

Barbara Jeltsch-Schudel

## **Klinische Heilpädagogik: unüblich als Begriff, vernachlässigt als Bereich, herausfordernd als Aufgabe**

### **Einführung**

Der Begriff „Klinische Heilpädagogik“ wird selten verwendet und die Kombination der beiden Wörter, die scheinbar wenig – oder doch sehr viel? – miteinander zu tun haben, weckt verschiedenste Assoziationen.

Der Begriff *Heilpädagogik*, 1861 von Georgens und Deinhardt eingeführt, wurde im Laufe seiner mehr als 140-jährigen Geschichte inhaltlich immer wieder neu gefüllt, angepasst an sich verändernde Verständnisse, versehen mit Konnotationen aus sich wandelnden Hintergründen: Der erste, deutschsprachige Teil dieses Doppelbegriffes, „Heil-“, kann etwa mit jener Wissenschaft in Beziehung gesetzt werden, zu der die Heilpädagogik seit ihrer Begründung ein ständiges, doch insgesamt eher ambivalentes Verhältnis hatte und auch heute noch hat: zur Medizin. Mit der Tätigkeit des Heilers indes wurde schon gelegentlich geliebäugelt, aber sie wurde doch nicht zu einer Konstituente der Heilpädagogik. Zumal „Heil-“ auch noch anders verstanden wurde, nicht nur als physisches, sondern auch als seelisches Heil – in einem theologischen Verständnis (Bopp, Montalta) – gewissermaßen als Heilspädagogik. Nicht nur im medizinischen oder theologischen Sinn lässt sich „Heil“ auf den Menschen beziehen, sondern es kann ihn in seiner Ganzheit meinen. Heilpädagogik so verstanden wird zu einer Pädagogik, die die Ganzheitlichkeit des Menschen als zentral achtet.

Diese und weitere Konnotationen der Heilpädagogik wurden, zusammen mit verwandten Begriffen wie Sonderpädagogik, Behindertpädagogik und ähnlichen besonderen Pädagogiken, immer wieder diskutiert (z.B. im Heft 7/1976 der Zeitschrift für Heilpädagogik), die zugrunde liegenden Verständnisse analysiert, als Modelle oder gar als Paradigmen verstanden (etwa Bleidick 1977, Kobi 1977). Trotz der in dieser Diskussion aufscheinenden Unterschiedlichkeiten scheint mir der Bezug zur Pädagogik als Gemeinsamkeit feststellbar zu sein, Pädagogik, mithin Erziehung und Bildung, oder – zurückgreifend auf den griechischen Wortsprung – der „Krankenführung“.

Was soll nun das vorangestellte Adjektiv „klinisch“? Klinisch meint nicht Tätigkeit in Kliniken, nicht nur das Handlungsfeld Spital, nicht einmal generell stationäre Einrichtungen, sondern umschreibt allgemein das Feld professioneller

Zuwendung: das altgriechische ‚klinein‘ heißt „sich (herab)neigen“ (siehe auch Jeltsch-Schudel/Jakobs 1998, 11).

„Klinische Heilpädagogik“ so verstanden birgt im „Sich-Neigen“ und „Erziehen“ eine Komplementarität, welche – verbunden mit den verschiedenen Konnotationen der Vorsilbe „Heil“ – charakteristisch sein mag für jene Bereiche der Heilpädagogik, die besonders herausfordernd, aber auch etwas vernachlässigt sind.

Mit folgenden Bemerkungen beziehe ich mich auf die (deutschsprachige) Schweiz, in der zwar auch von Sonderpädagogik (etwa an der Universität Zürich) oder „Spezieller Pädagogik“ (etwa an der Universität Basel) die Rede ist, jedoch in Hanselmann-Moor'scher Tradition Heilpädagogik als gebräuchlicher Begriff verwendet wird. Diese schweizerische Heilpädagogik ist aus verschiedenen Gründen immer mehr zu einer „schulischen Heilpädagogik“ geworden, zur pädagogischen Arbeit mit benachteiligten und behinderten Kindern und Jugendlichen vor allem im schulischen Bereich also. Die damit – mindestens in der Diskussion – einhergehende Annäherung an den Regelschulbereich ist sicher durchaus wünschenswert.

Außerschulische Bereiche indes sind dadurch etwas aus dem Blickfeld geraten, obschon sie in der historischen Tradition durchaus mit dazugehörten. Heinrich Hanselmann, der als Nestor der schweizerischen Heilpädagogik deren Entwicklung maßgeblich beeinflusste, verstand nicht nur Erziehung und Unterricht, sondern auch Fürsorge als Teil der Heilpädagogik (1976, 11-12). Demnach hat sich diese nicht nur um schulische Belange von Kindern und Jugendlichen zu kümmern. Auch Menschen mit Benachteiligungen und Behinderungen, welche Unterstützung, Begleitung, Beratung und Assistenz benötigen bzw. selbstbestimmt anfordern, gehören in ihre Zuständigkeit.

Im Folgenden soll nun auf eben diese etwas in Vergessenheit geratenen Handlungsfelder der Klinischen Heilpädagogik eingegangen werden, welche zunächst einmal gewissermaßen ex negativo als außerschulische Bereiche bezeichnet wurden. Diese Umschreibung erinnert an die klassische Definition der Sozialpädagogik von Gertrud Bäumer (1929), die damit nicht ein Prinzip bezeichnet, „dem die gesamte Pädagogik, sowohl ihre Theorie wie ihre Methoden, wie ihre Anstalten und Werke – also vor allem die Schule – unterstellt ist, sondern einen Ausschnitt: alles, was Erziehung, aber nicht Schule und nicht Familie ist. Sozialpädagogik bedeutet hier den Inbegriff der gesellschaftlichen und staatlichen Erziehungsfürsorge, sofern sie außerhalb der Schule liegt“ (zitiert nach Tuggenier 1979, 112).

Klinische Heilpädagogik lässt sich jedoch nicht gleich definieren wie Sozialpädagogik – sonst könnten die Begriffe ja gleichgesetzt werden –, sondern sie umfasst noch anderes. Dieses andere, das gewissermaßen Anlass für *heilpäda-*

gogische Tätigkeit ist, lässt sich vorläufig wohl am ehesten mit dem nicht umstrittenen Begriff der *Behinderung* fassen.

Die Zuständigkeitsbereiche der Klinischen Heilpädagogik finden sich also in vielen verschiedenen Handlungsfeldern, überall dort, wo es um Menschen „mit Behinderungen“ geht. Die professionellen Tätigkeiten in diesen Handlungsfeldern bzw. die Aufgaben der Klinischen Heilpädagogik erfordern eine offene und abstrakte Formulierung. Erziehung und Bildung als allgemeine pädagogische Aufgaben, jedoch in erschwerten Situationen, sind an erster Stelle zu nennen. Andere Aufgaben werden etwa mit Assistenz, Unterstützung, Begleitung, Beratung umschrieben. Hier handelt es sich also um Tätigkeiten, die interaktiv verstanden werden müssen. Damit sind – insbesondere im Bezug auf Erwachsene mit einer Behinderung – subsidiäre Tätigkeiten gemeint, die als Angebote nur auf Begehr des Nutznießers zum Einsatz kommen. Dies weist darauf hin, dass Klinische Heilpädagogik nicht auf dem klassischen „pädagogischen Bezug“ (Nohl) basiert, einem Verhältnis zwischen zwei sich an Alter und Erfahrung unterscheidenden Personen, sondern vielmehr auf einer immer wieder neu zu definierenden *Beziehung* zwischen zwei Subjekten.

Ich werde im Folgenden diese beiden an der Beziehung teilhabenden Subjekte – wenn sie unterschieden werden müssen – Fachpersonen und „Menschen mit Behinderungen“ nennen.

Klinische Heilpädagogik – so zeigen die gemachten Überlegungen – definiert sich über Tätigkeiten, welche sich als Beziehungen zwischen „Menschen mit Behinderungen“ und Fachpersonen begreifen lassen. Diese beiden Aspekte – *Beziehungen* und *Behinderungen* und ihre Bedeutung für die Klinische Heilpädagogik – sollen im folgenden genauer betrachtet werden.

### **Beziehung oder Kooperation als konstituierendes Element klinisch-heilpädagogischer Tätigkeit**

*Beziehung* ist also ein Schlüsselbegriff der Klinischen Heilpädagogik. Beziehung indes ist ein sehr unspezifischer Begriff, welcher in verschiedensten Kontexten verwendet wird. Daher ist es notwendig, diesen Schlüsselbegriff genauer zu beschreiben, um der Professionalität der Klinischen Heilpädagogik Rechnung zu tragen. Beziehung ist selbstredend interaktiv zu begreifen. Sie manifestiert sich im gemeinsamen Handeln beteiligter Subjekte und ist ausgerichtet auf ein gemeinsames Ziel, etwa die Bewältigung von Aufgaben, die sich im Alltag stellen. Nicht nur die Festlegung des Handlungsziels, sondern ebenso die Wahl des Weges gehören zur Kooperation, die als gemeinsamer Prozess der Beteiligten verstanden wird.

Damit wird deutlich, dass die beteiligten Subjekte im Zentrum stehen und das gemeinsame Handeln ausschließlich auf Beziehung basiert, also nicht von weite-

ren Elementen – wie etwa von (schulischen) Inhalten und Lehr/Lernmethoden bestimmt wird. Somit wirken und beziehen sich die beiden Subjekte unmittelbar aufeinander, mit allen ihren Persönlichkeitsbereichen. Kein Drittes kann zwischen die Interaktionspartner geschoben zu werden; die Beteiligten können sich nicht voreinander verstecken. Das Instrument der Arbeit des Klinischen Heilpädagogen und der Klinischen Heilpädagogin ist deshalb die eigene Person in ihrer Ganzheitlichkeit.

Diese Feststellung hat Konsequenzen für die Professionalität: im Bezug auf die praktische Arbeit in der Klinischen Heilpädagogik – und im Bezug auf die Ausbildung, doch von Letzterer später.

Gleichermaßen stehen in der Praxis alle Beteiligten, die Fachpersonen und die mit ihnen zusammenarbeitenden „Menschen mit Behinderungen“ vor der anspruchsvollen Aufgabe, ihre *Beziehung* zu gestalten. Auch wenn jeder Beteiligte seinen Teil an Verantwortung übernimmt (siehe hierzu etwa Schönberger 1986), kann nicht von einer symmetrischen Beziehung (im Sinne Watzlawicks et al. 1982) gesprochen werden. Gleichwertigkeit der Beteiligten heißt nicht Gleichheit. Die Ungleichheit drückt sich etwa darin aus, dass eine gewisse Machtkonstellation strukturell gegeben ist. Diese wird oftmals ausgeblendet, Fachpersonen wollen sie nicht wahrhaben. Verantwortung in der Kooperation zu teilen, erfordert jedoch, diese Unterschiedlichkeiten wahrzunehmen und zu thematisieren. Nur so – in transparenten Verhältnissen – ist das Teilen der Verantwortung nach Maßgabe der individuellen Ressourcen überhaupt möglich.

In der Gestaltung der Beziehung zwischen „Menschen mit Behinderungen“ und Fachpersonen ist eine weitere Ungleichheit feststellbar. Diese betrifft gleichsam den Anlass der Beziehung: ein erwachsener Mensch ist nicht mehr erziehungsbedürftig (siehe hierzu Radtke 2000), jedoch – verursacht durch die Lebenserschwerungen, durch seine Behinderung – angewiesen beispielsweise auf Unterstützung in alltäglichen Verrichtungen. Diese Hilfen sind häufig auch in intimen Bereichen notwendig; in Bereichen, die von Menschen ohne Behinderungen nur mit engen Partnern geteilt werden. Dadurch werden kulturell übliche Regeln verändert, verschoben. Die Definition der Beziehung wird deshalb unklar: ist es eine intime Beziehung oder eine professionelle? Dass sich „Menschen mit Behinderungen“ gelegentlich in ihre Betreuerinnen und Betreuer verlieben, hat mit diesen Verschiebungen zu tun. Dazu kommt, dass solche Verrichtungen im Leben von „Menschen mit Behinderungen“ in allen Bereichen erforderlich sind; im Gegensatz dazu verfügen die Fachleute (zumeist) über einen privaten Raum. Professionell verstandene und somit distanzierende oder distante Beziehung steht somit dem Verständnis einer umfassenderen und allenfalls intimen Beziehung gegenüber (siehe hierzu auch Saal 1998a und b). Die Erkenntnis dieser Diskrepanz muss für „Menschen mit Behinderungen“ sehr schmerzlich sein.

Führt man sich die existentielle Bedeutung vor Augen, die die Beziehungsge-  
staltung für die Beteiligten, besonders aber – aufgrund der Asymmetrie der Be-  
ziehung – für „Menschen mit Behinderungen“ hat, wird deutlich, wie sorgsam  
und verantwortungsvoll diese Aufgabe von professioneller Seite wahrgenom-  
men werden muss.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist es, das Gegenüber wahrzunehmen und  
zu verstehen suchen. Gerade dann, wenn die Kooperationsformen nicht den in  
unserer Gesellschaft üblichen entsprechen (beispielsweise einer starken Ge-  
wichtung der verbalen Verständigung), so ist unabdingbar, sich dem Anderen  
anzunähern, die Fähigkeit zu entwickeln, seine Perspektive zu übernehmen. Um  
ihn zu verstehen – professionelles Verstehen könnte auch mit Diagnostik um-  
schrieben werden – sind Kenntnisse seiner Lebensgeschichte, seines (sozialen)  
Lebensumfeldes und seiner Wahrnehmungs- und Handlungsweisen unabdingbar  
(hierzu gibt die Rehistorisierende Diagnostik von Jantzen/Lanwer-Koppelin  
1996 wesentliche Impulse). Diagnostik als Verstehen kann nur prozessual be-  
griffen werden, d.h. eingebettet in das gemeinsame Handeln und die Beziehung  
zwischen „Menschen mit Behinderungen“ und Fachpersonen.

Dieses gemeinsame Handeln und die Beziehungsgestaltung (Kooperation,  
Verstehen) weisen in der Praxis der Klinischen Heilpädagogik weitere Facetten  
auf, die, wenngleich mit einigen eher allgemeinen Tätigkeiten unschreibbar  
(etwa Assistenz, Begleitung, Beratung, Unterstützung, Hilfe), für die jeweils  
singulären Situationen konkretisiert werden müssen. Dabei sind nicht nur die  
Individualität, also die Bedürfnisse, die Ressourcen, der lebensgeschichtliche  
Hintergrund, der soziale Kontext der „Menschen mit Behinderungen“, sondern  
auch jene der Fachleute miteinzubeziehen (siehe hierzu Pfeffer 1986).

Beziehung und Kooperation als auf Gegenseitigkeiten beruhende Tätigkeiten  
von „Menschen mit Behinderungen“ und Fachpersonen verstanden, erfordern  
eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Behinderung.

### **Behinderung bzw. der Umgang mit Behinderung als Voraussetzung kli- nisch-heilpädagogischer Tätigkeit**

In Fortführung der begonnenen Überlegungen soll nun nach der Bedeutung von  
Behinderung für Fachpersonen in ihrer heilpädagogischen Arbeit gefragt wer-  
den. Nicht der Stellenwert der Behinderung als Erschwerung der Erziehungs-  
situation soll betrachtet werden, sondern die Bedeutsamkeit, welche Behinde-  
rung für die Fachperson hat. Ausschlaggebend für diese Betrachtung ist die vor-  
ausgegangene Feststellung, dass an der Beziehungsgestaltung die Fachperson in  
ihrer Ganzheit beteiligt ist.

Dazu – so haben wir festgestellt – ist Verstehen wesentlich:

• „Was wir an einem anderen Menschen z.B. nicht verstehen und nicht ak-  
zeptieren können, dass es auch für uns selbst zutreffen könnte, nehmen wir als  
dessen Unverständbarkeit und ‚Andersartigkeit‘ wahr.“

• Das Verständnis des Anderen gelingt nur mittels der Projektion unserer  
Verstehensgrenzen auf ihn, d.h. wir verkennen unsere Grenzen des Verstehens  
als Begrenztheit derer, die es zu verstehen gilt. In Folge kommt es zur Wahr-  
nehmung unserer Begrenztheit als Grenzen des Anderen.

• Unsere Annahmen über diese nun für wesensmäßig gehaltene Begrenztheit  
des Anderen, die, wie gesagt, unsere Verstehensgrenze charakterisiert, lassen  
uns nun so handeln, dass wir den anderen in Erziehungs-, Bildungs- und Unter-  
richtssysteme, in Wohn-, Arbeits-, Förder- und Therapiezusammenhänge ver-  
bringen, die dieser unserer Annahme der Begrenztheit entsprechen. Das garan-  
tiert, dass der Andere trotz Förderung so bleibt, wie ich ihn mir nur denken  
kann. Dadurch erfüllt sich, was wir über seine Entwicklungsmöglichkeiten pro-  
gnostiziert haben. Das bestätigt uns (nicht den Anderen), beweist unsere ‚Nor-  
malität‘ und dessen ‚Pathologie‘ und schließt den Zirkel.“ (Feuser, o.J., 86)

Erste Hinweise zum Verstehen sind im ersten Punkt des Ziats, nämlich dass es  
im anderen Menschen Unverständbares geben kann, dass dieses als andersartig  
und daher auch als fremd wahrgenommen wird. Bekanntlich sind originäre Re-  
aktionen gegenüber Behinderungen (außer in der frühen Kindheit) vorwiegend  
ambivalent oder abwehrend (Cioerkes 2001, 89 f.). Die Andersartigkeit wird  
negativ konnotiert und kann als bedrohlich erlebt werden, weil es auch uns be-  
treffen könnte.

Andersartigkeit, Fremdheit kann aber auch dazu führen, dass die Grenzen des  
Verstehens erreicht werden, was Feuser im zweiten Punkt feststellt. Die auf den  
„Menschen mit Behinderung“ projizierte Begrenztheit des Verstehens der Fach-  
person, so folgert er im dritten Punkt, hat für die heilpädagogische Arbeit in ih-  
ren individuellen und institutionellen Angeboten Konsequenzen. Die Möglich-  
keiten eines „Menschen mit Behinderung“ reichen nur so weit, wie sie von  
Fachpersonen gedacht werden können.

Die Projektion der begrenzten Wahrnehmung von Fachpersonen könnte aber  
auch anderswo sichtbar werden, nämlich im jeweiligen Umgang mit der Behin-  
derung. Während die von Feuser genannte Projektion sich mehr auf die Ent-  
wicklungsmöglichkeiten eines „Menschen mit Behinderung“ bezieht (was sich  
in den Konsequenzen, im dritten Punkt, zeigt), ist hier die Projektion auf die  
Möglichkeiten des Umgangs eines Menschen mit sich selber, mit seinen Mög-  
lichkeiten und seinen Grenzen gemeint. Trauen Fachpersonen „Menschen mit  
Behinderungen“ zu, dass sie ihre Behinderung wahrnehmen – und dass sie mit  
ihr „umgehen“ können?

Dass Fachpersonen sich damit schwer tun, zeigt sich etwa darin, dass in der  
praktischen Arbeit vor allem mit behinderten Kindern das Thema Behinderung

kaum zur Sprache kommt. Die Tabuisierung der Behinderung bzw. des Andersseins kann eine große Belastung für „Menschen mit Behinderung“ sein. Ein lebensgeschichtliches Interview mit einer sehbehinderten Frau zeigt dies eindrücklich auf (Jeltsch-Schudel 1993).

Die Schwierigkeiten der Fachpersonen im Umgang mit Behinderungen, die Andersheit, Fremdheit, Bedrohung bedeuten können, also die Begrenztheiten der Fachpersonen in der Auseinandersetzung mit und der Akzeptanz der Behinderungen, können von ihnen auf „Menschen mit Behinderungen“ projiziert werden.

Heilpädagogisches Handeln ist darauf angelegt, dass Entwicklung gefördert wird, dass Fortschritte erkennbar werden, dass Ziele gesetzt und erreicht werden. Wenn auch keine Heilungen möglich sind, also die Behinderung nicht weggefordert werden kann, so sollen doch Veränderungen zum Positiven – zur Normalität? – festzustellen sein. Die heilpädagogische Fachperson steht darin ihren Auftrag und fühlt sich kompetent, wenn Entwicklung und Lernen stattfinden. Mit den anderen Seiten, die Behinderungen mit sich bringen können, kaum sichtbaren Veränderungen, Entwicklungen, die darin bestehen, dass Fertigkeiten „verlemt“ werden, unlösbaren Problemen etwa, tun sich heilpädagogische Fachpersonen schwer.

Dazu kommt, dass heilpädagogische Fachpersonen an sich den Anspruch haben, mit Behinderung und allem was diese mit sich bringt, klar zu kommen. Angst, Wut oder Trauer gegenüber Einschränkungen oder Ausweglosigkeiten, die im Zusammenhang mit einer Behinderung auftreten können, versuchen sie oft zu überspielen oder zu verdrängen.

Eigene Unsicherheiten, Gefühle der Inkompetenz und Ohnmacht auf der einen Seite und die Mühe damit, sich negative Gefühle gegenüber Behinderungen überhaupt zuzugestehen auf der anderen, verhindern die fundierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen Behinderung. Und dies wird auf „Menschen mit Behinderungen“ projiziert: es wird ihnen zu wenig zugestanden, ihre Behinderung negativ zu konnotieren, darüber wütend zu sein und zu trauern, dass ihre Möglichkeiten beschnitten sind, dass sie nicht einfach dazugehören zu den anderen, Nichtbehinderten.

Heilpädagogische Fachpersonen müssen vielleicht auch die Auseinandersetzungprozesse durchmachen, die im Bezug auf Angehörige verschiedenlich diskutiert wurden. Vielleicht müssten sie an sich (und nicht an die Angehörigen!) jene Ansprüche der Akzeptanz – den anderen in seinem So-Sein annehmen – (siehe hierzu kritisch Weiss 1993) stellen und sie erfüllen. – Vielleicht sind diese Akzeptanz-Modelle auch Projektionen.

Es soll indes nicht bei einer kritischen Analyse bleiben, sondern – in heilpädagogischer Art und Weise – eine konstruktive Art des Umganges gesucht werden. Zunächst sei ein Hinweis auf das Verständnis von Behinderung gestattet: in den

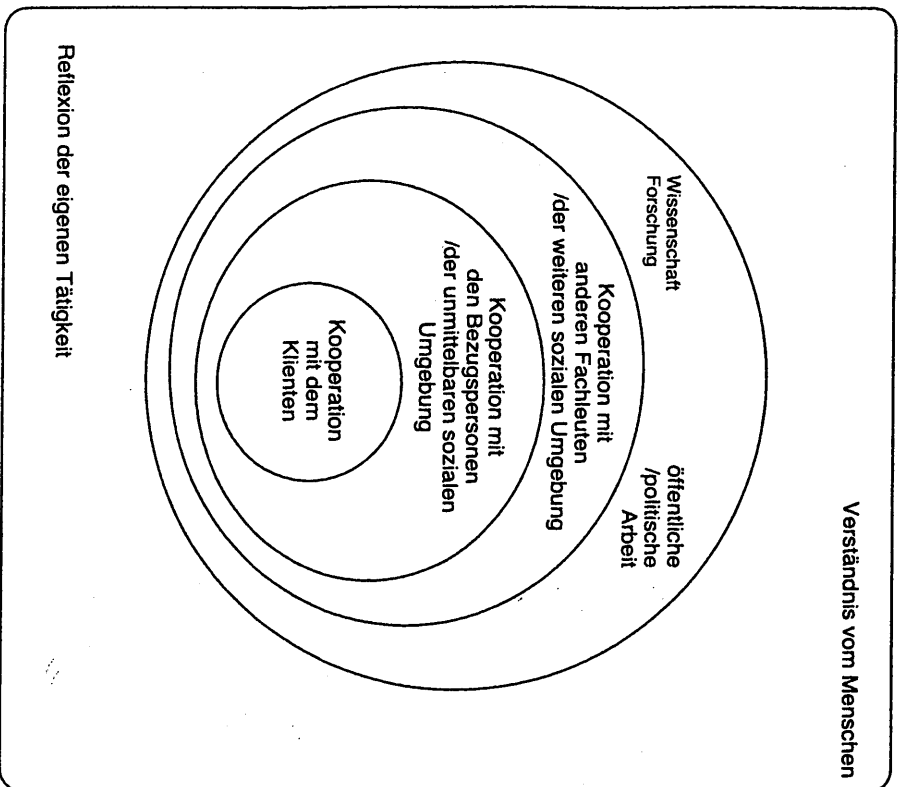
letzten Jahren fand ein Umdenken statt von einem eher statischen zu einem prozessualen Verständnis. Es sei an die Diskussionen in der heilpädagogischen Diagnostik erinnert, die sich von einer Status- zu einer Förderdiagnostik entwickelten. Dahinter stehen zwei Denkfiguren, wie Dinge beschrieben werden können. „Die Definition erfasst das *Wesen* eines Dinges, indem sie die Merkmale nennt, die ihm *konstitutiv* zukommen“ (Herzog 2001, 531, Hervorhebung im Orig.). Dem steht ein Denken entgegen, das „von Unterscheidungen (ausgeht, BJS), aus denen *Relationen* hervorgehen (ebd., 532, Hervorhebung im Orig.)“. Während die erste Denkfigur den Menschen auf ein „substantielles Apriori“ (ebd., 534) festlegt (also etwa aufgrund von Kriterien, die den Menschen zu einer Person machen, siehe Debatte um Lebenswert und Lebensrecht), verweist das Denken in Relationen zum einen auf Prozesse und zum anderen auf Interaktionen zwischen den Menschen.

Beziehung und Behinderung können demnach aufeinander bezogen und prozessual verstanden werden. Dies öffnet den Blick dafür, dass Widersprüche stehen gelassen werden können (siehe hierzu Haeblerlin 2002), dass Trauer über Begrenzungen und Freude über Fortschritte gleichermaßen wichtig und sinnvoll sind.

Die Erörterungen über Beziehung und Behinderung als wesentliche Elemente der klinischen Heilpädagogik sind auf eine Dyade – zwischen „Mensch mit Behinderung“ und Fachperson – fokussiert worden. Allerdings kann diese Dyade als Mikrosystem nicht aus größeren und umfassenderen Zusammenhängen herausgelöst werden, vielmehr ist das Aufgabenverständnis der klinischen Heilpädagogik weiter zu fassen

### Aufgabenverständnis der klinischen Heilpädagogik

Das Aufgabenverständnis der klinischen Heilpädagogik basiert auf den konstituierenden Elementen Beziehung und Behinderung, ist jedoch nicht auf das Kooperationsystem von „Menschen mit Behinderungen“ und Fachpersonen beschränkt. Die Kooperation heilpädagogischer Fachpersonen ist mit Partnerinnen und Partnern anderer sozialer Systeme erforderlich. Die folgende Abbildung hält das Aufgabenverständnis fest:



Aufgabenverständnis der Klinischen Heilpädagogik

Unschwer ist zu erkennen, dass die verschiedenen sozialen Systeme in Anlehnung an Bronfenbrenner (1981) dargestellt sind. Es wird deutlich, dass heilpädagogische Arbeit über die Kooperation mit verschiedenen Partnern hinaus die Bedingungen für ebendiese Kooperationsysteme politisch und rechtlich verbessern und sichern muss. Selbstredend gehören dazu die Erweiterung und Vertiefung der wissenschaftlichen Basis der Heilpädagogik.

Die verschiedenen sozialen Systeme sind für das Aufgabenverständnis der Klinischen Heilpädagogik in einem Rahmen zu sehen: Hintergrund ist ein Verständnis vom Menschen, das von Grundwerten getragen ist: „vom Wert der Unverletzlichkeit von jeglichem menschlichem Leben, vom Wert der Gleichwertigkeit aller Menschen bei extremster individueller Verschiedenartigkeit und

vom Wert unverlierbarer Würde jedes Menschen“ (Haeberlin 1995, 33), im Sinne der wertgeleiteten Heilpädagogik. Die Bedeutsamkeit der Person als Instrument ihrer Arbeit in der Klinischen Heilpädagogik bildet gewissermaßen den anderen Teil des Rahmens, indem der Reflexion der beruflichen Tätigkeit ein hoher Stellenwert zugemessen wird.

Dieses hier skizzierte Aufgabenverständnis liegt der Gestaltung des Studienganges der Klinischen Heilpädagogik an der Universität Freiburg/Schweiz zugrunde.

### Versuch der Realisierung in der Ausbildung – Anmerkungen zum Studiengang Klinische Heilpädagogik und Sozialpädagogik an der Universität Freiburg/Schweiz

Eingebettet in eine universitäre Struktur, verbunden mit anderen heilpädagogischen Studiengängen, in Verbindung auch mit den französischsprachigen Studiengängen des gleichen Faches, wird eine heilpädagogische Grundausbildung vermittelt. Diese zielt auf eine wissenschaftliche ebenso wie auf eine praktische Qualifikation der Studierenden ab. Entsprechend dem bereits skizzierten Verständnis der Klinischen Heilpädagogik bezieht sich die berufspraktische Qualifikation nicht auf bestimmte Handlungsfelder, vielmehr befähigt das Diplom (in der Entsprerhung eines Abschlusses BA) den Absolventen und die Absolventin für die Erziehung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in ihrem sozialen Umfeld sowie für pädagogisch-therapeutische Maßnahmen (siehe Informationen über die Praktika 2002). Der Studiengang ist „Klinische Heilpädagogik und Sozialpädagogik“ benannt, wobei Sozialpädagogik vor wenigen Jahren dazugesetzt wurde, um zu verdeutlichen, dass es um aussehrschulische Handlungsfelder geht, die sich eben teilweise mit Handlungsfeldern der Sozialpädagogik überschneiden. Die Studieninhalte wurden dementsprechend erweitert. Das Studium umfasst 5 Semester an der Universität (mit eingebundenen Praktika) und einem Anerkennungsjahr (Berufspraktikum) von 2 Semestern.

Um diesen Zielsetzungen – den wissenschaftlichen wie den praktischen – gerecht zu werden, liegt der Schwerpunkt der Ausbildung auf der Vermittlung dreier für das Berufsbild wesentlicher Basiskompetenzen:

- Wissenskompetenz
- Handlungskompetenz
- Persönlichkeits-/Sozialkompetenz

Diese drei Kompetenzbereiche sind verflochten miteinander und beeinflussen sich gegenseitig. Sie sind jedoch recht allgemein formuliert und nicht spezifisch für Klinische Heilpädagogik, sondern sind auch in Ausbildungskonzeptionen anderer Studiengänge zu finden. Daher wurden, angepasst an die Erfordernisse der Klinischen Heilpädagogik, Schlüsselkompetenzen formuliert. Diese spiegeln

zum einen die Bedeutsamkeit von Beziehung und Behinderung für die Tätigkeiten in der Klinischen Heilpädagogik und zum anderen das skizzierte Aufgabenverständnis.

Es sind dies die folgenden Schlüsselkompetenzen:

- „Beziehungsgestaltung: Bedürfnisermittlung, Kommunikation, Interaktion, kreative Ausdrucksmöglichkeiten, Beratung, Begleitung, Alltagsbewältigung, Vermittlung von Lebenstechniken ...
- Heilpädagogische Diagnostik: Beobachten, Fördern, Kenntnisse über Behinderungen (siehe ICF) ...
- Professionelle Identitätsentwicklung: Rolle als Heilpädagoge/in gegenüber dem Klienten und besonders auch im Team, Balance von beobachtender und reflektierender Anpassung und innovativen Impulsen im Team/in der Institution; Entwicklung einer eigenen (professionellen) Haltung, Selbstevaluation ...
- Management: Verwalten, Planen, Steuern, Evaluieren ...
- Netzwerkarbeit und Gemeinwesenorientierung: Regionalisierung, Dezentralisierung, Teilnahme am allgemeinen Leben, Resozialisierung, Krisenintervention ...“ (Informationen über die Praktika, 2002)

Diese Schlüsselkompetenzen finden Erwähnung in mehr theoretisch ausgerichteten Veranstaltungen, insbesondere aber strukturieren sie die Aufgabenstellungen der Praktika. Es ist hier nicht der Ort, den Studiengang ausführlich darzustellen, vielmehr soll ein Element herausgegriffen und ganz kurz vorgestellt werden: der *Pädagogische Übungsbericht*.

Dieser Bericht wird am Ende des zweiten Studienjahres von den Studierenden verfasst und ist so angelegt, dass mehrere Zielsetzungen anvisiert werden können:

- Die Beschreibung eines „Menschen mit Behinderung“, mit dem die Studierenden während des zweiten Studienjahres im Rahmen eines wöchentlich einen halben Tag stattfindenden Studienintegrierten Praktikums gearbeitet haben;
- die Verknüpfung theoretischen Wissens (verschiedener Studienangebote, besonders aber der Heilpädagogischen Diagnostik) mit der Praxisituation, den konkreten Erlebnissen und Erfahrungen des Praktikums;
- die Beurteilung der Kooperationsituation, indem eigene (der/die Studierende als angehende Fachperson) und fremde (mit dem „Menschen mit Behinderung“, seiner sozialen Situation in Familie oder Institution u.ä. verbundene) Aspekte miteinbezogen werden.

Insgesamt spiegelt dieser Bericht die professionelle Identitätsentwicklung: er ist als Übungsbericht deklariert, der in einem persönlichen Gespräch besprochen und nicht benotet wird. Es geht also weniger um eine leistungsorientierte Qualifikation als darum, einen Anlass der Selbstreflexion zu geben und dies mit dem erforderlichen Respekt vor der Persönlichkeit der/des einzelnen Studierenden.

Als Vorbereitung für den Pädagogischen Bericht erhalten die Studierenden einen Leitfaden, der sehr offen gehalten und daher auf verschiedene Handlungsfelder anwendbar ist. Damit ist jede/r Studierende gefordert, ihn individuell auszugestalten, angepasst an die konkrete Praktikumsituation. Zentral ist darin, dass die Studierenden, auf der Basis von tagebuchartigen Notizen, Szenen ihrer praktischen Arbeit beschreiben, interpretieren und theoretisch verankern. Dies hat in mehreren Schritten zu geschehen, die sich in der Art der hermeneutischen Spirale, zwischen der Ebene der konkreten Praxis, der Ebene theoretischer Ansätze und der Ebene der (Selbst-)Reflexion bewegen.

Der pädagogische Übungsbericht kann nicht als „Muster“ künftig zu verfälschender Berichte gelten; in vielen Institutionen sind ohnehin Leitfäden und Gepflogenheiten der Berichtsführung vorhanden. Er zielt – wie schon erwähnt – mehr darauf ab, die Studierenden dazu zu bringen, über ihre Kooperation, mithin über Beziehung und Behinderung, über Bewältigung und Gestaltung mehr alltäglicher Erfordernisse nachzudenken und diese Reflexionen schriftlich einzufangen.

Der pädagogische Übungsbericht stellt die explizite Anforderung, seine eigene Person in der Beurteilung der Kooperation mitzudenken. Dies ist bei den gängigen Berichten nicht üblich, „Menschen mit Behinderungen“ pflegen nach einem jeweils bestimmten Raster beschrieben zu werden. Dennoch wäre es wünschenswert, gerade in Handlungsfeldern, in denen die Beziehung an erster Stelle steht und die Fachperson als Person das Instrument ihrer Professionalität wird, diesen Aspekt vermehrt explizit einzubeziehen.

Es erscheint uns sinnvoll und notwendig, Wege zu finden, wie die Aufgabe, heilpädagogische Arbeit in Kooperation mit „behinderten Menschen“ in Handlungsfeldern der Klinischen Heilpädagogik zu leisten, als Herausforderung angenommen werden kann. Diese Handlungsfelder, in denen oftmals die Kooperation mit jenen Menschen stattfindet, die am wenigsten eine Lobby zur Verteidigung ihrer berechtigten Interessen an und Bedürfnisse nach einer humanen Lebensgestaltung haben, dürfen von der Heilpädagogik nicht vergessen werden.

Klinische Heilpädagogik in ihrer komplementären Figur – Sich-Hinneigen und Er-Ziehen – vermag hierzu Möglichkeiten zu zeigen.

## Literatur

- Bleidick, U. (1977) Zum Begriff der Behinderung in der sonderpädagogischen Theorie, in Bürl, A. (Hrsg) Sonderpädagogische Theoriebildung – Vergleichende Sonderpädagogik, Luzern, 25-37.
- Bronfenbrenner, U. (1981) Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, Stuttgart 1981.

- Cloerkes, G. (2001) *Soziologie der Behinderten*, Heidelberg, 2. Neu bearb. und erw. Aufl. Feuser, G. (o.J.) *Zum Verhältnis von Menschenbild und Integration*. „Geistigbehinderte gibt es nicht!“ in Formefeld, B./Dederich, M. (Hrsg.) *Menschen mit geistiger Behinderung neu sehen lernen*, Düsseldorf.
- Haeblerlin, U. (1995) *Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft*, Ein propädeutisches Einführungsbuch in Grundfragen einer Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte, Bern.
- Haeblerlin, U. (2002) *Sonderpädagogik studieren – eine Herausforderung an den ganzen Menschen*, Zs.f. Heilpäd. 10, 393-403.
- Hanselmann, H. (1976) *Einführung in die Heilpädagogik*, Zürich, 9. Aufl.
- Herzog, W. (2001) *In Beziehung zu sich selbst, Relationales Denken in der Pädagogik*, Schweiz, Zs.f. Bildungswissenschaften 2, 529-545.
- Informationen über die Praktika vom 16. Mai 2002 für das Diplom in Klinischer Heilpädagogik und Sozialpädagogik des Heilpädagogischen Instituts der Universität Freiburg.
- Jantzen, W./Lanwer-Koppelin, W. (1996) (Hrsg.) *Diagnostik als Rehistorisierung – Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen*, Berlin.
- Jelisch-Schudel, B. (1993) *Konstituierende Faktoren der Identitätsentwicklung behinderter Menschen – Erste Resultate eines qualitativen Forschungsprojektes unter besonderer Berücksichtigung von weiblicher Identitätsentwicklung und Selbstbehinderung*, Vierteljahresschr. f. Heilpäd., 4, 454-470.
- Jelisch-Schudel, B./Jakobs, H. (1998) *Heilpädagogik und/oder Sozialpädagogik? Anmerkungen zu einer fachlichen und berufspolitische Debatte und Vorstellung eines Studienganges*, SZH 10, 11-19.
- Kobi, E. E. (1977) *Modelle und Paradigmen in der heilpädagogischen Theoriebildung*, in Bürl, A.: *Sonderpädagogische Theoriebildung – Vergleichende Sonderpädagogik*, Luzern.
- Pfeiffer, W. (1986) *Diagnostik in der Erziehung – aufgezeigt an der Erziehung schwerst geistig Behinderter*, Sonderpädagogik 3, 123-134.
- Radtke, P. (2000) *Heilpädagogik und Selbstbestimmung – Ergänzung oder Widerspruch? In: Bürl, A. (Hrsg.): Voneinander lernen – Hauptreferat de Schweizer Heilpädagogik-Kongresses 1999*, Luzern, 9-18.
- Saal, F. (1998a) *Behindertsein – Bedeutung und Würde aus eigenem Recht – oder: Die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens als Postulat der Vernunft (Teil 1) Behinderte 4/5, 55-78*.
- Saal, F. (1998b) *Behindertsein – Bedeutung und Würde aus eigenem Recht – oder: Die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens als Postulat der Vernunft (Teil 2) Behinderte 6, 65-84*.
- Schönberger, F./Jetter, K. (1986) *Verantwortung*, in VHN 3, 221.
- Tüggener, H. (1979) „Scholastik und Sozialpädagogik“ – Anmerkungen zum vermutlich ersten Gebrauch des Ausdrucks „Sozialpädagogik“, in Herzog, W./Meile, B. (Hrsg.) *Schwerpunkt Schule*, Zürich, 95-116.
- Watzlawick, P./Beavin, J. H./Jackson, D. D. (1982) *Menschliche Kommunikation*, Bern 1982.
- Weiss, H. (1993) *Liebespflicht und Fremdbestimmung – Das Annahmepostulat in der Zusammenarbeit von Eltern und Fachleuten*, Geistige Behinderung 4, 308-322.

Heinrich Greving, Christian Münzel,  
Peter Rödler (Hg.)

# Zeichen und Gesten

Heilpädagogik als Kulturthema

Reihe »edition psychosozial«

Psychosozial-Verlag



## Die Herausgeber:

*Greving, Heinrich*, geb. 1962; Dr. phil., Dipl.-Heilpädagoge, Dipl.-Pädagoge, Professor für Allgemeine und Spezielle Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule NW, Abteilung Münster, Studiengang Heilpädagogik

*Münner, Christian*, geb. 1948; Dr. phil, freier Publizist und Behindertenpädagoge, lebt und arbeitet als freier Publizist und Behindertenpädagoge in Hamburg, Autor u.a. für die Wochenzeitung Zürich.

*Rödler, Peter*, geb. 1953; Dr. phil. habil., Sonderschullehrer und Diplompädagoge, Professor für Allgemeine Sonderpädagogik und Direktor des Instituts für Wissensmedien an der Universität Koblenz-Landau; Arbeitsschwerpunkte u. a.: Autismus, Grundlagen der Arbeit mit nichtsprechenden Menschen; Anthropologische, erkenntnistheoretische und methodische Grundlagen der Sonderpädagogik.

## Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

© 2004 Psychosozial-Verlag / Haland & Wirth

Goethestr. 29, 35390 Gießen

Tel.: 0641/778 19, Fax: 0641/77 72

e-mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen oder optischen Systemen, der öffentlichen Wiedergabe durch Hörfunk-, Fernsehsendungen und Multimedia sowie der Bereithaltung in einer Online-Datenbank oder im Internet zur Nutzung durch Dritte.

Umschlagabbildung: Klaus Struve, Blau, 2001, 90 x 70 cm,

© Freunde der Schlumper e. V. Hamburg

Umschlaggestaltung: Christof Röhl nach Entwürfen  
des Ateliers Warminski, Büdigen

Printed in Germany

ISBN 3-89806-302-X

## Inhalt

### *Vorwort der Herausgeber*

Heinrich Greving, Christian Münner, Peter Rödler ..... 7

## I. Wandel der Zeichen

### *Peter Rödler*

Zur ethischen Potenz einer zeichenorientierten Pädagogik ..... 13

### *Hajo Jacobs*

Mikrologische Heilpädagogik – heilpädagogische Mikrologie?  
Oder: „Nur wenn, was ist, sich ändern lässt, ist das, was ist, nicht alles.“ ..... 29

### *Martin Stahlmann*

Fahren ohne Stadtplan – Heilpädagogisches Handeln ohne Wegweiser? ..... 48

### *Heinrich Greving*

Von der Erziehung zur Assistenz – Wandel der Sprache  
oder Verwandlungen der Botschaften? ..... 64

### *Ulrich Scheibner*

Zeichen, Sprache, Verständigung und Sprachlosigkeit. Kommunikation  
im besonderen Sprachraum der Werkstatt für behinderte Menschen ..... 82

### *Anne Waldschmidt*

Paradoxien des Normalismus: Normalitätsvorstellungen  
im heilpädagogischen Diskurs ..... 98

## II. Gesten im Blickpunkt

### *Franz Schönberger*

Präsenz und Repräsentanz – Körperkult und Leibfeindlichkeit,  
Körperbehinderung und Leibkultur in den Netzwerken  
der ((post-?))(post-?)modernen Gesellschaft ..... 114

### *Brita Schürmer*

Mimik und Gestik von Menschen mit autistischer Behinderung ..... 138