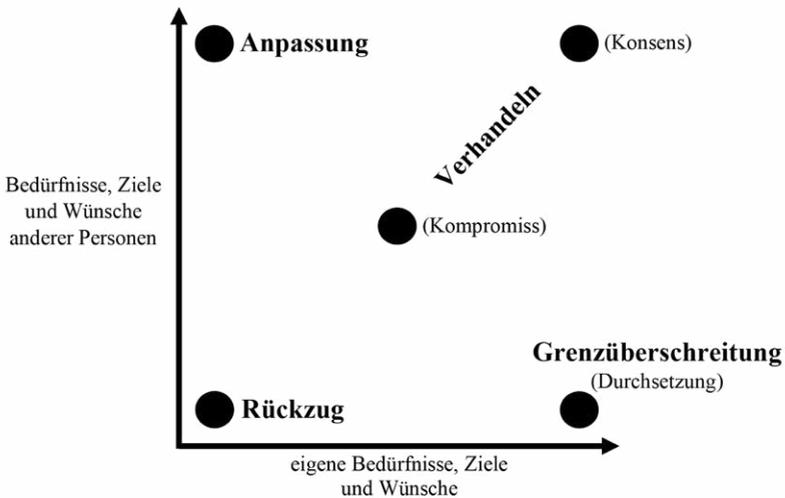


Abb. 2: Reaktionsmustertypen nach Rink u.a. (1989) (eigene Darstellung)

Das Handeln in sozialen Situationen erscheint besonders herausfordernd, wenn sich die eigenen Bedürfnisse, Ziele und Wünsche unterscheiden von den Bedürfnissen, Zielen und Wünschen anderer, beteiligter Personen, z. B. der Wunsch einer Rehabilitationspädagogin nach Durchführung der geplanten Förderung und dem Bedürfnis der Klientin ein Gespräch über eine Konfliktsituation aus dem privaten Umfeld zu führen. Im Umgang mit diesen Situationen kann gemäß der Reaktionsmusterforschung zwischen vier Handlungstypen gewählt werden. Die Rehabilitationspädagogin hat die Möglichkeit der Anpassung an die Bedürfnisse der Klientin, was ein Verzicht auf die Durchführung des Förderangebots zu Gunsten der Konfliktklärung zur Folge hätte. Die Pädagogin könnte sich durchsetzen, d.h. die geplante Förderung umsetzen und das Konfliktgespräch nicht durchführen. Die Rehabilitationspädagogin hätte weiterhin die Möglichkeit die Sitzung auf Grund der differierenden Bedürfnisse zu beenden, sodass weder die Förderung noch die Konfliktklärung erfolgt. Ebenfalls könnten die Beteiligten in Verhandlung treten, ob und wie ein Kompromiss möglich ist, welcher z. B. das Konfliktgespräch direkt im Anschluss an der Fördereinheit vorsieht.

Kontextualisierung:

Im Kontext von Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung werden bei der Handlungssuche häufig weniger verschiedene Handlungsalternativen abgeleitet und es sind vermehrt maladaptive bzw. dysfunktionale Handlungsstrategien bekannt, um die Situation für sich selbst zu bewältigen. Zudem werden die negativen Konsequenzen der maladaptiven Handlungsstrategien weniger beachtet als die kurzfristig positiven (Petermann u.a. 2019). Obwohl die negativen Konsequenzen bewusst sind, werden für die kurzfristige individuelle Zielerreichung beispielsweise Strategien wie aggressives Verhalten gewählt (De Castro u.a. 2012). Langfristige, negative Konsequenzen für das Verhalten werden dabei in der Regel übersehen. Häufig werden diese Handlungsmöglichkeiten ausgewählt, um starke negative Emotionen, wie beispielsweise Ärger, zu regulieren.

Leitfragen:

Aus welchen Handlungsmöglichkeiten kann die Person auswählen? Welches Handlungsrepertoire zur Bewältigung von Problemen / belastenden Situationen liegt vor? Wie selbstwirksam hat sich die Person bereits in bisherigen Situationen mit welchen Handlungsmöglichkeiten erlebt? Welche Bedürfnisse, Wünsche und Ziele werden von den Beteiligten in der Situation verfolgt? Welche Strategien zur Regulation von Emotionen hat die Person (z. B. external-funktional, internal-funktional, external-dysfunktional, internal-dysfunktional)?

Praxisbeispiel:

Perspektive der Klientin	Perspektive der Rehabilitationspädagogin
<ul style="list-style-type: none"> • Bisher konnte sich die Klientin „durchsetzen“ und ihr aktuelles Anliegen bearbeiten. • Das Ergebnis der bisherigen Bearbeitung aktueller Themen wird positiv bewertet. • Da die bisherige Handlungsstrategie zur Zielerreichung beigetragen hat, wird sie beibehalten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bisher hat sich die Rehabilitationspädagogin den Gestaltungswünschen der Klientin angepasst. • Die bisherige Handlungsmöglichkeit ist für die Erreichung der Ziele ungeeignet. • Der Rehabilitationspädagogin sind alternative Handlungsmöglichkeiten (Durchsetzung, Verhandeln, Rückzug) bekannt.

5. Phase – Bewertung der Lösungsmöglichkeit/ Entscheidung:

Beschreibung:

Die vierte und fünfte Phase greifen stark ineinander, beeinflussen sich gegenseitig bzw. sind meist nicht trennscharf voneinander abzugrenzen. Die Handlungsalternative, die am ehesten als erfolgsversprechend eingeschätzt wird und mit den Zielen aus der dritten Phase übereinstimmt, wird letztlich ausgewählt. Die Bewertung erfolgt im Hinblick auf die wahrscheinlichen Ergebnisse, die Ziele und das Selbstwirksamkeitserleben bei der Reaktion.

Zudem beeinflussen Emotionsprozesse den Zugang zu und die Bewertung von Reaktionen. Dies hängt auch von der Intensität, mit der Emotionen erlebt werden und der Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, ab. Individuen, die starke Emotionen erleben, sind möglicherweise zu überwältigt und zu sehr auf sich selbst fokussiert, um eine Vielzahl von Reaktionen zu generieren und sie aus der Perspektive aller Beteiligten zu bewerten.

Die Fähigkeit, Emotionen in herausfordernden Situationen zu regulieren, ermöglicht die aufwändigere Verarbeitung, die mit dem Abrufen und Bewerten verschiedener Reaktionen verbunden ist. Verfügen Individuen über funktionale Emotionsregulationsstrategien kann die Situation eher aus mehreren kognitiven und affektiven Perspektiven betrachtet werden und die Auswahl einer kompetenteren Reaktion erleichtern (Saarni 1999).

Die Beziehung oder sogar Bindung zwischen den Interaktionspartner:innen kann ebenfalls Einfluss auf den Bewertungs- und Entscheidungsprozess nehmen. Ein Individuum kann eher bereit sein, die Reaktion einer anderen Person zu berücksichtigen, wenn es sich um diese Person sorgt und möchte, dass sie sie mag.

Kontextualisierung:

Insbesondere Menschen, die häufig externalisierende Verhaltensweisen wählen, bewerten ihre ausagierende Handlungsstrategie in der Regel als erfolgreich. Eine positive Bewertung ausagierender Handlungen trägt fortlaufend dazu bei, dass diese Handlungen auch in zukünftigen sozialen Situationen häufiger ausgeführt werden (Petermann u.a. 2019).

Leitfragen:

Welche Lösungsmöglichkeit wählt die Person aus, um die Situation zu bewältigen? Von welchen Emotionsregulationsstrategien könnte dies abhängig sein?

Praxisbeispiel:

Perspektive der Klientin	Perspektive der Rehabilitationspädagogin
<ul style="list-style-type: none"> • Die Klientin entscheidet sich dafür auf die Bearbeitung des aktuellen Konflikts zu bestehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rehabilitationspädagogin entscheidet sich dafür auf die Umsetzung der Förderung zu bestehen und erst im Anschluss auf das Anliegen einzugehen.

6. Phase – Umsetzung der Reaktion:

Beschreibung:

Abschließend kommt es zur Ausführung der Handlung. Während der Umsetzung der Reaktion werden weitere soziale Hinweisreize wahrgenommen. Die Intensität, mit der Emotionen erlebt werden und Fähigkeiten der Emotionsregulation beeinflussen auch die Umsetzung der Reaktion. So wird z. B. das Wissen über bestimmte soziale Reize in stark erregenden Situationen nicht umfassend berücksichtigt.

Die Fähigkeit, situationsangemessene Emotionen flexibel zu zeigen, erfordert sowohl die Kontrolle über die eigene Ausdrucksfähigkeit als auch die Sensibilität für die Situation aus verschiedenen Perspektiven (Saarni 1999). Zudem stellen die Emotionshinweise der jeweiligen Interaktionspartner:innen eine ständige Informationsquelle über den Verlauf der Begegnung dar, die es dem Individuum ermöglicht, seine Reaktionsweise anzupassen. Somit kann eine sozial kompetente Person die Handlungsausführung noch während der Umsetzung variieren, an die Reaktionen des Gegenübers anpassen und so Einfluss auf Erfolg oder Misserfolg der Zielsetzung nehmen.

Schließlich sind emotionale Hinweise Teil der Repräsentation der Begegnungen, die wiederum in der Database des sozialen Wissens der Person gespeichert werden. Affektive Hinweise innerhalb von Situationen beeinflussen die jeweiligen Reaktionen der Interaktionspartner:innen und somit auch den Ausgang der Situation und die damit verbundenen Emotionen.

Kontextualisierung:

Durch Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung werden ggf. weitere Hinweisreize bei der Ausführung der Handlung gar nicht oder nur sehr selektiv wahrgenommen. Eine flexible Anpassung der eigenen Handlung kann demzufolge auch beeinträchtigt sein.

Leitfragen:

Nimmt die Person während der Ausführung der Handlung weitere Hinweisreize wahr? Wie reagieren die anderen Beteiligten auf die Handlung? Kann die Person während der Ausführung der Handlung ihr Verhalten an den Interaktionsprozess anpassen?

Praxisbeispiel:

Perspektive der Klientin	Perspektive der Rehabilitationspädagogin
<ul style="list-style-type: none">• Die Klientin nimmt wahr, dass die Rehabilitationspädagogin nicht bereit ist, den aktuellen Konflikt zu bearbeiten.• Die Klientin beschließt die Förderung zu boykottieren bzw. die Mitarbeit einzuschränken.	<ul style="list-style-type: none">• Die Rehabilitationspädagogin nimmt wahr, dass die Klientin sehr unmotiviert an der Förderung teilnimmt.• Sie beschließt die Förderung zu unterbrechen und diese Wahrnehmung zu thematisieren.

3 Implikationen für die Rehabilitationspädagogik

Eine angemessene sozial-kognitive Informationsverarbeitung begünstigt die sozial-emotionale Entwicklung, da sie zu einem flexiblen, situationsangemessenen und somit kompetenten resp. passenden Verhalten beiträgt (z. B. Blumenthal u. a. 2020). Menschen mit Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung können bei der Bewältigung der einzelnen Phasen dieses Modells und dementsprechend bei der angemessenen sozial-kognitiven Verarbeitung beeinträchtigt sein (Beilmann & Raabe 2007; Hennemann u. a. 2016). Aus dem Modell und den Forschungsergebnissen zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung ergeben sich Anknüpfungspunkte zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Reduktion von emotional-sozialen Beeinträchtigungen.

Konkrete Möglichkeiten zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen zeigen Hennemann u. a. (2016, 50) auf:

- Differenzierung sozialer Wahrnehmung,
- Emotionen bewusst machen und Umgang mit Emotionen üben,
- Erweiterung des Repertoires zur emotionalen Steuerung,
- Ziele klären,
- Handlungsalternativen lernen,
- Handlungsmöglichkeiten bewerten,
- Umsetzung einüben.

In den Arbeitsfeldern der Rehabilitationspädagogik kann das SKI-Modell vielfältig genutzt werden. Dieses Modell bietet eine detaillierte Aufschlüsselung, wie Menschen in einer sozialen Situation Informationen verarbeiten, interpretieren und zu einer mehr oder weniger kompetenten Entscheidung hinsichtlich des eigenen Handelns gelangen. Eine besondere Stärke dieses Erklärungsansatzes ist vor allem die Berücksichtigung affektiver Komponenten innerhalb sozial-kognitiver Prozesse. Da Emotionen in der eigenen Person und in anderen Personen dazu dienen, Begegnungen gegenseitig zu regulieren, besteht die Möglichkeit durch die Interaktion Einfluss auf jede einzelne vorherige Phase der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung zu nehmen.

Es bietet Möglichkeiten zur gezielten Identifikation möglicher Beeinträchtigungen bezogen auf einzelne Phasen und Ableitungen von Maßnahmen der gezielten Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen. Der Erkenntnisgewinn könnte durch Hinzuziehung diagnostischer Methoden zu einzelnen Bereichen unterstützt werden.

Die einzelnen Schritte und damit einhergehenden Leitfragen können auch zur Reflexion oder Analyse einer Situation im Rahmen von Fallsupervisionen oder Konfliktgesprächen hinzugezogen werden und ein regelgeleitetes Vorgehen unterstützen. Vor dem Hintergrund der Komplexität von Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung bedarf es jedoch gegebenenfalls die Verknüpfung dieses behavioral-kognitiv ausgerichteten Modells mit psychodynamisch und/oder systemisch ausgerichteten Ansätzen und Methoden.

Literatur

- Beelmann, A. & Raabe, T. (2007): *Dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Blumenthal, Y., Hillenbrand, C., Hartke, B., Hennemann, T., Casale, G., Vierbuchen, M.-C. & Hartke, B. (2020): *Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen sozialen Entwicklungsstörungen: Förderung in inklusiven Schulklassen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Burks, V. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Pettit, G. S. & Bates, J. E. (1999): Knowledge structures, social information processing, and children's aggressive behavior. *Social Development*, 8, 220-236.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994): A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social-adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- De Castro, B., Verhulp, E. & Runions, K. (2012): Rage and revenge: Highly aggressive boys' explanations for their responses to ambiguous provocation. *European Journal of Developmental Psychology* 9 (3), 331-350.
- Dickscheit, J. (1998): *Jugendliche in der Konfrontation mit sozialen Grenzsituationen: Deutscher Beitrag zur Reaktionsmusterforschung (RMF)*. Aachen: Shaker.
- Hennemann, T., Hövel, D., Casale, G., Hagen, T. & Fitting-Dahlmann, K. (2016): *Schulische Prävention im Bereich Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hillenbrand, C., Hennemann, T., Hens, S. & Hövel, D. (2013): *Lubo aus dem All! 1 & 2 Klasse. Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen (2., erweiterte Aufl.)*. München: Ernst Reinhardt.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2013): *Verhaltenstraining im Kindergarten*. Göttingen: Hogrefe.

- Lemerise, E. A. & Arsenio, W. F. (2000): An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development* 71 (1), 107-118.
- Myschker, M. & Stein, R. (2018): Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Maßnahmen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F., Koglin, U., Marées, N. & Petermann, U. (2019): Verhaltenstraining in der Grundschule: Ein Programm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen. Göttingen: Hogrefe.
- Ricking, H., Bolz, T., Rieß, B. & Wittrock, M. (2021): Prävention und Intervention bei Verhaltensstörungen. Gestufte Hilfen in der schulischen Inklusion. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rink, J. E., Vos, R. C., van Lokven, H. M. & Slagveer, C. M. (1989): Grensgevallen. De houding van jongeren t.o.v. sociale grenzen. Deel 1 Nederlandse jongeren Algemeen. Leuven/ Amersfoort: acco.
- Saarni, C. (1999): The Development of Emotional Competence. New York & London: The Guilford Press.
- Schmitz-Feldhaus, C., Rieß, B. & Wittrock, M. (2012): Jugendliche im Fokus von Dropout-Gefährdung aus dem Blickwinkel von Behavioral Literacy. In: H. Ricking & G. C. Schulze (Hrsg.): Schulabbruch - ohne Ticket in die Zukunft. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 128-146.
- Stein, R. (2019): Grundwissen Verhaltensstörungen. Baltmannsweiler: Schneider.
- Urban, M., Hövel, D. & Hennemann, T. (2018): Ben & Lee 3. und 4. Klasse. Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen in Verbindung mit fachlichen Zielen des Deutsch- und Sachunterrichts. Köln: hpa edition.

Autor:innen

Bolz, Tijs, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9611-1239>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Schüler:innen-Lehrkraft-Beziehung bei externalisierenden und internalisierenden Verhaltensproblemen, Diagnostik und Förderung im Förderschwerpunkt der emotionalen und sozialen Entwicklung, Intensivpädagogische Förderung

E-Mail: tijs.bolz@uni-oldenburg.de

Rieß, Bastian

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gestufte Unterstützungssysteme im Förderschwerpunkt ESE, Sonderpädagogische Beratungskonzepte, Bildungs- und Wissenschaftsmanagement in der sonderpädagogischen Lehramtsausbildung

E-Mail: bastian.riess@uni-oldenburg.de

Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen von Menschen in Haft

Zusammenfassung

Um Menschen in Haft für ein Leben in sozialer Verantwortung zu schulen, sind Maßnahmen zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen aus (re-)habilitationspädagogischer Perspektive essentiell für die Gestaltung des Vollzugsalltages sowie *ein* Prädiktor für eine positive Sozialprognose – aus der Perspektive der Pädagogik bei Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung.

1 Einleitung

Im Sinne einer wirksamen und nachhaltigen (Re-)Habilitation bzw. (Re-)Sozialisierung ist die Notwendigkeit der Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen von Menschen in Haft durch professionell agierendes Personal wesentlich. Dieser Beitrag fokussiert sich auf die Planung von Maßnahmen zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen von Menschen in Haft aus der rehabilitationspädagogischen Perspektive einer Pädagogik bei Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung (ESE). Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen hierbei als männlich zugeschriebene Personen, da diese, gemäß der Zahlen des Statistischen Bundesamtes, 94,12 % der Gesamtzahl der Menschen in Haft (= 44.232, Stand 31.03.2023) ausmachen, wobei die Gesamtzahl in den letzten 10 Jahren rückläufig ist, sich das zahlenmäßige Geschlechterverhältnis jedoch kaum verändert hat.

Gefängnisse sind nicht „per se unfähig zu pädagogischer Arbeit“ (von Wolffersdorff 2004, 19) – genauso wenig wie die Menschen in Haft grundlegend *böse* sind.

Ein Dualismus aus *gut* und *böse*, *glauben* und *wissen* oder *Materie* und *Geist* ist sowohl in Bezug auf die Menschen als auch in Bezug auf die Institution nicht angemessen. Einrichtungen des Justizvollzuges prägen das Leben der Menschen in Haft nachhaltig und werden in der Fachliteratur unterschiedlich titulierte: „Bildungsanstalten besonderer Art“ (Calliess 1974, 164), „Schule des

Verbrechens“ (Maelicke 2019), „Lebensschule“ (Mentz 2021) oder „Chancen-, Bildungs- und Erziehungsvollzug“ (Stelly & Thomas 2011).

(Sonder-)Pädagogik bzw. sonderpädagogische Interventionen „im Strafvollzug [sind] als Erziehung und Bildung/Ausbildung unter erschwerten Bedingungen zu verstehen“ (Myschker & Stein 2018, 414), auf dessen Grundlage das Fundament (auf)gebaut werden kann, um Menschen darin zu befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (§ 2 Satz 1 StVollzG; § 5 NJVollzG Satz 1) – ganz im Sinne einer nachhaltigen (Re-)Habilitation.

2 Entwicklungsbedarfe von (jungen) Menschen in Haft

Junge Menschen in Haft sind ein marginalisierter, von ökonomischen Krisen geprägter und einem charakteristischen Mangel an Partizipation und von kohärenten Bildungsverläufen in der Regel ausgeschlossener Personenkreis (u. a. Herz 2021), die in ihrer Biografie soziale Ausgrenzung, (systemische) Diskriminierungserlebnisse und/oder strukturelle Barrieren (u. a. Kaplan & Schneider 2020; Stelly u. a. 2014) erlebt haben. Die Bedarfe der Menschen in Haft sind in der Nomenklatur der sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfe „zu weiten Teilen derjenigen Gruppe von Jugendlichen mit psychosozialen Beeinträchtigungen [zuzuordnen], die [...] als Förderschwerpunkt ‚Emotional-soziale Entwicklung‘ ausgewiesen ist“ (Fickler-Stang & Weiland 2020, 190), was u. a. auf Aspekte von Bildungsbenachteiligungen, Lernschwierigkeiten, psychischer und sozialer Belastung (u. a. Bihs u. a. 2015; Matt & Maul 2005; Walkenhorst & Fehrmann 2018) zurückzuführen ist. Exemplarische Beeinträchtigungen von delinquenten Heranwachsenden stellen manifestierte psychosoziale Beeinträchtigungen und massive Verhaltensauffälligkeiten (Fazel u. a. 2008) sowie negative Schulerfahrungen (Zabel & Nigro 1999) dar.

Die Ätiologie von Delinquenz ist multifaktoriell bedingt und bietet fruchtbaren Boden für das Aufkommen von Entstehungsdebatten zwischen den einzelnen Fachdisziplinen. Da dieser Diskurs peripher in der Betrachtung dieses Beitrages bleibt, bedarf es einer Fokussierung, weswegen nachfolgend davon ausgegangen wird, dass delinquentes Verhalten als „hilflose Reaktion auf eine zu frühe und konflikthafte Ablösung von den Eltern, auf schlechte Noten in der Schule und auf missglückte Beziehungen und Bindungen im Freundeskreis“ (Hurrelmann & Quenzel 2022, 212) bzw. der Zugehörigkeit zu einer delinquenten Gruppe zurückgeführt werden kann und geht nach Eifler und Schepers (2018) einher mit defizitären sozialen Ressourcen und niedrigen personalen Ressourcen. Es weist somit eine hohe Komorbidität in den heterogenen antisozialen Handlungsformen von jungen Menschen in Haft auf, die im individuellen Entwicklungsverlauf auf vielfältige Weise zusammenhängen

(Beelmann & Raabe 2007; Loeber & Hay 1997), weswegen sich aus (re-)habilitationspädagogischer Sicht diverse Anknüpfungspunkte eröffnen, die eine Förderung der Persönlichkeit und Teilhabesicherung (Walkenhorst 2002a; 2002b) erfordern.

Hiervon ausgehend muss klar darauf verwiesen werden, dass eine große Zahl der (jungen) Menschen in Haft nicht bildungsfern sind – im Gegenteil sogar: Sie sind „streetmart“ bzw. „streetwise“ (Krause 2020). Diese Begriffe beschreiben im angloamerikanisch-urbanen Sprachgebrauch die Fähigkeit (junger) Menschen, informelle, auf der Straße erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten zu nutzen, um diese in ihrem urbanen Umfeld wirksam einzusetzen. In einem bildungssprachlichen Kontext wird „streetmart“ als informell erworbene soziale Intelligenz betrachtet, die auf den spezifischen Anforderungen und Herausforderungen des urbanen Lebens basiert und nicht unbedingt durch formelle Bildungswege erworben wurde (Krause & Wittrock 2020). Diese *Streetsmartness* umfasst oft pragmatische Überlebensstrategien und soziale Kompetenzen, die außerhalb formaler Bildungsstrukturen erworben werden. Dabei können Fähigkeiten wie intuitive soziale Interaktion, Anpassungsfähigkeit an lokale Normen und informelles Erlernen von Überlebensstrategien im urbanen Umfeld im Vordergrund stehen. Das klerikale und feudale Bildungsverständnis der meinungsbildenden Eliten (hierzu Hiller 2012) geht damit jedoch nicht einher, weswegen *abweichendes Wissen* (*streetmart*; Krause 2020) nicht mit derselben Anerkennung gesellschaftlich honoriert wird wie schulisches/akademisches Wissen. Gleiches gilt auch für von der Umwelt als abweichend erlebte Verhaltensweisen: Denn abweichendes Verhalten ist das Verhalten, das von meinungsbildenden Eliten zur Ächtung freigegeben ist (Goffman 1967/2020). Diese Fähigkeiten können in manchen Fällen auch mit delinquentem Verhalten oder Straftaten in Verbindung stehen, wenn sie in unangemessener Weise genutzt werden.

„Nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende“, sollte somit entsprechend der kohärenten Theorie des Schweizer Heilpädagogen Paul Moor (1965), eine der wichtigsten Grundlagen der (rehabilitations-)pädagogischen Arbeit in Einrichtungen des Justizvollzuges sein, denn *Verhaltensstörungen* fallen *nicht* vom Himmel! Die Herausbildung von „Verhaltensstörungen“, von normabweichendem Verhalten (u. a. Hillenbrand 2008; Myschker & Stein 2018; Vernooij & Wittrock 2008), ist stets ein Prozess, ebenso aber auch die Herausbildung einer (psychischen) Widerstandsfähigkeit – ganz im Sinne einer *Nach-Sozialisierung* (Walkenhorst 2002b, 322).

3 Emotionale und soziale Kompetenzen von (jungen) Menschen in Haft

Emotionale und soziale Kompetenzen sind (lebens-)wichtige Fähigkeiten, die bei (jungen) Menschen in Haft gefördert werden sollten. Die Förderung von emotionalen und sozialen Kompetenzen ist als zentrale Aufgabe formaler und non-formaler Bildung zu verorten: Eine Förderung auf Ebene der non-formalen Bildung (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022) bzw. des informellen Lernens (Krause & Wittrock 2020) beinhaltet „Indikatoren der Selbststeuerung und Selbstregulation sowie [der] sozioemotionalen Fähigkeiten“ (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022, 337). Saarni (1999) definiert emotionale Kompetenz als die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, zu verstehen, auszudrücken und zu regulieren. Dabei wird dem Erleben von Selbstwirksamkeit eine besondere Bedeutung zugewiesen. In Ergänzung hierzu definieren Payton und Kolleg:innen (2000) u. a. soziale und emotionale Schlüsselfertigkeiten als Fähigkeiten, die es jungen Menschen ermöglichen, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, Konflikte zu lösen und Entscheidungen zu treffen. Diese Fähigkeiten umfassen Empathie, Selbstbewusstsein, Selbstregulierung, soziale Kompetenz und Problemlösungsfähigkeiten. Es ist wichtig, dass junge Menschen in Haft diese Fähigkeiten erwerben, um ihre sozialen und emotionalen Bedürfnisse zu erfüllen und ihre Chancen auf eine erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung in die Gesellschaft zu erhöhen.

4 Förderung

Bei der Anordnung eines Freiheitsentzugs geht es nicht primär darum, delinquente junge Menschen vom gesellschaftlichen Leben zu exkludieren, sondern vielmehr um ihre (Re-)Habilitation und (Re-)Sozialisierung. Es geht weniger um Bestrafung oder darum, delinquente Menschen vom gesellschaftlichen Leben fernzuhalten, sondern vielmehr darum, sie für ein Leben in sozialer Verantwortung zu schulen. Eine sonderpädagogisch-ausgerichtete Rehabilitationspädagogik bietet an dieser Stelle eine Vielzahl an Möglichkeiten sowie Chancen – für die (jungen) Menschen in Haft und für die Gesellschaft; beispielsweise in Anlehnung an die unterschiedlichen Ebenen von formaler und informeller Bildung (hierzu u. a. Borchert 2016; Krause & Wittrock 2020), die in Einrichtungen des Justizvollzuges – gewollt und ungewollt – stattfinden. Es bedarf der Schaffung einer Lernumwelt (im Sinne von Croizer & Friedberg 1993), die als Resultat individuelle Handlungen sowie vorgefundene und teilweise aufgezwungene Bedingungen für individuelles Handeln repräsentieren. Die Einrichtung des Justizvollzuges ist somit als ein Anbieter von Lerngelegenheiten zu betrachten. Walkenhorst (2002a) fordert, bezogen auf Einrichtungen

des Jugendvollzuges, die ganzheitliche Betrachtung des Jugendstrafvollzugs als „gute Schule“ und befürwortet die Fokussierung des gesamten Vollzugsalltages als Lernumwelt, besonders bezogen auf das Konstruieren und Ermöglichen von Lerngelegenheiten für die Ausbildung eines sozial verantwortlichen Verhaltens.

Eine wichtige Bedeutung ist gleichermaßen dem pädagogisch-therapeutischen Milieu in der Institution zuzuschreiben, welches nach Nielsen und Bilke-Hentsch (2017, 62; bezugnehmend auf den klinischen Kontext), eine „starke präventive Wirkung gegenüber destruktivem kriminellen Verhalten“ hat, was sie anhand folgender Faktoren operationalisieren: „Gelebte Normen und Werte, die geprägt sind durch ein gewaltfreies Klima, tragfähige und zuverlässige wertschätzende Beziehungen mit realistischer Zukunftsperspektive und einen weitgehend partizipativen Einbezug des Jugendlichen“ (ebd.). Es geht also auch um die Stärkung der Resilienz, d.h. den Abbau von Risikofaktoren und den Aufbau von Schutzfaktoren (Fröhlich Gildhoff & Rönnau Böse 2022).

Auf Grundlage einer sonderpädagogischen Diagnostik kann der individuelle Förderungs- und Erziehungsbedarf der (jungen) Menschen in Haft festgestellt werden, um dies in der Vollzugsplanung in die Gestaltung der Haftzeit als Fördermaßnahme einfließen zu lassen – unter Mitwirkung der (jungen) Menschen in Haft. Eine sinnvolle Auswahl, Planung sowie Durchführung von rehabilitationspädagogischen Maßnahmen ist an dieser Stelle ausschlaggebend für (re-)habilitative Förderungs- und Erziehungskonzepte, weswegen Lernverlaufsdiagnostiken, die aus dem schulischen Umfeld vertraut sind, an dieser Stelle auch eine Nennung finden soll(t)en.

Für eine positive Förderung dieser Fähigkeiten *für* seine und *in* seiner Entwicklung benötigt jeder Mensch inneren und äußeren Halt (Moor 1965):

Alle die keinen inneren Halt besitzen, brauchen Menschen, die ihrerseits einen inneren Halt besitzen, als äußeren Halt. Dieser kann aus Strukturen, Lebensfreude, Hilfe bei der Lebensgestaltung und Alltagsbewältigung bestehen.

Ziel der pädagogischen Arbeit mit Menschen in Haft sollte somit sein, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und subjektiv als negativ wahrgenommenen Stressfolgen umgehen zu können, d.h. die Resilienz des Gegenübers erhöhen. Überträgt man die Perspektive von Moor (1965) auf Einrichtungen des Justizvollzuges, so bezieht sich äußerer Halt auf die Schaffung einer Umgebung in Einrichtungen des Justizvollzuges, die den Menschen klare Grenzen setzt und ihnen Struktur sowie Unterstützung bietet. Dies ist bereits durch die Implementierung von Regeln und Vorschriften der Institution sowie dem Haftalltag gegeben – also mit dem Beginn der Haftzeit. Außerdem ist die Förderung von Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten und die Bereitstellung von sozialen Diensten und Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung als

unterstützende Form des äußeren Halts in Einrichtungen des Justizvollzuges institutionell-gesichert aufzufinden.

Der ganzheitliche Ansatz nach Moor, der sowohl die individuelle Verantwortung als auch die äußeren Bedingungen berücksichtigt, wird durch die Kombination in Einrichtungen des Justizvollzuges bereits angestrebt. Maßnahmen zur Förderung bzw. Ausbildung des inneren Halts sind jedoch nicht gesichert zugänglich.

Für eine (re-)habilitativ-pädagogisch ausgerichtete Arbeit bedarf es somit einer Fokussierung auf die Entwicklung einer inneren Haltung bei Menschen in Haft (innerer Halt), die sie dazu befähigt, ihre Verantwortung für ihr Handeln anzuerkennen und positive Veränderungen anzustreben. Dies kann durch interprofessionelle Teams im Aktionsrahmen von therapeutischen Interventionen, (informellen) Bildungs- und Lernprogrammen sowie durch soziale Unterstützung erreicht werden. Aus Sicht der Pädagogik bei Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung bedarf es – unabhängig vom Grund sowie der Dauer der Inhaftierung – (re-)habilitations-pädagogisch ausgerichteter Kompetenztrainings zur Ausbildung einer sozial-adäquaten inneren Haltung von (jungen) Menschen in Haft. Es gilt eine Sensibilisierung der (jungen) Menschen dafür zu schaffen, dass es gewisse Herausforderungen im Leben gibt, die sie selbst bereits (unfreiwillig) erfahren haben.

Einrichtungen des Justizvollzuges spiegeln hinsichtlich der Personengruppe eine hohe Selektion wider, obgleich die Biografien mannigfaltig sind. Fördermaßnahmen agieren stets auf der Ebene der selektiven Prävention (Gordon 1983), da auf Basis der Gruppen mit vergleichbaren Vorgeschichten die entsprechenden Bedürfnisse bedient werden.

Die Auswahl an universellen Angeboten, Trainings und Maßnahmen zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen ist vielfältig, jedoch sind nicht alle für die Rahmung (hierzu weiterführend: Alber, Kaiser & Schulze 2018), die Durchführungsdauer, das Alter und noch viel weniger für die Belange von Marginalisierten und Prekarisierten ausgelegt, wodurch sich die vielfältige Auswahl auf ein Minimum reduziert. Es ist ein nahezu unüberwindbarer Widerspruch zur Realität, stets eine vollständige Passung der auf dem Markt verfügbaren sowie konzipierten Maßnahmen und der Gruppe an Teilnehmenden sowie den individuellen Bedürfnissen zu finden. Die Kulmination aller Faktoren erfordert seitens des professionell-agierenden Personals eine besondere Form der Anpassung von Konzepten und Maßnahmen. Im Folgenden sind für die Schaffung einer bestmöglichen Passung einige handlungsleitende Kriterien skizziert, die bei der Planung oder Adaption einer Maßnahme unterstützend dienen sollen:

Vor der Durchführung

- Anwendung sonderpädagogischer Diagnostik, um individuelle Bedürfnisse und Potenziale der Teilnehmenden zu identifizieren
- Spezifikation der Zielgruppe im Vorfeld, um eine gezielte und bedarfsge-rechte Förderung zu ermöglichen
- Adaption bestehender universeller Förderkonzepte innerhalb des Gesamtgefüges des Justizvollzuges, um eine effektive Integration in die *totale* Rahmung (Goffman 1973/2020) zu gewährleisten
- Implementierung selektiver Maßnahmen, die auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe(n) abgestimmt sind
- Berücksichtigung der Gruppenzusammensetzung der Teilnehmenden, um potenzielle negative Auswirkungen der Förderung in bestimmten Kombinationen zu vermeiden (Dishion, McCord & Poulin 1990)
- Planung einer Lernverlaufsdagnostik, um Kompetenzzuwachs zu visualisieren.

Während der Durchführung

- Partizipativer Einbezug der (jungen) Menschen in Haft, um die Förderung gemeinsam *mit ihnen* zu gestalten und nicht lediglich *für sie*
- Sensibilisierung für die Erkenntnis, dass Herausforderungen ein integraler Bestandteil des Lebens sind, denen man konstruktiv – im Sinne einer sozial-adäquaten sowie gesellschaftlich-akzeptierten Reaktion – begegnen muss
- gezielte Förderung und aktiver Umgang mit Emotionen, um die emotionalen sowie sozialen Kompetenzen der Teilnehmenden zu stärken und situationsbezogen anhand der Lebenswelt aufzugreifen
- Vermittlung von Fähigkeiten im Umgang mit Regeln und sozial-akzeptiertem Verhalten, einschließlich der Einhaltung von (gut begründeten) gesellschaftlichen Normen
- Förderung des selbstbewussten Handelns und Erlernen sozial-verantwortlicher Konfliktlösungsstrategien als wichtige Elemente der sozialen Kompetenz
- Fortlaufende Lernverlaufsdagnostik im Rahmen einer Portfolioarbeit durch die Teilnehmenden.

Nach der Durchführung

- Reflexion der Maßnahme unter Zuhilfenahme des Portfolios
- Follow-up-Treffen nach Abschluss der Maßnahme.

Für die praxisnahe Verfolgung dieses Ziels bedarf es nicht nur einer Berücksichtigung der zuvor genannten Kriterien, sondern auch einer (sonder-)pädagogischen Haltung des professionell-agierenden Personals in Einrichtungen des Justizvollzuges:

- eine lesbare (im Sinne der Behavioral Literacy; Schmitz-Feldhaus & Wittrock 2015), unmissverständliche sowie vorab begründete eigene *Haltung* bzw. transparente Handlungsmuster
- *Modeling* (Vormachen und Erklären) von emotionalen sowie sozialen Handlungen, um Transparenz sowie Verständnis zu schaffen
- adressatenangepasste Sprache in Form von klaren sowie eindeutigen Erklärungen und Anweisungen
- Veränderung und Öffnung des *Settings* im Hinblick auf die Grenzen, die in der *totalen* Rahmung (Goffman 1973/2020) einer Einrichtung des Justizvollzuges möglich sind
- förderliche Interaktionsbeziehung zwischen Teilnehmenden sowie professionell agierendem Personal
- Selbstwirksamkeit(-serleben) ermöglichen
- Frustrationsverminderung schaffen und Frustrationstoleranz erhöhen
- (realistische) Perspektiven eröffnen
- mehrdimensionale Interpretation von Verhaltensweisen fördern
- Versorgung mit emotionalen und sozialen Grundbedürfnissen
- Ermöglichen Gefühle spüren, zeigen sowie erfahren zu lassen (sofern die Teilnehmenden sich dafür offen zeigen)
- handlungsleitende Modelle anbieten sowie das Verhaltensrepertoire verbreitern
- gesellschaftliche Werte vermitteln, verdeutlichen und erfahrbar machen.

Da es nicht eine universelle Maßnahme zur Förderung der emotionalen und sozialen Kompetenzen von (jungen) Menschen in Haft gibt und die Menschen genauso unterschiedlich sein werden, wie die Gründe der Inhaftierung, so bedarf es einmal mehr dem (sonder-)pädagogischen Engagement des professionell-agierenden Personals, um eine zielgruppenadäquate Förderung der emotionalen und sozialen Kompetenzen zu schaffen. Dies sollte deutlich machen, wie wichtig entsprechende Fortbildungsangebote für das Personal in Einrichtungen des Justizvollzuges sind.

5 Ausblick

Durch die (re-)habilitative Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen von Menschen in Haft haben Professionelle einen großen Einfluss dazu beizutragen, dass delinquente Verhaltensweisen – speziell bei jungen Menschen – lediglich ein passageres Episodenphänomen darstellen. Ausblickend sei an dieser Stelle auf das Bewusstsein aller Fachpersonen in Einrichtungen des Justizvollzuges darüber verwiesen, dass wenn die (emotionalen und sozialen) Bedarfe von Menschen komplettiert werden, sie sich auch gleichzeitig kompetenter in abweichende Richtung entwickeln können – wider der eigentlichen Absicht der Förderung. Dies soll jedoch nicht davon abhalten, sich dem (re-)habilitativen Themenfeld in der alltäglichen Arbeit zuzuwenden, sondern darin bestärken, das *Fehlende* für ein Leben in sozialer Verantwortung zu komplementieren.

Literatur

- Alber, J., Kaiser, S. & Schulze, G. C. (Hrsg.). (2018): Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.). (2022): Bildung in Deutschland 2022. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zum Bildungspersonal. Bielefeld: wbv Media.
- Beelmann, A. & Raabe, T. (2007): Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Entwicklung, Prävention und Intervention (Reihe: Klinische Kinderpsychologie, Band 10). Göttingen: Hogrefe.
- Bihs, A., Schneider, L., Tölle, J. & Zimmermann, R. (2015): Kurzzeitpädagogische Bildungsarbeit mit marginalisierten jungen Menschen – ein Pilotprojekt im Jugendarrest. In: Rechtspsychologie 3 (1), 303-327.
- Borchert, J. (2016): Pädagogik im Strafvollzug. Grundlagen und reformpädagogische Impulse. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Calliess, R.-P. (1974): Theorie und Strafe im demokratischen und sozialen Rechtsstaat. Ein Beitrag zur strafdogmatischen Grundlagendiskussion. Frankfurt am Main: Fischer.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1993): Die Zwänge kollektiven Handelns. Über Macht und Organisation. Frankfurt am Main: Anton Hain.
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2024): Wie viele Gefangene gibt es in Deutschland? Online unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/FAQ/gefangene.html>. (Abrufdatum: 08.01.2024).
- Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1990): When interventions harm. *American Psychologist* 54 (9), 755-764.
- Eifler, S. & Schepers, D. (2018): Theoretische Ansatzpunkte für die Analyse der Jugendkriminalität. In: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.): *Handbuch Jugendkriminalität* (3., vollständig überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: Springer VS, 219-239.
- Fazel, S., Doll, H. & Långström, N. (2008): Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 47 (9), 1010-1019.

- Fickler-Stang, U. & Weiland, K. (2020): Pädagogik im Zwangskontext – Ein Blick auf die pädagogische Professionalisierung in geschlossenen Institutionen. In: A. Stossun, L. Flihs, R. Zimmermann, M. Emmerich & P. Walkenhorst (Hrsg.): Alltags- und Übergangspraktiken in Hilfen für junge Menschen. Zwischen Selbstbestimmung, Eigensinn und gesellschaftlichen Anpassungsforderungen. Leverkusen: Barbara Budrich, 189-199.
- Fröhlich Gildhoff, K. & Rönnau Böse, M. (2022): Resilienz (6. Aufl.). München: Reinhardt.
- Goffman, E. (1967/2020): Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität (25. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Original: Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity, 1963).
- Goffman, E. (1973/2020): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (22. Aufl.). Berlin: Suhrkamp. (Original: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates, 1961).
- Gordon, R. S. (1983): An operational classification of disease prevention. In: Public Health Reports 98 (3), 107-109.
- Herz, B. (2021): „Unerziehbare“, „Systemsprenger“, „Austherapierte“ – und dann als „Kriminelle“ in die Jugendstrafanstalt? In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 90 (3), 169-174.
- Hillenbrand, C. (2008): Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen. München: Ernst Reinhardt.
- Hiller, G. G. (2012): Aufriss einer kultursoziologisch fundierten, zielgruppenspezifischen Didaktik – oder: Wie Lebenslagen, Lebensgeschichten und Lebenswelten zu zentralen Bezugspunkten des Lehrens und Lernens werden. In: U. Heimlich & F. B. Wember (Hrsg.): Didaktik des Unterrichts im Förderschwerpunkt Lernen (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer, 41-55.
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2022): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (14., überarbeitete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kaplan, A. & Schneider, L. (2020): Pädagogisches Handeln im Jugendvollzug als Kritische Pädagogik. In: unsere jugend 72 (5), 194-202.
- Krause, A. (2020): Informelle Bildung im Jugendstrafvollzug. Von „streetsmart“ und „streetwise“ zu „lifesmart“. In: unsere jugend 72 (5), 203-210.
- Krause, A. & Wittrock, M. (2020): Bildung (und Unterricht) im Strafvollzug. In: Sonderpädagogische Förderung heute 65 (3), 268-287.
- Loeber, R. & Hay, D. (1997): Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. In: Annual Review of Psychology, volume 48, 371-410.
- Maelicke, B. (2019): Das Knast-Dilemma: Wegsperrern oder resozialisieren? (2. überarbeitete und um die »Reso-Agenda 2015« ergänzte Aufl.). Frankfurt am Main: Nomen.
- Matt, E. & Maul, K. (2005): Das Problem der Heterogenität der Klientel für Bildungsmaßnahmen einer Justizvollzugsanstalt. In: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 54 (4), 198-202.
- Mentz, M. (2021): Das Jugendgefängnis als Lebensschule. In: A. Kaplan & S. Roos (Hrsg.): Delinquenz bei jungen Menschen. Wiesbaden: Springer VS, 201-216.
- Moor, P. (1965): Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch. Bern [u.a.]: Huber.
- Myschker, N. & Stein, R. (2018): Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – hilfreiche Maßnahmen (8. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nielsen, M. & Bilke-Hentsch, O. (2017): Delinquenz als vorübergehende adoleszente Phase. In: O. Bilke-Hentsch & K. Sevecke (Hrsg.): Aggressivität, Impulsivität und Delinquenz. Stuttgart: Georg Thieme, 58-62.
- Payton, J., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J. & Weissberg, R. P. (2000): Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behaviors in children and youth. In: Journal of School Health 70 (5), 179-185.
- Saarni, C. (1999): The development of emotional competence. Guilford Press.

- Schmitz-Feldhaus, C. & Wittrock, M. (2015): Juvenile Delinquents – Frame analysis is not the point but, social aspects are. Approaching Behavioral Literacy. In: Journal of Psychology Research 4 (5), 264-269.
- Stelly, W. & Thomas, J. (2011): Erziehung und Strafe. Symposium zum 35-jährigen Bestehen der JVA Adelsheim. Godelsberg: Forum.
- Stelly, W., Thomas, J., Vester, T. & Schaffer, B. (2014): Lebenslagen von Jugendstrafgefangenen – ein Forschungsbericht. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 97 (4), 267-279.
- Vernooij, M. A. & Wittrock, M. (2008): Verhaltensgestört!?! Perspektiven, Diagnosen, Lösungen im pädagogischen Alltag. Paderborn, München, Wien, Zürich: utb.
- Von Wolffersdorff, C. (2004): Ein bisschen Einschluss, ein bisschen Therapie? Über das Dilemma der geschlossenen Unterbringung. In: Sozial Extra 28 (10), 15-19.
- Walkenhorst, P. (2002a): Jugendvollzug als „Gute Schule“. In: DVJJ-Journal 13 (3), 290-300.
- Walkenhorst, P. (2002b): „Gute Schulen“ im Jugendstrafvollzug – Jugendstrafvollzug als „gute Schule“. Überlegungen zu Voraussetzungen und Möglichkeiten. In: M. Bereswill & T. Höynck (Hrsg.): Jugendstrafvollzug in Deutschland: Grundlagen, Konzepte, Handlungsfelder. Beiträge aus Forschung und Praxis. Mönchengladbach: Godesberg, 319-355.
- Walkenhorst, P. & Fehrmann, S. E. (2018). Jugendstrafvollzug, Jugendarrest und Jugenduntersuchungshaft: Grundlegungen – Wirkungen – Perspektiven. In: S. Suhling & B. Maelicke (Hrsg.): Das Gefängnis auf dem Prüfstand. Zustand und Zukunft des Strafvollzuges. Berlin: Springer, 265-311.
- Zabel, R. H. & Nigro, F. A. (1999): Juvenile offenders with behavioral disorders, learning disabilities, and no disabilities: Self-reports of personal, family, and school characteristics. In: Behavioral Disorders 25 (1), 22-40.

Autor:innen

Krause, Annika, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7316-3051>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Bildung im (Jugend-)Strafvollzug,

Jugenddelinquenz aus sonderpädagogischer Perspektive

E-Mail: annika.krause@uni-oldenburg.de

Wittrock, Manfred, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Risiko- und Schutzfaktoren, Literalität,

Behavior Literacy

E-Mail: manfred.wittrock@uni-oldenburg.de

Lerntherapie – Ein rehabilitationspädagogisches Handlungsfeld

Zusammenfassung

Lerntherapie zeigt sich als relativ neues Tätigkeitsfeld, das von unterschiedlichen Disziplinen (insbesondere der Pädagogik, Psychologie und Medizin) wissenschaftlich wie praktisch bearbeitet wird. Zur Grundlegung nutzt der Beitrag das lerntherapeutische Dreieck (Breuninger & Schley 2014). Die S3-Leitlinien der Fachgesellschaften bilden den Rahmen für die dargestellten Aufgaben innerhalb der Lerntherapie: Diagnostik, Individuelle Entwicklungsplanung, Intervention, Evaluation und Kooperation. Die Qualifizierung der Fachkräfte, die Nutzung evidenzbasierter Verfahren sowie eine gesicherte Finanzierung gelten als Schlüssel für die Etablierung wirksamer Lerntherapie.

1 Begriff

Lernen und Förderung des Lernens stellen ein umfassendes Aufgaben- und Forschungsfeld dar, das weit über Bildungsinstitutionen wie Schulen hinausgeht. Schwierigkeiten im Lernen werden von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen bearbeitet (Gold 2018). Insbesondere pädagogische Forschungsansätze, worunter auch Beiträge der Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Lernen zu verstehen sind, sind von großer Bedeutung, dazu kommen Theorien und Interventionsansätze aus der Psychologie und Medizin (Walter & Wember 2007; Lauth u. a. 2014). Die Ergebnisse solch unterschiedlicher Forschungsansätze führen zu sehr unterschiedlichen Maßnahmen der Prävention, Intervention und Rehabilitation. Der Begriff Lerntherapie, vorläufig als gezielte Unterstützung bei vorliegenden Lernschwierigkeiten gefasst, lässt sich daher nicht unabhängig von den Bemühungen um die Etablierung von Professionen verstehen (Schubert & Stock 2019).

Im Rahmen der Sonderpädagogik besteht seit den 1880er Jahren eine eigenständige Arbeitsrichtung, die aktuell als „Sonderpädagogische Unterstützung Lernen“ (KMK 2019; vgl. Heimlich & Hillenbrand 2022) bezeichnet wird. Zur Verwirklichung eines inklusiven Bildungssystems (UN-CRPD 2008) leistet die Lerntherapie, z. B. im Rahmen der Mehrebenensysteme (Huber & Grosche

2012; Hartke u.a. 2022), ihren Beitrag: Aufbauend auf der Lernförderung im sozialen Nahraum (Familie, Schule) können individualisierte Maßnahmen zur Prävention, Intervention und Rehabilitation bei Lernschwierigkeiten realisiert werden (Gold 2018; Hillenbrand & Casale 2021). Wissenschaftlich überprüfte Vorgehensweisen sind international bekannt (Grünke 2007) und hoch wirksam (Hattie 2012) - wenn denn evidenzbasierte Maßnahmen zur Anwendung kommen (Melzer & Hillenbrand 2018).

Aufgrund der hohen Relevanz erfolgreicher Lernprozesse entwickeln sich seit den 1980er Jahren außerhalb des Schulsystems auch in Deutschland zahlreiche Angebote einer Lerntherapie, basierend auf anerkannten Modellen zur Entstehung von Lernschwierigkeiten (Betz & Breuninger 1996). Bisher fehlen jedoch gesetzliche Regelungen für ein Berufsbild Lerntherapie (Bender u.a. 2017; Dickhäuser 2018), so dass keine einheitliche Anforderung für die Qualifikationen des Personals und sehr unterschiedliche Handlungskonzepte zur Anwendung kommen: „Jedermann kann also bislang lerntherapeutische Leistungen anbieten“ (Schubert & Stock 2019, 68). Anbieter sind häufig spezifische Institute, Kliniken oder psychotherapeutische Praxen, aber auch freie Praxen in selbständiger Tätigkeit. Die Finanzierung erfolgt über medizinische Leistungen oder Maßnahmen zur Eingliederungshilfe nach SGB VIII (Dickhäuser 2018, 48).

2 Lerntherapie – eine Querschnittsaufgabe

Im Rahmen einer Rehabilitationspädagogik bildet der Arbeitsbereich Lerntherapie eine wichtige Querschnittsaufgabe: Einerseits bleibt die zentrale Bedeutung des Lernens in den Schulen mit seinen Normierungen und organisatorischen Bedingungen ein zentraler Bezugspunkt, und Personen mit entsprechenden Vorkenntnissen, z. B. durch ein Studium der Rehabilitations- oder Sonderpädagogik, besitzen sehr hilfreiche Kenntnisse zu diesen schulischen (Rahmen-) Bedingungen. Andererseits ergeben sich durch lerntherapeutische Maßnahmen auf evidenzbasierter Basis neue Handlungsoptionen einer wirksamen Unterstützung bei bestehenden Lernschwierigkeiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, die dann Chancen für erfolgreiches Lernen und die gesellschaftliche Partizipation, damit aber für die Erfüllung des Auftrags des Bildungssystems insgesamt, bieten (Ricken 2014). Übereinstimmend bleibt das Ziel, Unterstützung bei der Überwindung von Lernschwierigkeiten zu bieten und die Kompetenz lernbeeinträchtigter Personen zum selbständigen Lernen zu stärken.

Querschnittsaufgaben zeigen sich insbesondere in der Kooperation mit anderen Feldern der Rehabilitationspädagogik. Aufgrund der Komorbidität von Lern- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Linderkamp

& Grünke 2007) stellt die Lerntherapie eine essentielle Unterstützung psychotherapeutischer Maßnahmen bei emotional-sozialen Belastungen dar, gut belegt bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen (Gold 2018, 126ff.; Lauth 2014). Insbesondere die komplexen Interaktionsmechanismen (Börnert-Ringleb u. a. 2023) verdeutlichen die Potentiale und Notwendigkeiten einer integrierten Unterstützung von Lernprozessen und psychosozialen Kompetenzen. Die Komorbidität von Lernstörungen zeigt sich auch bei anderen Beeinträchtigungen: Sprachbeeinträchtigungen, körperliche oder sensorische Beeinträchtigungen erfordern häufig weitergehende Maßnahmen der Unterstützung des Lernens.

Die Zielgruppe umfasst damit insgesamt eine große Personengruppe. Gold (2018, 16) spricht von „wohl um die zehn Prozent eines Altersjahrgangs, die sich mit dem Lernen so schwer tun, dass ein schwerwiegendes und anhaltendes Leistungsversagen die Folge ist.“ Unter Berücksichtigung weiterer Beeinträchtigungen, temporärer Schwierigkeiten (Klauer & Lauth 1997) und kostenintensiver Formen der Nachhilfe (Gold 2018) kann von ca. 12 - 14 % aller Kinder und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter ausgegangen werden, die eine intensive Unterstützung im Lernen benötigen.

Für diese große Zielgruppe können wissenschaftlich fundierte und evidenzbasiert arbeitende Maßnahmen in der Lerntherapie, finanziert durch Sozialgesetze, das sogenannte Bildungspaket (BMAS 2024) und/oder medizinische Reha-Leistungen wirksame Hilfen darstellen.

3 Aufgabenfelder

Breuninger und Schley (2014) beschreiben Lerntherapie grundlegend als ein Wirkungsgefüge zwischen Lerntherapeut:in, Kind und dem Lerninhalt (s. Abbildung 1).

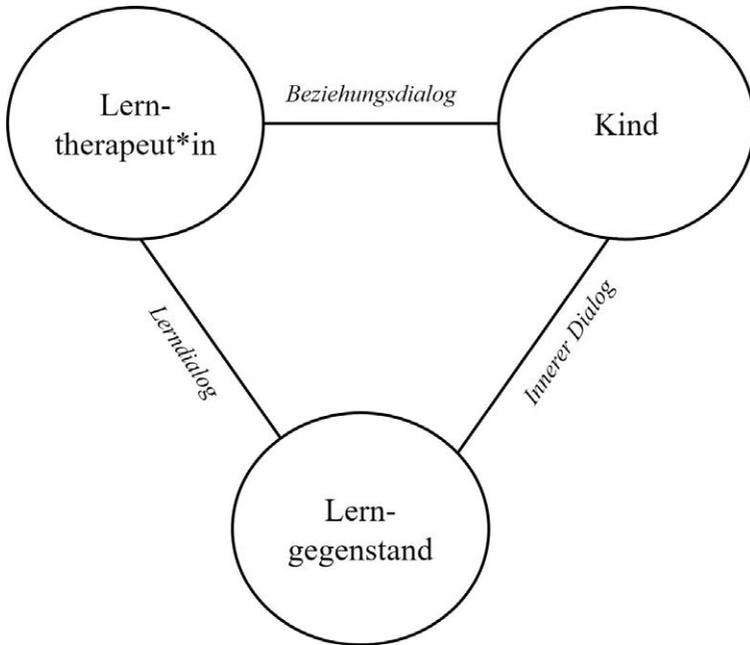


Abb. 1: Lerntherapeutisches Dreieck nach Breuninger & Schley (2014, 298; eigene Darstellung)

Zwischen dem Kind und der:dem Lerntherapeut:in besteht ein Beziehungsdialog, der in der Lerntherapie wechselseitig gestaltet wird. Aufgabe der:des Lerntherapeut:in ist es hier, die Beziehung zum Kind aktiv positiv zu gestalten (z. B. durch Ermutigung, Wertschätzung, Vertrauen, Ressourcenorientierung), sich in das Kind einzufühlen und das Verhalten des Kindes zu deuten. Der:die Lerntherapeut:in gestaltet zudem einen Lerndialog bezogen auf den Lerninhalt, indem der Lerninhalt passend zum diagnostizierten Lernstand des Kindes aufbereitet und vermittelt sowie der Lernprozess des Kindes gedeutet wird. Ziel der Lerntherapie ist es, durch die Gestaltung des Beziehungsdialogs zum Kind und die Gestaltung des Lerndialogs zum Lerninhalt positive Veränderungen im inneren Dialog des Kindes mit dem Lerninhalt anzuregen (Bender u.a. 2017).

Dieses beschriebene lerntherapeutische Dreieck legt die Grundlage für den lerntherapeutischen Prozess, dem fünf konkrete und aufeinander aufbauende Aufgabefelder zugeordnet werden können: Befunde zur Diagnose legen die Grundlage für den Individuellen Entwicklungsplan (IEP) mit konkreten Therapiezielen und passenden Interventionen, deren Wirksamkeit für die Entwicklung des Kindes prozessbegleitend überprüft wird.

3.1 Diagnostik

Eine umfassende psychometrische Diagnostik der Stärken und Problemlagen eines Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen bildet die wichtigste Grundlage für eine individuelle und wirksame Lerntherapie. Reliable und valide Ergebnisse sowie eine ausführliche Anamnese zur Erfassung der Vorgeschichte, des Ist-Standes, der psychosozialen Situation, des Lern- und Arbeitsverhaltens sowie bisheriger Maßnahmen (Bender u. a. 2017) ermöglichen die Ableitung relevanter Therapieziele und die Planung einer individuell auf den Einzelfall zugeschnittenen Intervention.

Die internationalen Klassifikationssysteme International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD (WHO 2022; BfArM 2022) und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM (APA 2015) definieren Kriterien für die Diagnosestellung. Die S3-Leitlinien zu Rechenstörung (Schulte-Körne & Haberstroh 2018) und Lese- und Rechtschreibstörung (Schulte-Körne & Galuschka 2015) geben, als Konsens der beteiligten Fachgesellschaften, konkrete Empfehlungen für die Diagnostik und Intervention auf der Basis von belastbaren wissenschaftlichen Studien.

Lernstörungen sind in den internationalen Klassifikationssystemen (ICD, DSM) als Lernentwicklungsstörungen definiert. Sowohl DSM-V als auch ICD-11 unterscheiden neben der Rechenstörung mittlerweile Lese- und Rechtschreibstörungen getrennt voneinander. Lernstörungen treten i. d. R. erst ab Schulbeginn auf, wobei Risiken für die Entwicklung von Lernstörungen häufig bereits im Kindergartenalter insbesondere durch unzureichende Vorläuferkompetenzen auffallen (von Aster u. a. 2007; Pennington & Lefly 2001).

Die ICD-11 definiert Lernentwicklungsstörung mit Lesebeeinträchtigung (6A03.0), mit Beeinträchtigung im schriftlichen Ausdruck (6A03.1) oder mit Beeinträchtigung in Mathematik (6A03.2) als „erhebliche und anhaltende Schwierigkeiten beim Erlernen akademischer Fertigkeiten“ (BfArM 2022), die in den ersten Schuljahren auftreten, und sieht zur Diagnosestellung vor:

- die Durchführung von Instrumenten zur Schulleistungsdiagnostik zur Feststellung der Diskrepanz zum chronologischen oder Entwicklungsalter,
- eine Intelligenzdiagnostik zur Feststellung der Diskrepanz der akademischen Leistung zur Intelligenz sowie
- eine differentialdiagnostische Abklärung (BfArM 2022).

Im DSM-V sind Lernstörungen mit Beeinträchtigungen im Lesen, im Schriftlichen Ausdruck oder im Rechnen definiert als anhaltende Schwierigkeiten, die seit mind. 6 Monaten bestehen und in den ersten Schuljahren auftreten. Diese werden festgestellt, wenn

- Leistungen in der Schulleistungsdiagnostik deutlich unter dem Durchschnitt der Altersgruppe liegen und
- eine Differentialdiagnostik andere Ursachen für die Schwierigkeiten ausschließt (APA 2015).

Die S3-Leitlinien der Fachgesellschaften (Schulte-Körne & Galuschka 2015; Schulte-Körne & Haberstroh 2018) konkretisieren und kommentieren die Angaben der internationalen Klassifikationssysteme und empfehlen für die Diagnosestellung

- die Prüfung qualitativer Kriterien (biographischer Entwicklungsverlauf, Familien- und Schulsituation, Auswirkungen der Leistungsdefizite auf die psychische und soziale Entwicklung, schulische Integration, gesellschaftliche Teilhabe) und klinischer Kriterien im Sinne einer Differentialdiagnostik,
- eine Alters- oder Klassennormdiskrepanz von mind. 1,5 Standardabweichungen (entspricht $PR < 7$ bzw. $T < 35$) in entsprechenden psychometrischen Testverfahren bzw.
- eine Alters- oder Klassennormdiskrepanz von mind. 1 Standardabweichung (entspricht $PR < 16$ bzw. $T < 40$), wenn qualitative und klinische Kriterien (s. o.) den Verdacht stützen,
- auf die Anwendung des IQ-Diskrepanzkriteriums nach ICD-11 zu verzichten sowie
- zusätzlich die Durchführung eines diagnostischen Screenings auf häufig komorbid auftretende Störungen (insbesondere andere Schulentwicklungsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme).

Die ICD-11 benennt nach wie vor die Diskrepanz zur Altersnorm als auch die Diskrepanz zwischen Schulleistung und Intelligenz als diagnostische Kriterien (sog. doppeltes Diskrepanzkriterium). Das DSM-V sowie die S3-Leitlinien verzichten auf die IQ-Diskrepanz und folgen damit mehreren Studien, die zeigen, dass das IQ-Diskrepanzkriterium nicht valide ist (Stuebing u. a. 2002) und dass keine Unterschiede zwischen betroffenen Kinder mit und ohne IQ-Diskrepanz im kognitiven Profil (Landerl 2003) und im Therapieerfolg bei gleichartiger Förderung (Weber u. a. 2002) nachweisbar sind.

Die S3-Leitlinien (Schulte-Körne & Galuschka 2015; Schulte-Körne & Haberstroh 2018) empfehlen insbesondere folgende Bereiche in der psychometrischen Diagnostik zu überprüfen:

- Lesestörung: Lesegeschwindigkeit, Lesefehler und Leseverständnis
- Rechtschreibstörung: Rechtschreibung auf Wort- und/oder Textebene

- Rechenstörung: Mathematikleistung (Basiskompetenzen, Grundrechenarten, Textaufgaben), visuell-räumliches Arbeitsgedächtnis, Inhibition

Wenn schulische Unterrichts- und Förderangebote aufgrund einer erheblichen und anhaltenden Lernstörung nicht ausreichen, um den Anschluss an den Unterricht in der Schule und die gesellschaftliche Teilhabe zu sichern, ist eine Lerntherapie für Kinder und Jugendliche sinnvoll – ob sie nun die oben genannten Kriterien erfüllen oder nicht. Jedoch kann die Erfüllung der Kriterien und die daran gekoppelte Diagnosestellung ggf. Einfluss auf die Finanzierung nehmen, wenn beispielsweise ein Gutachten nach ICD-11 für die Beantragung der Finanzierung vorliegen muss.

3.2 Individuelle Entwicklungsplanung

Im Anschluss an die Diagnostik ist es zwingend erforderlich aus den erhobenen Daten und Informationen konkrete Schwerpunkte und Ziele für die Intervention abzuleiten: Wie kann das Kind auf Basis dieser Erkenntnisse am besten und wirksamsten gefördert werden? Wo liegen Stärken? Wo müssen Kompetenzen (neu) aufgebaut werden? Was sind die nächsten Entwicklungsschritte und in welcher Zeit sollen sie gegangen werden? Individuelle Entwicklungspläne (IEP) dienen dazu, auf Grundlage von diagnostischen Informationen die gezielte Förderung zu planen, schriftlich festzuhalten und deren Umsetzung zu evaluieren. Eggert (2007, 167) beschreibt dies als „gemeinsame Suche nach einem bestmöglichen Entwicklungsweg für die zu fördernde Person“ - also als gemeinschaftliche Aufgabe von Lerntherapeut:in, Kind und ggf. Eltern, Lehrkräften und weiteren Therapeut:innen.

IEPs können abhängig von Form, Gestaltung und Verwendung stark hinsichtlich ihrer Qualität und Praktikabilität divergieren. In Anlehnung an Popp u. a. (2017, 32ff.) sollte ein IEP folgende Inhalte enthalten:

- Angaben zum Kind: z. B. Name, Klassenstufe, Besonderheiten, laufende Therapien
- Entwicklungs- bzw. Ist-Stand: Beschreibung von Ressourcen und Problembereichen
- Therapieschwerpunkte: abgeleitet aus den diagnostischen Ergebnissen
- Therapieziele: Grob- und/oder Feinziele, kurz, mittel- oder langfristige Ziele, formuliert nach SMART-Kriterien (vgl. Jung 2007), für maximal zwei bis drei Therapieschwerpunkte
- Maßnahmen: wer, wann, wie lange, was, wo, wie und ggf. mit welchen Mitteln (so konkret wie möglich)

- Evaluation: Vergleich von Ist- und Soll-Zustand, Grad der Zielerreichung angeben (z.B. auf einem Analyseblatt), Handlungsschritte ableiten (Intervention weiterführen, verändern oder beenden)
- Unterschriften aller Beteiligten
- Kooperationspartner:innen: Schaffung von Transparenz
- Zeitraum der Gültigkeit: Angabe des groben Zeitraums von Erstellung des IEPs bis zur Evaluation

Kinder sollten an unterschiedlichen Stellen aktiv in die Erstellung, Evaluation und Veränderung eines IEPs einbezogen werden.

3.3 Intervention

Der aus den diagnostischen Ergebnissen abgeleitete IEP (insbesondere die konkreten Therapieziele) sowie das individuelle Leistungsvermögen und die Entwicklungsschritte des Kindes bilden die Grundlage für die Planung und stetige Anpassung der Intervention (Bender u.a. 2017). Grundsätzlich sind Rechen-, Lese- und Rechtschreibstörungen sehr entwicklungsstabil. Da altersbedingte Anforderungen im Lesen, Schreiben und Rechnen zunehmen, ist laut S3-Leitlinien von einer mehrjährigen, intensiven Förderung auszugehen, bis „eine altersgerechte Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglicht“ wird (Schulte-Körne & Galuschka 2015, 62).

In der Intervention sollen laut S3-Leitlinien grundsätzlich evidenzbasierte Förderprogramme verwendet werden oder zumindest Förderprogramme, die auf evidenzbasierte Methoden zurückgreifen (insbesondere für die Förderung bei Rechenstörung liegen bislang wenige evidenzbasierte Programme vor). Im Zentrum der Förderung sollen die in der Diagnostik identifizierten Problembereiche stehen, da sich symptomspezifische Interventionen in mehreren Studien als wirksamer gegenüber nicht-symptomspezifischer oder keiner Intervention herausgestellt haben (Metaanalysen in den S3-Leitlinien von Schulte-Körne & Haberstroh 2018 und Galuschka u.a. 2014). Bei Rechenstörungen betrifft dies vor allem die mathematischen Basiskompetenzen, Grundrechenarten und das Lösen von Textaufgaben (Schulte-Körne & Haberstroh 2018). Besonders im Fokus stehen bei Lese- und Rechtschreibstörungen die Förderung der Buchstaben-Laut-Zuordnung (Graphem-Phonem- und Phonem-Graphem-Korrespondenz), der Silben- und Morphemanalyse und -synthese sowie des orthografischen Regelwissens. Zudem können Materialanpassungen für diese Zielgruppe hilfreich sein, wie beispielsweise breitere Abstände zwischen Buchstaben, Wörtern und Zeilen, vergrößerte Schrift und eine graphische schriftsystematische Segmentierung (Schulte-Körne & Galuschka 2015). In der Lerntherapie sind auch Zusammenhangssymptome

(z. B. gedrückte Stimmung ohne depressive Episode) und Komorbiditäten (z. B. mit der jeweils anderen Schulentwicklungsstörung) zu berücksichtigen.

In Bezug auf das Setting der Intervention sprechen die S3-Leitlinien (Schulte-Körne & Galuschka 2015; Schulte-Körne & Haberstroh 2018) die Empfehlung aus, in mindestens 45-minütigen Sitzungen bei Rechenstörung im Einzelsetting und bei Lese- und/oder Rechtschreibstörung entweder im Einzel- oder im Kleingruppensetting (≤ 5 Personen) abhängig vom Störungsbild und den Komorbiditäten zu fördern. Diese Förderung soll durch eine einschlägig hochqualifizierte pädagogisch-therapeutische Fachkraft gemäß der Qualitätsstandards der entsprechenden Fachverbände (BVL und FIL) geplant und umgesetzt werden.

Die S3-Leitlinien (Schulte-Körne & Galuschka 2015; Schulte-Körne & Haberstroh 2018) machen außerdem deutlich, dass Kinder mit einem entsprechenden Risiko für die Genese einer Rechenstörung bereits ab dem Vorschulalter und bei Lese- und/oder Rechtschreibstörung ab der ersten Klasse Fördermaßnahmen erhalten sollten, um Risikoentwicklungen frühzeitig entgegenzuwirken. Diese und alle weiteren Fördermaßnahmen seien in interdisziplinärer Zusammenarbeit so lange umzusetzen, wie sie notwendig und geeignet sind.

3.4 Evaluation

In den S3-Leitlinien (Schulte-Körne & Galuschka 2015; Schulte-Körne & Haberstroh 2018) empfehlen die Fachgesellschaften mindestens jährlich eine Überprüfung (sog. Indikationsprüfung), ob es durch die Intervention zu Veränderungen gekommen ist (z. B. Entwicklung von Komorbiditäten, diagnostische Kriterien nicht mehr erfüllt). Diese Überprüfung solle möglichst durch eine unabhängige Person durchgeführt werden, die nicht in die Förderung involviert ist, um Interessenkonflikte zu vermeiden.

Zusätzlich zu einer jährlichen Überprüfung mittels einer klassischen psychometrischen Statusdiagnostik bietet die Methode der Lernverlaufsdagnostik die Möglichkeit, die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und damit auch die Wirksamkeit der Lerntherapie stetig und prozessbegleitend zu überprüfen (Deno 2003). Lernverlaufsdagnostik betrachtet die individuelle Entwicklung und ermöglicht eine individuelle Bewertung von Lernfortschritten und -stagnationen (individuelle Bezugsnorm), die als hilfreiche Verdeutlichung visualisiert werden (Klauer 2011; Walter 2009). Tests zur Lernverlaufsdagnostik sind in der Durchführung sehr kurz (ca. 1-5 Minuten), werden aber über einen längeren Zeitraum (z. B. 3 Monate) in kurzen Zeitabständen (z. B. wöchentlich) eingesetzt, bestehen aus mehreren parallelen Testformen mit derselben Schwierigkeit und sind schnell auszuwerten (Jungjohann u. a. 2018).

Aus diesen Gründen lassen sich Tests zur Lernverlaufsdiagnostik leicht in eine Therapiesitzung (z. B. als Anfangs- oder Endritual) implementieren und können dabei auch dazu dienen, die Lernentwicklung mit dem Kind bzw. Jugendlichen zu besprechen und Feedback zu geben.

Für einige Lernbereiche liegen standardisierte Verfahren zur Lernverlaufsdiagnostik vor (wie z. B. Lesen: LDL von Walter 2010; VSL von Walter 2013; Mathematik: LVD-M 2-4 von Strathmann & Klauer 2012), aber auch die eigene Erstellung von kurzen Tests zur Lernverlaufsmessung ist möglich (z. B. Anzahl korrekt geschriebener, gelesener oder buchstabierter Wörter, Anzahl korrekt gelöster Aufgaben zu Mengenvergleich, Zahlenlesen oder Grundrechenarten). Besonders wichtig bei der Auswahl und Erstellung von Verlaufsmessungen ist, dass die gemessene Kompetenz genau zur aktuellen Intervention passt und dass die Paralleltestversionen in Bezug auf den Aufbau und das Schwierigkeitsniveau identisch sind.

Neben der quantitativen Diagnostik im Rahmen der Lernverlaufsdiagnostik bieten Fehleranalysen die Möglichkeit, individuelle Lösungswege nachzuvollziehen, systematische Fehler zu erkennen und für die Intervention zu nutzen. Fehler werden in einer Fehleranalyse nicht nur ausgezählt, sondern einer Kategorie zugeordnet, die einen Schluss auf die Qualität des Fehlers zulässt (z. B. Groß- für Kleinschreibung, Zählfehler um 1). Das Ergebnis ist ein differenziertes Profil (z. B. Strategien in Orthografie, Rechnen), das sich für die Planung und Gestaltung der Intervention nutzen lässt. Für die Bereiche Orthografie (OLFA 1-2 von Thomé & Thomé 2022; OLFA 3-9+ von Thomé & Thomé 2024) und Arithmetik (Winter 2011 und QUADRIGA von Wehrmann 2011) liegen wissenschaftlich fundierte Fehleranalysen vor, die für die Lerntherapie bedeutende Kompetenzbereiche abdecken und neben der Status- und Lernverlaufsdiagnostik zusätzliche relevante Hinweise für die wirksame Gestaltung der Intervention liefern können.

3.5 Kooperation

Lerntherapie erfordert Kooperation – das resultiert aus den oben beschriebenen Entstehungsbedingungen von Lernschwierigkeiten (Bender u. a. 2017, 68) und den Handlungsformen der Lerntherapie (Breuninger & Schley 2014). Als Kooperationspartner:innen werden insbesondere die Eltern und Lehrkräfte genannt, auch die Zusammenarbeit mit der Psychotherapie kann angesichts der Komorbidität von Lernstörungen und psychischen Auffälligkeiten (Visser u. a. 2019) von praktischer Relevanz sein. Die Tätigkeit von Lerntherapeut:innen im Kontext der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen besitzt erhebliche Potentiale für die psychosoziale Rehabilitation (Petri 2014), allerdings fehlen

bisher empirische Untersuchungen zur Kooperation von Lerntherapeut:innen und Psychotherapeut:innen.

Die unabdingbare Kooperation mit den Erziehungsberechtigten (Eltern) ergibt sich aus rechtlichen Vorgaben, insbes. des SGB VIII. In der lerntherapeutischen Praxis spielt die Perspektive der Eltern eine entscheidende Rolle im diagnostischen Prozess, zugleich unterstützt und entlastet die Lerntherapie die Eltern in ihrem Erziehungsauftrag. In der Klärung und dem Verständnis der Situation der Familie und des Kindes, in der Zusammenarbeit bei Fördermaßnahmen sowie in der Vermittlung zur Schule kann Lerntherapie eine wertvolle Unterstützungsleistung darstellen (Bender u.a. 2017). „Insofern hat die Lerntherapie häufig eine Brückenfunktion zwischen Elternhaus, Schule und Kind“ (ebd., 72).

Die damit gegebene Kooperation mit dem Schulsystem und den Lehrkräften erfordert ein vertieftes Verständnis des Bildungssystems und seiner gesellschaftlichen Funktionen (Fend 2011). Die auf gegenseitigem Verständnis beruhende Zusammenarbeit von Lehrkräften und Lerntherapeut:innen sollte zu einem „Arbeitsbündnis zwischen Lehrern und Lerntherapeuten“ (Ricken 2014, 182) im Interesse des Kindes führen. Die Aufgaben in einem inklusiven Bildungssystem (Hillenbrand 2014; Melzer u.a. 2015) erfordern die Orientierung an den individuellen Bedarfen der Lernenden zur Erfüllung des grundlegenden Rechts auf Inklusion (Balke-Melcher u.a. 2016; Ricken 2014). Die Struktur des Schulsystems wird jedoch auch als Grenze für die Wirksamkeit lerntherapeutischer Unterstützung diskutiert (Balke-Melcher u.a. 2016, 25ff.).

Umso dringlicher stellt sich die Frage nach den Gelingensbedingungen für die Kooperation von Lerntherapie und Schule. Eine vorliegende Online-Befragung (Hilkenmeier u.a. 2020) von lerntherapeutisch Tätigen zeigt, dass interessanterweise viele in der Schule tätig und beschäftigt sind, teilweise als Lehrkraft für Sonderpädagogik. Die Unbestimmtheit des Berufsbilds führt in diesem Rahmen zu sehr divergierenden Modellen der Kooperation, die eher selten zu „gemeinsamer Verantwortungübernahme, geteilter Autonomie und ein aufeinander bezogenes Handeln zwischen Lerntherapeut:innen und Lehrkräften“ (Hilkenmeier u.a. 2020, 222) führt.

Die Komplexität professioneller Kooperation (vgl. auch Richter & Pant 2016) zeigt sich auch hier, verbunden mit der Notwendigkeit, für die Qualifikation der Fachkräfte und Bereitstellung angemessener Ressourcen zu sorgen.

4 Fazit und Perspektiven

Lerntherapie stellt keinen eindeutig definierten Begriff oder Berufszweig dar, sie zeigt sich vielmehr als ein relativ neues Tätigkeitsfeld mit dem Fokus auf eine individualisierte Unterstützung bei Lernschwierigkeiten insbesondere im Grundschulalter. Die Aufgaben werden aus verschiedenen fachlichen

Perspektiven definiert: Sozialrechtliche, medizinische, schulpädagogische und sonder- und rehabilitationspädagogische Expertisen fließen hier zusammen. Eine klare institutionelle Zuordnung fehlt bisher wie auch eine sicher geregelte Finanzierung. Somit können äußerst unterschiedliche Ansätze und Methoden unter dem Etikett „Lerntherapie“ angeboten werden. Für die Professionalisierung erweist sich dies eher als hinderlich.

Die Orientierung an den S3-Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die Nutzung wissenschaftlich anerkannter und in ihrer Wirksamkeit überprüfter Vorgehensweisen, also evidenzbasierter Verfahren im weiten Sinn, bildet die Basis für die erfolgreiche Etablierung und Akzeptanz von Angeboten der Lerntherapie. Die finanzielle Absicherung über Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. der Kinder- und Jugendhilfe stellt eine professionspolitische Aufgabe dar, die den Einsatz von Fachverbänden zur Herstellung einer fachlichen wie auch sozialrechtlichen Anerkennung verlangt. Die entsprechende Professionalisierung der Fachkräfte auf wissenschaftlicher Basis bildet damit eine entscheidende Zukunftsaufgabe. Gerade in der Kooperation mit angrenzenden Professionen erweist sich die fachliche Kompetenz verbunden mit wissenschaftlich fundierten Kenntnissen der Nachbardisziplinen als Schlüsselfaktor.

Literatur

- American Psychiatric Association [APA] (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® (2. korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Balke-Melcher, C., Schuchardt, K., Wolpers, J.-G. & Mähler, C. (2016): LeFis- Lernförderung in Schulen – Evaluation eines Modellprojekts zur schulinternen Lerntherapie für Kinder mit Lese- & Rechtschreibschwierigkeiten. In: Lernen und Lernstörungen 5(1), 17-31.
- Bender, F., Brandelik, K., Jeske, K., Lipka, M., Löffler, C., Mannhaupt, G., Naumann, C. L., Nolte, M., Ricken, G., Rosin, H., Scheerer-Neumann, G., von Aster, M. & von Orloff, M. (2017): Die integrative Lerntherapie. Therapieform zur Behandlung von Lernstörungen. In: Lernen und Lernstörungen 6 (2), 65-73. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000167>
- Betz, D. & Breuninger, H. (1996): Teufelskreis Lernstörungen. Weinheim: Beltz.
- BMAS (2024): Bildungspaket. Bildungs- und Teilhabeleistungen für bedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Online unter: <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Grundsicherung-Buergergeld/Bildungspaket/bildungspaket.html>. (Abrufdatum: 10.05.2024).
- Börnert-Ringleb, M., Casale, G. & Herzog, M. (Hrsg.). (2023): Der Zusammenhang von Lern- und Verhaltensschwierigkeiten. Lern- und Verhaltensschwierigkeiten in der Schule: Erscheinungsformen-Entwicklungsmodelle-Implikationen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Breuninger, H. & Schley, W. (2014): Pädagogische Führung als dialogische Intervention. In: Lernen und Lernstörungen 3 (4), 292-301. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000084>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] (2022): ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. Online unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html. (Abrufdatum: 24.06.2024).
- Deno, S. L. (2003): Curriculum-based Measures: Development and perspectives. In: Assessment for Effective Intervention 28 (3-4), 3-12.

- Dickhäuser, O. (2018): Einleitung. In: O. Dickhäuser & B. Spinath (Hrsg.): *Berufsfelder der Pädagogischen Psychologie: Karrierewege, Kompetenzen, Tätigkeitsschwerpunkte*. Berlin: Springer, 48.
- Eggert, D. (2007): *Von den Stärken ausgehen...: individuelle Entwicklungspläne (IEP) in der Lernförderdiagnostik. Ein Plädoyer für andere Denkgewohnheiten und eine veränderte Praxis* (5. Aufl.). Dortmund: Borgmann.
- Fend, H. (2011): Die sozialen und individuellen Funktionen von Bildungssystemen. Enkulturation, Qualifikation, Allokation und Integration. In: S. Hellekamps (Hrsg.): *Handbuch der Erziehungswissenschaft 3 Schule*. Paderborn: Schöningh, 41-53.
- Galuschka, K., Ise, E., Krick, K. & Schulte-Körne, G. (2014): Effectiveness of Treatment Approaches for Children and Adolescents with Reading Disabilities: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *PLoS One* 9 (2), e89900.
- Gold, A. (2018): *Lernschwierigkeiten: Ursachen, Diagnostik, Intervention* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grünke, M. (2007): Richtig fördern–aber wie. Zur Wirksamkeit von Förderkonzepten (Teil 1). In: *Zeitnah* 52 (4/5), 9-12.
- Hartke, B., Blumenthal, S., Blumenthal, Y. & Mahlau, K. (2022): Zur Wirksamkeit des Rügener Inklusionsmodells (RIM) – der Präventiven und Integrativen Schule auf Rügen (PISaR) nach neun Schulbesuchsjahren. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 73 (8), 352-367.
- Hattie, J. (2012): *Visible Learning for Teachers. Maximizing Impact on Learning*. New York: Routledge.
- Heimlich, U. & Hillenbrand, C. (2022): Sonderpädagogische Bildung, Beratung und Förderung des Lernens: Die Empfehlungen der Ständigen Konferenz der Kultusminister für die Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Lernen 2019. In: S. Blumenthal, Y. Blumenthal & K. Mahlau (Hrsg.): *Kinder mit Lern- und emotional-sozialen Entwicklungsauffälligkeiten in der Schule. Diagnostik – Prävention – Förderung*. Stuttgart: Kohlhammer, 20-30.
- Hilkenmeier, J., Ricken, G., Nolte, M. & Ehlers, A. (2020): Lerntherapie in Schule. Eine Bestandsaufnahme zu Kooperationsprozessen. In: *Lernen und Lernstörungen* 9 (4), 213-224.
- Hillenbrand, C. (2014): Inklusive Bildung: Programmatik - Empirie - Umsetzung. In: *Zeitschrift für Individualpsychologie* 39 (4), 281-297.
- Hillenbrand, C. & Casale, G. (2021): Inklusion aus sonderpädagogischer Perspektive. In: C. Mähler & M. Hasselhorn (Hrsg.): *Inklusion – Chancen und Herausforderungen*. Göttingen: Hogrefe, 11-28.
- Huber, C. & Grosche, M. (2012): Das response-to-intervention-Modell als Grundlage für einen inklusiven Paradigmenwechsel in der Sonderpädagogik. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 8, 312-322.
- Jung, L. A. (2007): Writing SMART Objectives and Strategies That Fit the Routine. In: *Teaching Exceptional Children* 39 (4), 54-58.
- Jungjohann, J., Gegenfurtner, A. & Gebhardt, M. (2018): Systematisches Review von Lernverlaufsmessung im Bereich der frühen Leseflüssigkeit. In: *Empirische Sonderpädagogik* 10 (1), 100-118.
- Klauer, K. J. (2011): Lernverlaufsdagnostik – Konzept, Schwierigkeiten und Möglichkeiten. In: *Empirische Sonderpädagogik*, 3, 207-224.
- Klauer, K. J. & Lauth, G. W. (1997): Lernbehinderungen und Leistungsschwierigkeiten bei Schülern. In: *Psychologie des Unterrichts und der Schule*, 3, 701-738.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2019): *Empfehlungen zur schulischen Bildung, Beratung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im sonderpädagogischen Schwerpunkt LERNEN*. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2019/2019_03_14-FS-Lernen.pdf. (Abrufdatum: 15.07.2024).
- Landerl, K. (2003): Kognitive Defizite bei Leseschwäche. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 50, 369-380.
- Lauth, G. W. (2014): Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: F. B. Wember, R. Stein & U. Heimlich (Hrsg.): *Handlexikon Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer, 22-25.

- Lauth, G. W., Grünke, M. & Brunstein, J. C. (Hrsg.). (2014): Interventionen bei Lernstörungen: Förderung, Training und Therapie in der Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Linderkamp, F. & Grünke, M. (2007): Lern- und Verhaltensstörungen: Klassifikation, Prävalenz & Prognostik. In F. Linderkamp, M. Grünke & G. W. Lauth (Hrsg.): Lern- und Verhaltensstörungen: Genese – Diagnostik – Intervention. Weinheim: Beltz, 14-28.
- Melzer, C. & Hillenbrand, C. (2018): Zwischen Inklusion und Exklusion – Empirische Aspekte der schulischen Inklusion im Förderschwerpunkt Lernen. In R. Benkmann & U. Heimlich (Hrsg.): Inklusion im Förderschwerpunkt Lernen. Stuttgart: Kohlhammer, 66-132.
- Melzer, C., Hillenbrand, C., Sprenger, D. & Hennemann, T. (2015): Aufgaben von Lehrkräften in inklusiven Bildungssystemen – Review internationaler Studien. In: Erziehungswissenschaft 26 (51), 61-80.
- Pennington, B. F. & Lefly, D. L. (2001): Early reading development in children at family risk for dyslexia. In: Child Development 72 (3), 816-833.
- Petri, M. (2014): Ein neues Berufsbild. Psychologischer Lerntherapeut. (Der Text ist online nicht mehr verfügbar, kann aber bei den Autor:innen dieses Beitrages angefragt werden).
- Popp, K., Melzer, C. & Methner, A. (2017): Förderpläne entwickeln und umsetzen (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Richter, D. & Pant, H. A. (2016): Lehrerkooperation in Deutschland. Eine Studie zu kooperativen Arbeitsbeziehungen bei Lehrkräften der Sekundarstufe I. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Ricken, G. (2014): Lerntherapie geht in die Schule. Überlegungen zu einer Ressourcenverknüpfung. In: Lernen und Lernstörungen 3 (3), 179-184.
- Schubert, C. & Stock, M. (2019): Die Institutionalisierung eines neuen akademischen Berufsfeldes und die Konstruktion beruflicher Zuständigkeit. Zur Logik der Akademisierung im Bereich der Lerntherapie. In: Die Hochschule 28 (2), 62-77.
- Schulte-Körne, G. & Galuschka, K. (2015): Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und /oder Rechtschreibstörung. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3); AWMF-Registernummer 028 -044. Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie eV. [DGKJP] (Hrsg.). Online unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-044_S3_Lese-Rechtschreibst%C3%B6rungen_Kinder_Jugendliche_2015-06-abgelaufen.pdf. (Abrufdatum: 24.06.2024).
- Schulte-Körne, G. & Haberstroh, S. (2018): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung. AWMF-Registernummer 028 -046. Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie eV. [DGKJP] (Hrsg.). Online unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-046_S3_Rechenst%C3%B6rung-2018-03_1-abgelaufen.pdf. (Abrufdatum: 24.06.2024).
- Strathmann, A. & Klauer, K. J. (2012): Lernverlaufsdiagnostik – Mathematik für zweite bis vierte Klassen: LVD-M 2-4. Göttingen: Hogrefe.
- Stuebing, K. K., Fletcher, J. M., LeDoux, J. M., Lyon, G. R., Shaywitz, S. E. & Shaywitz, B. A. (2002): Validity of IQ-discrepancy classifications of reading disabilities: A meta-analysis. In: American Educational Research Journal 39 (2), 469-518.
- Thomé, G. & Thomé, D. (2022): OLFA 1-2. Oldenburger Fehleranalyse für die Klassen 1 und 2 (7. Aufl.). Oldenburg: ISB.
- Thomé, G. & Thomé, D. (2024): OLFA 3-9+. Oldenburger Fehleranalyse für die Klassen 3 bis 9 und darüber (7. Aufl.). Oldenburg: ISB.
- Visser, L., Büttner, G. & Hasselhorn, M. (2019): Komorbidität spezifischer Lernstörungen und psychischer Auffälligkeiten. Ein Literaturüberblick. In: Lernen & Lernstörungen 8(1), 7-20.
- Von Aster, M., Schweiter, M. & Weinhold Zulauf, M. (2007): Rechenstörungen bei Kindern. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 39 (2), 85-96.
- Walter, J. (2009): Theorie und Praxis Curriculumbasierter Messens (CBM) in Unterricht und Förderung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 5, 162-170.
- Walter, J. (2010): LDL: Ein curriculumbasiertes Verfahren: Manual. Göttingen: Hogrefe.

- Walter, J. (2013): VSL: Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Walter, J. & Wember, F. B. (Hrsg.). (2007): Sonderpädagogik des Lernens. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, J.-M., Marx, P. & Schneider, W. (2002): Profitieren Legastheniker und allgemein lese-rechtschreibschwache Kinder in unterschiedlichem Ausmaß von einem Rechtschreibtraining? In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 49 (1), 56-70.
- Wehrmann, M. (2011): Qualitative Diagnostik von Rechenschwierigkeiten im Grundlagenbereich Arithmetik. Berlin: Verlag Dr. Köster.
- Winter, K. (2011): Entwicklung von Item-Distraktoren mit diagnostischem Potential zur individuellen Defizit- und Fehleranalyse. Münster: WTM.
- World Health Organization [WHO] (2022): ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Online unter: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. (Abrufdatum: 24.06.2024).

Autor:innen

Schüürmann, Alissa, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1314-0884>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung und Förderung

mathematischer Kompetenzen, Alltagsintegrierte Förderansätze,

Lerntherapie bei Lese-Rechtschreibstörungen und Dyskalkulie

E-Mail: alissa.schueuermann@uni-oldenburg.de

Hillenbrand, Clemens, Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1450-101X>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Prävention und Intervention

bei Lern- und Verhaltensstörungen, inklusive Bildung,

Professionalisierung für Inklusion

E-Mail: c.hillenbrand@uni-oldenburg.de

Aufgaben und professionelle Anforderungen an Akteurinnen und Akteure in der Grundbildung

Zusammenfassung

Laut Level One Studie 2018 verfügen ca. 6,2 Mio. Erwachsene in Deutschland nur über geringe Lese- und Schreibkompetenzen (z. B. Grotlüschen u. a. 2023). Dieser Befund sowie die Risiken, denen Menschen mit geringer Bildung im Verlauf ihres Lebens ausgesetzt sind, verdeutlichen die hohe Relevanz von gelingender (Grund-)Bildung in Deutschland. Im Rahmen der Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung (AlphaDekade) verfolgen Bund, Länder und verschiedene Partner:innen gemeinsam das Ziel, das Grundbildungsniveau von Erwachsenen zu erhöhen (KMK 2018, 2019). Dieses Kapitel gibt Informationen zum Thema Grundbildung und thematisiert die Relevanz der Qualifizierung von Akteur:innen für die Grundbildung sowohl im Hinblick auf die Heterogenität der Lernenden als auch auf das damit einhergehende vielfältige und komplexe Aufgabenspektrum.

1 Einleitung

Ungünstige Bildungsverläufe können sowohl für die betroffenen Menschen und ihr Umfeld als auch für die Gesellschaft negative Auswirkungen haben. Für das Individuum hat Bildung den maßgeblichen positiven Einfluss auf Lebenschancen (z. B. in Bezug auf Gesundheit und Einkommen) sowie gesellschaftliche Teilhabe (z. B. Arbeitsmarktbeteiligung) (Horvath u. a. 2021). Für die Gesellschaft zeigt sich der positive Effekt von Bildung z. B. für die Volkswirtschaft durch Produktivitätssteigerung und technologischen Fortschritt im Wirtschaftswachstum (Wößmann 2015). Sowohl auf Mikro- als auch auf Makroebene besteht also eine hohe Relevanz der Ermöglichung größtmöglicher Teilhabe an qualitativ hochwertiger Bildung eines jeden Einzelnen bzw. der Vermeidung von ungünstigen Bildungskarrieren. Die Erhöhung der Partizipation an Bildung für alle Menschen und das lebenslange Lernen sind daher hochrelevante Ziele. Alle Stationen im deutschen Bildungssystem (vom

Elementarbereich bis hin zur Erwachsenen- und Weiterbildung) können dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

Das Feld der Erwachsenen- und Weiterbildung ist sehr heterogen und weniger als die übrigen Bildungsbereiche durch den Staat geregelt, u. a. bedingt durch die „vielfältigen und sich rasch wandelnden Anforderungen an Weiterbildung“ (KMK 2021, 189) sowie der Verschiedenheit der Bedarfe der Zielgruppe und der entsprechenden Ausgestaltung der Bildungsmaßnahmen. In diesem Bildungsbereich hat die Grundbildung für Erwachsene das Ziel, „grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten für den Alltag und die Arbeitswelt aufzubauen und so die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben und weiteres Lernen zu schaffen“ (BMZ 2024). Akteur:innen, die in diesem Feld tätig sind, arbeiten meist mit heterogenen Lerngruppen und bieten Bildungsmaßnahmen an, die unterschiedlichste Anforderungen erfüllen, um den vielfältigen Bedarfen der Lernenden möglichst gerecht zu werden.

Ziel dieses Beitrages ist es, den Fokus auf die im Feld der Grundbildung tätigen Akteur:innen zu legen. Hierzu wird zunächst ein Überblick über die Grundbildung in Deutschland gegeben und ihre Relevanz aufgezeigt. Im Anschluss werden die heterogenen Aufgabenfelder sowie die professionellen Anforderungen an die in der Grundbildung Arbeitenden beschrieben.

2 Grundbildung

2.1 Definitionen von Grundbildung

Seit Ende der späten 1970er Jahre werden in Deutschland Kurse zur Alphabetisierung Erwachsener angeboten (Hirschmann & Korfkamp 2016), wobei primär die Vermittlung von Lese- und Schreibkompetenzen im Fokus stand. In den letzten ca. 25 Jahren hat sich das Verständnis über grundlegende Bildung erweitert, so dass vermehrt der Begriff der Grundbildung genutzt wird (Abraham & Linde 2010; Löffler 2011), der über die Lese- und Schreibkompetenzen hinaus weitere Grundkompetenzen einschließt. Die Volkshochschulen spielen hierbei als öffentliche Einrichtungen der Erwachsenenbildung bzw. Weiterbildung seit den Anfängen der Alphabetisierungsarbeit in Deutschland eine wichtige Rolle und sind seitdem Hauptanbieter von Grundbildungskursen (Hirschmann & Korfkamp 2016). Weitere Anbieter sind z. B. gemeinnützige Initiativen und Vereine, kirchliche Bildungsträger, Behinderteneinrichtungen sowie Justizvollzugsanstalten (Ambos & Horn 2015; Hirschmann & Korfkamp 2016; Löffler 2011).

Die verschiedenen Kompetenzdomänen der Grundbildung sind unterschiedlich stark etabliert und professionalisiert (z. B. Mania & Tröster 2018a). Zu ihnen gehören z. B. das Lesen und Schreiben, die mathematische Grundbildung,

die (z.T. darauf aufbauende) finanzielle Grundbildung (Mania & Tröster 2015), die digitale Grundbildung (Wolf & Koppel 2017), die gesundheitliche Grundbildung (z. B. Schaeffer u. a. 2021), die politische Grundbildung (Mania & Tröster 2018b; Menke & Riekmann 2017) und die soziale Grundbildung. Im Beschluss der Kulturministerkonferenz (KMK) „Grundsatzpapier zur Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung“ wird Grundbildung wie folgt definiert:

Der Begriff [...] soll Kompetenzen in den Grunddimensionen kultureller und gesellschaftlicher Teilhabe bezeichnen, darunter: Rechenfähigkeit [...], Grundfähigkeiten im IT-Bereich, Gesundheitsbildung, Finanzielle Grundbildung, Soziale Grundkompetenzen. Grundbildung orientiert sich somit an der Anwendungspraxis von Schriftsprachlichkeit im beruflichen und gesellschaftlichen Alltag, wobei die Vermittlung von Alltagskompetenzen immer auch in der Verbesserung sinnverstehenden Lesens und Schreibens mündet. (KMK 2016, 3)

2.2 Relevanz von Grundbildung

Menschen mit geringer Qualifizierung sind im Laufe ihres Lebens verschiedenen Risiken ausgesetzt. Bereits im Kindes- und Jugendalter zeigt sich, dass Schüler:innen mit schulischen Problemen überproportional häufig gesundheitlich bzw. psychisch belastet sind (Boulard u. a. 2012; Modin u. a. 2011). Darüber hinaus besteht das Risiko, dass Jugendliche, die weniger erfolgreich in der Schule sind als ihre Peers, aus der Wahrnehmung ihres Scheiterns heraus ihre Erwartungen in Bezug auf die eigene Zukunft anpassen und aus der Annahme heraus, ohnehin keine Chance auf einen Ausbildungsplatz zu bekommen, die Suche hiernach oftmals nicht aufnehmen (Großegger 2015). Mit schulischen Problemen können ebenfalls Schulentfremdung (Hascher & Hadjar 2018), nicht-konformes Verhalten (Demanet u. a. 2016) oder Devianz (Großegger 2015) einhergehen.

Auch im Erwachsenenalter sind geringqualifizierte Personen besonderen Risiken ausgesetzt. Sie sind öfter von prekären Erwerbsverhältnissen (z. B. Amesberger 2019) oder Arbeitslosigkeit betroffen (Hausner u. a. 2015). Des Weiteren ist ihr Armutsrisiko erhöht (Quenzel & Hurrelmann 2019). Diese Problematiken stellen nicht nur für die Betroffenen ein Problem dar, sondern auch für deren Kinder. Erziehungsberechtigte, die geringqualifiziert sind, können ihre Kinder weniger gut bei schulischen An- und Herausforderungen unterstützen. Im Falle von prekären Erwerbsverhältnissen oder Armut der Erziehungsberechtigten ist die Alltagsbewältigung der betroffenen Mädchen und Jungen in hohem Maße beeinträchtigt (Bertelsmann Stiftung 2020; BMAS 2017). Belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen von geringqualifizierten Erwachsenen können auch gesundheitliche Risiken mit sich bringen, wenn sie

z. B. das Gesundheitssystem aufgrund geringer Handlungskompetenzen nur wenig nutzen (Hoebel u. a. 2021; Quenzel & Schaeffer 2016).

Über die individuellen Risiken hinaus ergeben sich aus bestehender Bildungsarmut auch Folgen auf gesellschaftlicher Ebene. So zeigen z. B. Hanushek und Wößmann (2020) auf, wie stark die volkswirtschaftlichen Folgen von geringer Bildung sind: eine durchschnittliche Verbesserung des Bildungsniveaus aller 15-jährigen Schüler:innen über einen Zeitraum von 15 Jahren (äquivalent zu einer Verbesserung in der PISA-Skala um 25 Punkte) würde für die deutsche Volkswirtschaft mit einer Steigerung des BIP um 14 Billionen Euro einhergehen. Dies verdeutlicht die ökonomischen Folgen von geringer Bildung bzw. die hohe Relevanz der Förderung des Bildungsniveaus.

Ein weiterer gesellschaftlicher Aspekt, in dem sich bildungsbedingt Unterschiede zeigen, ist die Politik. So zeigt sich z. B. in einer Studie von Moosbrugger u. a. (2019) auf Basis der Daten des European Social Survey, dass bei jungen Erwachsenen mit niedriger Bildung u. a. das politische Interesse, die empfundene politische Selbstwirksamkeit, das Vertrauen in die Politik und die Zufriedenheit mit dieser, sowie die Teilnahme an Wahlen und das Engagement in Organisationen geringer ausgeprägt sind als bei jungen Erwachsenen mit höherer Bildung.

Diese beispielhaft angeführten Befunde verdeutlichen, dass Bildung einerseits eine relevante Voraussetzung für die gesellschaftliche Partizipation und das Wohlergehen Einzelner ist, andererseits aber auch gesamtgesellschaftlich eine hohe Wichtigkeit hat.

2.3 Prävalenz geringer Literalität und geringer Grundbildung in Deutschland

Zur Erfassung der Literalität im Erwachsenenalter in Deutschland wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bereits zwei Level-One Studien (bekannt auch als LEO Studien) in Auftrag gegeben, bei denen u. a. die Erfassung der Lese- und Schreibkompetenzen der Deutsch sprechenden erwachsenen Bevölkerung im Zentrum des Interesses stehen (BMBF o. J.). Ein Vergleich der für die deutsche Bundesbevölkerung repräsentativ erhobenen Daten von 2010 zu 2018 zeigt eine statistisch signifikante Abnahme von ca. 7,5 Mio. auf ca. 6,2 Mio. Menschen im Alter zwischen 18 bis 64 Jahren, die lediglich über geringe Lese- und Schreibkompetenzen verfügen, was ca. zwölf Prozent der Gruppe der erwerbsfähigen Personen in Deutschland entspricht (Grotlüschen u. a. 2023). Auch wenn die Entwicklungen, die sich im Verlauf der LEO-Studien hinsichtlich der Literalität Erwachsener in Deutschland zeigen, auf den ersten Blick positiv wirken, sollten die Gründe hierfür nicht nur in der deutschlandweiten Umsetzung von Förderinitiativen auf unterschiedlichen

Ebenen gesehen werden, sondern auch die Bevölkerungszusammensetzung in den Kohorten 2010 und 2018 Berücksichtigung finden, die sich zwischen den Erhebungszeitpunkten verändert hat (Grotlüschen u. a. 2020).

Mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen ist gemeint, dass zwar Buchstaben, einzelne Wörter und einzelne Sätze gelesen und geschrieben werden können (Alpha-Level 1 bis 3), aber Probleme damit bestehen, kürzere Textpassagen zu lesen, wodurch die gesellschaftliche Teilhabe in unterschiedlichen Bereichen eingeschränkt sein kann (Grotlüschen 2016).

Hierbei stellen Menschen mit niedrigem bzw. keinem Schulabschluss die größten Gruppen dar. Zudem weisen Männer (im Vergleich zu Frauen) sowie Personen mit Herkunftssprache Deutsch (verglichen mit Menschen mit einer anderen Erstsprache) höhere Anteile in der Gruppe der Personen mit einer geringeren Literalität auf. In der zweiten LEO-Studie wurden erstmalig über das Lesen und Schreiben hinaus auch Daten zu weiteren Domänen (z. B. Finanzen, Politik, Gesundheit und Digitalisierung) erfasst (Grotlüschen u. a. 2023), womit inhaltlich in etwa der Grundbildungsdefinition der KMK (2016) entsprochen wird.

3 Initiativen zur Erhöhung des Grundbildungsniveaus

Im Idealfall tragen vorschulische und schulische Bildungsangebote zur Prävention ungünstiger Bildungskarrieren bei. Im Sinne lebenslangen Lernens und zur Förderung von Grundbildung ist es jedoch relevant, dass auch für Personen, die nicht mehr im Schulalter sind, angemessene Bildungsangebote (z. B. in Form von Grundbildungskursen) existieren.

Mit der Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung (AlphaDekade) von 2016 bis 2026 wird durch Bund, Länder und entsprechende Partner:innen in Kooperation mit einem wissenschaftlichen Beirat das Ziel verfolgt, „die Lese- und Schreibkompetenzen und das Grundbildungsniveau von Erwachsenen in Deutschland nachhaltig zu verbessern“ (KMK 2018, 1). Hierzu wurde 2018 ein 10-Punkteplan beschlossen, der auf struktureller Ebene die „Förderung der Angebotsstrukturen für die Alphabetisierung und Grundbildung“ und die „Stärkung von Netzwerken zur Alphabetisierung und Grundbildung [...] sowie der Fach- und Koordinationsstellen“ umfasst. In Bezug auf die Vermittlung werden der „Austausch von Good-Practice-Beispielen“, die „Qualifizierung des Lehrpersonals“ und die „Verankerung [der Thematik] in der Lehrerbildung“ genannt. Auch die „Teilnehmergewinning für Alphabetisierungs- und Grundbildungsmaßnahmen“ und „Gemeinsame Lernangebote für Erst- und Zweitsprachlernende“ werden als weitere Punkte erwähnt sowie die „Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit“ und „Regelmäßige Berichte der Länder“ (KMK 2018, 1ff.).

Umfassende Informationen u.a. zu den Zielen, Partnerinstitutionen und Projekten der o.g. AlphaDekade, finden sich auf der offiziellen Homepage unter: <https://www.alphadekade.de/>

Da bei der Umsetzung dieser Ziele die in der Grundbildung tätigen Akteur:innen eine zentrale Rolle spielen, soll im Folgenden der Aspekt der „Qualifizierung des Lehrpersonals“ im Fokus stehen.

4 Aufgaben und professionelle Anforderungen an Akteur:innen in der Grundbildung

4.1 Akteur:innen in der Grundbildung

Die Bezeichnung der in der Grundbildung tätigen Akteur:innen variiert stark (Kley 2009). Oftmals sind Bezeichnungen wie Kursleiter:in, Grundbildungspädagog:in oder pädagogische:r Mitarbeiter:in zu finden (Löffler & Nagler 2023). Auch die Ausbildung der Akteur:innen und deren Beschäftigungsstatus (Ambos & Horn 2015; Löffler 2009; 2011) unterscheiden sich stark. Ambos und Horn (2015) geben einen Überblick über die im Jahr 2014 in Alphabetisierungs- bzw. Grundbildungskursen tätigen Akteur:innen: In Weiterbildungseinrichtungen sind vor allem Honorarkräfte (ca. 89 %), unbefristet Angestellte bzw. Beamte (5 %), Ehrenamtliche (4 %) sowie befristet Angestellte (2 %) beschäftigt und in den Justizvollzugsanstalten sind vor allem Beamte oder unbefristet Angestellte (49 %), auf Honorarbasis Tätige (inkl. geringfügig Beschäftigter) (42 %), Ehrenamtliche (7 %) sowie befristet Angestellte (3 %) im Bereich der Alphabetisierungs- bzw. Grundbildungskurse eingesetzt.

Hinsichtlich der Ausbildung der Akteur:innen stellt Löffler (2011) fest, dass Alphabetisierungs- bzw. Grundbildungskurse meist von Lehrer:innen unterschiedlicher Schulformen, Diplom Pädagog:innen, Sozialpädagog:innen oder Psycholog:innen geleitet werden, wobei es institutionsabhängig ist, mit welcher Qualifikation die Kurse unterrichtet werden dürfen. Sie zeigt diesbezüglich auf, dass in allen o.g. Studiengängen Kompetenzen vermittelt werden, die im Rahmen der Alphabetisierung und Grundbildung unentbehrlich sind, dass aber wohl alle Akteur:innen durch ihre jeweilige Ausbildung nur einen Teil der letztlich erforderlichen Kompetenzen vermittelt bekommen haben. In diesem Zusammenhang beschreibt sie:

So haben Grund- und teilweise auch Sonderschullehrer/innen z.B. Kenntnisse über die Schriftsprache und deren Aneignung bzw. Vermittlung, sind aber grundsätzlich für eine andere Zielgruppe ausgebildet. Berufsschullehrer/inne/n hingegen ist der Umgang mit Erwachsenen vertraut, sie müssen sich jedoch im Hinblick auf Struktur und Vermittlung der Schriftsprache und elementarer mathematischer Fähigkeiten

fortbilden. Sozialpädagog/inn/en können Lernende beratend begleiten, verfügen aber nicht über professionelle Kompetenzen im Bereich des Schriftspracherwerbs oder der Mathematik (Löffler 2011, 39).

4.2 Aufgaben von Kursleitenden in der Grundbildung

Durch die organisatorischen Strukturen der Grundbildung und die Vielfalt der dazugehörigen Domänen, sind die von Kursleitenden zu übernehmenden Aufgaben vielfältig (Eisenmeier 2022). Oft ist es ihre Aufgabe, Kurse zu konzipieren, weiterzuentwickeln und zu leiten. Je nach Institution können auch Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit zu den Aufgaben gehören (Löffler & Nagler 2023). Neben den für die jeweiligen Bildungsangeboten notwendigen fachlichen, methodischen und didaktischen Kompetenzen, stellen insbesondere bei Kursen mit dem Ziel der Alphabetisierung oder der mathematischen Grundbildung die Bereiche Diagnostik und Beratung relevante Schwerpunkte dar.

Diagnostik ist hier im Sinne einer fortlaufenden Förderdiagnostik als Grundlage für adressatenentsprechende Lernangebote (Rackwitz 2016) zu verstehen. Hierbei ist zu beachten, dass die Auswahl angemessener diagnostischer Instrumente, deren Einsatz, Auswertung und Nutzung zur Ableitung entsprechender pädagogischer Handlungsempfehlungen und deren Umsetzung in der Praxis von den jeweiligen Personen umfangreiche Kompetenzen in den Bereichen Diagnostik und Förderung voraussetzt, aber auch ein hohes Maß an Flexibilität in Bezug auf die Anpassung der Lernangebote (Löffler & Nagler 2023).

Trotz positiver Entwicklungen in Bezug auf die Entwicklung und Publikation von Testverfahren in verschiedenen Bereichen (u.a. Lea-Online; z.B. Koppel u.a. 2022; online unter: <https://otulea.lealernen.de>) liegen für viele Domänen der Grundbildung noch keine passgenauen diagnostischen Instrumente vor. In diesem Fall findet Diagnostik informell in Form von Lernberatung im Rahmen eines Beratungsgesprächs statt (Löffler & Nagler 2023). Nach Klein (2016, 279) ist (Lern-)Beratung in der Grundbildung „integraler Bestandteil und qualitatives Moment von guter Lehre“, wobei die Kursleitenden die individuellen Lernprozesse der Lernenden begleiten und deren Entwicklungen unterstützen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass viele der Teilnehmer:innen an Grundbildungskursen in der Vergangenheit negative Lernerfahrungen gemacht haben, die zu Problemen im Bereich der Motivation führen können und z.T. durch ungünstige Bildungsverläufe oft auch Herausforderungen in lebenspraktischen Bereichen bestehen. Daher ist es ebenfalls wichtig, dass im Bereich

der Grundbildung tätige Personen über ausgeprägte (sozial-)pädagogische Kompetenzen verfügen (Dorschky 2016).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Anforderungen, die an Kursleitende gestellt werden, vielfältig und hochkomplex sind. Diese Einschätzung wird auch vom Kuratorium der Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung (KNDAG 2020, 3) geteilt:

Das Aufgabenspektrum der Kursleitenden reicht in der Regel von Diagnostik, Planung und Realisierung eines Lernangebots über begleitende Beratungs- und Unterstützungsangebote, Leistungsmessung und -bewertung bis zur Durchführung von Tests zur Vergabe berechtigter Abschlüsse. Manchmal umfasst es auch Kooperationen mit Unternehmen im Falle einer arbeitsplatzbezogenen Maßnahme. Entsprechend sind Kompetenzen in allen diesen Bereichen anzustreben.

4.3 Qualifizierung von Kursleitenden in der Grundbildung

In den Handlungsempfehlungen des KNDAG (2020, 3) für die Aus- und Fortbildung von Kursleitenden in der Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener wird „als gute Voraussetzung [...] ein einschlägiger wissenschaftlicher Hochschulabschluss (Bachelor, Master oder gleichwertig) angesehen [...], z. B. in einem der Bereiche Erziehungswissenschaften, Pädagogik, Lehramt, Sozialpädagogik bzw. Soziale Arbeit.“ Im selben Dokument wird ebenfalls aufgezeigt, wie Personen ohne pädagogischen (Hochschul-)Abschluss im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen relevante Kompetenzen aufbauen können, um sich als Kursleitung zu qualifizieren.

Um den vielfältigen Aufgaben in der Grundbildung gerecht werden zu können, nennt das KNDAG (2020, 3) folgende Aspekte, die von Kursleitenden zu berücksichtigen sind:

- Berücksichtigung der unterschiedlichen Bildungs- und Lernbiographien,
- Individualisierung des Lernens auf diagnostischer Grundlage,
- Lern- und Entwicklungsbegleitung,
- Steuerung von Lern- und Leistungsverhalten, Kompetenzen im Umgang mit Herausforderungen beim Lernen,
- emotionale und soziale Entwicklung Erwachsener, das Erleben und die Selbststeuerung,
- Erkennen von Störungen im Erleben und Verhalten der Lernenden,
- Anleitung von Erwachsenen beim Erwerb von Kompetenzen, den eigenen Lernprozess zu gestalten,
- Anpassung von Lernanforderungen, insbesondere Planung und Binnendifferenzierung bei Unterrichtsprozessen, Gestaltung der Lernumgebung,

- Aufbereitung und Auswahl von Lernsituationen sowie von Lehr- und Lernmitteln,
- kollegialer fachlicher Austausch bei der Gestaltung von Lernprozessen,
- Zusammenarbeit mit Partnern außerhalb des Kursraums (z. B. Arbeitgeber, Arbeitsagentur, Jobcenter, Fördergeber, etc.)

Bezüglich der spezifischen inhaltlichen Domänen der Grundbildung ergänzt das KNDAG (2020), dass, um eine „Qualifizierung mit Schwerpunkt Lesen und Schreiben“ zu erreichen, auch folgende Lerninhalte zu berücksichtigen und zu bearbeiten sind (KNDAG 2020, 5):

- Lehren und Lernen in der Erwachsenenbildung,
- Einführung in das Themenfeld Alphabetisierung und Grundbildung,
- theoretische Grundlagen zum Lese- und Schreiblernprozess,
- didaktisch-methodisches Vorgehen im Lese- und Schreiblernprozess,
- didaktisch-methodisches Vorgehen beim Einsatz digitaler Medien,
- Diagnoseverfahren und deren Anwendung,
- Lernprozessbegleitung (Erstberatung, Lernberatung, heterogene Lerngruppen und Binnendifferenzierung, Bedeutung sozialpädagogischer Begleitung)

In Bezug auf die Leitung von Kursen zur Vermittlung weiterer Grundbildungsdomänen werden vom KNDAG (2020) weitere Handlungsempfehlungen gegeben, die u. a. die folgenden Inhalte und zu erlangenden Kompetenzen umfassen: fachtheoretische und fachdidaktische Grundlagen, Arbeit mit Fachwortschatz sowie fachspezifischen Zielen und Prinzipien, die Erstellung fachspezifischer Lehr- und Lernmaterialien sowie deren Einsatz und Anpassung.

Diese Ausführungen geben einen Einblick in die Komplexität der Kompetenzen, über die Kursleitende verfügen sollten, um den vielfältigen Bedarfen ihrer heterogenen Klientel bestmöglich gerecht werden zu können.

Eine weitere Initiative zum Ausbau der Professionalisierung von Akteur:innen in der Grundbildung zeigt sich in der Schaffung eines inhaltlich entsprechend ausgerichteten Studiengangs (Löffler 2011). Seit dem Wintersemester 2016/2017 kann der durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg geförderte Master-Studiengang „Alphabetisierung und Grundbildung“ an der Pädagogischen Hochschule Weingarten studiert werden. Er ist der bislang deutschlandweit einzige Studiengang seiner Art und hat eine Regelstudienzeit von drei Semestern. Ziel des Studiengangs ist es, Studierende auf die heterogenen Aufgaben im Feld der Alphabetisierung und Grundbildung vorzubereiten. Explizit genannt werden hier „die Fähigkeit, individuelle Lernvoraussetzungen und -verläufe Jugendlicher und Erwachsener zu analysieren und die Ergebnisse solcher Analysen mit dem Ziel zu nutzen, die

betreffende Person zu fördern und ihr einen Zugang zu selbstständigem, lebenslangem Lernen zu ermöglichen“ (PH Weingarten 2024). Auch spezifische Inhalte zur Alphabetisierung von Menschen mit Migrationshintergrund werden thematisiert. Im Rahmen des Studienganges sollen ebenfalls forschungsmethodische Kompetenzen vermittelt werden, um Forschungsbemühungen in diesem Bereich weiter voranzubringen (ebd.).

5 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend kann festgehalten, dass der Zugang zu Bildung auf individueller Ebene einen entscheidenden Stellenwert für das weitere Leben hat. Davon kann nicht nur das Individuum (und evtl. Nachkommen) profitieren, sondern auch die Gesellschaft. Einen besonderen Stellenwert hat dabei die Grundbildung, die ein wichtiger Teil der beruflichen Bildung und des lebenslangen Lernens ist, und sowohl zur Erhöhung der Teilhabe an Bildung als auch der Selbstbestimmung von Menschen beitragen kann. In Deutschland wird im Rahmen der aktuellen AlphaDekade die Aufmerksamkeit auf dieses Thema verstärkt und versucht, das Grundbildungsniveau durch verschiedene Initiativen zu erhöhen. Die professionellen Anforderungen an Kursleitende sind aufgrund des breiten Angebotsfeldes, das notwendig ist, um Erwachsene zu qualifizieren, als hoch und anspruchsvoll einzuschätzen. Dementsprechend ist es nicht nur notwendig Angebot und Qualität der Grundbildung zu erhöhen, sondern auch die Qualifizierung und Professionalisierung von Personen, die in diesem Bereich tätig sein möchten, zu verbessern, um entsprechend der Bedarfe der Zielgruppen hochwertige und passende Bildungsangebote machen zu können.

Literatur

- Abraham, E. & Linde, A. (2010): Alphabetisierung/Grundbildung als Aufgabengebiet der Erwachsenenbildung. In: R. Tippelt & A. von Hippel (Hrsg.): *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer, 889-903.
- Ambos, I. & Horn, H. (2015): *Angebotsstrukturen in der Alphabetisierung und Grundbildung für Erwachsene 2014*. Online unter: <http://www.die-bonn.de/doks/2015-alphabetisierung-02.pdf>. (Abrufdatum: 21.02.2024).
- Amesberger, H. (2019): Was hat Bildungsarmut mit Sexarbeit zu tun? In: G. Quenzel & K. Hurrelmann (Hrsg.): *Handbuch Bildungsarmut*. Wiesbaden: Springer VS, 645-666.
- Bertelsmann Stiftung (2020): *Fact Sheet. Kinderarmut in Deutschland*. Online unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291_2020_BST_Facsheet_Kinderarmut_SGB-II_Daten_ID967.pdf. (Abrufdatum: 26.02.2024).
- Boulard, A., Quertemont, E., Gauthier, J. M. & Born, M. (2012): Social context in school: Its relation to adolescents' depressive mood. In: *Journal of Adolescence* 35 (1), 143-152.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017): *Lebenslagen in Deutschland*.

- Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Kurzfassung. Online unter: <http://www.armuts-und-reichtumsbericht.de>. (Abrufdatum: 21.01.2024).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (o. J.): LEO 2018. Leben mit geringer Literalität. Online unter: <https://www.alphadekade.de/SharedDocs/Projekte/DE/leo2018/leo2018.html>. (Abrufdatum: 15.02.2024).
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2024): Grundbildung. Online unter: <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/grundbildung-14452>. (Abrufdatum: 11.03.2024).
- Demanet, J., van Praag, L. & van Houtte, M. (2016): About ethnicity, fitting in, and acting out: Applying the person-environment fit framework to school misconduct. In: *Journal of Cognitive Education and Psychology* 15 (2), 293-319.
- Dorschky, L. (2016): Soziale Arbeit im Kontext der Erwachsenenalphabetisierung. In: C. Löffler & J. Korfkamp (Hrsg.): *Handbuch zur Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener*. Münster und New York: Waxmann, 264-276.
- Eisenmeier, M. (2022): Professionalisierung von Alphabetisierungs- und Grundbildungslehrkräften. In: *Alfa-Forum*, 102, 38-41.
- Großegger, B. (2015): Abgehängt und ausgeklint. Jugend im sozialen „Off“ – Perspektiven der Exklusionsforschung auf soziale Ungleichheit im Jugendalter. In: K. Wetzel (Hrsg.): *Öffentliche Erziehung im Strukturwandel*. Wiesbaden: Springer VS, 81-97.
- Grotlüschen, A. (2016): Zur Größenordnung des funktionalen Analphabetismus in Deutschland. In: J. Korfkamp & C. Löffler (Hrsg.): *Handbuch zur Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener*. Münster und New York: Waxmann, 100-111.
- Grotlüschen, A., Buddeberg, K. & Solga, H. (2020): Leben mit geringer Literalität – ein Paradigmenwechsel. In: A. Grotlüschen & K. Buddeberg (Hrsg.): *LEO 2018. Leben mit geringer Literalität*. Bielefeld: wbv Publikation, 5-11.
- Grotlüschen, A., Buddeberg, K. & Solga, H. (Hrsg.). (2023): *Interdisziplinäre Analysen zur LEO-Studie 2018 – Leben mit geringer Literalität. Vertiefende Erkenntnisse zur Rolle des Lesens und Schreibens im Erwachsenenalter*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hanushek, E. A. & Wößmann, L. (2020): A quantitative look at the economic impact of the European Union's educational goals. In: *Education Economics* 28 (3), 225-244.
- Hascher, T. & Hadjar, A. (2018): School alienation - Theoretical approaches and educational research. In: *Educational Research* 60 (2), 171-188.
- Hausner, K. H., Söhnlein, D., Weber, B. & Weber, E. (2015): Bessere Chancen mit mehr Bildung. IAB-Kurzbericht 11. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Online unter: <http://doku.iab.de/kurzber/2015/kb1115.pdf>. (Abrufdatum: 21.01.2024).
- Hirschmann, D. & Korfkamp, J. (2016): Hauptakteure der Alphabetisierung Erwachsener in Deutschland. In: J. Korfkamp & C. Löffler (Hrsg.): *Handbuch zur Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener*. Münster und New York: Waxmann, 311-317.
- Hoebel, J., Wachtler, B., Müters, S., Michalski, N. & Lampert, T. (2021): Bildung als Ressource für Gesundheit. Online unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/gesundheit/330123/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit/>. (Abrufdatum: 26.02.2024).
- Horvath, T., Kaniowski, S., Leoni, T., Lizarazo López, M., Petersen, T., Spielauer, M. & Url, T. (2021): Effekte von Bildung und Gesundheit auf Erwerbsbeteiligung und Gesamtwirtschaft im demografischen Wandel. Online unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_MT_Effekte_von_Bildung_und_Gesundheit_auf_Erwerbsbeteiligung_und_Gesamtwirtschaft_im_demografischen_Wandel_2021.pdf. (Abrufdatum: 11.03.2024).
- Klein, R. (2016): Lernberatung in der Grundbildung Erwachsener. In: C. Löffler & J. Korfkamp (Hrsg.): *Handbuch zur Alphabetisierung und Grundbildung*. Münster und New York: Waxmann, 277-294.

- Kley, S. (2009): Perspektiven für ein akademisches Berufsbild in der Alphabetisierung und Grundbildung. In: Unesco Institute for Lifelong Learning (Hrsg.): Professionell alphabetisieren. Qualifizierung für Alphabetisierungs- und Grundbildungsarbeit. Münster und New York: Waxmann, 55-59.
- Koppel, I., Wolf, K. D., Kley, S. & Meyer, I. A. M. (2022): Digitale Förderdiagnostik in der Basisbildung. Unterstützung für den Kursalltag mit lea.online. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs, 47, 83-95.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2016): Grundsatzpapier zur Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung. Den funktionalen Analphabetismus in Deutschland verringern und das Grundbildungsniveau erhöhen. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2016/2016_10_06-Grundsatzpae-Nationale-Dekade.pdf. (Abrufdatum: 11.03.2024).
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2018): 10-Punkte-Programm der Länder für die Nationale Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2018/2018_02_15-Nationale-Dekade-Alphabetisierung-Grundbildung.pdf. (Abrufdatum: 21.01.2024).
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2019): Nationale Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung 2016 bis 2026. Berichterstattung der Länder durch den Arbeitskreis Weiterbildung der Kultusministerkonferenz 2016 bis 2018. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2019/2019_11_07-Nationale-Dekade-Alphabetisierung.pdf. (Abrufdatum: 21.01.2024).
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2021): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2019/2020. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Eurydice/Bildungswesen-dt-pdfs/dossier_de_ebook.pdf. (Abrufdatum: 11.03.2024).
- Kuratorium der Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung (KNDAG) (2020): Handlungsempfehlungen des Kuratoriums der Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung für die Aus- und Fortbildung von Kursleitenden in der Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener. Online unter: https://www.alphadekade.de/SharedDocs/Downloads/DE/weitere_dokumente/Handlungsempfehlungen_Professionalisierung.pdf?__blob=publicationFile&v=2. (Abrufdatum: 11.03.2024).
- Löffler, C. (2009): Professionalisierungsbedarfe in Alphabetisierung und Grundbildung. In: Unesco Institute for Lifelong Learning (Hrsg.): Professionell alphabetisieren. Qualifizierung für Alphabetisierungs- und Grundbildungsarbeit. Münster und New York: Waxmann, 9-12.
- Löffler, C. (2011): Professionalisierung in der Grundbildung. In: Psychologie & Gesellschaftskritik 139 (35), 33-51.
- Löffler, C. & Nagler, S. (2023): Wofür qualifizieren? Kompetenzen für eine qualifizierte Grundbildung. In: C. Löffler & I. Koppel (Hrsg.): Professionalisierung in der Grundbildung Erwachsener. Bielefeld: wbv Publikation, 59-72.
- Mania, E. & Tröster, M. (2015): Das Kompetenzmodell „Finanzielle Grundbildung“, Projekt CurVe. Online unter: https://www.die-bonn.de/curve/content/pdf/die_kompetenzmodell.pdf. (Abrufdatum: 19.02.2024).
- Mania, E. & Tröster, M. (2018a): Inhaltsbereiche der Grundbildung: Stand und Herausforderungen. In: Agentur für Erwachsenen- & Weiterbildung (Hrsg.): Grundbildung lebensnah gestalten. Fallbeispiele aus den Regionalen Grundbildungszentren in Niedersachsen. Bielefeld: wbv Publikation, 11-21.
- Mania, E. & Tröster, M. (2018b): Finanzen, Politik und Gesundheit als notwendige Inhalte der Grund-/Basisbildung. Stand, Bedarfe und Herausforderungen. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs 12 (33), 09/2-09/10.
- Menke, B. & Riekman, W. (Hrsg.). (2017): Politische Grundbildung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau.

- Modin, B., Ostberg, V., Toivanen, S. & Sundell, K. (2011): Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. In: *Journal of Adolescence* 34 (1), 129-139.
- Moosbrugger, R., Bacher, J., Kupfer, A. & Prandner, D. (2019): Bildungsarmut und politische Teilhabe. In: G. Quenzel & K. Hurrelmann (Hrsg.): *Handbuch Bildungsarmut*. Wiesbaden: Springer VS, 555-584.
- Pädagogische Hochschule Weingarten (2024): Willkommen zum Master Alphabetisierung und Grundbildung. Online unter: <https://www.ph-weingarten.de/studium-weiterbildung/masters-tudiengaenge/alphabetisierung-und-grundbildung/>. (Abrufdatum: 26.02.2024).
- Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2019): Ursachen und Folgen von Bildungsarmut. In: G. Quenzel & K. Hurrelmann (Hrsg.): *Handbuch Bildungsarmut*. Wiesbaden: Springer VS, 3-25.
- Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Rackwitz, R.-P. (2016): Förderdiagnostik in der Alphabetisierung. In: C. Löffler & J. Korfkamp (Hrsg.): *Handbuch zur Alphabetisierung und Grundbildung Erwachsener*. Münster und New York: Waxmann, 383-394.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. Online unter: https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950305/2950403/HLS-GER%202_Ergebnisbericht.pdf. (Abrufdatum: 19.02.2024).
- Wolf, K. D. & Koppel, I. (2017): Digitale Grundbildung: Ziel oder Methode einer chancengleichen Teilhabe in einer mediatisierten Gesellschaft? Wo wir stehen und wo wir hin müssen. In: *Magazin erwachsenenbildung.at* 11 (30), 03/2-03/11.
- Wößmann, L. (2015): Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Bildung. Online unter: <https://www.bpb.de/themen/bildung/dossier-bildung/199450/die-volkswirtschaftliche-bedeutung-von-bildung/>. (Abrufdatum: 11.03.2024).

Autor:innen

Hintz, Anna-Maria, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Prävention und Intervention

bei Lern- und Entwicklungsbeeinträchtigungen; Professionalisierung

von Praktiker:innen in schulischen und außerschulischen

Bildungskontexten

E-Mail: a.m.hintz@uni-oldenburg.de

Paal, Michael, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Diagnostik von Lern- und

Entwicklungsbeeinträchtigungen; Professionalisierung von Praktiker:innen in

schulischen und außerschulischen Bildungskontexten

E-Mail: michael.paal@uni-oldenburg.de

*Tabea Testa, Melike Yumus, Sarah-Theres Wandel,
Christina Stuhr, Marlene Meindl und Tanja Jungmann*

Digitalisierte, prozessorientierte Diagnostik und adaptive Förderung der frühen literalen Kompetenzen von Kindern mit SES und LRS-Risiko – Erste Befunde aus dem Verbundprojekt EuLe-F

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird die EuLeApp© zur prozessorientierten, adaptiven Erfassung der frühen literalen und Erzählkompetenzen und das darauf zugeschnittene, alltagsintegrierte Förderkonzept für Kindertageseinrichtungen vorgestellt. Erste Ergebnisse zur Alterssensitivität der EuLeApp© und zur Differenzierungsfähigkeit der Profile von Kindern mit und ohne Sprachentwicklungsstörungen (SES) bzw. mit und ohne Risiko für eine Lese-Rechtschreibstörung (LRS) im Vorschulalter werden berichtet. Das Ergebnis der EuLeApp© sind individuelle Early Literacy-Profile, die systematisch mit alltagsintegrierten, adaptiven Fördermöglichkeiten auf Gruppenebene und der Ebene des individuellen Kindes verschränkt werden können.

1 Hintergrund

Nach den Befunden der PISA-Studie (vgl. OECD 2023) verfehlten rund 26 Prozent aller Kinder den Mindeststandard im Lesen und sogar 30 Prozent jenen im Rechtschreiben am Ende der vierten Klasse (Stanat u. a. 2022). Flüchtlingskrisen oder die Nachwirkungen der Corona-Pandemie scheinen nicht Kern des Problems zu sein. Dagegen spricht, dass die deutschen Schüler:innen auch vor 23 Jahren nicht besser abgeschnitten haben bzw. dass kein Zusammenhang zwischen den Leseleistungen und der Dauer der pandemiebedingten Schulschließungen nachweisbar ist (Böttger & Zierer 2021; Schnepel u. a. 2022). Die Forderung von Bildungsexpert:innen, die Grundschulen stärker in den Blick zu nehmen, um die Lese- und Rechtschreibleistungen zu fördern, ist nicht

neu. In Deutschland werden Probleme nach wie vor erst festgestellt, wenn das Kind am Erwerb des Lesens und Rechtschreibens gescheitert ist. Das Hineinwachsen in die Erzähl-, Buch- und Schriftkultur findet aber bereits lange vor dem Schuleintritt statt (Kieschnick 2015). Gerade die frühen Kontakte eines Kindes mit Schriftlichkeit und Sprache, die Modellierungen und Anregungen in der häuslichen Lernumgebung und der pädagogischen Fachkräfte prägen und beeinflussen die späteren Lese- und Schreibfähigkeiten (Näger 2017; Nickel 2020). Daher sollten präventive Ansätze zum Einsatz kommen, um die frühen schriftsprachlichen Kompetenzen bereits im Vorschulalter zu fördern (z. B. Partanen & Siegel 2014).

Hier setzt das BMBF-geförderte Verbundprojekt EuLe-F an, dessen primäres Ziel die Verbesserung der diagnosegeleiteten, evidenzbasierten frühen Literacyförderung im Elementar- und Primarbereich ist (<https://uol.de/eule-f>).

2 Early Literacy als lernwirksame, schriftsprachrelevante Vorerfahrungen

Der Begriff Early Literacy stammt aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, wird seit einigen Jahren aber auch vermehrt im Deutschen verwendet. Er umfasst alle schriftsprachrelevanten Vorerfahrungen sowie die frühe, spielerische Auseinandersetzung mit der Erzähl-, Buch- und Schriftkultur als lernwirksame Voraussetzungen für den späteren Schriftspracherwerb (Kieschnick 2015; Näger 2017).

Etablierte Komponentenmodelle der Early Literacy (z. B. Whitehurst & Lonigan 1998) beziehen die Schriftbewusstheit, das Schriftwissen, die phonologische Bewusstheit, die Wortbewusstheit, die Buchstabenkenntnis und die Erzählfähigkeit ein (vgl. Stuhr u. a. 2023). Prozessmodellen (Sénéchal u. a. 2001; Rohde 2015) zufolge ist der Erwerb der Early Literacy ein interaktiver Prozess, der nicht für jede Komponente isoliert betrachtet werden kann. Jede Komponente folgt zwar einer eigenen Entwicklungslinie, gleichzeitig beeinflussen und unterstützen sich diese aber auch wechselseitig (Rohde 2015).

Neben dem literalen Lernumfeld beeinflusst auch der individuelle Sprachentwicklungsstand die Entwicklung früher literaler Kompetenzen (Sachse 2022). Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (SES) zeigen im Vergleich zu sprachunauffälligen Kindern häufiger schlechtere Fähigkeiten z. B. in der phonologischen Bewusstheit, der Buchstabenkenntnis, den Erzählfähigkeiten und dem Schriftwissen (Cabell u. a. 2010; Justice u. a. 2015; Pavelko u. a. 2018). Etwa vier bis sieben Prozent dieser Schüler:innen sind von einer Lese-Rechtschreibstörung (LRS) betroffen (z. B. Fortes u. a. 2016).

Die Förderung einer Early Literacy-Komponente wirkt sich gleichzeitig auch positiv auf andere Early Literacy-Komponenten aus. Der Anregungsgehalt der literalen Lernumgebung beeinflusst z. B. ob die Buchstabenkenntnis der Entwicklung der Wortbewusstheit vorausgeht oder ob sie die Voraussetzung der Buchstabenkenntnis ist. Zusammen erklären das Wortkonzept und die Buchstabenkenntnis 75 Prozent der Varianz in den späteren Leseleistungen (Lenel & Knopf 2015).

3 Erfassung der frühen Erzähl- und Lesekompetenzen mit dem Prototyp der EuLeApp©

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der aktuellen Bildungsstudien ist die alltagsintegrierte Early Literacy-Förderung für die Prävention von Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb überaus bedeutsam. Die Voraussetzung für eine effektive Förderung früher schriftsprachlicher Fähigkeiten ist die Erfassung der Early Literacy-Kompetenzen (Stuhr u. a. 2023).

Im deutschen Sprachraum lag der Fokus lange Zeit ausschließlich auf der phonologischen Bewusstheit. Weitere Kompetenzbereiche wie Schriftbewusstheit, Schriftwissen, Buchstabenkenntnis und Erzählfähigkeit wurden kaum berücksichtigt. Diese Lücke konnte mit dem EuLe 4-5 (Meindl & Jungmann 2019) teilweise geschlossen werden. Das statusdiagnostische Verfahren erfasst qualitativ und spezifisch die Early Literacy-Kompetenzen von Kindern zwischen 4;0 und 5;11 Jahren, ist in Praxis und Forschung einsetzbar, jedoch nur bedingt geeignet für die Erfassung von Lern- und Entwicklungsverläufen. Darüber hinaus wünschen sich pädagogische Fachkräfte praxisnahe und individuell angepasste Fördermöglichkeiten, die systematisch mit den ermittelten Early Literacy-Kompetenzen verschränkt sind (Meindl u. a. 2022). Diese Limitationen sprechen dafür, das bestehende Verfahren zu einem prozessdiagnostischen Instrument weiterzuentwickeln und auszubauen. Die daraus resultierende EuLeApp© bzw. ihr Prototyp wird in Kapitel 3.1 beschrieben. Zum Materialpaket gehört zudem ein alltagsintegriertes, adaptives Förderkonzept, das in Kapitel 3.2 vorgestellt wird.

3.1 Beschreibung der EuLeApp©

Die im EuLe-F Projekt entwickelte EuLeApp© erfasst die Early Literacy-Kompetenzen der Kinder mit den folgenden sechs Skalen (Abbildung 1).

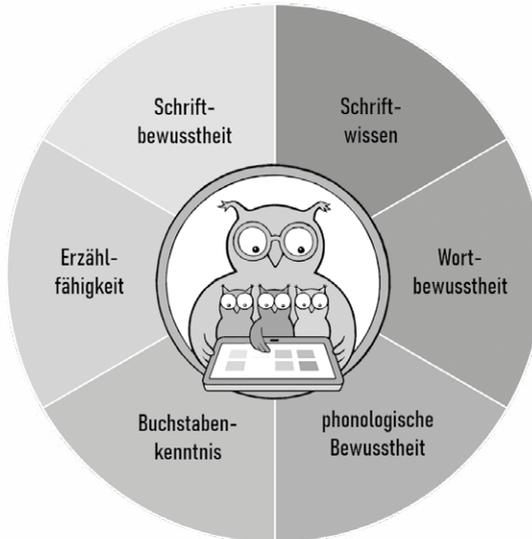


Abb. 1: Early Literacy-Skalen in der EuLeApp©

Um das Verfahren ökonomisch zu halten, wird das computerisierte adaptive Testen (CAT) umgesetzt, d. h. auf der Basis des Antwortverhaltens des Kindes werden nur die Items präsentiert, die einen hohen Informationsgehalt bezüglich der frühen literalen Kompetenzen des Kindes besitzen. Das Lösungsverhalten wird nach der Beantwortung jedes Items berechnet und die nächste Aufgabe aufgrund eines Algorithmus automatisch ausgewählt (Frey 2020; Meindl u. a. 2022).

Um das CAT zu ermöglichen, wurde der Aufgabenpool des EuLe 4-5 auf insgesamt über 200 Items erweitert, die eine fein abgestufte Itemschwierigkeit zeigen. Zudem wurden Items zur phonologischen Bewusstheit und zum ersten Lesen aufgenommen. Zur Erfassung der Erzählfähigkeiten wurde die siebenteilige Bildergeschichte „Möwe Marius“ konzipiert (Stuhr u. a. 2023). Die Auswertung der in den Erzählungen der Kinder realisierten Makrostrukturelemente findet in Anlehnung an das Edmonton Narrative Norms Instrument (ENNI, Schneider u. a. 2005) statt. Das Auswertungsraster wurde pilotiert und die Interrater-Reliabilität an $n = 31$ Geschichtenerzählungen von Kindern geprüft (Kendall´s

Tau = .84). Für die Berechnung der internen Konsistenzen wurden Items mit Trennschärfen unter .30 eliminiert. Cronbach's Alpha variiert zwischen $\alpha = .82$ (Skala Schriftbewusstheit) und $\alpha = .96$ (Skala Erzählfähigkeit).

Die Items der EuLeApp© sind in eine Rahmengeschichte eingebettet und werden von den Kindern spielerisch beantwortet (Abbildung 2). Zu Beginn wählen die Kinder eine von drei Eulenkindern als Avatar aus. Eine erwachsene Eule führt die Kinder durch die verschiedenen Items. Kleine digitale Überraschungen, die nach den Items eines Kompetenz-Bereichs erscheinen, motivieren die Kinder.



Abb. 2: Design der EuLeApp©

Die Projektphase I, in der die EuLeApp© entwickelt und kalibriert wurde, ist mittlerweile abgeschlossen. Die Early Literacy-Kompetenzen von insgesamt $n = 318$ 4;0- bis 7;11-jährigen Kindern aus 14 Kindertageseinrichtungen in den Bundesländern Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern sowie fünf Schulen mit Sprachförderklassen in Niedersachsen wurden in dieser Phase mit dem Prototyp der EuLeApp© erfasst. Zusätzlich wurden ausgewählte Untertests des Sprachstandserhebungstests für Kinder im Alter zwischen 3 und 5 Jahren (SET 3-5, Petermann 2016) bzw. zwischen 5 und 10 Jahren (SET 5-10, Petermann 2018) eingesetzt. Das Würzburger Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (Endlich u.a. 2019) kam bei den Vorschulkindern zum Einsatz. Daten zum sozioökonomischen Hintergrund der Familie und zur häuslichen literalen Lernumgebung (HLE) wurden in Anlehnung an Niklas u.a. (2020) über einen Elternfragebogen erhoben. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick der Stichprobenszusammensetzung.

Tab. 1: Zusammensetzung der Stichprobe der teilnehmenden Kinder und ihrer Bezugspersonen

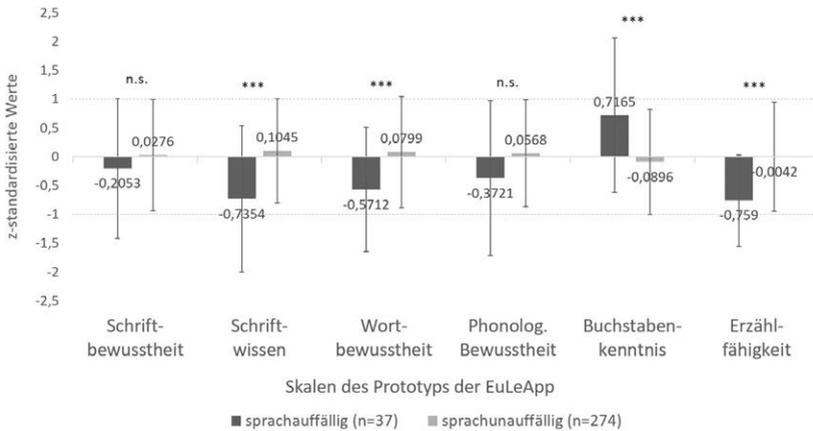
Merkmal	Merkmalsausprägung
Wohnort nach Bundesland	Mecklenburg-Vorpommern (n= 177; 55.7%) Niedersachsen (n = 141; 44.3%)
Geschlecht	44% weiblich (n = 140) 56% männlich (n = 178)
Altersgruppe	4 Jahre (n = 101; 31.8%) 5 Jahre (n = 149; 46.9%) 6 Jahre (n 41; 12.9%) ≥ 7 Jahre (n = 26; 8.2%) fehlende Angaben (n = 1; 0.3%)
Sprachstand	unauffällig (n = 276; 86.8%) auffällig (n = 37; 11.6%) fehlende Daten (n 5; 1.6%)
Mehrsprachigkeit	einspachig (n = 253; 79.6%) mehrsprachig (n = 24; 7.5%) fehlende Angaben (n = 41; 12.9%)
Risiko für Lese-Rechtschreibschwierigkeiten	LRS-Risiko (n = 18; 5.7%) Grenze zum LRS-Risiko (n = 60; 18.9%) Lesen-Risiko (n = 6; 1.9%) Grenze zum Lesen-Risiko (n = 16; 5.0%) Schreiben-Risiko (n = 41; 12.9%) Grenze zum Schreiben-Risiko (n = 45; 14.2%)
Höchster Bildungsabschluss Bezugspersonen	kein Abschluss (n = 1; 0.3%) Förderschulabschluss (n = 1; 0.3%) Hauptschulabschluss (n = 13; 4.1%) Qualifizierter Hauptschulabschluss (n = 4; 1.3%) Mittlerer Schulabschluss (n = 33; 10.4%) Berufsschule (n = 32; 10.1%) Fachabitur (n = 23; 7.2%) Abitur (n = 28; 8.8%) Fachhochschulabschluss (n = 22; 6.9%) Hochschulabschluss (n = 113; 35.5%) fehlende Angaben (n = 48; 15.1%)

Etwa 12 Prozent der Kinder zeigen sprachliche Auffälligkeiten. Mehrsprachig aufwachsende Kinder sind mit einem Anteil von etwa sieben Prozent deutlich unterrepräsentiert. Bei ca. 13 Prozent der Kinder fehlen allerdings Angaben zur Ein- oder Mehrsprachigkeit. Von den $n = 137$ Kindern, mit denen das LRS-Screening durchgeführt wurde, wurden rund sechs Prozent als Risikokinder für eine LRS eingestuft. Die Werte von 20 Prozent der Kinder liegen im Grenzbereich zum Risiko. Während nur zwei Prozent der Kinder ein Risiko für

die Leseentwicklung tragen, liegt das Risiko für den Rechtschreiberwerb mit 13 Prozent der Kinder deutlich höher. Der Bildungsgrad der Eltern ist überdurchschnittlich: 58,4% geben an, das Fachabitur oder einen höheren Bildungsabschluss zu haben.

Der Prototyp der EuLeApp© ist alterssensitiv. Alle z-standardisierten Skalenwerte unterscheiden sich signifikant in Abhängigkeit vom Testalter der Kinder ($p < .001$). Post-hoc Tests nach Bonferroni zeigen, dass v.a. die vierjährigen Kinder schlechter in der Schriftbewusstheit und ihren Erzählfähigkeiten abschneiden als die Kinder aller weiteren Altersgruppen. Beim Schriftwissen und der Wortbewusstheit unterscheiden sich die Kinder aller Altersgruppen signifikant voneinander. In den Skalen phonologische Bewusstheit und Buchstabenkenntnis gibt es signifikante Unterschiede zwischen den vier- und den sechs- bzw. siebenjährigen Kindern.

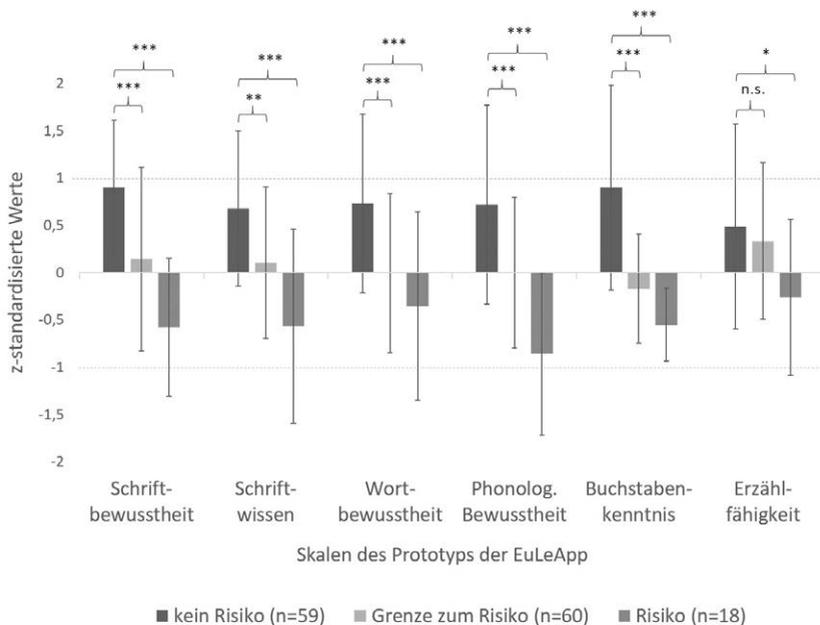
Weiterhin unterscheiden sich Kinder mit und ohne Sprachauffälligkeiten in den Skalen Schriftwissen, Wortbewusstheit, Buchstabenkenntnis und Erzählfähigkeit. In der Skala Phonologische Bewusstheit verpassen die Unterschiede knapp die statistische Signifikanz ($p = .067$) (vgl. Abbildung 3).



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Abb. 3: Early Literacy-Kompetenzen von Kindern mit und ohne Sprachauffälligkeiten

Kinder mit und ohne LRS-Risiko unterscheiden sich in allen Skalen des Prototyps der EuLeApp© signifikant voneinander ($p < .001$ bzw. $p < .05$ für die Skala Erzählfähigkeiten) (vgl. Abbildung 4).



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Abb. 4: Early Literacy-Kompetenzen von Kindern mit und ohne LRS-Risiko

In latenten Profilanalysen konnten vier Early Literacy-Profile identifiziert werden (Stuhr u. a. 2024). Allerdings lagen den Analysen nur die Daten der $n = 285$ Kinder aus Kindertageseinrichtungen zugrunde. Die Schulkinder wurden aus den Analysen ausgeschlossen, da diese ausschließlich aus Grundschulen mit Sprachförderklassen akquiriert wurden.

Rund 17 Prozent ($n = 47$) der Kinder zeigen überdurchschnittliche Early Literacy-Kompetenzen (Profil 1). Der Anteil der Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten ist in dieser Gruppe besonders gering, ebenso wie ihr LRS-Risiko.

Bei über 40 Prozent der Kinder ($n = 111$) wurden alterstypisch entwickelte Early Literacy-Kompetenzen gefunden (Profil 2). In diese Gruppe fällt auch ein Drittel der Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten.

Mit 35 Prozent ($n = 94$) sind Kinder mit leicht unterdurchschnittlichen Early Literacy-Kompetenzen die zweitgrößte Gruppe (Profil 3). Die Gruppe setzt sich zur Hälfte aus Kindern mit und ohne sprachliche Auffälligkeiten zusammen. Das Vorliegen einer sprachlichen Auffälligkeit beeinflusst hier vor allem die Erzählfähigkeiten.

Die kleinste Gruppe, in die sieben Prozent ($n = 19$) der Kinder fallen, weist deutlich unterdurchschnittliche Early Literacy-Kompetenzen auf (Profil 4). Bis auf ein Kind haben alle Kinder dieser Gruppe sprachliche Auffälligkeiten. Besonders niedrige Werte zeigen sich in den Bereichen Schriftwissen und phonologische Bewusstheit. Dagegen liegt die Buchstabenkenntnis, die stark vom häuslichen Anregungsgehalt abhängig ist, im oberen Normbereich.

3.2 Adaptives und alltagsintegriertes Förderkonzept

Für die individuell ermittelten Early Literacy-Profile können alltagsintegrierte, adaptive Förderempfehlungen abgeleitet werden. Insbesondere dem Freispiel wird dabei ein hohes förderliches Potential zugeschrieben, das aktuell jedoch im pädagogischen Alltag meist zu wenig genutzt wird (z. B. Wildgruber u. a. 2016; Cordes u. a. 2019). Erste Ergebnisse aus dem EuLe-F Projekt zeigen ebenfalls, dass die Fachkräfte wenig mit dem Begriff Early Literacy vertraut sind und die entsprechenden schriftsprachrelevanten lernwirksamen Erfahrungen im Kita-Alltag bisher kaum oder gar nicht vermittelt werden. Auch der zusätzliche Nutzen des Einsatzes von digitalen Medien in Verschränkung mit analogen Förderangeboten wird bislang kaum oder gar nicht gesehen. Vielmehr wird ihr Einsatz in der Kita noch überwiegend für unnötig oder unangemessen gehalten (Stuhr u. a. 2023).

Passend zu den Early Literacy-Kompetenzbereichen der EuLeApp© wurde ein alltagsintegriertes Förderkonzept entwickelt, dessen Rahmen die Förderlandkarte „Die Eulen-Insel“ bildet (Abbildung 5). Sie besteht aus sechs Landschaftsbereichen mit Wimmelbildcharakter, die die sechs Early Literacy-Kompetenzbereiche repräsentieren. Diese können die Kinder gemeinsam mit der Handpuppe Eulalie von Living Puppets erkunden (Stuhr u. a. 2023).



Abb. 5: Förderlandkarte „Die Eulen-Insel“

Die „Förderschatzkiste“ enthält insgesamt 103 Ideen für analoge, alltagsintegrierte Förderspiele und 31 Förderimpulse im Karteikartenformat. Der Konzeption der Förderschatzkiste liegt die Spielebox aus GiF-Plus Projekt (Gornik u.a. 2022) zugrunde, welche um weitere Impulse und Spiele zur alltagsintegrierten Förderung aller sechs Bereiche der Early Literacy ergänzt wurde.

Die Vorderseite der Karten enthält eine kurze, illustrative Beschreibung des Spiels, Hinweise zu geeigneten Alltagssituation (z. B. Bilderbuchbetrachtung, Morgenkreis, Freispiel, Musizieren), zur geschätzten Dauer, zum empfohlenen Altersbereich der Kinder, zur Personenzahl und zum benötigten Material für die Umsetzung. Um die Adaption des Förderspiels an die Lernausgangslagen der Kinder zu ermöglichen, werden drei unterschiedlich schwere Spielvarianten skizziert. Bei der Konzeption wurde darauf geachtet, durch Adaptionen auch Kindern mit umfassenden motorischen und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen die Teilhabe am Spielgeschehen zu ermöglichen. Auf der Rückseite der Förderkarten finden sich Ideen für weitere Spielvariationen, mögliche Fragen an die Kinder, Reflexionsfragen für pädagogische Fachkräfte und Tipps für weiterführende Literatur und Materialien. Die Abbildungen 6 und 7 zeigen beispielhaft zwei Karten aus der Förderschatzkiste zur alltagsintegrierten, adaptiven Förderung aus den Bereichen Schriftbewusstheit und Wortbewusstheit. Die Förderschatzkiste kann von den pädagogischen Fachkräften noch durch eigene Förderspiele erweitert werden. Dazu stehen Blanko-Karten zur Verfügung (Stuhr u.a. 2023).



3

Schriftsafari

1

2

3

4

5

6

Förderziele: Schriftbewusstheit



ab 2 Stunden



3-6 Jahre



10-15 Kinder



Klemmbretter, Bleistifte, Papier

Durchführung:

Jedes Kind bekommt ein Klemmbrett mit Papier und einem Stift. Zunächst wird gemeinsam im Gruppenraum nach Schrift und Buchstaben gesucht und versucht diese abzuschreiben.

Gehen Sie danach mit den Kindern in der Kita oder draußen spazieren. Die Kinder können für sich oder mit einem anderen Kind Schriftzüge sammeln. Vergleichen Sie anschließend in der Gruppe die gesammelten Ergebnisse. Die Kinder können erzählen, wo sie die Schriftzüge gefunden haben. Die Ergebnisse werden ausgestellt oder in einer Schatzkiste aufbewahrt.



Die Schriftzüge werden abgepaust oder mit einem Tablet abfotografiert.



Die Schriftzüge werden abgemalt.



Die Kinder vergleichen die gesammelten Schriftzüge und finden Ähnlichkeiten und Unterschiede.

weitere Kompetenzbereiche:

- Buchstabenkenntnis
- Erkennen von Zeichen und deren Bedeutung
- Diktieren von Briefen

Glossar:

- Piktogramm

zum Weiterlesen:

KiTA Frankfurt (Hrsg.). (2011). *Sprechen, Schreiben, Lesen. Kinder auf dem Weg zur Schrift*. Stadt Frankfurt.

WEITERE VARIATIONEN:

- Gehen Sie auf die Suche nach Symbolen, Piktogrammen und Bildzeichen.
- Gestalten Sie eigene Piktogramme und nutzen Sie diese z. B. zur Strukturierung des Tagesablaufes. Lassen Sie Buchstaben fotografieren.

FRAGEN AN DIE KINDER:

- Wo hast du den Buchstaben/das Symbol gefunden?
- Weißt du schon, was es bedeutet?
- Was stand in den Texten/Schriften, die Sie gefunden haben?
- Welcher der Texte/Schriften hat Ihnen am besten gefallen?

FRAGEN FÜR DEN PÄDAGOGISCHEN ALLTAG:

- Sind einige Kinder mit ihren Ergebnissen unzufrieden? Als Hilfe kann zunächst ein einziger Buchstabe ausgewählt und vor dem Schreiben genau angesehen oder mit der Hand nachgeföhlt werden, z. B. bei Autokennzeichen.
- Wo sind spannende Schriftstücke zu finden? Ideen sind Einkaufszentren, Kinos, Graffiti- und Werbewände.

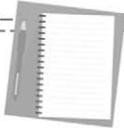


Abb. 6: Förderspiel „Schriftsafari“ (Landschaftsbereich Dorf, Early Literacy-Bereich Schriftbewusstheit)



2 3

Wie tief ist das Moor?

1 2 3 4 5 6

Förderziele: Wortbewusstheit

 20 Minuten

 5-6 Jahre

 1-10 Kinder

 Liste mit Sätzen, Eulalie

Durchführung:

Bei einem Ausflug in das Moor auf der Eulen-Insel ist eine Brücke kaputt. Die Kinder kommen nicht auf die andere Seite. In einem Turnraum oder draußen stehen alle Kinder auf einer Seite und fragen Eulalie, die auf der anderen Seite steht im Chor: „Eulalie, Eulalie, wie tief ist das Moor?“. Eulalie sagt „10 Meter“. Die Kinder fragen anschließend: „Und wie kommen wir herüber?“. Eulalie antwortet darauf hin: „Spring so oft, wie ihr Wörter in diesem Satz hört.“ Anschließend wird ein Satz der Satzliste vorgelesen, z. B. ‚Ich lache gern‘ und die Kinder hüpfen die entsprechende Anzahl in Richtung Eulalie. Das wird so oft wiederholt, bis die Kinder auf der anderen Moorseite angekommen sind.



 Die Sätze werden in ausgedruckter Form mitgebracht, sodass die Wörter gezählt werden können.

 Die beschriebene Spielvariante ist als mittel einzustufen.

 Es werden hauptsächlich lange Sätze gesagt.

weitere Kompetenzbereiche:

- chorisches Sprechen
- auditive Wahrnehmungs- und Merkfähigkeit
- Grobmotorik

Glossar:

- Bewusstheit für Satzlängen

zum Weiterlesen:

Abwandlung des Kinderfangspiels „Fischer, Fischer, wie tief ist das Wasser?“

WEITERE VARIATIONEN:

- In dieser Version muss Eulalie das Moor überqueren und die Kinder helfen ihr dabei. Sie denken sich nacheinander oder gemeinsam Sätze aus und Eulalie muss für die entsprechende Wortanzahl mit den Flügeln schlagen. Die Kinder melden Eulalie zurück, ob sie die richtige Anzahl gesprungen ist. Das wird so lang gespielt, bis Eulalie erfolgreich das Moor überquert hat und bei den Kindern angekommen ist.

FRAGEN AN DIE KINDER:

- Wie viele Wörter habt ihr gehört?
- Gab es Wörter, die ihr nicht als ein Wort erkannt habt?
- Wie kann ich einzelne Wörter in Zukunft besser erkennen?

FRAGEN FÜR DEN PÄDAGOGISCHEN ALLTAG:

- Spreche ich Wortgrenzen deutlich genug aus?

Abb. 7: Förderspiel „Wie tief ist das Moor?“
(Landschaftsbereich Moor, Early Literacy- Bereich Wortbewusstheit)

Das Fördermaterial wird durch ein Handbuch im DIN A5-Format ergänzt, das Bestandteil der Förderschatzkiste ist. Neben einigen Hintergrundinformationen rund um Early Literacy-Aktivitäten enthält es eine Anleitung für den integrierten, adaptiven Einsatz von Förderlandkarte, Förderschatzkiste und Handpuppe im pädagogischen Gruppenalltag sowie für die Einzelförderung, nützliche weiterführende Links und Literaturempfehlungen.

4 Exemplarisches Vorgehen bei der Early Literacy-Förderung in der Kita

Im Folgenden wird exemplarisch auf Fördermöglichkeiten anhand des Early-Literacy Profils einer Probandin (5;6 Jahre) der Kalibrierungstichprobe eingegangen.

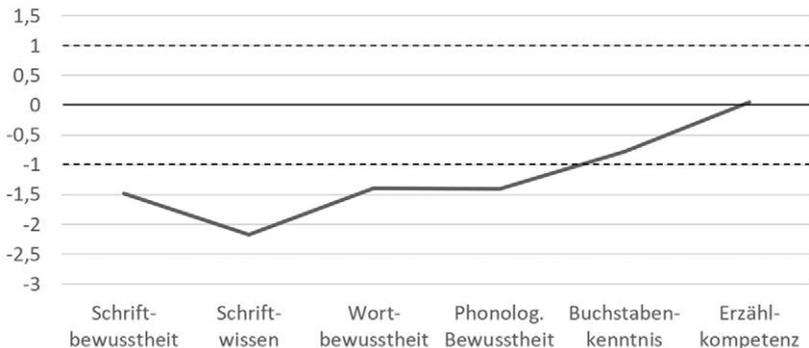


Abb. 8: Early Literacy-Profil der Probandin (5;6 Jahre)

Die Probandin erreicht unterdurchschnittliche Werte in den Skalen Schriftbewusstheit, Schriftwissen, Wortbewusstheit und phonologische Bewusstheit (Abbildung 8). Um ihr einen möglichst guten Start in den Schriftspracherwerb zu ermöglichen, sollten diese Bereiche alltagsintegriert gefördert werden.

Förderspiele zum Bereich Schriftbewusstheit ermöglichen den Kindern, Unterschiede zwischen Schrift, Bildern, Symbolen und Zahlen zu erkennen. Durch eigene Erfahrungen und Erlebnisse mit Schrift entdecken sie die Bedeutung und Funktion von Schrift. In dem Förderspiel „Schriftsafari“ (Abbildung 6) suchen die Kinder Schrift in der eigenen Lebenswelt, malen Schriftzüge ab und erkennen ihre Bedeutung.

Förderspiele zur Wortbewusstheit, wie das Spiel „Wie tief ist das Moor?“ (Abbildung 7), fördern das Entdecken von Wortgrenzen. Die Fähigkeit, Wörter

in einem Satz zu erkennen stellt z. B. eine der wesentlichen Voraussetzungen für das spätere Lesen und Schreiben dar (Lenel & Knopf 2015).

Die Umsetzung der Förderspiele ist in der gesamten Kindergartengruppe oder in Kleingruppen von Kindern mit ähnlichen Early Literacy-Profilen möglich. Kinder, die unauffällige bis überdurchschnittliche Leistungen in den betreffenden Early Literacy-Kompetenzen zeigen, können die Probandin in der spielerischen Peer-Interaktion im Rahmen der angewendeten Förderspiele unterstützen und als Modell dienen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die pädagogische Fachkraft den Schwierigkeitsgrad durch die auf den Förderkarten beschriebenen Adaptionstufen variiert und auf diese Weise Kinder mit verschiedenen Kompetenzen effektiv in das Förderspiel einbezieht. Ideen zur Variation der Förderspiele bieten zusätzliche Möglichkeiten der Anpassung.

5 Fazit und Ausblick

Um Kinder mit einem Risiko für die Entwicklung von Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb frühzeitig zu erkennen und zu fördern, muss der bisher vorherrschende, reaktive Ansatz für Diagnostik und Förderung durch die Entwicklung und Umsetzung präventiver Ansätze erweitert werden.

Die Entwicklung eines präventiven Ansatzes, der bereits vor der Entstehung von Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb im Schulalter greift, ist das übergeordnete Ziel des laufenden Verbundprojektes EuLe-F. Mit der EuLeApp© wurde ein Instrument zur digitalen Erfassung von sechs Early Literacy-Kompetenzen entwickelt. Das Förderkonzept ermöglicht pädagogischen Fachkräften passend zu den in der EuLeApp© erhobenen individuellen Kompetenzprofilen der Kinder adäquate Fördermöglichkeiten in der Praxis alltagsintegriert umzusetzen und stellt damit eine Möglichkeit zur Prävention und Intervention von Schwierigkeiten im frühen Schriftspracherwerb dar.

Im weiteren Projektverlauf soll im Rahmen der formativen Evaluation mithilfe leitfadengestützter Fokusgruppeninterviews ein regelmäßiger Austausch mit den teilnehmenden pädagogischen Fachkräften über die Praxistauglichkeit der EuLeApp© und des adaptiven alltagsintegrierten Förderkonzepts erfolgen. Ergebnisse dieser Evaluation finden Eingang in weitere Förderempfehlungen. Auf Ebene der Kinder soll ein Prä-Posttest-Vergleich der Early Literacy-Kompetenzen Aufschluss über die Wirksamkeit der alltagsintegrierten, adaptiven Förderung bringen.

Literatur

- Böttger, T. & Zierer, K. (2021): Effekte der pandemiebedingten Schulschließungen im Frühjahr 2020 auf fachlich-kognitive Leistungen von Schüler*innen im In- und Ausland. Ein narratives Review. In: DDS - Die Deutsche Schule, Beiheft 18, 39-58.
- Cabell, S. Q., Lomax, R. G., Justice, L. M., Breit-Smith, A., Skibbe, L. E. & McGinty, A. S. (2010): Emergent literacy profiles of preschool-age children with specific language impairment. In: International Journal of Speech-Language Pathology 12 (6), 472-482.
- Cordes, A.-K., Radan, J. & Wirts, C. (2019): Fachkraft-Kind-Interaktionen. Wer hat das Wort? In: Frühe Bildung 8 (4), 200-205.
- Endlich, D., Küspert, P., Lenhard, W., Marx, P. & Schneider, W. (2019): LRS-Screening. Laute, Reime, Sprache – Würzburger Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- Fortes, I. S., Paula, C. S., Oliviera, M. C., Bordin, I. A., de Jesus Mari, J. & Rohde, L. A. (2016): A cross-sectional study to assess the prevalence of DSM-5 specific learning disorders in representative school samples from the second to sixth grade in Brazil. In: European Child & Adolescent Psychiatry 25 (2), 195-207.
- Frey, A. (2020): Computerisiertes adaptives Testen. In: H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Berlin: Springer, 119-142.
- Gornik, D., Franze, M. & Jungmann, T. (2022): Sprach- und Literacyförderung im Rahmen des GIF-PLUS+-Projektes - Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. In: M. Spreer, M. Wahl & H. Beek (Hrsg.): Sprachentwicklung im Dialog. Digitalität - Kommunikation - Partizipation. Idstein: Schulz-Kirchner, 222-229.
- Justice, L. M., Logan, J., Kaderavek, J., Schmitt, M. B., Tompkins, V. & Bartlett, C. (2015): Empirically based Profiles of the Early Literacy Skills of Children with Language Impairment in Early Childhood Special Education. In: Journal of Learning Disabilities 48 (5), 482-494.
- Kieschnick, A. (2015): Literacy im Kindergarten. KiTaFachtexte. Online unter: https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/KiTaFT_Kieschnick_Literacy_2016.pdf. (Abrufdatum 26.06.2024).
- Lenel, A. & Knopf, M. (2015): Die Entwicklung des Wortkonzepts im letzten Kindergartenjahr und seine Wirkung auf das Lesen in den ersten beiden Grundschuljahren. Eine entwicklungspsychologische Längsschnittstudie. In: Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik, 45. Jg., 43-70.
- Meindl, M. & Jungmann, T. (2019): EuLe 4-5. Erzähl- und Lesefähigkeiten erfassen bei 4-5-jährigen Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Meindl, M., Stuhr, C., Nicosia, R. & Jungmann, T. (2022): Adaptive Diagnostik und frühe Förderung der frühen Erzähl- und Lesekompetenzen im Elementar- und Primarbereich mit der EuLeApp. In: M. Spreer, M. Wahl, & H. Beek (Hrsg.): Sprachentwicklung im Dialog: Digitalität - Kommunikation - Partizipation. Idstein: Schulz-Kirchner, 222-229.
- Näger, M. (2017): Literacy. Kinder entdecken Buch-, Erzähl- und Schriftkultur. Freiburg: Herder.
- Nickel, S. (2020): Sprache und Literacy im Elementarbereich. In: R. Braches-Chyrek, C. Röhner, H. Sünker & M. Hopf (Hrsg.): Handbuch Frühe Kindheit. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 773-746.
- Niklas, F., Annac, E. & Wirth, A. (2020): App-based learning for kindergarten children at home (Learning4Kids): Study protocol for cohort 1 and the kindergarten assessments. In: BMC Pediatrics, volume 20, 554.
- OECD (2023): PISA 2022 Ergebnisse (Band I): Lernstände und Bildungsgerechtigkeit, PISA. Bielefeld: wbv Media. <https://doi.org/10.3278/6004956w>
- Partanen, M. & Siegel, L. S. (2014): Long-term outcome of the early identification and intervention of reading disabilities. In: Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal, 27, 665-684.

- Pavelko, S. L., Lieberman, R. J., Schwartz, J. & Hahs-Vaughn, D. (2018): The contribution of phonological awareness, alphabet knowledge, and letter writing to name writing in children with specific language impairment and typically developing children. In: *American Journal of Speech-Language Pathology*, volume 27, 166-180.
- Petermann, F. (2016): SET 3-5 Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 3 und 5 Jahren. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (2018): SET 5-10 Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren. Göttingen: Hogrefe.
- Rohde, L. (2015): The Comprehensive Emergent Literacy Model: Early Literacy in Context. In: *SAGE Open* 5 (1), 1-11.
- Sachse, S. K. (2022): Das Merge-Modell beim Schriftspracherwerb. Eine Zusammenführung verschiedener Perspektiven. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 73 (6), 273-283.
- Schneider, P., Dubé, R. V. & Hayward, D. V. (2005): The Edmonton Narrative Norms Instrument. Online unter: <https://www.ualberta.ca/en/communications-sciences-and-disorders/clinical-education/for-clinicians/edmonton-narrative-norms-instrument/index.html>. (Abrufdatum: 06.01.2025).
- Schnepel, S., Wehren-Müller, M., Luger, S., Stöckli, M. & Moser Opitz, E. (2022): Der Einfluss der pandemiebedingten Schulschließung auf den Leistungszuwachs von Grundschülerinnen und -schülern in inklusiven Klassen der Schweiz – eine Längsschnittstudie. In: *Empirische Sonderpädagogik* 14 (4), 352-367.
- Sénéchal, M., LeFevre, J.-A., Smith-Chant, B. L. & Colton, K. V. (2001): On refining theoretical models of emergent literacy: The role of empirical evidence. In: *Journal of School Psychology* 39 (5), 439-460.
- Stanat, P., Schipolowski, S., Schneider, R., Sachse, K. A., Weirich, S. & Henschel, S. (2022): IQB-Bildungstrend 2021. Kompetenzen in den Fächern Deutsch und Mathematik am Ende der 4. Jahrgangsstufe im dritten Ländervergleich. Münster: Waxmann.
- Stuhr, C., Testa, T., Meindl, M. & Jungmann, T. (2023): Prävention von Lese-Rechtschreibstörungen durch prozessorientierte Diagnose und adaptive, alltagsintegrierte Förderung der Early Literacy-Kompetenzen mit der EuleApp©. In: *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis, Sonderheft: Spracherwerbsgestörte Kinder lernen lesen und schreiben*, 2 (2023), 58-67.
- Stuhr, C., Yumus, M., Meindl, M., Jungmann, T. & Hughes, C. M. L. (2024). Exploration of latent early literacy profiles in German preschool children using a newly developed App. In: *Front. Educ.* 9:1350266. <https://doi.org/10.3389/educ.2024.1350266>
- Whitehurst, G. J. & Lonigan, C. J. (1998): Child Development and Emergent Literacy. In: *Child Development* 69 (3), 848-872.
- Wildgruber, A., Wertfein, M., Wirts, C., Kammermeier, M. & Danay, E. (2016): Situative Unterschiede der Interaktionsqualität im Verlauf des Kindergartenalltags. In: *Frühe Bildung* 5 (4), 206-213.

Autor:innen

Testa, Tabea

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7146-2817>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: elternbasierte Early Literacy-Förderung

E-Mail: tabea.testa@uni-oldenburg.de

Yumus, Melike, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2420-4318>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung von Sprach- und Lesekompetenz in der frühen Kindheit und Präventionsprogramme für den Schulerfolg

E-Mail: melike.yumus@uni-oldenburg.de

Wandel, Sarah-Theres

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Early Literacy-Fähigkeiten und sozioökonomischer Status

E-Mail: sarah-theres.wandel@uni-oldenburg.de

Stuhr, Christina, Dr.

Universität Rostock

Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung einer adaptiven Diagnostik-App zur Erfassung von Early Literacy-Fähigkeiten

E-Mail: christina.stuhr@uni-rostock.de

Meindl, Marlene, Dr.

Universität Rostock

Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung einer adaptiven Diagnostik-App zur Erfassung von Early Literacy-Fähigkeiten

E-Mail: marlene.meindl@uni-rostock.de

Jungmann, Tanja, Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8530-2857>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Professionalisierung von pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften in inklusiven Settings, Evidenzbasierte Frühe Bildungskonzepte, Diagnose und Förderung von sprachlichen und Early Literacy-Kompetenzen

E-Mail: tanja.jungmann@uni-oldenburg.de

Isabelle von Seeler, Steffen Kaiser und Steffen Siegemund-Johannsen

Kinder mit komplexer Behinderung in der Kita: Überlegungen zur Beobachtung und Initiierung von mathematischen Lernprozessen

Zusammenfassung

Der Anspruch, Kindern mit komplexer Behinderung bereits im vorschulischen Bereich für das Fach Mathematik relevante Kompetenzen zuzutrauen und ihre fachliche Partizipation im Kita-Alltag zu stärken, formuliert eine bislang weitestgehend ungelöste Herausforderung. Der Beitrag plädiert dafür, neben genuinen mathematischen Inhalten wie Größen und Zahlen auch weitere Kompetenzen in den Blick zu nehmen, die nach aktuellem empirischen Forschungsstand Vorläuferfertigkeiten für die Aneignung der Inhalte der Grundschulmathematik darstellen. In diesem Beitrag wird der Bereich der visuellen Wahrnehmung hierfür aufgegriffen, für die Beschäftigung mit diesem Bereich als Lerninhalt argumentiert und praxisnahe Beobachtungshinweise und daran ansetzende Förderanregungen präsentiert.

1 Einleitung

Ziel dieses Beitrags ist es, Überlegungen zur vorschulischen Förderung von Kindern mit komplexer Behinderung vorzustellen. Dabei wird erläutert, wie Wachheit und Ansprechbarkeit als basale Lernvoraussetzungen sowie darauf aufbauende visuelle Kompetenzen im Kontext der fachlichen Bildung im Bereich Mathematik verortet werden können. Unser Hauptanliegen ist es, Kindern mit komplexer Behinderung für das Fach Mathematik relevante Kompetenzen zuzutrauen und ihre fachliche Partizipation im Kita-Alltag zu stärken. So sollen Anknüpfungspunkte zur Diagnostik und Gestaltung von Förderprozessen aufgezeigt werden, die als praktische Unterstützung für pädagogische Fachkräfte dienen können. Hierbei wird keine Vollständigkeit für die Darstellung von Förderansätzen und inhaltlichen Schwerpunkten beansprucht.

Vielmehr will das Autor:innenteam einen Diskurs initiieren, der auf Grundlage theoretischer und empirischer Erkenntnisse diagnostische Zugänge und entwicklungsadäquate Förderangebote für die Personengruppe aufzeigt.

Im zweiten Abschnitt erfolgt zunächst eine Beschreibung der Zielgruppe der Kinder mit komplexer Behinderung. Eine Auseinandersetzung mit der Bedeutung von basalen Aufmerksamkeitsleistungen und im Weiteren von visueller Wahrnehmung für mathematisches Lernen schließt sich an. Im dritten Abschnitt werden erste Überlegungen zur Beobachtung und Initiierung von mathematisch relevanten Lernprozessen bei Kindern mit komplexer Behinderung am Beispiel der visuellen Wahrnehmung thematisiert. Dabei werden mögliche Beobachtungsimpulse und entsprechende Förderanregungen für die pädagogische Praxis in der Kita vorgestellt. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion und zeigt Forschungsdesiderate auf.

2 Kinder mit komplexer Behinderung in der Kita

Begründungen und Vorstellungen darüber, wer zur sehr heterogenen Gruppe von Menschen mit komplexer Behinderung zählt, sind u. a. durch gesellschaftliche und individuelle Erfahrungen geprägt (Bernasconi & Böing 2015). Wir folgen der Definition, nach der ihre „Lebenswirklichkeit die Komplexität der individuellen organischen Schädigung, der Beeinträchtigungen und Störungen mit den Bedingungen eines sich ausdifferenzierenden (komplexen) Hilfesystems verbindet“ (Fornefeld 2008, 50f.).

In der Kita brauchen Kinder mit komplexer Behinderung eine intensive Begleitung in Alltagssituationen, in der Förderung ihrer sozialen Teilhabe und für ihre kommunikative Verständigung (Sarimski 2016). Die Komplexität der Behinderung bedingt die jeweiligen Möglichkeiten, „eigene Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck (zu) bringen“ (Fornefeld 2020, 97). Kommunikation findet in der Regel nicht verbalsprachlich, sondern mit Lauten, über verschiedene Ausdrucksformen des Körpers oder unterschiedliche Formen der Unterstützten Kommunikation, statt. Menschen mit komplexer Behinderung sind in vielen Situationen des Alltags über ihre gesamte Lebensspanne von Exklusion bedroht oder betroffen (Fornefeld 2008). Dies betrifft auch das Bildungssystem und konkret den Ausschluss von Bildungsinhalten (Lamers & Heinen 2006). Der institutionelle Anspruch auf Bildung beginnt bereits im Vorschulalter, wobei die Betreuungssituation von Kindern mit komplexer Behinderung sich in Deutschland strukturell sehr unterschiedlich darstellt. Während einige Bundesländer inklusiv arbeitende allgemeine Kindertagesstätten bevorzugen, setzen andere auf Sondereinrichtungen wie z. B. auf die schulvorbereitenden Einrichtungen in Bayern. Wie viele Kinder mit einer komplexen Behinderung allgemeine Kindertagesstätten besuchen, ist

nicht bekannt (Sarimski 2016). Die Anforderungen an Fachkräfte sind hoch. Sie müssen kommunikative Signale erkennen und deuten, intensiv und individuell in allen Lebensbereichen pflegen und fördern, mit Eltern zusammenarbeiten und mit anderen Fachkräften in der Kita und extern kooperieren (ebd.).

2.1 Bildung und basale Aufmerksamkeit bei Kindern mit komplexer Behinderung

Bereits im Zuge der ersten PISA-Ergebnisse ist das Kindergarten- und Vorschulalter als eine zentrale Phase der kindlichen Bildung in den Blick der Öffentlichkeit gelangt. Mit vielfältigen Methoden und Ansätzen sollen bereits hier schulrelevante Fähigkeiten gefördert werden. Für Kinder mit komplexer Behinderung stellt sich die Situation anders dar: „Die Frühförderung von Kindern mit schweren und mehrfachen Behinderungen kann sich nicht an allgemeinen Förderprogrammen oder den Ergebnissen von Entwicklungstests orientieren, sondern muss sich auf die individuellen Möglichkeiten einstellen, die den Kindern als Zugang zur Welt offenstehen“ (Sarimski 2022, 259). Praxisorientierte Ausführungen beziehen sich meist auf Themen, wie die Förderung von Kommunikation und Alltagskompetenzen oder auf den Zusammenhang von Pflege und Bildung. Angebote für Kinder mit komplexer Behinderung fokussieren in der Regel die Entwicklung der körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte, d. h. auf eine subjektzentrierte formale Bildung. Der materiale Aspekt von Bildung – die Aneignung von kulturellen Inhalten – nimmt hingegen in der Praxis nur einen geringen Stellenwert ein (Janz u. a. 2009; Lamers & Heinen 2006).

Das Interesse des Kindes an seiner Umwelt, das aufscheint, wenn das Kind sich selektiv bestimmten Personen oder Objekten zuwendet, ist eine zentrale Voraussetzung sich anschließender Aneignungsprozesse. Ob ein Kind sich aber einem Kommunikations- bzw. Bildungsangebot zuwendet und hierfür Interesse zeigt, ist für Kinder mit komplexer Behinderung stärker als bei anderen Kindern an weitere Voraussetzungen gebunden. Hier ist an erster Stelle das psychologische Konzept der „Alertness“ hervorzuheben, das eine basale Form von Aufmerksamkeit und Wachheit meint oder noch allgemeiner als Ansprechbarkeit zu verstehen ist. Diese ist u. a. an innere biologische Rhythmen gekoppelt, aber dennoch durch eine aktivierende Umgebung beeinflussbar. Fachkräfte sollten folglich Phasen gesteigerter Ansprechbarkeit erkennen, provozieren und pädagogisch nutzen können (Munde u. a. 2009a).

Vlaskamp u. a. (2010) schlagen in dem von ihnen entwickelten Beobachtungsbogen für Menschen mit komplexer Behinderung die folgende Unterteilung von Aufmerksamkeit vor: 1. aktiv, auf die Umgebung gerichtet; 2. in sich selbst gekehrt; 3. schlafend, dösend. Ziel des Beobachtungsbogens ist das

Erstellen eines individuellen Profils zur Wachheit bzw. Ansprechbarkeit für Menschen mit komplexer Behinderung, um günstige Zeitpunkte für Aktivitäten zu erkennen und für die Förderung auszuwählen. Für den vorschulischen Bereich zeigt Sarimski (2016, 118), dass es pädagogische Fachkräfte vor eine Herausforderung bei Kindern mit komplexer Behinderung stellt „(...) Phasen wacher Aufmerksamkeit zu erkennen, Blickrichtung, Körperhaltung, Gesten und Vokalisationen als individuelle Zeichen von Kontaktbereitschaft zu deuten (...)“ Solche Äußerungen festzustellen, findet meist über (externe) Beobachtung statt. Diese sind aber für Außenstehende nicht immer klar ersichtlich oder interpretierbar (Huberty & Wagner 2019), da eine gleiche Äußerung unterschiedliche Bedeutung haben bzw. unterschiedliche Funktionen erfüllen kann (Munde u. a. 2009b).

2.2 Mathematische Basiskompetenzen bei komplexer Behinderung

Während in psychologischen und mathematikdidaktischen Diskursen bereits seit Anfang der 1980er Jahre die Rolle von sogenannten pränumerischen Kompetenzen massiv in die Kritik geraten ist, hielt sich im deutschsprachigen Diskurs zum Unterrichten mathematischer Kompetenzen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung diese Annahme eines pränumerischen Bereichs – entgegen jeglicher empirischen Evidenz – bis weit in die 2000er Jahre hinein (Peter-Koop 2016; Siegemund 2016). Laut Dönges (2016, 13) bewirke „die Orientierung an der Pränumerik einen künstlich herausgezögerten Eintritt in die Welt der Zahlen“. Siegemund (2016) plädiert konsequenterweise dafür, den Begriff „Pränumerische Kompetenzen“ nicht weiter zu verwenden. Kinder mit sog. geistiger Behinderung können zahlbezogene Kompetenzen erwerben, ohne über elaborierte nicht-numerische z.B. logische Kompetenzen zu verfügen (z.B. Garrote u.a. 2015; von Seeler 2020). Unstrittig ist auch, dass mathematische Kompetenzen Teilhabechancen erhöhen und zu einer selbstbestimmten Lebensführung beitragen.

Vorschulische Förderkonzepte und Lehrwerke der Grundschuldidaktik stellen entsprechend die sinnvollere Alternative zu pränumerischen Sonderkonzepten für diese Schülerschaft dar (Siegemund 2016). Den Orientierungspunkt bilden hier die von der KMK (2022) vorgelegten Bildungsstandards, die neben allgemeinen prozessbezogenen, auch die inhaltsbezogenen mathematischen Kompetenzen aufgreifen (Abbildung 1).

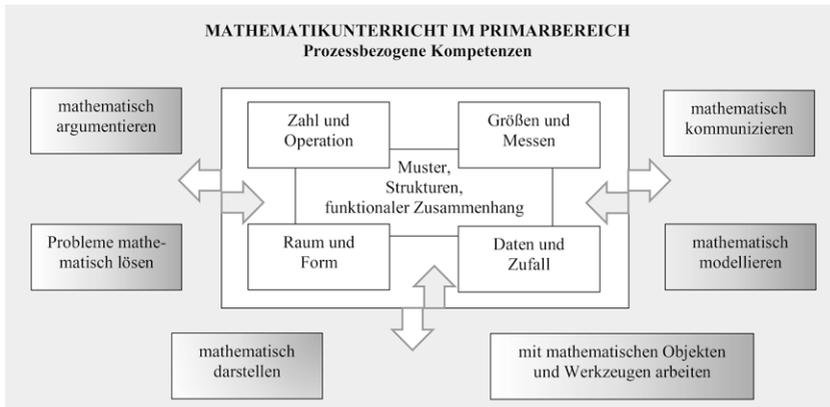


Abb. 1: Inhaltsbezogene und prozessbezogene mathematische Kompetenzen im Primarbereich (KMK 2022, 6; eigene Darstellung)

Wenngleich mit diesem Paradigmenwechsel wichtige Grundlagen gelegt sind, um in der Kita und später in der Schule im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung Mathematikunterricht im Einklang mit dem vorliegenden Forschungsstand verwirklichen zu können, bleiben einmal mehr Fragen der Bildung von Kindern mit komplexer Behinderung offen. Rückt man diese Gruppe in den Mittelpunkt, stellt sich die Frage, inwieweit die geforderte Fachorientierung anschlussfähig für Kinder und Jugendliche mit komplexer Behinderung sein kann und ob der durch die KMK-Empfehlungen gesteckte Rahmen den pädagogischen Handlungsspielraum zu stark verengt. Das in konstruktivistischen Zusammenhängen alternativ vertretene und erweiterte Verständnis der Mathematik als Wissenschaft von Mustern und Strukturen (Benz u.a. 2015) läuft hingegen Gefahr, erneut – entgegen dem empirischen Forschungsstand – beliebige Konzepte zum Gegenstand mathematischer Förderung in Kita oder Schule zu machen. Nach unserer Auffassung sollten insbesondere solche Konzepte in den Blick genommen werden, die sich sowohl aus theoretischen Überlegungen heraus wie auch durch den aktuellen empirischen Forschungsstand als relevante Faktoren für die Ko-Konstruktion mit mathematischen Kompetenzen im engeren Sinne entsprechend den KMK-Empfehlungen anbieten. In diesem Sinne und eben nicht als Vorläufer erscheinen auch die bereits benannten und insbesondere von Piaget erforschten Konzepte der Klassifikation und Seriation von Relevanz, die in ähnlicher Weise auch in Tests zur Messung der fluiden Intelligenz beinhaltet sind. Die empirische Forschung zur Vorhersage mathematischer Kompetenzentwicklungen in der Grundschulzeit an Vorschulkindern weist – neben der Intelligenz – auch

die kognitiven Funktionen, wie etwa die Wahrnehmung, das Arbeitsgedächtnis oder die exekutiven Funktionen, sowie eine anregungsreiche Umgebung als Prädiktoren aus (vgl. Überblick bei Schneider u.a. 2021).

Im Folgenden soll exemplarisch anhand eines für die weitere mathematische Entwicklung relevanten Kompetenzbereichs aufgezeigt werden, wie Beobachtung und Förderung durch eine elementare Annäherung zwischen Lerninhalt und Subjekt (Terfloth & Bauersfeld 2019) zur basalen mathematischen Entwicklung von Kindern mit komplexer Behinderung beitragen können. Im Fokus steht hier die visuelle Wahrnehmung, die in der fachdidaktischen Literatur als Anknüpfungspunkt zur Förderung hervorgehoben wird (Benz u.a. 2015).

2.3 Die Bedeutung der visuellen Wahrnehmung für mathematisches Lernen

Im deutschsprachigen Raum liegen mehrere Studien vor, die die visuelle Wahrnehmung als relevanten Prädiktor für mathematisches Lernen ausweisen. So stellen Daseking und Petermann (2011) in einer Stichprobe von 372 Kindern fest, dass die visuelle Wahrnehmungsleistung im Vorschulalter zur Vorhersage der Rechenleistung zu Beginn der zweiten Klasse beiträgt. Vergleichbare Ergebnisse sind der Untersuchung von Werpup und Petermann (2016) zu entnehmen. In ihrer Stichprobe zeigen 39% der teilnehmenden rechenschwachen Kinder klinisch bedeutsame Schwächen in der visuellen Wahrnehmung. Auch wenn die (Prädiktoren-)Forschung sich vornehmlich auf Kinder ohne Beeinträchtigung oder mit Rechenschwäche richtet, ist davon auszugehen, dass die visuelle Wahrnehmung ebenso Einfluss auf die mathematische Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung nimmt. Entscheidend ist dabei, dass die visuelle Wahrnehmung keinesfalls als pränumerisches Konzept, das erste basale numerische Kompetenzen vorbereitet, interpretiert wird, sondern als eine Kompetenz, die gemeinsam mit basalen numerischen Kompetenzen die Aneignung von Inhalten der Grundschulmathematik unterstützt.

Die visuelle Wahrnehmung nimmt ihren Ausgang zwar in der Aufnahme von Informationen über die Netzhaut im Auge, beschreibt aber im Weiteren auch die Prozesse der Verarbeitung dieser Informationen im Gehirn. Diese Verarbeitungsprozesse lassen sich verschiedenen Kompetenzbereichen zuordnen. Ein prominentes Konzept zur visuellen Wahrnehmung haben Frostig und Maslow (1978) vorgelegt, welches fünf unterschiedliche Wahrnehmungsbereiche kennzeichnet: Die *visuomotorische Koordination* meint die Fähigkeit visuell wahrgenommene Sinneseindrücke mit Körperbewegungen oder Teilen des Körpers zu koordinieren. Die *Figur-Grund-Unterscheidung* ermöglicht es, einen im Wahrnehmungsfeld befindlichen Gegenstand als Figur aus seiner Umgebung

herauszulösen. Unter *Wahrnehmungskonstanz* wird die Fähigkeit verstanden, spezifische Merkmale eines Gegenstandes (z. B. Form oder Größe) auch dann wahrnehmen zu können, wenn sich die Perspektive auf den Gegenstand verändert. Die *Wahrnehmung der Raumlage* umfasst die Wahrnehmung der Raum-Lage-Beziehung eines Gegenstandes zur wahrnehmenden Person. Die *Wahrnehmung räumlicher Beziehungen* ist definiert als Fähigkeit, die Lage von Gegenständen zueinander und zu sich selbst erkennen zu können.

In Anlehnung an die Arbeiten von Frostig entwickelte Testverfahren z. B. der FEW-3 (Büttner u. a. 2021) verlangen von den Kindern verbale Reaktionen oder Handlungen, um ihre Kompetenzen einschätzen zu können. Es liegen aber auch Forschungen zur visuellen Wahrnehmung von Säuglingen vor, die sich insbesondere die Beobachtung der Augenbewegung zunutze machen. Bei der Präferenzmethode werden dem Säugling zwei Objekte präsentiert und entweder bewertet, welches Objekt das Kind zuerst fixiert oder welches es bei wechselnder Fixation länger anschaut. Bei der Habituationmethode wird einem Säugling ein Reiz (eine Abbildung, ein Objekt) mehrfach präsentiert. Die Fixationszeit wird nach einigen Wiederholungen – sozusagen aus Langeweile – abnehmen. Wird dem Säugling nun ein anderer Reiz dargeboten, dann weist eine nun wieder längere Fixationszeit darauf hin, dass die Veränderung wahrgenommen wurde (Schwarzer 2005). Solche Habituationsstudien konnten u. a. nachweisen, dass schon Säuglinge die Anzahlen kleiner Mengen voneinander unterscheiden können, dieses aber natürlich noch nicht verbalsprachlich ausdrücken können (Schneider u. a. 2021).

Die Blickrichtung und die Fixationszeit können entsprechend nicht nur Hinweise darauf geben, ob eine unspezifische Wachheit und Ansprechbarkeit vorliegen, sondern auch darauf, inwieweit die visuellen Eindrücke in den fünf genannten Wahrnehmungsbereichen bereits verarbeitet werden.

Bei Kindern mit komplexer Behinderung ist die Beobachtung ihrer visuellen Wahrnehmungsleistungen und die Interpretation der beobachtbaren Äußerungen erschwert. Die jeweiligen Reaktionsmöglichkeiten auf visuelle Reize sind zumeist, u. a. aufgrund von motorischen Beeinträchtigungen, eingeschränkt. Verbale Äußerungen sind zumeist nicht verfügbar. Neben motorischen Aktionen wie dem Zu- und Hinwenden mit dem ganzen Körper oder Greifbewegungen kommt entsprechend für diese Gruppe auch den Augenbewegungen, insbesondere der Fixation von Personen, Abbildungen und Objekten, eine sehr hohe Bedeutung zu. So wird in Anlehnung an Munde u. a. (2009b) basale Aufmerksamkeit im Sinne von Alertness hier als potentiell beobachtbares Verhalten verstanden, welches ein Kind als Reaktion auf die Umwelt zeigt. Die Hinwendung zur gegenständlichen und sozialen Welt bildet die Grundlage von materiellen, auf die Lebenswelt gerichteten Bildungsprozessen.

3 Überlegungen zur Beobachtung und Initiierung von mathematischen Lernprozessen bei komplexer Behinderung am Beispiel der visuellen Wahrnehmung

Aus fachlicher Perspektive zeigen sich vielfältige Anknüpfungspunkte für Kinder mit komplexer Behinderung im Bereich der visuellen Wahrnehmung. Der Anspruch zielgerichtete Bildungsangebote für alle Kinder in der Kita zu ermöglichen, schließt auch diejenigen ein, die auf einem elementaren Niveau lernen, was (nicht nur) pädagogischen Fachkräften in der Kita hohe Kompetenzen abverlangt. Aus diesem Grund sollen hier Beobachtungsimpulse und Fördermöglichkeiten (s. Tabelle 1) aufgezeigt werden, die es ermöglichen, die individuellen Voraussetzungen der visuellen Wahrnehmung bei Kindern mit komplexer Behinderung zu erkennen und diese zu fördern. Hierbei werden die von Frostig und Maslow (1978) gekennzeichneten Wahrnehmungsbereiche aufgegriffen, da sich diese in Studien als vielsprechende Zugänge zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung bewährt haben (z. B. Elbert u. a. 2016).

Die Förderanregungen beziehen sich auf eine Interaktion zwischen dem Kind mit einer Fachkraft und müssen nach individuellem Entwicklungsniveau adaptiert werden. Die Adaption sollte im Sinne des Lebensweltbezugs Interessen sowie Situationen und Gegenstände des Alltags des Kindes berücksichtigen. Methodische Prinzipien der Förderung von Kindern mit geistiger Behinderung, wie z. B. handlungsbegleitendes Sprechen, Modellierung oder Handführung ebenso wie der Einsatz von Unterstützter Kommunikation sind zu berücksichtigen. Ähnliche Förderanregungen mit spezifischem Fokus auf Schüler:innen mit komplexer Behinderung finden sich bei Omonsky (2017), darunter auch z. B. Förderideen zum Verstecken von Gegenständen im Sand zur Förderung der Auge-Hand-Koordination.

Tab. 1: Beobachtungsimpulse und Förderanregungen zur Initiierung von mathematischen Lernprozessen bei komplexer Behinderung am Beispiel der visuellen Wahrnehmung

Wahrnehmungsbereich: Visuomotorische Koordination	
Beobachtungsimpuls	Förderanregungen
<p><i>Das Kind kann visuelle Sinneseindrücke mit Körperbewegungen koordinieren.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind... • berührt große Gegenstände. • berührt kleine Gegenstände. • greift große Gegenstände (z. B. Bauklötze mit dem Palmargriff oder Tunnelgriff). • greift kleine Gegenstände (z. B. Legosteine mit dem Pinzettengriff oder Zangengriff). • passt seine Greiftechnik an die Größe der Gegenstände an. • hantiert mit großen Gegenständen (z. B. Duplosteinen). • hantiert mit kleinen Gegenständen (z. B. Holzperlen). • berührt/greift sich bewegende Gegenstände (z. B. ein fahrendes Spielzeugauto/einen rollenden Ball). 	<p><i>Verstecken im Sand</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Material: Sandspielzeug oder Alltagsgegenstände • Vorbereitung: In einem Sandkasten werden unterschiedliche Gegenstände versteckt. • Durchführung: Das Kind sitzt im Sandkasten/wird im Sandkasten gelagert. Es wird dazu aufgefordert, die versteckten Gegenstände im Sand zu suchen. Die Fachkraft modelliert und verbalisiert den Arbeitsauftrag. • Variation: Es werden kleinere und weniger Gegenstände (z. B. Muscheln, Steine) im Sand versteckt.

Wahrnehmungsbereich: Figur-Grund-Unterscheidung	
Beobachtungsimpuls	Förderanregungen
<p><i>Das Kind kann Gegenstände oder Personen aus seiner Umgebung herauslösen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind... • fixiert Gegenstände oder Personen. • richtet seinen Blick/Kopf/Körper auf Gegenstände oder Personen in seiner Umgebung. • verfolgt sich bewegende Gegenstände oder Personen mit dem Blick oder richtet den Kopf/Körper nach ihnen aus. 	<p><i>Wo ist es denn?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Material: Alltagsgegenstände unterschiedlicher Größe/Form/Farbe • Vorbereitung: Gegenstände werden unsortiert vor das Kind gelegt und bilden ein 3D-Wimmelbild. • Durchführung: Ein vom Kind präferiertes Objekt wird zwischen den anderen Gegenständen „versteckt“ und dann gefragt „wo ist XY?“ • Variation: Zunächst Objekte immer näher zusammenrücken und dann auch teilweise übereinanderlegen. Zu Beginn kann das Kind das „Verstecken“ auch beobachten, später sollte die Position des Objekts aber tatsächlich unbekannt sein. Das Zielobjekt kann ergänzend durch Gebärden oder eine Abbildung kommuniziert oder in Erinnerung gerufen werden. Die Fachkraft kann für das Kind langsam mit einer Zeigegeste über die Objekte scannen und so eine Ja/Nein-Antwort auf die wiederholte Frage „ist XY hier?“ provozieren.

Wahrnehmungsbereich: Wahrnehmungskonstanz	
Beobachtungsimpuls	Förderanregungen
<p><i>Das Kind kann Farben unterscheiden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind... • richtet seinen Blick/Kopf/Körper nach Aufforderung auf einen roten/ blauen/gelben/grünen Gegenstand. • greift nach Aufforderung einen roten/ blauen/gelben/ grünen Gegenstand. • sortiert Gegenstände gemäß der Farbe. <p><i>Das Kind kann Formen und Körper unterscheiden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind... • richtet seinen Blick/Kopf/Körper nach Aufforderung auf eine bestimmte Form oder einen Körper (z. B. Kreis, Würfel, Ball). • greift nach Aufforderung eine bestimmte Form oder einen Körper (z. B. Kreis, Würfel, Ball). • wählt Alltagsgegenstände nach spezifischen geometrischen Merkmalen aus (z. B. die Seifenblase ist rund/die Brotdose ist eckig). • ordnet beim Steckspiel (Sortierbox) Körper den richtigen Öffnungen zu. • ordnet entsprechende Formen einander zu (z. B. Kreis zu Kreis). • nutzt zur Beschreibung von Formen und Körpern Worte wie rund/eckig. 	<p><i>Ich räume auf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Material: Handpuppe, verschiedene Kisten und Alltagsgegenstände unterschiedlicher Größe/Form/Farbe • Vorbereitung: Gegenstände werden unsortiert vor das Kind gelegt • Durchführung: Die Handpuppe soll ihr Zimmer aufräumen, schafft es aber nicht allein und bittet das Kind um Hilfe. Die Handpuppe modelliert und verbalisiert das Aufräumen, also die Zuordnung nach einem bestimmten Merkmal (z. B. Farbe). „Schau mal, dieser Ball ist rot. Er gehört in die rote Kiste!“ Das Kind verdeutlicht entsprechend seiner Möglichkeiten (z. B. Zeigen, greifen, Blickrichtung) welcher Gegenstand in welche Kiste gehört. • Variation: Das Aufräumen kann hinsichtlich der Merkmale Form und Größe variiert werden.

Das Kind kann Größen unterscheiden.

- Das Kind...
- richtet seinen Blick/Kopf/Körper auf den größeren Gegenstand (z. B. den Teller mit dem größeren Stück Kuchen).
- gibt durch Lautäußerungen oder Gesten zu verstehen, dass es den größeren Gegenstand (z. B. das größere Kuchenstück) haben möchte.
- sortiert Gegenstände gemäß der Größe (z. B. Duplosteine).

Das Kind kann Mengen unterscheiden.

- Das Kind...
- richtet seinen Blick/Kopf/Körper auf die größere Menge (z. B. den Teller mit mehr Apfelstücken).
- gibt durch Lautäußerungen oder Gesten zu verstehen, dass es mehrere Gegenstände (z. B. Spielzeuge) haben möchte.

Wahrnehmungsbereich: Wahrnehmung der Raumlage	
Beobachtungsimpuls	Förderanregungen
<p><i>Das Kind kann die Lage von Gegenständen oder Personen im Raum bestimmen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind... • richtet seinen Blick/Kopf/Körper auf einen Gegenstand im Raum (z. B. sein Lieblingsspielzeug im Regal, wenn es gefragt wird, was es spielen möchte). • richtet seinen Blick/Kopf/Körper zur Tür, wenn seine Eltern zum Abholen angekündigt werden. • richtet seinen Blick/Kopf/Körper auf einen Sitzplatz am Tisch, wenn es gefragt wird, wo es essen möchte. • stapelt Gegenstände (z. B. Duplosteine) aufeinander oder ineinander (z. B. Plastikdosen). 	<p><i>Wo ist Blinki?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Material: Blinkender Gegenstand • Vorbereitung: Der blinkende Gegenstand wird in der Nähe des Kindes platziert. Es wird dazu aufgefordert, den versteckten Gegenstand zu suchen. • Durchführung: Die Fachkraft modelliert und verbalisiert den Arbeitsauftrag. Das Kind verdeutlicht entsprechend seiner Möglichkeiten (z. B. Zeigen, Greifen, Blickrichtung), wo sich der Gegenstand befindet. • Variation: Die Entfernung des Gegenstandes zum Kind vergrößert sich.

Wahrnehmungsbereich: Wahrnehmung räumlicher Beziehungen	
Beobachtungsimpuls	Förderanregungen
<p><i>Das Kind kann die Lage von Gegenständen zueinander und zu sich selbst erkennen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind... • verdeutlicht mit Gesten, wo oder neben oder zwischen wem es am Tisch sitzen möchte. • macht deutlich, dass es in das Versteck zu seinem Spielkameraden möchte (z. B. unter dem Tisch/hinter dem Vorhang). • nutzt (mit Hilfe von Unterstützter Kommunikation) Worte zur Beschreibung räumlicher Beziehungen (z. B. auf/unter oder vor/hinter). 	<p><i>Wo ist die Tomate?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Material: Lebensmittel und Geschirr zum Frühstück • Vorbereitung: Die Fachkraft deckt (mit dem Kind) den Frühstückstisch. Dabei verbalisiert sie, welche Lebensmittel auf den Tisch gestellt werden. • Durchführung: Die Fachkraft fragt das Kind, was es essen möchte. Das Kind verdeutlicht seinen Wunsch entsprechend seinen Möglichkeiten (z. B. Zeigen, Blickrichtung, Hilfsmittel der UK). Die Fachkraft nimmt die entsprechenden Lebensmittel und legt diese sprachlich begleitet auf den Teller. Dabei betont sie die Präpositionen, z. B. „Ich lege den Käse <i>auf</i> das Brot.“ Die Fachkraft fragt, wo die Tomate liegen soll: „Soll die Tomate <i>auf</i> das Brot oder <i>unter</i> das Brot?“ Das Kind äußert seinen Wunsch, z. B. durch Tastendruck. • Variation: Ein Puppenhaus (oder anderer Gegenstand) wird vor das Kind gestellt. Die Fachkraft positioniert Gegenstände einzeln und sprachbegleitend in eine Position zum Haus. Es wird darauf geachtet, dass diese der Lebenswelt entsprechen, wie z. B. „Der Vogel sitzt auf dem Haus.“

4 Diskussion und Ausblick

Kinder mit komplexer Behinderung sind „bis in die jüngste Vergangenheit [immer wieder] ganz aus dem pädagogischen Blick“ (Bernasconi & Böing 2015, 106) geraten. Mit diesem Beitrag sollen Impulse gegeben werden, wie diesen häufig nicht gesehenen Kindern (fachliche) Kompetenzen zugetraut werden können und der Anspruch auf fachliche Partizipation im Kita-Alltag eingelöst werden kann. Die dargestellten Beobachtungsimpulse und Förderanregungen können die Sensibilität der pädagogischen Fachkräfte in der Kita für die Ansprechbarkeit von Kindern mit komplexer Behinderung erhöhen und zur Gestaltung einer anregungsreichen Lernumgebung beitragen. Diese sind als Anstöße zu verstehen, die von den pädagogischen Fachkräften individuell adaptiert werden müssen.

Die skizzierten Überlegungen zur Berücksichtigung von Vorläuferfähigkeiten sollen dazu beitragen, einen wissenschaftlichen Diskurs zu eröffnen, der die Bildung von Kindern mit komplexer Behinderung in der Kita mit empirisch gesicherten Bezügen zu fachlichen Inhalten der Grundschulmathematik in den Blick nimmt. Vor diesem Hintergrund ist in diesem Beitrag die Bedeutung der visuellen Wahrnehmung für das mathematische Lernen aufgezeigt worden. Zukünftige Untersuchungen sollten zeigen, ob auch bei Kindern mit geistiger Behinderung unter dem expliziten Einschluss von Kindern mit komplexen Behinderungen Zusammenhänge zwischen visueller Wahrnehmungsfähigkeit und mathematischen Kompetenzen – sowohl im Bereich der sich parallel entwickelnden ersten zahl- und anzahlbezogenen Kompetenzen als auch weiterführender Kompetenzen der Grundschulmathematik – bestehen. Diese Forschung ist auf weitere Bereiche domänenübergreifender kognitiver Kompetenzen auszuweiten. Nur so kann sich ein theoretisch und empirisch fundiertes erweitertes Verständnis von mathematischer Bildung etablieren, das die besonderen Bedarfslagen auch von Kindern mit komplexer Behinderung aufgreift und Chancen zur fachlichen Partizipation im Kita-Alltag eröffnet.

Weitere Forschungsbemühungen sollten sich auf die Entwicklung von evidenzbasierten Förderkonzepten zu mathematischen Vorläuferfertigkeiten richten, um sicherzustellen, dass Kinder mit komplexer Behinderung auch tatsächlich davon profitieren.

Literatur

- Benz, C., Peter-Koop, A. & Grüßing, M. (2015): Frühe mathematische Bildung: Mathematiklernen der Drei- bis Achtjährigen. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Bernasconi, T. & Böing, U. (2015): Pädagogik bei schwerer und mehrfacher Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Büttner, G., Dacheneder, W., Müller, C., Schneider, W. & Hasselhorn, M. (2021): FEW-3. Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung. Göttingen: Hogrefe.
- Daseking, M. & Petermann, F. (2011): Der Einfluss von Vorläuferfähigkeiten auf die Rechtschreib-, Lese- und Rechenleistung in der Grundschule. In: *Das Gesundheitswesen* 73 (10), 644-649.
- Dönges, C. (2016): Didaktische Ansatzpunkte mathematischer Förderung im FgE. In: *Lernen konkret* 35 (4), 12-15.
- Elbert, T., Mohamed, W. & Teleb, A. (2016): Does Enhancing Visual Perception in Mild Intellectually Disabled Children transfer to other skills? In: Z. Bekirogullari, M. Y. Minas & R. X. Thambusamy (Eds.): ICEEPSY 2016: Education and Educational Psychology, European Proceedings of Social and Behavioural Sciences. Future Academy, 391-402.
- Fornefeld, B. (2008): Menschen mit komplexer Behinderung - Klärung des Begriffs. In: B. Fornefeld (Hrsg.): Menschen mit komplexer Behinderung: Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München und Basel: Ernst Reinhardt, 50-81.
- Fornefeld, B. (2020): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik (6. Aufl.). München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Frostig, M. & Maslow, P. (1978): Lernprobleme in der Schule. Stuttgart: Hippokrates.
- Garrote, A., Moser Opitz, E. & Ratz, C. (2015): Mathematische Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Eine Querschnittstudie. In: *Empirische Sonderpädagogik* 7 (1), 24-40.
- Huberty, J. & Wagner, M. (2019): Aufmerksamkeit von Menschen mit schwerer Behinderung als Indikatorfunktion zur Initiierung von Bildungsprozessen. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 70 (3), 136-145.
- Janz, F., Klaub, T. & Lamers, W. (2009): Unterricht für Schülerinnen und Schüler mit schwerer und mehrfacher Behinderung-Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt BiSB. In: *Behindertenpädagogik* 48 (2), 117-142.
- KMK (2022) Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland: Bildungsstandards im Fach Mathematik für den Primarbereich. Beschluss vom 15.10.2004 i.d.F. vom 23.06.2022. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschlusse/2022/2022_06_23-Bista-Primarbereich-Mathe.pdf. (Abrufdatum: 22.06.2024)
- Lamers, W. & Heinen, N. (2006): ‚Bildung mit ForMat‘ – Impulse für eine veränderte Unterrichtspraxis mit Schülerinnen und Schülern mit (schwerer) Behinderung. In: D. Laubenstein, W. Lamers & N. Heinen (Hrsg.): Basale Stimulation kritisch-konstruktiv. Selbstbestimmtes Leben, 141-205.
- Munde, V. S., Vlaskamp, C., Ruijsenaars, A. J. J. M. & Nakken, H. (2009a): Experts discussing “alertness in individuals with PIMD”: A concept mapping procedure. In: *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 21 (4), 263-277.
- Munde, V. S., Vlaskamp, C., Ruijsenaars, A. J. J. M. & Nakken, H. (2009b): Alertness in individuals with profound intellectual and multiple disabilities: A literature review. In: *Research in Developmental Disabilities* 30 (3), 462-480.
- Omonsky, C. (2017): Schüler mit schwerer und mehrfacher Behinderung im inklusiven Unterricht: Praxistipps für Lehrkräfte. München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Peter-Koop, A. (2016): „Zahlen bitte!“ Zur Bedeutung numerischer Kompetenzen zum Rechnenlernen. In: *Lernen konkret* 35 (4), 6-9.
- Sarimski, K. (2016): Soziale Teilhabe von Kindern mit komplexer Behinderung in der Kita. München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Sarimski, K. (2022): Handbuch interdisziplinäre Frühförderung (2., aktualisierte Aufl.). München und Basel: Ernst Reinhardt.

- Schneider, W., Küspert, P. & Krajewski, K. (2021): Die Entwicklung mathematischer Kompetenzen. Paderborn: UTB.
- Schwarzer, G. (2005): Visuelle Wahrnehmung. In: W. Schneider & B. Sodian (Hrsg.): Kognitive Entwicklung. Göttingen: Hogrefe, 109-150.
- Seeler, I. von. (2020): Konzept zur Aneignung metakognitiver Lernstrategien bei Additionsaufgaben für Schülerinnen und Schüler mit geistiger Behinderung. Hamburg: Dr. Kovač.
- Siegemund, S. (2016): Kognitive Lernvoraussetzungen und mathematische Grundbildung von Schülerinnen und Schülern mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Bielefeld: Athena.
- Terfloth, K. & Bauersfeld, S. (2019): Schüler mit geistiger Behinderung unterrichten: Didaktik für Förder- und Regelschule (3., aktualisierte Aufl.). München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Flaskamp, C., Fontaine, H., Tadema, A. & Munde, V. (2010): Handbuch zum Beobachtungsinstrument ‚Aufmerksamkeit bei Menschen mit schwerst mehrfacher Behinderung‘. Stichting Kinderstudies – Orthopedagogiek.
- Werpup, L. & Petermann, F. (2016): Kognitive Leistungen bei rechenschwachen Grundschulkindern. In: Kindheit und Entwicklung 25 (4), 238-249.

Autor:innen

von Seeler, Isabelle, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3991-8889>

Europa-Universität Flensburg

Institut für Sonderpädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kognitive Funktionen, Mathematik bei Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung

E-Mail: isabelle.von.seeler@uni-flensburg.de

Kaiser, Steffen, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4947-4571>

Europa-Universität Flensburg

Institut für Sonderpädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Unterstützte Kommunikation,

Schüler:innen mit intensivem Assistenzbedarf, Young Carers,

Schulabsentismus

E-Mail: steffen.kaiser@uni-flensburg.de

Siegemund-Johannsen, Steffen, Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9132-7014>

Europa-Universität Flensburg

Institut für Sonderpädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Förderung und Diagnostik basaler mathematischer Kompetenzen, Professionalisierung von Lehrkräften für inklusiven Unterricht

E-Mail: Siegemund-Johannsen@uni-flensburg.de

Sehbedingte Leseschwierigkeiten – Interprofessionelle Ansätze für Teilhabe und Inklusion

Zusammenfassung

Der folgende Beitrag zeigt auf, wie ein ressourcenorientiertes und damit rehabilitationswissenschaftliches Verstehen das Erlernen des Lesens fördern kann. Ein solcher Fall ist bislang nicht in den Leitlinien beschrieben und kann zukünftig Ansatzpunkt für die Praxis und Forschung im Bereich interprofessioneller Beratung, Diagnostik, Therapie und Förderung bieten. Indem die „Brailleschrift als Trittbrett zum Erlernen des Schwarzschrift“ (Schaltmann u. a. 2024) als Förderoption in Betracht gezogen wird, können neue Wege der Verbindung der Sektoren Gesundheit und Bildung zugunsten der Teilhabe von Kindern mit Lesestörung entstehen.

Die Lese- und / oder Rechtschreibstörung ist mit einer Prävalenz von ungefähr 3 bis 8 % [...] eine der häufigsten schulischen Entwicklungsstörungen, die oft mit weiteren psychischen Auffälligkeiten oder Störungen einhergeht. Die Lese- und / oder Rechtschreibstörung weist ohne wirksame Therapie eine hohe Persistenz auf und kann zu deutlichen Einschränkungen im schulischen, beruflichen aber auch im privaten Bereich der Betroffenen führen [...]. Aus diesem Grund ist die Untersuchung und Bewertung der Effektivität der unterschiedlichen Fördermaßnahmen von zentraler Bedeutung für die Förderpraxis und Forschung. (AWMF 2015, 18)

1 Jonas – ein Fallbeispiel aus der Praxis

Jonas wurde in seiner frühen Kindheit von seinen Eltern als ein aufgeweckter Junge wahrgenommen. Seine Entwicklung sei zwar langsamer als bei den Geschwistern, jedoch im Rahmen der Meilensteine verlaufen. Da Jonas motorisch unbeholfen wirkte, habe er bereits verschiedene Therapien mit unterschiedlichen Zielsetzungen erhalten, wie z. B. Ergotherapie zur Förderung von Koordination und Gleichgewicht sowie Physiotherapie zur Muskelstärkung und Tonusregulation.

Als Jonas in die Schule kam, zeigte er zunehmend Schwierigkeiten, dem Unterricht zu folgen. Das Lehrpersonal habe Jonas als unaufmerksam und ausgesprochen langsam erlebt, sowohl in seinem Arbeitsstil als auch im Erlernen neuer Fertigkeiten. Vor allem der Lese- und Rechtschreiberwerb habe eine Herausforderung dargestellt, der Jonas nicht gewachsen zu sein schien. Das Lehrpersonal äußerte den Verdacht einer Lernbeeinträchtigung bis hin zu einer möglichen geistigen Behinderung, als Jonas auch zum Ende der ersten Klasse über keinerlei grundlegendes Lesevermögen verfügte.

Jonas Mutter berichtete, dass sie keinen Lerneffekt wahrnehmen konnte. Täglich habe ihr Sohn übermäßig lange an den Hausaufgaben gesessen und alles am Vortag Bearbeitete wieder vergessen. Bereits erlernte Buchstaben und Texte habe er stetig neu erarbeiten müssen. Durch den ausbleibenden Leseerwerb sei er im Alltag zunehmend hinter die gleichaltrigen Kinder zurückgefallen, da er Schriftzüge nicht erfassen konnte.

Zum Ausschluss einer visuellen Beeinträchtigung wurde Jonas augenärztlich untersucht und ein unauffälliger organischer Befund attestiert. Zwar sei der Visus auf 0,6 reduziert, jedoch zum Erlernen des Lesens auf Basis der Schwarzschrift ausreichend (vgl. AWMF 2015).

Die Eltern betonen das teils als widersprüchlich erlebte Lern- und Leistungsverhalten des Jungen, der über ein sehr gutes sprachliches Ausdrucksvermögen und Verständnis verfüge, aber dennoch des Lesens und Schreibens nicht mächtig sei. Das Sinn-entnehmende Lesen sei Jonas nicht möglich. Wörter seien Laut für Laut erarbeitet worden, ohne dass Sinneinheiten synthetisiert werden konnte. Den Inhalt einer Geschichte habe er stattdessen über die Illustrationen zu erfassen gesucht.

Als zu Beginn des zweiten Schuljahres eine zielgleiche Unterrichtung in Frage gestellt wurde, erfolgte auf Bitten der Eltern eine umfangreiche pädagogische funktionale Diagnostik okulärer sowie cerebraler visueller Funktionen. Ergebnisse standardisiert quantitativer Verfahren (u.a. Visusbestimmungen, Kontrastsehschärfen) erbrachten unauffällige Ergebnisse. Testverfahren, bei denen auch Verhaltensreaktionen als Antworten beobachtet werden mussten, ließen verzögerte Reaktionen erkennen. Dies bezog sich auch auf Sehfunktionen wie die Formwahrnehmung und die Differenzierung von Linienrichtungen und -längen (vgl. Hyvärinen & Jacob 2011; Petz 2013). Weiterhin wurde bei Verdacht einer Beeinträchtigung des visuellen Gedächtnis die Vorstellung zur neuropsychologischen Untersuchung empfohlen.

Im Rahmen einer standardisierten testdiagnostischen neuropsychologischen Untersuchung konnten diese ersten Annahmen spezifiziert werden. Bei überdurchschnittlichen denkinhaltlichen Leistungen haben sich deutliche Schwächen im visuellen Arbeitsgedächtnis sowie in der Verarbeitungsgeschwindigkeit gezeigt. Auffällig sei gewesen, dass die Aufgaben, die Jonas

besonders schwerfielen, auf abstrakten Symbolen basierten. Eine gezielte qualitative Untersuchung habe ergeben, dass Symbole von Jonas willkürlich rotiert worden sein und beispielsweise b-p-d-q für ihn nicht unterscheidbar waren. Abstrakte Formen habe Jonas nicht erinnern und lexikalische Gedächtnisleistungen nicht abrufen können. Konkrete Bilder, wie Tierzeichnungen oder Abbildungen von Alltagsgegenständen habe er hingegen altersgerecht erinnern können. Die graphische Reproduktion bereits von einfachen, insbesondere geschwungenen Symbolen – wie in der Schreibschrift erforderlich – sei für Jonas kaum fehlerfrei und nur ausgesprochen langsam möglich gewesen.

Wegweisend für die weitere Förderplanung sei die Beobachtung gewesen, dass Jonas ein Verständnis für Symbole entwickeln konnte, wenn diese ihm mit dem Finger auf den Rücken oder in den Handteller geschrieben worden seien.

In der Zusammenschau der Befunde habe sich das Bild einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sehens ergeben, welche aufgrund der assoziierten Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung dazu führen könne, den Erwerb von (Schwarz-)Schriftsprache zu verhindern. Eine strukturelle Schädigung oder anderweitige umschriebene Ursache seien im Rahmen der Ursachenforschung per Bildgebung nicht nachweisbar gewesen. Es wurde hypothetisiert, dass es vornehmlich taktiler Strategien bedürfen könnte, um Jonas einen Zugang zur Schriftsprache zu ermöglichen. Dabei wurde stets betont, dass aufgrund seines allgemeinen Fähigkeitsprofils, eine zielgleiche Unterrichtung anzustreben sei.

Als Lösungsansatz sei die Feststellung des Unterstützungsbedarfs Sehen durchgeführt worden und eine Umschulung auf eine Schule mit ebensolchem Förderschwerpunkt erfolgt. Unter Einsatz der Brailleschrift erlernte Jonas innerhalb eines Jahres das Lesen. Hierbei wurden die taktilen Angebote mithilfe eines dafür konstruierten Kastens abgedeckt. Sobald er zum Erwerb der Brailleschrift ergänzend zum Tasten seine Augen zur Hilfe nehmen wollte, kamen erneut seine Schwierigkeiten in der Raum-Lage-Wahrnehmung und visuellen Merkfähigkeit zutage. Die Inhalte des Deutschunterrichts des zweiten Schuljahres wurden folgend auf Satzebene – weiterhin in Punktschrift – vermittelt. Nach Abschluss des Erwerbs der Brailleschrift, zeigte der Junge zunehmendes Interesse an Schwarzschrift. Schrittweise konnte er selbstständig seine Lesefähigkeit der Punktschrift auf das Lesen von Schwarzschrift übertragen. Nach weiteren sechs Monaten äußerte Jonas den Wunsch, den Schulunterricht in Schwarzschrift zu absolvieren. Seither arbeite Jonas in allen Fächern konsequent in Schwarzschrift (vgl. Schaltmann u. a. 2024).

2 Fokus: (Bislang unentdeckte) sehbedingte Leseschwierigkeiten

Die Herausforderungen, die Jonas beim Lesenlernen erlebte, finden sich in der Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Lese-/und oder Rechtschreibstörung, die aktuell überarbeitet wird. Lesestörung ist hiernach wie folgt definiert:

Eine Lesestörung zeigt sich durch viele Fehler beim Wortlesen sowie durch eine deutlich herabgesetzte Lesegeschwindigkeit. Der beeinträchtigte Beginn des Leselernprozesses ist oft geprägt durch Schwierigkeiten bei der Phonemunterscheidung und beim Erlernen der Zuordnung und des Einprägens der Graphem-Phonem-Beziehungen. Das Zusammenschleifen einzelner Laute zu Wörtern (Phonemsynthese) kann stark verlangsamt sein, was wiederum die Lesegeschwindigkeit und das Leseverständnis stark beeinträchtigen. Das automatisierte Lesen ist durch mangelnde Gedächtnisrepräsentationen und verzögertem Abruf von Wörtern und Wortteilen aus dem Gedächtnis häufig verlangsamt und fehlerhaft. Dies führt meist zu einem deutlich geringeren Leseverständnis.¹ (AWMF 2015, 18)

Im Diagnostikprozess ist eine okulär bedingte Leseschwierigkeit differenzialdiagnostisch auszuschließen. Dies geschieht leitlinien-konform über die in Tabelle 1 dargestellten Aspekte:

Tab. 1: Diagnostik durch den Augenarzt und die Orthoptistin bei der Differenzialdiagnose Lese- und/oder Rechtschreibstörung versus okuläre Lesestörung (AWMF 2015, 10; eigene Darstellung)

Anamnese	Familien-, Eigen-, ophthalmologische und schulische Anamnese
Sehschärfe	Ferne/Nähe, rechtes/linkes Auge/ binokular, mit/ohne Korrektur
Augenstellung	Abdecktest Ferne/Nähe, Licht/Objekt
Augenbeweglichkeit	mit Licht oder Objekt
Konvergenzreaktion	mit Objekt
Akkommodation	Nahpunktbestimmung: rechtes/linkes Auge mit kleinem Objekt

1 „Die Leitlinie bezieht sich gleichermaßen auf Kinder- und Jugendliche, bei denen eine Lese-Rechtschreibstörung, isolierte Lesestörung oder isolierte Rechtschreibstörung (gemäß ICD 10 F81.0; F81.1 als auch DSM 5 315.00, 315.2) (American Psychiatric Association 2013; Weltgesundheitsorganisation 2005) vorliegt.“ (AWMF 2015, 18)

Sehbedingte Leseschwierigkeiten

Fusionsbreite	freier Raum, Prismen
Stereosehen	TNO-Test/Lang Test
Augenbefund	vordere Abschnitte, Netzhaut, Sehnerv
Refraktion	objektive Bestimmung einer Brechungsanomalie nach medikamentöser Ausschaltung der Akkommodation (Zykloplegie)
Brille	Bestimmung vorhandener Brille

Doch auch wenn der ophthalmologische Befund ohne pathologische Auffälligkeiten ist, können sehbedingte Leseschwierigkeiten vorliegen, da sie ebenso neurologisch bzw. cerebral bedingt sein können. So werden „okuläre Bewegungsdysfunktion, Simultanagnosie, dorsal und ventral stream Verarbeitung“ als „visuelle Wahrnehmungsstörungen, die im Rahmen anderer Entwicklungsstörungen wegen einer häufigeren Assoziation explizit auszuschließen sind“ (AWMF 2017, 17) genannt; weiter spezifiziert werden diese im Zusammenhang mit Lesestörung bislang jedoch nicht.

Während bei okulär bedingten Lesestörungen Behandlungsoptionen aufgelistet werden (s. Tabelle 2), wird für cerebral bedingte Sehbeeinträchtigungen bzw. sogenannte visuelle Wahrnehmungsstörungen aufgrund mangelnder Evidenz empfohlen, Interventionen auf Basis interprofessioneller Beobachtungs-, Befundungs- und Umfeldanpassungsstrategien zu planen (ebd., 30).

Analog hierzu verweisen Publikationen zur Problematik der okulär bzw. sehbedingten Leseschwierigkeit und zum Nutzen von visuellen Adaptationen bei sehbedingten Leseschwierigkeiten (Kerkmann u.a. 2019; Kerkmann u.a. 2023; O'Brien u.a. 2005; Zorzi u.a. 2012), welche mit optischen und elektronischen Sehhilfen abgemildert werden konnten, wie Tabelle 2 veranschaulicht.

Tab. 2: Behandlungsoptionen okulärer Lesestörungen
(AWMF 2015, 10; eigene Darstellung)

Korrigierbar	
Brechungsanomalien	Plus- , Minus-, Zylindergläser
latentes oder intermittieren- des Schielen	Prismengläser, Schiel-Operation
Hypoakkommodation	Nahzusatz im Nahteil einer Bifokal-Brille oder Gleitsichtbrille
Konvergenzschwäche	Prismen
Kompensierbar (ggf. partiell)	
Sensorisches Defizit	z. B. vergrößernde u/o kontrastverstärkende Sehhil- fen, Orientierungshilfen

Der Nutzen von Blindentechniken zum Leseerwerb von Personen mit unauffälligem organischen Befund der Augen ist bisher hingegen nicht beschrieben. Gleichwohl verlangt die o.g. Leitlinie zur visuellen Wahrnehmungsstörung im Rahmen einer fach- und sachgerechten Betreuung der von einer peripheren Sehstörung und/oder zentral-visuellen Wahrnehmungsstörung betroffenen Kindern und Jugendlichen eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu spezialisierten Förderzentren, „um die Entwicklung der Kinder auf pädagogischer Ebene zu unterstützen, aber auch um die rechtlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf Beratung und Unterstützung, Nachteilsausgleich oder Berufsberatung zu gewährleisten“ (AWMF 2017, 40).

Dieser Schritt erfolgte im Fallbeispiel zeitnah nach Befundstellung und war fundamental für die Einleitung der vorgeschlagenen Hilfen. Da die Diagnose der Störung des abstrakten graphischen Gedächtnisses vorlag, bei der die üblichen förderpädagogischen Unterstützungsmaßnahmen wie Vergrößerung, Beleuchtung und Pausen (ebd., 39) keine Wirkung entfalten konnten, wurde der Tastsinn – eine Blindentechnik – als alternativer Zugang zum Lesen erprobt. Rückführbar ist dieser Versuch auf Behandlungsoptionen, welche in der Leitlinie Visuelle Wahrnehmungsstörung angeführt werden. Bals (2011) weist darauf hin, dass

manche Kinder zusätzlich den Tastsinn [nutzen], um die visuellen Informationen zu ergänzen. Das Kind sollte möglichst viele taktile Informationen eines Gegenstandes einholen können, um diese dann mit den visuellen Informationen des Gegenstandes und den zusätzlichen verbalen Instruktionen verknüpfen zu können. (Bals 2011, zit. nach AWMF 2017, 35)

3 Rehabilitationspädagogik: bio-psycho-soziales Suchen und Finden individueller Stärken zur Förderung von Entwicklung und Teilhabe

Jonas' Beispiel birgt die Herausforderung einer Beeinträchtigung ohne erkennbare Ursache. Gleichzeitig ist diese Beeinträchtigung geeignet Folgeprobleme zu verursachen, die in ihrer Ausprägung so stark erscheinen, dass sie die ursprüngliche Erschwernis überdecken und zu einer Fehleinschätzung des Kindes führen können: Der ausbleibende Lese- und Schriftspracherwerb und die unzureichenden graphomotorischen Fertigkeiten verleiteten Lehrpersonal in Jonas' Schule zu der Annahme, bei dem Jungen bestünde eine kognitive Beeinträchtigung im Sinne einer leichten geistigen Behinderung.

Gleichzeitig beeindruckt Jonas' Beispiel durch den hohen Grad an Beobachtungsfähigkeit seiner familiären und fachlichen Bezugspersonen sowie einer offenen Haltung und der Fähigkeit zur bio-psycho-sozialen Anamnese und Beratung, insbesondere der rehabilitationspädagogischen Fachkräfte. Bereits im diagnostischen Prozess griffen die Beteiligten nicht auf naheliegende bio-medizinischen Modelle zurück, sondern erarbeiteten sich ein Bild über multiprofessionelle Anamnese-Erhebung und Verhaltensbeobachtungen. Entscheidende Hinweise kamen so von den Eltern, die sorgfältig beschrieben, wie diskrepant Jonas' verbalsprachliches Interaktionsvermögen zu seinen Lese- und Schreibfähigkeiten sei.

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung wurde auf der Basis eines rehabilitationspädagogischen Ansatzes hinterfragt, warum Jonas so heterogene Leistungen zeigte. Hier war es wichtig, dass neben den standardisierten Testauswertungen auch qualitative Analysen der Arbeitsweise, des Verhaltens aber auch von Bewegungsmustern erfolgten.

Auch die Suche nach Förderansätzen war geprägt davon, Routinen zu verlassen und unter Berücksichtigung von Jonas' individuellen Stärken und Schwächen zu überlegen und zu erproben, was ihm helfen könnte. Dabei blieb der diagnostische wie auch der fördernde Prozess ein iteratives Geschehen, in dem das eine auf dem anderen aufbaute und wieder zurückverwies, um ggf. neue Ausrichtungen vorzunehmen. Es scheint die Offenheit für seine individuellen Wahrnehmungsbedingungen und die Flexibilität und Behutsamkeit im Anbieten von individuellen Lernstrategien (u.a. Blindentechniken: Brailleschrift) zu sein, welche es Jonas schließlich ermöglichte, Schwarzschrift zu erlernen und anzuwenden.

Es ist ein Fall, der hier stellvertretend die Chancen einer transdisziplinären Zusammenarbeit veranschaulichen kann, bei der das Ziel der Aktivität und Kulturtechnik Lesen und damit der Teilhabe am Schulunterricht und der Gesellschaft in den Mittelpunkt gestellt wurde. Für Jonas konnten in dem

Moment rehabilitative Wege eingeschlagen werden, als alle Disziplinen aus ihrer Fachlichkeit heraus auf den gleichen Aspekt „Lese- und Schriftspracherwerb“ geblickt haben.

Hierbei kommt der Rehabilitationspädagogik insofern eine bedeutsame Rolle zu, als sie – im Sinne eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses – vorliegende Informationen zum Kind, seinen Herausforderungen und Ressourcen zu integrieren sucht. Hierzu zählte auch, Blindentechniken als Lernstrategien einzusetzen, die definitionsgemäß Kindern ab einer hochgradiger Sehbehinderung im Sinne eines schweren Visusverlustes bzw. Blindheit, zugesprochen werden.

Die beiden Ansätze – Blindenpädagogik und Therapie bei Legasthenie – liegen in der Versorgungsrealität weit auseinander: aufgrund ihrer Historie, ihrer Kernklientel und auch ihrer institutionellen Trennung. Das gemeinsame Ziel der Förderung von Teilhabe hat es ermöglicht, diese Professionen zusammenzuführen, weil nach Lösungsansätzen gesucht wurde und das Maß an Aktivität und Teilhabe als Erfolgsmaß genommen wurde.

4 Fazit

Sehbeeinträchtigungen können okulär und cerebral bedingt sein und sich auf die Aktivitäts- und Teilhabechancen von Kindern auswirken.

Vor diesem Hintergrund kann Rehabilitationspädagogik als vermittelnde und verbindende Disziplin Teilhabebefähigung in den Mittelpunkt stellen. Sie kann interprofessionelle Netzwerke unterstützen, alternative Perspektiven zu entwickeln, die einem Klienten-zentrierten Lösungsansatz dienen. Leitende Fragen können sein:

- Welche Teilhabeziele hat die Person selbst, was ist für sie bedeutsam?
- Welche Erkrankungen können der beeinträchtigten Teilhabe zugrunde liegen und welche Professionen sind zur Ursachenforschung einzubeziehen?
- Wie wirken sich Struktur- und Funktionsschädigungen auf die Aktivität und Teilhabe aus? Oder: Bestehen Aktivitäts- und Teilhabeeinschränkungen, ohne dass nachweisbare Struktur- und Funktionsstörungen bestehen?
- Welche Stärken hat die Person, die für eine Teilhabeförderung eingesetzt werden können?

Die Disziplin der Rehabilitationspädagogik kann auf diese Weise zur verbindenden Querschnittsdisziplin werden, welche die Chance hat, einen roten Faden durch die Vielfalt der professionellen Stränge zu führen, um die Chance auf individuelle, bestmögliche Förderung von Aktivität und Teilhabe zu erhöhen.

Literatur

- AWMF / Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2015): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Kindern mit Lese- und/ oder Rechtschreibstörung. Online unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-044|_S3_Lese-Rechtschreibstoerungen_Kinder_Jugendliche_2015-06-abgelaufen.pdf (Abrufdatum: 22.06.2024)
- AWMF / Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2017): S2k-Leitlinie Visuelle Wahrnehmungsstörungen. Online unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/022-020|_S2k_Visuelle-Wahrnehmungsstoerungen_2017-12-abgelaufen.pdf (Abrufdatum: 22.06.2024)
- Bals, I. (2011): Zerebrale Sehstörung, Begleitung von Kindern mit zerebraler Sehstörung in Kindergarten und Schule (2. Aufl.). Bentheim und Würzburg: edition bentheim.
- Hyvärinen, L. & Jacob N. (2011): WHAT and HOW Does This Child See. Visitest Ltd.
- Kerkmann, V., Gawehn, N. & Schneider, D. T. (2019): Das sehende Gehirn. Wie die Kenntnis physiologischer Grundlagen des Sehens Ergotherapeuten helfen kann, Verhalten von Kindern mit Sehbeeinträchtigungen zu verstehen. In: Zeitschrift Ergotherapie & Rehabilitation 58 (11), 30-33.
- Kerkmann, V., Gawehn, N., Schneider, D. T., Rappel, V., Kristiment, R. & Mause, U. (2024): Lernchancen im Fokus - Dialoge an der Schnittstelle von Gesundheit und Bildung in einer inklusiven Gesellschaft. In: S. Degenhardt (Hrsg.): Inklusion bei Beeinträchtigung des Sehens und Blindheit. Stuttgart: Kohlhammer.
- O'Brien, B. A., Mansfield, J. S., & Legge, G. E. (2005): The Effect of Print Size on Reading Speed in Dyslexia. In: Journal of Research in Reading 28 (3), 332-349.
- Petz, V. (2013): Das Visuelle Funktionsprofil. Konzeption eines Verfahrens zur Ermittlung kindlicher Sehbedingungen auf Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY). Dissertation, TU Dortmund. Online unter: <http://hdl.handle.net/2003/30409>. (Abrufdatum 22.06.2024).
- Schaltmann, M., Hußlein, J. & Erinola, B. (2024): Brailleschrift als Trittbrett zur Schwarzschrift: Wie Schwarzschrift bei Störung des abstrakten graphischen Gedächtnis erlernt werden konnte - Einzelfalldarstellung. Poster auf der Ergotherapie-Tagung „Betätigung leben im Miteinander von Praxis und Hochschule“. 20. Januar 2024 an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.
- Zorzi, M., Barbiero, C., Facoetti, A., Lonciari, I., Carrozzi, M., Montico, M. & Ziegler, J. C. (2012). Extra-large letter spacing improves reading in dyslexia. In: PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 109 (28), 11455-11459.

Autor:innen

Frebel, Henner

Förderschullehrer Sehen und Sprache

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Beratung und Funktionale Diagnostik des Sehens

E-Mail: henner.frebel@gmail.com

Prüfe, Jenny, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7565-295X>

Universität Duisburg Essen

Psychosozialer Dienst / Klinik für Kinderheilkunde

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kindliche Entwicklung im Kontext chronischer Erkrankung, Päd. Transplantationspsychologie, e-health

E-Mail: Jenny.pruefe@uk-essen.de

Kerkmann, Verena, Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4272-7988>

Stiftungsprofessur zur Rehabilitationswissenschaft: Schwerpunkt

Sehbeeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen

HS für Gesundheit Bochum und Entwicklungsneuropsychologische

Ambulanz (ENPA)/SPZ Klinikum Dortmund gGmbH

Gefördert von der Waldtraut und Sieglinde Hildebrandt-Stiftung (2022-2027)

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Teilhaberelevante

Sehbeeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter, u. a. im Kontext

Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ); Seh-Lotsende; Systemische Beratung

E-Mail: verena.kerkmann@hs-gesundheit.de

Professionalisierung und Kooperation

Rehabilitationspädagogik – Ein Beitrag zur Professionsentwicklung in einem interdisziplinären Arbeitsfeld

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, wie die Rehabilitationspädagogik in den Diskurs um Profession, Professionalisierung und Professionalität einzuordnen sein könnte. Ausgehend von Begriffsbestimmungen und einer Darstellung der Arbeitsfelder von Rehabilitationspädagog:innen werden zentrale Bestimmungsmerkmale von Professionen auf die Rehabilitationspädagogik ausgelegt.

1 Problemstellung und grundlegende Begriffe

Stehen Studierende der Rehabilitationspädagogik vor der Aufgabe, einer ihnen nicht gut bekannten Person ihr Studienfach und den angestrebten Beruf zu erläutern, so geraten sie schnell an Grenzen. In den Beschreibungen werden zwar mögliche Zielgruppen (so divers diese auch sind) und – je nach Studienfortschritt – Handlungsmaximen wie Selbstbestimmung, Partizipation, Empowerment und Inklusion benannt, auch spezifische Arbeitsfelder, vor allem Beratung und Förderung, sowie Rollenbeschreibungen fließen in die Beschreibung ein. Jedoch scheint das Berufsfeld nicht gut abgrenzbar und die bestimmenden Aspekte stellen sich als eher diffus dar, ebenso scheint die Frage unbeantwortbar, ob es sich um eine Profession handelt.

Ohne die (berufs-)soziologischen Theorien der Professionsforschung an dieser Stelle detailliert auszuführen (verwiesen sei bspw. auf Schmeiser 2006; Demszky & Voß 2018 für systematische Zusammenfassungen), sollen kurz die Begriffe Profession – Professionalisierung – Professionalität eingeordnet werden. *Professionen* werden auf der Grundlage klassischer Merkmalskataloge allgemein dadurch gekennzeichnet, dass es sich um bestimmte berufliche Tätigkeiten handelt, die durch spezifische Qualifikationen, Ausbildung und ethische Standards gekennzeichnet sind (Geissler 2013; Demszky & Voß 2018). Im Gegensatz zu einfacheren Beschäftigungen oder Jobs wird eine Profession als

anspruchsvoller betrachtet und erfordert oft ein höheres Maß an Fachwissen und Engagement (ebd.). Zu den klassischen Professionen werden u. a. Ärzt:innen, Jurist:innen und Theolog:innen gezählt, in den letzten Jahren aber auch zunehmend Angehörige weiterer akademischer Berufe und entsprechend hochqualifizierte Expert:innen (Demszky & Voß 2018). Der Begriff der *Professionalisierung* bezeichnet in den Diskursen einerseits die Entwicklung eines Berufsstands hin zur Profession, andererseits (und viel häufiger) den individuellen Erwerb von Fachlichkeit von Personen(gruppen), bspw. von Studierenden. Letztgenannter Prozess mündet idealtypisch in einer hohen fachbezogenen *Professionalität*, deren Eckpunkte u. a. in den einschlägigen Studienordnungen als Lernziele verankert sind.

Geissler (2013) führt – auf der Grundlage ihrer Überlegungen zu einem sich verändernden Professionsbegriff – einen Merkmalskatalog an, der Professionen typischerweise charakterisiert:

Es bleibt als *Kern der Profession*:

- Arbeit an den Problemen von Personen – in zunehmend gleichberechtigter Interaktion
- Wissensbasierung und wissenschaftliche Begründungspflicht
- Berufsethos (etwa Pflicht zur Hilfeleistung und Schweigepflicht)
- gesellschaftliche Wertschätzung der fachlichen Kompetenzen und Anerkennung des Status
- öffentliche Kontrolle des Berufszugangs.

(Geissler 2013, 25f.)

Diese Professionsmerkmale sollen im Folgenden für die Rehabilitationspädagogik expliziert werden, um der Frage nachgehen zu können, ob der Studienabschluss in diesem Fach Anschluss an eine Profession bietet. Zunächst wird jedoch die Rehabilitationspädagogik anhand ihrer Arbeits- und Handlungsfelder kurz konturiert.

2 Handlungsfelder der Rehabilitationspädagogik

Das Studium der Rehabilitationspädagogik qualifiziert, so der übereinstimmende Kern der Curricula, für den außerschulischen Bereich der Pädagogik über die gesamte Lebensspanne, der sich mit der Bildung, Förderung und Rehabilitation von Menschen mit besonderen Bedürfnissen befasst. Der grundsätzliche Auftrag von Rehabilitationspädagog:innen ist es, Personen mit körperlichen, geistigen, psychischen, sozialen oder Wahrnehmungsbeeinträchtigungen unter Wahrung der Selbstbestimmung von Klient:innen dabei zu unterstützen, ihr volles Potenzial zu entwickeln, Selbstständigkeit zu erlangen

und gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und teilzuhaben. Der Teilhabebegriff bezieht sich auf die gleichberechtigte und aktive Einbeziehung aller Personen in sämtliche Lebensbereiche der Gesellschaft auf Grundlage der Prinzipien Inklusion und Gleichberechtigung.

Die Rehabilitationspädagog:innen erwerben sowohl im Studium als auch in ihrer weiteren Tätigkeit Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die von ihnen als professionell tätige Personen erwartet werden. Dies umfasst u. a., dass Aufgaben auf effiziente, kompetente, ethische und verantwortungsbewusste Weise erfüllt werden. Rehabilitationspädagog:innen verfügen über die notwendigen Kompetenzen für ihre Aufgaben und übernehmen aktiv die Verantwortung für die eigenen Handlungen und Entscheidungen. Ein wichtiger Grundsatz der Tätigkeit als Rehabilitationspädagog:in ist die Förderung von Inklusion, indem Barrieren abgebaut werden, um Menschen mit Beeinträchtigungen die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die Rehabilitationspädagogik richtet ihre Interventionen darauf aus, die individuellen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Potenziale jedes Einzelnen zu erkennen und zu fördern. Dies umfasst entsprechend Tätigkeiten des Diagnostizierens, Fallverstehens und der Ableitung entsprechender Maßnahmen auf individuelle, an die Klient:innen angepasste pädagogische, therapeutische und anders unterstützende Weise. Rehabilitationspädagog:innen arbeiten nicht programmatisch, sondern passen die entsprechenden Interventionsmaßnahmen individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Klient:innen und der Bezugspersonen an. Rehabilitationspädagog:innen arbeiten interdisziplinär mit anderen Fachgruppen zusammen, darunter Psycholog:innen, Therapeut:innen, Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen, um eine ganzheitliche Unterstützung zu gewährleisten. Die verschiedenen Perspektiven und Methoden der beteiligten Disziplinen werden integriert, um ein umfassenderes Verständnis über die Bedarfe und Fähigkeiten der Klient:innen zu entwickeln, denn nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit können innovative Lösungen hervorgebracht werden, die durch die Kombination der fachlichen Zugänge der verschiedenen Bezugsdisziplinen entstehen. Rehabilitationspädagog:innen verfügen über Kenntnisse und Fähigkeiten im Leiten und Koordinieren interdisziplinärer Teams. Jenseits von Leitungsfunktionen arbeiten Rehabilitationspädagog:innen in Beratungskontexten für einzelne Klient:innen und deren Bezugspersonen, um sie bei der Bewältigung individueller Herausforderungen im Zusammenhang mit Behinderungen zu unterstützen. Hierbei werden von den Angehörigen der Berufsgruppe immer die gesamte Lebensspanne in den Blick genommen und vor allem auch Übergänge in Lebensabschnitten (bspw. von der Schule in das Berufsleben etc.) intensiv begleitet. Die Schwerpunkte liegen vor allem auf der Entwicklung von lebenspraktischen Fähigkeiten, die Menschen mit Beeinträchtigungen befähigen, im Alltag selbstständig zu agieren. Zuweilen

können, durch Rehabilitationspädagog:innen begleitet, spezielle pädagogische Materialien und Hilfsmittel zum Einsatz kommen, um die lebenspraktischen Fähigkeiten und die Teilhabe am Leben (u. a. Kommunikation, Mobilität etc.) auf- und auszubauen. Insofern ist auch Wissen über Technik und Digitalität für den Arbeitsbereich relevant.

Rehabilitationspädagog:innen arbeiten in verschiedenen Bereichen außerhalb des konkreten schulischen Umfelds, um Menschen mit besonderen Bedürfnissen zu unterstützen. Dies umfasst a) Frühförderzentren, Kindertagesstätten oder andere Einrichtungen für die Versorgung im Kindesalter, wo Rehabilitationspädagog:innen Unterstützung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen bieten, um ihre Fähigkeiten und Potentiale zu fördern. Auch in b) sozialen Diensten oder Einrichtungen der Behindertenhilfe, die darauf abzielen, Menschen mit Behinderungen bei der sozialen Integration, Lebensqualität und Selbstständigkeit zu unterstützen, werden Rehabilitationspädagog:innen tätig. Sie können in c) Programmen zur beruflichen Rehabilitation und Beschäftigungsförderung tätig sein, die darauf abzielen, Menschen mit besonderen Bedürfnissen auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren. Dies kann die Anpassung von Arbeitsplätzen, berufliche Beratung und Schulungen umfassen. Rehabilitationspädagog:innen können d) in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren oder anderen Gesundheitseinrichtungen Menschen mit Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen unterstützen, um ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität zu verbessern. Rehabilitationspädagog:innen können e) ambulante Dienste anbieten, indem sie individuelle Unterstützung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen und deren Familien in deren häuslichem Umfeld bereitstellen. Einige außerschulische Rehabilitationspädagog:innen entscheiden sich für eine f) freiberufliche Tätigkeit und bieten ihre Dienstleistungen als Berater:innen an. Sie können individuelle Schulungen, Coaching oder Beratungsdienste anbieten. Und schließlich profitieren auch g) Behörden und Verwaltung von der interdisziplinären Kompetenz von Rehabilitationspädagog:innen, bspw. in den Jugendämtern, im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder als Verfahrenslots:innen. Diese Liste an Tätigkeitsfeldern ist nicht als abschließend zu verstehen, sondern bildet lediglich die eingängigsten Bereiche und Institutionen ab.

3 Einordnung der Rehabilitationspädagogik anhand von Professionsmerkmalen

Die oben vorgenommene deskriptive Einordnung anhand von grundlegenden Handlungsmaximen und Tätigkeitsbereichen lässt bereits erahnen, dass die Komplexität der Rehabilitationspädagogik, gerade unter Berücksichtigung interdisziplinärer Verantwortlichkeiten, hoch ist. Die systematische Betrachtung des Fachs wird im Folgenden anhand des oben genannten Merkmalskatalogs (Geissler 2013) vorgenommen, wobei zuerst die Wissensbasis als fachwissenschaftliche Verankerung kurz konturiert werden soll, bevor die Klient:innen-zentrierung und die berufsethische Verankerung als Kernelemente ausgeführt werden. Den Abschluss der Betrachtungen bilden Überlegungen zur gesellschaftlichen Anerkennung.

3.1 Fachwissenschaftliche Verankerung

Angehörige von Professionen verfügen über spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten, da sie in der Regel eine fundierte Ausbildung, meistens auf akademischem Niveau, und damit Fachkenntnisse in ihrem jeweiligen Bereich erworben haben. Aufgrund dieser Kenntnisse und Fähigkeiten werden wissenschaftlich fundiertes Wissen und eine spezifische Fachterminologie bei der Ausübung der Tätigkeiten vorausgesetzt.

Für die Rehabilitationspädagogik kann dieses Kriterium der Wissensbasierung teilweise als erfüllt betrachtet werden: Die Berufsausbildung ist akademisiert (in Abgrenzung zu bspw. der Heilerziehungspflege), die oben geschilderten Tätigkeitsfelder unterliegen einer hohen Verantwortung und damit einhergehend einer wissenschaftlichen Begründungspflicht. Das hohe Maß an Interdisziplinarität und die vielfältigen Bezüge zu Disziplinen wie der Pädagogik, der Medizin, der Psychologie, der Soziologie, der Rechtswissenschaften etc. bringt jedoch mit sich, dass deren Fachterminologie (mit-)genutzt wird, was sicherlich einen ganz eigenen Themenbereich der Reflexion begründet (Hirschberg 2020) – zumindest kann der Anschein entstehen, die Rehabilitationspädagogik verfüge nicht über eine eigene spezifische Fachlichkeit mit eigenem Fachvokabular. Dieser vermeintliche Nachteil kann aber auch als Vorteil gelten, wenn die (nicht kritiklose) Übernahme und Adaption von Begriffen und Konzepten als Gegenstand einer multidisziplinär ausgerichteten Fachlichkeit begriffen wird. Als spezifische fachliche Wissensbestände konstituieren sich die genannten Bezüge in ihrer Kombination zu einer Multiperspektive auf die Bedarfe von Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigung über die Lebensspanne, was die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungen, den institutionellen Gegebenheiten und der konkreten individuellen, personenbezogenen Ebene gleichermaßen einschließt.

Diese Beschäftigung mit Phänomenen des Handlungsfelds erfordert eine spezifische Professionalität auf der Grundlage von Wissenschaftswissen und Handlungswissen, die sich in der „Kontrastierung und Relationierung beider Wissensformen“ (Lorenz & Schwarz 2014, 414) konstituiert. Angesprochen ist damit die fachwissenschaftliche wie auch situative Reflexionsfähigkeit, die im Idealfall zu einer Integration fachlicher Wissensbestände in die konkrete Tätigkeit von Rehabilitationspädagog:innen mündet, aber durchaus auch zu Handlungsparadoxien (ebd., 419) führen kann. Als wesentlicher Bezugspunkt um dies (relativ) aufzulösen, kann hierbei die Methodenpluralität als bestimmendes Merkmal der Rehabilitationspädagogik gelten: Die zentralen Handlungsfelder der Beratung, Diagnostik, Förderung und Begleitung sind geprägt von vielfältigen Zugängen zum Fallverstehen als Kernkompetenz von Rehabilitationspädagog:innen. Die Fallarbeit (vgl. für die soziale Arbeit: Schütze 2014), gemeinsam mit der ihr zugrunde liegenden, aber auch weit darüber hinaus reichenden Reflexionskultur über das eigene Handeln, soll im folgenden Kapitel ausgeführt werden.

3.2 Personenzentrierung

Was Geissler (2013, 25) als „Arbeit an den Problemen von Personen“ als Kernmerkmal von Professionen bezeichnet, gilt für die Rehabilitationspädagogik in besonderem Maße, denn der rehabilitationspädagogische Auftrag umfasst in der überwiegenden Anzahl der Aufgaben die direkte oder vermittelte Fallarbeit. Diese kann in einem Dreischritt von Diagnose – Inferenz – Maßnahmen verstanden werden (Mieg 2018): Diagnostische Bemühungen (in einem weiten Begriffsverständnis von Diagnostik) als systemische Fallanalyse führen zu einer Beschreibung von zu verändernden Zuständen (dies können bspw. individuelle Herausforderungen einer Person in ihrem Bezugssystem, umweltbezogene Barrieren, etc. sein). Inferenz meint die daraus folgende Ableitung und Planung von Maßnahmen, bspw. der personenbezogenen Intervention, und stellt als Urteilskompetenz das zentrale Bestimmungstück dieser Sichtweise dar und ist Kennzeichen professioneller Tätigkeiten. Die Umsetzung der Maßnahmen als dritter Schritt sei hingegen häufig delegierbar (ebd.).

Rehabilitationspädagogische Fachkräfte sind dafür ausgebildet, diesen Dreischritt vollständig zu vollziehen und zu erweitern: Ihnen steht ein breites Methodenrepertoire zur Diagnostik zur Verfügung und aufgrund fachlicher Wissensbestände aus den Bezugsdisziplinen sind sie zu Urteilen befähigt. Letzteres bedeutet häufig, eine Prognose über das Gelingen der in Betracht gezogenen Maßnahmen abzugeben. Rehabilitationspädagog:innen verfügen nach dem Studienabschluss außerdem über Grundkompetenzen in

Interventionsmaßnahmen, diese sind über berufsbegleitende Weiterbildungen stetig erweiter- und für die konkreten beruflichen Handlungsfelder spezifizierbar. Und schließlich ergänzen Rehabilitationspädagog:innen den Dreischritt um die Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen, deren Adaption etc., was u. U. den Zyklus erneut beginnen lässt.

Insbesondere die letztgenannte Überprüfung der Entscheidungen deutet auf die besondere Kompetenz zum (selbst-)kritischen Zweifeln hin, die der Rehabilitationspädagogik inhärent ist. Reflexivität stellt ein Grundcharakteristikum professionellen Handlungsvermögens dar (Lorenz & Schwarz 2014), das es in der Rehabilitationspädagogik kontinuierlich anzuwenden gilt. Dies kann als fester Bestandteil der Verantwortungsübernahme für rehabilitationspädagogisch initiierte Prozesse verstanden werden (den Klient:innen gegenüber, um erfolgreich zu agieren, aber auch zum Zwecke der Selbstfürsorge der professionell Tätigen). Verantwortung wird insbesondere in pädagogischen Kontexten häufig in Bezug auf ihr Fehlen diskutiert, wenn es bspw. zu „Maßnahmekarrieren“ kommt oder Klient:innen zwischen beteiligten Institutionen „verloren gehen“ (Fickler-Stang & Weiland 2022). Die Thematisierung solcher Gefahren in der Ausbildung von Rehabilitationspädagog:innen kann dazu beitragen, dass die Arbeitsbündnisse, die zwischen Fachkräften und Klient:innen geschlossen und stetig erneuert werden sollten, durch die Reflexion und Thematisierung von Verantwortungsübernahme tragfähiger werden.

Verantwortungsübernahme auf Seiten der Fachkräfte ist hier keinesfalls gedanklich gleichzusetzen mit Entmündigung der Klient:innen, denn deren Recht auf Selbstbestimmung muss unbedingt gewahrt bleiben. Die Klient:innen rehabilitationspädagogischer Aufträge werden als in der Interaktion zunehmend gleichberechtigt wahrgenommen (Geissler 2013): Das Wissensgefälle zwischen Angehörigen der Profession und deren Klientel nimmt ab, die Klient:innen entscheiden über sie betreffende Maßnahmen mit und ihnen wird diese Emanzipation von professioneller Seite auch zugestanden. Das schmälert nicht den Auftrag zum umfassenden Fallverstehen als zentrale Aufgabe in der Rehabilitationspädagogik, sondern erweitert diesen um einen weiteren Aspekt. Wird die klassische Fallarbeit u. a. im Spannungsfeld zwischen Wissenschaftswissen und Handlungswissen sowie institutionellen, rechtlichen, usw. Vorgaben gesehen, so kann der Einbezug der Sichtweise der Zielgruppe rehabilitationspädagogischer Maßnahmen eine weitere Facette der multiperspektivischen Betrachtung von Fällen in ihrem System eröffnen und einen wichtigen Kommunikationsanlass bei der interdisziplinären Kooperation bieten.

3.3 Berufsethos

Der Begriff der Profession impliziert in der Regel einen hohen Grad an Verantwortung, Professionalität und Engagement für die Gemeinschaft oder die Klient:innen, denen die Dienstleistungen angeboten werden. Die Fachkräfte verfügen im Rahmen der Ausübung ihres Berufes über eine Fach- und Sachautorität und relative Autonomie in der Entscheidungsfindung, welche durch eine Berufsethik, einer Regelung der beruflichen Praxis durch ethische Standards oder Verhaltenskodizes, gesichert ist. Die Arbeit zeichnet sich dadurch aus, dass die Angehörigen einer Profession zentrale gesellschaftliche Werte wie Gerechtigkeit, Gesundheit oder Religionsfreiheit sichern, womit für gewöhnlich eine hohe soziale Anerkennung einhergeht. Dieser „Bezug zu einem gesellschaftlichen Zentralwert“ (Mieg 2018, 453) kann für die Rehabilitationspädagogik folgendermaßen ausgeführt werden:

Berufliche Ethik ist ein zentraler Bestandteil des rehabilitationspädagogischen Handelns und umfasst die moralischen Prinzipien, Werte und Verhaltensnormen, die die Mitglieder der Berufsgemeinschaft leiten und die dazu dienen, die Integrität, Professionalität und Verantwortlichkeit sicherzustellen (vgl. für die Soziale Arbeit: Kovács 2017; Graumann & Maaser 2023). In der Rehabilitationspädagogik spielt ethisches Handeln eine fundamentale Rolle, da pädagogisches Handeln direkten Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität (Vesper u.a. 2023) von als besonders vulnerabel geltenden Personen(gruppen) hat. Ethische Grundsätze, wie Respekt, Würde und Empathie, bilden das Rückgrat für professionelles Verhalten. Rehabilitationspädagog:innen müssen sicherstellen, dass ihre Handlungen im besten Interesse ihrer Klient:innen liegen. Sie bewegen sich in einem interdisziplinären Handlungsfeld und sorgen für Kommunikation und Kooperation über die Grenzen der Disziplinen hinweg.

Die Wahrung von Vertraulichkeit und Privatsphäre ist entscheidend, ebenso wie die Vermeidung von Diskriminierung und Vorverurteilung. Rehabilitationspädagog:innen sollten transparente Kommunikation fördern und ihre Entscheidungen auf Fairness und Gerechtigkeit gründen. Die Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmata, bspw. in Form von Interessenkonflikten zwischen dem, was aus fachlicher Perspektive geboten scheint, und den etablierten institutionellen Praktiken, erfordert oft Abwägung und Reflexion, um optimale Lösungen im Einklang mit den Bedürfnissen und Rechten der Klient:innen zu finden. Die Übernahme von Verantwortung als eigener Aspekt der beruflichen Ethik (Neuhäuser 2023) ist der Rehabilitationspädagogik in allen Handlungsfeldern und Prozessschritten immanent.

Letztlich ist berufliche Ethik ein dynamisches Konzept, das sich im Laufe der Zeit weiterentwickeln kann, um den sich wandelnden gesellschaftlichen,

technologischen und kulturellen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Sie ist eine Grundlage für ein verantwortungsbewusstes und nachhaltiges berufliches Handeln, das nicht nur den Interessen der Berufsangehörigen, sondern auch denen der Gesellschaft insgesamt dient.

3.4 Gesellschaftliche Wertschätzung und Anerkennung

Die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen durch Rehabilitationspädagog:innen ist nicht nur eine Frage der Gerechtigkeit, sondern auch eine Bereicherung für die gesamte Gesellschaft, da sie die Vielfalt und die unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigt. Rehabilitationspädagog:innen spielen neben anderen pädagogischen Berufsgruppen eine entscheidende Rolle in der Gestaltung einer Diversität wertschätzenden, inklusiven Gesellschaft. Trotz ihrer unbestreitbaren Relevanz werden soziale Berufe oft nicht angemessen geschätzt.

Die gesellschaftliche Anerkennung für soziale Berufe sollte im Einklang mit ihrer gesellschaftlichen Bedeutung stehen. Eine angemessene Honorierung, bspw. eine angemessene Einstufung in tarifvertraglichen Arbeitsverhältnissen und Unterstützung, ist entscheidend, um die Attraktivität dieser Berufe zu steigern und die Qualität der erbrachten Dienstleistungen zu verbessern. Die Wertschätzung von Rehabilitationspädagog:innen sollte nicht nur in verbalen Bekundungen bestehen, sondern erfordert konkrete Maßnahmen. Eine gesellschaftliche Wertschätzung schafft eine unterstützende Umgebung, in der Fachkräfte in sozialen Berufen langfristig motiviert bleiben und ihr volles Potenzial entfalten können.

Ein besonderes Kennzeichen von Professionen ist nach Geissler (2013, 20) eine „rechtlich formalisierte Lizenzierung“, was sich in einer exklusiven Berechtigung der Berufsausübung widerspiegelt. Die Regulierung des Zugangs zu Berufen durch Institutionen, bspw. durch die Festlegung von Standards, die sicherstellen, dass Fachkräfte über die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Qualifikationen verfügen, sichert zunächst, dass in besonders sensiblen Bereichen wie dem Gesundheitswesen, Recht und Ingenieurwesen schwerwiegende Konsequenzen durch mangelnde Kompetenz vermieden werden. Die öffentliche Kontrolle fördert überdies die Professionalisierung von Berufen durch klare Qualifikationsanforderungen und transparente Bewertungsmethoden. Dies trägt dazu bei, das Ansehen der Berufe zu stärken und das Vertrauen der Öffentlichkeit in die erbrachten Leistungen zu festigen. Hierbei sollte öffentliche Kontrolle nicht den Berufszugang behindern, sondern Qualität und Professionalität gewährleisten. Im Kontext sozialer Berufe, wie dem Bereich der Rehabilitationspädagogik, existieren solche Zugangsbeschränkungen insofern, dass einzelne Träger nur Personen mit entsprechenden Qualifikationen für

die Arbeit mit Klient:innen aus vulnerablen Personengruppen zulassen. Eine staatliche Kontrolle und Einschränkung des Zugangs auf Fachkräfte mit sehr spezifischer Qualifikation ist in diesem Kontext nicht notwendig, da eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zur optimalen Teilhabeentfaltung der Klient:innen vonnöten ist.

4 Fazit: Profession und rehabilitationspädagogische Professionalität

Den sozialen Berufen, und damit auch der Rehabilitationspädagogik, werden angesichts der steigenden Komplexität ihrer Aufgaben „immer mehr Unterstützungs- und Gestaltungsfunktionen zugewiesen“ (Geissler 2013, 29). Entsprechend hohe Anforderungen werden an die wissenschaftsbasierte Fachlichkeit gestellt, die Wissensbestände, ein Fachvokabular, ein spezifisches Methodenrepertoire und insbesondere die Reflexionsfähigkeit umfasst. Hinzu kommt die Notwendigkeit der Positionierung in Bezug auf ethische Standards, auch unter Berücksichtigung von Prozessen gesellschaftlichen Wandels. Für die Rehabilitationspädagogik wurden diese Kernelemente – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – ausgedeutet, wobei teils auf die Theoriebildung verwandter Fächer wie der Sozialen Arbeit zurückgegriffen werden musste, weil diese in den Diskursen an vielen Stellen fortgeschrittener scheinen.

Insgesamt zeigt sich, dass einige Merkmale von Professionen auf die Rehabilitationspädagogik zutreffen: Die Ausbildung ist akademisiert, darin werden spezifische fachliche Wissensbestände vermittelt. Die Arbeit konzentriert sich auf Fallarbeit und Fallverstehen, es gibt einen hohen Anspruch an Verantwortungsübernahme, an die Achtung grundlegender ethischer Werte und an die Bereitschaft zur (Selbst-)Kritik. In anderen Aspekten scheint der Status als Profession nicht so deutlich bestimmbar: Durch die Anlage der Studiengänge als interdisziplinär, durch Bezüge und Anleihen sowie fachwissenschaftliche Diskurse in Auseinandersetzung mit den Bezugsdisziplinen, erscheint die Rehabilitationspädagogik für Nicht-Fachleute möglicherweise nicht klar konturiert. Dabei ist der gesellschaftliche und individuelle Auftrag sehr deutlich: Es gilt, im Hinblick auf alle denkbaren außerschulischen Handlungsfelder Personen mit Behinderung unter Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte volle, gleichberechtigte Partizipation an allen individuell bedeutsamen Lebensbereichen zu vermitteln. Dies erfordert ein hohes Maß an Professionalität und Spezifität, gleichzeitig eine große fachliche Breite unter Berücksichtigung vielfältiger interdisziplinärer Bezüge. Möglicherweise ist die bislang fehlende Anerkennung als Profession auch dem geringen Bekanntheitsgrad der Rehabilitationspädagogik geschuldet. Insofern trägt dieser Band hoffentlich zu einer positiven Veränderung bei.

Literatur

- Demszky, A. & Voß, G. G. (2018): Beruf und Profession. In: F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hrsg.): *Handbuch Arbeitssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS, 477-538.
- Fickler-Stang, U. & Weiland, K. (2022): Heterogene Professionen für heterogene Zielgruppen: Multidisziplinäre Kooperation als Professionalisierungsziel. In: *VHN* 91(2), 112-123.
- Geissler, B. (2013): Professionalisierung und Profession. Zum Wandel klientenbezogener Berufe im Übergang zur post-industriellen Gesellschaft. In: *Die Hochschule: Journal für Wissenschaft und Bildung* 22 (1), 19-32.
- Graumann, S. & Maaser, W. (2023): Ethik in der Sozialen Arbeit. In: C. Neuhäuser, M.-L. Raters & R. Stoecker (Hrsg.): *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart: Metzler, 557-561.
- Hirschberg, M. (2020): Definitionen und Klassifikationen. In: S. Hartwig (Hrsg.): *Behinderung. Kulturwissenschaftliches Handbuch*. Stuttgart: Metzler, 13-18.
- Kovács, L. (2017): Zur Rolle der Ethik in der Sozialen Arbeit. In: *EthikJournal* 4 (2), 1-17. Online unter: https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_2017_2/Kovacs_Zur_Rolle_der_Ethik_in_der_Sozialen_Arbeit_EthikJournal_4_2017-2.pdf (Abrufdatum: 06.01.2024).
- Lorenz, F. & Schwarz, M. P. (2014): Reflexive Professionalität: Strukturen und Dimensionen. In: M. P. Schwarz, W. Ferchhoff & R. Vollbrecht (Hrsg.): *Professionalität: Wissen – Kontext. Sozialwissenschaftliche Analysen und pädagogische Reflexionen zur Struktur bildenden und beratenden Handelns*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 411-433.
- Mieg, H. A. (2018): Professionalisierung. In: F. Rauner & Ph. Grollmann (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG., 452-462.
- Neuhäuser, Chr. (2023): Verantwortung. In: Chr. Neuhäuser, M.-L. Raters & R. Stoecker (Hrsg.): *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart: Metzler, 215-222.
- Schmeiser, M. (2006): Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. In: *Soziale Welt* 57 (3), 295-318.
- Schütze, F. (2014): Professionelles Handeln auf der Basis von Fallanalyse – Sozialarbeit als Profession. In: M. P. Schwarz, W. Ferchhoff & R. Vollbrecht (Hrsg.): *Professionalität: Wissen – Kontext. Sozialwissenschaftliche Analysen und pädagogische Reflexionen zur Struktur bildenden und beratenden Handelns*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 140-161.
- Vesper, A., Gosepath, St. & Jaeggi, R. (2023): Lebensqualität. In: Chr. Neuhäuser, M.-L. Raters & R. Stoecker (Hrsg.): *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart: Metzler, 453-458.

Autor:innen

Weiland, Katharina, Dr. phil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8299-3066>

Humboldt-Universität zu Berlin

Institut für Rehabilitationswissenschaften

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Barrierefreiheit, Lese-Rechtschreibstörungen und Lebensqualität in der Rehabilitation

E-Mail: weilandk@hu-berlin.de

Wahl, Michael, Prof. Dr. phil.

Humboldt-Universität zu Berlin

Institut für Rehabilitationswissenschaften

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Barrierefreiheit, Sprache und Kommunikation, Medieneinsatz in der Rehabilitation

E-Mail: michael.arnold-wahl@hu-berlin.de

Professionalität, Haltung und multiprofessionelle Kooperation

Zusammenfassung

In der Rehabilitationspädagogik beschreibt Professionalität ein normatives Konstrukt, das in einem beruflichen Ethos des Handelnden fußt und einen hohen Anspruch an die Qualität der Unterstützung von Hilfebedürftigen zum Ausdruck bringt. Im folgenden Text wird ein Bezug hergestellt zu zwei aktuell viel diskutierten Gesichtspunkten der Professionalität: zum einen die Haltung, zum anderen die multiprofessionelle Kooperation.

1 Einleitung

Für Berufe, die durch hohe Anforderungen an wissenschaftliche und ethische Standards gekennzeichnet sind, findet allgemein der Begriff ‚Profession‘ (lateinisch ‚Professio‘, also ‚Bekennnis‘) Verwendung (Stein 2006). Die davon abgeleitete Professionalität entsteht im Laufe einer Berufsbiografie, die zu meist auf einer akademischen Ausbildung beruht, durch die Ansammlung und Reflexion von Erfahrungen sowie die Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen, die mit Blick auf die professionelle Berufstätigkeit als stimmig erlebt werden. Professionalität zeigt sich in beruflichen Tätigkeiten, die von hoher gesellschaftlicher Relevanz (z. B. Bildung, Medizin, Recht) sind, oft an Lösungen für komplexe Aufgaben arbeiten und multiprofessionelle Kooperation erfordern. Hintergründig wirken dabei auch Normstrukturen innerhalb der Disziplinen, die sich in einem Berufsethos zusammenfassen lassen und mittels Organisationen der Berufsvertretung kultiviert und verbreitet werden. Bei der pädagogischen Professionalität handelt es sich um ein basales Thema, das in Ausbildung wie auch Praxis verankert sein sollte und im Kontext gesellschaftlicher Wandlungen vielfältigen Re-Definitionen ausgesetzt ist (Müller u. a. 2019). Im Folgenden sollen, ausgehend vom Sachverhalt der pädagogischen Professionalität, deren inhärente Aspekte der professionellen Haltung und der multiprofessionellen Kooperation in den Mittelpunkt gerückt werden.

2 Pädagogische Professionalität

Die Rehabilitationspädagogik sieht sich als Profession, die Menschen mit individuellen oder sozialen Entwicklungs- oder Lernbeeinträchtigungen pädagogische und therapeutische Förderung möglichst bedarfsgerecht bietet. Es geht somit um eine gezielte Unterstützung angesichts erschwelter Lern- und Lebensbedingungen in Bezug auf alle Altersstufen, wobei stets die Wiedergewinnung von Gesundheit und Kompetenz einen Schwerpunkt bildet. Sie geht davon aus, dass spezielle Bedürfnisse spezielle Maßnahmen innerhalb eines allgemeinen pädagogisch-therapeutischen Rahmens erfordern. Insofern ergibt sich in Abhängigkeit vom Bedarf an Unterstützung des Menschen stets ein Wechselspiel unterschiedlicher Unterstützungsansätze (vgl. Schulze & Zieger 2012). Dabei kommt Professionalität in besonderer Weise durch Fachlichkeit zum Ausdruck, die sich in diesem Feld beispielsweise in einem theoriereflektierten Handlungsmodus, in feinfühligem Beziehungsgestaltung, in einer hochwertigen Diagnostik, in einem breiten Handlungsrepertoire spezialisierter Kompetenzen wie auch in einer gezielten Evaluation der Förder- bzw. Behandlungsfortschritte zeigt (Prenzel 2013; Schomaker & Ricking 2012). Vor allem ist die Reflexion der eigenen Rolle im Prozess in einem kooperativen Gefüge zu erwarten, die selbstkritische Evaluation der eigenen Förderqualität wie auch das Management und die Steuerung der Interventionsentwicklung im Team. Professionalität heißt im Kontext einer Rehabilitationspädagogik aber auch, eine Haltung an den Tag zu legen, die den Menschen mit seiner Beeinträchtigung akzeptiert und im pädagogischen Handeln, das Erleben und Verhalten des:der Rehabilitand:innen empathisch dekodiert (Kobi 1993). Insofern sind die dort tätigen Akteur:innen mit hohen Erwartungen an eine professionelle Förderung konfrontiert, die nur mit einer entsprechenden Haltung realisierbar ist. Aus der Perspektive von Haeblerin (2005) haben Professionelle in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik eine besondere gesellschaftliche Verantwortung, auch um für die Belange beeinträchtigter Menschen einzutreten. Es sei ihre Aufgabe „durch spezialisiertes pädagogisches Handeln Menschen mit individuellen Erschwernissen den Weg zur optimalen Selbständigkeit und Lebensqualität zu ermöglichen“ (345).

Die Rehabilitationspädagogik versteht sich zudem als Subdisziplin der Pädagogik und ist hinsichtlich der Ansätze der Förderung in besonderer Weise angewiesen auf Wissen und Forschung weiterer Disziplinen wie Medizin, Psychologie oder Soziologie. Die in diesen Zusammenhängen entwickelten Theorien tragen erheblich zur diagnostischen Aufhellung eines Falles sowie zur Präventionsplanung bei (Ricking & Wittrock 2021). Insofern findet die Förderung sinnvollerweise oft in einem interdisziplinären Förderkontext statt, sodass sie mit weiteren Maßnahmen anderer Fächer kombiniert in Ansatz

gebracht werden kann. Speck und Wulf (2018) betonen in der Gesamtbeurteilung, dass die Steuerung der Prozesse konzeptgebunden geregelt sein sollte, sodass die anzustrebenden Ziele im Fokus bleiben und das Vorgehen abgesichert ist.

Ein Beispiel für eine wertebezogene Positionierung im Rahmen eines beruflichen Ethos der Rehabilitationspädagogik findet sich bei Akteur:innen, die in ihrer Haltung wie auch in der pädagogischen Praxis das Prinzip der Normalisierung leben und vermitteln. Damit ist die Leitvorstellung für die Gestaltung der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung gemeint, ein Leben so normal – verglichen mit Menschen ohne Beeinträchtigung – wie möglich führen zu können. Ausgehend von vielfältigen Erfahrungen extrem eingeschränkter Lebensbedingungen in totalen Institutionen setzte sich Normalisierung als Wertprinzip und Teil alltäglicher Professionalität ausgehend von Dänemark weltweit durch (Bürli 2003). Es verdichtet sich bei den Pädagog:innen als Aspekt einer Tiefenstruktur der professionellen Persönlichkeit und Haltung (Thimm 2007).

3 Aspekt Haltung

Ein wesentliches Element pädagogischer Professionalität findet sich in der Haltung, die Vertreter:innen eines Faches an den Tag legen. Grundlegend wird eine berufliche Haltung als System wertebezogener Dispositionen betrachtet, die sich im Laufe der Sozialisation, durch Interaktionen in der Umwelt wie auch mittels selbstreflexiver Erkenntnisse, individuell entwickelt. Werte treten dabei in den Vordergrund, indem ihnen eine große subjektive Bedeutung zugesprochen wird. Eine Haltung ist handlungsrelevant, sodass davon auszugehen ist, dass das Handeln und Verhalten von Menschen in einem gewissen Grade abhängig ist von der inneren Haltung (vgl. Halfmann 2023). Dabei zeigt sich dieses Verhältnis weniger in spezifischen Verhaltensweisen als in deren genereller Ausrichtung bzw. Orientierung. Vor diesem Hintergrund lässt sich Haltung folgendermaßen definieren:

Eine professionelle Haltung ist ein hoch individualisiertes (d.h. individuelles, idiosynkratisches) Muster von Einstellungen, Werten, Überzeugungen, das durch einen authentischen Selbstbezug und objektive Selbstkompetenzen zustande kommt, die wie ein innerer Kompass die Stabilität, Nachhaltigkeit und Kontextsensibilität des Urteilens und Handelns ermöglicht (Schwer & Solzbacher 2014, 107).

Der Haltungsbegriff erweist sich als stark aufgeladen mit Werten wie auch Normen, die sich durch individuelle Überzeugungen Ausdruck verschaffen. So ist die professionelle Haltung für pädagogische Fachkräfte nicht nur in der Interaktion und Beziehungsgestaltung mit den Rehabilitand:innen von

großer Bedeutung, in einer Einrichtung vermitteln sie durch ihre professionellen Überzeugungen und Positionierungen auch Leitideen und -vorstellungen, die Wirkungen z. B. in der pädagogischen Atmosphäre und im Umgang miteinander hinterlassen. Erziehung ist stets wertgebunden und intendiert beim Zu-Erziehenden die Entwicklung einer inneren Haltung, einer Moralität, die von der erziehenden Person modellhaft verkörpert werden sollte (Haeblerlin 1988). Trotz ihrer relativen Stabilität sind ausgehend von der Möglichkeit lebenslangen Lernens auch Haltungen im Rahmen einer Veränderung durch Persönlichkeitsentwicklung vor allem mittels ausgeprägter Reflexivität modifizierbar, ausbaubar und optimierbar.

Auch wenn Werthaltungen eine unabdingbare Voraussetzung für die Orientierung im Leben und im Beruf darstellen, ist nicht generell und abschließend zu normieren, mit welchen Werten Pädagog:innen ihre professionelle Haltung untersetzen. Neben religiösen, theoriebezogenen oder philosophischen Quellen bieten international anerkannte und kodifizierte Vereinbarungen zu Grundrechten Reflexionsflächen, die pädagogisch von größter Bedeutung sind, da sie sich vielfach auf erzieherische und gesundheitliche Bedarfe von Kindern und Jugendlichen beziehen, beispielsweise die Charta der Menschenrechte der Vereinten Nationen oder die Grundrechte der Europäischen Union, die UN-Kinderrechtskonvention oder die Konvention über Rechte für Menschen mit Behinderung. Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989 impliziert Förderrechte, wie das Recht auf Bildung (Artikel 28) oder das Recht auf Ruhe, Freizeit, Spiel und Erholung sowie auf Teilnahme am kulturellen und künstlerischen Leben (Artikel 31); Schutzrechte, wie das Recht auf Nicht-Diskriminierung (Artikel 2) oder das Recht auf Schutz vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Misshandlung und Vernachlässigung einschließlich des sexuellen Missbrauchs (Artikel 19) und Beteiligungsrechte, wie das Recht auf Berücksichtigung der Meinung des Kindes (Artikel 12). Die Rechte spiegeln kindliche bzw. menschliche Bedürfnisse, die erfüllt sein sollten, um eine positive psychische und körperliche Entwicklung zu ermöglichen (Serres & Fronty 2013). Damit intendieren sie Qualitäten der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die auch im Zielfeld pädagogischen Handelns liegen. Es ist demgegenüber herauszustellen, dass die längerfristige und tiefgreifende Frustration von Grundbedürfnissen (wie emotionale Zuwendung, stabile Bindungen, eine angemessene Gesundheitsfürsorge oder der Schutz vor Ausbeutung) mit maßgeblichen psychischen Störungen verbunden sein kann.

4 Aspekt multiprofessionelle Kooperation

Die Zusammenarbeit über Disziplingrenzen hinweg, häufig im Rahmen mehrdimensionaler Anforderungen, bildet einen weiteren integralen Bestandteil pädagogischer Professionalität. Unter multiprofessioneller Kooperation wird in unterschiedlichen Disziplinen die berufliche Zusammenarbeit von Personen unterschiedlicher Professionen bzw. Berufe zumeist in Arbeitsfeldern verstanden, die funktional miteinander verbunden sind und ähnliche Aufgaben sowie Ziele verfolgen (Speck u.a. 2011). Da pädagogische Rehabilitationswissenschaft sowie die entsprechende Praxis grundsätzlich einem integrationspädagogischen Ansatz verpflichtet ist und folglich verschiedene Wissenschafts- und Arbeitsfelder miteinander verbindet, beschreibt multiprofessionelle Kooperation eines ihrer konstitutiven Elemente. Die Praxis in diesem Handlungsfeld, in dem Menschen mit Beeinträchtigungen im Mittelpunkt stehen, verlangt von den professionellen Akteur:innen ein fachübergreifendes Gegenstandsverständnis wie auch Kompetenzen, die durch Zusammenarbeit ein neues, fachlich reicheres Gegenstands- und Handlungsverständnis entstehen lassen (Hedderich & Hegner 2009). Einhergehend mit dem ansteigenden Handlungsdruck auf das Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsystem, v.a. durch die Zunahme an Komplexität bei zu bearbeitenden Problemlagen, steigt die Bedeutung von Kooperation in multiprofessionellen Settings seit Jahren an. Ein gemeinsamer Auftrag impliziert in der kooperativen Praxis die individuelle Bereitschaft der Handelnden zur Zusammenarbeit auf Augenhöhe sowie die Notwendigkeit ein Handlungsfeld, das in vielen unterschiedlichen Gestalten vorliegen kann, angemessen zu organisieren. Dabei ist von Relevanz, dass die Kooperation für die Beteiligten einen Mehrwert erzeugt und die Arbeit dadurch effektiver und zufriedenstellender verläuft. Da vielfach unterschiedliche Dienste und Professionen in regionalen Kontexten agieren und daher in spezifischen Fällen gemeinsam rehabilitativ gefordert sind, ist die zunehmende Verbesserung der Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit ein deutliches Entwicklungsziel und unterstreicht darüber hinaus die Notwendigkeit der Kooperation unterschiedlicher Berufskulturen und Institutionen (Bauer 2018). Dabei gibt es auch in der Rehabilitationspädagogik noch erhebliche Bedarfe zur Weiterentwicklung der Kooperation.

In (sonder- und rehabilitations-)pädagogischen Kontexten stehen unterschiedliche Berufsgruppen im Mittelpunkt, wenn der Begriff multiprofessionelle Kooperation (auch multiprofessionelle Zusammenarbeit oder multiprofessionelles Team) Verwendung findet. Teams oder Arbeitsgruppen, in denen verschiedene Professionen aufeinander abgestimmt zielgerichtet Handeln sind vor allem dann angezeigt, wenn eine breites Handlungsrepertoire wie auch spezifische Kenntnisse im Kontext einer komplexen Problemstruktur gefordert

sind (ebd.). Individuen oder Gruppen von Individuen, oft im Rahmen von Institutionen, wirken dabei mit Blick auf ein gemeinsames Ziel zusammen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die beteiligten Akteur:innen relevante Beiträge zur Lösung der Aufgaben leisten können und die Wahrscheinlichkeit eines höherwertigen Resultats steigern. Die Zusammenarbeit erfordert einen angemessenen Austausch zumeist in einem regionalen Kontext und strukturelle Regelungen, die die Stärken der Beteiligten, ihre fachlichen Rollen und Zuständigkeiten berücksichtigen. Multidisziplinarität impliziert sowohl die Vielfalt der Fachkompetenzen und Qualifikationen als auch die individuellen Spezialisierungen, die eine Antwortstruktur bilden für die unterschiedlichen Anforderungen und Ansprüche, die in Aufgabenstellungen zu finden sind (Maykus 2017). Die Unterschiedlichkeit ist der große Vorteil, wobei nicht zu verkennen ist, dass auch Anknüpfungspunkte für das professionelle Zusammenspiel erkennbar sein müssen. Speck (2020, 1455) formuliert zusammenfassend:

Legt man die Fachdiskussion zugrunde, dann zeichnet sich eine multiprofessionelle Kooperation durch mehrere Merkmale aus: a) eine Herausforderung im beruflichen Alltag, deren Problemlösung durch die Nutzung der Kompetenzen von unterschiedlichen Berufsgruppen effektiver und effizienter erscheint, b) ein gezieltes und längerfristiges, d. h. nicht nur punktuelles Zusammenwirken von mehr als zwei unterschiedlichen Berufsgruppen an einem Ort, c) einen relativ hohen Spezialisierungsgrad der beteiligten Berufsgruppen, d) eine detaillierte Abstimmung und verbindliche Regelung der beruflichen Zuständigkeiten und Handlungsabläufe zwischen den Berufsgruppen sowie e) einen kontinuierlichen und zeitlich umfassenden fachlichen Austausch zwischen den Berufsgruppen vor Ort.

4.1 Barrieren

Wesentlicher Hintergrund multiprofessioneller Kooperationsverhältnisse ist die Möglichkeit, Unterstützung für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten, wenn die Grenzen der eigenen Handlungsfelder erreicht worden sind oder auch, wenn es darum geht, die eigene Einrichtung durch multiprofessionelle Zusammenarbeit weiterzuentwickeln. Eine weitere Erhöhung der Komplexität dieser Form der Kollaboration durch die Mitwirkung von Personen unterschiedlicher Berufsgruppen wird jedoch nicht selten als Herausforderung oder Problematik erlebt. Denn vielfach fallen zunächst die Differenzen in Form von fachlichen Sprachstilen und Begriffen, Organisationskulturen oder institutstypischen Gewohnheiten ins Gewicht. Alle Formen der Zusammenarbeit sind grundsätzlich störanfällig (Spieß 2004). Kielblock u. a. (2017) weisen auf drei Felder hin, denen konkrete Gründe für das Gelingen oder Misslingen zuzuordnen sind:

- Professionsbezogene Gründe: z. B. stark divergierendes Verständnis von Bildung,
- Kooperationsbezogene Gründe: z. B. die Kooperation nützt nur einem Partner,
- Individuelle Gründe: z. B. die praktischen Erfordernisse der Zusammenarbeit sind einer Person zu aufwendig.

Mitunter sind bei den professionellen Akteur:innen Partikularperspektiven und fachspezifische Motivlagen vorherrschend, die jeweilige Teilbereiche des Feldes fokussieren (Weidemann-Sandig 2022). Die beteiligten Professionen nutzen ihr spezifisches Vorverständnis, entwickeln diagnostische Formate und wählen spezifische therapeutische und/oder pädagogische Maßnahmen zur Intervention. Diese Entwicklungen haben zu einem heterogenen Praxisfeld diverser Konzepte geführt, zu Handlungsansätzen und Erfahrungen, die eine Kooperation über Fachgrenzen hinweg mitunter erschweren. Verschiedene disziplinäre Stränge arbeiten dann relativ unabhängig voneinander und unverbunden an einem Thema oder Fall und versäumen es die Chancen der Zusammenarbeit zu erkennen und zu nutzen. Probleme in der konkreten Kooperationspraxis drücken sich in zu geringem Engagement einzelner Beteiligter, mangelndem Problembewusstsein oder Überlastung von Partner:innen aus. Überdies können schwierige Kooperationsbedingungen wie mangelndes Vertrauen, Einsichts-, Kompetenz- und/oder Motivationsprobleme verantwortlich sein. Viele der genannten Problemlagen sind im Kooperationshandeln zu beheben oder zu verbessern (Fabel-Lamla & Gräsel 2022). Dabei ist zu betonen, dass „je mehr Kooperation, desto besser“ keinen angemessenen Leitgedanken darstellt, sondern jedes Handlungsfeld daraufhin zu überprüfen ist, ob die Kooperation sinnvoll ist und ob dadurch bessere Resultate erzeugt werden können (Arnoldt 2008).

4.2 Gelingensbedingungen

Kooperation ist dann angezeigt und wird sich längerfristig halten, wenn sie die Praxis nachhaltig optimiert, den pädagogischen Alltag bereichert und die erkennbaren Bedarfe auf Seiten der Rehabilitand:innen kompetent einlöst. Diesen Vorteil der Optimierung erkaufen sich die Kooperationspartner:innen um den Preis der Notwendigkeit der Abstimmung und Koordination der Zusammenarbeit, die kommunikativen Aufgaben mit dem Anliegen der Verständigung über unterschiedliche Aspekte der professionellen Tätigkeit bilden. Diese Abstimmungen zielen im Rahmen einer strategischen Ausrichtung – im Gegensatz zur fragmentierten Einzeltätigkeit – auf verbesserte Handlungsabläufe und Problemlösungen, die wiederum das Selbstverständnis der Professionen verändern (Bauer 2018). Die Modalitäten und Motivationen zur

Kooperation sind vielschichtig und können hier nur angerissen werden. So wird die Zusammenarbeit häufig institutionell gefordert, ist verpflichtend oder gesetzlich vorgeschrieben, sodass nicht immer eine intrinsische Motivation die Energie zum Zusammenwirken bereitstellt. Die Disposition des Einzelnen spielt für die konkrete Ausgestaltung der Handlungsabläufe gerade bei längerfristigen Kooperationen keine unbedeutende Rolle.

Daneben sind übergreifende Gelingensbedingungen in der Praxis von eminenter Bedeutung, etwa auf den Ebenen der institutionellen, der personellen und der organisationskulturellen Bedingungen: Institutionell geht es wesentlich um hinreichende organisatorische Rahmenbedingungen, sodass sich Teamstrukturen entfalten können. Auf personeller Ebene üben Haltungsfragen, z. B. eine positive, optimistische Haltung, individuelle Kompetenzen wie etwa die Verlässlichkeit oder fachliche Kenntnisse, z. B. zur Projektbezogenen Arbeit, einen erheblichen Einfluss aus. Organisationskulturelle Bedingungen sind dann für eine multiprofessionelle Kooperation günstig, wenn eine offene Atmosphäre im Kollegium sowie Kollegialität und Unterstützungsbereitschaft vorherrschen (Ahlgrimm u. a. 2012). Die Akteur:innen benötigen für eine wirksame Zusammenarbeit zudem Respekt und Anerkennung für den Berufsstand des anderen, um gleichwertig agieren zu können, ein Mindestmaß an Vertrauen in die Partner:innen, denn sie machen sich ein Stück weit von ihnen abhängig (Interdependenz), und auch eine gewisse Eigenständigkeit, um die Modalitäten des gemeinsamen Handelns diskutieren und festlegen zu können. Es sind somit auch individuelle und Persönlichkeitsfaktoren herauszustellen, die beim Einzelnen in der Zusammenarbeit in der Lage sind, stets auch die Perspektive des Gegenübers einzunehmen und im eigenen Handeln zu berücksichtigen.

5 Fazit

Professionalität in der Rehabilitationswissenschaft erweist sich als vielschichtiges Konstrukt, das sowohl eine Haltung im Kontext eines Berufsethos als auch eine hohe Fachlichkeit umfasst. Ein Kernbereich liegt in der pädagogischen Haltung, die als handlungsrelevantes, wertgebundenes, mentales Konstrukt zu verstehen ist. Sie kann so in der Praxis zum Ausdruck gebracht werden, dass sie nicht nur der Kompass des handelnden Subjekts ist, sondern soziokulturell ausstrahlt, die Kolleg:innen positiv beeinflusst und das Klima des Gemeinwesens moduliert (Häußler 2000). Professionalität zeigt sich in diesem Fach bei theorie-reflektierten Praktiker:innen, die in der Lage sind, eine Vielzahl an Handlungsmustern und Verfahren diagnostisch abgesichert, systematisch und flexibel umzusetzen und dabei eigene Grenzen des fachlichen Handelns erkennen (Ricking 2018). In der heutigen Zeit kann Professionalität nicht ohne eine

elaborierte multiprofessionelle Kooperation gedacht und praktiziert werden. In ihren unterschiedlichen Ausdrucksformen – Informationsaustausch, arbeits-teilige Kooperation oder die Ko-Konstruktion – trägt sie dazu bei, höherwertige Problemlösungen in komplexen Arbeitsfeldern zu erzielen. In der Zukunft werden noch weit mehr Verknüpfungen und konzeptionelle Abstimmungen nötig sein, über Disziplinen hinweg, um zu optimierten Formen der Förderung und zielgerichteten Wirkungen zu gelangen.

Literatur

- Ahlgrimm, F., Krey, J. & Huber, S. G. (2012): Kooperation – was ist das? Implikationen unterschiedlicher Begriffsverständnisse. In: S. G. Huber & F. Ahlgrimm (Hrsg.): Kooperation. Aktuelle Forschung zur Kooperation in und zwischen Schulen sowie mit anderen Partnern. Münster: Waxmann, 17-29.
- Arnoldt, B. (2008): Kooperationsformen – Bedingungen für gelingende Zusammenarbeit? In: H. G. Holtappels, E. Klieme, T. Rauschenbach & L. Stecher (Hrsg.): Ganztagschule in Deutschland. Ergebnisse der Ausgangserhebung der „Studie zur Entwicklung von Ganztagschulen“ (StEG) (Studien zur ganztägigen Bildung). Weinheim: Juventa, 123-136.
- Bauer, P. (2018): Multiprofessionalität. In: G. Graßhoff, A. Renker & W. Schröer (Hrsg.): Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer, 727-739.
- Bürli, A. (2003): Normalisierung und Integration aus internationaler Sicht. In: A. Leonhardt & F. B. Wember (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung, Erziehung, Behinderung. Weinheim, Basel und Berlin: Beltz, 128-165.
- Fabel-Lamla, M. & Gräsel, C. (2022): Professionelle Kooperation in der Schule. In: T. Hascher, T.-S. Idel & W. Helsper (Hrsg.): Handbuch Schulforschung. Wiesbaden: Springer.
- Haeblerlin, U. (2005): Grundlagen der Heilpädagogik. Einführung in eine wertgeleitete erziehungswissenschaftliche Disziplin. Basel u. a.: UTB.
- Haeblerlin, U. (1988): Heilpädagogische Haltung. In: J. Blickenstorfer, H. Dohrenbusch & F. Klein (Hrsg.): Ethik in der Sonderpädagogik. Berlin: Marhold, 117-135.
- Häußler, M. (2000): Heilpädagogische Haltung. Zur aktuellen Bedeutung eines traditionsreichen Begriffs. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 8, 327-344.
- Halfmann, K. (2023): Haltung – Ein Praxisbuch für mehr Haltung im pädagogischen Alltag. Hamburg: Rowohlt.
- Hedderich, I. & Hegner, S. (2009): Multiprofessionalität in der Körperbehindertenpädagogik – Zusammenarbeit von Pädagogen und Therapeuten im Auftrag einer ganzheitlichen Förderung. In: Heilpädagogik online 8 (1), 25-49.
- Kielblock, S., Gaiser, J. & Stecher, L. (2017): Multiprofessionelle Kooperation als Fundament der inklusiven Ganztagschule. In: Gemeinsam Leben, 3, 140-148.
- Kobi, E. E. (1993): Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken. Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.
- Maykus, S. (2017): Kooperationskultur und Vernetzung. In: E. Hollenstein, F. Nieslony, K. Speck & T. Olk (Hrsg.): Handbuch der Schulsozialarbeit. Weinheim: Beltz, 76-86.
- Müller, J., Fink, H., Horac, R., Kaiser, S. & Reichmann, E. (2019): Professionalität in der Kindheitspädagogik. Leverkusen: Budrich.
- Prenzel, A. (2013): Pädagogische Beziehungen zwischen Anerkennung, Verletzung und Ambivalenz. Opladen: Budrich.
- Ricking, H. (2018): Grenzen und Scheitern in Erziehungsprozessen. In: T. Müller & R. Stein (Hrsg.): Erziehung als Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 209-219.

- Ricking, H. & Wittrock, M. (2021): Gegenstand und Entwicklungen. In: H. Ricking, T. Bolz, B. Rieß & M. Wittrock (Hrsg.): Prävention und Intervention bei Verhaltensstörungen: Gestufte Hilfen in der schulischen Inklusion. Stuttgart: Kohlhammer, 14-30.
- Schulze, G. & Zieger, A. (Hrsg.). (2012): Erworbene Hirnschädigungen: Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationswissenschaft. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schwer, C. & Solzbacher, C. (Hrsg.). (2014): Professionelle pädagogische Haltung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schomaker, C. & Ricking, H. (2012): Pädagogik der besonderen Bedürfnisse. Eine Einführung in die modularisierte Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Band 1: Grundlagen. Hohengehren: Schneider.
- Serres, A. & Fronty, A. (2013): Ich bin ein Kind und ich habe Rechte. Zürich: Nordsüd Verlag.
- Stein, R. (2006): Professionalität (einschließlich Supervision und Qualitätssicherung). In: G. Hansen & R. Stein (Hrsg.): Kompendium Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 331-344.
- Speck, K. & Wulf, C. (2018): Multiprofessionelle Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Unsere Jugend 70 (2), 50-54.
- Speck, K. (2020): Multiprofessionelle Kooperation in der Ganztagsbildung. In: P. Bollweg, J. Buchna, T. Coelen & H.-U. Otto (Hrsg.): Handbuch Ganztagsbildung. Wiesbaden: Springer VS, 1453-1465.
- Speck, K., Olk, T. & Stimpel, T. (2011): Auf dem Weg zu multiprofessionellen Organisationen? Die Kooperation von Sozialpädagogen und Lehrkräften im schulischen Ganztage. In: Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 57, 184-201.
- Spieß, E. (2004): Kooperation und Konflikt. In: H. Schuler (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation. Göttingen: Hogrefe, 193-250.
- Thimm, W. (2007): Normalisierungsprinzip. In: H. Greving (Hrsg.): Kompendium der Heilpädagogik. Bd. 2 I-Z, Troisdorf: Bildungsverlag Eins, 132-139.
- Weidemann-Sandig, N. (2022): Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität – Chancen, Risiken, Herausforderungen. Wiesbaden: Springer.

Autor:innen

Ricking, Heinrich, Prof. Dr.

Universität Leipzig

Erziehungswissenschaftliche Fakultät

Schwerpunkte: Schulabsentismus, Dropout und Organisationsformen
schulischer Förderung im Schwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung

E-Mail: heinrich.ricking@uni-leipzig.de

Innovation in der Rehabilitation – mehr als Technologie

Zusammenfassung

Im letzten Jahrzehnt haben digitale Innovationen viele Aspekte und herkömmliche Praktiken des Alltags- und Berufslebens verändert und in Frage gestellt. Auch Organisationen und Einrichtungen des Rehabilitations- und Gesundheitswesens haben begonnen, sich mit der digitalen Transformation zu befassen, um die Vorteile der fortgeschrittenen Digitalisierung zu nutzen und so die Teilhabemöglichkeiten ihrer Klient:innen zu verbessern. Rehabilitationspädagog:innen kommt in diesen Prozessen eine besondere Rolle zu. Sie sind an den Schnittstellen zwischen den Klient:innen und Mitarbeitenden (Mikroebene), den Organisationsstrukturen der Einrichtungen (Mesoebene) und den gesellschaftlichen Anforderungen (Makroebene) tätig. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, müssen Rehabilitationspädagog:innen entsprechend ausgebildet werden. In diesem Beitrag wird exemplarisch die Gestaltung des Bachelor-Studiengangs „Rehabilitationspädagogik“ mit dem Schwerpunkt „Reha-Innovation für gesellschaftliche Teilhabe und Transformation“ beschrieben, der diese neuen Anforderungen in den Blick nimmt.

1 Hintergrund

In Deutschland hat sich über viele Jahrzehnte ein System der Rehabilitation und Versorgung von Menschen mit Behinderungen entwickelt. Traditionell wird das System aus einer medizinischen und einer Wohlfahrtsperspektive betrieben und bewertet. Mit den gesetzlichen Bestimmungen wird die Rehabilitation in den unterschiedlichen Lebensbereichen geregelt. Dazu haben die Leistungserbringer Sondereinrichtungen und stationäre Angebote entwickelt, mit denen Menschen mit Behinderungen unterstützt und gefördert werden. Wenngleich in einer solchen Bündelung professionelle Dienste wirtschaftlich angeboten werden können, werden diese Institutionen als bevormundend und segregierend wahrgenommen werden. Die Behindertenbewegung kämpft entsprechend für

integrierte Lösungen, in denen Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam leben, lernen und arbeiten können.

Mit Blick auf die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), die Behinderung als bio-psycho-soziales Konstrukt versteht (DIMDI 2005), hat die Gesetzgebung, z. B. Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) oder Bundesteilhabegesetz (BTHG), inzwischen an vielen Stellen die Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen als Ziel aufgenommen. Parallel verfolgt die EU über die Mechanismen des gemeinsamen Binnenmarktes das Ziel Menschen mit Beeinträchtigungen zum gleichberechtigten Zugang zu allen Lebensbereichen in ganz Europa zu unterstützen. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), die unter Federführung der Selbsthilfevertretungen auf der ganzen Welt entwickelt wurde, verdeutlicht mit ihren 13 Prinzipien, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in vielen Bereichen noch lange nicht in den vollen Genuss der Menschenrechte kommen. So fordert die Konvention die volle und gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen. Sonderstrukturen und segregierende Systeme sollen abgebaut und reformiert werden. Auch der „barrierefreien Zugänglichkeit“ (accessibility) und der Nutzung moderner Technologien räumt die UN-BRK einen hohen Stellenwert ein. Aktuell spielen hier Themen, wie der Umgang mit Digitalisierungsprozessen und Künstlicher Intelligenz eine wichtige Rolle. Der Bundestag und der Bundesrat haben die Konvention und das optionale Protokoll 2009 für Deutschland ratifiziert und seitdem gilt die UN-BRK im Range eines einfachen Bundesgesetzes im gesamten Bundesgebiet (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018). Doch bis heute gibt es Sorgen in Bezug auf den Fortschritt bei der Umsetzung der Konvention in Deutschland und der zögerlichen Veränderung des institutionell segregierenden deutschen Systems (Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention 2023). In der Praxis wird viel von Inklusion gesprochen, aber das Handeln stützt die vorhandenen exkludierenden Strukturen. Die verschiedenen Dienstleister im Fördersystem tun sich mit dem Wandel schwer und versuchen innerhalb der vorhandenen Strukturen Elemente von Teilhabe und Inklusion umzusetzen als grundsätzliche Änderungen zu implementieren. Das stimmt nicht mit der Idee und dem gesetzlichen Anspruch der UN-BRK überein.

Auch an den Hochschulen stellt sich die Frage, ob das Bildungsangebot dazu beiträgt, das segregierende System zu stützen, indem die Studierenden genau für die Arbeit in diesem System vorbereitet werden. Dieser Beitrag reflektiert, wie sich Lehre verändern muss, um den von der UN-BRK und den Selbstvertretungsorganisationen geforderten und längst überfälligen Systemwandel zu initiieren und zu befördern. Die Fakultät Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund verfolgt dazu eine neue inhaltliche Schwerpunktbildung bei der Reakkreditierung des Bachelor-Studienganges „Rehabilitationspädagogik“.

2 Innovation als Aufgabe der Rehabilitationspädagogik

In der Rehabilitationspädagogik sollen Menschen mit Beeinträchtigungen zielgerichtet und ressourcenorientiert entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse unterstützt und gefördert werden. Von den wissenschaftlich ausgebildeten Pädagog:innen im Bereich der Rehabilitation wird reflektiertes Handeln erwartet. Dieses ist immer inhaltsbezogen und in einen Kontext eingebettet, der einen Anlass bietet, um die Motive des eigenen oder fremden Handelns sichtbar zu machen und kritisch zu hinterfragen (Lenske & Lohse-Bossenz 2023). Dabei stehen Wechselwirkungen zwischen der eigenen Einstellung und dem eigenen Handeln im Zusammenhang mit den pädagogisch begleiteten oder betreuten Personen sowie den Umgebungsvariablen, wie z. B. den technischen Möglichkeiten, im Zentrum. Umfassende Kenntnisse in der Diagnostik und der pädagogischen Unterstützung sowie Wissen über didaktische und therapeutische Ansätze gehören dafür zum Handwerkzeug.

Neben der Betrachtung der individuellen Bedürfnisse sind bei den Interventionen weitere Ebenen zu berücksichtigen, wie bspw. Familie und Freund:innen des jeweiligen Menschen mit Beeinträchtigung sowie unterschiedliche Institutionen (Wohneinrichtung, Rehabilitationsträger etc.). Auch die meisten (Rehabilitations-)Pädagog:innen sind Teil eines institutionellen Umfelds und arbeiten für ambulante oder stationäre Dienstleister oder für Rehabilitationsträger. Oft werden die notwendigen Unterstützungsleistungen von mehreren Dienstleistern angeboten. Deshalb sind die Zielsetzungen und Strukturen, die Organisation und die Arbeitsweise solcher Institutionen für die Qualität der Angebote sehr wichtig. Die gesamte rehabilitationsbezogene Dienstleistungsstruktur ist durch viele gesetzliche Vorgaben mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Finanzierungen geprägt. Zunehmend bieten auch kommerzielle privatwirtschaftliche Akteur:innen Leistungen und Dienste an, z. B. Sanitätshäuser im Rahmen der Hilfsmittelversorgung oder private Pflegedienste bei der häuslichen Pflege. Die Vielfalt der Leistungsträger in den deutschen Hilfesystemen zeigt sich z. B. auch durch die vielen Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR O.D.). Gesellschafts- und sozialpolitisch stellt die Selbstorganisation der Menschen mit Beeinträchtigungen mit ihren Selbsthilfeverbänden, Selbstvertretungen und deren Dachverbänden politische Gesprächspartner:innen als Interessenvertretung der betroffenen Menschen in eigener Sache dar (Deutscher Behindertenrat (DBR) 2024).

Für Rehabilitationspädagog:innen ergeben sich weitere Handlungsfelder im politischen Raum etwa bei den einschlägigen Fachministerien und deren nachgeordneten Behörden, bei den Behindertenbeauftragten und in der Selbstvertretung. Die Handelnden aller diese Systemelemente auf den verschiedenen Ebenen müssen sich mit der UN-BRK und die durch ihre Ratifizierung

verpflichtende Umsetzung von Inklusion und Teilhabe auseinandersetzen. Qualität und Innovation in der Rehabilitation können nur dann erreicht werden, wenn die Beteiligten die Gegebenheiten und die daraus entstehenden Möglichkeiten und Einschränkungen angemessen und vollständig reflektieren. Absolvierende der Rehabilitationspädagogik müssen deshalb darauf vorbereitet werden, neben der konkreten Arbeit auf der individuell-menschlichen Ebene auch bei der Reflexion und Innovation auf der systemischen Ebene mitzuwirken.

3 Wesentliche Aspekte des Studiums

Um die Absolvent:innen zu einem wirksamen Handeln auf der individuellen und der systemischen Ebene zu befähigen, müssen die Lehrinhalte in der universitären Ausbildung im Fach „Rehabilitationspädagogik“ angepasst und ergänzt werden. Gemäß der Forderung der Selbstvertretung der Menschen mit Behinderungen „Nichts über uns – ohne uns“ (Hermes & Rohrmann 2006), muss die bestehende, paternalistisch geprägte pädagogische und therapeutische Sichtweise durch eine partizipative Herangehensweise ergänzt werden. Das ist sowohl aus einer moralischen Perspektive heraus erforderlich als auch aus Respekt vor der Erfahrung der Menschen mit Behinderungen und ihrer Expertise in eigener Sache. Die Grundhaltung der angehenden Fachkräfte entwickelt sich auf diese Weise stärker in Richtung einer zuhörenden und auf Augenhöhe begleitenden und beratenden Grundhaltung und löst die eher beschützende und bewahrende Grundhaltung ab. Die Methoden, die erforderlich sind, um die Prozesse auf den verschiedenen Ebenen partizipativ gestalten zu können, müssen im Rahmen der Ausbildung erlernt werden und geübt werden. Die Absolvent:innen können dieses in verschiedenen partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprojekten, die im „Technologie, Inklusion und Partizipation“ (TIP)-Cluster durchgeführt werden, kennenlernen.

Eine wichtige Grundlage für eine effektive Zusammenarbeit der verschiedenen Fachkräfte und den Menschen mit Behinderungen selbst ist die projektorientierte Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen und Veränderungsprozessen, sowohl auf der individuellen als auch der systemischen Ebene, wobei sich an im Projektmanagement üblichen Vorgehensweisen und Konzepten orientiert werden sollte. Bei der Analyse der Startsituation und der Veränderungsmöglichkeiten müssen evidenzbasierte Vorgehensweisen eingesetzt werden. Eine erfolgreiche Projektarbeit erfordert zudem fundierte Kenntnisse über Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden (Döring & Bortz 2016). Gute Methodenkenntnisse und eine objektiv-wissenschaftliche Herangehensweise sind die Voraussetzung dafür, dass rehabilitationspädagogische Interventionen verlässliche Ergebnisse liefern können.

In diesem Kontext sind die Möglichkeiten moderner Technologien zur Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu betrachten. Die digitale Transformation bietet vielfältige Chancen für Inklusion, aber auch neue Exklusionsrisiken. Die Nutzung von klassischen Hilfsmitteln (z. B. Langstock, Gehstütze, Rollator), elektronischen Hilfsmitteln (z. B. Vorlesesysteme, Elektrorollstuhl, Umfeldkontrolle, Unterstützte Kommunikation) und digitalen Geräten und Anwendungen (z. B. Handy, Tablet, Smartwatch, Internet, Cloudservices) gehört inzwischen auch zum Lebensalltag von Menschen mit Behinderungen. Gleichwohl ist eine digitale Spaltung für Menschen mit Behinderungen und insbesondere für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu beobachten (Johansson u. a. 2021). In diesem Zusammenhang sind die Aspekte „Zugang“ (access), „Nutzbarkeit“ (usability) und „Barrierefreiheit“ (accessibility) von besonderer Bedeutung. Diese Aspekte und ihre Implikationen für Menschen mit Beeinträchtigungen müssen in der Ausbildung von Rehabilitationspädagog:innen umfassend betrachtet werden. In den letzten Jahren sind zu den etablierten Technologien viele neue technologische Ansätze hinzugekommen, wie z. B. Sprachtechnologie, Robotik, semantisches Web und Künstliche Intelligenz. Dieser Trend wird sich in Zukunft weiter verstärken und insbesondere die KI-basierten Technologien werfen weitere relevante Fragestellungen auf. Auf systemischer Ebene stellt sich die Frage, wie soziale Institutionen die digitale Transformation für sich und ihre Arbeits- und Dienstleistungsprozesse sinnvoll aufgreifen und praktisch umsetzen können.

4 Änderung/Ergänzung von Studieninhalten und Skills

Aus Sicht der beteiligten Disziplinen und Fachgebiete im TIP-Forschungscluster der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der TU Dortmund sollen in einem zeitgemäßen Bachelorstudium „Rehabilitationspädagogik“ Lehr- und Lerninhalte mit den im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Zielsetzungen enthalten sein.

In den Grundlagenveranstaltungen im ersten Studienjahr werden einführend die Themen der Relevanz von Technologien und Technik, der ressourcenorientierten, partizipativen Herangehensweise (Grundlagen der Rehabilitationstechnik – Technik und Medien) und der sozialen Innovationen und ihren Auswirkungen auf die Gesellschaft (Soziologie der Rehabilitation) aufgegriffen. Ab dem 2. Studienjahr entscheiden sich die Studierenden für zwei von drei rehabilitationspädagogischen Vertiefungsbereichen. Einer davon ist der Schwerpunkt „Reha-Innovation für Inklusion und Teilhabe“, kurz: „Reha-Innovation“. Im 3. Studienjahr beschäftigen sich die Studierenden über den gesamten Zeitraum im Rahmen einer Projektarbeit mit einer

konkreten Fragestellung aus dem Themenfeld (Projektstudium). Parallel zum Projektstudium oder danach schreiben die Studierenden die Bachelorarbeit. Viele der Absolvent:innen starten direkt nach ihrem Bachelorabschluss in eine praktische Berufstätigkeit und streben keine weitere wissenschaftliche Qualifikation an. Auch vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Studierenden bereits im Bachelorstudium bestmöglich auf ihre praktischen Aufgaben und Einsatzbereiche vorzubereiten.

Im Folgenden werden die Studieninhalte der Grundlagenvorlesung und des Vertiefungsbereichs „Reha-Innovation“ genauer beschrieben.

4.1 Partizipation, Technik, Innovation

In der einführenden Vorlesung, die als Pflichtveranstaltung konzipiert ist, werden die Grundthemen „Partizipatives Handeln“, „Technologien und Technikeinsatz“ und „Innovation“ vorgestellt und in ihrer Relevanz für das rehabilitationspädagogische Handeln eingeordnet.

Beim Thema „Partizipatives Handeln“ wird erörtert, welche Rolle einzelne Personen mit ihren individuellen (behinderungsbedingten und persönlichen) Bedarfen bei partizipativen Ansätzen spielen. Ergänzend wird insbesondere die Funktion der Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen in ihren nach SGB IX anerkannten Verbänden vorgestellt. Eine Weiterentwicklung des Systems der Rehabilitation in Richtung der gleichberechtigten Teilhabe und Inklusion ist ohne die Sachkenntnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen und ihrer authentischen politischen Selbstvertretung nicht vorstellbar. Dabei soll deutlich werden, dass diese Vertretungen im Zusammenspiel mit der Politik (z. B. Behindertenbeiräte, Inklusionsbeiräte), aber auch den Rehabilitationsträgern (z. B. Sachverständigenrat Partizipation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.) (BAR O.D.) eine wichtige Aufgabe als unabhängige Partner wahrnehmen. Zusätzlich zu diesen Organisationen gibt es eine etwas anders gelagerte Selbstvertretung in Form von Werkstatträten, Heimbeiräten, Schwerbehindertenvertretungen usw., die bei der Umsetzung der Interessen und Bedürfnisse einer konkreten Gruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen unterstützen.

Vor dem Hintergrund einer historisch gewachsenen gesellschaftlichen Position mit vormals wegweisenden karitativen Initiativen und Einrichtungen einerseits und den Teilhabezielen der UN-BRK und der rasanten technischen Innovation andererseits wird deutlich, dass sich für das Rehabilitationssystem ein systemimmanenter Bedarf an (sozialer) Innovation ergibt. Hieraus ergibt sich ein Widerspruch, der entweder durch radikale Änderungen („sich selbst abschaffen“ mit allen Unsicherheiten) oder durch andauernde Innovation der einzelnen Systemelemente und des Systems selbst aufgelöst werden kann. In den

entsprechenden Lehrveranstaltungen wird die Gesamtsituation thematisiert und es werden den Studierenden Grundkenntnisse zu den Themen „Technik, Partizipation und Innovation“, „Innovation als systemimmanenter Bedarf“ und „Behindertenselbstvertretung als Innovationstreiber“ vermittelt.

Für die erfolgreiche Umsetzung von Innovationen im Rahmen von rehabilitationspädagogischen Interventionen ist eine partizipative Herangehensweise von besonderer Bedeutung. Für die Studierenden muss das genauer definiert und operationalisiert werden. In der Zusammenarbeit mit vulnerablen Gruppen ist eine besondere Beachtung und Reflexion von geeigneten Methoden der partizipativen Zusammenarbeit, ohne Bevormundung, Überforderung oder Unterforderung erforderlich. Das betrifft in besonderer Weise die partizipative Zusammenarbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten (Dirks u. a. 2020). Hier besteht in der Praxis immer noch die Tendenz zu einer stark von der Fürsorge geprägten Grundhaltung. Damit eng verbunden ist der Themenbereich der Barrierefreiheit von Technologien, Methoden und Materialien, die im Rahmen der Innovationsprozesse eingesetzt werden.

In der Vorlesung selbst, aber vor allem auch in der Begleitveranstaltung, erhalten die Studierenden einen praktischen Einblick in die verschiedenen Formen von assistiven Technologien und können diese im Rahmen eines Laborpraktikums ausprobieren. Dabei steht die Selbsterfahrung der Studierenden im Vordergrund, sodass sie Vorteile aber auch die Herausforderungen beim Einsatz dieser Technologien besser verstehen können.

Auch sogenannte Mainstreamtechnologien verfügen zunehmend über Funktionen, die von Menschen mit Behinderungen zur Unterstützung eingesetzt werden können. Entsprechend muss über Themen wie Barrierefreiheit oder Universelles Design gesprochen werden. Folgende Fragen sollten in diesem Zusammenhang gestellt werden: Wie müssen sich die Anforderungen (technische Regelwerke, Ausführungsvorschriften) und Anwendungsbereiche (Rehabilitation, Gesundheitswirtschaft, öffentliche Stellen, Privatsektor) ändern? Welche Herausforderungen (neue Exklusionsrisiken, Privatsphäre etc.) oder Chancen (z. B. technologiegestützte Barrierefreiheit) gibt es durch neue Technologien? Weiterhin muss überlegt und reflektiert werden, welche Chancen die neuen Technologien für die Innovation der assistiven Technologie mit sich bringen. Dabei gibt es großen gesellschaftlich relevanten Reflexionsbedarf, z. B. für den Einsatz von Avataren, von interaktiven robotischen Systemen und von KI-basierten Erkennungs- oder Kommunikationssystemen. Für alle diese Prozesse müssen die Grundlagen von Innovation und deren Begleitung erlernt werden. Je nach Kontext und vorhandenen Organisationsstrukturen können verschiedene Methoden (z. B. Future Thinking etc.) für die Gestaltung von Innovationsprozessen eingesetzt werden.

Eine der großen gesellschaftlichen Entwicklungen stellt die digitale Transformation dar. Hier stellt sich die Herausforderung, wie Menschen mit Behinderungen Teilhabe in, an und mit modernen Medien (Pelka 2020) erreichen können und was dem ggf. entgegensteht. In Einrichtungen der Rehabilitation gibt es neben unzureichenden technischen Voraussetzungen auch rechtliche Unsicherheiten, Qualifikationslücken beim Personal und ungeklärte Fragen, wie z. B. die Einführung von Digitalassistenten. Auf den verschiedenen Ebenen gilt es den Innovationsbedarf und die Innovationsbereitschaft (Innovation readiness) (van den Hoed u. a. 2022) von Unternehmen und Dienstleistern im Reha-Kontext zu erheben und ein entsprechendes Change-Management einschließlich einer entsprechenden Evaluation der Prozesse zu etablieren. Wenngleich Absolvierende diesen komplexen Prozesse nicht allein initiieren oder umsetzen können, sind das Bewusstsein für notwendige Veränderungen und eine qualifizierte Rückmeldung und Beteiligung an Veränderungsprozessen im System wichtige Beiträge. Letztendlich muss die Innovation vor Ort umgesetzt und begleitet werden.

4.2 Systeme und Akteur:innen in der Rehabilitation

In Deutschland gibt es ein vielschichtiges Unterstützungssystem, das Menschen in verschiedenen komplexen Lebenslagen, wie Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Beeinträchtigung berät und unterstützt. Zu diesem System gehören neben den Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen auch ein Rehabilitationssystem, welches Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Wiedereingliederung zur Seite steht (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) O.D.). Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe werden nach SGB IX von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht, darunter fallen neben den schon genannten Krankenkassen und Rentenversicherungen auch die Agentur für Arbeit, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Sozialhilfeträger. Zwar können Menschen mit Beeinträchtigungen, die für ihre Problemlage und konkreten Bedürfnisse am besten passende Unterstützung bekommen, aber oft ist unklar, welcher Leistungsträger für welche Leistungen verantwortlich ist und welche Leistungen in Anspruch genommen werden können. Für Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Angehörigen ist das oft eine sehr belastende Situation. Organisationen, wie die DVfR, fordern seit Jahren einen verbesserten Zugang zu Leistungen für Rehabilitation und Teilhabe und eine verbesserte Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungsträgern. In den entsprechenden Wahlpflichtveranstaltungen erhalten die Studierenden Einblick in die verschiedenen Systeme und lernen die bestehenden Strukturen und Entscheidungswege kritisch zu reflektieren. Wie in den vorangegangenen Abschnitten bereits erwähnt, gibt es viele verschiedene Einrichtungen,

Dienstleister und Fachkräfte, die für eine erfolgreiche Unterstützung und Förderung von Menschen mit Beeinträchtigungen intensiv zusammenarbeiten müssen, neben medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Fachkräften, spielt dabei auch die Kooperation mit Verwaltungsmitarbeitenden, Geschäftsführenden und technischen Mitarbeitenden eine Rolle. Diese verschiedenen Fachkräfte haben jeweils für sich, aber auch in gemeinsamen Interventionen wichtige Funktionen im Rehabilitationssystem und müssen sich adäquat austauschen können. Rehabilitationspädagogische Fachkräfte übernehmen häufig eine Vermittlungsfunktion und müssen in der Zusammenarbeit die verschiedenen Perspektiven verstehen und moderieren können. In den zum Wahlpflichtbereich gehörenden Veranstaltungen erhalten die Studierenden Einblick in die verschiedenen Systeme und Akteur:innen und lernen die bestehenden Perspektiven, Strukturen und Entscheidungswege kritisch zu reflektieren. In diesen Wahlpflichtbereich werden auch externe Expert:innen aus kooperierenden Einrichtungen eingebunden, die den Studierenden einen Theorie-Praxis-Transfer erleichtern und die Studierenden mit verschiedenen Akteur:innen aus den Einrichtungen in Kontakt bringen.

Das BTHG und die Änderungen in SGB IX stehen für eine Abkehr der Bundesregierung von der stark durch den Fürsorgegedanken geprägten Perspektive. Das Ziel der modernen Sozialgesetzgebung in Deutschland ist es, die Teilhabe und Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen je nach Bedarf möglichst gut zu unterstützen, zu ermöglichen oder zu fördern (s. BTHG). Rehabilitationspädagog:innen kommen auf allen Ebenen ihrer Einsatzbereiche mit den geltenden Gesetzen und Richtlinien in Kontakt und müssen verstehen, wie sich die geltenden Bestimmungen auf die Lebensumstände und Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen auswirken. Einen Überblick über die geltenden Gesetze erhalten die Studierenden in der einführenden Vorlesung, die Auswirkungen der bestehenden Gesetze und Richtlinien werden in den Wahlpflichtveranstaltungen anhand konkreter Fallbeispiele erarbeitet.

4.3 Sozio-technische Systeme und ihre Implementierung in verschiedenen Lebensbereichen

Spätestens seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts befinden sich die industrialisierten Länder Europas und Nordamerikas auf dem Weg in die Informationsgesellschaft. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) prägen zunehmend alle Lebensbereiche und treiben die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung voran (Alhassan & Adam 2021). Damit Menschen mit Beeinträchtigungen der Zugang zu und die Nutzung von IKT

und digitalen Inhalten und Dienstleistungen ermöglicht wird, müssen diese barrierefrei (accessible) sein.

Neben dedizierten assistiven Technologien, wie Screenreader, Taster oder Braille-Zeilen, die eingesetzt werden können, um digitale Inhalte zugänglich zu machen, haben auch immer mehr Mainstreamprodukte Funktionen für die erleichterte Bedienung oder können direkt für die Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen genutzt werden. Einige Systeme können die Menschen mit Beeinträchtigungen nur mit Unterstützung einrichten und in Betrieb nehmen. In verschiedenen Laboren stehen den Studierenden vielfältige Technologien und technische Systeme zur Verfügung, die sie dort praktisch kennenlernen und ausprobieren können. Rehabilitationspädagogische Fachkräfte benötigen zudem Methoden zur Einschätzung von Potenzialen und Risiken von neu entwickelten Technologien.

Das Internet spielt in allen Bereichen eine immer größer werdende Rolle. Auch Leistungsträger der Rehabilitation bieten ihre Informationen und Dienstleistungen zunehmend digital an. Damit Menschen mit Beeinträchtigungen an diesen Angeboten teilhaben können, müssen diese barrierefrei sein. Öffentliche Einrichtungen des Bundes und der Länder sind seit 2019 verpflichtet ihre digitalen Angebote barrierefrei zur Verfügung zu stellen. Durch den European Accessibility Act (European Commission O.D.) gelten diese Anforderungen ab 2025 auch für private Anbieter. Dennoch sind die meisten Internetseiten und mobilen Anwendungen nicht barrierefrei. Mit unterschiedlichen Methoden und vor allem in partizipativer Zusammenarbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen kann festgestellt und dokumentiert werden, welche Barrieren auf Webseiten und mobilen Anwendungen zu finden sind. Im Rahmen solcher konkreten Veranstaltungen lernen die Studierenden exemplarisch, wie die Funktionen und die Zugänglichkeit von modernen Technologien und technischen Systemen die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen beeinflussen können.

Die Studierenden der Rehabilitationspädagogik erwerben die genannten Kenntnisse und Fähigkeiten in verschiedenen Wahlpflichtveranstaltungen. Dort beschäftigen sie sich mit ausgewählten Technologien, wie sprachtechnologischen Hilfsmitteln, SmartHome-Technologien, verschiedenen Steuerungsmöglichkeiten für Rollstühle oder Bedienhilfen für Computer und Smartphones. Auf diese Weise bekommen sie einen Überblick über Grundlagen der ausgewählten Technologien und ihre Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis und können durch die Kombination aus rehabilitationspädagogischem und technischem Wissen eine wichtige Vermittlungsrolle in verschiedenen Praxisfeldern übernehmen.

Neuere Technologieentwicklungen, wie robotische oder KI-basierte Systeme, werden die Rehalandschaft in den kommenden Jahren nachhaltig beeinflussen

(PricewaterhouseCoopers B.V. 2017). Zusätzlich zu den positiven Auswirkungen müssen dabei auch Risiken und Herausforderungen beachtet und bewertet werden. Hier sind gut ausgebildete Rehabilitationspädagog:innen als Fachkräfte an der Schnittstelle zwischen Technologie, Mensch und System gefragt.

Durch die Erweiterung der technikbezogenen Fachgebiete an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften durch KI- und Robotik-Expert:innen können die Studierenden Kenntnisse in diesen Bereichen in weiteren Wahlpflichtveranstaltungen erlangen. Die Inhalte umfassen dabei diverse Themen, wie Pflegerobotik, soziale Robotik, körpernahe Technologien (wearables) und verschiedene Arten von KI-basierten und vernetzten Systemen. All diese Technologien können in verschiedenen gesundheitsbezogenen Bereichen eingesetzt werden, sowohl in der Pflege als auch zur Unterstützung selbständiger Aktivitäten in allen Lebensbereichen.

Um solche, zum heutigen Zeitpunkt, sehr komplex erscheinende Technologien sinnvoll einsetzen zu können und die für eine nachhaltige Nutzung notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, müssen die Zusammenhänge und Wechselspiele zwischen Mensch und Technologie gut verstanden und moderiert werden. Auch hier ist festzuhalten, dass Rehabilitationspädagog:innen nicht zu Expert:innen im Bereich Mensch-Maschine-Interaktionen ausgebildet werden sollen, im Rahmen ihrer Ausbildung aber lernen müssen, das Potenzial und die Herausforderungen dieser Technologien aus einer rehabilitationspädagogischen Perspektive zu bewerten.

4.4 Innovationen und Teilhabe durch Technologien

In einem weiteren Wahlpflichtbereich beschäftigen sich die Studierenden mit der Frage, wie Technologien und soziale Innovationen optimal zusammenwirken können. Technologien und technische Systeme müssen, um erfolgreich eingesetzt werden zu können, Teil einer umfassenderen Strategie sein. Ob und wie digitale Teilhabe in Zukunft gelingen kann, hängt von Entwicklungen auf verschiedenen Systemebenen ab. Ergebnisse aus der Trendstudie zur digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung zeigen, dass die Einführung von neuen technologischen Entwicklungen soziotechnische gesellschaftliche Veränderungen nach sich zieht. Auf der Grundlage technologischer Innovationen, die als konkrete Technologien in das Alltagsleben der Menschen einfließen, werden soziotechnische Trends geschaffen. In der Trendstudie werden Konnektivität, Human Augmentation, Seamless Mobility und Smart Home als wesentliche Treiber im Hinblick auf Digitalisierung und Teilhabe identifiziert (Borgstedt & Möller-Slawinski 2020).

Bezüglich der Teilhabemöglichkeiten, die sich für Menschen mit Behinderungen durch Digitalisierungsprozesse ergeben, wird zwischen drei verschiedenen

Dimensionen unterschieden: *Teilhabe an digitalen Technologien*, *Teilhabe durch digitale Technologien* und *Teilhabe in digitalen Technologien* (Pelka 2018). Um von digitalen Technologien zu profitieren, muss zunächst überhaupt der Zugang zu ihnen bestehen. Auch heute noch ist in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe noch keine flächendeckende Infrastruktur zu finden, die einen Zugang zu digitalen Inhalten und Dienstleistungen ermöglicht. Die Bereitstellung von Assistenz und Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Technologien gehört ebenfalls dazu. Der Zugang zu digitalen Medien umfasst also sowohl den Zugang zu als auch die kompetente Nutzung von digitalen Technologien. Teilhabe durch digitale Technologien ist von besonderer Bedeutung für Menschen mit Behinderungen. Durch Technologien können Zugangsmöglichkeiten zu Lebensbereichen geschaffen werden, die sonst nicht zugänglich wären oder für die Unterstützung durch andere Personen notwendig wäre. Ein weiterer Mehrwert besteht darin, dass die Teilhabe durch digitale Technologien die Bedeutung von Behinderung in der Gesellschaft insgesamt positiv verändern kann, da durch sie Beeinträchtigungen kompensiert und damit irrelevant gemacht werden können. Teilhabe in digitalen Technologien ermöglicht neben den Vernetzungsmöglichkeiten im privaten Bereich auch ein erhöhtes Maß an politischer Partizipation (Borgstedt & Möller-Slawinski 2020).

Mit einem fundierten Wissen über den Zusammenhang zwischen technologischer Entwicklung und ihrem Einfluss auf gesellschaftliche Prozesse können Rehabilitationspädagog:innen diese Prozesse verstehen und aktiv mitgestalten, unter besonderer Berücksichtigung der Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen.

4.5 Digitale Transformationen und Change Management

Die digitale Transformation schafft auch im Pflege- und Gesundheitswesen neue Geschäftsmöglichkeiten und führt zu neuen Geschäftsmodellen, um Herausforderungen in der pflegerischen und versorgungsbezogenen Praxis zu begegnen (Kreutzer 2017). Die Einführung digitaler Lösungen in soziale Organisationen erfordert systematische Veränderungen der Arbeitsweise, der Rollen von Mitarbeitenden und des Geschäftsangebots. Die sozialen Dienstleister müssen sich mit den Herausforderungen der Integration neuer Technologien in ihre bestehenden Prozesse und Infrastrukturen auseinandersetzen. Ein wirksames Change Management ist dabei von entscheidender Bedeutung. Neben den Veränderungen in den Geschäftsprozessen kann es z. B. auch Widerstand von Mitarbeitenden geben, die sich Sorgen darüber machen, wie sich neue Technologien auf ihre Arbeitsplätze und Aufgaben auswirken könnten. Soziale Dienstleister müssen gezielt Schulungen anbieten und die Entwicklung und den Ausbau von neuen Fähigkeiten bei ihren Mitarbeitenden

fördern. Dafür sind neben den grundsätzlichen technischen Kenntnissen auch pädagogische Fähigkeiten und Kenntnisse nötig. Die technischen Expert:innen können Digitalisierungs- und Veränderungsprozesse auf technologischer und technischer Ebene initiieren und gestalten. Oft fehlt ihnen aber das pädagogische Know-How, um diese Prozesse für die Mitarbeitenden entsprechend gestalten zu können.

Rehabilitationspädagog:innen haben neben dem technischen Grundwissen in ihrer Ausbildung die Fähigkeiten erworben Prozesse der digitalen Transformation pädagogisch begleiten zu können. Dabei haben sie vor allem die Auswirkungen dieser Prozesse auf die Mitarbeitenden und Klient:innen im Blick.

Im Vertiefungsbereich werden verschiedene Veranstaltungen zu diesen Themen angeboten. So können die Studierenden sich z. B. vertiefend mit bestimmten Technologien und den Herausforderungen bei ihrer Implementierung in sozialen Einrichtungen beschäftigen. Das schließt sowohl Technologien und Vorgehensweisen zur Umsetzung von digitaler Barrierefreiheit ein als auch die Einführung von komplexen Technologien, wie robotische oder KI-basierte Systeme. Studierende der Rehabilitationspädagogik lernen in den Wahlpflichtveranstaltungen verschiedene robotische Systeme kennen. Die Herausforderungen, die sich bei der Implementierung solcher Systeme in den Arbeits- und Betreuungsalltag stellen, sind nicht nur in der technischen Umsetzung zu finden, sondern sind oft erheblich durch psychologische und soziologische Faktoren bestimmt. Die Art und Weise, wie Mitarbeitende und Klient:innen in Veränderungsprozesse eingebunden werden und wie ihre Einstellungen und Meinungen berücksichtigt werden, beeinflusst die Akzeptanz und nachhaltige Anwendung der Technologien ganz erheblich.

Themen, wie die Verbesserung der digitalen Zugänglichkeit insbesondere für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, werden öffentliche und private Unternehmen in den nächsten Jahren auch intensiv beschäftigen. In verschiedenen Veranstaltungen zur Gestaltung barrierefreier IT können sich die Studierenden zusammen mit Informatikstudierenden mit den Grundprinzipien der digitalen Barrierefreiheit vertraut machen. Sie lernen, wie eine Website designt und programmiert werden kann und wie dabei Zugangs- und Nutzungsbarrieren für Menschen mit Beeinträchtigungen abgebaut werden können. Für die Studierenden der Rehabilitationspädagogik steht dabei nicht so sehr die eigene technische Gestaltung im Vordergrund, sondern die Beurteilung der Barrierefreiheit von bereits bestehenden Internetseiten. Dafür werden die Vorgehensweise und die wichtigsten Tools, die man dafür nutzen kann, vorgestellt.

4.6 Forschungsbezug

Um einen Einblick in die aktuelle technikbezogene Forschung zu bekommen, werden die Studierenden in die in den beteiligten Fachgebieten laufenden Forschungsprojekte eingebunden. Die innovationsbezogene rehabilitationswissenschaftliche Forschung umfasst neben technischen Fragestellungen auch sozialwissenschaftliche und pädagogische Aspekte.

Aktuelle Projekte befassen sich beispielsweise mit der digitalen Transformation im Ausbildungs- und Arbeitsbereich (LernBAR (TU Dortmund 2024), EdAL MR 4.0 (TU Dortmund o.D.a)), mit der Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bei der Arbeit (InA.coach (BOS Connect GmbH o.D.)), mit der Teilhabeunterstützung durch Anpassung von Zugangsmöglichkeiten im Internet (EVE4all (Easy Reading o.D.)) und mit der Umsetzung der Europäischen Webrichtlinie (UPowerWAD; TU Dortmund o.D.b). Zukünftig werden solche Projektklinien weiterentwickelt.

5 Fazit und Ausblick

Die UN-BRK und das damit einhergehende Verständnis von Partizipation und Inklusion erfordert Veränderungen in der Rehabilitation in Deutschland. Zusätzlich bringt die digitale Transformation Chancen und Herausforderungen. Solche Veränderungen werden von Gesetzen begleitet, müssen aber in der praktischen Rehabilitation und in der Gesellschaft umgesetzt werden. Das bedeutet die Notwendigkeit von Innovation in den bestehenden Systemen und Strukturen der Rehabilitation. Die Befähigung von abgehenden Studierenden, diese notwendigen Innovationsprozesse zu erkennen, zu begleiten und zu moderieren wird im Forschungscluster TIP der Fakultät Rehabilitationswissenschaften als wesentlich angesehen. Aus diesem Grund wird ein neuer Schwerpunkt „Reha-Innovation für gesellschaftliche Teilhabe und Transformation“ im Bachelorstudium vorbereitet. Damit soll die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland in der Praxis unterstützt werden. Weitere Überlegungen der Fakultät gehen dahin, auch im Master-Studiengang solche Themen verstärkt zu platzieren. Auf diese Weise sollen Rehabilitationspädagog:innen an Innovationen im System und am System mitwirken. Solche Prozesse bei bereits bestehenden Strukturen sind komplex und dauern. Dazu bedarf es eines geeigneten Mindsets, angemessener Methoden und guter Kooperation im System. Das alles wird helfen, gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen als Expert:innen in eigener Sache den richtigen Weg zu finden.

Literatur

- Alhassan, M. D. & Adam, I. O. (2021): The effects of digital inclusion and ICT access on the quality of life: A global perspective. In: *Technology in Society* 64, 101511.
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.). (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BKR). Online unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf. (Abrufdatum: 20.06.2024)
- Borgstedt, S. & Möller-Slawinski, H. (2020): Trendstudie Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung: Trendstudie. Bonn: Aktion Mensch e.V. Online unter: <https://www.aktion-mensch.de/inklusion/barrierefreiheit/studie-digitale-teilhabe>. (Abrufdatum: 20.06.2024).
- BOS Connect GmbH (Hrsg.) (o.D.): InA.coach App. Online unter: <https://ina.coach>. (Abrufdatum: 20.06.2024).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (o.D.): Mitglieder der Rehabilitation e.V. Online unter: <https://www.bar-frankfurt.de/bar-ev/mitglieder-der-bar.html>. (Abrufdatum: 20.06.2024).
- Bundesteilhabegesetz (BTHG) in der Fassung vom 23. Dezember 2016, Zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 22. Dezember 2023 (BGBl. I S. 3234)
- Deutscher Behindertenrat (DBR) (2024): Online unter: (Abrufdatum: 20.06.2024).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (O.D.). Online unter: <https://www.deutscher-behindertenrat.de/ID0>. (Abrufdatum: 20.06.2024).
- Dirks, S., Bühler, C., Edler, C., Miesenberger, K. & Heumader, P. (2020): Cognitive Disabilities and Accessibility-Pushing the Boundaries of Inclusion Using Digital Technologies and Accessible eLearning Environments: Introduction to the Special Thematic Session. In: K. Miesenberger, R. Manduchi, M. C. Rodriguez & P. Peñáz (Hrsg.): *Computers Helping People with Special Needs: 17th International Conference, ICCHP 2020, Lecco, Italy, September 9–11, 2020, Proceedings, Part II*. Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, Springer-Lehrbuch. Wiesbaden: Springer.
- Easy Reading (o.D.): EVE4All. Online unter: <https://www.easyreading.eu>. (Abrufdatum: 20.06.2024):
- European Commission (O.D.): European accessibility act. Online unter: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/persons-disabilities/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030/european-accessibility-act_en. (Abgerufen unter: 20.06.2024).
- Hermes G. & Rohrmann E. (2006): *Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung*. Neu Ulm: AG SPAK.
- Johansson, S., Gulliksen, J. & Gustavsson, C. (2021): Disability digital divide: the use of the internet, smartphones, computers and tablets among people with disabilities in Sweden. In: *Universal Access in the Information Society* 20 (1), 105-120.
- Kreutzer, R. (2017): Treiber und Hintergründe der digitalen Transformation. In: D. Schallmo, A. Rusnjak, J. Anzengruber, T. Werani & M. Junger (Hrsg.): *Digitale Transformation von Geschäftsmodellen: Grundlagen, Instrumente und Best Practices*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 33-58.
- Lenske, G. & Lohse-Bossenz, H. (2023): Stichwort: Reflexion im Pädagogischen Kontext. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 26 (5), 1133-1164. <https://doi.org/10.1007/s11618-023-01196-2>
- Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention (2023): Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren. Deutschlands. Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Pelka, B. (2018): *Digitale Teilhabe: Aufgaben der Verbände und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege*. In: H. Kreidenweis (Hrsg.): *Digitaler Wandel in der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos, 57-78.

- Pelka, B. (2020). Digitalisierung als soziale Innovation verstehen und umsetzen. In: S. Ückert, H. Sürgit & G. Diesel (Hrsg.): Digitalisierung als Erfolgsfaktor für das Sozial- und Wohlfahrtswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 263-278.
- PricewaterhouseCoopers B.V. (2017): Sherlock in Health. How artificial intelligence may improve quality and efficiency, whilst reducing healthcare costs in Europe. Online unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/studie-sherlock-in-health.pdf>(Abrufdatum: 20.06.2024).
- Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) in der Fassung vom 23. Dezember 2016, Zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 22. Dezember 2023 (BGBl. I S. 3234). Online unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/.(Abrufdatum: 20.06.2024).
- TU Dortmund (Hrsg.). (2024): Projekt LernBAR. Online unter: <https://lernbar.fk13.tu-dortmund.de>. (Abrufdatum: 20.06.2024).
- TU Dortmund (Hrsg.). (o.D.a): Projekt EdAL MR 4.0. Online unter: <https://rt.reha.tu-dortmund.de/forschung/projekte/drittmittelprojekte/edal-mr-40/>. (Abrufdatum: 20.06.2024).
- TU Dortmund (Hrsg.). (o.D.b): Projekt UPowerWAD. Online unter: <https://upowerwad.fk13.tu-dortmund.de>. (Abrufdatum 20.06.2024).
- van den Hoed, M. W., Backhaus, R., de Vries, E., Hamers, J. P. H. & Daniëls, R. (2022): Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review. In: BMC health services research 22 (1), 997.

Autor:innen

Dirks, Susanne, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1055-5379>

TU Dortmund

Fakultät Rehabilitationswissenschaften/ Rehabilitationstechnologie/

Forschungscluster Technologie, Inklusion, Partizipation

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Assistive Technologien,

Technologiegestützte Barrierefreiheit, Sprachtechnologie

E-Mail: susanne.dirks@tu-dortmund.de

Bühler, Christian, Prof. Dr.-Ing.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8361-526X>

TU Dortmund

Fakultät Rehabilitationswissenschaften/ Rehabilitationstechnologie/

Forschungscluster Technologie, Inklusion, Partizipation

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Assistive Technologie,

Technologiegestützte Barrierefreiheit, Barrierefreiheit

E-Mail: christian.buehler@tu-dortmund.de

Potenziale der Digitalisierung in Rehabilitation und Rehabilitationspädagogik

Zusammenfassung

Die Digitalisierung nimmt in der Rehabilitation an Bedeutung zu. In der internationalen Forschung sind vielfältige Erkenntnisse dazu publiziert, dennoch kann derzeit noch keine eindeutige Evidenz über die Wirksamkeit der Digitalisierung in der Rehabilitation vorgelegt werden. Gleichwohl ist es von großer Relevanz, sich den möglichen Potenzialen der Digitalisierung in der Rehabilitation zu widmen, da die Entwicklung national wie international voranschreiten wird. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Beitrag nach einer komprimierten Einführung und der Vorstellung eines kurz skizzierten theoretischen Rahmens die internationale Forschungslage kursorisch vorgestellt. Die internationale Forschungslage offenbart, wie komplex die Entwicklung der Digitalisierung in der Rehabilitation ist. Eine erfolgreiche wie wirksame und nutzer:innenorientierte digitale Rehabilitation erfordert eine interprofessionelle wie interdisziplinäre und partizipative Herangehensweise. Im Beitrag können Potenziale von digitaler Rehabilitation aufgezeigt werden, dennoch werden zahlreiche Forschungsdesiderate offensichtlich.

1 Hintergrund

In Deutschland wird das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen umfassend diskutiert. Das Bundesgesundheitsministerium (2023) hat nicht nur eine Digitalisierungsstrategie veröffentlicht (BMG – Gemeinsam digital 2023), sondern im Dezember dem Bundestag auch ein Digital-Gesetz zur 2./3. Lesung vorgelegt (Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG), Drucksache 20/9048). Dieses Gesetz wie auch die Strategie sind jedoch überwiegend auf die Leistungen der Medizin bezogen, z. B. über die ePA solle eine digitale Medikationsübersicht, das E-Rezept und die digitalen Gesundheitsanwendungen weiterentwickelt und ärztliche Videosprechstunden und Videokonsile, sollen ermöglicht werden, wie auch Interoperabilität mit bestehenden und neuen Systemen verbessert werden soll. Im Papier der Digitalisierungsstrategie (BMG – Gemeinsam

digital 2023) kommt erschwerend hinzu, dass zwar die Begrifflichkeit „Pflege“ bereits in der Überschrift erwähnt wird, aber nicht die Pflegefachberufe oder deren pflegefachlichen Leistungen in allen Sektoren und Settings im Zuge der Digitalisierung gemeint sind, sondern lediglich das SGB XI (Pflegeversicherung). Die Rehabilitation und die vielen in der Rehabilitation arbeitenden Berufe werden nicht gesondert im Gesetzentwurf oder der Digitalisierungsstrategie erwähnt.

Als Lücke bleibt bei diesen öffentlichen und politischen Diskussionen, dass Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht im Sinne der interprofessionellen Versorgungsbedarfen von Patient:innen in Deutschland diskutiert, entwickelt und implementiert wird. Wie oben erwähnt, sind bspw. im Gesetzentwurf der Bundesregierung die anderen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen wie auch deren Settings nicht integriert. Die telemedizinischen Anwendungen wie auch die elektronischen Verordnungen und weitere digitale Werkzeuge mehr scheinen eher dual gedacht, nämlich in der Interaktion zwischen behandelnden Ärzt:innen und den Patient:innen. Es scheint vergessen, dass die vielen Menschen im Gesundheitswesen in allen Settings und Sektoren von verschiedenen Gesundheitsberufen versorgt werden und diese exklusive Dualität in der Gesundheitsversorgung seit Jahrzehnten nicht mehr den Realitäten entspricht, da sich die Bedarfe in der Gesundheitsversorgung verändern. Es sind mittlerweile ca. 7,9 Millionen Menschen als schwerbehinderte Menschen anerkannt, was einem Anteil von ca. 10% in der Bevölkerung entspricht (Bundesamt für Statistik 2022), die auch mit komplexen Versorgungsbedarfen in das Gesundheitswesen eintreten. Aktuelle Erhebungen zeigen, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit intellektuellen und mehrfachen Beeinträchtigungen von Zeitmangel, Informationsflut und Unsicherheiten geprägt ist (Mainz u.a. 2023; Stölting & Hasseler 2023). Dabei scheint die Integration von digitalen Tools in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen eher noch selten zu erfolgen, obwohl Potenziale darin gesehen werden (Mainz u.a. 2023). Des Weiteren steigt das Risiko für Schwerbehinderung mit zunehmendem Alter an. Ein Drittel der als Menschen mit schwerer Behinderung anerkannter Menschen sind 75 Jahre alt und älter (Bundesamt für Statistik 2022). Die demografische Alterung dieser Gesellschaft hat auch Auswirkungen auf Menschen, die nach der Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt sind. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt ab dem Alter von 75 Jahren an (Bundesamt für Statistik 2022). Aktuelle Erhebungen zeigen darüber hinaus, dass sich die Prävalenz chronischer Erkrankungen ab dem 45. Lebensjahr erhöht. In einer Erhebung des Robert Koch Instituts wird deutlich, dass in der Alterskohorte über 65 Jahre mehr als 60% angeben, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden (Heidemann u.a. 2021).

Mit dieser kurzen Skizzierung der gesundheitlichen und demografischen Lage in Deutschland zeigt sich, dass aufgrund der Komplexität der Gesundheitsversorgungsbedarfe auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen berufsgruppen-, sektoren- wie settingübergreifend gedacht werden muss. Es ist evident, dass in der Diskussion und Entwicklung der Digitalisierung des Gesundheitswesens die Rehabilitation und die Rehabilitationspädagogik integriert werden müssen, damit sich die Potenziale für die Patienten:innen, Nutzer:innen entfalten können.

2 Theoretischer Rahmen

Nachfolgend werden kurz die Begriffe „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ und „Digitalisierung in der Rehabilitation“ als Basis für die nachfolgenden Kapitel definiert. Des Weiteren wird komprimiert der Versuch unternommen, die Digitalisierung mit der ICF (International Classification of Functioning and Disabilities) (WHO 2005) abzugleichen und zu hinterfragen, an welchen Stellen die Digitalisierung in der Rehabilitation angemessen integriert werden könnte.

Es wird jedoch zunächst kursorisch auf die *Begrifflichkeit Rehabilitationspädagogik* eingegangen, um auch im Weiteren zu entfalten, welche Potenziale in der Rehabilitationspädagogik mit der zunehmenden Digitalisierung entwickelt werden können. In der Literatur sind kaum aktuelle Definitionen zu finden, wie die Rehabilitationspädagogik begrifflich eingegrenzt werden kann. Die Rehabilitationspädagogik versteht sich den wenigen Literaturfunden zur Folge als eine interdisziplinäre Disziplin, die im Zuge rehabilitativer Prozesse Menschen befähigt, fördert und unterstützt und in den verschiedenen Feldern der Rehabilitation (z. B. Frühförderung, berufliche Ausbildung und Eingliederung, soziale und gesundheitliche Lebensbereiche) tätig ist (Baudisch u. a. 2004). Dabei basiert die Rehabilitationspädagogik stark auf dem Modell der ICF, um mit Hilfe des biopsychosozialen Ansatzes umfassend die Personen in der Rehabilitation unterstützen und fördern (Bartz 2022) und vor allem Bezüge zum Gesundheitssystem und zur Gesundheitsversorgung herstellen zu können (Baudisch u. a. 2004; Bartz 2022).

Zur „*Digitalisierung im Gesundheitswesen*“ liegen diverse Beschreibungen, aber keine eindeutigen Definitionen vor. Behm und Klenk (2021, 63) legen ein sehr breites Begriffsverständnis zugrunde, das für diesen Beitrag sehr geeignet ist. Sie formulieren, dass „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ auf folgende Kernelemente verweist:

die Gesamtheit von digitalen Gesundheitsanwendungen, eben nicht nur auf technologische Möglichkeiten, sondern vor allem auf Denkweisen und Einstellungen, insbesondere auf die (Selbst-)Verpflichtung, mit Hilfe von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien die Gesundheitsversorgung lokal, national und global in ihrer Effizienz und Effektivität zu verbessern.

Voigt (2022, 4) differenziert zwischen Digitalisierung als eine technische Umwandlung analoger Prozesse und einem „umfassenden Wandel, der durch digitale Technologien, u. a. Computer, Internet, Robotik, Künstliche Intelligenz, vorangetrieben wird und alle Lebensbereiche, u. a. Arbeit, Freizeit, soziale Beziehungen, Konsum, Mobilität, umfasst (Kreidenweis 2018, 97).“ Dabei hebt sie hervor, dass nicht zwingend die Fähigkeit des Programmiererkönnens im Vordergrund steht, sondern vielmehr die Befähigung und die Kompetenz, die Funktionen, Programme und Apps verstehen und anwenden zu können und zu wissen, welches digitale Tool die richtige Lösung für ein Problem oder eine Anwendung ist (Voigt 2022).

Zusammenfassend kann hier geschlussfolgert werden, dass „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ die Spanne von Entwicklung, Programmierung neuer digitaler Tools bis hin zu einem bedarfsangemessenen Einsatz unter Integration der sozialen und ökologischen Umwelten und Systemen der Menschen umfasst. Für einen sinnvollen Einsatz von digitalen Instrumenten sind digitale Kompetenzen von elementarer Bedeutung.

Eine Begriffsdefinition oder Umschreibung zu „*Digitalisierung und Rehabilitation*“ findet sich kaum in der Literatur. Valle und Schmitt-Sody (2023, 869) konstatieren, dass die Rehabilitation bereits in 4.0 angekommen sei,

in der die Vernetzung aller beteiligten Infrastrukturen sowie die voranschreitende Nutzung künstlicher Intelligenz, die Individualisierung der Angebote für Gesundheitsbetriebe und Patienten eine zunehmende Rolle (...) Rehabilitation 4.0 bedeutet somit die Verwaltung, Einordnung und Bewertung einer Vielzahl verschiedener Informationen z. B. unter Einbezug von künstlicher Intelligenz, Big Data, Robotik und Wearable Devices.

Diese Umschreibung ist so breit wie offen und lässt die Zielperspektiven wie auch die Integration in die Versorgungsprozesse wie Versorgungssysteme und der Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen und der Rehabilitand:innen außer Acht. Es erscheint sinnvoll, den Begriff der Rehabilitation noch kurz zu skizzieren, um ihn dann mit der Digitalisierung zu verbinden und in der Folge dann ein fokussierteres Verständnis von „Digitalisierung in der Rehabilitation zu entwickeln. Die WHO (2017, 1) definiert Rehabilitation wie folgt:

Rehabilitation is a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment. Health condition refers to disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma. A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition (6). Rehabilitation thus maximizes people's ability to live, work and learn to their best potential. Evidence also suggests that rehabilitation can reduce the functional difficulties associated with ageing and improve quality of life.

Diese Begriffseingrenzung der WHO illustriert, dass das Ziel der Rehabilitation die Verbesserung der Fähigkeiten und Kompetenzen von Menschen mit Rehabilitationsbedarfen ist, damit sie ihre Potenziale im Leben trotz chronischer oder akuter Krankheit, Verletzungen oder Trauma erreichen und für diese Zielerreichung ist ein Set von Instrumenten, Interventionen und Maßnahmen erforderlich. Der letzte Teil des Satzes deutet nicht nur daraufhin, dass erfolgreiche oder sinnvolle Rehabilitation nur interprofessionell erfolgen kann, sondern auch, dass digitale Tools zu diesem Set von Interventionen und Maßnahmen der Rehabilitation subsumiert werden können. Die Voraussetzung ist aber, dass die Ziele der Rehabilitation berücksichtigt werden. Mit anderen Worten, die Einordnung, Verwaltung und Bewertung von digitalen Informationen sowie digitalen Werkzeugen in der Rehabilitation sind unter Beachtung der Ziele im Sinne der Rehabilitand:innen und der Interprofessionalität und Interdisziplinarität zu erfolgen. Zu beachten bleibt dabei, dass jede der an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen digitale Tools einsetzen kann, sodass in Zukunft die digitale interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektive in die digitale Rehabilitation einbezogen werden muss. Die Frage der Interoperabilität in der digitalen Rehabilitation und die Vielzahl von digitalen Daten und Informationen wird in den Fokus der Bemühungen gelangen müssen.

Angesichts des Mangels an theoretischen Auseinandersetzungen mit dem Begriff der „Digitalisierung in der Rehabilitation“ erscheint es sinnvoll, diesen mit dem *Konstrukt der ICF* zu kombinieren. Die ICF basiert auf einem biopsychosozialen Modell. Gesundheitliche Einschränkungen werden nicht allein als ein individuelles Problem verstanden, sondern integrieren Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, die einen Einfluss auf die Situation von Menschen mit Erkrankungen und Beeinträchtigungen haben können. Demzufolge sind Einschränkungen der funktionalen Gesundheit kein Charakteristikum eines Individuums allein, sondern ein Geflecht von komplexen Bedingungen (WHO 2005). Weitere relevante Elemente der ICF sind Aktivität und Teilhabe. Die Digitalisierung kann nun in allen hier genannten Elementen ein bedeutsamer Part der ICF sein und die gesundheitliche Situation von Menschen fördernd oder behindernd beeinflussen. In der ICF (ebd.,16) wird bspw. Aktivität als „die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung verstanden“. Beeinträchtigungen

der Aktivität sind im Umkehrschluss Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann. Bereits jetzt, aber insbesondere in der Zukunft, wird hier auch die Durchführung digitaler Tools im Element „Aktivität“ subsumiert werden müssen, da möglicherweise rehabilitative Maßnahmen und Elemente mit digitalen Werkzeugen geübt oder ständig umgesetzt werden. Dabei können fördernde oder hemmende Faktoren die Nutzung von digitalen Tools und damit die Aktivität beeinflussen. Die Teilhabe wird im Konzept ICF der WHO (2005, 16) „als das Einbezogensein in eine Lebenssituation“ verstanden. Die Teilhabe kann durch Probleme beeinträchtigt werden, die eine Person im Einbezogensein in ihrem Leben erlebt. Mit der Entwicklung von digitalen Werkzeugen erscheint es z. B. angebracht zu hinterfragen, ob digitale Tools Menschen in der Teilhabe unterstützen können oder sie Probleme haben, diese zu nutzen, um teilhaben zu können. Die Digitalisierung in der Rehabilitation kann aber auch beeinflusst werden durch personenbezogene Faktoren, wie Vorhandensein von digitalen Kompetenzen, digitaler Literacy oder von Umweltfaktoren wie das Vorhandensein von Internetkonnektivität, Hardware oder sonstigen Aspekten. Mit anderen Worten, die ICF (ebd.) wird in der relationalen Beziehung zwischen Körperfunktionen-, strukturen, Aktivität und Teilhabe, personenbezogenen und Umweltfaktoren in Zukunft noch vom Faktor der Digitalisierung beeinflusst. Dieser Aspekt ist noch nicht ansatzweise theoretisch wie empirisch für die ICF untersucht, aber aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Digitalisierung in der Rehabilitation sollte dieses Thema in der Zukunft mehr Bedeutung erlangen. Vor allen Dingen auch, um digitale Werkzeuge sinnvoll in die Rehabilitation integrieren zu können, um damit die funktionale Gesundheit von Menschen angemessen fördern und unterstützen zu können. Die Digitalisierung in der Rehabilitation kann abhängig von der Situation Förderfaktor wie Barriere in der Rehabilitation darstellen und aus diesem Grunde erscheint es angebracht, die Digitalisierung als weiteres Element in der ICF systematisch und strukturiert zu integrieren.

3 Ausgewählte wissenschaftliche Erkenntnisse

An dieser Stelle werden diverse wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Potenzialen von Digitalisierung in der Rehabilitation vorgestellt. Dieser Abschnitt hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit der bisherigen wissenschaftlichen Literaturlage. Es geht vielmehr darum, bisherige Ergebnisse zu präsentieren, um mögliche Potenziale von Digitalisierung in der Rehabilitation zu eruieren.

Die Übersichtsarbeit von Baragash u.a. (2022) untersucht den Einsatz von Virtual Reality (VR) und Augmented Reality (AR) zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen. Die Autor:innen zeigen, dass diese Technologien in verschiedenen Forschungsansätzen zur Unterstützung in der

Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Medikamenteneinnahme und Mahlzeitenzubereitung verwendet werden. VR- und AR-Applikationen haben das Potenzial, das Gleichgewicht und den Gang älterer Menschen zu trainieren, wodurch die Sturzgefahr und -folgen reduziert werden können. Außerdem können kognitive Funktionen wie Gedächtnis, räumliche Orientierung und Aufmerksamkeit durch VR-Spiele verbessert werden. Studien berichten auch über eine Verbesserung des psychischen und kognitiven Wohlbefindens durch AR und VR. Die Autor:innen weisen jedoch darauf hin, dass es an einer Guideline oder einem Rahmenkonzept fehlt, das den sinnvollen Einsatz dieser Technologien zur Lebensqualitätsverbesserung definiert. Sie betonen, dass Lebensqualität verschiedene Dimensionen wie kognitive, physische, psychologische und soziale Aspekte umfasst und dass die Effekte digitaler Tools auf diesen Ebenen differenziert untersucht werden sollten.

Triegaardt u.a. (2020) führen eine Metaanalyse zur Anwendung von Virtual Reality (VR) bei Menschen mit Parkinson durch und zeigen, dass sich die Mobilität in verschiedenen Bereichen erheblich verbessert. Dies betrifft den Timed up & go Test, die Balance, Koordination und Ganggeschwindigkeit sowie die Geschwindigkeit beim Aufstehen und Hinsetzen. Auch die kognitiven Exekutivfunktionen und die psychische Gesundheit scheinen durch VR-Anwendungen positiv beeinflusst zu werden. LaMarca u.a. (2023) präsentieren eine umfassende Übersichtsarbeit, die die Evidenz von digitalen Tools wie AR, VR und Exoskeletten bei verschiedenen chronischen Erkrankungen untersucht. Diese beinhalten neurologische, muskuloskelettale, metabolische, pulmonale und kardiovaskuläre Erkrankungen. Sie zeigen, dass unterschiedliche Technologien in verschiedenen Settings und Dosierungen sowie Anwendungsarten auf ihre Wirksamkeit geprüft wurden. Die Qualität der inkludierten Studien ist sehr unterschiedlich, was zu einer hohen Heterogenität führt. Insgesamt ist es schwierig, hohe Wirksamkeit oder Evidenz nachzuweisen. Kritisch wird angemerkt, dass die Nutzer:innen und Anwender:innen der Berufsgruppen in den Forschungsprojekten kaum berücksichtigt werden. Zudem wird in der Forschungsliteratur wenig über Outcomeparameter wie Effizienz, Finanzierung, Sicherheit, Gerechtigkeit sowie über Implementationsstrategien und -outcomes berichtet.

Perez-Marcos (2018) betont die Notwendigkeit einer kritischen Reflexion, Diskussion und Untersuchung der Anwendung von VR und Videospielen. Er weist darauf hin, dass handelsübliche VR-Spiele und Videospiele weniger Effekte zeigen als speziell entwickelte Anwendungen. Die Heterogenität der VR-Technologien und der Forschung in der Neurorehabilitation deutet darauf hin, dass die vielfältigen Faktoren, die die Wirkung und die Outcomes beeinflussen, noch nicht ausreichend differenziert eingeschätzt sind. Georgiev u.a. (2021) diskutieren die biologischen und strukturellen Veränderungen im Gehirn

durch die Anwendung von VR in der Rehabilitation. Sie stellen die verschiedenen Möglichkeiten von VR dar und betonen, dass technische Unterschiede die neurobiologischen Auswirkungen erklären können. Sie heben hervor, dass das Wissen über die kortikale Anatomie entscheidend ist, um die Lokalisierung kognitiver Funktionen und die beobachteten Veränderungen in der grauen Substanz oder den EEG-Powerspektren nach VR-Exposition genau zu beschreiben. Georgiev u. a. (2021) führen aus, dass der gezielte Einsatz von VR unter Berücksichtigung der anatomischen und physiologischen Verbindungen des Gehirns die Rehabilitation zur Förderung von Mobilität, kognitiven, sensorischen und anderen Funktionen unterstützen kann, wobei diese Wirkungen mit EEG und bildgebenden Verfahren darstellbar sind.

In der Forschungsliteratur wird die robotik-assistierte Rehabilitation für Menschen nach einem Schlaganfall untersucht. Calabró u. a. (2021) betonen die Bedeutung des Schlaganfalls als führende Ursache für erworbene Beeinträchtigungen und als zweithäufigste Todesursache. Die robotik-assistierte Gangunterstützung hat in der Forschung an Bedeutung gewonnen, jedoch gibt es eine Lücke zwischen den IT-Ingenieur:innen und den Neurowissenschaftler:innen in Bezug auf motorische Defizite und Rehabilitation nach einem Schlaganfall. Unterschiedliche Denkansätze existieren hinsichtlich der Ziele, der Interaktionsarten und der neuronalen Mechanismen zur Analyse und Rehabilitation von Gangstörungen. Robotik-assistierte Rehabilitation wird nach ihrer mechanischen Struktur in Endeffektor (EE) und Exoskelett (Exo) unterteilt. Exoskelette werden eher bei schwereren Defiziten, wie Hemiplegie, eingesetzt, während Endeffektoren bei leichteren bis mittleren Defiziten zum Einsatz kommen. Die Technologien sollen Muskelaktivierung und neuronale Plastizität durch wiederholte motorische Koordinationsübungen fördern. Allerdings ist wissenschaftlich noch nicht geklärt, welche Robotik für welche Patient:innen am besten geeignet ist. Ein Konsens über standardisierte Ergebnismessungen fehlt, und es ist unklar, welche Skalen und Instrumente zur Einschätzung der Mobilität angemessen sind (Calabró u. a. 2021). Nedergård u. a. (2021) untersuchen die Evidenz des Einsatzes von robotik-unterstützter Technologie zur Verbesserung der Gangbiomechanik nach einem Schlaganfall. Ihre systematische Übersichtsarbeit zeigt keine überzeugende Evidenz, dass robotik-unterstütztes Training die Biomechanik des Gangs im Vergleich zu herkömmlichem Gangtraining verbessert. Sie führen die gemischten Ergebnisse auf fehlende Randomisierung, unterschiedliche Messinstrumente und Variationen in den biomechanischen Messgrößen zurück. Die Autor:innen empfehlen die Entwicklung standardisierter Richtlinien für die biomechanische Quantifizierung des Gangs und fordern gut konzipierte klinische Studien, um detaillierte Informationen über die potenziellen Auswirkungen des robotischen Gangtrainings zu generieren (Nedergård u. a. 2021).

Telerehabilitation ist eine weitere Möglichkeit der Digitalisierung von Rehabilitation. Eine Übersichtsarbeit von Laver u.a. (2020) hinterfragt die Evidenz der Telerehabilitation sehr umfassend. Sie arbeiten heraus, dass verbesserte Informations- und Kommunikationstechnologie die Anwendung von Telerehabilitation attraktiver und schneller anwendbar macht. Für ihre systematische Übersichtsarbeit wenden sie folgende Fragestellungen an, ob Telerehabilitation zu verbesserten Fähigkeiten des alltäglichen Lebens von Menschen mit Stroke führt, im Vergleich zu Personen nach Stroke, die eine persönliche Rehabilitation mit den beteiligten Berufsgruppen vor Ort durchführen und im Vergleich von Strokeüberlebenden, die keine Rehabilitation oder die übliche Versorgung erhalten. Die sekundären Parameter waren, ob die Anwendung von Telerehabilitation zu einer größeren Unabhängigkeit in der Selbstversorgung und im häuslichen Leben sowie zu verbesserter Mobilität, Balance, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Depression, Funktion der oberen Extremitäten, kognitiver Funktionen und funktionaler Kommunikation führt. Die Autor:innen kritisieren die Qualität der einbezogenen Studien in einigen relevanten Bereichen und sie können insgesamt keine oder nur low-level Evidenz feststellen, dass Telerehabilitation wirksamer sein könnte als die herkömmliche Rehabilitation, die in institutionellen Settings stattfindet. Derzeit gibt es nur wenige oder mäßige Belege dafür, ob die Telerehabilitation eine effizientere oder ähnlich effiziente Form der Rehabilitation darstellt. Kurzfristige Telerehabilitationsprogramme nach der Entlassung aus dem Krankenhaus verringern nachweislich weder depressive Symptome noch verbessern sie die Lebensqualität oder die Unabhängigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens im Vergleich zur üblichen Versorgung. In Studien, in denen die Telerehabilitation mit einer persönlichen Therapie verglichen wurde, wurden ebenfalls keine signifikant unterschiedlichen Ergebnisse zwischen den Gruppen gefunden, was darauf hindeutet, dass Telerehabilitation nicht schlechter ist. In einigen Studien wurde berichtet, dass die Telerehabilitation weniger kostspielig ist, aber es fehlten Informationen über die Kosteneffektivität. Nur zwei Studien berichteten darüber, ob unerwünschte Ereignisse aufgetreten waren, aber in diesen Studien wurden keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse im Zusammenhang mit der Telerehabilitation festgestellt (ebd.). Chen u.a. (2019) haben sich auch in ihrer Übersichtsarbeit mit dem Thema der digitalen Technologien für die Rehabilitation im häuslichen Bereich von Stroke Patient:innen auseinandergesetzt. Sie differenzieren verschiedene digitale Technologien, die in den Studien eingesetzt werden, wie z. B. Spiele, Telerehabilitation, Robotik, Virtual Reality, Sensorik und Tablets. Auch in dieser Übersichtsarbeit kann insgesamt nicht festgestellt werden, dass die angewandten Technologien für die Rehabilitation im häuslichen Bereich wirksamer waren als Rehabilitation in der klinischen Umgebung. Die Autor:innen weisen aber

darauhin, dass qualitative Datenerhebungen und -auswertungen zeigen, dass die häusliche Umgebung und Möglichkeiten, Technologien einzusetzen, einen Einfluss auf die Ergebnisse haben können. In ihrer Diskussion arbeiten sie heraus, dass die häusliche Telerehabilitation aus unterschiedlichen Gründen nicht wirksamer sein könnte als die Rehabilitation in institutioneller Umgebung. Erstens verwenden Therapeut:innen im klinischen Umfeld standardisierte Ansätze, um Patient:innen durch die Therapie zu leiten und sie zur Teilnahme an der Rehabilitationstherapie zu motivieren; im häuslichen Umfeld führt die physische Abwesenheit von Therapeut:innen ggf. zu weniger strukturierten Sitzungen und damit zu einer geringeren Beteiligung der Patient:innen an der Rehabilitation. Daher ist es nach wie vor eine Herausforderung, Patient:innen zu Hause zum Training zu motivieren. Zweitens kann eine Behandlung im klinischen Umfeld sich eher auf die funktionellen Bedürfnisse und die Genesung des Patient:innen konzentrieren, häusliche Therapien erfordern die zusätzliche Berücksichtigung eines breiteren Spektrums komplexer Faktoren des häuslichen Umfeldes, des sozialen Kontextes der Patient:innen. Daher müssen bei häuslichen Therapien die Bedürfnisse der Patient:innen berücksichtigt werden, wie z.B. das soziale Umfeld, in dem sie leben, die praktischen Herausforderungen des täglichen Lebens und ihre Fähigkeiten mit verschiedenen Technologien umgehen zu können (ebd.).

Mit der Einschätzung von Rehabilitationsbedarfen unter Einsatz von digitalen Technologien setzen sich Hererra-Ligero u.a. (2022) auseinander. Sie entfalten dabei relevante Parameter, die im Kontext der ICF von unterschiedlichen Berufsgruppen mit digitalen Tools erhoben werden können. Sie bleiben aber allgemein, wenn sie sagen, dass der Einsatz verschiedener Technologien die Untersuchung physikalischer Parameter während spezifischer Aktivitäten wie Gehen oder Greifen sowie bei Funktionen wie Gleichgewicht oder Muskelkraftmessung ermöglicht.

Sie diskutieren weiter, dass aufgrund der Vielzahl an Daten Big Data und Thick Data sowie künstliche Intelligenz Einzug in die Rehabilitation erhalten werden und die Berufsgruppen durch Bildung und Qualifikation darauf vorbereitet werden müssen, wenn diese Technologien angemessen angewendet werden sollen.

4 Diskussion

Die bisherige Forschungslage lässt erkennen, dass Digitalisierung in der Rehabilitation diverse Potenziale entwickeln kann. Allerdings sind die Konzepte, Interventionen und digitalen Tools noch in der Implementierungs- und Eruierungsphase und sie sind noch nicht regelhaft in der Regelversorgung der Rehabilitation eingesetzt. Ein Grund könnte darin liegen, dass das Thema

der Förderung von Digitalisierung in der Rehabilitation noch nicht in die gesundheitsversorgerischen und gesundheitspolitischen Diskussionen vorge drungen ist. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Vernetzung der diversen digitalen Werkzeuge und Möglichkeiten immer noch recht komplex in der Umsetzung und deswegen gering ausgeprägt ist (Valle & Schmitt-Sody 2023). So können Ärzt:innen und Therapeut:innen, Physiotherapeut:innen immer noch nicht gegenseitig auf die Befunde, Behandlungspläne etc. zugreifen. Viele befragte Physiotherapeut:innen haben keinen digitalen Kontakt zu bspw. Operateur:innen. Vielfach werden Befunde und Patient:inneninformationen noch als Brief auf Papier oder Fax oder per E-Mail oder CD-ROM versendet. Nicht selten können weiterbehandelnde Ärzt:innen oder Therapeut:innen QR-Codes nicht öffnen oder einlesen (Valle & Schmitt-Sody 2023). Diese Erkenntnisse können Hinweise darauf geben, dass die Digitalisierung in der Rehabilitation nicht in interprofessionellen, berufsgruppen- und sektoren- sowie settingübergreifenden Systemen gedacht wird. Bereits einfache Digitalisierungsbemühungen in Deutschland scheitern an interprofessioneller digitaler Kommunikation, wie auch nicht interoperabler Technik. Diese Vermutung findet sich in einer Befragung aus Bayern wieder, die offenbart, dass die Digitalisierung in Rehabilitationseinrichtungen sehr gering ausgeprägt ist, viele Informationen noch analog übertragen werden und der Anschluss an die Telematikinfrastruktur als aufwändig betrachtet wird (Scharf u. a. 2023). Ein dritter Grund könnte sein, dass noch keine klare Evidenz in der Wirkung und Sinnhaftigkeit von digitalen Anwendungen in der Rehabilitation vorliegt und dass oft keine sinnvollen Konstrukte oder Zielkriterien zugrunde gelegt werden, wie die neuen Anwendungen wirken sollen. Darüber hinaus werden die vielen, die Rehabilitationserfolge beeinflussenden Faktoren nicht im Studiendesign und/oder in der Entwicklung der Technologien berücksichtigt. Erfolgreiche Digitalisierung und auch die Wirkung von digitalen Tools hängt von vielen Kontextfaktoren ab, dazu gehören auch digitale Kompetenzen, digitale Literalität, Art und Anwendung der digitalen Anwendungen, soziale und gesundheitliche Ungleichheit, aber auch Art der Erkrankung und Beeinträchtigung und weitere Faktoren. Diese sind offensichtlich noch nicht differenziert in die Forschungsprojekte eingegangen.

Auch zeigen die im vorherigen Abschnitt kurz skizzierten Studien, dass die Interdisziplinarität in der Erforschung der digitalen Technologien für die Rehabilitation noch nicht umfassend umgesetzt ist, sodass bspw. IT und Neurowissenschaften oder andere Bezugsdisziplinen noch nicht in der Tiefe miteinander zu arbeiten scheinen. Möglicherweise muss aber auch mit einer erkenntnistheoretischen Voraussetzung der Digitalisierung kritisch umgegangen werden, nämlich dass mehr Daten mehr Erkenntnisse liefern (Manzeschke & Brink 2022). Diese Prämisse würde nur dann funktionieren, wenn die

Grundlagen der neurologischen, biologischen, kognitiven, psychischen und weiteren Prozesse der Rehabilitation verstanden sind. Diese Grundlagen sind in dieser Vernetztheit und Komplexität möglicherweise noch nicht umfassend erforscht, sodass die Entwicklung wirksamer digitaler Technologien der Rehabilitation schwieriger werden. Manzeschke und Brink (2022, 33) führen erläuternd aus:

Die Gleichung ‚mehr Daten = mehr Wissen = bessere Steuerung‘ klingt plausibel, und für viele Bereiche des praktischen Lebens trifft sie *cum grano salis* auch zu. Allerdings stößt diese Annahme auf einige theoretische und praktische Probleme. Aus erkenntnistheoretischer Perspektive mag man sich streiten, ob empirische Daten überhaupt die Grundlage von Wissen bzw. Erkenntnis sein können. Aber selbst, wenn man einen empiristischen Zugang wählt, schließt sich hier die Frage an, welche Daten notwendig und wie viele von ihnen hinreichend sind, um auf der Grundlage validen Wissens Entscheidungen zu treffen, welche die Bedingung der Möglichkeit eines zielgerichteten Handelns sind. Diese Frage ist auch von praktischem Belang, da in digitalisierten Welten zum Teil sehr heterogene Daten zusammengeführt und zur Entscheidungsgrundlage gemacht werden. Nicht alle Daten haben die gleiche Erhebungsqualität, und so können sich mit ihnen Fehler in die Verarbeitung und Steuerung von Prozessen einschleichen, die je nach Skalierung und Verarbeitungsart weitreichende Folgen haben.

Dieses Zitat fasst hervorragend viele Probleme der Digitalisierung im Gesundheitswesen, aber auch in der Rehabilitation zusammen. Die Frage ist nicht nur, welche Daten werden in welcher Qualität, sondern auch von welchen Berufsgruppen und in welchen Prozessebenen erwartet. Vielfach ist im analogen Geschehen noch nicht geklärt, welche Daten mit welchen Instrumenten in welcher Ergebnisqualität und aus welchen Gründen und von wem erhoben werden, sondern auch, wie sie in die Prozesse der Rehabilitation einfließen. Es erscheint wenig sinnvoll, schlechte oder wenig gute oder wenig gut ausgereifte Datenerhebungen und -auswertungen lediglich digital zu übersetzen. Es erscheint also angebracht, vor jeder digitalen Projekterhebung zunächst die herkömmliche Rehabilitation in all ihren Phasen, Prozessen und Schritten zu hinterfragen.

Die Erforderlichkeit, die digitale Entwicklung umfassend interdisziplinär und interprofessionell sowie partizipativ unter Integration von IT-Ingenieur:innen, den Bezugsdisziplinen der Rehabilitationswissenschaften, der Medizin, der Gesundheits- und Pflegewissenschaften u. w. m. zu entwickeln, ergibt sich auch aus der Erkenntnis, dass neue Evidenz in der Gesundheitsversorgung bereits durchschnittlich 17 Jahre benötigt, bis sie es in die Praxis oder Leitlinien schafft. Bedenkt man, wie schnell sich digitale Technologien weiterentwickeln, besteht die Gefahr, dass diese bereits wieder obsolet ist, wenn sie es in die praktische Implementation geschafft hat (LaMarca 2023).

Die Rehabilitationspädagogik ist noch nicht annähernd mit dem Thema der Digitalisierung umfassend in Verbindung gebracht worden. Die Definition aus dem Abschnitt „Theoretischer Rahmen“ dieses Beitrages lässt es nahelegend erscheinen, die Rehabilitationspädagogik in Entwicklung, Erforschung und Implementation neuer digitaler Anwendungen zu integrieren, wenn sie bedarfsangemessen und zielorientiert angewendet werden sollen. Ein evidentes Thema ist die Förderung und Integration von digitalen Kompetenzen nicht nur von angehenden und bereits qualifizierten Rehabilitationspädagog:innen, sondern auch von Patient:innen bzw. Bürger:innen. Auch die partizipative Forschung von neuen digitalen Instrumenten der jeweiligen Patient:innengruppen ist als ein Feld der Rehabilitationspädagogik zu betrachten. Erhebungen aus Deutschland weisen darauf hin, dass die digitalen Kompetenzen der bundesdeutschen Bevölkerung nicht besonders gut ausgeprägt ist (Schaeffer u. a. 2021). Ein Arbeitsfeld von Rehabilitationspädagog:innen könnte sein, Menschen mit Rehabilitationsbedarfen in der Entwicklung von digitalen Kompetenzen relevanter digitaler Tools zu unterstützen. Dafür bedarf es nicht nur entsprechender Entwicklungen der Curricula vorhandener Studiengänge, sondern auch rehabilitationspädagogischer Forschung.

Die klassischen Berufe in der Rehabilitation haben sich noch nicht umfassend mit dem Thema Digitalisierung beschäftigt. Bilda (2017) stellt fest, dass die Logopädie/Sprachwissenschaft nur sehr rudimentär digitale Technologien einsetzt und es bisher wenig Evidenz für die wirksame Anwendung von Apps in der Logopädie gibt. Ähnliche Erkenntnisse lassen sich auf die Physiotherapie, Ergotherapie und andere ähnliche Berufe übertragen. Eine Befragung von Estel u. a. (2022) unter Physiotherapeut:innen in Deutschland zeigte, dass die Befragten zwar den Nutzen der Digitalisierung erkennen und glauben, dass sie die zukünftige Arbeit beeinflussen wird, jedoch werden überwiegend nur Webseiten oder E-Mails genutzt. Nur ein sehr geringer Anteil der befragten Physiotherapeut:innen nutzt Televideosprechstunden oder andere digitale Tools. Die Autor:innen schließen daraus, dass viele digitale Tools noch nicht in den Arbeitsalltag von Physiotherapeut:innen integriert sind.

Die WHO listet in ihrem Papier von 2017 verschiedene Forschungsdesiderate auf, darunter Arten und Wirkungen unterschiedlicher Versorgungskonzepte, deren Abhängigkeit von Gesundheitsstrukturen, Kosten-Nutzen-Analysen von Rehabilitation, Rehabilitationsbedarfen über die gesamte Lebensspanne und standardisierten Messverfahren für Rehabilitationsergebnisse. Dabei wird jedoch die Digitalisierung nicht berücksichtigt. Angesichts aktueller Entwicklungen ist es notwendig, die Digitalisierung in die Forschungsbedarfe für die Rehabilitation aufzunehmen.

Die Vielfalt der erwähnten Studien zeigt die Notwendigkeit, einen theoretischen Rahmen für die Digitalisierung in der Rehabilitation zu entwickeln. Es

fehlt an Struktur, Zielrichtungen und erwarteten Outcomes der Digitalisierung in der Rehabilitation. Butz u. a. (2022) haben eine Taxonomie für Augmented und Mixed Reality in der Rehabilitation entwickelt, die Patiententypen, medizinische Notwendigkeit und technologisches Interaktionsdesign umfasst. Dieses Konzept sollte jedoch um die ICF ergänzt werden, um biopsychosoziale Ansätze, Interprofessionalität und funktionale Gesundheit zu integrieren. Implementierungsstrategien und -outcomes müssen ebenfalls Bestandteil eines solchen Rahmens sein, um das Potenzial der Digitalisierung in der Rehabilitation voll auszuschöpfen.

Die aktuelle Evidenzlage deutet darauf hin, dass die Wirksamkeit digitaler Technologien in der Rehabilitation eher gering oder mäßig ist und nicht wirksamer als herkömmliche Methoden erscheint. Dies könnte auf die geringere Studienqualität, unausgereifte Wirksamkeitskonzepte und fehlende Interdisziplinarität in der Entwicklung und Testung der digitalen Technologien zurückzuführen sein. Es besteht ein großes Forschungsfeld, um die Wirksamkeit digitaler Tools zu untersuchen. Angesichts des Fachkräftemangels in der Rehabilitation könnten digitale Tools jedoch sinnvoll eingesetzt und weiterentwickelt werden. Sie zeigen oft ähnliche Wirkungen wie herkömmliche Methoden und könnten daher bei Personalmangel eingesetzt werden. Zukünftig könnten hybride Rehabilitationskonzepte entwickelt und deren Wirksamkeit untersucht werden.

5 Fazit und Ausblick

Das Thema der Digitalisierung in der Rehabilitation und Rehabilitationspädagogik hat viele Entwicklungspotenziale. Die in diesem Beitrag kurz skizzierten Studien offenbaren, dass digitale Tools die Outcomes der Patient:innenversorgung und insbesondere die Ergebnisse der Rehabilitation verbessern können, aber zahlreiche Forschungsdesiderate vorhanden sind. Es fehlen Erhebungen zur nachhaltigen Implementation und Integration, zur interprofessionellen Versorgung in der Rehabilitation oder wie digitale Tools als weitere Ebene in die ICF sinnvoll integriert werden können. Die Evidenzlage über eine wirksame Anwendung von digitalen Tools in der Rehabilitation und Rehabilitationspädagogik ist noch nicht differenziert untersucht.

Für eine zielorientierte sowie wirksame Entwicklung der Potenziale von Digitalisierung in der Rehabilitation bedarf es einer strukturierten Forschung, die sich nicht allein an Krankheitsbildern oder Formen von Beeinträchtigungen orientiert, sondern auch die Prozesse der Versorgung inklusive der unterschiedlichen an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen integriert und auf der ICF aufbaut.

Noch entsteht der Eindruck diffuser Entwicklung von digitalen Technologien in der Rehabilitation, die aber noch nicht umfassend und nachhaltig in die

Versorgung integriert sind. Es stellt sich auch die Frage der Zielperspektive, nämlich, welche Ziele und Wirkungen sollen die neuen digitalen Technologien in der Rehabilitation erreichen und wie können diese dann die Menschen sinnvoll nicht nur im Alltagsleben, sondern auch in der Teilhabe und Autonomie unterstützen.

Für die Versorgungsforschung in der Rehabilitation wie auch in der Rehabilitationspädagogik ergeben sich viele Forschungslücken zu dieser Thematik. Angesichts der Komplexität der Versorgungsbedarfe und Versorgungsprozesse erscheint es erforderlich, dass sich diese beiden Disziplinen konkret in die Entwicklung digitaler Tools für die Rehabilitation, aber auch in die Erprobung, Implementation und Erforschung der Wirksamkeit und Nützlichkeit begeben. Insbesondere weil die Rehabilitation nur interdisziplinär erfolgreich möglich ist, bleibt kritisch zu würdigen, dass eine Vielzahl publizierter Studien aus ärztlicher Versorgungsperspektive durchgeführt wurde. Eine monoprofessionelle Sichtweise auf die Digitalisierung in der Rehabilitation und Rehabilitationspädagogik birgt die Gefahr, dass wesentliche Aspekte verloren gehen und damit die Digitalisierung nicht die Potenziale für die Menschen erfüllen kann, die im Grunde möglich wären.

Es erscheint sinnvoll, ein interprofessionelles und interdisziplinäres Forschungsfeld digitaler Technologie in der Rehabilitation und Rehabilitationspädagogik zu entwickeln. In diesem sollte auch zumindest ein theoretisches Rahmengerüst für die Digitalisierung in der Rehabilitation entwickelt werden, damit digitale Tools zielorientiert konstruiert und umgesetzt sowie deren Wirkungen sinnvoll untersucht werden können. Eine weitere Aufgabe dieses Forschungsfeldes besteht darin, die erforderliche differenzierte Evidenz für den Einsatz von digitalen Technologien in der Wirksamkeit zu untersuchen, sodass sie nach einem biopsychosozialen Ansatz wirksam im Sinne der Ziele der Rehabilitation und der Menschen eingesetzt werden können. Die Idee der hybriden Rehabilitation sollte auch ein Bestandteil eines solchen Forschungsfeldes sein wie auch die Förderung und Entwicklung digitaler Kompetenzen in der Rehabilitation.

Literatur

- Baragash, R. S., Aldowah, H. & Ghazal, S. (2022): Virtual and augmented reality applications to improve older adults' quality of life: A systematic mapping review and future directions. In: *Digital Health*, volume 8, 1-34.
- Bartz, G. (2022): Rehabilitationspädagogik. Online unter <https://www.socialnet.de/lexikon/Rehabilitationspaedagogik>. (Abrufdatum: 27.12.2023).
- Baudisch, W., Schulze, M. & Wüllenweber, E. (2004): Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Behm, M. E. & Klenk, T. (2021): Digitalisierung im Gesundheitssektor. In: T. Klenk, F. Nullmeier & G. Wewer (Hrsg.): *Handbuch Digitalisierung in Staat und Verwaltung*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23669-4_44-2
- Bilda, K. (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Trends und neue Entwicklungen Einführung in das Schwerpunktthema „Neue Technologien in der Logopädie“. In: *Forum Logopädie* 3 (31), 6-9.
- Bundesamt für Statistik (2022): 9 Gesundheit. Auszug aus dem Datenreport 2021.
- Bundesministerium für Gesundheit (2023): *Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege*. Berlin, Abteilung 5, Digitalisierung und Innovation.
- Butz, B., Jussen, A., Rafi, A., Lux, G. & Gerke, J. (2022): A Taxonomy for Augmented and Mixed Reality Applications to Support Physical Exercises in Medical Rehabilitation – A Literature Review. In: *Healthcare* 10 (4), 646. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040646>
- Calabro, R., Entino, G., Cassio, A. u.a. (2021): Robotic-assisted gait rehabilitation following stroke: a systematic review of current guidelines and practical clinical recommendations. In: *European Journal of physical and rehabilitation Medicine* 57 (3), 460-71.
- Chen, Y., Kingsley, T. A., Janecek, J. T., Chen, Y., Zheng, K. & Cramer, S. C. (2019): Home-based Technologies for Stroke Rehabilitation: A Systematic Review. In: *Int J Med Inform*, volume 123, 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.12.001>
- Deutscher Bundestag. 20. Wahlperiode. Drucksache 20/9788. *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 20/9048 – Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)*.
- Estel, K., Scherer, J., Dahtl, H., Wolber, E., Forsat, N. & Back, D. (2022): Potential of digitalization within physiotherapy: a comparative survey. In: *BMC Health Services Research* 22 (1), 496. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07931-5>
- Georgiev, D. D., Geogieva, I., Gong, Z., Nanjappan, V. & Georgiev, G. V. (2021): Virtual Reality for Neurorehabilitation and Cognitive Enhancement. In: *Brain Sciences* 2021 11(2), 221.
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B., Neuhauser, H., Fuchs, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2021): Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie. GEDA 2019/2020-EHIS. In: *Journal of Health Monitoring* 6 (3). <https://doi.org/10.25646/8456>
- Herrera-Ligerio, C., Chaler, J. & Bermejo-Bosch, I. (2022): Strengthening education in rehabilitation: Assessment technology and digitalization. In: *Front. Rehabil. Sci.*, volume 3, 883270. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.883270>
- Laver, K. E., Adey-Wakeling, Z., Crotty, M., Lannin, N. A., George, S. & Sherrington, C. (2020): Telerehabilitation services for stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 1. Art. No.: CD010255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010255>
- LaMarca, A., Tse, I. & Keysor, J. (2023): Review: Rehabilitation Technologies for Chronic Conditions: Will We Sink oder Swim? In: *Healthcare* 2023 11 (20), 2751. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202751>

- Mainz, A., Meister, S., Budroni, H., Hasseler, M., Schmidt, P., Stockmann, J., Schulte, A.G., Kersting, C., Mortsiefer, S. & Schmidt, A. (2023): Schnittstellenkommunikation und Informationstransfer in der medizinischen Versorgung von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung: Qualitative Expert*inneninterviews. In: *Gesundheitswesen* 2024 86 (05), 380-388. <https://doi.org/10.1055/a-2167-2245>
- Manzeschke, A. & Brink, A. (2022): Die Digitalisierung im Gesundheitswesen: Ethische Perspektiven. In: A. Manzei-Gorsky, C. Schubert & J. von Hayek (Hrsg.): *Digitalisierung und Gesundheit. Nomos-Verlagsgesellschaft: Baden-Baden*, 25-66.
- Nedergård, H., Arumugam, A., Sandlund, M., Brandal, A. & Håger, C. K. (2021): Effect of robotic-assisted gait training on objective biomechanical measures of gait in persons post-stroke: a systematic review and meta-analysis. In: *J NeuroEngineering Rehabil* 18 (64). <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00857-9>
- Perez-Marcos, D. (2018): Virtual reality experiences, embodiment, videogames and their dimensions in neurorehabilitation. In: *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, volume 15, 113. <https://doi.org/10.1186/s12984-018-0461-0>
- Scharf, A., Haug, S., Ritthaler, M. & Raptis, G. (2023): Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung bei der Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung von Rehabilitationseinrichtungen. In: *Rehabilitation* 62 (5), 299-307.
- Schaeffer, D., Gille, S., Berens, E.-M., Griese, L., Klinger, J., Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021): Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des HLS-GER 2. In: *Gesundheitswesen* 2023 85 (04), 323-331.
- Stöltzing, L. & Hasseler, M. (2023): Geistig behinderte Menschen und ihr Versorgungsbedarf. In: *GGW* 23 (4), 18-26. Online unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2023/wido_ggw0423_stoelting_hasseler.pdf?fbclid=IwAR2WYs-ZvVVEeQMOepoDzYvJKpb6kZaCguKvq0X62w6Njlf6ApMJVTGvNR00. (Abrufdatum: 26.06.2024).
- Triegaardt, J., Thang, S., Sada, C., Sharma, S. & Sharma, P. (2020): The role of virtual reality on outcomes in rehabilitation of Parkinson's disease: meta-analysis and systematic review in 1031 participants. In: *Neurological Sciences* 41 (3), 529-536.
- Valle, C. & Schmitt-Sody, M. (2023): Digitalisierung in der Rehabilitation. In: *Die Orthopädie*, volume 52, 869-875. <https://doi.org/10.1007/s00132-023-04402-5>
- Voigt, D. (2022): *Digitalisierung und Handlungsfelder im Sozial- und Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer VS.
- WHO (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf
- WHO (2017): *Rehabilitation in Health Systems*. Geneva.

Autor:innen

Hasseler, Martina, Prof. Dr. habil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8566-4925>

Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften Fakultät Gesundheitswesen und Privatdozentin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Schwerpunkte: Versorgungsforschung, Digitalisierung im Gesundheitswesen

E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de

Bedarfsanalyse zur Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie am Beispiel einer Tagesbildungsstätte

Zusammenfassung

Digitalisierung betrifft nicht erst seit der von der Kultusministerkonferenz beschlossenen „Bildung in der digitalen Welt“ (2016) alle Bildungseinrichtungen, hat jedoch durch selbige sowie die Erfahrungen der COVID-19 Pandemie einen deutlichen Schub erhalten. Die Unterstützungsmaßnahmen von Bund und Ländern sollen den vermehrten Einsatz digitaler Medien fördern und somit mehr Teilhabe und Bildungsgerechtigkeit ermöglichen. Dennoch stellen Digitalisierungsprozesse in Sozial- und Bildungseinrichtungen häufig Barrieren dar, sodass diese eher unkoordiniert oder lückenhaft vollzogen werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden exemplarisch die Bedarfe einer Tagesbildungsstätte zur Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie erhoben und daraus ein adaptierbarer Strategieablauf für Sozial- und Bildungseinrichtungen entwickelt.

1 Einleitung

Heraklit von Ephesos beschreibt in seiner Philosophie mit dem Ausspruch „panta rhei“, dass die Welt stetig in Bewegung und im Wandel sei (vgl. Trültzsch u. a. 2013, 7). „Wandel charakterisiert menschliches Zusammenleben, Gesellschaft und Kultur. Viele Veränderungen werden unter anderem [...] durch technisch-mediale Innovationen vorangetrieben“ (ebd.). Mit Auftreten der Covid-19-Pandemie wurde das gesellschaftliche Leben durch Lockdowns und Maßnahmen wie Social Distancing auf ein notwendiges Minimum heruntergefahren (Grönke & Eckstein 2021), um die Verbreitung des Virus einzudämmen (Quaas & Quaas 2021). Dies beinhaltete auch maßgebliche Einschränkungen im Bildungsbereich. Besonders Menschen mit Beeinträchtigungen erlebten hierdurch Störungen in ihrer Aktivität, Partizipation und sozialen Teilhabe, da sie zu den Risikogruppen zählten und besonderem Schutz unterlagen (GSUB & EUTB 2021). Vielfach „entfielen notwendige Therapien

und Förderungen, Assistenz in Alltag, Schule oder Beruf sowie Beförderungsdienste. [...] Ersatzangebote wie digitaler Unterricht oder individuelle Beratung waren häufig für Menschen mit Behinderungen nicht verfügbar [...]“ (GSUB & EUTB 2021). Die Maßnahmen im Kontext der Pandemie haben noch einmal verdeutlicht, dass Digitalisierung hinsichtlich der Bereiche Kommunikation, Partizipation, Arbeit und soziale Teilhabe mindestens ein unterstützendes, oft auch ein ersetzendes Instrument sein kann. Auf gesellschaftlicher, beruflicher und wissenschaftlicher Ebene bietet die Digitalisierung Chancen, die bisher nicht oder nur unzureichend erkannt und daher in der Pandemie nicht umfassend ausgeschöpft oder umgesetzt wurden (vgl. Grönke & Eckstein 2021). Sie werden auch weiterhin nur unzureichend genutzt und ausgebaut. Angebote in Tagesbildungsstätten waren dabei besonders von den Einschränkungen und den damit einhergehenden Barrieren betroffen. Seit 2016 setzt sich die Kultusministerkonferenz (KMK) umfassender mit dem Thema Digitalisierung in der Bildung auseinander. Da ersichtlich wurde, dass die Bildungslandschaft kaum bis gar nicht auf den digitalen Wandel vorbereitet ist, verabschiedete die KMK u.a. die Strategie „Bildung in der digitalen Welt“ (KMK 2016, 5ff.). Darüber hinaus wurden Fördermittel in Höhe von rund sieben Milliarden Euro im Rahmen des DigitalPakts Schule bereitgestellt (vgl. BMBF 2022). Tagesbildungsstätten fanden in Selbigem, aufgrund ihrer rechtlichen Zuordnung zum Bereich der Eingliederungshilfe (§ 5 SGB IX & § 54 SGB XII), keine Berücksichtigung und konnten somit keine Fördermittel zum Ausbau der einrichtungsbezogenen Digitalisierung erhalten. Ebenso stellt die voranschreitende Digitalisierung Bildungseinrichtungen und vor allem Tagesbildungsstätten vor große konzeptionelle und materielle Herausforderungen. Es entsteht daher in vielen Einrichtungen der Bedarf nach einer Auseinandersetzung in Form einer Strategieformulierung zur Umsetzung einer einrichtungsbezogenen Digitalisierung.

2 Digitale Bildung

Digitalisierung beeinflusst und verändert Lebens- und Arbeitswelten und wirkt sich massiv auf das allgemeine gesellschaftliche Leben aus (vgl. BMWi 2016). Diese übt daher großen Einfluss auf die Bildungslandschaft in Deutschland, und somit auch auf Tagesbildungsstätten, aus, wobei insbesondere der Einsatz von Technologien im Bildungskontext eine große Herausforderung darstellt. Sowohl gesellschaftlich als auch wissenschaftlich wird der Begriff Digitale Bildung mit dem medialen Umbruch in Zusammenhang gesetzt, auch wenn von Selbiger bis dato keine klare Definition existiert (vgl. Dengel 2018). Der Begriff Digitalisierung wird im Rahmen dieses Beitrags im weitesten Sinne „als Prozess soziotechnischen und -kulturellen Wandels“ (Dander 2020, 19)

verstanden, welcher im engen Verhältnis zu Bildungsprozessen, -politik und -institutionen steht (ebd.). Digitalisierung stellt somit einen Prozess dar, in dem „digitale Medien und digitale Werkzeuge zunehmend an die Stelle analoger Verfahren treten und diese nicht nur ablösen, sondern neue Perspektiven in allen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Bereichen erschließen“ (Sekretariat der KMK 2017, 8) und dem Bildungssystem viele Chancen eröffnen. Digitales Lehren und Lernen kann dazu beitragen formale Bildungsprozesse nachhaltig zu verändern, indem sie individueller gestaltet werden und die Ressourcen von Kindern und Jugendlichen mehr Berücksichtigung finden. Zeitgleich stellt Selbiges für das Bildungssystem eine Herausforderung dar: Lehr- und Lernformen sowie Strukturen der Lernumgebungen müssen überarbeitet, infrastrukturelle, rechtliche und personelle Rahmenbedingungen geschaffen und Bildungsziele überprüft werden (ebd.). Im Zuge dieser Veränderung steigt auch der Einsatz digitaler Medien in der pädagogischen Praxis. Einhergehend hiermit hat der Begriff der digitalen Bildung in der Diskussion vermehrt Einzug gehalten. Dieser ist nach Knoth und Haider (2022) jedoch irreführend, da nicht „die Bildung“ digitalisiert wird, sondern digitale Elemente in den Unterricht integriert werden und eine Adaption von Lernprozessen stattfinden muss. Für Pietraß (2017) stellt digitale Bildung das Ergebnis des Lernens mit digitalen Medien dar, wohingegen Döbeli Honegger (2016) dies um den Aspekt des Lehrens und Lernens über digitale Medien erweitert. Das Netzwerk Digitale Bildung (2016) betrachtet den Begriff differenzierter und beschreibt diesen als einen komplexen, lebenslangen Lernprozess, der im pädagogischen Sinne Ansätze zur Bewältigung von Herausforderungen an Lehrinstituten bereitstellt: „Digitale Bildung beschreibt, wie sich der gesamte Prozess der Bildung mit dem Einsatz digitaler Medien und auch in Hinblick auf das Bildungsziel grundlegend verändert“ (Netzwerk Digitale Bildung 2016, 2). Digitale Bildung zeichnet sich demnach durch Kenntnisse über den Umgang mit digitalen Medien und deren Einsatz aus, um Menschen zur Selbstorganisation sowie zur Wissensbeschaffung und -anwendung zu befähigen und eigenständig Lösungsstrategien zu entwickeln. Darüber hinaus ist die individuelle Anpassung der Rahmenbedingungen, wie Ort, Zeit, persönliche Ressourcen, spezifische Lernmethoden und ein verändertes Rollenverständnis der Lehrenden zu Lerncoaches der Digitalen Bildung immanent (ebd.). Sie wird darüber hinaus „häufig als Schlagwort verwendet (mal mit einem auf das Lehren und Lernen mit digitalen Mitteln eingeschränkten Bildungsverständnis, mal einschließlich informatischer Grundlagen gedacht) [...]“ (Brinda u.a. 2019, 25). Da bis dato keine einheitliche Definition des Begriffs vorliegt, muss dieser immer kontextgebunden betrachtet werden (vgl. Tampke 2022). Um die digitale Entwicklung der Bildungslandschaft forcieren zu können, hat die KMK (2016) die Strategie „Bildung in der digitalen Welt“ verabschiedet. Hierauf

aufbauend wurde 2018 der DigitalPakt Schule verabschiedet, mit Hilfe dessen den Bundesländern 5 Milliarden Euro zum Ausbau der digitalen Bildungsinfrastruktur zur Verfügung gestellt wurde (Bundesrepublik Deutschland & Länder 2019, §1 (1)). In Folge der Covid-19-Pandemie und der damit einhergehenden beschleunigten Digitalisierung wurde der DigitalPakt Schule erweitert und die Finanzhilfen um 1,5 Milliarden Euro gesteigert (BMBF 2022). In den Vereinbarungen wurden Tagesbildungsstätten formal nicht als Schulen anerkannt und waren somit vom DigitalPakt Schule ausgeschlossen (vgl. Tampke 2022). Erst durch eine gesonderte Förderrichtlinie konnten Tagesbildungsstätten und das Taubblindenwerk in Niedersachsen aus einem Landessondervermögen „Digitalisierung“ Finanzhilfen im Umfang von 1,5 Millionen Euro zum Ausbau der Digitalisierung erhalten (Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung 2021).

Die Digitalisierung tritt in den unterschiedlichsten Formen und Lebensbereichen auf, sodass auch Kinder und Jugendliche in ihrer Lebenswelt mit diesen konfrontiert werden (Gervé 2019). Hiervon sind die Heranwachsenden in Tagesbildungsstätten nicht ausgenommen, sodass auch diese zukünftig vor der Herausforderung stehen digitale Medien fachgerecht und kompetent in ihrem Alltag handhaben zu müssen. Es bedarf daher förderlicher Rahmenbedingungen, welche zunächst geschaffen werden müssen (Tampke 2022). Eine Strategie zur Etablierung und Umsetzung der Digitalisierung sollte komplementär zu weiteren Förder- und Inklusionsmodellen, welche die bio-psycho-sozialen Ebenen eines Menschen betrachten, hinzugezogen werden. So können mithilfe der ICF die Lebensumstände eines Menschen mit Gesundheitsproblem analysiert und Bedarfe hinsichtlich Digitalisierung differenziert herausgearbeitet werden. Hierdurch wird eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen mit Ressourcen, Bedarfen und etwaigen Barrieren ermöglicht, da mithilfe der ICF „alle Lebensbereiche dieser Person [...], unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren (also die materielle Umwelt, andere Menschen im Umfeld, Einstellungen anderer Menschen/der Gesellschaft etc.) [...]“ (Seidel & Schneider 2021, 8) betrachtet werden. Auf dieser Grundlage können Barrieren im Kontext Digitalisierung identifiziert und durch eine konkrete Strategie zur Etablierung und Umsetzung Derselben abgebaut werden (Tampke 2022).

Der Einsatz digitaler Medien ist sowohl im alltäglichen Leben als auch in Schule gegenwärtig (Hillmayr u.a. 2017) und zeigt sich beispielsweise durch den Anstieg der Nutzung digitaler Medien im Unterricht (Drossel u.a. 2019). Welche Potenziale und Herausforderungen sich für das Lernen mit digitalen Devices in Bildungseinrichtungen ergeben, hängt dabei wesentlich von den institutionellen und personellen Förderfaktoren und Barrieren für deren Einsatz ab.

3 Forschungsstand

Die vorhandene Datenlage betrachtet vorrangig den Einsatz digitaler Medien in Regelschulen. Die Bedarfe von Schüler:innen mit einem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Bereich geistige Entwicklung (GE) sowie körperlich-motorische Entwicklung (kmE) werden nicht oder nur implizit berücksichtigt. Eine Ausnahme bildet die Studie von Gerick u.a. (2020), die eine Adaption der Ergebnisse für den Bereich der Tagesbildungsstätten ermöglicht. Die Autor:innen stellen sechs zentrale Aspekte als Potenziale für das Lernen mit digitalen Medien heraus:

die Unterstützung der Schüler:innen, die Motivation der Schüler:innen, die Möglichkeit der Differenzierung, die Ermöglichung von Teilhabe, Partizipation und Selbstständigkeit der Schüler:innen, die Erleichterung von Unterrichtsvorbereitung für die Lehrpersonen [und] die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams (Gerick u.a. 2020, 97).

Das Potenzial der Unterstützung durch digitale Medien kommt insbesondere hinsichtlich der Leistung der Schüler:innen im Kontext basaler Kompetenzen und Kulturtechniken zum Tragen, die z. B. durch Vorlese- und Diktierfunktionen digitaler Medien unterstützt werden (Hillmayr u.a. 2017; Gerick u.a. 2020). Die Teilnahme im Unterricht kann durch intuitive Bedienung und Fernzugriff unterstützt werden, indem die Inhalte eines Schüler:innen-Tablets auf das Smartboard projiziert oder die digitalen Medien als Hilfsmittel für Unterstützte Kommunikation eingesetzt werden. Auch das Visualisieren von Handlungs- und Unterrichtsplänen oder Tagesabläufen stellt einen Förderfaktor dar (ebd.).

Digitale Medien haben einen hohen Aufforderungscharakter und können sich förderlich auf die Motivation der Schüler:innen auswirken (Gerick u.a. 2020; Hillmayr u.a. 2017; Drossel u.a. 2019). Der motivationale Effekt veranlasst Lehrende dazu, digitale Medien als Belohnung einzusetzen (Gerick u.a. 2020), wobei der Motivationseffekt auch vom Neuheitswert des digitalen Mediums bzw. der digitalen Anwendung ausgelöst werden kann (Hillmayr u.a. 2017). Langfristig ist das Interesse für die unterrichtlichen Inhalte anzustreben (ebd.), wobei digitale Medien nur als didaktisches Medium dienen, da auditiv oder visuell veranschaulichte Inhalte sich motivierend auf die Schüler:innen auswirken (Gerick u.a. 2020).

Jene Möglichkeiten der Visualisierung machen „[...] die Erweiterung von Kanälen der Informationsaufnahme und somit eine Handlungserweiterung [...]“ (Gerick u.a. 2020, 101) deutlich, welche zur digitalisierten Differenzierung genutzt werden kann. Die Belastung einzelner Sinne kann gemindert und der Lerninhalt barrierefreier gemacht sowie Lerngeschwindigkeiten und

Unterstützungsbedarfe berücksichtigt werden (Hillmayr u. a. 2017; Podszus 2019a, 2019b; Drossel u. a. 2019).

Verbunden damit ist die Ermöglichung von Teilhabe, Partizipation und Selbstständigkeit mit oder durch digitale Medien, z. B. durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit mittels Unterstützter Kommunikation, da Schüler:innen Zustimmung, Ablehnung oder Vorlieben äußern können (Gerick u. a. 2020).

Potenziale digitaler Medien ergeben sich auch für Lehrende durch Erleichterung von Unterrichtsvorbereitung und Zusammenarbeit in multi-professionellen Teams, z. B. durch einfachere Erstellung von Lernmaterialien sowie deren nachhaltiger Wiederverwendung und Austausch über schuleigene Plattformen, Zugriff auf externe Materialsammlungen (Gerick u. a. 2020; Drossel u. a. 2019) sowie einfacher Adaption und universeller Gestaltung von Inhalten (Podszus 2019b).

Die Entwicklung einer Strategie zum Einsatz digitaler Medien „[...] und die Orientierung der schulischen Arbeit daran [...]“ (Gerick u. a. 2020, 112f.) stellt sich als förderlich, insbesondere bei der Formulierung von Zielen und zielgerichtetem Einsatz digitaler Devices, dar (Lorenz u. a. 2017).

Als Herausforderungen hierbei stellen Gerick u. a. (2020) sechs Aspekte heraus, die „die Verfügbarkeit und Qualität der IT-Ausstattung und technische Schwierigkeiten, die Gefahr einer unreflektierten Nutzung sowie Missbrauch, fehlendes oder unzureichendes Material, die Einhaltung des Datenschutzes, de[n] erhöhte[n] Aufwand [und] die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams“ umfassen.

4 Forschungsdesign und praxisorientierte Ergebnisse

Um eine Strategie zur Digitalisierung von Sozial- und Bildungseinrichtungen konzeptionieren zu können, wurden im Rahmen einer qualitativen empirischen Untersuchung (Masterarbeit) leitfadengestützte Expert:inneninterviews durchgeführt und analysiert (vgl. Tampke 2022). Das explorative Vorgehen erfolgte unter der Fragestellung „Welche Bedarfe ergeben sich für eine Digitalisierungsstrategie einer Tagesbildungsstätte?“ (Tampke 2022, 16). Die Auswahl der Expert:innen resultiert aus einer kriteriengeleiteten Samplestruktur (vgl. Patton 2015), der die Merkmale Zugehörigkeit zu einer Tagesbildungsstätte und/oder Fachberatung für digitale Medien in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie die Stakeholderfunktion als Auswahlkriterium zugrunde lag (vgl. Tampke 2022). Alle befragten Personen hatten „einen pädagogisch-erzieherischen Hintergrund und mehrjährige Berufserfahrung innerhalb einer Tagesbildungsstätte“ (ebd.). Die in der Forschung verwendeten drei stakeholderbezogenen Leitfäden wurden zwecks Vergleichbarkeit aneinander angepasst und enthielten gerichtete sowie ungerichtete Fragen, die sich auf spezifische

themenrelevante Inhalte und Erfahrungen bezogen. Die Analyse erfolgte durch eine inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse, welche Herausfilterung und Zusammenfassung bestimmter Themen, Aspekte und Inhalte aus dem erhobenen Datenmaterial anstrebt (vgl. Mayring 2015).

Ausgehend von den Ergebnissen wurde ein Strategieablauf für Tagesbildungsstätten entwickelt, welcher auf andere Sozial- und Bildungseinrichtungen adaptiert werden kann. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die grundlegenden Erkenntnisse für jede Einrichtung eine konzeptionelle Planung fordern und im Einzelfall einer Überprüfung und Anpassung unterliegen (vgl. Tampke 2022).

Der nachfolgende, aus den Ergebnissen charakterisierte, Strategieablauf (Abbildung 1) stellt einen standardisierten Workflow dar, welcher auch in anderer Reihenfolge – je nach Ist-Zustand der Einrichtung – erfolgen kann. Dementsprechend können Einrichtungen, je nach individuellen Ressourcen, variabel mit dem Digitalisierungsprozess beginnen.

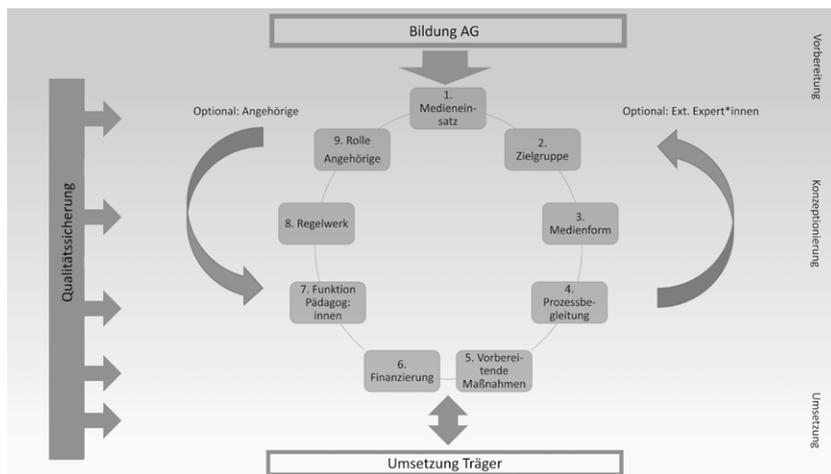


Abb. 1: Strategieablauf zur Digitalisierung von Sozial- und Bildungseinrichtungen (Abb. bei Verfasser:innen erhältlich)

Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Schritte des Strategieablaufs, anhand des Beispiels Tagesbildungsstätte, konkretisiert und erläutert. Sozial- und Bildungseinrichtungen sollten in Anwendung des Strategieablaufs in den einzelnen Schritten ihre individuellen Ressourcen berücksichtigen.

Vorbereitung:

Entscheider:in bestimmt Personen der Einrichtung, z. B. Einrichtungsleitung, Finanzabteilung, EDV-Abteilung, Pädagog:innen und Schulassistenten, die ein Digitalisierungskonzept verfassen.

Konzeptionierung:

Die ausgewählten Personen entwickeln ein Konzept anhand folgender Leitfragen:

1. Welche Ziele sollen mit dem Einsatz digitaler Medien erreicht werden?
2. Für wen sollen digitale Medien im Unterricht bzw. Schulalltag eingesetzt werden?
3. Welche Medien sollen eingesetzt werden?
4. Wer soll den Einsatz und die Anwendung begleiten?
5. Müssen vorbereitende Maßnahmen in der Einrichtung erfolgen?
6. Wie sollen die erforderlichen Medien und (technischen) Ressourcen finanziert werden?
7. Welche Rolle nehmen die Pädagog:innen in diesem Prozess ein?
8. Welche Regeln (Umfang und Handhabung) gelten?
9. Welche Rolle nehmen die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten in diesem Prozess ein?
10. Ist eine fortlaufende Überprüfung hinsichtlich der Qualität des Prozesses erforderlich?

Konkretisierung der konzeptionellen Fragen:

- zu 1:** Mit dem Einsatz digitaler Medien sollen bei Schüler:innen (im Idealfall)
- Erwerb von (Digital-) Kompetenzen,
 - Selbstwirksamkeitserfahrungen und mehr Selbstständigkeit,
 - Ausbau gesellschaftlicher und/oder sozialer Teilhabe
- erzielt werden. Weitere Ziele können für Träger, Einrichtung, Pädagog:innen und Schüler:innen individuell und nach vorliegender Ausgangslage formuliert werden. Dies können z. B. abwechslungsreicher mediengestützter Unterricht, Blended-Learning-Formate und smartere Lösungen im Organisationsablauf sein.

- zu 2 & 3:** Klar, differenziert ausformulieren, für welche Personengruppen digitale Medien sinnvoll eingesetzt werden können und welche Medien genutzt werden sollen. Unter diesen Punkten gilt es eine Ausgewogenheit zwischen den Medien und ihren Benutzer:innen herzustellen. Medien sollten auf die Bedarfe der Individuen abgestimmt sein, sodass keine Überkompensation des Medieneinsatzes stattfindet. Dabei sollen die vorhandenen und/oder bereitzustellenden Ressourcen aller Beteiligten berücksichtigt werden. Eine kategorische Ausgrenzung von Medien oder Personengruppen, aufgrund noch zu klärender ressourcenbetreffender Detailfragen muss an dieser Stelle vermieden werden.
- zu 4:** Es ist zu klären, ob der Prozess einrichtungsintern begleitet werden kann oder alternativ eine externe Unterstützung erfolgen soll. In jedem Fall muss eine qualitativ angemessene Umsetzung des Prozesses gewährleistet sein.
- zu 5:** Die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für den Einsatz digitaler Medien in der Einrichtung müssen überprüft werden. Mängel bei den Voraussetzungen (z. B. fehlendes oder unzureichendes WLAN) stellen den Erfolg in Frage und müssen im Vorfeld der Umsetzung beseitigt werden.
- zu 6:** Der Träger muss im Zuge der Konzeptionierung den Finanzierungsrahmen und somit die Möglichkeiten klar definieren. Es können zusätzliche Geldquellen herangezogen werden, welche ebenfalls klar definiert sein sollten. Die fortlaufenden regelmäßigen finanziellen Bedarfe müssen Berücksichtigung finden.
- zu 7:** Es ist erforderlich zu klären, welche Aufgaben, z. B. administrative Aufgaben, mit Eltern (digital) kommunizieren oder neues Wissen erwerben, um auf dem aktuellen (digitalen/technischen) Stand zu bleiben, und in welchem Umfang Pädagog:innen übernehmen können oder sollen. So bedarf es, um einen anspruchsvollen digitalisierten Unterricht umsetzen zu können, seitens der Pädagog:innen eines adäquaten technischen Kompetenzniveaus. Dieses ist mehrheitlich nur über Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu erlangen. Gleiches gilt für die Kenntnisse und Fähigkeiten Lehr- und Lerninhalte methodisch didaktisch adäquat aufzubereiten.
- zu 8:** Ein Manual ist zu erstellen, aus dem eindeutig hervorgeht, wie der Umfang und der Umgang mit den digitalen Medien der Einrichtung definiert sind. Hier sollen Aspekte, wie z. B. der Zugang zu Daten,

Zeitfenster der Benutzung digitaler Medien sowie die Lagerung, Sicherung und Administration dieser festgehalten sein.

- zu 9:** Eltern und Erziehungsberechtigte können in den Digitalisierungsprozess eingebunden werden. Auch wenn dies nicht zwingend für die Strategie notwendig ist, stellt es einen Förderfaktor dar. Die Einbeziehung kann z. B. durch Teilhabe an der digitalen Kommunikation und Hilfestellungen bei Hausaufgaben mit mobilen Endgeräten oder eine Mit- oder Teilfinanzierung im Rahmen von BYOD-Konzepten¹ erfolgen.
- zu 10:** Objektivität wird durch Überprüfbarkeit erzielt. Eine Qualitätssicherung durch Expert:innen im Bereich der Digitalisierung ist für eine erfolgreiche Etablierung und Umsetzung unerlässlich. Hier müssen die Expert:innen benannt und Prüfkriterien definiert werden.

Die beschriebenen Abläufe unter Schritt 2 & 3 stellen im Digitalisierungsprozess die langwierigsten, komplexesten und aufwändigsten dar. Für die Ausarbeitung der Antworten sind im hohen Maße Zeit, Ausdauer, Reflexion und Engagement von allen Beteiligten erforderlich. Nur hierdurch kann ein qualitativ hochwertiges Fundament, zur Erreichung einer funktionsfähigen, förderlichen und erfolgreichen Digitalisierung, errichtet werden.

Umsetzung:

Nach Ablauf der Prozessschritte ist die Akzeptanz des Trägers unabdingbar, um das Ergebnis transparent und qualifiziert in die Einrichtung zu integrieren. Das Einhalten des erarbeiteten Prozesses, wie z. B. die komplette Ausstattung einer Klasse mit Endgeräten, ist für den gewünschten Output dabei unablässig.

Nach Ausführen der einzelnen Schritte ist eine konstante Revision im Rahmen einer Qualitätssicherung adäquat, aus der sich Adaptionen von Prozessen in der Einrichtung oder ggf. Optimierung der Digitalisierungsstrategie ableiten lassen. Hierdurch wird technischen Neuerungen und dem stetigen Wandel der Digitalisierungs- und Organisationsprozesse Rechnung getragen, da digitale Lösungen kontinuierlich und zeitnah weiterentwickelt werden (Tampke 2022).

1 BYOD steht für „Bring your own device“ und meint die Möglichkeit, private digitale Endgeräte (Smartphone, Tablet, Laptop etc.) in Unternehmen oder Bildungseinrichtungen zu nutzen und auf deren geschützte Netzwerke, CMS (Content Management Systeme) und Daten-Bereiche zugreifen zu dürfen.

5 Fazit

Die Studie am Beispiel von Tagesbildungsstätten, zeigt auf, dass Digitalisierungsprozesse von Sozial- und Bildungseinrichtungen in der Vergangenheit teilweise unkoordiniert und lückenhaft vollzogen wurden. Hieraus ergeben sich entsprechende Defizite in allen Bereichen der Digitalisierung, wodurch es zu Beeinträchtigungen und Exklusion von Menschen kommt (vgl. Tampke 2022). Durch eine umfangreiche und erfolgreiche Digitalisierung der verschiedenen Lebensräume von Menschen können Barrieren abgebaut und die soziale Teilhabe verbessert werden (vgl. Schulze & Wittrock 2018). Darüber hinaus kann mithilfe einer Strategie die Umsetzung der Digitalisierung vereinfacht und vereinheitlicht werden, da sie sowohl auf verschiedene Bereiche als auch auf verschiedene Technologien adaptierbar ist. Die Anwendung der aufgezeigten Digitalisierungsstrategie ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung der Menschen im eigentlichen Digitalisierungsprozess.

Zu berücksichtigen gilt es, dass diese Strategie kein starres Modell darstellt, sondern flexibel auf äußere Einflüsse, verändernde Rahmenbedingungen und individuelle Bedarfe angepasst werden und reagieren kann. Ebenso bedürfen die Strategie, der Digitalisierungsprozess und die Mitwirkung verschiedener Stakeholder einer stetigen Qualitätssicherung, um Mängeln, Beeinträchtigungen oder dem Scheitern der Digitalisierung einer Einrichtung entgegenzuwirken. Digitalisierung stellt einen andauernden Prozess dar, sodass auch die Auseinandersetzung damit andauernd und fortlaufend zu betrachten ist.

Literatur

- Brinda, T., Brügggen, N., Diethelm, I., Knaus, T., Kommer, S., Kopf, C. u. a. (2019): Frankfurt-Dreieck zur Bildung in der digital vernetzten Welt. Ein interdisziplinäres Modell. In: Informatik für alle, Lecture Notes in Informatics (LNI), Gesellschaft für Informatik, Volume P-288, 25-33.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.). (2022): Fortschrittsbericht DigitalPakt Schule 2019–2022. Online unter: https://www.digitalpaktschule.de/files/220616_DigitalPaktSchule_Fortschrittsbericht_barrierefrei.pdf. (Abrufdatum: 13.10.2024).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (Hrsg.). (2016): Digitale Bildung. Der Schlüssel zu einer Welt im Wandel. Berlin: Zarbock.
- Bundesrepublik Deutschland & Länder (Hrsg.). (2019): Verwaltungsvereinbarung DigitalPakt Schule 2019–2024. Online unter: https://www.digitalpaktschule.de/files/VV_DigitalPaktSchule_Web.pdf. (Abrufdatum: 13.10.2024).
- Dander, V. (2020): Sechs Thesen zum Verhältnis von Bildung, Digitalisierung und Digitalisierung. In: V. Dander, P. Bettinger, E. Ferraro, C. Leineweber & K. Rummeler (Hrsg.): Digitalisierung-Subjekt-Bildung. Kritische Betrachtungen der digitalen Transformation. Opladen: Barbara Budrich, 19-37.
- Dengel, A. (2018): Digitale Bildung: ein interdisziplinäres Verständnis zwischen Medienpädagogik und Informatik. In: T. Brinda, I. Diethelm, S. Kommer & K. Rummeler (Hrsg.): Medienpädagogik und Didaktik der Informatik. Eine Momentaufnahme disziplinärer Bezüge und schulpraktischer Entwicklungen, Nr. 33, 11-26. Online unter: <https://www.medienpaed.com/article/view/558/625>. (Abrufdatum: 13.10.2024).

- Döbeli Honegger, B. (2016): Mehr als 0 und 1. Schule in einer digitalisierten Welt. Bern: hep.
- Drossel, K., Eickelmann, B., Schaumburg, H. & Labusch, A. (2019): Nutzung digitaler Medien und Prädiktoren aus Perspektive der Lehrerinnen und Lehrer im internationalen Vergleich. In: B. Eickelmann, W. Bos, J. Gerick, F. Goldhammer, H. Schaumburg, K. Schwippert, M. Senkbeil & J. Vahrenhold (Hrsg.): ICILS 2018 #Deutschland. Computer und informationsbezogene Kompetenzen von Schüler*innen und Schülern im zweiten internationalen Vergleich und Kompetenzen im Bereich Computational Thinking. Münster: Waxmann, 205-240.
- Gerick, J., Steglich, E. & Eickelmann, B. (2020): Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Evaluation des Projekts ‚Lernen mit digitalen Medien‘ an den Förderzentren Geistige Entwicklung/ Körperliche und motorische Entwicklung in Schleswig-Holstein. Ergänzt um eine Vertiefungsuntersuchung im Kontext des Lernens mit digitalen Medien unter Pandemie-Bedingungen. Veröffentlichter Forschungsbericht, Universität Hamburg, Hamburg. Universität Paderborn, Paderborn.
- Gervé, F. (2019): Digitalisierung und Bildung im Primarbereich. In: J. Heider-Lang & A. Merkert (Hrsg.): Digitale Transformation in der Bildungslandschaft – den analogen Stecker ziehen? Augsburg und München: Rainer Hampp, 98-114.
- Gesellschaft für Soziale Unternehmensberatung (GSUB) & Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) (Hrsg.). (2021): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Menschen mit Behinderungen. Online unter <https://www.teilhabeberatung.de/artikel/auswirkungen-der-corona-pandemie-auf-menschen-mit-behinderungen>. (Abrufdatum: 07.09.2024).
- Grönke, K. & Eckstein, C. (2021). Corona-Krise als Katalysator für Digitalisierung und neue Zusammenarbeitsmodelle im CFO-Bereich. In: R. Gleich & A. Klein (Hrsg.): Der Controlling-Berater. Organisation des Controllings. Den Spagat zwischen Effizienz und Flexibilität bewerkstelligen (67. Band). Freiburg: Haufe, 109-122.
- Hillmayr, D., Reinhold, F., Zierwald, L. & Reiss, K. (2017): Digitale Medien im mathematisch-naturwissenschaftlichen Unterricht der Sekundarstufe: Einsatzmöglichkeiten, Umsetzung und Wirksamkeit. Münster: Waxmann.
- Knoth, S. & Haider, M. (2022): Medien, mediale Angebote und digitale Bildung. In M. Haider & D. Schmeinck (Hrsg.): Digitalisierung in der Grundschule. Grundlagen, Gelingensbedingungen und didaktische Konzeptionen am Beispiel des Fachs Sachunterricht. Kempten: Julius Klinkhardt, 13-26.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2016). Strategie der Kultusministerkonferenz „Bildung in der digitalen Welt“ Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 08.12.2016 in der Fassung vom 07.12.2017. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2016/2016_12_08-Bildung-in-der-digitalen-Welt.pdf. (Abrufdatum: 13.10.2024).
- Lorenz, R., Bos, W., Endberg, M., Eickelmann, B., Grafe, S. & Vahrenhold J. (2017): Schule digital- der Länderindikator 2017. Schulische Medienbedingung in der Sekundarstufe I mit besonderem Fokus auf MINT-Fächer im Bundesländervergleich und Trends von 2015 bis 2017. Münster: Waxmann.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Netzwerk Digitale Bildung (Hrsg.). (2016): Zwischen analog und digital. Lernen und Lehren an Schulen und Hochschulen. Online unter: https://www.netzwerk-digitale-bildung.de/wp-content/uploads/2020/12/NDB_Whitepaper_Zwischen_analog_und_digital_12Seiten.pdf. (Abrufdatum: 13.10.2024).
- Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung (Hrsg.). (2021): 1,5 Millionen Euro für Digitalisierung von Tagesbildungsstätten und Taubblindenwerk. Teilhabe für alle aus- und aufbauen. Online unter: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/1-5-millionen-euro-fur-die-digitalisierung-von-tagesbildungsstatten-und-taubblindenwerk-202773.html. (Abrufdatum: 13.10.2024).
- Patton, M. Q. (2015): Qualitative research & evaluation methods : integrating theory and practice (Fourth edition ed.). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore und Washington DC: SAGE Publications, Inc.

- Pietraß, M. (2017): Was ist das neue an „digitaler Bildung“? Zum hochschuldidaktischen Potential der elektronischen Medien. In: Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (Hrsg.): „Universität 4.0.“ Folgen der Digitalisierung akademischer Lehre und Forschung, Heft 55. o.O: Barbara Budrich, 19-27.
- Podszus, M. (2019a): Diversität im universitären Kontext!?: Lehre zugänglicher gestalten – Perspektivwechsel für ein reicheres Bild der Lernenden! In: D. Jahn, A. Kenner, D. Kergel & B. Heidkamp-Kergel (Hrsg.): Kritische Hochschullehre: Impulse für eine innovative Lehr- und Lernkultur. Wiesbaden: Springer VS, 113-131.
- Podszus, M. (2019b): Bedarfe von Studierenden mit körperlich-motorischen Beeinträchtigungen im Hinblick auf den Einsatz von Blended-Learning in der Hochschullehre unter besonderer Berücksichtigung der MINT – Fächer (Dissertation). Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Quaas, F. & Quaas, G. (2021): Corona – der unsichtbare Feind. Wie Wissenschaft und Gesellschaft reagieren. Marburg: Metropolis.
- Schulze, G. C. & Wittrock, M. (2018): Theoretische Grundlagen zur Feldtheorie und Person-Umfeld-Analyse. In: J. Alber, S. Kaiser & G. C. Schulze (Hrsg.): Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Lehrbuch zur Theorie mit Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Seidel, A. & Schneider, S. (2021): Praxishandbuch ICF-orientiertes Arbeiten. Beratung, Bedarfsermittlung und Unterstützungsplanung in sozialen Berufen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Sekretariat der Kultusminister Konferenz (KMK) (Hrsg.). (2017): Bildung in der digitalen Welt. Strategie der Kultusministerkonferenz. Berlin: Eigendruck.
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), in der Fassung vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 146).
- Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), in der Fassung vom 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022,3023), zuletzt geändert durch Artikel 6a des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217).
- Tampke, V. (2022): Bedarfsanalyse zur Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie in einer Tagesbildungsstätte (unveröffentlichte Masterarbeit). Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Trültzsch, S., Wijnen, C. W. & Ortner, C. (2013). Medienwelten im Wandel: Eine Einleitung. In: C. W. Wijnen, S. Trültzsch & C. Ortner (Hrsg.): Medienwelten im Wandel. Kommunikationswissenschaftliche Positionen, Perspektiven und Konsequenzen. Wiesbaden: Springer VS, 7-14.

Autor:innen

Tampke, Verena

Rehabilitationspädagogin (MA)

Staatlich anerkannte Tagesbildungsstätte Weserschule, Lebenshilfe Syke

Arbeitsschwerpunkt: Klassenleitung

E-Mail: v.tampke@web.de

Podszus, Martin, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4743-2191>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Studieren mit gesundheitlichen

Beeinträchtigungen, Digitalisierung und Diversität in Bildungs- und

Rehabilitationsprozessen

E-Mail: m.podszus@uni-oldenburg.de

*Jennifer Lakenberg, Birgit Hennig, Andrea Erdélyi und
Martin Podszus*

Die Rolle der Unterstützten Kommunikation in einem interdisziplinären Team der neurologischen Frührehabilitation für Erwachsene

Zusammenfassung

Unterstützte Kommunikation spielt in der neurologischen Frührehabilitation international wie national eine wachsende Rolle. Dies erkennend wurde 2016 deutschlandweit die erste Stelle für eine Rehabilitationspädagogin mit ausgewiesener Expertise in Unterstützter Kommunikation in der Neurologischen Frührehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg eingerichtet. In der 2022 durchgeführten Evaluationsstudie wird die Bedeutung der Unterstützten Kommunikation als eigenständige Profession in der neurologischen Frührehabilitation von Erwachsenen erhoben. Die Interviews mit dem medizinisch-therapeutischen Fachpersonal führen zu dem Ergebnis, dass eine solche Stelle einen gravierenden Mehrgewinn für die Patient:innen mit Blick auf den Genesungsprozess, Teilhabe, Selbstbestimmung und Lebensqualität sowie Sicherheit in der Interaktion von Patient:in und Fachpersonal bedeutet.

1 Unterstützte Kommunikation in der neurologischen Rehabilitation

Unterstützte Kommunikation (UK) meint das Ergänzen und Ersetzen von Lautsprache für Menschen mit spezifischen und/oder komplexen Kommunikationsbedürfnissen. Diese betreffen nicht nur Menschen mit angeborenen Beeinträchtigungen, sondern in einem wachsenden Maße auch Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Komplexe Kommunikationsbedürfnisse können hierbei sowohl aufgrund fortschreitender Erkrankungen wie z. B. ALS als auch aufgrund plötzlicher Ereignisse wie z. B. einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem Schlaganfall entstehen. In beiden Varianten führt der

Verlust an Kommunikationsmöglichkeiten in der Regel zu einer essenziellen Krise sowohl für die betroffene Person als auch ihr nahestehende Personen. In der medizinischen Versorgung entstehen hierdurch große Herausforderungen für das Fachpersonal in der Arbeit mit den Betroffenen, die gravierende Auswirkungen haben auf

- die Patient:innensicherheit,
- das Gefühl von (Un-)Sicherheit und Wohlbefinden,
- die Compliance,
- die Mitwirkung und Mitbestimmung im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess,
- den Genesungsprozess, uvm.

Studien zeigen, dass bei frühzeitiger Unterstützung der Kommunikation Genesungsprozesse deutlich positivere Verläufe haben (Bartlett u.a. 2008; Blackstone 2015; Hurtig u.a. 2018) und fortschreitende Verläufe (z. B. bei ALS) durch den Erhalt sozialer Rollen und die Wiederherstellung von kommunikativen Möglichkeiten mit einem subjektiv höheren Empfinden der Lebensqualität, einer verbesserten Teilhabe der betroffenen Menschen und einer Entlastung ihrer Angehörigen einhergehen (u.a. Caligari u.a. 2013; Hwang u.a. 2014; Londral u.a. 2015; Ray 2015; Peters u.a. 2023).

In Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005) soll das Beispiel in Abbildung 1 die Wechselwirkungen verdeutlichen:

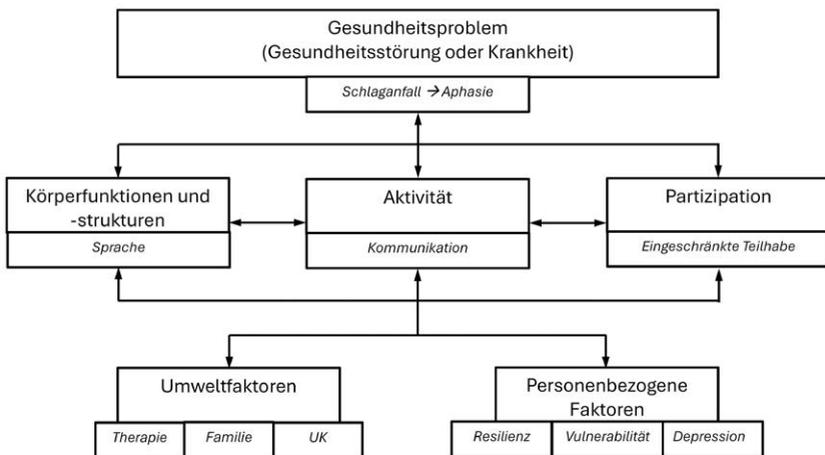


Abb. 1: Bio-psycho-soziales Modell der ICF mit exemplarischer Anwendung

Bei Eintreten einer Aphasie, einer Sprechapraxie oder einer Dysarthrie infolge einer erworbenen Hirnschädigung oder einer neurologischen Erkrankung, sind nicht nur das Sprechen und die sprachlichen Funktionen betroffen, an deren Erhalt oder Rückgewinnung im Rehabilitationsprozess mit Unterstützung von logopädischem Fachpersonal gearbeitet wird. Die sprachlichen Beeinträchtigungen wirken sich gleichzeitig auch gravierend auf alle zwischenmenschlichen Aktivitäten aus.

Mehrere Studien verweisen auf einen Zusammenhang zwischen Barrieren in der Kommunikation und eingeschränkter Lebensqualität; Depressivität spielt hierbei eine wichtige Rolle (Leienbach u. a. 2013). UK sollte daher immer – auch bei vorübergehender Sprechunfähigkeit – neben logopädischer und neuropsychologischer Behandlung zum Einsatz kommen, um die Kommunikation aufrecht zu erhalten und Depressionen vorzubeugen.

Diese Erkenntnis sowie die nachfolgend geschilderten Probleme und Herausforderungen motivierten das Evangelische Krankenhaus (EV) in Oldenburg erstmals eine Stelle für eine Rehabilitationspädagogin einzurichten, deren Expertise explizit im Bereich der UK liegt. Nach sechs Jahren wurde zur Evaluation dieses neuen Stellenprofils eine Studie durchgeführt, die Förderfaktoren und Barrieren der Implementierung von UK in den klinischen Kontext im Rahmen von Interviews erhob.

2 UK in klinischen Abläufen: Probleme und Herausforderungen

UK im Kontext von stationären Abläufen in einer Klinik ist in Deutschland, aber auch international ein relativ junges Arbeitsfeld (Patak u. a. 2009; Erdélyi & Hennig 2019; Grans & Beer 2018; Hemsley & Baladin 2014). Erfahrungen und Publikationen hierzu liegen hauptsächlich im englischsprachigen Raum vor. In diesen Ländern sind Logopäd:innen für das Fachgebiet UK umfangreich geschult. Oftmals arbeiten mehrere spezialisierte Logopäd:innen mit diesem Schwerpunkt an einer Klinik.

In Deutschland beginnen die Herausforderungen mit der Frage nach Qualifikationen, Zuständigkeiten und Finanzierungsmodellen. Sowohl therapeutische Fachgruppen (Logopädie, Ergotherapie, Atmungstherapie) als auch Neuropsycholog:innen bekommen den Schwerpunkt UK nicht standardmäßig in ihrer Ausbildung oder ihrem Studium vermittelt.

Des Weiteren haben diese Fachgruppen in der neurologischen Frührehabilitation oft eigene, umfangreiche und spezifische Aufträge, die zeitlich wenig zusätzlichen Spielraum für UK lassen (z. B. Trachealkanülenmanagement, Neglecttherapie).

Fachkräfte mit sonder- oder rehabilitationspädagogischem Hintergrund verfügen dagegen je nach Studiengang über die Expertise zur UK. Diese können sie jedoch nur selten im klinischen Kontext einbringen, da in der Rehabilitation von Erwachsenen für diese Berufsgruppe Finanzierungsmodelle fehlen. Die Leistung durch eine (rehabilitations-)pädagogische Fachkraft ist im Katalog der Krankenkassen nicht vorgesehen und kann entsprechend nicht wie andere Therapien abgerechnet werden.

Dies impliziert die Herausforderung, dass UK-Förderung sich originär auch als pädagogisches Konzept und weniger als Therapie definiert. UK geht im Sinne der ICF und der darin beachteten Wechselwirkungen von personenbezogenen und umweltbezogenen Faktoren von den Ressourcen der betroffenen Person aus und findet im Alltag statt. Neben der patientenbezogenen Arbeit zur individuellen Förderung erfordert auch die Schulung und Anleitung des Umfelds (Pflegerkräfte, Angehörige, andere Berufsgruppen) einen geeigneten zeitlichen und organisatorischen Rahmen. Grundsätzlich wichtig ist hier die Vermittlung von Wissen, aber auch Einstellungen, Selbsterfahrung und Praxis sind von Bedeutung (Healy & Walsh 2010; Happ u.a. 2014). Im deutschsprachigen Raum gibt es an Kliniken noch kaum entwickelte Standards für Schulungskonzepte, auch im internationalen Raum sind diese noch wenig verbreitet (Grans & Beer 2018; Happ u.a. 2020).

Barrieren des Zugangs zur UK für Patient:innen liegen des Weiteren auch in fehlendem Wissen zu den Möglichkeiten von UK, ggf. auch in fehlender Expertise zu UK unter den Bedingungen einer spezifischen neurologischen Erkrankung oder im klinischen Bereich (Patak u.a. 2009; Blackstone 2012; Beer 2015; Gröne 2017; Hennig u.a. 2017). „Methoden der UK werden bislang nur selten und nicht in der Bandbreite des gesamten Spektrums von Mitteln und Strategien eingesetzt“ (Hennig u.a. 2017, 140), viele Bedarfe in der Rehabilitation und der stationären Langzeitversorgung von Menschen mit Kommunikationseinschränkungen werden auf Grund fehlenden Wissens häufig noch gar nicht erkannt (ebd.; Patak u.a. 2009; Gröne 2017).

Spezifische Herausforderungen im Frühstadium der neurologischen Rehabilitation oder bei komplexen Voraussetzungen können auch im Zugang zur Kommunikation selbst liegen. Erschwerende Bedingungen sind hierbei z. B. die schwankende Vigilanz und Belastbarkeit der Patient:innen, der Einfluss des Gesundheitszustands (z. B. Schmerzen, Nebenwirkung von Medikamenten, lebenskritische Situationen), das Vorliegen einer Mehrfachbehinderung und/oder einer neuropsychologischen Symptomatik (Hennig & Erdélyi 2020; Gröne 2017; Thäßler 2023).

Herausforderungen der praktischen Art im Klinikalltag liegen in fehlenden zeitlichen Ressourcen zur alltagsimmanenten Nutzung von vorhandenen UK-Materialien (z. B. Buchstabentafel im Partnerscanning), einer hohen Fluktuation

von Personal mit der Notwendigkeit wiederholter Schulung zu Grundlagen von Gesprächsstrategien und UK, in der Dauer des Aufenthalts und relativ kurzzeitig angesetzten Entlassterminen sowie generell in der Schnittstellenproblematik im Übergang zu Nachsorgeeinrichtungen (Hemsley & Baladin 2014; Guttormsen u.a. 2015; Beer 2015).

Aus dem zugänglichen Forschungsstand geht deutlich hervor, dass UK für das Wohlbefinden und die Sicherheit von kommunikativ beeinträchtigten Patient:innen im (intensiv-)medizinischen klinischen Umfeld von enormer Bedeutung ist (Happ u.a. 2004; Patak u.a. 2006; Guttormson u.a. 2015). Das Versäumnis einer adäquaten Versorgung und Befähigung zur Kommunikation kann auch wirtschaftliche Folgen für Kliniken nach sich ziehen (Blackstone 2015; Hurtig u.a. 2018; Blackstone & Pressmann 2016; Bartlett u.a. 2008). Trotz des Wissens und des Bedarfs an UK für die Überwindung kommunikativer Barrieren werden bisher nur wenige Hilfsmittel und Strategien in diesem Bereich praktisch angewendet (Beukelman u.a. 2007; Happ u.a. 2020; Hemsley & Baladin 2014; Grans & Beer 2018). Es besteht ein hoher Bedarf an Schulung des professionellen Umfelds von Patient:innen, damit kommunikationsvulnerable Patient:innen zuverlässiger erkannt und adäquat versorgt werden können (Costello u.a. 2015; Hemsley & Baladin 2014; Patak u.a. 2009).

Um den ausgeführten Problemen und Herausforderungen lösungsorientiert zu begegnen, wurde die oben benannte Stelle für eine Rehabilitationspädagogin geschaffen, welche nicht nur die Versorgung der Patient:innen mit UK-Hilfen zur Aufgabe hat, sondern insbesondere als Angelpunkt in einem interdisziplinären Team sowie als Bindeglied zwischen Patient:innen, Angehörigen und medizinischem Fachpersonal angelegt ist. Die im Folgenden beschriebene Studie widmet sich der Evaluation des damit verbundenen Konzepts.

3 Forschung zum Einsatz Unterstützter Kommunikation in einem interdisziplinären Team der neurologischen Frührehabilitation für Erwachsene

3.1 Forschungsdesign

Die Erforschung des Themenfeldes der Rolle der UK in einem interdisziplinären Team der neurologischen Frührehabilitation (NFR) für Erwachsene erfolgte unter der wissenschaftlichen Fragestellung *„Welche Bedeutung und welchen Stellenwert hat Unterstützte Kommunikation als eigenständige Profession in der neurologischen Frührehabilitation von Erwachsenen aus Sicht des medizinisch-therapeutischen Personals?“* (Lakenberg 2022, 29). Hierzu wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Aufgrund des Forschungsthemas war das Feld der

Datenerhebung sehr klar begrenzt. Da die Rolle der UK in NFR bei Erwachsenen untersucht werden soll, musste ein Zugang zu einer Klinik für NFR (Phase B) gefunden werden, in welcher UK bereits als eigenständige Profession zum Einsatz kam. Deutschlandweit ist das Evangelische Krankenhaus in Oldenburg (EV) die einzige Klinik, die diese Voraussetzungen erfüllt, wodurch schnell festgelegt werden konnte, dass eine Befragung der Mitarbeitenden aus dieser Einrichtung stattfinden soll. Darüber hinaus wurde der Personenkreis der Angestellten insoweit eingegrenzt, dass lediglich Mitarbeitende befragt werden sollten, welche bereits vor Implementierung der Stelle für UK im EV tätig waren und es zum Zeitpunkt der Durchführungsphase des Forschungsvorhabens noch immer waren. Diese Eingrenzung wurde vorgenommen, um einen möglichen Veränderungsprozess in Bezug auf den Einsatz von UK vor und nach Implementierung einer Stelle für diese Fachdisziplin abbilden zu können und daraus wiederum Rückschlüsse auf die Bedeutung dieser als eigenständige Profession ziehen zu können. Da die Forschung innerhalb einer Masterarbeit an der Universität Oldenburg erfolgte, war die Anzahl von sechs Interviews vorgesehen. Folgende Disziplinen wurden in das Sampling der Forschung einbezogen: Personen aus dem ärztlichen Dienst, der Neuropsychologie, der Logopädie und der Physiotherapie sowie aus der Pflege. Durch die Begrenzung der Interviewanzahl konnten nicht alle angebotenen Therapieformen in dieser Forschungsarbeit berücksichtigt werden.

Zur Erhebung der Daten wurden Expert:inneninterviews durchgeführt. Der Expert:innenstatus wurde nach Zugang zu strukturellem Fachwissen in Kombination mit Praxis- und Handlungswissen vergeben (Misoch 2019, 119 ff.). Die Durchführung der Interviews fand im Zeitraum März bis Juni 2022 per Videotelefonie statt. Die Gründe hierfür waren sowohl knappe räumliche Ressourcen in der Klinik, vor allem aber zum damaligen Zeitpunkt geltende Vorschriften der Kontakteinschränkung in Bezug auf die vorherrschende Corona-Pandemie.

Die Interviews hatten einen Umfang von 17 bis 59 Minuten. Die Tonaufnahmen wurden mithilfe der Transkriptionssoftware MAXQDA (Version 2022) in einen schriftlichen Text übertragen. Alle personenbezogenen Daten der Proband:innen wurden vollständig anonymisiert.

Die Auswertung und Interpretation der erhobenen Daten erfolgte auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Für die inhaltliche Strukturierung wurde ebenfalls die Software MAXQDA verwendet.

Im Voraus zur Durchführungsphase des Forschungsvorhabens wurde der „Kommission für Forschungsabschätzung und Ethik“ der Universität Oldenburg ein Antrag auf Stellungnahme vorgelegt. Darin wurde u. a. auch die Absicht einer Veröffentlichung der anonymisierten Forschungsergebnisse ausgewiesen. Die Kommission hat dem Vorgehen zugestimmt, sodass die Studie

wie geplant durchgeführt werden konnte und die Ergebnisse nun veröffentlicht werden können.

3.2 Ergebnisse der Untersuchung

Durch die Befragung von sechs Mitarbeitenden der NFR konnten wichtige Einblicke in ihre praktische Arbeit in Bezug auf die Kommunikation mit Patient:innen und deren personalem Umfeld generiert und somit vorhandene Chancen und Barrieren einer expliziten UK-Förderung für die Patient:innen ermittelt werden. Schwerpunkte in den Interviews waren u.a. die Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit als auch die Vorteile der Fachexpertise für UK als eigene Stelle im Kontext dieses Teams.

Als besonders gravierende und positive Auswirkung des UK-Einsatzes bei Patient:innen mit komplexen Kommunikationsbedürfnissen wird die Chance gesehen, die Versorgung passgenau an den jeweiligen individuellen Bedürfnissen der Patient:innen auszurichten. Durch die angebotenen und erweiterten kommunikativen Möglichkeiten wird den Betroffenen eine Chance zu zielgerichteten Mitteilungen gegeben. Das führt dazu, dass sie ihre Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen den behandelnden Personen deutlich machen können und in der Praxis danach gehandelt werden kann. Diese Möglichkeit ist u.a. die Voraussetzung für die gemeinsame Er- und Bearbeitung von Therapie- und Teilhabezielen, wie folgendes Zitat aus einem der Interviews verdeutlicht:

[Kommunikation hat] eine super hohe [Bedeutung], weil [...] die Bedürfnisse und die Ziele und Wünsche des Patienten müssen wir herausfinden. Und nur darauf zu warten, dass jemand mit dir spricht, kann halt sechs Monate dauern im schlimmsten Fall. Und darauf möchte ich ja nicht verzichten. (IB: Z. 344-347, zit. nach Lakenberg 2022, 43)

Durch den Einsatz von UK werden auch die über das körperliche Befinden hinausgehenden Bedürfnisse, wie Emotionen und Wünsche der Patient:innen differenzierter und individueller sichtbar.

Ein gelungener Austausch bezieht sich auch aufs Sprachverstehen und ist u.a. die Voraussetzung dafür, dass medizinisch-therapeutische Anweisungen gegeben und umgesetzt werden können. Es geht dabei nicht nur um eine Optimierung der Behandlung, sondern vor allem auch um eine gelingende Teilhabe der Patient:innen an ihrer Behandlung.

Mehrere Proband:innen betonten den deutlichen Zugewinn an Autonomie und Lebensqualität für betroffene Patient:innen, wenn es durch Wissen und gezielte Förderung gelingt, Teilhabemöglichkeiten mit Strategien und Mitteln der UK zu erweitern (Lakenberg 2022, 49f.).

Jedoch stellt bereits das Konstatieren der körperlichen Symptome eine große Herausforderung dar, welche bei misslungener Kommunikation zu Behandlungsfehlern führen kann. Dies bedeutet, dass im schlimmsten Fall nicht nur die Bedürfnisse und Wünsche der Patient:innen unerkannt und unbefriedigt bleiben, sondern auch ihre Symptomatik. Infolgedessen kann es aufgrund falsch gedeuteter Beschwerden zu einer Fehlmedikation bzw. Fehlbehandlung kommen, wodurch das Leiden der Betroffenen nicht gemildert werden kann, sondern deren Gesundheit bzw. Genesung ggf. sogar gefährdet werden.

Da hat man gedacht, sie habe Schmerzen, Bauchkrämpfe, Spastik, alles sowas. Ja und dann kommt die Medizin dazu: Schmerzmittel, krampflösende Medikation, oder auch ja in der Vermutung, dass der Darm nicht richtig arbeitet, Abführmaßnahmen, alles das. Das kann eine Folge einer Kommunikationsproblematik sein. (IE: Z. 277-281 zit. nach Lakenberg, 2022, 43)

Daraus ergibt sich aus Sicht der Befragten neben den körperlichen Folgen einer solchen Fehldiagnose auch eine zusätzlich starke psychische Belastung, sowohl für die Betroffenen als auch das behandelnde interdisziplinäre Team: Patient:innen können bei unzureichenden Kommunikationsmöglichkeiten ihre Bedürfnisse nicht hinreichend zum Ausdruck bringen und erhalten aufgrund dessen ggf. eine fehlerhafte Behandlung, wodurch bei ihnen das Gefühl des Frustes entsteht, weil die eigentliche Ursache des Unwohlseins nicht behoben wird. Auf Seiten des medizinisch-therapeutischen Teams führt die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen dazu, dass sie nicht in der Lage sind die Anliegen der Betroffenen im vollen Maße in Erfahrung bringen und somit ihren Leidensdruck zu mildern. Folgerichtig wird betont, dass der Ausbau der individuellen Kommunikationsmöglichkeiten der Patient:innen mithilfe von UK zum Abbau solcher Situationen führt und das allgemeine Wohlbefinden beider Parteien steigert:

Darüber hinaus sind Erfolgserlebnisse im Bereich der Kommunikation verknüpft mit positiven Gefühlen. Die mit den Patient:innen geteilten Erfahrungen der Begeisterung und der Freude sind für die Proband:innen eine wichtige Motivation, UK weiterhin bestmöglich zum Einsatz zu bringen, sodass diese Effekte vermehrt erzielt werden können.

Als Förderfaktor für den Einsatz von UK wurde von den Interviewpartner:innen der hausinterne Hilfsmittelpool eingestuft. Dieser wird durch die Stelleninhaberin der UK stets gewartet und ggf. erweitert. Somit sind alle Hilfsmittel fortwährend einsatzbereit und es kann eine schnelle Patient:innenversorgung stattfinden (ebd., 47). Eine schnelle Intervention bei bestehendem UK-Bedarf eines:einer Patient:in wird auch durch den häufigen und alltäglichen Einsatz von UK in der NFR begünstigt, da damit einhergehend eine wachsende Expertise aller Beteiligten zu verzeichnen ist. In diesem Zusammenhang wird

die Stelleninhaberin selbst als weiterer Förderfaktor erwähnt. Als Ansprechpartnerin für UK-spezifische Anliegen steht sie allen Mitarbeitenden des interdisziplinären Teams stets zu aufkommenden Fragen der Kommunikationsunterstützung zur Verfügung. Die Teammitglieder können ihre Anliegen oder ihr geplantes Vorgehen mit einer dafür qualifizierten Person besprechen und dann in der Praxis umsetzen (ebd., 45f.).

Durch die eingerichtete Stelle wurden des Weiteren zeitliche und personelle Ressourcen für die UK in Ergänzung der bereits in diese Aufgaben involvierten Berufsgruppen ausgebaut. Der UK-Förderung kann somit ein größerer Raum im Klinikalltag gegeben werden. Seit der Etablierung der Stelle für UK würden „mehr und deutlich differenziertere [...] Hilfsmittel [...] und Strategien der UK“ angewendet (ebd., 47) und die Expertise sei eine wichtige Unterstützung beim Wiederaufbau der Kommunikation mit schwer betroffenen Patient:innen (ebd., 47ff.). Dies führte insbesondere in den Fachbereichen der Neuropsychologie und Logopädie zu Veränderungen und Entlastungen im Arbeitsalltag. Diese Berufsgruppen hatten zuvor den Bereich der UK neben anderen Aufgabenbereichen mit abzudecken, obwohl dieses Themenfeld in ihren Ausbildungen kaum zum Tragen gekommen war und sie sowohl personell als auch zeitlich nicht ausreichend Ressourcen für die Übernahme dieses zusätzlichen Aufgabenbereichs zur Verfügung hatten. Die Mitarbeitenden aus den genannten Fachbereichen betonten, dass durch die Einrichtung der Stelle für UK nun eine besser qualifizierte Person den Bereich übernehmen konnte, wodurch zusätzlich die Qualität der UK-Arbeit gesteigert und zum anderen eine Entlastung für ihre eigene Arbeit erreicht wurde (ebd., 48f.). Patient:innen mit UK-Bedarf und ihre Entwicklungsschritte seien durch den interdisziplinären Austausch für alle und besser im Fokus.

Neben den Förderfaktoren wurden in den Interviews auch eine Vielzahl an Barrieren benannt, die einen Einsatz von UK in der NFR derzeit behindern. Dazu zählen insbesondere die eingeschränkten Möglichkeiten der UK bei Patient:innen mit schweren neurologischen Erkrankungen und mehrfacher Beeinträchtigung. Hindernisse für die Kommunikationsfähigkeit sind beispielsweise eine stark schwankende Vigilanz. Kommen ggf. noch schwere kognitive Beeinträchtigungen oder eine Globalaphasie hinzu, so ist Kommunikation nur sehr basal, rudimentär oder auf informativer Ebene teilweise kaum möglich. An dieser Stelle kommt aus Sicht der Proband:innen die UK an ihre Grenzen.

Also Aphasien, die Sprachstörungen, [...] das ist eine Grenze.[...] Also wenn ich weder ein Situationsverständnis habe, noch ein Instruktionsverständnis, noch lesen kann, noch schreiben kann, dann bin ich ja im größten Maße unselbstständig und kann nichts mitteilen und kann auch nicht verstanden werden. Und das ist für mich das aller größte Problem, was auch die UK nicht lösen kann, weil es dafür nichts Richtiges gibt. (IB: Z. 380-392 zit. nach Lakenberg 2022, 52)

Die Zeiträume, in welchen die UK effektiv genutzt werden kann, ist auch von der Positionierung der Patient:innen abhängig. Diese werden im Laufe eines Tages mehrmals umgelagert und nicht aus allen Positionen heraus ist die Bedienung einzelner Hilfsmittel und Strategien möglich (Lakenberg 2022, 53f.).

Darüber hinaus erfolgt in der Frührehabilitation bei solch schwerwiegenden Erkrankungen häufig eine Priorisierung der medizinisch-therapeutischen Behandlung. Das führt dazu, dass für eine systematische UK-Förderung nur begrenzt Zeitfenster zur Verfügung stehen und bei einem gefüllten Therapieplan aus Sicht der Patient:innen keine Energiereserven und Kapazitäten für weitere Fördereinheiten mehr vorhanden sind. Aufgrund der Schwere ihrer Erkrankungen brauchen diese Patient:innen regelmäßige Pausen und ggf. auch den Nachmittag zur Erholung, um nicht Gefahr zu laufen, dass sie, z. B. mit einem zusätzlichen Angebot von UK, überfordert werden.

Hinzu kommt allgemein der hohe Zeitaufwand, welcher mit der Etablierung und Umsetzung von UK verbunden ist. Wenn partnerbasierte und hilfsmittelgestützte Strategien der UK zum Einsatz kommen, so wird generell der Zeitaufwand für die Kommunikation mit diesen Patient:innen höher eingestuft als mit lautsprachlich kommunizierenden Patient:innen. Einerseits dauert die Kommunikation mithilfe von UK schlichtweg länger als eine direkte verbale Kommunikation und andererseits benötigt es ergänzende zeitliche Ressourcen für die Einübung von Strategien mit den Patient:innen, das Training des Teams in der Anwendung und für die Anpassung unterschiedlicher Materialien und Hilfen (ebd., 44ff.).

Die bereits erwähnten sehr knapp bemessenen zeitlichen Ressourcen im Klinikalltag führen zu einer Diskrepanz zwischen Wissen, Wunsch und Realität und werden wiederum sowohl von den Mitarbeitenden, als auch von den Patient:innen als Belastung wahrgenommen. Aufgrund dessen wurde bei vier von sechs Expert:innen das Thema einer gewünschten Erweiterung personeller und zeitlicher Ressourcen als möglicher Verbesserungsvorschlag für die häufigere Anwendung von UK explizit akzentuiert. Der Wunsch eines höheren Stundenkontingents ist dabei nicht UK spezifisch beschränkt auf die dafür zuständige Fachkraft, sondern bezieht sich auf alle Berufsgruppen. Durch die Erweiterung der personellen Ressourcen könnten mehr Patient:innen von UK profitieren und eine kontinuierliche und intensivere Begleitung sichergestellt werden. Außerdem könnte die UK berufsgruppenübergreifend noch besser und umfangreicher in den Arbeitsalltag integriert werden, da – wie bereits herausgearbeitet – ein hoher Zeitaufwand erforderlich ist, dem nur so Rechnung getragen werden kann (ebd., 59f.).

Betrachtet man explizit technische Hilfsmittel, so ist an dieser Stelle die Anfälligkeit für technische Störungen als mögliche Barriere aufzuführen. Diese können die Nutzung temporär beeinträchtigen (ebd., 55). Die möglichen

Störungen sind vielfältig: Neben allgemeinen Ausfällen und spezifischen technischen Fehlern (z. B. ein kaputter Akku), wird beispielsweise bei Videotelefonaten die Abhängigkeit vom sog. „Patienten-WLAN“ hervorgehoben. Das hat zur Folge, dass Hilfsmittel wie Tablet, Handy oder spezifische Kommunikationshilfen mit einem erheblichen zusätzlichen Zeitaufwand täglich einzeln erneut in das WLAN eingeloggt werden müssen. Im Zusammenhang damit sind in Bezug auf die Organisation des UK-Einsatzes die unklaren Zuständigkeiten innerhalb der NFR als Barriere zu nennen, da nur durch eine klare Zuteilung von Aufgabenbereichen und Patient:innen beispielsweise technische Probleme zeitnah behoben und die Hilfsmittel für die Betroffenen wieder zugänglich gemacht werden können (ebd., 56). Das Fehlen solcher Zuständigkeiten führt zu langen Wartezeiten seitens der Patient:innen, in welchen sie die Kommunikationshilfen nicht nutzen und somit wiederum in ihren kommunikativen Handlungsspielräumen eingeschränkt werden. Seitens der Mitarbeitenden wird der Mangel an UK-spezifischen Schulungen als gravierende Barriere bezüglich des eigenständigen Einsatzes von UK benannt (ebd., 57f.). Schulungen sind von besonderer Bedeutung, da der UK-Einsatz viel Fachwissen und praktische Expertise benötigt, über welchen noch nicht alle befragten Expert:innen in einem ausreichenden Umfang verfügen, wodurch es auch zu Unterlassung oder Unsicherheiten in der Anwendung kommt (ebd., 56ff.).

Somit bestätigten sich in dieser Forschungsarbeit aus der Literatur bekannte Barrieren für den flächendeckenden und immanenten Einsatz von UK im klinischen Alltag. Besonders hervorgehoben wurden dabei mangelndes Fachwissen, der als sehr intensiv wahrgenommene Zeitaufwand und fehlende Verantwortlichkeiten für bestimmte Aufgabenbereiche. Dem aus anderen Forschungsarbeiten bekannten Mangel einer Verpflichtung zur Bereitstellung von Kommunikationshilfen und -strategien (vgl. Happ u. a. 2020) konnte durch die Etablierung der Stelle für UK hingegen maßgeblich entgegengewirkt werden.

3.3 Diskussion der Ergebnisse

Anhand der Forschungsergebnisse lässt sich die zugrundeliegende Forschungsfrage abschließend folgendermaßen beantworten:

Die Bedeutung einer gelingenden Kommunikation mit Patient:innen wird von allen Proband:innen durchgängig als sehr hoch eingeschätzt, ebenso wie die Einrichtung einer dies unterstützenden, eigens auf UK ausgerichteten Stelle. Manche sehen die gelingende Kommunikation sogar als wichtigsten Bestandteil ihrer Arbeit an, da sie die Grundlage für die Bestimmung von Bedürfnissen und Wünschen der Patient:innen, sowie für das gemeinsame

Erarbeiten und Bearbeiten von Zielen und damit eine essentielle Voraussetzung für die medizinisch-therapeutische Arbeit darstellt.

Nur auf diese Art und Weise kann eine gelingende Teilhabe der Betroffenen an ihrer Behandlung und ihrem Aufenthalt in der NFR gewährleistet werden. Durch die Etablierung einer Stelle für UK als eigenständige Profession konnten das Fachwissen und die Kompetenzen anderer Fachgruppen in der eigenständigen praktischen Anwendung von Strategien und Hilfsmitteln erweitert werden, wodurch ein fachdisziplinübergreifender Einsatz von UK durch alle Professionen erreicht wurde. Zudem bietet die etablierte Teilzeitstelle das Potential, mehr Zeit für die UK-Förderung mit den Patient:innen zu ermöglichen und Zeit in die Schulung von Angehörigen und die Beratung des Teams zu UK-spezifischen Anliegen zu investieren. Ferner konnten insbesondere die Logopädie und die Neuropsychologie durch die Abnahme der UK-spezifischen Aufgaben deutlich entlastet werden. In Anbetracht der personellen und zeitlichen Ressourcenprobleme stellt dies eine weitere relevante positive Folge der Etablierung der UK als eigenständige Profession dar. Das Zusammenspiel dieser beiden Aspekte erhöht zum einen die subjektiv wahrgenommene Arbeitsqualität und zum anderen können die Bedarfe der Patient:innen schneller erkannt und bedient werden. Insgesamt kann so eine größere Anzahl von ihnen von den Strategien und Hilfsmitteln der UK profitieren. Zusammenfassend wird der Stellenwert der UK als eigenständige Profession von allen Befragten als sehr hoch eingestuft. Begründet wird dies damit, dass durch die Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten eine stärkere Bedürfnisorientierung erreicht werden kann. Damit in Zusammenhang steht eine Steigerung der Autonomie und der Lebensqualität der Betroffenen. Zudem trägt laut der Expert:innen eine gelingende Kommunikation zwischen Patient:in und behandelnder Person auf beiden Seiten zu einem stärkeren Wohlbefinden bei und kann Frustration entgegenwirken. Als notwendige Voraussetzungen für die erfolgreiche Etablierung von UK als eigenständige Profession haben sich folgende Aspekte als relevant erwiesen: Es ist notwendig, einen Überblick über den jeweils aktuellen Hilfsmittelmarkt mitzubringen, da nur so fachlich begründete Maßnahmen der Diagnostik, Beratung und Intervention umgesetzt werden können. Diese Aspekte werden im EV durch die Stelleninhaberin abgedeckt und haben sich in der praktischen Umsetzung als sehr hilfreich erwiesen. Darüber hinaus wurde bei der Implementierung von UK eine Empfehlung für praxisnahe Schulungen für Pflegekräfte ausgesprochen, damit die alternativen Kommunikationsstrategien in der Pflege noch konkreter und besser umgesetzt werden können. Dem Thema Schulungen wurde, wie bereits ausgeführt, auch in Bezug auf die weiteren Berufsgruppen eine wichtige Rolle zugetragen. Allerdings wird ihm in der praktischen Arbeit in der NFR noch nicht ausreichend Beachtung geschenkt.

Abschließend kann festgehalten werden, dass mit der Vorreiterrolle des EVs im Bereich der UK-Versorgung in der NFR die starke Bedeutsamkeit und der hohe Stellenwert dieser Expertise als eigenständige Profession verdeutlicht werden konnte. Darüber hinaus muss betont werden, dass diese Profession ihre volle Wirksamkeit nur mit einem ausreichenden Ressourcenausbau im Bereich Zeit, Personal und themenspezifischen Schulungen entfalten kann. Die eingerichtete Stelle für UK konnte zuvor fehlende Kapazitäten in Bezug auf Zeit und Personal zum Teil zwar kompensieren und kann somit insgesamt als Förderfaktor in Bezug auf den Einsatz von entsprechenden Methoden und Strategien angesehen werden. Für eine vollumfängliche Kompensation wird idealerweise jedoch ein höheres Stundenkontingent im Alltag aller Berufsgruppen und/oder personelle Verstärkung gefordert. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann für andere Institutionen der NFR eine klare Empfehlung zur Etablierung der UK als eigenständige Profession ausgesprochen werden.

4 Ausblick

Es hat sich in der vorliegenden qualitativen Studie bestätigt, dass bei Erwachsenen mit erworbenen, teilweise schwerwiegenden, neurologischen und (neuro-)degenerativen Erkrankungen ein großer Bedarf an einer angemessenen und frühzeitigen UK-Beratung und -Versorgung besteht. Dieser Bedarf kann durch Angebote wie jenen im EV teilweise abgedeckt werden. Eine vollumfängliche Erschließung des Potentials von UK bei diesen Zielgruppen erfordert vermutlich jedoch eine umfangreichere Bereitstellung zeitlicher und personeller Ressourcen für individuelle Förderung und Schulung des Umfelds (Hennig u. a. 2017). Weiter zu verfolgende Forschungsfragen, z. B. zu den gewünschten und notwendigen Inhalten von Schulungen für unterschiedliche Fachprofessionen, könnten an diese Ergebnisse anknüpfen und sie erweitern.

Um der Schließung der Versorgungslücke in der klinischen Nachsorge für diese Patient:innen entgegenzuwirken, kann perspektivisch das seit März 2023 im EV neu etablierte „Medizinische Zentrum für Erwachsene mit geistigen und/oder schweren Mehrfachbehinderungen“ (MZEB) erwähnt werden (Hennig u.a. 2017). Dieses soll ein ambulantes Versorgungszentrum auch für den Personenkreis darstellen, dessen Betreuung aufgrund von spezifischen Wechselwirkungen zwischen Krankheit und ggf. vorbestehender Behinderung besonderes Wissen und Kompetenzen erfordert und daher in den regulären ambulanten Strukturen nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Das MZEB in Oldenburg strebt hier eine Schwerpunktsetzung auf die Behandlung von Menschen mit einer chronischen komplexen und schweren Erkrankung an, welche eine Beatmung und/oder mittelfristige bis dauerhafte Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien erforderlich macht (EV Oldenburg 2018).

Diese spezielle Zielgruppe zeichnet sich durch Einschränkungen in der Mobilität, Kommunikation und in den kognitiven Möglichkeiten aus, die zu schwerwiegenden Verständigungs- und Interaktionsstörungen führen können (ebd., 7). Daher ist es nicht verwunderlich, dass UK als eigenständige Fachdisziplin in diesem Team geführt wird und dieser Expertise eine besondere Bedeutung zukommen soll (ebd.), zum Beispiel um Bedarfe zu erkennen und vorhandene, von den multiplen Beeinträchtigungen oft überlagerte Potentiale zu erschließen und zu nutzen. Das Angebot kann somit perspektivisch ebenfalls zur Schließung der Versorgungslücke von erwachsenen Menschen mit neurologischen Erkrankungen beitragen und als Anschlussangebot an die NFR angesehen werden, um sowohl „eine wirksame und wirtschaftlich effiziente Versorgung nach Maßgabe des individuellen Bedarfs zu erreichen als auch überflüssige oder sogar schädliche Interventionen zu vermeiden“ (ebd., 11). Darüber hinaus kann eine in der Frührehabilitation begonnene UK-Versorgung im Verlauf evaluiert und das Training mit den vorhandenen Strategien und Hilfsmitteln nachhaltiger in den Alltag der Patient:innen integriert werden, um einen langfristigen Effekt mit dem Ziel einer vollumfänglichen Teilhabe dieser Menschen zu erreichen (ebd.).

Für den Bereich der Rehabilitationspädagogik wird anhand dieser Forschungsarbeit ein weiterer großer möglicher Arbeitsbereich deutlich. Sowohl in der stationären neurologischen Frührehabilitation, solange eine solche Stelle von der jeweiligen Klinik finanziert wird, als auch im ambulanten Bereich, hier am Beispiel des MZEB, bringen Rehabilitationspädagog:innen die dafür notwendige Expertise mit, um die Profession der UK adäquat abdecken zu können.

Literatur

- Bartlett, G. R., Blais, R. & Tamblyn, R. (2008): Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in the acute care settings. In: Canadian Medical Association Journal 178 (12), 1555-1562.
- Beer, S. (2015): Sprachlos auf der Intensivstation. In: G. Antener, A. Blechschmidt & K. Ling (Hrsg.): UK wird erwachsen: Initiativen in der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper, 171-179.
- Beukelman, D. R., Yorkston, K. M. & Garrett, K. L. (2007): An introduction to AAC Services for adults with chronic medical conditions. In: D. R. Beukelman, K. L. Garrett & K. M. Yorkston (Eds.): Augmentative communication strategies for adults with acute or chronic medical conditions. Baltimore: Brooks Publishing, 1-15.
- Blackstone, S. (2012): Zugang zu Kommunikationsmöglichkeiten in allen Bereichen des Gesundheitswesens. In: von Loeper Literaturverlag/issac, Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e. V. (Hrsg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper, 17.050.001-17.057.001.
- Blackstone, S. W. (2015): Issues and challenges in Advancing Effective Patient-Provider-Communication. In: S. W. Blackstone, D. R. Beukelman, K. M. Yorkston (Eds.): Patient-Provider-Communication. Roles for speech-language pathologists and other health care professionals. San Diego: Plural Publishing, 1-8.

- Blackstone, S. W. & Pressman, H. (2016): Patient communication in health care settings: new opportunities for Augmentative and Alternative Communication. In: *Augmentative and Alternative Communication* 32 (1), 69-79.
- Caligari, M., Godi, M., Guglielmetti, S., Franchignoni, F. & Nardone, A. (2013): Eye tracking communication systems devices in ALS: impact on disability and quality of life. In: *ALS Frontotemp. Degener.* 14 (7-8), 546-552.
- Costello, J. M., Santiago, R. M. & Blackstone, S. W. (2015): Pediatric acute and intensive care in hospitals. In: S. W. Blackstone, D. R. Beukelman & K. M. Yorkston (Eds.): *Patient-Provider-Communication. Roles for speech-language pathologists and other health care professionals.* San Diego: Plural Publishing, 187-223.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). (Stand Oktober 2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).* Genf: World Health Organization.
- Erdélyi, A. & Hennig, B. (2019): Unterstützte Kommunikation im Gesundheitswesen. In: J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.): *Kompodium Unterstützte Kommunikation.* Stuttgart: Kohlhammer, 304-313.
- EV Oldenburg (2018): *MZEB: Konzept für eine interdisziplinäre und notwendige Versorgung (hausinternes Dokument).*
- Grans, L. & Beer, S. (2018): Unterstützte Kommunikation in der Klinik – ein Lagebericht. In: *Zeitschrift für Unterstützte Kommunikation* 23 (2), 31-36.
- Gröne, B. (2017): Unterstützte Kommunikation in der neurologischen Rehabilitation. In: *Neurorehabilitation* 9 (2), 72-77.
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L. & Jones, R. M. (2015): "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. In: *Intensive and critical Care Nursing* 31 (3), 179-186.
- Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgillio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., George, E. & Sereika, S. M. (2014): Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. In: *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care* 43 (2), 89-98.
- Happ, M. B., Roesch T. K. & Garrett, K. (2004): Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study. In: *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care* 33 (2), 92-10.
- Happ, M. B., Shin, J. & Tate, J. A. (2020): Overcoming Speech and language disorders in acute and critical care: 40 years later. In: *Geriatric Nursing* 40 (3), 337-338.
- Healy, D. & Walsh, P. N. (2010): Communication among nurses and adults with severe and profound intellectual disabilities: predicted and observed strategies. In: *Journal of intellectual disabilities* 11 (2), 127-141.
- Hemsley, B. & Balandin, S. (2014): A Metasynthesis of Patient-Provider Communication in Hospital for Patients with severe communication disabilities: informing new translational research. In: *Augmentative and Alternative Communication* 30 (4), 329-343.
- Hennig, B., Erdélyi, A. & Groß, M. (2017): Unterstützte Kommunikation als interdisziplinäres Arbeitsfeld im klinischen Kontext. Evaluation eines Pilotprojekts. In: D. Lage & K. Ling (Hrsg.): *UK spricht viele Sprachen. Zusammenhänge zwischen Vielfalt der Sprache und Teilhabe.* Karlsruhe: Loeper Literaturverlag, 139-153.
- Hennig, B. & Erdélyi, A. (2020): Unterstützte Kommunikation. In: M. Groß (Hrsg.): *Neurologische Beatmungsmedizin. Auf der Intensivstation, in der Frührehabilitation, im Schlaflabor, zu Hause.* Berlin: Springer, 429-439.
- Hurtig, R. R., Alper, R. M. & Berkowitz, B. (2018): The cost of not addressing the communication barriers faced by hospitalized patients. In: *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 3 (12), 99-112.

- Hwang, C. S., Weng, H. H., Wang, L.F., Tsai, C. H. & Chang, H. T. (2014): An eye-tracking assistive device improves the quality of life for ALS patients and reduces the caregivers burden. In: *J. MOT Behav.* 46 (4), 233-238.
- Lakenberg, J. (2022): Die Bedeutung der Unterstützten Kommunikation im Kontext der neurologischen Frührehabilitation bei Erwachsenen. Unveröffentlichte Masterarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Leienbach, M., Corsten, S. & Schütz, S. (2013): Der Zusammenhang zwischen sprachlichen Leistungen, Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität bei Aphasie. In: *Aphasie und verwandte Gebiete* 2/2013, 5-27.
- Londral, A., Pinto, A., Pinto, S., Azevedo, L. & De Carvalho, M. (2015): Quality of life in Amyotrophic sclerosis patients and caregivers: impact of assistive communication from early stages. In: *Muscle & Nerve* 52 (6), 933-941.
- Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Misoch, S. (2019): *Qualitative Interviews*. Berlin: DeGruyter.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., Berg, J. & Henneman, E. A. (2006): Communication boards in critical care: patients' views. In: *Applied Nursing Research* 19 (4), 182-190.
- Patak, L., Wilson-Stronks, A., Costello, J., Kleinpell, R. M., Henneman, E. A., Person, C. & Happ, M. B. (2009): Improving Patient-Provider Communication: A call to action. In: *Journal of Nursing administration* 39 (9), 372-376.
- Peters, B., Wiedrick, J. & Baylor, C. (2023): Effects of aided communication on communicative participation for people with ALS. In: *Am. J. Speech Lag. Path.* 32 (4), 1450-1465.
- Ray, J. (2015): Real-Life challenges in using augmentative and alternative communication by persons with Amyotrophic Lateralsklerose. In: *Communication Disorders Quarterly* 36 (3), 187-192.
- Thäßler, Th. (2023): Gedächtnis- und Orientierungshilfen. In: M. Groß, B. Hennig, S. Kappel & F. Wallhoff (Hrsg.): *Assistive Technologien, Technische Rehabilitation und Unterstützte Kommunikation bei neurologischen Erkrankungen*. Berlin: Springer, 367-372.

Autor:innen

Lakenberg, Jennifer (M.A. Rehabilitationspädagogin)

VAMED Klinik Geesthacht

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Neurorehabilitation

E-Mail: Jennifer.lakenberg@vamed-gesundheit.de

Hennig, Birgit (Dipl.-Päd./ Uni, Neuro-Rehabilitationspädagogin,
zertifizierter UK-Coach©)

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische
Intensivmedizin und Frührehabilitation sowie Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Unterstützte Kommunikation,

Angehörigenbegleitung in der neurologischen Frührehabilitation

E-Mail: birgit.hennig@evangelischeskrankenhaus.de

Erdélyi, Andrea, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pädagogik und

Didaktik bei Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung;

Unterstützte Kommunikation

E-Mail: andrea.erdelyi@uni-oldenburg.de

Podszus, Martin, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4743-2191>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Studieren mit gesundheitlichen

Beeinträchtigungen, Digitalisierung und Diversität in Bildungs- und

Rehabilitationsprozessen

E-Mail: m.podszus@uni-oldenburg.de

Die Bedeutung von Kooperation bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im Kontext von gesundheitlicher Beeinträchtigung in Familien

Zusammenfassung

Um Familien, in denen ein Familienmitglied von einer gesundheitlichen Beeinträchtigung betroffen ist, zu unterstützen, bedarf es der Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen. Dabei ist es relevant, die Familie und ihr Umfeld als Gesamtes zu betrachten und in den Prozess der Unterstützung zu integrieren. Kooperation in der Arbeit mit betroffenen Familien entsteht eher beiläufig und folgt zumeist keinen festen Strukturen. Der Beitrag beleuchtet ausgewählte Aspekte zur Gestaltung von multiprofessioneller und interdisziplinärer Kooperation im Kontext von Kindern und Jugendlichen in der Rolle als Angehörige von Familienmitgliedern mit gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie die mögliche Rolle der Rehabilitationspädagogik.

1 Einleitung

Eine körperliche, psychische, sucht- oder altersbedingte Erkrankung und/oder Beeinträchtigung hat nicht nur Auswirkungen auf die betroffene Person, sondern auch auf ihr Umfeld. Somit sind auch Kinder und Jugendliche als Angehörige von Eltern, Geschwistern oder Großeltern mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung betroffen (Metzing 2007; Nagl-Cupal & Metzing 2014). In Deutschland werden diese Kinder und Jugendlichen in Wissenschaft und Praxis vor allem in ihrer Rolle als Angehörige unterschiedlicher Personengruppen benannt: Kinder und Jugendliche mit Eltern mit einer psychischen Erkrankung (bspw. Schone & Wagenblaus 2006; Schmutz 2010; Plass & Wiegand-Grefe 2012; Lenz 2014; Wagenblaus & Spatschek 2023), Kinder und Jugendliche mit Eltern mit einer körperlichen Erkrankung (bspw. Romer & Haagen 2007; Heinemann & Reinert 2011; Möller u.a. 2011; Romer u.a. 2014; Popek & Hönig 2015), Kinder und Jugendliche mit Eltern mit einer Suchterkrankung

(bspw. Klein 2005), Kinder und Jugendliche mit Geschwistern mit einer Beeinträchtigung oder chronischen Erkrankung (bspw. Achilles & Hackenberg 2005; Hackenberg 2008; Tröster 2013; Knecht 2016; Möller u.a. 2016).

Zwei deutsche Studien zeigen auf, dass 20% (Metzing u.a. 2019) bzw. 28% (Lux & Eggert 2017) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren (bzw. 12 bis 17 Jahren) angeben, ein Familienmitglied mit einem Hilfe- und Unterstützungsbedarf aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Familie zu haben. Darüber hinaus wird deutlich, dass 13% (Metzing u.a. 2019) bzw. 8% (Lux & Eggert 2017) aller befragten Kinder und Jugendlichen in die Unterstützung und Hilfen für das Familienmitglied eingebunden sind. 6,1% (Metzing u.a. 2019) bzw. 5% (Lux & Eggert 2017) können sogar als Young Carers bezeichnet werden. Young Carers sind, gemäß Frech u.a. (2019, 27),

junge Menschen bis 18 Jahre, die eine Person - oder mehrere -, der sie sich verbunden und/oder verpflichtet fühlen, über längere Zeit und in wesentlichem Ausmaß in der Bewältigung des Alltags unterstützen, sofern diese aufgrund von psychischer und physischer Erkrankung, Beeinträchtigung, Sucht oder altersbedingter Veränderung auf Unterstützung angewiesen ist. Sie übernehmen dabei ein hohes Maß an Verantwortung, das normalerweise mit Erwachsenen in Verbindung gebracht wird.

Ebenfalls übernehmen sie eine Vielfalt von Aufgaben, die unterschiedlichen Bereichen zugeordnet werden können. Diese können

als körperbezogene, emotionale sowie medizinisch/ therapeutische Unterstützung für die erkrankte Person; Haushaltstätigkeiten; Aufgaben außerhalb des Haushalts; Unterstützung/ Betreuung gesunder Familienangehöriger; Verantwortung für sich selbst kategorisiert werden [...] und finden in einzelnen, meist jedoch in mehreren dieser Bereiche statt (Frech u.a. 2019, 28).

Auch wenn Situationen von betroffenen Familien mit den verschiedenen Formen gesundheitlicher Beeinträchtigung sich ähneln, aber doch verschiedenen sind, beschreiben Nagl-Cupal & Metzing (2014) zusammenfassend die folgenden Phänomene, die in vielen dieser Familien auftauchen:

- Festhalten an möglichst viel Normalität bzw. die Entwicklung einer neuen Normalität
- Suche nach Unterstützung zunächst innerhalb der Familie selbst
- Formulierung nahezu aller Bedürfnisse aus der Sicht des Familienmitglieds mit gesundheitlicher Beeinträchtigung
- Zusammenrücken der Familie als Strategie zur Bewältigung der Situation oder als Ergebnis einer gemeinsamen Bewältigung der gesundheitlichen Beeinträchtigung

- wenig in Anspruchnahme von Fremdhilfe, da sie häufig nicht zur Verfügung steht oder nicht als passend erlebt wird (Nagl-Cupal & Metzging 2014).

Der folgende Beitrag geht vor allem auf den zuletzt beschriebenen Punkt ein und beleuchtet die Gestaltung von Kooperation als wichtigen Teil der Fremdhilfe zur Unterstützung von Familien im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigung. Dazu wird zunächst grundlegend anhand eines Modells auf den Aufbau von Unterstützung sowie auf die mögliche Rolle der Rehabilitationspädagogik in diesem Setting eingegangen. Das Modell entstammt der Literatur zum Themengebiet Young Carers, lässt sich aber auch im weiteren Zusammenhang verwenden, in dem Kinder und Jugendliche zwar Angehörige sind, jedoch keine Pflege- und Unterstützungsverantwortung tragen. Anschließend werden Auszüge einer Studie (Spittel 2024) mit Beratungsfachkräften eines schulischen Beratungssystems beschrieben und diskutiert, die die Gestaltung von Kooperation in der Arbeit mit betroffenen Familien näher erläutern. Der Beitrag endet mit einem Ausblick.

2 Unterstützung von Familien im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigung

Familien sind je nach Behandlung des Familienmitglieds, ihrer familiären Situation, ihrem Hilfe- und Unterstützungsbedarf und ihrer Alltagsgestaltung an verschiedene Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens angebunden. Dabei kann es sich um alltägliche Systeme, wie u.a. Schule, Kindergarten, Freizeiteinrichtungen, medizinische Praxen, aber auch für die Familien spezifische Systeme, wie u.a. Unterstützungen aus dem Bereich der Jugendhilfe, ambulante Pflegedienste, (teil-)stationäre Einrichtungen, therapeutisch-medizinische Hilfen, handeln. Zumeist haben die Systeme jedoch nur einzelne Familienmitglieder im Fokus, nicht aber die Familie als Einheit (bspw. Metzging 2007; Schrappe 2018). So werden auf der einen Seite Kinder und Jugendliche als Angehörige häufig übersehen und auf der anderen Seite sind Unterstützungsangebote, die allein bei diesen Kindern und Jugendlichen ansetzen, zumeist langfristig nicht ausreichend (Nap u. a. 2020). Eine umfassende und nachhaltige Unterstützung für betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Familien erfordert daher einen Einbezug aller Akteur:innen im Umfeld (Frech 2021). So wird in der internationalen Young Carers-Literatur (Leu & Becker 2016) für einen gesamtfamilialen Ansatz, den sogenannten „whole family approach“ (Frank & Slatcher 2009), plädiert.

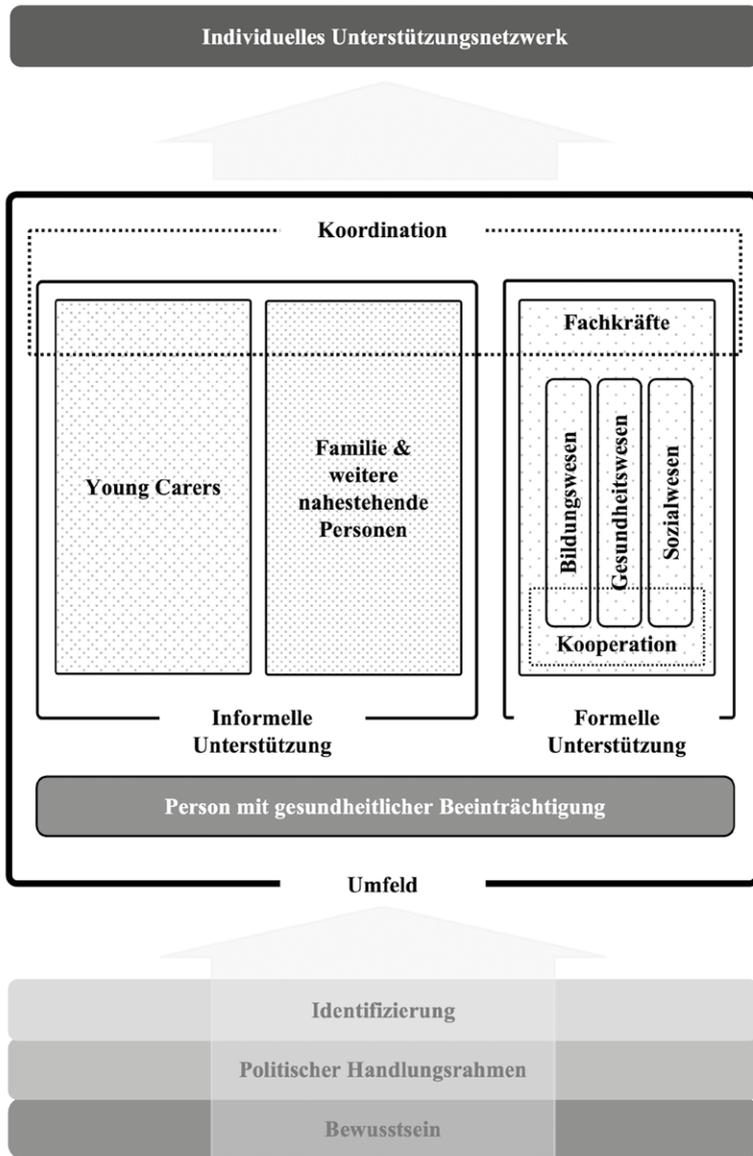


Abb. 1: Young Carers Model of Support
(Frech, 2021; übersetzt und modifiziert durch Verfasserinnen)

Diesen Ansatz aufgreifend entwickelt Frech (2021) ein Modell, welches den individuellen Aufbau eines multiprofessionellen Netzwerkes für betroffene Kinder und Jugendliche beschreibt. Das *Young Carers Model of Support* (YCSM; s. Abbildung 1) bezieht dabei sowohl formelle als auch informelle Unterstützungssysteme ein und bietet eine Grundlage, die notwendigen Akteur:innen sowie ihre Funktionen für den Aufbau eines nachhaltigen Unterstützungsnetzwerkes aufzuzeigen und die Interaktionen zwischen den Bereichen zu verdeutlichen (Frech 2021). Folgende Bereiche werden in dem Modell als wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Unterstützung von Young Carers hervorgehoben: Bewusstsein, politischer Handlungsrahmen und Identifizierung. Obwohl es, wie in den meisten europäischen Ländern, keine spezifische Gesetzgebung gibt (Leu u. a. 2022), bildet das internationale Übereinkommen über die Rechte des Kindes eine grundlegende Basis für einen politischen Handlungsrahmen. Dieses Abkommen zielt darauf ab, entwicklungsfördernde Bedingungen zu gewährleisten und Kindern und Jugendlichen besonderen Schutz zu bieten (United Nations General Assembly 1989). Ebenso sind spezifische Regelungen, die sich auf diese Zielgruppe in bestimmten institutionellen Kontexten beziehen, entscheidend für den Aufbau individueller Unterstützung für Young Carers (Spittel u. a. 2025). Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die Sensibilisierung und das Schaffen von Bewusstsein bei Fachkräften, die potenziell mit diesen Kindern in Kontakt kommen. Dieses Bewusstsein kann einerseits die Entwicklung spezifischer Regelungen und Gesetze fördern. Andererseits kann Bewusstsein durch diese Vorgaben bei Fachkräften entstehen. Schließlich ist auch die Identifizierung von Young Carers eine zentrale Voraussetzung im Rahmen des YCSM (Frech 2021). Kinder und Jugendliche sind als Angehörige, insbesondere wenn sie Pflege- und Unterstützungsaufgaben übernehmen, häufig unsichtbar, was zu einer eingeschränkten Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten führen kann (Smyth u. a. 2011; Fives u. a. 2013). Die Identifizierung und das Verständnis seitens der Fachkräfte und des gesamten Umfelds können somit die Grundlage dafür schaffen, geeignete Unterstützungsmaßnahmen für die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien zu initiieren (Szafran u. a. 2016; Leu u. a. 2018).

Diese Voraussetzungen treffen auf eine individuelle familiäre Situation, die in einem definierten Umfeld stattfindet. Dieses Umfeld besteht aus der Person mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, die Unterstützung benötigt, sowie den daraus resultierenden informellen und formellen Unterstützungssystemen (Frech 2021). Das informelle Unterstützungssystem, das als erste Säule fungiert und sich aus Familienmitgliedern oder weiteren nahestehenden Personen, einschließlich der Young Carers, zusammensetzt, entsteht häufig aus einer „Kumulation vorangegangener Lebensereignisse und Entscheidungen und entwickelt sich im Laufe der Zeit“ (Spittel u. a. 2025). Die zweite Säule des

Unterstützungssystem bildet das häufig vielfältig zusammengesetzte formelle Unterstützungsnetz. Es unterstreicht die Bedeutung der Koordination zwischen den beteiligten Fachkräften der formellen Unterstützung und der informellen Unterstützungsstruktur der jeweiligen Familie (Frech 2021). Das Modell verfolgt einen systemischen Ansatz, der sowohl a) die gesamte Familie und deren Lebenswelt als auch b) den Einbezug und die Zusammenarbeit mehrerer Akteur:innen, wie Fachkräfte aus Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen, umfasst (ebd.). Um gezielte Unterstützungsmaßnahmen zu entwickeln, ist es erforderlich, die verschiedenen Bereiche ganzheitlich zu analysieren, die Ressourcen der Familie sowie Versorgungslücken zu identifizieren. Auf diese Weise macht das YCSM die getätigten Versorgungsleistungen und Aktivitäten der Young Carers und ihrer Familienmitglieder sichtbar. Durch die Berücksichtigung ihres Umfelds und die Anwendung eines gesamtfamiliären Ansatzes, der auch die Fachkräfte einbezieht, wird es möglich, ein flexibleres und nachhaltigeres Unterstützungsnetz zu schaffen. Dabei geht es sowohl um den strukturierten Aufbau dieses Netzwerks als auch um dessen kontinuierliche Weiterentwicklung und Überprüfung (ebd.).

Mit Bezug auf die Prinzipien einer modernen Rehabilitationspädagogik (s. Beitrag Schulze, Stöhr & Podszus in diesem Buch) zeigt sich die Bedeutung dieser Disziplin für die Unterstützung von Familien im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigung: Neben einem ganzheitlichen Blickwinkel auf das betroffene Familienmitglied und der Orientierung am Umfeld, welche die Angehörigen in den Arbeitsprozess integrieren, können auch im Sinne eines präventiven Ansatzes die Angehörigen selbst in den Fokus gerückt werden. Auf diese Weise kommen der Rehabilitationspädagogik vor allem im Handlungsfeld Beratung (Schulze 2012) Aufgaben zu, die für Familien im Kontext von gesundheitlicher Beeinträchtigung von großer Relevanz sind. Darüber hinaus ist die Rehabilitationspädagogik als interdisziplinäres Arbeitsfeld (s. Beitrag Weiland & Wahl in diesem Buch) ein bedeutsamer Baustein des Aufbaus von Unterstützungsnetzwerken im Sinne der YCSM und bietet aufgrund der professionellen Ausrichtung eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen, die in den einzelnen Familien involviert sind.

3 Gestaltung multiprofessioneller und interdisziplinärer Kooperation im Kontext von gesundheitlicher Beeinträchtigung in Familien

Die häufig komplexen aber auch höchst individuellen Situationen von Familien im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigung bedürfen der Zusammenarbeit von Fachkräften verschiedener Disziplinen und Systeme, um in der Umsetzung von Unterstützung die gesamte Familie in den Blick zu nehmen und Hypothesen zu möglichen Zusammenhängen entwickeln zu können (Spittel 2024). Die Herausforderung besteht dabei darin, dass die unterschiedlichen beteiligten Akteur:innen des Gesundheitssystems, des Sozial- und Bildungswesens mit ihren verschiedenen Aufträgen zumeist einzelne Familienmitglieder im Fokus haben und sich an diese richten (Metzing 2007; Schrappe 2018). Im Kontext psychischer Erkrankungen von Eltern veranschaulicht Schrappe (2018, 133) dies beispielhaft wie folgt:

- Die Erwachsenenpsychiatrie und die Eingliederungshilfe für Erwachsene fokussieren vor allem den Patienten, die Patientin und nehmen deren Elternrolle und die Situation der Kinder kaum in den Blick.
- Die Jugendhilfe sieht zwar oft über das Kind hinaus auf die ganze Familie, einschließlich der Eltern, hat aber keinen Auftrag oder oft auch keine Fähigkeit zur Bearbeitung der psychischen Probleme der Erwachsenen.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet mit Minderjährigen, die bereits psychisch erkrankt sind, und bezieht die Eltern vor allem als Erziehungspersonen ein, nicht als Erwachsene mit einem eigenen Behandlungsbedarf.
- Andere Bereiche wie die Frühen Hilfen, die Kindertagesstätten oder die Schulen nehmen zwar oft die Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung durch eine elterliche psychische Belastung wahr, haben aber nicht die Funktion, darauf effektiv einzuwirken.

Bisher existieren kaum Strukturen zur Entstehung und Gestaltung von Kooperation im Kontext von gesundheitlicher Beeinträchtigung in Familien und es fehlt zumeist an Kommunikationskanälen zwischen beispielsweise Erwachsenenbehandlung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche (Spittel 2024). So entwickelt sich Kooperation zumeist eher beiläufig im Rahmen von Interventionen aufgrund spezifischer Problemlagen von Familienmitgliedern oder durch einen bestehenden Kontakt zwischen einzelnen Fachkräften unterschiedlicher Arbeitsbereiche, die sich und ihre Expertise z. B. aus vorherigen Fällen oder Fachtagungen zum Thema kennen (Schrappe 2018; Spittel 2024).

Im Rahmen einer Studie zu Handlungsmöglichkeiten der Unterstützung von Young Carers im Kontext externer schulischer Beratungsstrukturen wurde

deutlich, dass die Zusammenarbeit mit Fachkräften anderer Professionen einen wesentlichen Teil der möglichen Unterstützung durch die Beratungsfachkräfte ausmacht. Hierbei werden drei im Berufsalltag angewandte Formen der Zusammenarbeit beschrieben: das Anbinden betroffener Familien an Unterstützungssysteme, das Netzwerken (präventiv) und die Kooperation im konkreten Einzelfall (interventiv; Spittel 2024). Die Beratungsfachkräfte benennen dabei auch wesentliche Aspekte der Gestaltung und notwendige Voraussetzungen von multiprofessioneller und interdisziplinärer Kooperation im Kontext von Kindern und Jugendlichen in der Rolle als Angehörige von Familienmitgliedern mit gesundheitlicher Beeinträchtigung. Im Folgenden werden exemplarisch vier dieser Aspekte beschrieben und diskutiert:

3.1 Bewusstsein und Identifizierung als Fundament

Wie bereits im YCSM betont, bilden Awareness und Identifizierung Grundlagen für Kooperation. Die Fachkräfte der Studie betonen die Notwendigkeit einer Sensibilität und eines Bewusstseins für die Zielgruppe sowie ein Maß an Expertise und Fachlichkeit zum Thema bei Fachkräften aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, die mit betroffenen Familien potenziell in Kontakt kommen (Spittel 2024). So besteht ein Bedarf an themenbezogenen, interdisziplinären Fortbildungen, um eine gemeinsame Sprache und Wissensbasis zu Identifizierung, Verständnis und Umgang mit betroffenen Familien zu entwickeln (s. auch bspw. Gentner 2018; Nap u.a. 2020; Justin u.a. 2021; Untas u.a. 2022). Darüber hinaus betonen die Fachkräfte als weiteren Faktor für die Schaffung von Bewusstsein zur Bedeutung gesundheitlicher Beeinträchtigungen in Familien, dass das Thema im jeweiligen beruflichen Umfeld präsent gehalten werden muss (Spittel 2024). Nap u.a. (2020) geben in diesem Zusammenhang an, dass es vor allem um die Etablierung von Strukturen zur nachhaltigen Bewusstseins-schaffung gehen muss, da bisherige Bemühungen z. B. in Form von Kampagnen oder ähnlichem, nur als kurzzeitig wirksam beurteilt werden. Eine potenzielle Lösung, um dauerhaftes Bewusstsein zu schaffen, sehen die befragten Fachkräfte in einer spezifischen Ansprechperson für die Thematik in den einzelnen Einrichtungen. Dabei muss es keine Person sein, die ausschließlich dieses Thema bedient, sondern es kann auch mit weiteren Funktionen gekoppelt sein (Spittel 2024). Diese Ansprechperson könnte spezifische Informationen im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigung in Familien bündeln und bereithalten, damit verbundene Themen präsent halten und in bestimmte Prozesse einbringen oder auch Fachwissen bei Wechseln im Personal weitergeben (Kaiser u.a. 2024; Spittel 2024).

3.2 Vernetzung möglicher Unterstützungsangebote im Sozialraum

Eine wichtige Basis zur Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungsmaßnahmen ist die Kenntnis über diese Angebote sowie über Möglichkeiten aus unterschiedlichen Sektoren im Sozialraum. Dabei geht es ihnen jedoch nicht nur um eine Informationsbeschaffung, sondern es wird auch die Bedeutung eines persönlichen Kennenlernens innerhalb eines Fachkontextes im spezifischen Fall betont (Spittel 2024). So empfinden die Fachkräfte es oft einfacher, im konkreten Beratungsfall Kontakt aufzunehmen oder sich Informationen einzuholen, wenn ihnen das Angebot bekannt ist und sie einen direkten Kontakt nutzen können. Dabei heben die befragten Fachkräfte erneut den Besuch von gemeinsamen themenbezogenen Fortbildungen, aber auch Besuche untereinander hervor:

Also was mir helfen würde, wäre, wenn ich die Institutionen oder Angebote auch in Person mal kennenlernen. Also wenn ich dort vor Ort mal zu Besuch, dass man sich gegenseitig so vorstellt, wer, wer macht was. Also diese, diese Vernetzung, so diesen ersten Schritt aufeinander zugehen und was macht der andere überhaupt. Also das fände ich total toll, wenn man, wenn man das schaffen würde, einfach zu wissen, okay, wer steht dann eigentlich hinter diesem Angebot als Person. Und dass man dann auch vielleicht schneller, also dieses persönliche Kennenlernen hat natürlich den Vorteil, dass man auch schneller mal den Telefonhörer in die Hand nimmt und einfach mal nachfragt: ‚Was kann ich jetzt tun?‘ Oder sich Unterstützung holen, auch noch mal oder wenn man unsicher ist. Also das fände ich super hilfreich (Zitat einer Fachkraft in Spittel 2024, 293).

So wird deutlich, dass die Vernetzung und Verzahnung möglicher Unterstützungsangebote sowie weiterer Akteur:innen vor allem auch in einem präventiven Sinne von Relevanz sind, um möglichst schnell und angemessen handeln zu können.

3.3 Rahmenbedingungen einer gelingenden Zusammenarbeit

Zusätzlich zeigt sich, dass neben dem Kennen der unterschiedlichen Akteur:innen „Transparenz in Bezug auf Vorgaben, Richtlinien, Sichtweisen, Ziele und Befugnisse im Umgang mit betroffenen Familien der einzelnen Einrichtungen“ (Spittel 2024, 294) bestehen sollte. Auf diese Weise können in diesem Rahmen von Beginn an Kooperationsmöglichkeiten und -prozesse zur Unterstützung geplant und verschiedene Optionen festgelegt werden. Weitere geäußerte Aspekte gehen einher mit den Bedingungen einer gelingenden Kooperation nach Ziegenhain u. a. (2010), wie zum Beispiel der Klärung von Aufgabenverteilung und Verantwortung, der Entwicklung gemeinsamer Perspektiven und einer gemeinsamen Sprache, der Abklärung von gegenseitigen Erwartungen und gemeinsamen Zielen sowie einer Verlässlichkeit und der Begegnung

auf Augenhöhe. Hinzu kommt insbesondere im Umgang mit Familien im Kontext von gesundheitlicher Beeinträchtigung die Frage nach Regelungen zur Handhabung des Datenschutzes und der Schweigepflicht respektive dem Umgang mit Schweigepflichtsentbindungen (Kaiser & Schulze 2014, 2015; Spittel 2024). So gilt es für eine gelingende Kooperation Grenzen und Möglichkeiten der einzelnen Personen zu klären, darauf bezugnehmend die Rollen im jeweiligen Fall zu verteilen und auf dieser Basis ein gemeinsames Angebot für die jeweilige Familie zu entwickeln (Spittel 2024).

3.4 Vertrauen der Familien als zentraler Faktor

Zuletzt stellen die befragten Fachkräfte das Vertrauen der Familien als zentralen Faktor heraus, der die Umsetzung von Unterstützung maßgeblich beeinflusst. Hierbei geht es sowohl um Vertrauen in die einzelnen am Prozess beteiligten Personen als auch um das Vertrauen in bestimmte Institutionen und Einrichtungen (Spittel 2024). Nagl-Cupal und Hauprich (2018) nach sind positive Beziehungen, die auf Vertrauen, Verständnis und Akzeptanz basieren, eine zentrale Voraussetzung für die Annahme von Unterstützung. Sie erfordern ein hohes Maß an intensiver (Beziehungs-)Arbeit (Spittel 2024). So gilt es im Sinne des YCSM, alle Akteur:innen, auch die Eltern und weitere Familienmitglieder, als Partner:innen in die Kooperation einzubeziehen (Frech 2021). Dafür ist es insbesondere in der Gestaltung multiprofessioneller und interdisziplinärer Kooperation bedeutsam, ein gemeinsames Vorgehen zu erarbeiten, welches den Eltern und Familien transparent gemacht werden kann:

Und da ist natürlich auch wieder wichtig, dass man das transparent macht gegenüber den Eltern. Wer ist da noch, wer könnte noch als Unterstützer mit dazukommen und dass wir uns gemeinsam eben verantwortlich fühlen für die Familien und für die Schüler und Schülerinnen. Das wäre auch noch ein wesentlicher Aspekt und ganz, ganz wichtig. So dieses gemeinsame und wirklich Kommunizieren miteinander mit der Familie (Zitat einer Fachkraft in Spittel 2024, 269).

Darüber hinaus gilt es das Recht der Eltern in der Zusammenarbeit zu wahren, beispielsweise zu entscheiden, wer, wann, welche Informationen bekommt (Spittel 2024). Familien möchten Gestaltung und Ausmaß der Unterstützung von außen selbst festlegen und die grundsätzliche Verantwortung für die Situation behalten (Nagl-Cupal & Hauprich 2018).

Zur Umsetzung der genannten Aspekte wird eine gute Kommunikationsbasis zwischen allen beteiligten Akteur:innen als Grundvoraussetzung angesehen, deren Herstellung das erste wesentliche Ziel der multiprofessionellen und interdisziplinären Kooperation sowie der Zusammenarbeit mit den Familie darstellt (Spittel 2024).

4 Ausblick

Die Situationen von Familien, die gesundheitliche Beeinträchtigung im Familienleben erfahren, sind vielfältig, individuell und häufig komplex. Die einzelnen Familienmitglieder sind dabei in ihrem Alltag in unterschiedlicher Weise in Settings des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens eingebunden. Damit wird deutlich, dass Kinder und Jugendliche als Angehörige von Familienmitgliedern mit gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie deren Eltern und weitere Familienmitglieder in einer Vielzahl an Einrichtungen auftauchen. Um Unterstützung zu erfahren, sind sie darauf angewiesen, dass sie in ihren individuellen Kontexten wahrgenommen werden. Zudem gilt es, für eine langfristig gelingende und adäquate Hilfe einen Überblick über das gesamte System einer Familie zu haben und Maßnahmen aufbauend auf diesem Wissen zu gestalten. Dafür bedarf es der Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte. Kooperation im Kontext von gesundheitlicher Beeinträchtigung in Familien geht dabei aktuell zumeist von einzelnen Fällen aus und unterliegt keiner Struktur. Das führt dazu, dass diese häufig von einzelnen Fachkräften initiiert, aufgebaut und getragen wird. Die Schaffung multiprofessioneller und interdisziplinärer Strukturen, mit und durch Fachdisziplinen mit spezifischem Schnittstellenwissen, wie der Rehabilitationspädagogik, könnte dabei helfen, die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen beteiligten Akteur:innen zu verbessern und den Zugang durch ein transparentes Angebot für Familien zu erleichtern. Zeitgleich könnte so der Blick auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen, die in ihrer Rolle als Angehörige zunächst an keine konkrete Fachdisziplin angebunden sind, vor allem im Sinne eines präventiven Ansatzes fokussiert werden.

Literatur

- Achilles, I. & Hackenberg, W. (2005): „... und um mich kümmert sich keiner!“ Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder (4., überarb. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fives, A., Kennan, D., Canavan, J. & Brady, B. (2013): Why we still need the term ‘Young Carer’: Findings from an Exploratory Study of Young Carers in Ireland. In: *Critical Social Work* 14 (1), 49-61. <https://doi.org/10.22329/csw.v14i1.5872>
- Frank, J. & Slatcher, C. (2009): Supporting young carers and their families using a whole family approach. In: *Journal of Family Health Care* 19 (3), 86-89.
- Frech, M. (2021): Defining Support for Young Carers in Switzerland. Dissertation. Universität Wien: Wien.
- Frech, M., Nagl-Cupal, M., Leu, A., Schulze, G. C., Spittel, A.-M. & Kaiser, S. (2019): Wer sind „Young Carers“? Analyse der Begriffsverwendung im deutschsprachigen Raum und Entwicklung einer Definition. In: *International Journal of Health Professions* 6 (1), 19-31. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2019-0004>
- Gentner, T. (2018): Pflegende Kinder und Jugendliche an der Schule ...und die subjektiven Theorien ihrer Lehrer (Forschung Klinkhardt). Dissertation. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

- Hackenberg, W. (2008): *Geschwister von Menschen mit Behinderung. Entwicklung, Risiken, Chancen; mit 4 Tabellen (Sonderpädagogik, 1. Aufl.)*. München: Reinhardt.
- Heinemann, C. & Reinert, E. (Hrsg.). (2011): *Kinder krebskranker Eltern. Prävention und Therapie für Kinder, Eltern und die gesamte Familie (Klinische Psychologie Kindes- u. Jugendalter, 1. Aufl.)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Justin, P., Dorard, G., Vioulac, C., Leu, A. & Untas, A. (2021): What do French school staff know about young carers? A qualitative study about their perceptions. In: *Psychology in the Schools* 58 (8), 1531-1544. <https://doi.org/10.1002/pits.22510>
- Kaiser, S. & Schulze, G. C. (2014): *Pflegerische Tätigkeiten in der Familie. Eine mögliche Ursache für Schulabsentismus bei Kindern und Jugendlichen*. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 65 (9), 332-345.
- Kaiser, S. & Schulze, G. C. (2015): *Between Inclusion and Participation: Young Carers Who Are Absent From School*. In: *Journal of Cognitive Education and Psychology* 14 (3), 314-328. <http://dx.doi.org/10.1891/1945-8959.14.3.314>
- Kaiser, S., Siegemund-Johannsen, S., Schulze, G. C., Spittel, A.-M. (2024): *Basic Conditions for Support of Young Carers in School: A Secondary Analysis of the Perspectives of Young Carers, Parents, Teachers, and Counselors*. In: *Healthcare* 12 (11), 1143. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111143>
- Klein, M. (2005): *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien - Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen*. In: M. Klein, A. Pauly & T. Hoff (Hrsg.): *Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung (Band 1)*. Regensburg: Roderer.
- Knecht, C. (2016): *Geschwister von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Erleben und Bewältigungshandeln*. Wiesbaden: Springer.
- Lenz, A. (2014): *Kinder psychisch kranker Eltern (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Leu, A. & Becker, S. (2016): *A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'*. In: *Journal of Youth Studies* 20 (6), 750-762. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1260698>
- Leu, A., Berger, F. M. P., Heino, M., Nap, H. H., Untas, A., Boccaletti, L. u.a. (2022): *The 2021 cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to young carers'*. In: *Journal of Youth Studies*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2027899>.
- Leu, A., Frech, M. & Jung, C. (2018): *«You don't look for it» - a study of Swiss Professionals' Awareness of Young Carers and their Support Needs*. In: *Health & Social Care in the Community* 26 (4), e560-e570. <https://doi.org/10.1111/hsc.12574>
- Lux, K. & Eggert, S. (2017): *ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie*. In: *Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): ZQP-Report Junge Pflegende (1. Aufl.)*. Berlin, 14-25.
- Metzing, S. (2007): *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege (Programmbereich Gesundheit, 1. Aufl.)*. Dissertation. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Metzing, S., Ostermann, T., Robens, S. & Galatsch, M. (2019): *The prevalence of young carers - a standardised survey amongst school students (KiFam-study)*. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1-13. <https://doi.org/10.1111/scs.12754>
- Möller, B., Gude, M., Herrmann, J. & Schepper, F. (2016): *Geschwister chronisch kranker und behinderter Kinder im Fokus. Ein familienorientiertes Beratungskonzept (1. Aufl.)*. Vandenhoeck Ruprecht.
- Möller, B., Krattenmacher, T. & Romer, G. (2011): *Kinder krebskranker Eltern: Entwicklungspsychologische Aspekte, kindliche Belastungen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten. Ein Überblick über Forschung und Praxis*. In: *Zeitschrift der Gesundheitspsychologie* 19 (2), 69-82. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000041>
- Nagl-Cupal, M. & Hauprich, J. (2018): *Being we and being me: Exploring the needs of Austrian families with caring children*. In: *Health & Social Care in the Community* 26 (4), e532-e540. <https://doi.org/10.1111/hsc.12567>

- Nagl-Cupal, M. & Metzger, S. (2014): Kinder und Jugendliche im Brennpunkt familiärer Pflege: Versuch einer Zusammenschau. In: S. Metzger & M. Nagl-Cupal (Hrsg.): Familienorientierte Pflegeforschung. Kinder und Jugendliche im Brennpunkt (Schriftenreihe Pflegewissenschaft der Universität Wien, Band 3, 1. Aufl.). Wien: facultas.wuv, 209-219.
- Nap, H. H., Hoefman, R., Jong, N. de, Lovink, L., Glimmerveen, L., Lewis, F. u.a. (2020): The awareness, visibility and support for young carers across Europe: a Delphi study. In: *BMC Health Services Research* 20 (1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05780-8>
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln (Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, 1. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Popek, V. & Hönig, K. (2015): Krebs und Familie. Aufgaben und Belastungen Angehöriger. In: *Der Nervenarzt*, 86. Jg., 266-273. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4154-z>
- Romer, G., Bergelt, C., Möller, B. & Barth, L. (Hrsg.). (2014): Kinder krebskranker Eltern. Manual zur kindenzentrierten Familienberatung nach dem COSIP-Konzept. Göttingen: Hogrefe.
- Romer, G. & Haagen, M. (2007): Kinder körperlich kranker Eltern (Praxis der Paar- und Familientherapie, Bd. 5). Göttingen: Hogrefe.
- Schmutz, E. (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie; eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Mainz: Institut für Sozialpäd. Forschung.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.). (2006): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie (Soziale Praxis, Band 21, 2. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Schrapppe, A. (2018): Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern. Kompetent beraten, sicher kooperieren. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schulze, G. C. (2012): Die Bedeutung der Rehabilitationspädagogik in der Versorgungsforschung am Beispiel der Partizipations- und Teilhabeförderung für Erwachsene mit einer erworbenen Hirnschädigung. In: G. C. Schulze & A. Zieger (Hrsg.): *Erworbenene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Smyth, C., Blaxland, M. & Cass, B. (2011): 'So that's how I found out I was a young carer and that I actually had been a carer most of my life'. Identifying and supporting hidden young carers. In: *Journal of Youth Studies* 14 (2), 145-160. <https://doi.org/10.1080/13676261.2010.506524>
- Spittel, A.-M. (2024): *Young Carers als Zielgruppe eines Beratungssystems im Kontext Schule*. Dissertation.
- Spittel, A.-M., Frech, M. & Schulze, G. C. (2025): Das Young Carers Model of Support (YCSM) für multiprofessionelle Kooperation bei schulabsentem Verhalten. In: K. Speck & H. Ricking (Hrsg.): *Multiprofessionelle Kooperation und Schulabsentismus*. Wiesbaden: Springer VS, 169-189.
- Szafran, O., Torti, J., Waugh, E. & Duerksen, K. (2016): Former Young Carers Reflect on Their Caregiving Experience. In: *Canadian Journal of Family and Youth* 8 (1), 129-151. <https://doi.org/10.29173/cjfy27145>
- Tröster, H. (2013): Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: M. Pinquart (Hrsg.): *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention; mit 7 Tabellen*. Berlin: Springer, 101-117.
- United Nations General Assembly (1989): *Convention on the Rights of the Child*.
- Untas, A., Vioulac, C., Justin, P., Leu, A. & Dorard, G. (2022): Professionals' Awareness of Young Carers in Schools: Results from a French Survey. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (21), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114172>
- Wagenblass, S. & Spatschek, C. (Hrsg.). (2023): *Kinder psychisch erkrankter Eltern. Sehen - wissen - handeln*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A., Hofer, A., König, C. & Fegert, J. M. (2010): *Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz*. Köln: NZFH.

Autor:innen

Spittel, Anna-Maria, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9090-1091>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gesundheitliche Beeinträchtigung im

Kontext Familie, Young (Adult) Carers, Health Literacy

E-Mail: anna-maria.spittel@uni-oldenburg.de

Schulze, Gisela C., Prof. Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5633-6176>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Absentismus/Dropout in

Bildung & Rehabilitation; Young (Adult) Carers; Feldtheorie (Lewin),

Person-Umfeld-Analyse; Partizipative Versorgungsforschung

E-Mail: gisela.c.schulze@uni-oldenburg.de

Child-to-Parent-Violence im Kontext familiendynamischer Risiko- und Ressourcenfaktoren – eine Herausforderung an interdisziplinäre Kooperation

Zusammenfassung

Child-to-Parent-Violence ist ein in der Praxis an den Schnittfeldern der Rehabilitationspädagogik und Therapie häufig anzutreffendes Phänomen und gleichzeitig eines der großen Tabuthemen für Familien (und ihre Helfer:innen). Gleichzeitig zeigen sich in der Forschung und im akademischen Diskurs eklatante Lücken, besonders im deutschsprachigen Raum. Der Beitrag, der aus einem laufenden Forschungsprojekt berichtet, versucht, eine Systematisierung des Forschungsfeldes aufzuzeigen, indem auf Grundlage des internationalen Forschungsstandes anhand zweier Fallbeispiele erste Hypothesen zur Familiendynamik entwickelt und weitere Perspektiven für Forschung und Praxis aufgezeigt werden.

1 Child-to-Parent-Violence als Feld der Professionalisierung

Wenn Kinder ihren Eltern gegenüber gewalttätig werden, ist dies zweifelsfrei für das familiäre Selbstverständnis ein „Worst-Case-Szenario“. Die Hilflosigkeit der betroffenen Eltern ist oft groß, gleichzeitig wird das Szenario von Scham und eigenen Versagensgefühlen begleitet, so dass Familien häufig versuchen es zu bagatellisieren oder geheim zu halten (vgl. Rotthaus 2006; Mazziotta 2019). Nicht selten sehen wir in der Praxis auch lange Phasen der Leugnung bis hin zu einer fehlenden Wahrnehmung, dass es sich tatsächlich um gewalttätige Übergriffe handelt, denen die Eltern erzieherisch nichts mehr entgegenzusetzen haben. Dabei ist Child-to-Parent-Violence kein seltenes Phänomen. In der beraterischen Praxis in Arbeitsfeldern der Erziehungsberatung, der Kinder- und Jugendhilfe, der Sonderpädagogik wie auch der Psychotherapie ist dieses Phänomen Teil des täglichen Arbeitsfeldes. Und selbst im Bereich der polizeilichen Arbeit im Kontext familiärer Gewalt ist dieses Phänomen

extrem relevant. Ausgehend davon, dass familiäre Gewalt zwar auch insgesamt ein extrem hohes Dunkelfeld aufweist, welches niemals polizeilich erfasst wird, aber dass Child-to-Parent-Violence auf Grund der benannten Tendenz der familiären Tabuisierung und der Hemmschwelle, das eigene Kind juristisch zu belangen, mit Abstand die am seltensten angezeigte Form familiärer Gewalt darstellen dürfte, ist es bemerkenswert, dass die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) in ihrer Sonderauswertung häuslicher Gewalt einen Anteil von 23,4% ausweist, in denen das Täter-Opfer-Verhältnis „Kind gegen Eltern“ ist (BKA 2022, 54; Abbildung 1; Dabei ist allerdings die Partnerschaftsgewalt als eigene Deliktcategory ausgeschlossen und auch Übergriffe von erwachsenen „Kindern“ gegen ihre Eltern, z.B. im Kontext häuslicher Pflege sind miterfasst).

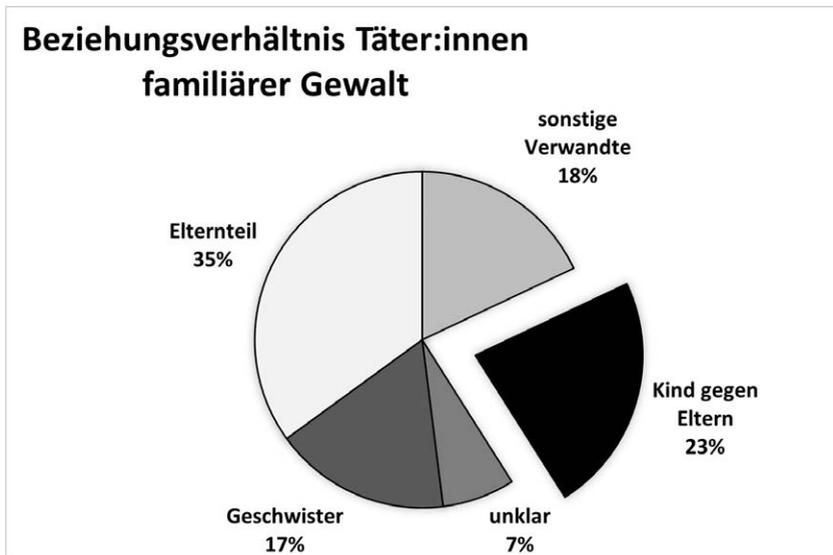


Abb. 1: Anteil von Gewalt „Kinder gegen Eltern“ in der polizeilichen Kriminalstatistik (Daten: BKA 2022; eigene Abbildung)

Konsequent ist entsprechend, dass sich im Bereich der Trainings- und Coachingverfahren für Familien mittlerweile einige Ansätze entwickelt haben (vgl. von Schlippe & Grabbe 2012; Livings u.a. 2023), um dem Phänomen zu begegnen. Interessanterweise finden sich hier aber kaum fundierte theoretische Überlegungen und erst recht keine empirische Grundlegung zum Phänomen der Gewalt von Kindern gegen ihre Eltern. Ein Blick auf die verfügbare Studienlage zeigt dabei allerdings noch gravierender, dass der Forschungsstand

in Deutschland, aber auch international, eher dünn und lückenhaft, auf die Arbeit weniger Arbeitsgruppen (vor allem im spanischsprachigen Wissenschaftsraum, z. B. die Arbeitsgruppen um Izaskun Ibabe oder Lourdes Contreras) gegründet oder als Sekundärauswertung von Studien mit eigentlich anderen Forschungsfragen (z. B. des Schüler:innen-Surveys des kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsens) erscheint (vgl. Creutz u. a. 2024).

Insofern stellen gewaltförmige Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen gegenüber ihren Eltern eine Herausforderung für die Professionalisierung von Fachkräften in Handlungsfeldern der Rehabilitationspädagogik dar. Die Differenzierung zwischen „zu erwartendem Verhalten“, welches natürlich einer erzieherischen Antwort aber nicht zwangsläufig einer professionellen Intervention bedarf, und pathologischen Mustern der Familiendynamik bis hin zur akuten oder latenten Kindeswohlgefährdung ist nicht ausreichend beschrieben. Es existiert keine verlässliche Definition dieses Phänomens und damit auch weder eine hinreichend empirisch fundierte Differenzierung der Erscheinungsformen noch eine genaue Vorstellung zur Prävalenz des Phänomens (ebd.). Und vor allem: der Umgang mit Tabuisierung, Leugnung, Bagatellisierung und gleichzeitig die Frage, wie mit der besonderen Not und Kränkung der Familien, wie mit ambivalenten Opfer- und Täterrollen und wie mit dem Thema Kinderschutz umgegangen werden kann, ist nicht durch hinreichendes Wissen, aber durch einen extremen Handlungsdruck in der Praxis gekennzeichnet – und damit löst jede Disziplin dieses Phänomen mit den Möglichkeiten und Erklärungsmustern, die in der jeweiligen Community gerade als vorherrschende Muster allgemein verfügbar erscheinen – und somit bleibt eine spezifische Befassung mit dem Thema aus. Gleichzeitig wird dadurch der interdisziplinäre Dialog erschwert, da das Phänomen in den üblichen Systematisierungsversuchen (Trauma? Beziehungs- bzw. Bindungsstörung? Psychiatrische Erkrankung? Ganz normale Aggression/ Gewalt?) verschwindet und kaum koordinierte Handlungsansätze entstehen.

2 Zum Forschungsstand und Forschungslücken zur Child-to-Parent-Violence

Aus dieser Situation heraus haben die Autor:innen dieses Beitrags ein Forschungsprojekt begonnen, dessen Ziel es ist, zentrale Fragen dieser Thematik zu klären und praxisrelevante Impulse abzuleiten. Zu diesem Schritt wurde zunächst ein Systematic Review zum internationalen Forschungsstand durchgeführt und dieses mit den wenigen verfügbaren Daten aus dem deutschsprachigen Raum kontrastiert (Creutz u. a. 2024). Im zweiten Schritt wurden 20 Gutachten, die in verschiedenen Szenarien (familiengerichtliche

Begutachtungen nach §1631b oder im Rahmen von Kindeswohlverfahren, Beratungsgutachten im Rahmen der Jugendhilfeplanung) erstellt wurden und ausführliche Familienanamnesen auf Grundlage verstehender diagnostischer Verfahren enthielten (vgl. Baumann u.a. 2021), mittels Verfahren qualitativer Sozialforschung untersucht und familiendynamische Muster herausgearbeitet. Dies wurde durch die Ethik-Kommission der Fliedner Fachhochschule genehmigt. Im dritten Schritt sollen anhand der Erkenntnisse aus den ersten beiden Schritten die notwendigen Grundlagen für eine große quantitative Erhebung geschaffen und diese umgesetzt werden, um ein möglichst genaues Lagebild über die Situation in Deutschland zu erhalten.

Das Systematic Review des internationalen Forschungsstandes zeigt, dass es allem voran an einer verbindlichen Definition und Systematisierung des Forschungsgegenstandes fehlt. Diese Schwäche zieht sich durch alle Studien hindurch, so dass auch die Ergebnisse schwer vergleichbar sind. So ist die einzig verfügbare jüngere Studie im deutschsprachigen Raum (Beckmann u.a. 2021) mit nur fünf Fragen an das Thema herangegangen und unterscheidet lediglich zwischen „verbalen Aggressionen“ und „physisch/ körperlichen Aggressionen“. Die Prävalenz, die in dieser Datenauswertung ermittelt wurde, lag bei 45,27% für verbale Aggressionen und bei 5,54% für die physischen Aggressionen (ebd.). Da diese Daten lediglich auf fünf Fragen beruhen, die Neuntklässlern (N=6.444) in einer Schülerbefragung bezogen auf das vergangene Jahr gestellt wurden, sind die Zahlen zwar zur Abschätzung des Phänomens aussagekräftig, aber zu wenig differenziert um für die genauere Beschreibung des Phänomens oder die Entwicklung von Grundlagenwissen für die pädagogisch-therapeutische Praxis herangezogen werden zu können. Vor allem in der Frage nach der Intensität (eine einmalige Beschimpfung wurde bereits mitgezählt, bei körperlichen Aggressionen wurde unterschieden zwischen Stoßen und Schubsen, Schlagen oder Treten und Schlagen mit einem Gegenstand; ebd.). In der internationalen Studienlage werden dagegen sehr unterschiedliche Kategorisierungen und Systematisierungen verwendet und entsprechend schwanken die Prävalenzen zwischen 5-11% für schwere Vorfällen und insgesamt zwischen 21 und 73%, wobei die Wiederholungswahrscheinlichkeit mit der Schwere der Vorfälle zuzunehmen scheint (vgl. Creutz u.a. 2024). Es ist also offensichtlich, dass die fehlende Differenzierung und Definition die Datenlage sehr unübersichtlich macht. Die aktuelle Studienlage macht aus Sicht der Autor:innen folgende Einteilung sinnvoll: verbale Gewalt, psychische Gewalt, physische Gewalt und finanzielle Gewalt (Abbildung 2).

Differenzierungen:

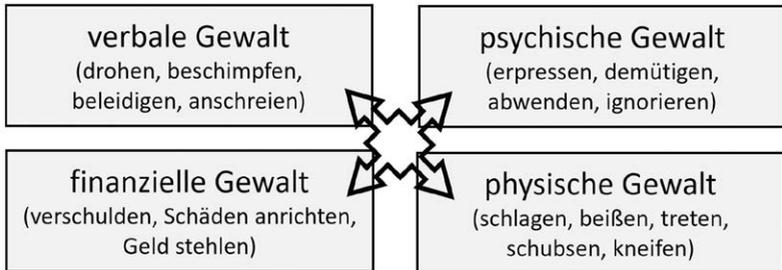


Abb. 2: Notwendige Differenzierung von Formen der Child-to-Parent-Violence
(Creutz u.a. 2024)

Diese Differenzierung wird für unsere Arbeitsgruppe zukünftig forschungsleitend sein.

Wohl mit Abstand am besten untersucht sind dagegen die Risikofaktoren für Child-to-Parent-Violence. Diesbezüglich herrscht weitestgehend Konsens über die verschiedenen Studien hinweg, inklusive der deutschen Daten von Beckmann u.a. 2021 (vgl. Creutz u.a. 2024). Als Risikofaktoren für Child-to-Parent-Violence haben die Studien ermittelt:

- Stress/Belastung der Jugendlichen
- Häusliche Gewalt anderer Familienmitglieder
- Verhaltens- oder psychische Auffälligkeiten
- Zwang und Disziplinierungsmaßnahmen durch die Eltern
- Ein autoritärer oder vernachlässigender Erziehungsstil

Diese Faktoren sind einerseits relativ unspezifische Faktoren, die allgemein für familiäre Gewalt gelten (vgl. Baumann 2020), andererseits zeigt sich aber auch hier, dass die fehlende theoretische Differenzierung und Fundierung der Daten die Studien schwer für die Praxis interpretierbar macht. Insofern ist die qualitative Analyse von gut dokumentierten Einzelfallvignetten ein wichtiger nächster Schritt, um überhaupt die notwendige theoretische Grundlage zu schaffen, um ein genaueres Lagebild dieses Themas zu erarbeiten.

3 Lia und Cem – zwei Fallvignetten

Lia¹ ist das älteste Kind ihrer leiblichen Mutter und einem Mann, mit dem die Mutter eine kurze Affäre hatte und dessen Identität sie immer wieder relativiert hat. Mit wenigen Monaten wird Lia durch das örtliche Jugendamt in Obhut genommen, da Nachbarn melden, dass sie immer wieder, teilweise die ganze Nacht, allein in der Wohnung zurückbleibt, während die Mutter feiern geht. Über eine Bekannte der Sachbearbeiterin des Jugendamtes kommt sie in eine Familie zur Bereitschaftspflege in der Stadt, in der auch die leibliche Mutter lebt. Nachdem das Familiengericht der Kindsmutter das Sorgerecht für Lia entzogen hat und eine dauerhafte Unterbringung in einer Pflegefamilie anvisiert wird, wird das Bereitschaftspflegeverhältnis in ein Dauerpflegeverhältnis umgewandelt. Zwei Jahre später bekommen die Pflegeeltern noch ein leibliches Kind, einen Sohn. In den ersten drei Jahren pflegt die leibliche Mutter unregelmäßig begleitete Umgänge, anschließend bricht der Kontakt ab. Als Lia acht Jahre alt ist, tritt ihr der unterschiedliche Nachname erstmals richtig ins Bewusstsein und sie hinterfragt, warum die Pflegeeltern so oft eine „fremde Frau“ (die Amtsvormünderin) nach bestimmten Dingen fragen und zu wichtigen Terminen mitnehmen müssen. Sie erkennt den Unterschied zu ihrem Pflegebruder und erfragt, ob es nicht eine Möglichkeit gäbe, „richtig“ zur Familie zu gehören. Die Pflegeeltern entschließen sich also, die Möglichkeit einer Adoption zu prüfen, die schließlich bewilligt wird. Im Rahmen dieses Verfahrens erfährt Lia, dass sie noch zwei jüngere leibliche Geschwister hat, die bei der Mutter leben – ein Kontakt entsteht aber nicht.

Die ersten elf Jahre beschreiben die Adoptiveltern Lia als „überangepasst“. Sie machen sich eher Sorgen bezüglich des extremen Perfektionismus des Mädchens. Mit elf Jahren kippt die häusliche Situation. Lia gerät an der weiterführenden Schule unter Druck in einigen Schulfächern. Sie setzt sich selbst unter starken Druck und will top Leistungen zeigen, es gelingt ihr aber nicht. Sie bittet ihre Adoptivmutter um Hilfe, wenn diese dann aber nach ihren Aufgaben sieht und Hinweise geben will, wird Lia sehr aufgebracht und aggressiv. Mehrfach beschimpft sie die Adoptivmutter wüst, schreit nach ihrer leiblichen Mutter und wirft zum Teil mit Gegenständen durch die Wohnung, wobei sie ihre Mutter einmal mit einem Becher am Kopf trifft und verletzt. Die Eltern suchen ein erstes Mal eine Erziehungsberatungsstelle auf. Mit zwölf Jahren finden die Eltern heraus, dass Lia heimlich über ein verstecktes Handy Kontakt zu ihrer leiblichen Mutter

1 Die Fallvignetten wurden aus der Stichprobe unserer qualitativen Studie extrahiert. Selbstverständlich wurden alle Namen, Ortsangaben, Jahreszahlen sowie alle Details, die geeignet scheinen, zur Identifizierung der Betroffenen beizutragen, anonymisiert und verfremdet. Die Nutzung der anonymisierten Daten zu Forschungszwecken wurde durch die Ethikkommission der Fließner-Fachhochschule geprüft und folgt strengen Auflagen (vgl. Creutz u.a. 2025)

hat. Sie fragen Lia, warum sie ihren Wunsch nach Kontakt zur Mutter nicht einfach gesagt hat, und Lia antwortet ihnen, dass sie (die Adoptiveltern) denken würden, dass Menschen wie ihre Mutter „asozial“ seien.

Wenig später läuft Lia das erste Mal weg. Sie entwendet vorher in der Wohnung einige Schmuckstücke, die sie auf dem Schulhof völlig unter Wert verkauft. Mit zehn Euro in der Tasche versucht sie, in eine nahe gelegene Großstadt zu trampeln. Von der Polizei aufgegriffen macht sie falsche Angaben und lässt sich zu ihrer leiblichen Mutter fahren, die sie bei sich aufnimmt. Drei Tage später meldet sich die Mutter beim Jugendamt, nachdem es zu einem schweren Konflikt zwischen ihr und Lia gekommen sei. Lia kehrt zu ihren Adoptiveltern zurück. Es folgt eine Serie von Inobhutnahmen, Psychiatrieaufenthalten und Rückführungen in die Familie. Als Lia vierzehn ist, diagnostiziert die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein ADHS, prognostisch Verdacht auf eine beginnende Persönlichkeitsstörung und stellt die Frage nach Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in den Raum, den die leibliche Mutter zwar verneint, aber im Kontext ihrer Lebensgewohnheiten in Lias ersten Lebenswochen drängt sich dieser Verdacht doch mehr und mehr auf. Aus Sicht des Jugendhilfesystems liegt eine schwere frühkindliche Traumatisierung sowie eine schwere Geschwisterrivalität vor. Lia selbst gibt an, es nicht länger als wenige Stunden ohne ihre (Adoptiv-)Familie, allen voran die Adoptivmutter, auszuhalten, weshalb die Fremdunterbringungen sowie die Klinikaufenthalte immer wieder eskalieren würden. Gleichzeitig eskalieren die Konflikte zuhause immer schwerer.

Kurz vor ihrem fünfzehnten Geburtstag eskaliert die Situation mit ihren Eltern final, als Lia während eines Urlaubs in einem südeuropäischen Land in den Abendstunden wegläuft. Der Vater sucht nach ihr und findet sie mit anderen Jugendlichen am Strand. Aus dem Stand heraus eskaliert Lia und beginnt zu schreien, wirft sich auf den Boden und behauptet, der Vater habe sie geschlagen. Andere Hotelgäste rufen die Polizei, die den Vater in Handschellen abführt. Es dauert mehrere Stunden, bis Lia einräumt, sich die Vorwürfe nur ausgedacht zu haben. In den Folgetagen bis zum Rückflug entwendet Lia die Flugtickets und verschenkt diese an einen Unbekannten, so dass den Eltern ein Schaden von mehreren hundert Euro entsteht und die Rückreise um einen Tag verschoben werden muss. Die Eltern versuchen, Lia aus dem Weg zu gehen, damit die Situation im Ausland nicht noch weiter eskaliert. Daraufhin schlägt Lia bei einem abendlichen Spaziergang ihren Arm immer wieder gegen einen Laternenpfahl, bis Elle und Speiche schließlich brechen. Daraufhin trennt sich die Familie für die verbleibenden drei Tage auf und die Mutter kümmert sich rund um die Uhr um Lia, während der Vater den Urlaub mit dem Bruder beendet. Zurück in Deutschland kommt Lia in die Psychiatrie und von dort aus in eine Intensivwohngruppe, von wo aus ein zweijähriger stetiger Wechsel von Einrichtungen

startet, bis sich die Situation mit sechszehn Jahren etwas beruhigt und Lia in einer individualpädagogischen Intensivmaßnahme stabilisiert werden kann.

Cems Mutter ist in einer sehr ländlichen Region eines asiatischen Landes aufgewachsen. Ihre Familie gehört einer ethnischen wie auch religiösen Minderheit an. Die Mutter berichtet von massiver körperlicher Gewalt durch ihren Vater gegen sie und ihre Schwester. Mit zwölf Jahren wird die Mutter mit einem Mann aus dem Dorf verheiratet. Nur wenige Tage nach der Hochzeit kommt sie zum ersten Mal ins Krankenhaus, weil sie im Intimbereich genäht werden musste. Mit vierzehn wird die Mutter zum ersten Mal mit Cems ältester Schwester schwanger, was ebenfalls eher traumatisch verlief, da sie keinerlei Aufklärung und Vorbereitung erhalten hatte. Eine Tante habe ihr bei der Geburt geholfen. Nur wenige Monate nach der Geburt wurde sie ein zweites Mal schwanger.

Als die älteste Tochter drei und die jüngere Schwester noch keine zwei ist, flieht die Familie in ein Nachbarland, da in ihrem Land eine Verfolgung ihrer Minderheit droht. Zwei weitere Jahre später bricht in dem Land, in das sie geflüchtet waren, eine kriegerische Auseinandersetzung verschiedener Milizen aus, und die Familie flieht erneut. Es gelingt ihnen gemeinsam mit einem Bruder der Mutter, in ein osteuropäisches EU-Land zu gelangen. Noch während der Flucht wird die Mutter ein drittes Mal schwanger und Cem kommt schließlich in der EU zur Welt. Die Familie lebt sechs Jahre in Europa, als in dem Land, aus dem sie nach Europa geflüchtet waren, erneut schwere militärische Auseinandersetzungen eintraten. In diesem Zuge verhalf eine einheimische Frau, die sich um die Mutter gekümmert habe, der Mutter und ihren Kindern zur Flucht vor dem nach wie vor brutalen Ehemann nach Deutschland. Sie erreicht eine Flüchtlingseinrichtung einer norddeutschen Großstadt, als Cem sieben Jahre alt ist. Die älteren Schwestern kommen in Wohngruppen der Jugendhilfe in Deutschland unter, während die Mutter mit Cem in einer Großunterkunft für Flüchtlinge verbleibt und kaum sprachliche Kompetenzen erwirbt. Als allein reisende Frau mit Kind ist sie völlig isoliert.

Zum Zeitpunkt, an dem Cem die Mutter erstmalig schlug, war dieser gerade neun Jahre alt. Aus Scham erzählte sie den Sozialarbeiterinnen der Einrichtung nichts sondern verließ die Einrichtung und lebte in einer Obdachlosenunterkunft. Teilweise übernachtet sie auch bei der ältesten Tochter, die inzwischen im ambulant betreuten Wohnen untergekommen ist. In der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe gelingt es schließlich, dass die Mutter und Cem in eine eigene Wohnung ziehen, aber über die Gewalt von Cem gegen sie schweigt sie weiter. Offen wird das erst, als einer Lehrerin von Cem auffällt, dass die Mutter beim Elterngespräch eine Sonnenbrille trägt. Sie erkennt die Schatten eines „blauen Auges“ und erstattet Anzeige wegen Verdacht auf familiäre Gewalt. Bei der Prüfung durch das Jugendamt wird deutlich, dass Cem der Täter dieser Übergriffe ist. Zwei Versuche, Cem aus dem mütterlichen Haushalt herauszuholen, scheitern,

da Cem immer wieder schwere depressive Episoden erlebt und die Mutter ihn daraufhin wieder zu sich nimmt. Als Cem 15 ist, wird schließlich ein Antrag auf geschlossene Unterbringung gestellt. Gleichzeitig entwickelt die Familie aber eine neue Perspektive: Die beiden Schwestern, die die deutsche Sprache hervorragend erlernt haben, durch die Unterstützung der Jugendhilfe mit Behördenangelegenheiten bestens vertraut sind und beide in Berufsausbildungen waren, zogen mit der Mutter gemeinsam in eine größere Wohnung. Der Alltag wurde deutlich strukturierter und es gelang, über einen Träger, der die mittlere Tochter lange begleitet hatte, einen Einzelfallhelfer für Cem und die Familie zu finden. So wurde versucht, ein Netzwerk zu stricken, um Cem in der Familie halten zu können. Diese Perspektive erschien der Jugendhilfe einen Versuch wert und der Antrag auf geschlossene Unterbringung wurde zurückgezogen.

4 Erste Muster, die in den Fallvignetten deutlich werden

Die Daten der 20 ausführlich analysierten Fallkonstellationen, von denen hier zwei sehr kurz vorgestellt wurden, befinden sich gerade in der qualitativen Auswertung. Es zeigen sich allerdings eine Reihe von Motiven und Mustern, die sich deutlich differenzierter darstellen, als es der bisherige Forschungsstand darstellbar macht. Lia und Cem können dabei als gute Beispiele hierfür gesehen werden.

So zeigt sich bei beiden – wie in den meisten unserer Fallkonstellationen – dass das „Opfer“ der Child-to-Parent-Violence in den häufigsten Fällen die engste Bezugsperson des Kindes ist. Beide Fälle zeigen das typische Muster von einem ungeheuren Nähebedürfnis zu eben dieser Bezugsperson bei gleichzeitiger Aggression. Erst im weiteren Verlauf weitet sich die Aggression auch auf andere Familienmitglieder, meist den anderen Elternteil, aus. Lia ist an der Stelle beispielhaft – während sie ihre Adoptivmutter schwer verbal angeht (beschimpfen) und teilweise psychisch unter Druck setzt, greift sie später auch zu physischer Gewalt (bewerfen mit Gegenständen). Dem Vater gegenüber greift sie später zum Mittel der finanziellen Gewalt und zur indirekten psychischen Gewalt, in dem sie ihn einige Stunden Polizeigewahrsam aussetzt als „Strafe“ für die Begrenzung während des Urlaubs. Schließlich richtet sich die Gewalt auch gegen sich selbst, als sie merkt, dass sie auf Grund ihrer Gewalt, die als Kontrollversuch über die Familie (vor allem die Adoptivmutter) auf Grund von verunsicherten Rollen in der Familie (Zugehörigkeit) zu deuten ist, die Kontrolle vollkommen verliert und ihre Position in der Familie in Gefahr zu geraten scheint. Die leibliche Mutter, die als Kontextvariable des ursprünglichen Traumas zu betrachten ist, wird an keiner Stelle mit Gewalt konfrontiert, im Gegenteil sogar teilweise idealisiert.

Prototypisch bei Cem sieht man wie in vielen Fällen, dass sich die Gewalt natürlich im Kontext einer komplexen, oft generationenübergreifenden familiären

Gewalt entwickelt – dies stimmt mit der Studienlage klar überein (siehe oben). Allerdings zeigt sich hier eine sehr typische und auch beklemmende Dynamik: Die Child-to-Parent-Violence entfaltet sich gegen den Elternteil, der im Kontext der familiären Gewalt auch vorher schon Opfer von Gewalt war, und zwar kurz nach der Trennung vom Täter. Dies macht es für das Opfer, in Cems Fall die Mutter, noch prekärer: Hat sie es endlich geschafft, sich nach Misshandlungen durch den Vater von der körperlichen und sexuellen Gewalt des Vaters zu lösen, beginnt ihr Sohn sie zu schlagen. Die Demütigung ist damit kaum noch zu überbieten und die endgültige Aufgabe jeglicher Hoffnung auf ein Leben ohne Gewalt weicht einer Resignation. Die Mutter hat auf Grund ihres eigenen Traumas Cems Gewalt bereits mit neun Jahren nichts mehr entgegensetzen und gerät so immer wieder in den Strudel der Gewalt hinein.

Ebenfalls typisch in beiden Fallverläufen ist, dass sich die Problematik später in das Hilfesystem ausweitet. Beginnen die Familien, sich Unterstützung aus dem Helfersystemen zu suchen, beginnen auch hier die Konflikte zu eskalieren und der Drehtüreffekt zwischen Jugendhilfe, Schule und Psychiatrie nimmt seinen Lauf.

5 Perspektiven

Die beiden Beispiele zeigen deutlich, wie wenig präzise das Phänomen der Child-to-Parent-Violence in der Forschung aktuell beschrieben ist, aber auch, wie bedeutsam es für die Professionalisierung von Fachkräften ist, hier systematisches Wissen zu erwerben und in Handlungsstrategien zu übersetzen. Es bedarf auch in diesen Fällen eines tiefen pädagogischen Fallverstehens der Familiendynamik, um auf unterschiedliche Variablen reagieren zu können. Natürlich ist auch Child-to-Parent-Violence eine Form der Gewalt, die viele Parallelen zu anderen Gewaltformen aufweist – dennoch gibt es spezifische Aspekte der Familiendynamik, die zu durchbrechen spezifische Qualifizierung erfordert. In unserem qualitativen Teilschritt unseres Forschungsprojektes widmen wir uns dabei sicherlich nicht unbedingt prototypischen Fällen, die mit einer wie oben eingeschätzten Prävalenz von etwa 5% anzunehmen sind, sondern besonders schweren Verläufen mit erheblichem Gewaltpotential. Aber genau über diesen Weg versuchen wir, Dynamiken zu erkennen und zu beschreiben, um anschließend eine präzisere Definition und ein klareres Bild dieses Phänomenbereiches für die Praxis zu entwickeln.

Klar ist: Child-to-Parent-Violence ist nicht nur von Seiten der Familien aus ein tabuisiertes Thema – auch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ist es gemessen an seiner Präsenz im Praxisfeld der psychosozialen Beratung und Therapie vollkommen unterrepräsentiert und bedarf dringend einer tieferen Erarbeitung.

Literatur

- Baumann, M. (2020): Familiäre Gewalt in der Corona-Zeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik (18) 3, 233-250.
- Baumann, M., Bolz, T. & Albers, V. (2021): Verstehende Diagnostik in der Pädagogik. Verstörenden Verhaltensweisen begegnen. Weinheim: Beltz.
- Beckmann, L., Bergmann, M. C., Fischer, F. & Mößle, T. (2021): Risk and Protective Factors of Child-to-Parent Violence: A Comparison Between Physical and Verbal Aggression. In: Journal of Interpersonal Violence 36 (3-4). <https://doi.org/10.1177/0886260517746129>
- BKA (2022): Bundeslagebild häusliche Gewalt 2022. Online unter: <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/HaeuslicheGewalt/HaeuslicheGewalt2022.html> (Abrufdatum: 01.11.2023).
- Creutz, O., Bolz, T. & Baumann, M. (2024): Child-to-Parent Violence - Der Blinde Fleck in der Forschung zur familiären Gewalt? Ergebnisse eines Systematic Reviews des internationalen Forschungsstandes. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (73) 3/2024, 200-218. <https://doi.org/10.13109/prkk.2024.73.3.200>
- Creutz, O., Bolz, T. & Baumann, M. (2025): Child-to-Parent Violence: Qualitative Analysis of Case Vignettes with Significant Potential for Violence. In: Int J Global So Work, volume 6, 121.
- Livingston, M. S., Hsiao, V., & Withers, M. (2023): Breaking the Cycle of Family Violence: A Critique of Family Violence Interventions. Trauma, Violence, & Abuse, 24(4), 2544-2559. <https://doi.org/10.1177/15248380221098049>
- Mazziotta, A. (2019): „Mein jüngster Sohn hat mich geschlagen!“ Gewalt gegen Eltern. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung (37) 1, 13-23.
- Rotthaus, W. (2006): Familiäre Gewalt, die von den Kindern ausgeht - Ein neues gesellschaftliches Phänomen. In: Kontext (37) 3, 231-246.
- von Schlippe, A. & Grabbe, M. (Hrsg.). (2013): Werkstattbuch Elterncoaching – Elterliche Präsenz und gewaltloser Widerstand in der Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Autor:innen

Baumann, Menno, Professor Dr. phil. habil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5309-4950>

Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf

Professur für Intensivpädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Verstehende pädagogische Diagnostik,

Junge Menschen mit massiv verstörenden Verhaltensweisen im Hilfesystem,

Interdisziplinäre Gewaltforschung

E-Mail: baumann@fliedner-fachhochschule.de

Creutz, Olivia, Lehrbeauftragte, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1494-2273>

Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf

MA Soziale Arbeit, Stadt Erkrath

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Verfahrenslotsin, Fachkraft für

Kinderschutz, Lehrbeauftragte im Studiengang Kindheitspädagogik

an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf Forschungsprojekt:

Child-to-Parent-Violence

E-Mail: o.creutz@studium.fliedner-fh.de

Zur Bedeutung der Emotion Scham für die Rehabilitationspädagogik am Beispiel erwachsener Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen

Zusammenfassung

Die Emotion Scham findet in rehabilitationspädagogischer Theorie und Empirie nur selten Erwähnung, obwohl sie, der Literatur zur Emotion Scham zufolge, eine z. T. verstärkte Rolle bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen, psychischen Störungen und/oder Behinderungen spielen und maladaptive Verhaltensweisen auslösen kann. Der Beitrag gibt einen ersten Einblick in die Bedeutung der Scham für die Rehabilitationspädagogik und fokussiert dabei Schamerleben bei erwachsenen Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Dabei wird aufgezeigt, welche Erkenntnisse sich bislang in Theorie und Empirie der Nachbardisziplinen der Rehabilitationspädagogik finden lassen und was diese für rehabilitationspädagogisches Handeln und Forschen im Kontext der Emotion Scham bedeuten.

1 Einleitung

Jemand demütigt uns, verletzt uns oder trifft uns an einem sehr verwundbaren Punkt unseres Selbst. Wir werden hart kritisiert, vielleicht sogar traumatisiert, ausgegrenzt oder sind öffentlich Stigmatisierung und Beschämung ausgesetzt – hier wird der Samen für die zukünftige Schampflanze gesät. Im Laufe der Jahre kommen andere Schamsituationen hinzu. Wir fallen raus aus irgendwelchen Mustern, die von wem auch immer zum Ideal erklärt werden, und die Schampflanze wächst weiter. Sie wächst und wächst und wächst. Vielleicht wächst sie uns über den Kopf.

Das obige Zitat stammt aus dem Buch „About shame“ von Laura Späth (2021, 26), in dem sie sich basierend auf ihrer eigenen Biografie mit dem Schamgefühl auseinandersetzt. Sie beschreibt Scham dabei als eine Pflanze, die sich von Idealabweichungen ernährt und durch diese immer weiterwächst. Das Abweichen von einer Norm oder einem Ideal mag im Leben der meisten Menschen

irgendwann einmal eine Rolle spielen. In der Rehabilitationspädagogik, die sich aus pädagogischer Perspektive mit Menschen mit (drohenden) Behinderungen beschäftigt, kann dieses Thema als zentral verortet werden. Eine Auseinandersetzung mit der Emotion Scham ist in jeglichen pädagogischen Kontexten eine „Rarität“ (Stöhr & Schulze 2023a, 87), für die Rehabilitationspädagogik fehlt sie beinahe gänzlich.

Der vorliegende Beitrag soll einen ersten Einblick in die Bedeutung dieser Emotion aus rehabilitationspädagogischer Perspektive geben. Dazu werden zunächst theoretische Grundlagen zur Emotion Scham vorgestellt. Daraufhin wird ein Einblick in die Auseinandersetzung mit dem Schamgefühl in Bezug auf eine Zielgruppe der Rehabilitationspädagogik – erwachsene Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen – gegeben. Hieraus werden im nächsten Abschnitt Konsequenzen für rehabilitationspädagogisches Handeln und Forschen abgeleitet.

2 Theoretische Grundlagen zum Thema Scham

Gemäß Lewis (1995) tritt das Schamgefühl auf, wenn ein Mensch das eigene Verhalten, die eigenen Gefühle oder Gedanken mit internalisierten Standards, Regeln oder Zielen abgleicht, dabei zu dem Ergebnis kommt, versagt zu haben und dieses Versagen auf sich als ganze Person zurückführt. Daraus resultiert dann ein schmerzhaftes Minderwertigkeits- bzw. Wertlosigkeitsgefühl, mit dem Bedürfnis, zu verschwinden oder sich zu verstecken, einem Fokus auf sich selbst und einer Art Verwirrung (ebd.). Damit hat Scham „eine wichtige Alarm- und Schutzfunktion. Wie die Angst eine natürliche oder äußere Gefahr signalisiert, zeigt die Scham ein Problem der Beziehung zu sich selbst und zu anderen Menschen an.“ (Hell 2021, 8). Da Scham an kognitive Voraussetzungen gebunden ist, kann ein Mensch sich frühstens ab dem Kleinkindalter schämen (Lewis 1995). Viele Menschen mögen beim Thema Scham erst einmal an das Thema Nacktheit denken. Tatsächlich gibt es die sogenannte „Intimitäts-Scham“ (z. B. Marks 2021), die bei körperlicher Nacktheit, aber auch beim Publik werden von Gefühlen, Gedanken oder kreativen Dingen auftreten kann. Scham ist zudem möglich, wenn Menschen ausgegrenzt werden oder sich ausgegrenzt fühlen (bspw., weil sie gegen die Normen der Gesellschaft, der Familie oder des Freundeskreises verstoßen), gegen ihre eigenen Werte handeln oder nicht in ihrer Einzigartigkeit gesehen werden (ebd.). Ebenso werden Misserfolge oder Kontrollverluste mit Scham in Verbindung gebracht (z. B. Hilgers 2012). Neben spontan auftretenden Schamgefühlen kann es auch grundsätzliche Gefühle von Minderwertigkeit oder Unerwünschtheit geben (ebd.). Besonders am Schamgefühl ist, dass es möglich ist, sich mitfühlend mit oder für eine andere

Person zu schämen (z. B. Marks 2021). Durch Beschämung können andere Menschen Scham in einer Person auslösen (ebd.).

Scham gilt als eines der unangenehmsten Gefühle, sodass es in psychologischem Sinne häufig abgewehrt wird (bspw. Hell 2021). Neben einem sichtbaren Erröten, Erbleichen, Schwitzen oder Zusammensacken, können damit auch Prozesse im Kontext von Erstarren, Flüchten (z. B. Kontaktabbruch oder Suchtverhalten) oder Angreifen (z. B. andere Beschämen) entstehen (Marks 2021). Die Reaktionsweisen können in einem Kontinuum von mild bis pathologisch auftreten (Nathanson 1994).

3 Scham bei der Zielgruppe der Rehabilitationspädagogik am Beispiel von erwachsenen Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen

Stöhr und Schulze (2023b) befragten Studierende der Sonderpädagogik und Pädagogik u. a. zu der Frage, welche Rolle Scham in ihrem späteren Beruf spielen kann. Dabei zeigte sich, dass die Studierenden grundlegende Schamaspekte des Handlungsfeldes (in dem Fall der Schule) sehen, aber es sonderpädagogische Verstärker geben kann, die sich auf die verstärkte Relevanz von Andersartigkeit und vermehrte Pflegesituationen und intime Themen beziehen. Das Schamerleben der Schüler:innen kann aus Sicht der Studierenden kurzfristige Konsequenzen haben, aber auch langfristig den pädagogischen Prozess beeinträchtigen. Diese Einschätzung deckt sich mit der eben benannten Aussage von Nathanson (1994), dass Schamreaktionen auch pathologisch werden können. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, sich mit Scham im rehabilitationspädagogischen Kontext zu beschäftigen. Die Heterogenität der Zielgruppe, der Handlungsfelder und Prozesse der Rehabilitationspädagogik bringt es mit sich, dass an dieser Stelle nicht alle Facetten betrachtet werden können. Es sei hier lediglich erwähnt, dass Beeinträchtigungen, Erkrankungen und psychische Störungen grundsätzlich mit Scham verbunden sein können (Marks 2021). Bei psychischen Störungen kann Scham neben einer Art „Begleiterscheinung“ auch ein Symptom der Störung sein oder bei der Entstehung und Aufrechterhaltung mitwirken (Lammers 2020). Es kann auch ein Symptom einer psychischen Störung sein, wenn das Schamerleben fehlt (ebd.). Gleichzeitig kann, die Ausführungen von Lewis (1995) weiterdenkend, die Abwesenheit der Scham auch eintreten, wenn die kognitiven Voraussetzungen für das Erleben von Scham nach Erreichen des Kleinkindalters nicht gegeben sind und deshalb eine Rolle bei Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen haben.

In Bezug auf Scham für Erkrankungen prägt Barnowski-Geiser (2022, 20f.) den Begriff der Krankheitsscham: „Unter belastender Krankheitsscham soll hier das Sich-Schämen einer Person verstanden werden, das gekoppelt, synchron (oder im Anschluss) mit einer Erkrankung sowie ihren Symptomen und Folgen auftritt.“

Der vorliegende Abschnitt soll einen Einblick in das Thema Scham bei der rehabilitationspädagogischen Zielgruppe geben und fokussiert dabei Erwachsene mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Neben krankheitsübergreifenden Betrachtungen sollen an dieser Stelle zwei Krankheitsbilder fokussiert werden, die bereits mehrfach in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Scham bei Erkrankungen diskutiert wurden: Dabei handelt es sich um Darmerkrankungen und um onkologische Erkrankungen.

3.1 Krankheitsübergreifende Betrachtungen

In einer kulturwissenschaftlichen Studie forderte Stage (2022) auf einer Online-Plattform Menschen mit chronischen Erkrankungen auf, über erlebte Scham zu schreiben („Storytelling“). Dabei ergibt sich zum einen, dass die Scham für den Körper v.a. darauf basiert, dass die Personen wenig Energie haben und deshalb nur wenig in der Welt agieren können, wobei sie gleichzeitig sehr sensibel auf die Welt reagieren. Zwar wird Scham auch in Bezug auf Blicke von Ärzt:innen etc. genannt, aber besonders spielt Scham eine Rolle bei nahestehenden Menschen, wenn die Betroffenen z.B. ihre Rolle (als Partner:in oder Elternteil) nicht erfüllen können oder sozial unvorhersehbar handeln (z.B. Termine absagen). Es wird zudem beschrieben, dass sich Schamerfahrungen verändern können, indem sie bei Auftreten der Erkrankung stärker werden, abnehmen, wenn die Diagnose gestellt wird, da dann klar ist, was los ist und abnehmen, wenn die Betroffenen einen Umgang mit der Erkrankung finden. Die Geschichten in sozialen Medien zu teilen wird als hilfreich eingeschätzt, weil die Erkrankung und das Schamerleben dann nicht mehr alleine auf Ebene des Individuums betrachtet werden.

Trindade und Kolleg:innen untersuchen mehrfach Scham bei verschiedenen chronischen Erkrankungen in Verbindung mit unterschiedlichen Aspekten der Lebensqualität v.a. im Hinblick auf die Frage, welche Rolle psychische Vorgänge, die in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie zentral sind, dabei einnehmen.

So finden Trindade u.a. (2018) an 115 portugiesischen Collegestudierenden, die jeweils mind. eine chronische Erkrankung haben, heraus, dass krankheitsbezogene Scham, d.h. Scham, die sich konkret auf die chronische Erkrankung bezieht, einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit und die Qualität sozialer Beziehungen (als Formen der Lebensqualität) hat. Dabei wird

die Beziehung zwischen Scham und psychischer Gesundheit hauptsächlich durch den Mediator „experiential avoidance“ vermittelt, also der Vermeidung (unangenehmer) innerer Erfahrungen, und die Beziehung zwischen Scham und den sozialen Beziehungen wird hauptsächlich mediiert durch die Angst, von anderen Mitgefühl zu erhalten (z. B. weil man dann abhängig sein oder als schwach betrachtet werden könnte). Gleichzeitig mediiert die „experiential avoidance“ aber die Beziehung zwischen Scham und sozialen Beziehung und die Angst, Mitgefühl von anderen zu erhalten die Beziehung zwischen Scham und psychischer Gesundheit. Die Autor:innen weisen darauf hin, dass auf Basis der Studie keine Kausalschlüsse möglich sind und es sich möglicherweise eher um einen „Teufelskreis“ handeln könnte.

Matos-Pina u.a. (2022) untersuchen bei 223 Menschen mit chronischer Erkrankung und 230 Menschen ohne chronische Erkrankung, die Beziehungen zwischen externaler und internaler Scham (d. h. Scham, weil die Person denkt, dass sie von anderen negativ beurteilt wird und Scham, weil sie sich selbst negativ beurteilt) und psychischer Gesundheit im Hinblick auf zwei psychologische Prozesse, zum einen die Fähigkeit eigene Gedanken und Gefühle als vorübergehendes inneres Erleben wahrzunehmen (die nicht voll der Realität entsprechen) („decentering“) und zum anderen eine Ausrichtung des eigenen Verhaltens auf darunterliegende Werte („committed action“). Im Ergebnis hängen beide Schamformen negativ mit der psychischen Gesundheit zusammen. Dabei mediierten die beiden psychologischen Prozesse die Beziehung zwischen externer Scham bzw. interner Scham und psychologischer Gesundheit, d. h. das jeweilige Schamerleben hängt negativ mit „decentering“ und „committed action“ zusammen, welche jeweils positiv mit der psychologischen Gesundheit korrelieren. Der Effekt von externe Scham auf „committed action“ kann dabei durch „decentering“ erklärt werden.

Die negative Beziehung zwischen externer Scham und „decentering“ ist nur signifikant bei der Gruppe mit chronischen Erkrankungen, während die negative Beziehung von internaler Scham und „decentering“ bei beiden signifikant ist, aber stärker für die Gruppe ohne chronische Erkrankung.

Cerna u.a. (2022) untersuchen Scham und Schuld bei tschechischen Erwachsenen (n= 1000, ab 15 Jahren) in Verbindung mit chronischen Erkrankungen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass höhere Schamgefühle, im Gegensatz zu höheren Schuldgefühlen, keine signifikanten Verbindungen zur chronischen Erkrankung aufweisen. Die Autor:innen merken dabei an, dass der Begriff der Scham in Tschechien weniger verbreitet ist als der Schuldbegriff und daher gemutmaßt werden kann, dass dies einen Einfluss auf die Studienteilnehmer:innen hatte.

3.2 Darmerkrankungen

Murphy u. a. (2022) beschäftigen sich auf Basis ihrer Forschung sowie eigener Erfahrungen der Erstautorin, mit Scham bei Frauen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und der Offenbarung, an dieser Erkrankung zu leiden, gegenüber anderen Menschen. Ziel ihrer Studie ist es, Scham bei Frauen mit entzündlichen Darmerkrankungen zu verstehen und wie diese Scham die Entscheidung, die Erkrankung gegenüber anderen zu offenbaren beeinflusst. Es wurden in diesem Zuge 16 Interviews mit betroffenen Frauen geführt und analysiert: In allen Fällen erleben die Frauen psychologisch schwierige Emotionen, wobei Scham die vorherrschende Emotion ist. Dabei wird beschrieben, dass die Erkrankung und die damit einhergehenden Symptome von anderen verurteilt werden können und es als schwere Belastung wahrgenommen wird, eine unheilbare Krankheit zu haben. Scham tritt dabei aufgrund der Symptomatik in sozialen Kontexten auf, in denen Stigmatisierung stattfindet. Für einige Personen entsteht Scham, weil andere denken könnten, sie seien selbst schuld an der Erkrankung. Eine Person benennt, dass sie sich schämt, weil sie der Gesellschaft so viel kostet und es anderen eigentlich doch noch schlechter geht als ihr. Die Krankheit gegenüber anderen zu offenbaren wird als problematisch beschrieben, da soziale Stigmata einen Einfluss auf das Schamgefühl und die Krankheitsoffenbarung haben und es unangenehm ist, von der Erkrankung zu erzählen. Einige Personen wünschen sich entsprechend, sie hätten eine weniger stigmatisierte Erkrankung. Eine Person beschreibt, sie habe die Krankheit sogar vor den eigenen Eltern geheim gehalten. Bei einigen Person beeinflusst die Erkrankung Interaktionen im Gesundheitskontext. Manche Personen versuchen gegen ihr Schamgefühl anzukämpfen, ein Teil beschreibt dabei auch eine Überwindung des Schamgefühls. In der Diskussion dieser Ergebnisse greifen die Autor:innen u. a. auf, dass chronisch-entzündliche Darmerkrankungen eine doppelte Belastung darstellen, weil es sich zum einen um chronische, unsichtbare Erkrankungen handelt *und* zum anderen um Erkrankungen über die niemand sprechen möchte.

Trindade u. a. (2017) entwickeln auf Basis einer Online-Fragebogenerhebung einer Stichprobe von 161 portugiesischen Patient:innen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen ein Strukturgleichungsmodell, welches zeigt, dass die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen depressive Symptome vorhersagen, diese Verbindung aber hauptsächlich durch die krankheitsbezogene Scham und Selbstverurteilung mediiert wird.

Als mögliche Gründe für krankheitsbezogene Scham bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen diskutieren sie,

- dass andere Menschen die Betroffenen wegen ihrer Symptomatik negativ beurteilen könnten,
- dass die Krankheit auch unsichtbar sein kann,
- dass Betroffene aufgrund von Krankheitssymptomen Termine spontan absagen müssen, was andere für eine Ausrede halten könnten und was zur sozialen Isolation führen kann,
- dass es bspw. Situationen gibt, wo Betroffene bestimmte Sachen nicht essen dürfen,
- dass sie ein negatives Körperbild haben können,
- dass das Krebsrisiko erhöht sein kann und
- dass Symptome als eigene Schuld und mangelnde Kontrolle interpretiert werden könnten.

Zudem entwickeln sie ein Erhebungsinstrument für chronische-krankheitsbezogene Scham.

Trindade u. a. (2020) zeigten zudem, ebenfalls an 161 Patient:innen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, dass die krankheitsbezogene Scham einen direkten und indirekten Effekt auf die psychische Gesundheit und die Qualität sozialer Beziehungen hat. Die indirekten Effekte werden dabei durch die Vermeidung unangenehmer (innerer) Erfahrungen („experimental avoidance“) und einem Verhalten, das nicht die eigenen Werte etc. widerspiegelt („uncommitted living“) mediiert.

Corradi u. a. (2022) beschäftigen sich mit Scham bei sogenannten „bathroom-dependent conditions“ (BDC). Es handelt sich dabei um einen Oberbegriff für verschiedene Erkrankungen, wie bspw. entzündliche Darmerkrankungen oder Urininkontinenz, bei denen Menschen häufig öffentliche Toiletten nutzen müssen. Entsprechend untersuchen die Autor:innen die Beziehung zwischen negativen Erfahrungen in der Nutzung öffentlicher Toiletten (bspw. lange Wartezeiten, Tür nicht abschließbar, kein Toilettenpapier usw.) und krankheitsbezogener Scham. Im Rahmen einer größeren Studie füllten 193 Teilnehmende mit einer entsprechenden Erkrankung einen Online-Fragebogen aus. Tatsächlich zeigte sich eine signifikante positive Verbindung zwischen negativen Erfahrungen in der Nutzung öffentlicher Toiletten und krankheitsbezogener Scham.

Wenngleich in der Erforschung von Scham bei körperlichen Erkrankungen krankheitsbezogene Scham als Folge der Erkrankung fokussiert wird, gibt es auch einzelne Auseinandersetzungen mit Scham als ein ursächlicher Faktor zur Entwicklung der jeweiligen Krankheit:

Papacosta u. a. (2021) untersuchen im Rahmen eines Online-Surveys an einer Stichprobe von 129 Menschen mit entzündlichen Darmerkrankungen und 129 Menschen in einer Kontrollgruppe, d. h. Personen ohne entzündliche Darmerkrankungen, u. a. die Scham- und Schuldneigung sowie die Externalisierung von Schuld als Persönlichkeitstrait. Die Autor:innen argumentieren, dass bei der Erforschung der Ätiologie dieser Erkrankungen häufig biologische Faktoren im Vordergrund stehen, im Sinne des biopsychosozialen Ansatzes aber auch psychologische Faktoren, wie in diesem Fall Scham und Schuld, in den Fokus genommen werden sollten. Hierbei wird bspw. die Schamneigung als Persönlichkeitstrait betrachtet, da eben nicht die krankheitsbezogene Scham gemessen werden soll, sondern eine vorbestehende Neigung zu Scham- bzw. Schuld erleben. Weiter für eine Erforschung dieses Themas spricht gemäß der Autor:innen, dass Stress, z. B. basierend auf Scham, die Symptome entzündlicher Darmerkrankungen verstärken kann und die Krankheiten in Zusammenhang mit Depression und Angst stehen. In Bezug auf die Schamneigung zeigt sich in der Studie, dass die Gruppe an Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen signifikant höhere Werte in der Schamneigung aufweisen. Zudem ergibt eine binäre logistische Regression, dass die Schamneigung ein Prädiktor für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sein kann, d. h. diejenigen, die eine hohe Schamneigung haben, haben eher eine dieser Erkrankungen als diejenigen mit einer niedrigen Schamneigung. Die Autor:innen weisen dennoch daraufhin, dass kausale Aussagen auf Basis der Studie nicht möglich sind.

3.3 Onkologische Erkrankungen

In Bezug auf onkologische Erkrankungen gibt es nur wenige empirische Studien. Eine dieser Studien ist die von Wertheim u. a. (2018). Sie kommen in einer israelischen Fragebogenstudie mit 80 Krebspatient:innen und 80 Partner:innen von (anderen) Krebspatient:innen zu dem Ergebnis, dass die Beziehung zwischen Schamneigung und Depression bzw. Schamneigung und Angst bei Betroffenen von Selbstverbergung („Self concealment“, als psycholog. Gegenstück zu Selbstenthüllung/Selbstoffenbarung; als Trait und kontextbezogen im Kontext der Erkrankung) mediiert wird. Dabei weisen weibliche Patient:innen eine höhere Schamneigung auf als männliche und Partner:innen von Betroffenen weisen höhere Werte in der Schamneigung und Angst auf als Betroffene.

McGinnis Richards (1991) beschreibt ihre eigenen Schamerfahrungen in Bezug auf ihre Krebserkrankung. Sie beschreibt, dass den Patient:innen die Verantwortung für die Heilung zugeschrieben wird, indem sie eine gesunde Einstellung haben sollten. Zudem haben Menschen so sehr Angst vor Krebs, dass sie den Umgang mit Betroffenen meiden. Außerdem empfindet sie es als

beschämend die Kontrolle über das Alltagsleben zu verlieren, die eigene mangelnde physische Stärke (z. B. Ausdauer) zu bemerken, sich als eine Last zu fühlen (in Bezug auf die Benötigung von viel Unterstützung aber auch finanzieller Ressourcen), traumatisierende Arztbesuche zu erleben und die Haare wegen der Chemotherapie zu verlieren. Hack (2019) kommt aus einer psychoonkologischen Betrachtung zu ähnlichen Schamaspekten, macht dabei aber auch darauf aufmerksam, dass es Verbindungen zu früheren Schamerlebnissen im Leben der Personen geben kann: Sie sieht die Sichtbarkeit der Erkrankung (bspw. durch Haarverlust), die Übertragung der Verantwortung für die Erkrankung auf die Patient:innen (bspw. indem die Erkrankung als Resultat einer ungesunden Lebensweise gesehen wird) und den Verlust der Leistungsfähigkeit ebenso als relevant an. Weiter benennt sie, dass der Körper bei medizinischen Untersuchungen etc. oft bloßgestellt wird, v.a. weil die andere(n) Person(en) bzw. das medizinische Personal ja bekleidet sind, wobei es passieren kann, dass Betroffene sich als ein entwertetes Objekt fühlen. Ein Vertrauen schaffendes Gespräch könnte vor der Untersuchung hilfreich sein, um dem entgegenzuwirken. Zudem wird im Krankheitsfall häufig die Intimität aufgehoben (nicht nur vor Ärzt:innen, sondern auch vor Pflegepersonal und Mitpatient:innen), was besonders beschämend sein kann, wenn es z. B. um einen Verlust über die Kontrolle des Schließmuskels geht. Insgesamt kann der Kontrollverlust über die Körperfunktionen, Gefühle oder die geistige Verfassung zu einem Verlust von Selbstbestimmung und Identität führen. Auch Angst vor Hilflosigkeit kann entstehen. Eine chronische oder sichtbare Erkrankung kann zudem zur Furcht vor Abwertung führen, die die Patient:innen dann oft vorwegnehmen und sich selbst abwerten. Das Schamgefühl kann zudem in Rückzug oder Schamabwehr in Form von Beschämung des Pflegepersonals resultieren. Auf der anderen Seite kann es auch zu Schamgefühlen bei den behandelten Personen kommen (z. B. weil sie nicht „helfen“ können), wodurch unempathische Kommunikation oder Tabuisierung von Schamgefühlen auftreten kann.

Schröer und Hirschmüller (2022) diskutieren, ebenfalls aus psychoonkologischer Sicht, ähnliche Punkte, machen aber konkret auf eine benötigte Schamkompetenz bei Mitarbeitenden im medizinischen Kontext aufmerksam. Dazu gehört aus ihrer Perspektive

- die Auseinandersetzung mit eigenen Schamgefühlen,
- ein Gespür für schamvolle Situationen und ein einfühlsamer Umgang damit,
- die Wahrnehmung und Achtung der Schamgrenzen von anderen,
- das Überdenken von Umgang mit sowie Wirkungen und Folgen von Macht,
- das Entwickeln eines geschützten Raumes,

- das Erkennen besonders beschämender Erkrankungen (z.B. des Urogenital-Traktes),
- das Anwenden verschiedener Möglichkeiten, um auf das Schamgefühl zu achten, z.B. das Verstecken eines Urin-Beutels oder das konkrete Ansprechen der Patient:innen mit Namen sowie
- die Erkenntnis, dass für einige Patient:innen bereits das In-Anspruchnehmen psychoonkologischer Beratung ein Schamgrund sein kann.

4 Rehabilitationspädagogische Handlungs- und Forschungskonsequenzen

In der Literatur und Forschung wird Scham bei Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen sehr unterschiedlich untersucht. So steht in einigen Studien Scham *für* eine chronische körperliche Erkrankung im Fokus, während andere Studien z. B. die (möglicherweise schon vorbestehende) Schamneigung betrachten. Entsprechend wird Scham in manchen Studien als Prädiktor für negative Outcomes der psychischen Gesundheit oder der Lebensqualität bei betroffenen Personen thematisiert, wobei die Beziehung jedoch von anderen psychischen Vorgängen beeinflusst wird. In anderen Studien wird Scham wiederum als Moderator oder Mediator zwischen chronischer Erkrankung und negativen Outcomes betrachtet. Bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen wird Scham als krankheitsfördernder Aspekt diskutiert. Auf der Ebene konkreter Krankheitsaspekte, die zu Scham führen, lässt sich übergreifend feststellen, dass sowohl die Sichtbarkeit einer Erkrankung als auch die Unsichtbarkeit zu Schamgefühlen führen kann, letzteres z. B. weil damit eine nötige Krankheitsoffenbarung gegenüber anderen verbunden sein kann. Zudem kann der Verlust der Leistungsfähigkeit, das Gefühl eine Last zu sein oder der Verlust der Selbstbestimmung mit Scham in Verbindung stehen. Es ist anzumerken, dass es (chronische) Erkrankungen gibt, die besonders Scham auslösend und stigmatisierend sein können. Zudem wirkt es beschämend, wenn die Verantwortung für die Erkrankung oder Heilung den Betroffenen zugesprochen wird.

Was lässt sich nun aus diesen Ausführungen für die Rehabilitationspädagogik in der Arbeit mit Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen ableiten? Zunächst lässt sich erkennen, dass das Schamgefühl mit Selbstbestimmung und Partizipation in Zusammenhang steht, indem es zu Scham kommen kann, wenn diese Bereiche beeinträchtigt sind. Wenngleich das Hauptziel der Rehabilitationspädagogik in der Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation liegt und sie damit auch einen „schampräventiven“ Charakter aufweist, ist es, auch aufgrund der Prozesshaftigkeit der Entwicklung von Selbstbestimmung und Partizipation, unumgänglich, dass die Rehabilitationspädagogik

Patient:innen in ihren Schamgefühlen begleitet, d.h. einen sicheren Raum für Wahrnehmung und Thematisierung dieser bietet, Schamgefühle normalisiert sowie adaptive Möglichkeiten zum Umgang mit der Scham aufzeigt und unterstützt, um einer reduzierten Lebensqualität und negativen Outcomes in der psychischen Gesundheit, entgegenwirken können. Wie genau dies jedoch aussehen kann, ist bislang unzureichend erforscht. Ein Blick in die Literatur zum Thema Scham, unabhängig von der Zielgruppe der Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen, zeigt, dass für einen adaptiven Umgang mit Schamgefühlen zunächst die Wahrnehmung und Akzeptanz der Scham und die Verarbeitung des eigenen Schamgefühls, entweder durch temporären Rückzug oder in Kontakt mit einer anderen Person, notwendig ist (Marks 2021). Auch auf eine verständnisvolle Haltung sich selbst gegenüber und eine Differenzierung zwischen Scham und Beschämung oder Scham und Schuld, sowie einen kreativen und humorvollen Umgang wird hingewiesen (ebd.). An dieser Stelle soll auf eine chinesische Studie von Yue (2021) verwiesen werden, die sich auf Menschen mit anorektalen Erkrankungen, wie bspw. Hämorrhoiden, aber nicht eindeutig auch auf chronische Erkrankungen, bezieht, weshalb sie bislang nicht erwähnt wurde. Hier wird untersucht, wie Menschen in einer Online-Community humorvolle Beiträge zu ihren Erkrankungen verfassen und wie dies zum adaptiven Umgang mit Scham (dort „Schamresilienz“) beiträgt. Dabei zeigen sich vier wesentliche Aspekte:

1. Schambehaftete Geschehnisse verstehen:

- externe Quellen für die Erkrankung und damit verbundene Scham finden, statt sich selbst die Verantwortung zu geben
- vorheriges schlechtes Gesundheitsverhalten auf schlechte Gewohnheiten eines vergangenen Selbst zurückführen, das man nun überwunden hat

2. Die schamauslösende Erkrankung normalisieren:

- Einsicht, dass auch andere Menschen, an der jeweiligen Krankheit erkrankt sind (auch die hübsche Frau im Wartezimmer)
- besorgte Reaktionen statt Abwertung durch Familie, Freund:innen und Gesundheitspersonal

3. Prioritäten verändern:

- Akzeptanz von Schamgeschehnissen
- Fokus weg vom Schamerleben hin zur Gesundung (vom Objekt der Scham zu einem Subjekt, das gesund werden will)

4. Scham in Stolz umwandeln:

- Wachsen an der Krankheit, bei dem die Person sich weniger schämt und erfahrener im Umgang mit der Erkrankung ist. Zudem wirken durch das Erleben besonders schamvolle Situationen andere schambehaftete Situationen weniger dramatisch.
- Einzigartigkeit der Erfahrung, zu der andere Menschen ggf. keinen Zugang haben
- Entwicklung eines ganzheitlichen Blickwinkels, welcher die positiven Folgen der unangenehmen Erkrankung für das Gesundheitsbewusstseins haben kann

Wenngleich bei Scham mögliche kulturelle Unterschiede zwischen chinesischen und deutschen Menschen vorliegen können, kann die Studie einen Einblick in einen adaptiven Umgang mit Scham geben und liefert Hinweise darauf, dass bspw. (kreative) Schreibprozesse hilfreich sein könnten.

Wie es auch Schröer und Hirsmüller (2022) für die Psychoonkologie beschreiben, ist für Rehabilitationspädagog:innen (und andere Akteur:innen) ein Bewusstsein für eigenes Schamerleben nötig, um Patient:innen unterstützen und eigenen maladaptiven Schamreaktionen gegenüber den Patient:innen entgegenzuwirken. Hierfür bedarf es der Thematisierung der Emotion Scham in rehabilitationspädagogischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Für die Entwicklung von entsprechenden, praxisbezogenen, aber wissenschaftlich fundierten Lehrkonzepten und -materialien braucht es eine Verknüpfung zwischen rehabilitationspädagogischen Konzepten und der Emotion Scham sowie eine grundlegende, systematische Erforschung des Themenbereiches. Neben der Betrachtung unterschiedlicher Zielgruppen, von denen hier nur ein Teilbereich thematisiert wurde, ist auch die Untersuchung unterschiedlicher Handlungsfelder (z. B. Rehabilitationskliniken, Akutkrankenhäuser, Beratungsstellen) und rehabilitationspädagogischer Prozesse (z. B. Beratung, Förderung) in Hinblick auf Scham und ihre Auswirkungen sinnvoll. Wenngleich diese Forschungen zu einem holistische(re)n Blickwinkel auf die Zielgruppe und einer höheren Sensibilität gegenüber Schamgefühlen bei verschiedenen beteiligten Professionen sorgen können, sollte die Erforschung von Handlungskonzepten zur Förderung eines adaptiven Umgangs mit Schamgefühlen ebenso fokussiert werden. Dabei wäre es wünschenswert, dass neben gesundheitspsychologischen Studien, konkrete rehabilitationspädagogische Auseinandersetzungen mit der Emotion Scham stattfinden.

Literatur

- Barnowski-Geiser, W. (2022): Krankheitsscham – die verborgene Emotion. Erkennen, verstehen, helfen. Stuttgart: Klett.
- Cerna, A., Malinakova, K., Van Dijk, J. P., Zidkova, R. & Tavel, P. (2022): Guilt, shame and their associations with chronic diseases in Czech adults. In: *Psychology, Health and Medicine* 27 (2), 503-512. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1903058>
- Corradi, G., Leon, L., Theirs, C., García-Garzón, E., Clemente, D. & Barrada, J. R. (2022): Negative experiences with public bathrooms and chronic illness-related shame. In: *Neurourology and Urodynamics* 42 (2), 539-546. <https://doi.org/10.1002/nau.25118>
- Hack, C. (2019): Scham und Beschämung im Erleben körperlicher Erkrankung und medizinischer Behandlung. In: *Psychosozial* 42 (3), 61-73.
- Hell, D. (2021): Lob der Scham. Nur wer sich achtet, kann sich schämen (2. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hilgers, M. (2021): Scham: Gesichter eines Affekts (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lammers, M. (2020): Scham und Schuld – Behandlungsmodule für den Therapiealltag. Stuttgart: Schattauer.
- Lewis, M. (1995): Shame. The Exposed Self. New York: The Free Press.
- Marks, S. (2021): Scham – die tabuisierte Emotion (8. Aufl.). Ostfildern: Patmos.
- Matos-Pina, I., Trindade, I. A. & Ferreira, C. (2022): Internal and External Shame in Health and Chronically Ill Samples: Exploring Links to Psychological Health. In: *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 29 (2), 412-420. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09855-y>
- McGinnis Richards, C. M. (edited by Palmer, E. L.). (1991): Cancer and humiliation: The "catch 22" of disease. In: *Journal of Religion and Health* 39 (4), 331-336.
- Murphy, R., Harris, B. & Wakelin, K. (2022): Too shamed to tell: The impact of shame on illness disclosure in women living with inflammatory bowel disease. In: *Gastrointestinal Nursing* 20 (5), 42-48. <https://doi.org/10.12968/gasn.2022.20.5.42>
- Nathanson, D. L. (1994): Shame and pride: affect, sex, and birth of the self. New York: Norton.
- Papacosta, L., Argyrides, M., Anastasiades, E. & Petkari, E. (2021): The role of guilt and shame-proneness and externalization of blame as risk factors for inflammatory bowel disease In: *North American Journal of Psychology* 23 (4), 689-708.
- Schröer, M. & Hirs Müller, S. (2022): »Machen Sie sich frei«. Scham bei Menschen mit einer Tumorerkrankung. In: *Leidfaden* 11(3), 17-21.
- Späth, L. (2021). About shame. München: &Töchter.
- Stage, C. (2022): Shame, Chronic Illness and Participatory Storytelling. In: *Body and Society* 28 (4), 3-27. <https://doi.org/10.1177/1357034X2211297>
- Stöhr, W. & Schulze, G. C. (2023a): Gestaltpädagogik und Feldtheorie: Verstecken, Ablenken, Angreifen. Die feldtheoretische Analyse von Verhalten am Beispiel der Emotion Scham. In: T. Schübel (Hrsg.): *Perspektiven der Gestaltpädagogik. Neue Ideen für zukunftsfähige Bildung und Erziehung*. Gelvesberg: EHP, 77-88.
- Stöhr, W. & Schulze, G. C. (2023b): Eine qualitative Studie zur Bedeutsamkeit der Emotion Scham für die Sonderpädagogik aus der Perspektive von Studierenden. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 74 (11), 532-543.
- Trindade, I. A., Ferreira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2017): Chronic Illness-Related Shame: Development of a New Scale and Novel Approach for IBD Patients' Depressive Symptomatology. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy* 24 (1), 255-263. <https://doi.org/10.1002/cpp.2035>
- Trindade, I. A., Duarte, J., Ferreira, C., Coutinho, M. & Pinto-Gouveia, J. (2018): The impact of illness-related shame on psychological health and social relationships: Testing a mediational model in students with chronic illness. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy* 25 (3), 408-414. <https://doi.org/10.1002/cpp.2175>

- Trindade, I. A., Ferreira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2020): Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. In: *Journal of Health Psychology* 25 (4), 511-521. <https://doi.org/10.1177/1359105317718925>
- Wertheim, R., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Pizem, N., Shacham-Shmueli, E. & Goldzweig, G. (2018): Hide and "sick": Self-concealment, shame and distress in the setting of psycho-oncology. In: *Palliat Support Care* 16 (4), 461-469. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000499>
- Yue, J. (2021): Speaking Shame and Laughing it Off: Using Humorous Narrative to Conquer the Shame of Anorectal Illness. In: *Qualitative Health Research* 31(5), 847-858. <https://doi.org/10.1177/1049732320987832>

Autor:innen

Stöhr, Wiebke (M.A. Rehabilitationspädagogik)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9034-7795>

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Die Emotion Scham in schulischen und außerschulischen (sonder- und rehabilitations-)pädagogischen Kontexten, psychische Gesundheit an Schulen

E-Mail: wiebke.stoehr@uni-oldenburg.de

Rehabilitationspädagogik und Netzwerkanalyse: eine Synthese

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag führt zwei Disziplinen zusammen. Die Rehabilitationspädagogik und die Soziologie, genauer eine Methode der Soziologie: die Netzwerkanalyse. Dieses Verfahren bietet viele Möglichkeiten, um sich einen Überblick über bestehende oder auch nicht bestehende, aber mögliche Beziehungen zu verschaffen und damit eine Kenntnis über nicht genutzte Ressourcen zu erlangen. Sowohl auf Ebene einzelner Akteur:innen (egozentrierte Netzwerke) als auch auf Ebene sogenannter Gesamtnetzwerke – zum Beispiel verschiedene Einrichtungen, die Menschen mit Unterstützungsbedarf betreuen oder der Austausch von Mitarbeiter:innen untereinander. Ziel ist es zu verdeutlichen, dass diese Methode Unterstützungsbedarfe optimieren kann.

1 Das Bio-psycho-soziale Modell

Die Rehabilitationspädagogik als Disziplin sorgt im ersten Moment häufig für Verwirrungen, da sie sich allumfassend und auch in einem weiten Sinne mit der „Wiedereingliederung“ von Menschen, die unterschiedlichste Exklusionserfahrungen gemacht haben (z. B. psychische Erkrankungen, körperliche Beeinträchtigungen) in die gesellschaftlichen Strukturen befasst, um so eine gesellschaftliche Teilhabe wieder zu realisieren (Leonhardt & Kaul 2022). Ob psychosoziale Beratung in all seinen Facetten (Schnoor 2007), Unterstützung von Menschen mit Hörschädigung (Leonhardt & Kaul 2022), internalisierende oder externalisierende Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen (Stöhr & Schulze 2023), Partnerschaften nach einem Schlaganfall (Alber & Schulze 2015) oder andere Situationen, die sich auf die Reintegration von Menschen mit erschwerten Lebensbedingungen fokussieren. Die dargestellten Beispiele zeigen die Vielfältigkeit der Rehabilitationspädagogik und ihrer Tätigkeitsfelder. Unabhängig von dem eigentlichen Unterstützungsbedarf ist der Gedanke des Bio-psycho-sozialen Modells grundlegend. Einer der Begründer dieses Modells, Engel (1977), hat basierend auf systemtheoretischen Ansätzen der

1950/60er Jahre (z. B. Parsons 1951) ein hierarchisches Wissens- und Wissenschaftsmodell konzipiert,

bei dem sich die Natur und unser Wissen von ihr von der untersten subatomaren Ebene über den Menschen als personale Einheit bis zu den höchsten Ebenen der Kultur, Gesellschaft, Nationen und Biosphäre erstrecken. Das bio-psycho-soziale Paradigma postuliert nun den Verbund und die gegenseitige Beeinflussung dieser Ebenen (Kaltenborn 2007, 50).

Dieses Modell geht von einem integrativen Ansatz aus, das „Krankheit“ nicht als einen einfachen Ursachen-Wirkungs-Mechanismus sieht, sondern als das Resultat der reziproken Interaktion von körperlichen, sozialen und psychischen Einflüssen (s. Abbildung 1). Ein Grundgedanke, der auch der Feldtheorie Kurt Lewins sehr nahe ist (Lewin 1963; Kaiser & Schulze 2018). Somit stehen nicht nur die biologischen Faktoren im Rahmen von Prävention und Intervention im Vordergrund, sondern ebenfalls auch sozialkulturelle (z. B. soziale Milieus) und psychologische (z. B. Resilienzen, Copingstrategien).

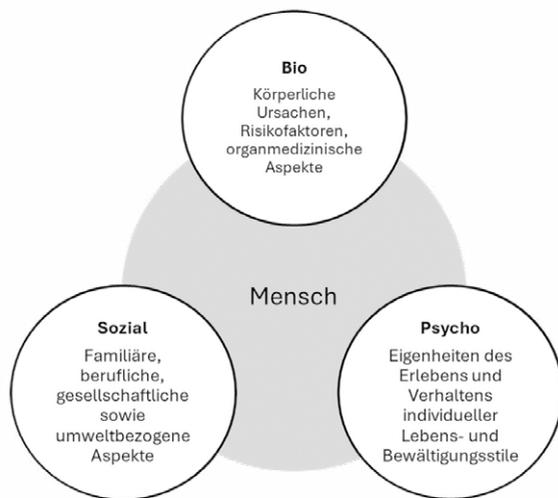


Abb. 1: Das Bio-psycho-soziale Modell (Psychiatrie St. Gallen 2024; eigene Darstellung)

In diesem Sinne ist die Rehabilitationspädagogik eine Disziplin, die sich sowohl auf einer theoretischen als auch auf einer praktischen Metaebene bewegt und nach diversen Möglichkeiten sucht, „unterstützungsbedürftigen“ Menschen in den unterschiedlichsten Lebenslagen, ob diese physischer,

psychischer und/oder sozialer Natur sind, eine Steigerung der Lebensqualität zu ermöglichen, auch unter Einsatz helfender Technologien. Das kann nur dann fruchten, wenn alle drei Wirkungsräume parallel und in Abhängigkeit voneinander betrachtet werden. Letztlich fordert diese all umfängliche Perspektive Methoden und Kompetenzen, die sich mit dem Thema Vernetzung auseinandersetzen, ob es um die Analyse der Wirkungsräume eines Individuums geht (egozentrierte Netzwerke) oder um die Vernetzung verschiedener Einrichtungen, die ihre Kompetenzen zusammenführen können, um zu helfen (Gesamtnetzwerke).

In der Praxis finden wir häufig Beispiele, die immer wieder Fragen aufwerfen: Warum vernetzen sich verschiedene Fachkräfte, Organisationen und Institutionen nicht mehr miteinander, um betroffenen Menschen möglichst viele Ressourcen der Rehabilitation zugänglich zu machen? Noch weiter: Warum wissen viele Fachkräfte/Einrichtungen nicht voneinander, auch um sich selbst zu „entlasten“? Exemplarisch sei die Thematik der „Young Carer“ genannt. Bei den „Young Carer“ handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die Pflegeaufgaben – z. B. Körperhygiene, Medikamentenvergabe, Einkäufe, Haushaltsführung – für kranke Familienmitglieder übernehmen (Frech u. a. 2019). Ihr Anteil wird auf etwa 2,1 % bis 8 % (Leu & Becker 2017) geschätzt, obgleich die Dunkelziffer deutlich höher sein dürfte. Hier spielen für die Betroffenen Ängste und Scham eine große Rolle. Wenn die Überlastung der Kinder und Jugendlichen deutlich wird, vielleicht einhergehender Schulabsentismus erkennbar ist, Einsamkeit, keine altersadäquaten Sozialisationserfahrungen gemacht werden können, Sorgen um die Familienangehörigen allgegenwärtig sind, dann bedarf es verschiedener Unterstützungsnetzwerke, um die familiäre Situation aufzufangen. Neben einer professionellen medizinischen Unterstützung der „kranken“ Person, ein Entlastungsnetzwerk für die Angehörigen, z. B. in Form einer Familienhilfe, eventuell psychologische Begleitung, einen Austausch mit der Schule oder anderen Bildungseinrichtungen. Eine Einrichtung allein wird es an diesem Punkt nicht vermögen, eine langfristig entlastende Situation für alle Beteiligten zu gewährleisten. Zu vergessen ist auch nicht, dass die maximale Nutzung an Ressourcen, neben der direkten Hilfe, Folgekosten reduziert. Letztlich ist damit die Frage nach dem Fehlen oder fehlendem Wissen sozialer Netzwerke aufgeworfen, die gerade für die Reintegration von Menschen mit Unterstützungsbedarf eine ganz zentrale ist, auch im Hinblick auf die Verringerung von Selektionsmechanismen basierend auf sozialer Ungleichheit, zum Beispiel im Gesundheitssystem (Lampert u. a. 2022). Ziel dieses Beitrags ist es, die in der Soziologie etablierte Theorie und Methode der Netzwerkanalyse in Zusammenhang mit der Rehabilitationspädagogik zu setzen, um so eine Handreichung zu geben, die es erlaubt, vorhandene Ressourcen für Betroffene zu optimieren.

2 Theorien der Netzwerkforschung und das Bio-psycho-soziale Modell

Dem vorab vorgestellten Bio-psycho-sozialem Modell (Engel 1977) sehr nahe ist auch die theoretische Grundlage der Netzwerkforschung, die in der Soziologie eine lange Tradition hat. In Anlehnung an das sogenannte „Baldewannenmodell“ von Coleman (1990) geht sie davon aus, dass Akteur:innen nicht als Atome handeln, sondern „eingebettet“ sind in ein relationales Netzwerk zwischenmenschlicher Beziehungen (Burt 1982; Fuhse & Mützel 2010; Granovetter 1985; Rürup u. a. 2015). Die Beziehungen zwischen den Akteur:innen sind dabei prägend für das Verhalten der Netzwerkmitglieder (Wellman u. a. 1988). Dieser relationale Denkansatz geht davon aus, dass soziale Prozesse sowie Handlungen nicht allein durch akteurspezifische Attribute, wie beispielsweise soziodemografische Merkmale der Individuen (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand) zu erklären sind, sondern durch die Einbettung in ihr soziales Umfeld wie Familie, Freund:innen, Verwandte oder eben auch Fürsorgesysteme. Die Netzwerkperspektive fokussiert damit häufig die Meso-Ebene der sozialen Beziehungen zwischen Individuen (Gruppenebene). Das soziale Umfeld wird somit als Struktur der sozialen Beziehungen verstanden, die Handlungsspielräume eröffnet oder einschränkt und auch die Art und Weise beeinflusst, wie die Akteur:innen sich selbst und ihre Handlungsfähigkeit wahrnehmen (Gamper u. a. 2015). Zentral ist dabei, dass im Rahmen der Netzwerkforschung nicht nur einzelne Beziehungen oder Dyaden analysiert werden, sondern auch, wie einzelne Beziehungen untereinander verflochten sind und welche Struktur diese Beziehungsgeflechte aufweisen (Häußling u. a. 2010). Interagierende Individuen, Paare, Familien und andere Interaktionseinheiten (auch Institutionen oder Organisationen) lassen sich demnach als „Netzwerke von Individuen“ begreifen, und kulturelle Normen und Werte von Individuen werden in Sozialisationsprozessen sowie in alltäglichen Interaktionen mit ihren Mitmenschen gelernt, reproduziert, aber auch verändert. In der Sprache der neueren Netzwerktheorie werden Individuen oder auch Organisationen und Institutionen als Akteur:innen begriffen, die „eingebettet“ (Granovetter 1985) sind in ein relationales Netzwerk sozialer Beziehungen, das Handlungsmöglichkeiten eröffnet oder restringiert (Burt 1982; Fuhse & Mützel 2010; Häußling 2010; Wellman u. a. 1988). Je nach der Stellung bzw. „Einbettung“ des Individuums in ein solches Netzwerk und nach der Netzwerkzusammensetzung und -struktur, hat das Individuum beispielsweise einen ganz spezifischen Zugang zu Ressourcen und Informationen. Damit soll mithilfe des sozialen Netzwerkansatzes das aktive Handeln und Erleben einzelner Personen im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen konzeptuell verstehbar und methodisch rekonstruierbar gemacht werden.

3 Verknüpfung von Ressourcen als Sozialkapital

Die gegenwärtige Bedeutung der Netzwerkanalyse ist vor allem auf ihre enge Verknüpfung mit dem theoretischen Konzept des Sozialkapitals zurückzuführen, das wiederum systemtheoretisch geprägt ist, also den Blick auf verschiedene Ressourcen richtet, die aus unterschiedlichen sozialen Gefügen regeneriert werden können und damit auch an die multiple Perspektive Engels (1977) anknüpft. Das Konzept des sozialen Kapitals selbst hat schon eine längere Geschichte. Eingeführt wurde es 1916 von Hanifan, bekannt in den Sozial- und Bildungswissenschaften wurde es aber insbesondere durch Coleman (1988) und Bourdieu (1983). Im europäischen Raum hat vor allem Bourdieu den Begriff des sozialen Kapitals geprägt. Er beschreibt dieses als

die Gesamtheit der aktuellen und potenziellen Ressourcen, die mit der Teilhabe am Netz sozialer Beziehungen gegenseitigen Kennens und Anerkennens verbunden sein können. Es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen (Bourdieu 1983, 190f.).

Der Umfang des Sozialkapitals einer Person hängt sowohl von der Größe als auch von der Qualität des sozialen Netzwerkes ab. Eng verbunden mit dem Konzept des Sozialkapitals ist bei Bourdieu die soziostrukturelle Diagnose, dass die Verfügbarkeit von Sozialkapital bei Unter-, Mittel- und Oberschichten unterschiedlich ausgeprägt ist. Insbesondere Angehörige sozial „deprivierter“ Schichten seien durch ihre geringe oder ungünstigere soziale Vernetzung systematisch in ihren Karrierechancen und beim Zugang zu Machtpositionen benachteiligt, da diese nicht allein über Qualifikation und Leistung, sondern auch im Sinne eines „Vitamin B's“ über Gruppenzugehörigkeiten vergeben werden. Bourdieus Verknüpfung des Sozialkapitalkonzeptes mit dem der sozialen Schichtung impliziert schließlich noch, dass die Mitglieder sozialer Netzwerke eher ähnliche Charakteristika aufweisen, und zwar nicht nur ähnliche sozioökonomische Positionen, sondern auch ähnliche Wertvorstellungen und Verhaltensmuster, den sogenannten Habitus. Diese Homogenität führt aus Bourdieus Sicht zu einem Multiplikatoreffekt: Der Zugang und die Teilhabe an einem sozialen Netzwerk ist nicht nur abhängig von bestimmten sozialen Merkmalen; über die Teilnahme am Netzwerk verstärken sich diese Merkmale, da man sich immer mehr unter Gleichen bewegt, sich mit der eigenen Gruppe identifiziert und von anderen Gruppen abgrenzt, denen man dann auch immer weniger (mit immer weniger Verständnis) begegnet. Insbesondere „Eliten“ institutionalisieren und reproduzieren sich auf diese Weise. Dies zeigt sich vor allem auch im Bildungssystem, das Bourdieu als wichtige Institution der Reproduktion sozialer Ungleichheit betrachtet (Bourdieu 1983). Kinder, deren Herkunftsfamilien über wenig Kapital verfügen (ob kulturelles, symbolisches

und/oder ökonomisches Kapital), können den Ansprüchen des mittelschichtorientierten Bildungssystems – hier besonders der Schule – nicht entsprechen. Ihr Sozialisationsprozess vermittelt ihnen nicht den Habitus und die kognitiven Kompetenzen, wie z. B. ein adäquates Artikulationsvermögen, Interesse am Lesen, elaboriertes Sozialverhalten, um den Anforderungen der Schule Stand zu halten (ebd.).

Einen anderen Blickwinkel auf das soziale Kapital hat Coleman (1988). In seinem Ansatz geht er kaum auf die soziostrukturelle Verbindung zu Schicht- bzw. Milieumodellen ein, sodass Mechanismen der Entstehung und Reproduktion sozialer Ungleichheit durch vorhandenes oder mangelndes soziales Kapital weniger hervorgehoben werden. Für Coleman sind vor allem die konkreten Beziehungen zwischen einzelnen Akteur:innen von Interesse und wie über eine Verstetigung und qualitative Umformung bloßer Kontakte ein Mehrwert – ein besonderes soziales Kapital – für alle Beteiligten entsteht. Konzeptionell stützt sich Coleman in seinen Ansatz dabei auf den von Granovetter (1985) eingeführten Begriff der „embeddedness“, als einer besonderen Beziehungsqualität zwischen mindestens zwei Personen, die durch gegenseitiges Vertrauen, geteilte Erwartungen und Normen geprägt ist. Demnach ist soziales Kapital somit eine aus sozialen Beziehungen erwachsende Ressource (Coleman 1988), deren Nutzen über verschiedene Formen vermittelt ist, u. a. über 1. gegenseitige Verpflichtungen und Erwartungen, im Sinne eines „Wenn du mir hilfst, dann helfe ich auch dir“, 2. einem leichteren und besseren Zugang zu Informationen als Handlungsgrundlage oder 3. die Garantie von Normen und Sanktionen, auf die sich gegenseitig verlassen werden kann. Darüber hinaus kann soziales Kapital auch über etablierte Herrschaftsbeziehungen, die die Verantwortung für Kontroll- und Gewährleistungsaufgaben arbeitsteilig ausgestalten oder über soziale Organisationen und deren strukturiertzielgerichtete Tätigkeiten vermehrt werden. Einen besonderen Fokus richtet Coleman in seiner Forschung auf das Sozialkapital von Familien und dessen Übertragung auf jüngere Generationen im Sozialisationsprozess. In diesem Kontext definiert er soziales Kapital dann auch als „the norms, the social networks, and the relationships between adults and children that are of value for the child’s growing up“ (Coleman 1995, 36). Soziales Kapital wird hier vor allem als familiäre Entwicklungsressource verstanden und kann mit Youniss (1994) durch drei Charakteristika näher gekennzeichnet werden, durch die Intensität der Beziehung, die Strukturgeschlossenheit und die Zeitgeschlossenheit. Der Aspekt der Intensität der Beziehung bezeichnet die Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind. Hierunter fällt u. a. die gemeinsam verbrachte Zeit, die emotionale Nähe der Familienmitglieder oder Formen der Kommunikation. Alle diese Merkmale des familieninternen sozialen Kapitals sind wesentliche Prädiktoren der sozialen und kognitiven Entwicklung des

Kindes (ebd.). Der zweite Aspekt der Strukturgeschlossenheit beschreibt die Dichte des Netzwerkes von Erwachsenen, die in Kontakt mit dem Kind stehen. Die Erwachsenen, ob Eltern, Lehrer:innen oder Bekannte, können die Handlungen des Kindes unter verschiedenen Umständen beobachten, miteinander über das Kind reden, Erfahrungen austauschen und Normen festsetzen. Je enger das soziale Netzwerk unter den Erwachsenen ist, desto effektiver können sie z. B. Verhaltensauffälligkeiten wahrnehmen und intervenieren (Coleman 1995). Der dritte Aspekt umfasst die Zeitgeschlossenheit und somit die zeitliche Kontinuität der sozialen Beziehung. Je länger und intensiver diese ist, desto positiver beurteilt Coleman (1988) deren Wirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Für eine Einordnung des derzeit dominanten sozial- und bildungswissenschaftlichen Zugangs zur Netzwerkforschung ist vor allem relevant, dass der Umfang und die Qualität der sozialen Beziehungen einer Person als wesentliche Entwicklungsressource verstanden werden.

4 Grundlagen der Netzwerkforschung

Auch wenn erste Ideen zu „Wechselwirkungen“ mit anderen Individuen, zu „sozialen Kreisen“ oder der Einbindung in Beziehungsmuster oder „Figurationen“ schon bei Klassikern der Soziologie und Psychologie wie Georg Simmel, Norbert Elias oder Urie Bronfenbrenner zu finden sind (zur Rezeption dieser Klassiker in der Netzwerkforschung siehe Hollstein 2010), ist das methodische Vorgehen und die damit zusammenhängende Strukturanalyse noch relativ neu. In den letzten Jahren kam es zu einer sehr dynamischen und innovativen Entwicklung hinsichtlich der Analysetools, auch von großen Datensätzen, und seit geraumer Zeit existiert ein breites Instrumentarium an spezifischen Erhebungs- und Analysemethoden, die sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Forschung sowie in methodenintegrativen (mixed methods) Designs eingesetzt werden können. Netzwerkdaten werden in einer quadratischen Matrix dargestellt (s. Abbildung 2). Die Zeilen der Matrix sind die Fälle, und die Spalten enthalten ebenfalls die Fälle in der gleichen Anordnung. Jede Zelle innerhalb der Matrix beschreibt die Beziehung zwischen zwei Akteur:innen. Ein Beispiel zu einem Beratungsnetzwerk ist in Abb. 2 dargestellt. Eine Gruppe von vier Personen lässt sich in eine 4 x 4 Matrix überführen, wobei eine vorhandene Beziehung zwischen zwei Akteuren: innen mit einer 1 und eine nicht vorhandene Beziehung mit einer 0 gekennzeichnet wird. Jede: r Akteur:in kommt sowohl als Empfänger:in als auch als Sender:in vor. In der Zeile werden in der Regel die Senderbeziehungen eingegeben, in den Spalten die Empfängerbeziehungen.

Klassische Analyse von Eigenschaften				
Name	Alter	Geschlecht	Anzahl Freunde	
Markus	55	M	3	
Milla	34	W	4	
Kai	40	M	7	
Sahin	21	D	5	

Soziale Netzwerkanalyse. Wer fragt wen um Rat?				
	Markus	Milla	Kai	Sahin
Markus	-	0	0	0
Milla	1	-	1	0
Kai	1	1	-	1
Sahin	0	1	0	-

Abb. 2: Datentabellen in den Sozialwissenschaften (in Anlehnung an Rürup u.a. 2015, 21)

Relevant ist die Differenzierung zwischen gerichteten (reziproken Beziehung, z. B. Milla und Kai fragen sich gegenseitig um Rat) und ungerichteten Beziehungen (einseitige Beziehungen, z. B. fragt nur Kai Markus um Rat, umgekehrt nicht). Generell wird bei dichotomen Daten zwischen vorhandener und nicht vorhandener Beziehung differenziert (1 bzw. 0). In manchen Fällen enthält die Matrix aber auch Angaben über die Stärke einer Beziehung. Statt der 1 kann die Matrix z. B. auch die Häufigkeit der täglichen Kontakte zwischen zwei Akteur:innen anzeigen. Ähnlich wie in klassischen sozialwissenschaftlichen Studien können auch bei der sozialen Netzwerkanalyse die Zeilen miteinander verglichen werden, um zu erfahren, wie ähnlich sich die Personen hinsichtlich ihrer Beziehungen sind. Werden sich die Spalten angeschaut, kann Aufschluss darüber erlangt werden, wie ähnlich sich die Akteur:innen dahingehend sind, gewählt zu werden. Daraus lässt sich dann ableiten, wer vergleichbare Positionen im Netzwerk einnimmt und wie gut die einzelnen Akteur:innen innerhalb des Netzwerkes „eingebettet“ sind (Rürup u.a. 2015).

Neben der Betrachtung einzelner Akteursmerkmale, kann aber auch das Netzwerk als Ganzes in den Blick genommen werden und sich die Anzahl der vorhandenen Beziehungen im Vergleich zu allen möglichen Beziehungen angeschaut werden, um Rückschlüsse über die sogenannte Netzwerkdichte zu erhalten. Die Dichte ergibt sich aus der Aufsummierung aller vorhandenen Kooperationsbeziehungen bezogen auf die Zahl der maximal möglichen

Kooperationen innerhalb einer Gruppe. Es ergibt sich ein Wert zwischen 0 und 1, wobei ein Wert nahe Null auf eine niedrige Netzwerkdichte schließen lässt. Mit der Netzwerkdichte sind einige Implikationen für die Funktionsweise des Netzwerkes verbunden. Zum Beispiel kann eine hohe Netzwerkdichte die Verbreitung von Innovationen oder den Transfer von Ressourcen begünstigen (ebd.). Diese Beziehungen und strukturellen Merkmale von Netzwerken sind für Netzwerkforscher:innen von besonderem Interesse. Es geht weniger um Eigenschaften von bestimmten Akteur:innen, sondern um Beziehungen und den daraus resultierenden strukturellen Positionen, die den Akteur:innen mehr oder weniger Handlungsspielraum, Ressourcenzugriff und Macht ermöglichen. Gerade im Kontext der Rehabilitationspädagogik, in dem wir oft verschiedene Akteur:innen finden, die auf unterschiedlichen Ebenen Ressourcen anbieten (können), ist ein solches Verfahren sinnvoll, um maximale Unterstützung zu mobilisieren und auch strukturelle Löcher zu erkennen (Burt 1982). Strukturelle Löcher, im Sinne möglicher, aber nicht realisierter Verbindungen, sind besonders wichtig zu erkennen, da hier Kapazitäten des Unterstützungsbedarf „verschenkt“ werden.

Grafisch lassen sich Netzwerke mit sogenannten Soziogrammen darstellen (s. Abbildung 3). Die Grundlagen dafür hat Moreno (1953, erst 1934) mit seiner mathematischen Graphentheorie geschaffen. Hierbei werden die Akteur:innen eines Netzwerkes als Punkte (nodes) und die Beziehungen als Linien dargestellt. Bei ungerichteten Beziehungen spricht man auch von Kanten (edges), bei gerichteten Beziehungen von Pfeilen (arcs). Aus einer grafischen Darstellung eines Netzwerkes lässt sich schnell ein Eindruck über einige wichtige strukturelle Eigenschaften ableiten: Sind z. B. alle Akteur:innen miteinander verbunden? Existieren viele oder wenige Beziehungen zwischen diesen? Gibt es Cliques, die stark untereinander verbunden sind, nach außen aber kaum Beziehungen zulassen? Gibt es Akteur:innen, die durch eine besonders hohe Anzahl an Verbindungen herausstechen? Kleine Netzwerke lassen sich per Hand zeichnen, für größere können verschiedene Software-Programme genutzt werden, die teilweise auch kostenlos bereitgestellt werden (z. B. Pajek, UCINET, vgl. Rürup u. a. 2015). Bei großen Netzwerken hat die grafische Darstellung den Nachteil, dass sie schnell unübersichtlich wird. Stattdessen bietet sich die oben beschriebene Darstellung als Matrizenform an, die gleichzeitig Ausgangsbasis für Berechnungen von Netzwerkmerkmalen ist und mit computergestützten Auswertungsverfahren durchgeführt werden kann. In Abbildung 3 sehen wir exemplarisch ein Klassennetzwerk, welches „freundschaftliche“ Beziehungen zwischen Schüler:innen darstellt. Die durchgehenden Pfeile stellen einseitige Beziehungen dar (Schüler:in x mag Schüler:in j , aber nicht umgekehrt), die gestrichelten Pfeile stellen eine reziproke Freundschafts-Beziehung dar, die Schüler:innen als Quadrat schwarz markiert, sind Schüler:innen mit

diagnostiziertem Förderbedarf). Die Abbildung verdeutlicht, welche soziale Position die Schüler:innen mit Förderbedarf im Gesamtnetzwerk „Klasse“ haben. Zu erkennen ist, dass zwei Schüler:innen sich eher am Rande des Netzwerks befinden und damit eher Außenseiterpositionen einnehmen (A15, A5). Der:die Schüler:innen A3 und A2 aber durchaus gut ins Gesamtnetzwerk integriert sind. Obgleich bei Schüler:in A2 zu beachten ist, dass er:sie viele einseitige positive Freundschaftsbekundungen vergibt (schwarze Linie), diese aber nicht in gleicher Relation erwidert werden.

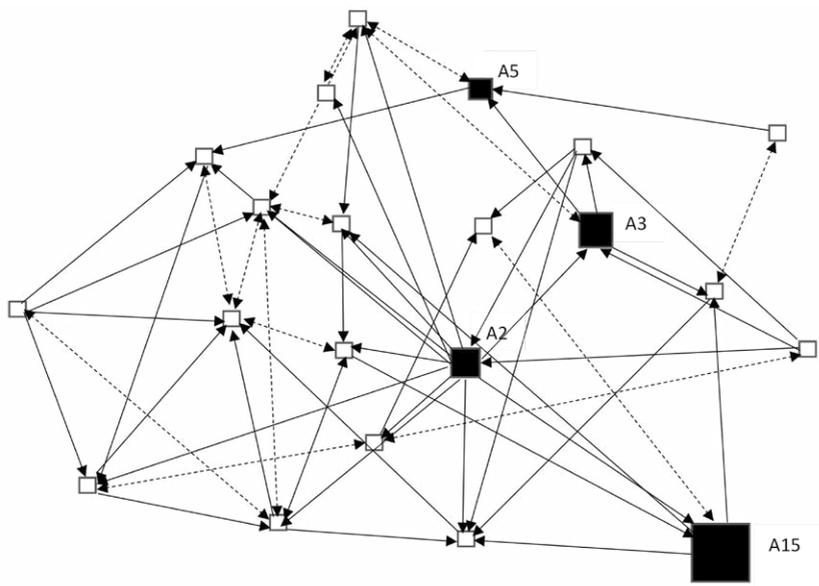


Abb. 3: Freundschaftliches Gesamtnetzwerk einer Schulklasse mit besonderem Fokus auf Schüler:innen, die einen Förderbedarf haben

Die Erhebungsverfahren in Netzwerkanalysen sind vielfältig und reichen von Beobachtung, Fragebögen, Interviews bis hin zu Archivdaten. Zum Beispiel können Daten zu den Austauschbeziehungen in einer Arbeitsgruppe mit 20 Mitarbeiter:innen über den E-Mailaustausch die Kommunikationsbeziehungen erfassen. Aus diesen Daten lässt sich ein Gesamtnetzwerk konstruieren, aus dem für jede potenzielle Zweierbeziehung der Mitarbeiter:innen hervorgehen würde, wer wem eine E-Mail schreibt bzw. wer von wem eine E-Mail erhält. Diese Daten könnten dann in eine asymmetrische 20 x 20-Matrix überführt werden. Insbesondere die Erhebung von Gesamtnetzwerken hat den Vorteil, dass sich hier Analyseverfahren zur Struktur des Netzwerkes anwenden lassen.

Zum Beispiel kann ermittelt werden, welche:r Akteur:in über eine besonders zentrale Stellung verfügt, wie viele Untergruppen (Cluster) vorhanden sind und ob sich diese Clusterstrukturen überlappen. Ebenfalls können verschiedene Matrizen zu Kommunikations- und Weisungsbeziehungen miteinander korreliert werden, um zu erfassen, wie stark die Beziehungen zwischen den Akteur:innen sind oder wie ähnlich sich die Akteur:innen hinsichtlich bestimmter Stellungen oder Verhaltensweisen innerhalb eines Helfernetzwerkes sind (Rürup u.a. 2015). Die Analysemöglichkeiten auf der Beziehungsebene sind ebenfalls vielfältig und können gerade im Sinne des Bio-psycho-sozialen Modells und je nach Unterstützungsbedarf in den Fokus gerückt werden. Sowohl bei egozentrierten als auch bei Gesamtnetzwerken kann die Intensität einer oder mehrerer Beziehung/e/n erfasst werden. Ist die Beziehung reziprok? Gibt es eine Multiplexität, d.h. haben die Akteur:innen Austausch in verschiedenen sozialen Rollen, zum Beispiel als Arbeitskolleg:in und Freund:in? Ziel des Beitrages war es zu verdeutlichen, dass die Methode der Netzwerkanalyse, die hier nur angerissen werden konnten, ein hilfreiches Instrument in der Rehabilitationspädagogik sein kann, um sich sowohl wissenschaftlich als auch in der Praxis einen Überblick zu verschaffen, über bestehende Ressourcen und v.a. ungenutzte Ressourcen mit dem Ziel unterstützungsbedürftigen Menschen eine – so weit realisierbar – optimale Versorgung zu ermöglichen.

Literatur

- Alber, J. & Schulze, G. C. (2015): Counseling of Rehabilitants after Stroke and their Partners. In: *Journal of Rehabilitation Medicine* 51 (32), 32-33.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: R. Kreckel (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband Nr. 2*. Göttingen: Schwartz, 183-198.
- Burt, R. S. (1982): *Toward a structural theory of action* (Vol. 10). New York: Academic Press.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. In: *American Journal of Sociology*, volume 94, 95-5120.
- Coleman, J. S. (1990): *Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Coleman, J. S. (1995). Families and Schools. In: *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 15 (4), 362-374.
- Engel, G. L. (1977): The need for a new model: a challenge for biomedicine. In: *Science*, volume 196, 129-137.
- Frech, M., Nagel-Cupal, M., Leu, A., Schulze, G. C., Spittel, A.-M. & Kaiser, S. (2019): Wer sind Young Carers? Analyse der Begriffsverwendung im deutschsprachigen Raum und Entwicklung einer Definition. In: *International Journal of Health Professions* 6 (1), 19-31.
- Fuhse, J. & Mützel, S. (2010): *Relationale Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gamper, M., Reschke, L. & Düring, M. (2015): *Knoten und Kanten III: Soziale Netzwerkanalyse in Geschichts- und Politikforschung*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Granovetter, M. (1985): Economic action and social structure: The problem of embeddedness. In: *American Journal of Sociology* 91 (3), 481-510.

- Hanifan, L. J. (1916): The Rural School Community Center. In: Annals of the American Academy of Political and Social Science, volume 67, 130-138.
- Häußling, R., Hollstein, B., Mayer, K., Pfeffer, J. & Straus, F. (2010): Visualisierung sozialer Netzwerke. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hollstein, B. (2010): Qualitative Methoden und Mixed-Method-Designs. In: C. Stegbauer & R. Häußling (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 459-470.
- Kaiser, S. & Schulze, G. C. (2018): Person-environment analysis: A framework for participatory holistic research. In: Gestalt Theory 40 (1), 59-74.
- Kaltenborn, K. F. (2007): Exkurs: Behinderung im Kontext des bio-psycho-sozialen Paradigmas. Von einer Defizitperspektive zu einem mehrdimensionalen Verständnis von Behinderung. In: H. Schnoor (Hrsg.): Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Stuttgart: Kohlhammer, 50-57.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. & Waldhauer, J. (2022): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: R. Haring (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin und Heidelberg: Springer, 155-164.
- Leonhardt, A. & Kaul, T. (2022): Grundbegriffe der Hörgeschädigtenpädagogik: Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leu, A. & Becker, S. (2017): A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'. In: Journal of Youth Studies 20 (6), 750-762.
- Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern/Stuttgart: Hans Huber.
- Moreno, J. L. (1953): Who shall survive? Foundations of sociometry group psychotherapy and sociodrama. Beacon NY: Beacon House.
- Parsons, T. (1951): The Social System. Glencoe/Illinois/New York: Free Press.
- Psychiatrie St. Gallen (2024): Bio-psycho-soziales Modell. Ein ganzheitliches Krankheitsverständnis. Online unter: <https://www.psychiatrie-sg.ch/behandlung/behandlungsarten/bio-psycho-soziales-modell>. (Abrufdatum 01.01.25).
- Rürup, M., Röbbken, H., Emmerich, M. & Dunkake, I. (2015): Netzwerke im Bildungswesen: eine Einführung in ihre Analyse und Gestaltung. Wiesbaden: Springer.
- Schnoor, H. (2007): Psychodynamische Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Stöhr, W. & Schulze, G.C. (2023): Allein aber online – Verhaltensstörungen aus feldtheoretischer Perspektive unter Einbezug der sozialen Medien. In: D. P. Bogner, N. Sriram-Uzundal & M. Soff (Hrsg.): Kurt Lewin reloaded. Band 2: Feldtheoretische Modelle und Konzepte für interdisziplinäre Forschung und Praxis. Wiesbaden: Springer VS, 123-138.
- Wellmann, B., Carrington, P. & Hall, A. (1988): 'Networks as personal communities' in B. Wellmann & S. Berkowitz (Hrsg.): Social Structures: a network approach, Cambridge: Cambridge University Press, 130-184.
- Youniss, J. (1994): Soziale Konstruktion und psychische Entwicklung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Autor:innen

Dunkake, Imke, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Schulabsentismus, Netzwerkforschung,

Stereotypisierungsprozesse, Schüler:innen-Lehrer:innen Interaktion,

Jugenddelinquenz

E-Mail: imke.dunkake@uni-oldenburg.de

Autor:innenverzeichnis

Baumann, Menno, Professor Dr. phil. habil.

Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf

Professur für Intensivpädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Verstehende pädagogische Diagnostik,

Junge Menschen mit massiv verstörenden Verhaltensweisen im Hilfesystem,

Interdisziplinäre Gewaltforschung

Alte Landstraße 179

40489 Düsseldorf

E-Mail: baumann@fliedner-fachhochschule.de

Bolz, Tijs, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I, Institut für Sonder- und

Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Schüler:innen-Lehrkraft-Beziehung bei

externalisierenden und internalisierenden Verhaltensproblemen, Diagnostik

und Förderung im Förderschwerpunkt der emotionalen und sozialen

Entwicklung, Intensivpädagogische Förderung

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: tijs.bolz@uni-oldenburg.de

Bühler, Christian, Prof. Dr.-Ing.

TU Dortmund/ Fakultät Rehabilitationswissenschaften/

Rehabilitationstechnologie/ Forschungscluster Technologie,

Inklusion, Partizipation

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Assistive Technologie,

Technologiegestützte Barrierefreiheit, Barrierefreiheit

TU Dortmund

Emil-Figge-Str. 50

44221 Dortmund

E-Mail: christian.buehler@tu-dortmund.de

Creutz, Olivia, Lehrbeauftragte, Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf
MA Soziale Arbeit, Stadt Erkrath
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Verfahrenslotsin, Fachkraft für
Kinderschutz, Lehrbeauftragte im Studiengang Kindheitspädagogik
an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf Forschungsprojekt:
Child-to-Parent-Violence
Alte Landstraße 179
40489 Düsseldorf
E-Mail: o.creutz@studium.fliedner-fh.de

Dirks, Susanne, Dr.
TU Dortmund/ Fakultät Rehabilitationswissenschaften/
Rehabilitationstechnologie/ Forschungscluster Technologie,
Inklusion, Partizipation
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Assistive Technologien,
Technologiegestützte Barrierefreiheit, Sprachtechnologie
TU Dortmund
Emil-Figge-Str. 50
44221 Dortmund
E-Mail: susanne.dirks@tu-dortmund.de

Dott, Janina (M.A.)
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Sprachentwicklung und -förderung,
Inklusion und Partizipation in frühpädagogischen Einrichtungen
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: janina.dott@uni-oldenburg.de

Dunkake, Imke, Dr.
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Schulabsentismus,
Netzwerkforschung, Stereotypisierungsprozesse,
Schüler:innen-Lehrer:innen Interaktion, Jugenddelinquenz
Ammerländer Heerstr. 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: imke.dunkake@uni-oldenburg.de

Erdélyi, Andrea, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pädagogik und
Didaktik bei Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung;
Unterstützte Kommunikation
Ammerländer Heerstr. 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: andrea.erdelyi@uni-oldenburg.de

Falk, Karoline (M. Ed.)

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Selbstkonzept im Kontext geistiger
Behinderung, Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sowie mit
emotional-sozialen und geistigen Behinderungen
E-Mail: karoline.falk@icloud.com

Feldhaus, Michael, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I, Institut für
Sozialwissenschaften
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Familiensoziologie, Kindheits- und
Jugendsoziologie, Lebenslaufforschung
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: michael.feldhaus@uni-oldenburg.de

Frebel, Henner

Förderschullehrer Sehen und Sprache
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Beratung und Funktionale
Diagnostik des Sehens
E-Mail: henner.frebel@gmail.com

Grundmann, Mareike, Dr.

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Fachberatung Sprache, Hören und Sehen
Moslestraße 3, 26122 Oldenburg
E-Mail dienstlich: mareike.grundmann@ls.niedersachsen.de
E-Mail privat: mareikegrundmann@posteo.de

Hasseler, Martina, Prof. Dr. habil.

Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen und Privatdozentin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Schwerpunkte: Versorgungsforschung, Digitalisierung im Gesundheitswesen

E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de; martina.hasseler@uni-oldenburg.de

Hennig, Birgit (Dipl.-Päd./ Uni, Neuro-Rehabilitationspädagogin, zertifizierter UK-Coach©)

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation sowie Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Unterstützte Kommunikation bei erworbenen und fortschreitenden Erkrankungen, Unterstützte Kommunikation bei komplexen Beeinträchtigungen, Unterstützte Kommunikation im klinischen Kontext, Angehörigenbegleitung in der neurologischen Frührehabilitation

Steinweg 13-17

26122 Oldenburg

E-Mail: birgit.hennig@evangelischeskrankenhaus.de,

E-Mail: birgit.hennig@uni-oldenburg.de

Hillenbrand, Clemens, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Prävention und Intervention bei Lern- und Verhaltensstörungen, inklusive Bildung,

Professionalisierung für Inklusion

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: c.hillenbrand@uni-oldenburg.de

Hintz, Anna-Maria, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik (JJW 1-107)
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Prävention und Intervention
bei Lern- und Entwicklungsbeeinträchtigungen; Professionalisierung
von Praktiker:innen in schulischen und außerschulischen
Bildungskontexten
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: a.m.hintz@uni-oldenburg.de

Jungmann, Tanja, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Professionalisierung von
pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften in inklusiven Settings,
Evidenzbasierte Frühe Bildungskonzepte, Diagnose und Förderung von
sprachlichen und Early Literacy-Kompetenzen
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: tanja.jungmann@uni-oldenburg.de

Kaiser, Steffen, Dr.

Europa-Universität Flensburg, Institut für Sonderpädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Unterstützte Kommunikation,
Schüler:innen mit intensivem Assistenzbedarf, Young Carers,
Schulabsentismus
Auf dem Campus 1a
24943 Flensburg
E-Mail: steffen.kaiser@uni-flensburg.de

Kerkmann, Verena, Prof. Dr.

Stiftungsprofessur zur Rehabilitationswissenschaft:

Schwerpunkt Sehbeeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen
Hochschule für Gesundheit Bochum und Entwicklungsneuropsychologische
Ambulanz (ENPA)/SPZ Klinikum Dortmund gGmbH, Klinikum der
Universität Witten/Herdecke.

Gefördert von der Waldtraut und Sieglinde

Hildebrandt-Stiftung (2022-2027)

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Teilhaberelevante Sehbeeinträchtigung
im Kindes- und Jugendalter, insbesondere (bisher unentdeckte)
sehbedingte Leseschwierigkeiten im Kontext Sozialpädiatrie. Förderung
des interprofessionellen Dialogs an der Schnittstelle von Gesundheit,
Bildung und Familienalltag durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) im
Rahmen des Interprofessionellen Netzwerks für Seh-Lotsende (InterNetS).
Curriculumsentwicklung für die wissenschaftliche Weiterbildung
für Seh-Lotsende, Weiterentwicklung und Evaluation der Lehr- und
Forschungsambulanz Seh-Lotsen-Sprechstunde (SLS), Systemische Beratung
von Einzelnen, Teams und Gruppen

Gesundheitscampus 8

44801 Bochum

GC-8, Raum 3415

T +49 234 77727 - 680

E-Mail: verena.kermann@hs-gesundheit.de

Krause, Annika, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Bildung im (Jugend-)Strafvollzug,

Jugenddelinquenz aus sonderpädagogischer Perspektive

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: annika.krause@uni-oldenburg.de

Lakenberg, Jennifer (M.A. Rehabilitationspädagogin)

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Neurorehabilitation

VAMED Klinik Geesthacht

Johannes-Ritter-Straße 100

21502 Geesthacht

E-Mail: Jennifer.lakenberg@vamed-gesundheit.de

Licandro, Ulla, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Diversität in Sprache und
Kommunikation, Erfassung und Förderung sprachlicher und kommunikativer
Kompetenzen in inklusiven Bildungskontexten
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: ulla.licandro@uni-oldenburg.de

Meindl, Marlene, Dr.

Universität Rostock, Institut für Sonderpädagogische
Entwicklungsförderung und Rehabilitation
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung einer adaptiven
Diagnostik-App zur Erfassung von Early Literacy-Fähigkeiten
August-Bebel-Str. 28
18055 Rostock
E-Mail: marlene.meindl@uni-rostock.de

Murken, Michelle, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Lebensqualität mit chronischen
Erkrankungen, Teilhabe von Menschen mit komplexen Behinderungen
Johann-Justus-Weg 147a
26127 Oldenburg
E-Mail: michelle.murken1@uni-oldenburg.de

Paal, Michael, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik (JJW 1-108)
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Diagnostik von Lern- und
Entwicklungsbeeinträchtigungen; Professionalisierung von Praktiker:innen
in schulischen und außerschulischen Bildungskontexten
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: michael.paal@uni-oldenburg.de

Podszus, Martin, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Studieren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Digitalisierung und Diversität in Bildungs- und Rehabilitationsprozessen

Ammerländer Heerstr. 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: m.podszus@uni-oldeburg.de

Prüfe, Jenny, Dr.

Universität Duisburg Essen

Psychosozialer Dienst / Klinik für Kinderheilkunde

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kindliche Entwicklung im Kontext chronischer Erkrankung, Päd. Transplantationspsychologie, e-health

Hufelandstraße 55

45147 Essen

E-Mail: jenny.pruefe@uk-essen.de

Ricking, Heinrich, Prof. Dr.

Universität Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät

Schwerpunkte: Schulabsentismus, Dropout und Organisationsformen

schulischer Förderung im Schwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung

Marschnerstr. 29

04109 Leipzig

E-Mail: heinrich.ricking@uni-leipzig.de

Rieß, Bastian

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gestufte Unterstützungssysteme im Förderschwerpunkt ESE, Sonderpädagogische Beratungskonzepte, Bildungs- und Wissenschaftsmanagement in der sonderpädagogischen Lehramtsausbildung

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: bastian.riess@uni-oldenburg.de

Sansour, Teresa, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pädagogische Interaktionen im Kontext geistiger Behinderung, Inklusive (Fach)Didaktik und Teilhabe von Menschen mit komplexer Behinderung

Johann-Justus-Weg 147a

26127 Oldenburg

E-Mail: teresa.sansour@uni-oldenburg.de

Schulze, Gisela C., Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Absentismus/Dropout in Bildung & Rehabilitation; Young (Adult) Carers; Feldtheorie (Lewin), Person-Umfeld-Analyse; Partizipative Versorgungsforschung
Ammerländer Heerstr. 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: gisela.c.schulze@uni-oldenburg.de

Schumacher, Svenja Marie (M.A. Rehabilitationspädagogin, Neurorehabilitationspädagogin, Systemische Beraterin i.A.)

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:

psychosoziale Angehörigenberatung, systemische Beratung, Rekreation

Steinweg 13-17

26122 Oldenburg

E-Mail: svenja.marie.schumacher@outlook.de

Schüürmann, Alissa, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung und Förderung mathematischer Kompetenzen, Alltagsintegrierte Förderansätze, Lerntherapie bei Lese-Rechtschreibstörungen und Dyskalkulie
Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: alissa.schueuermann@uni-oldenburg.de

Semprecht, Lena (M.A. Rehabilitationspädagogin, Ergotherapeutin)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg; Klinik für neurologische
Intensivmedizin und Frührehabilitation
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: psychosoziale
Angehörigenberatung, Rekreation
Steinweg 13-17
26122 Oldenburg
E-Mail: Lesem85@web.de

Siegemund-Johannsen, Steffen, Prof. Dr.
Europa-Universität Flensburg, Institut für Sonderpädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Förderung und Diagnostik
basaler mathematischer Kompetenzen, Professionalisierung von
Lehrkräften für inklusiven Unterricht
Auf dem Campus 1a
24943 Flensburg
E-Mail: Siegemund-Johannsen@uni-flensburg.de

Spittel, Anna-Maria, Dr.
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gesundheitliche Beeinträchtigung
im Kontext Familie, Young (Adult) Carers, Health Literacy
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: anna-maria.spittel@uni-oldenburg.de

Stöhr, Wiebke (M.A. Rehabilitationspädagogik)
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Die Emotion Scham in schulischen und
außerschulischen (sonder- und rehabilitations-)pädagogischen Kontexten,
psychische Gesundheit an Schulen
Ammerländer Heerstr. 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: wiebke.stoehr@uni-oldenburg.de

Stuhr, Christina, Dr.

Universität Rostock, Institut für Sonderpädagogische
Entwicklungsförderung und Rehabilitation

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung einer adaptiven
Diagnostik-App zur Erfassung von Early Literacy-Fähigkeiten

August-Bebel-Str. 28

18055 Rostock

E-Mail: christina.stuhr@uni-rostock.de

Tampke, Verena

Rehabilitationspädagogin (MA)

Staatlich anerkannte Tagesbildungsstätte Weserschule,
Lebenshilfe Syke

Arbeitsschwerpunkt: Klassenleitung

Sonnenweg 4

27318 Hoya

E-Mail: v.tampke@web.de

Testa, Tabea

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: elternbasierte Early
Literacy-Förderung

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: tabea.testa@uni-oldenburg.de

Twent, Sophia

M.A. in Rehabilitationspädagogik (Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg), seit 2018 selbstständige Tätigkeit als ICF-CY-Trainerin, insbe-
sondere für Frühförderstellen und Kindertageseinrichtungen

E-Mail: sophia.twent@googlemail.com

Vesterling, Christina, Dr.

Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg

Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst

Industriestraße 1b

26121 Oldenburg

E-Mail: Dr.Christina.Vesterling@stadt-oldenburg.de

von Düring, Ute, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: ute.von.duering@uni-oldenburg.de

von Seeler, Isabelle, Dr.

Europa-Universität Flensburg, Institut für Sonderpädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kognitive Funktionen, Mathematik bei
Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung
Auf dem Campus 1a
24943 Flensburg
E-Mail: isabelle.von.seeler@uni-flensburg.de

Wahl, Michael, Prof. Dr. phil.

Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für
Rehabilitationswissenschaften
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Barrierefreiheit, Sprache und
Kommunikation, Medieneinsatz in der Rehabilitation
Unter den Linden 6
10099 Berlin
E-Mail: michael.arnold-wahl@hu-berlin.de

Wandel, Sarah-Theres

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Early Literacy-Fähigkeiten und
sozioökonomischer Status
Ammerländer Heerstraße 114-118
26129 Oldenburg
E-Mail: sarah-theres.wandel@uni-oldenburg.de

Weihrauch, Tomke

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kindeswohl (-gefährdung) aus
interdisziplinärer Perspektive, (Intensiv-) pädagogische Förderung an den
Schnittstellen Schule – Jugendhilfe – Psychiatrie
Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg
E-Mail: tomke.weihrauch@uni-oldenburg.de

Weiland, Katharina, Dr. phil.

Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für
Rehabilitationswissenschaften

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Barrierefreiheit, Lese-
Rechtschreibstörungen und Lebensqualität in der Rehabilitation
Unter den Linden 6

10099 Berlin

E-Mail: weilandk@hu-berlin.de

Wittrock, Manfred, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Risiko- und Schutzfaktoren, Literalität,
Behavior Literacy

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: manfred.wittrock@uni-oldenburg.de

Yumus, Melike, Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, FK I,
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung von Sprach- und
Lesekompetenz in der frühen Kindheit und Präventionsprogramme für
den Schulerfolg

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

E-Mail: melike.yumus@uni-oldenburg.de

Die Rehabilitationspädagogik umfasst unterschiedliche Handlungsfelder und unterliegt in den letzten Jahren einer deutlichen Veränderung. Diese Entwicklungen werden mitbedingt durch aktuelle disziplinenübergreifende Forschungen sowie die zunehmende Berücksichtigung der Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen auf Selbstbestimmung, Bildung, Teilhabe und Gesundheit. Neue Technologien, Künstliche Intelligenz sowie die partizipative Versorgungsforschung beeinflussen dabei entscheidend das sich wandelnde Berufsbild.

Die Autor:innen geben Einblicke in unterschiedliche Themen, Zielgruppen und Bereiche der Rehabilitationspädagogik. Neben theoretischen und empirischen Beiträgen von Wissenschaftler:innen kommen ebenfalls Praktiker:innen zu Wort.

Das Buch richtet sich an Studierende, Wissenschaftler:innen und Praktiker:innen der Rehabilitationspädagogik und verwandter Disziplinen.

Die Herausgeber*innen

forschen und lehren am Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Wiebke Stöhr, geb. 1994, beschäftigt sich vor allem mit der Emotion Scham in schulischen und außerschulischen (sonder- und rehabilitations-)pädagogischen Kontexten.

Dr. Martin Podszus, geb. 1981, forscht zu Studieren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie Digitalisierung und Diversität in Bildungs- und Rehabilitationsprozessen.

Prof. Dr. habil. Gisela C. Schulze, geb. 1960, befasst sich mit Absentismus/Dropout in Bildung & Rehabilitation, der feldtheoretisch basierten Person-Umfeld-Analyse und der partizipativen Versorgungsforschung.

978-3-7815-2725-6



9 783781 527256