

Therapieimmanenter Unterricht

Möglichkeiten und Herausforderungen des Einbezugs therapeutischer Elemente im Rahmen des Unterrichts am Förderzentrum körperliche und motorische Entwicklung

In der Körperbehindertenpädagogik wird seit je her versucht, das Zusammenspiel von Pädagogik und Therapie in einem stimmigen Verhältnis auszutarieren. Beide Bereiche nehmen - mit ihrem jeweiligen spezifischen Zugang und der ausgebildeten Expertise und Profession - einen bedeutenden Stellenwert für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung ein. Als besondere Herausforderung stellt sich das Einbeziehen therapeutischer Elemente im Kontext des Unterrichts dar, dies wohl seit den Gründertagen des Aufbaus schulischer Förderung für Schülerinnen und Schüler mit Körperbehinderung während der Nachkriegszeit: Wolfgang (1971), einer der Begründer eines Konzeptes der dauerhaften Integration von therapeutischen Fördermaßnahmen in den Unterricht, führt pointiert die Aufgabe an, die heute, fast 50 Jahre später, nichts an Aktualität verloren hat: „Wir möchten an dieser Stelle hervorheben, dass die Relation von Unterricht und Therapie einer ständigen Überprüfung unterzogen werden sollte, vor allem da, wo mehrere Einzeltherapien erforderlich sind. Uns erscheint die Integration von Therapie und Unterricht vielfach zu wenig effektiv. Solange ein Kind lediglich zum Zwecke der Therapie - und auch noch Woche für Woche zur gleichen Zeit - den Unterricht verlassen muss, die Therapeutin selbst jedoch nicht auch in den Unterricht hineingeht, um bei Kind und Lehrer eine Beachtung und evtl. Fortführung der begonnenen Therapie zu bewirken, so lange scheint mir das Optimum für das einzelne Kind wohl kaum erreichbar“ (S. 26).

Schillernde Begriffe sind mit einem Konzept des Einbezugs therapeutischer Elemente in den Unterricht verbunden: „Therapieimmanenz im Unterricht“, „Unterrichtsimmante

Therapie“ (Risau 2012), „Therapie im Unterricht“ und „Therapieimmanenter Unterricht“ (Hedderich/Dehlinger 1998); trotz semantischer Schwächen wird - aufgrund der ausgeprägten Verwurzelung in der Fachsprache - auf den Begriff des Therapieimmanenten Unterrichts zurückgegriffen.

Im Folgenden soll unter „Therapieimmanentem Unterricht“ die transdisziplinäre Planung, Durchführung und Evaluation von therapeutischen Maßnahmen im Unterricht verstanden werden, die auf gleichberechtigter Basis die professionellen Stärken von Lehrkraft und Therapeutin/Therapeut verbindet, mit dem Ziel der Ermöglichung umfänglicher Erfahrung der eigenen „Selbstwirksamkeit“ und Entwicklung größtmöglicher Selbstständigkeit der/des Schülerin/Schülers mit dem Förderbedarf körperliche und motorische Entwicklung.

Die Intention dieses Beitrags liegt darin, einen sinnvollen Einbezug therapeutischer Elemente in den Unterricht auszuleuchten, bewährte Verknüpfungen und Konzepte darzustellen, die damit verbundenen Herausforderungen deutlich



zu machen und positive Wirkungen durch die Etablierung eines „Bezugstherapeutensystems“ in personaler Kontinuität aufzuzeigen.

1. Pädagogik und Therapie - zwei spezifische Zugänge

Aus einer grundsätzlichen Perspektive betrachtet, sind die Zielrichtungen zwischen Pädagogik und Therapie divergent ausgerichtet. Der Begriff der „Therapie“, zurückgehend auf den griechischen Begriff <therapeía>, bedeutet „Heilung“ und ist Zeugnis einer medizinischen Sichtweise. Historisch betrachtet besteht das grundlegende Dilemma zwischen Medizin und Pädagogik in der unterschiedlichen Sichtweise der kategorialen Trennung zwischen „Körper“ und „Seele“. Auch die Physiotherapie ist aufgrund ihrer engen Anbindung an die naturwissenschaftlich orientierte Medizin - im Besonderen in ihren Anfängen - vom zugrundeliegenden Paradigma des „Leib-Seele-Dualismus“ geprägt. In diesem traditionellen Grundverständnis wird Krankheit, in partieller Weise auch Behinderung, primär als Funktionsstörung gesehen, die mit Hilfe therapeutischer Intervention mit der Zielrichtung der „Heilbarkeit“ behandelt wird. In den letzten Jahren wendet sich die Physiotherapie einer mehrdimensionalen Perspektive im Hinblick auf ein „bio-psycho-soziales Modell“ zu (Maier-Michalitsch 2009, S. 144). Es zeichnet sich ein langsamer Paradigmenwechsel ab, verdeutlicht u.a. im für die Physiotherapie entwickelten Denkmodell des „bio-psycho-sozio-ökologischen Ansatzes“ (Hüter-Becker 2000), im Rahmen dessen das „Erleben und Verhalten des Kindes stärker berücksichtigt, seine Sozialbezüge und seine Beziehungen zur Lebenswelt“ (Maier-Michalitsch 2009, S. 145) integriert werden.

2. Bewährte Konzepte, bedeutsame Ansatzpunkte einer Umsetzung

Sowohl für die Darstellung bedeutsamer Ansatzpunkte für einen Einbezug therapeutischer Elemente in den Unterricht als auch die Darstellung der Herausforderungen (siehe nachfolgender Punkt) werden Erkenntnisse des Arbeitskreises und Projektes zu „Therapie und Unterricht“ (2014-2018), initiiert durch das Staatsministerium für Unterricht und Kultus, herangezogen.

Große Bandbreite der Kooperation von Therapie und Unterricht in der schulischen Realität

In bundesweiter Betrachtung kommt die Studie von Maier-Michalitsch (2009) für die schulische Praxis zu dem Ergebnis, dass die physiotherapeutischen Arbeitsformen „von einer ausschließlichen Einzelförderung der Schüler [...], über

Mischformen bis hin zu einem sehr stark am schulischen Alltag orientierten und in den Unterricht integrierten Handeln des Physiotherapeuten, variieren“ (S. 355). Die pädagogische Zusammenarbeit mit Physio- und Ergotherapeuten wird in der heutigen Arbeit als „selbstverständliches Element der Körperbehindertenpädagogik begriffen“ (Lelgemann 2010, S. 226). Es findet in den letzten Jahren ein Umdenken statt, zunehmend wird Therapie und Pädagogik nicht nur additiv gedacht, sondern verschränkt, verknüpft und vernetzt. „Hier findet ein Umdenken statt, das zeigt, dass der Therapeut genauso im Unterricht dabei sein muss und darf, denn fließende, vernetzte Arbeit, [...] ist gute Arbeit“ (Bonse-Ohlsen; zit. n. Maier-Michalitsch 2009, S. 182).

Zwei Professionen:

Intention eines umfassenden Kompetenztransfers

Mit partiellen oder umfassenden Anteilen eines Therapieimmanenten Unterrichts ist durch die Verschränkung und intensive Vernetzung von Pädagogik/Unterricht und Therapie ein hohes Maß an Einsicht in das Handlungsfeld der jeweilig anderen Profession notwendig und möglich. Die Therapeutin/der Therapeut fördert einen oder mehrere Schülerinnen und Schüler in der Klasse, gleichzeitig kann beispielsweise die Unterrichtssituation im Sinne einer Förderdiagnostik dem Erkenntnisgewinn über den Entwicklungsstand eines einzelnen oder mehrerer Schülerinnen und Schüler dienen. Darüber hinaus erlebt die Therapeutin/der Therapeut die Schülerinnen und Schüler im Klassenverband, erfährt das soziale Agieren des einzelnen Schülers in seiner Lerngruppe und kann sich im Unterricht mit therapeutischen Anteilen einbringen (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2010, S. 54). Hilfsmittel und spezielle technische Hilfen können auf diesem Wege intensiv in den unterrichtlichen Alltag eingebunden, Lagerungspositionen und Transfers zwischen verschiedenen Positionen angeleitet und begleitet werden. Dies alles geschieht unter Einbezug des Pflege- und Betreuungspersonals in der Klasse, das dadurch einen hohen Kompetenzzugewinn erzielen kann. Auch das gemeinsame Auftreten gegenüber den Eltern der Schüler gelingt durch die Vernetzung besser und wird von Seiten der Eltern als entlastend und gewinnbringend für das betroffene Kind gewertet. In der quantitativen und qualitativen Studie von Maier-Michalitsch (2009) zum bundesweiten Stand der Physiotherapie am Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung werden im Rahmen der Befragung von Physiotherapeuten und Lehrkräften in empirischer Betrachtung Gemeinsamkeiten festgehalten (S. 270). Offensichtlich bestehen zwischen

beiden Professionen große Gemeinsamkeiten in den Zielen für das einzelne Kind/ den einzelnen Jugendlichen. Im Hinblick auf zugrundeliegende Leitideen des jeweiligen professionellen Handelns zeigt sich im Rahmen der Ergebnisse der Studie eine hohe Deckung: Physiotherapeuten und Förderschullehrkräfte (N=51) benennen als Leitideen „Persönlichkeit stärken“ (gesamt 61% über beide Professionen hinweg), „Selbstständigkeit“ (55%), „Selbstbestimmung“ (22%) und nur in geringem Maße „Medizinische Grundsätze“ (4%). Eine Förderschullehrkraft beschreibt, „ich bin einfach darauf angewiesen auf das Wissen der Therapeuten und die fragen mich auch. Wir hängen irgendwie voneinander ab“ (zit. n. Maier-Michalitsch 2009, S. 271).

Im Folgenden sei exemplarisch auf die therapeutische Arbeit in den Therapiebereichen Physiotherapie / Ergotherapie / Logopädie am Förderzentrum körperliche und motorische Entwicklung eingegangen, fokussiert auf intentionale Ansatz- und Anknüpfungspunkte des Einbezugs im Unterricht.

Physiotherapie: Das Bobath-Konzept

Der physiotherapeutische Ansatz des Bobath-Konzeptes kommt seit vielen Jahren im therapieimmanenten Unterricht zum Einsatz. Dies vor dem Hintergrund, dass dieser Ansatz - auch bekannt als Neurodevelopmental Treatment (NDT) - ein hohes Maß an Anschlussfähigkeit für den Einsatz im Unterricht bereitstellt. Berta und Karel Bobath entwickelten den Ansatz in den 1940er Jahren, beide eröffneten „einen vollkommen neuen Weg der Behandlung und Untersuchung von Kindern mit Zerebralparese“ (Arentschild 2004, S. 5). Grundlegende Ziele dieses Ansatzes liegen in der Stärkung der selbstbestimmten Eigenaktivität als Basis für den Erwerb motorischer Fähigkeiten, auf der Anregung des Neugierverhaltens und des natürlichen Lernbedürfnis-



ses des Kindes (Boenisch 2015, S. 37). Es lassen sich einige Ansatzpunkte und Grundprinzipien herausstellen, die eine direkte Anschlussfähigkeit in unterrichtlicher Hinsicht ermöglicht (vgl. Ritter/Welling 2007; Bobath 2004):

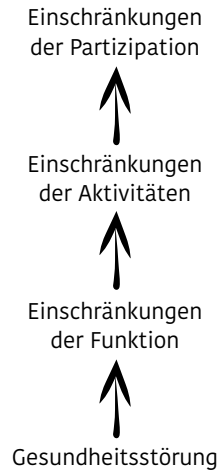
- » Prinzip der Selbstorganisation in der Bewegungsgestaltung: Durch therapeutische Maßnahmen eine eigenaktive Bewegung ausführen
- » Prinzip des Bewegungslernens: Bewegungslernen ist selbstständiges Lernen
- » Prinzip der Lebensweltorientierung: Behandlungsplanung vor dem lebensweltlichen Hintergrund und Lebenswelt des Kindes
- » Prinzip der Integrität von Bewegungs- und Handlungsziel: Das Handlungsziel ist dem Bewegungsziel übergeordnet, die Bewegung dient der Handlung
- » Prinzip der interdisziplinären Koordination und interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen

Ergotherapie im therapieimmanenten Unterricht

Auch die Ergotherapie nimmt eine herausragende Stellung im Kontext des Einbezugs therapeutischer Elemente in den Unterricht ein, z.B. im Bereich der Graphomotorik, dem Erwerb feinmotorischer Fertigkeiten und der Anpassung von Bewegungsabläufen und Hilfsmitteln im Hinblick auf die Partizipation im handelnden Unterricht. In der Ergotherapie wird gegenwärtig immer wieder von einem „Paradigmenwechsel“ gesprochen, es wird die Perspektive auf die Funktionsstörung erweitert durch die umfassende Perspektive der realen partizipativen Einschränkungen durch diese Funktionsstörung in Alltagsbezügen.

Den Paradigmenwechsel verdeutlicht die Fortentwicklung des sogenannten „Bottom-up“-Modells zu einem „Top-down“-Modell (siehe Abb. S. 48): Das bedeutet, „es kann nicht linear von einer Funktionsstörung auf Probleme in der Partizipation oder bei Aktivitäten geschlossen werden. Vielmehr ist es notwendig die individuell empfundenen Einschränkungen in Alltag und Beruf zu erfassen und davon abzuleiten, welche Probleme ihnen beispielsweise auf Ebene der Aktivitäten und der Funktionen zugrunde liegen. Dabei sind auch die individuell wirksamen Umwelt- und persönlichen Faktoren zu berücksichtigen“ (Götze/Zenz 2010, S. 6). Herausgestellt sei an dieser Stelle als Beispiel das Ability Skills and Task Training (ASTT), ein aktueller Ansatz, der das Erlernen motorischer Fertigkeiten und eine motorikbasierte Partizipation im Alltag verknüpft. Im Hinblick auf Kinder mit Hemiplegie wurden durch eine empirische Pilotstudie die positiven Wirkungen und die Wirksamkeit des Therapieansatzes festgehalten (Oswald et al. 2017, S. 62).

BOTTOM-UP-MODELL



TOP-DOWN-MODELL



Gegenwärtige Weiterentwicklungen im Rahmen der Ergotherapie in Betonung der Perspektive der Partizipation in Alltagsbezügen, dem Fokus auf individuell empfundene Einschränkungen der Kinder und Jugendlichen im Alltag und „Activities of Daily Living“ bieten eine Vielzahl an Anknüpfungspunkten für ein therapieimmanentes Unterrichtsetting. Mit dem Fokus auf „Betätigung“ - entgegen eines mechanischen Ansatzes - ist implizit ein motivationspsychologisches Moment verbunden, dem unbedingten Bedürfnis des Kindes „Selbstwirksamkeit“ zu erlangen in Handlungsvollzügen, die aus eigener Steuerung heraus erfolgen und in einen subjektiven Sinnkontext eingebunden sind.

Logopädie im therapieimmanenten Unterricht

Der therapeutische Fachbereich Logopädie nimmt eine Sonderstellung ein, da er nicht an allen Förderzentren körperliche und motorische Entwicklung durch Therapien innerhalb der Einrichtung abgedeckt werden kann. Herausstellen lassen sich jedoch einige Bereiche, die erfolgreich in Unterrichtsarbeit eingebunden sind:

- » Sprachheilpädagogische Maßnahmen zum Transfer in den Unterricht bei Schülern mit Dysarthrie, schweren körperbehindertenspezifischen Sprach- und Sprechstörungen
- » Beratung und Weitervermittlung zu fachspezifischer Diagnostik bei Schluckstörungen und Problemen im Bereich der Nahrungsaufnahme und des Trinkens insbesondere im Bereich schwere Mehrfachbehinderung
- » Mitversorgung von Schülerinnen und Schülern mit Dauerbeatmung und Tracheostoma-Versorgung
- » Bindeglied zu den Fachteams
„Unterstützte Kommunikation und Talkerversorgung“

3. Fachliche Möglichkeiten und Herausforderungen - Chancen im Rahmen eines „Bezugstherapeutensystems“

Eine Reihe an Herausforderungen verbinden sich mit der transdisziplinären Zusammenarbeit der Fachkräfte mit pädagogischer und therapeutischer Profession im Rahmen des Handlungsfeldes Unterricht. In Kenntnis der Herausforderung und im Einbezug neuer Ideen - u.a. im Verweis auf den Gewinn durch ein „Bezugstherapeutensystem“ - werden im Folgenden einige Aspekte diskutiert.

Im Folgenden wird als „Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut“ eine Therapeutin/Therapeut bezeichnet, die mit einer möglichst großen Anzahl ihrer Behandlungseinheiten oder ihrer Arbeitszeit einer Klasse eines Förderzentrums körperliche und motorische Entwicklung zugeordnet ist und immer Teil des pädagogisch-therapeutischen Teams ist.

Herausforderungen der (trans-)disziplinären Zusammenarbeit

Seit den Gründertagen ist die Körperbehindertenpädagogik damit konfrontiert, unterschiedliche Professionen mit grundlegend divergenten Zugängen miteinander in ein gutes Zusammenspiel zu bringen für die positive Entwicklung und das Wohlergehen der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Solarová verdeutlicht, dass aufgrund der unterschiedlichen Professionen „neben Kompetenzschwierigkeiten der Fachleute [...] dabei für alle Beteiligten eine komplexe und damit belastende Situation von verschiedenen Zuständigkeiten und Wertschätzungen“ (1972, o.S.) entsteht. Ein Physiotherapeut formuliert: „Es gibt schon immer wieder Konflikte, so mein Schwerpunkt ist hier und deiner ist woanders. Manchmal fehlt das Verständnis der Lehrer und wir sprechen auch unter-

schiedliche Sprachen“ (zit. n. Maier-Michalitsch 2009, S. 275). Professionsbezogene Verstehensschränken sind oftmals geprägt durch eine verkürzte Einsicht in das jeweils andere Arbeitsfeld und in der Folge ein eingeschränktes Verständnis der jeweils anderen Profession.

Maier-Michalitsch (2009, S. 183 ff.) benennt grundlegende Konfliktfelder:

- » Abgrenzungstendenz: Abgrenzungsbedürfnisse bestehen sowohl bei Sonderpädagogen als auch Physiotherapeuten, „um die eigene Kompetenz gegen Grenzüberschreitungen zu verteidigen. Jede Kritik von außen kann mit dem Argument abgewiesen werden, dass der betreffende nicht über die entsprechende Fachkompetenz verfüge“ (S. 181).
- » Beziehungsebene: „Allzu leichtfertig wird der andere zum Sündenbock für eigenes Versagen oder zur Ausflucht für die eigene Ohnmacht“ (Speck 1998, S. 536).
- » Rollenkonflikte: Sonderpädagogen als auch Physiotherapeuten werden absichtlich durch Vereinbarungen oder unbemerkt durch gruppenspezifische Prozesse spezifische, ggf. inadäquate Rollen zugeschrieben.

Als bedeutsamer Faktor der Überwindung von professionsbezogenen Verstehensschränken zeigte sich die Notwendigkeit - insbesondere zu Beginn der Zusammenarbeit - eines hohen Maßes an Austausch und Mitteilung „im Sinne einer Information des anderen Bereiches über die eigene Arbeit“ (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2010, S. 53). Dies stellt die Basis dahingehend dar, „sich über gemeinsame Ziele, eine gemeinsame Fragestellung und ihre Bearbeitung (zu) verständigen, (...) zu einer gemeinsamen Problemsicht“ (Fischer/Hahn 2001, S. 106) zu gelangen und eine *Reziprozität der Perspektiven* (im Sinne Mead 1980, S. 300 f.) anzuerkennen.



Voraussetzung transdisziplinärer Zusammenarbeit: Notwendigkeit der personellen Kontinuität und etablierter Teamstrukturen

Die Notwendigkeit des Austausches und der Synchronisation erstreckt sich u.a. auf folgende Bereiche (vgl. Leigemann 2010, S. 226):

- » Austausch zu Fragen der Diagnostik
- » Verständigung über unterrichtliche Erziehungsziele im weitesten Sinn (zu denen die Möglichkeit gehören muss die notwendigen Tätigkeiten praktisch ausführen zu können)
- » die konkrete Therapie in Einzel- und Gruppensituationen im oder außerhalb des Unterrichts

Immer dann, wenn „viele Individuen tagtäglich in komplexen und wenig planbaren Unterrichtssituationen arbeiten, sind Reibungspunkte selbstverständlich und sollten in ihrer Selbstverständlichkeit auch angenommen werden“ (Schumacher 2003, S. 201). Vor dem Hintergrund sozialpsychologischer Prozesse der Gruppen- und Teamentwicklung zeigt sich eine Voraussetzung darin, dass die Teammitglieder gleichberechtigt mit einander umgehen und unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen erkennen, akzeptieren und wertschätzen.

Die Vielzahl der erfolgreichen Kooperationen am Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung zwischen Therapie und Pädagogik zeigen die Chancen und den Mehrwert einer transdisziplinären Zusammenarbeit. Faktoren erfolgreicher Zusammenarbeit reichen in Tiefenstrukturen und erfordern Kontinuität in der Zusammenarbeit.



Erfolgreiche soziale Kooperation basieren

- 1 auf Gegenseitigkeit, die jedem Kooperationspartner (rationale) Vorteile verschafft (Kriwet 2003, S. 180).
- 2 Darüber hinausgehend ist ein gemeinsam getragener Sinnhorizont zentral, die gemeinsam geteilte Haltung, für den einzelnen Schüler und die Lerngruppe sinnvolle und möglichst gedeihliche Entwicklungs- und Lernbedingungen zu schaffen.
- 3 Nach der Transaktionsanalyse ist jede Teamarbeit getragen durch zwei elementare Prinzipien (Riedel 2006, S. 80 ff.):
 - » Die Grundlage für jede Arbeit ist ein Vertrag: Vertragsarbeit ist die Grundlage für eine konstruktive Zusammenarbeit, im Vertrag werden Zuständigkeiten, Wirklichkeitskonstruktionen und Visionen implizit abgebildet.
 - » Die Kommunikation ist frei und offen: Jedes Team wird getragen von Kommunikation. Darin wird die Qualität von Beziehung offenbar. Die Beziehung entscheidet über den Ausgang der Kommunikation und somit über die Konstruktivität eines Teams.

DREI MODELLE DER ZUSAMMENARBEIT (nach Goll 1996)

MULTI-DISZIPLINARITÄT	INTER-DISZIPLINARITÄT	TRANS-DISZIPLINARITÄT
Nebeneinander planen	Miteinander planen	Miteinander planen
Nebeneinander handeln	Nebeneinander handeln	Miteinander handeln

Die nicht unerheblichen Herausforderungen, „Miteinander zu planen“ und „Miteinander zu handeln“ werden an dieser Stelle nicht negiert, z.B. Zeitmangel, strukturelle Bedingungen der beiden „Subsysteme“, große Umfänglichkeit der gemeinsamen Planung und Absprache. Verlässliche und etablierte Teamstrukturen können einen entscheidenden Beitrag leisten. Die zeitliche Parallelität von Teambesprechungen innerhalb einer Schule ermöglicht Therapeuten die langfristige Vorplanung ihrer Teamgespräche und zeitnahe, aktuelle Umorganisationen von Planungen. Auch hat sich die intensive Zusammenarbeit von Schulleitung und Therapieleitung mit regelmäßigen Treffen für die Gesamtkoordination einer transdisziplinären Arbeitsweise bewährt. Ebenfalls etabliert sind „koordinierende Therapeutinnen/Therapeuten“, die als Multiplikatorinnen/oren für gelingende Kooperationen agieren können und in mehreren Klassen übergreifend eingesetzt sind.

Vor dem Hintergrund, dass die organisatorischen Strukturen innerhalb der Schule eine Vielzahl an Professionen vorsehen, ist aus der Perspektive des Schülers das „Recht auf Beziehungskonstanz“ (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2010, S. 40) zu betonen: „Der Schüler erlebt Sicherheit und Stabilität, wenn sein Recht auf Beziehungskonstanz, auf Vertrautheit und persönliche Bindung erfüllt wird“ (ebd.). Eine Zielperspektive für den Schüler liegt in einer Intensivierung der bestehenden Beziehungen und eine bessere Orientierung im Alltag, das „Bezugstherapeutesystem“ (s.u.) kann einen Beitrag hierzu leisten, denn „zugewandte, konstante Beziehungserfahrungen erleichtern dem Kind Neugier- und Erkundungsverhalten“ (Haupt 2007, S. 63).

Beispiele für gelingende Kooperation in Form des „Therapiehauses“:

Durch das Modell eines „Therapiehauses“ (Bsp. siehe Abb. S. 51), entstanden im Rahmen des Arbeitskreises und Projektes zu „Therapie und Unterricht“ (2014-2018), werden gelingende Kooperation und Ansätze für eine Förderung sichtbar. Die Abbildung des Therapiehauses auf der nächsten Seite verdeutlicht den Einbezug der Therapie im Unterricht am Beispiel „Mathematik“.

Vernetzung und Flexibilität im Zwiespalt therapeutischer Abrechnungs- und Anstellungsverhältnisse

Ohne die vielfältigen Formen der Abrechnungspraxis therapeutischer Leistungen an Förderzentren körperliche und motorische Entwicklung hier näher darstellen zu können, ist festzuhalten, dass das oftmals starre System von fünf- und vierzigminütigen Behandlungseinheiten eine Weiterentwicklung benötigt und den Anforderungen eines transdisziplinären Arbeitens nicht immer entspricht. Auch im inklusiven Setting mit seinen Anforderungen an zeitliche Flexibilität ist der Fünfundvierzigminutentakt nicht einzuhalten. Darüber hinaus zeigt sich, dass erfolgreich umgesetzter therapieimmanenter Unterricht die Absprache- und Koordinationszeiten für das einzelne Kind in einem hohen Maße ausweitet, dies korrespondiert in diesem Umfang nicht mit den Abrechnungsmodalitäten. Wünschenswert wäre es für einzelne Schülerinnen und Schüler nach langen Krankenhausaufenthalten oder Reha-Maßnahmen intensive Therapiewochen anbieten zu können, um den hohen Therapiebedarf zunächst abfangen zu können. Die etablierten Abrechnungs- und Anstellungsstrukturen benötigen eine Weiterentwicklung hin zu flexibleren Modellen, die verlängerte Koordinations- und Absprachezeiten ermöglichen und höhere zeitliche Flexibilität ermöglichen.

Ausblick

Sicherlich ist folgende Einschätzung überspitzt formuliert: „Wo es die organisatorischen Strukturen heute ermöglichen, kann Einzeltherapie als ein Auslaufmodell angesehen werden“ (Maier-Michalitsch 2009, S. 166).

Dies verweist auf zweierlei: Zum einen ist für den jeweiligen Schüler ein therapeutischer Ansatzpunkt zu finden, der die Vorteile einzelner therapeutischer Settings aufgreift und Nachteile minimiert und somit jedem Schüler ein individuelles Angebot aus Einzel-, Gruppen- und unterrichtseingebundenem Therapieprogramm im Wochenverlauf ermöglicht.

Zum anderen stehen therapeutische Angebote immer auch von „organisatorischen Strukturen“, die sich in jeder Förderschule körperliche und motorische Entwicklung unterschiedlich zeigen, in Abhängigkeit u.a. von der Schulgröße, Organisationsformen, Ausstattung etc.

Trotz zweier grundlegend „divergente(r) Handlungslogiken“ (Schaeffer 1992, S. 200) und fundamental grundverschieden verorteter Professionen bietet die Zusammenarbeit beider Berufsgruppen, im Besonderen im Handlungsfeld Unterricht, einen Zugewinn für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung, den jede Profession für sich im singulären Zugang nicht erreichen kann.

Das Konzept eines „Bezugstherapeutensystems“ (mit physio-/ergotherapeutischem oder logopädischem Professionshintergrund; auch „Klassentherapeutensystem“ genannt) - in der Notwendigkeit einer zumindest partiellen, über das einzelne Individuum hinausgehenden Grundfinanzierung - lässt die hohe therapeutische Kompetenz in besonderer

Weise zum Tragen kommen. Auf sozialpsychologischer Ebene können vertiefte Kommunikations- und Vertrauensstrukturen entstehen, belastbare „Vertragsbeziehungen“ (Riedel 2006) aufgebaut werden und dringend notwendige und zeitaufwendige Absprachen in eine sinnvolle Relation zu den Zeitanteilen für die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen gebracht werden.

Folgende Äußerung einer Physiotherapeutin verdeutlicht die Schwierigkeit, die mit mangelnden Erfahrungen des transdisziplinären Arbeitens verbunden ist, im Besonderen im Rahmen des therapieimmanenten Unterrichts: „Viele sehen einfach nicht die Notwendigkeit für Physiotherapie ein, die denken nur, dass man das Kind runter holt in die Therapie und wieder hoch bringt, aber was wir mit dem Kind machen, wissen die nicht wirklich und das interessiert die meisten auch nicht. Ich muss mir das Interesse immer wahrhaft erkämpfen“ (zit. n. Maier-Michalitsch 2009, S. 275). Das durchgehende Tun in getrennter räumlicher Verortung befördert nicht gegenseitiges „Interesse“ und daraus folgendes „Verständnis“. Erst in der gemeinsamen Planung und Handlung in einem verschränkten Handlungsfeld, dann wenn ich unmittelbar und mit hoher personeller Kontinuität zusammenarbeite, wächst Verständnis für die jeweils andere Disziplin und wird der Zugewinn für das Kind mit Körperbehinderung und für die eigene Berufszufriedenheit erfahrbar.

Fotos mit freundlicher Unterstützung des Förderzentrums körperliche und motorische Entwicklung Aschaffenburg

Erweiterung der Handlungsmöglichkeit im LB Mathematik

- » Geometrie: Räume eigenaktiv erfahren und strukturieren
- » Zahlenraum, Mengenbegriff, Operationen handelnd sichern
- » Umgang mit Größen durch Eigenbewegung festigen

4. pädagogisch-therapeutische Unterstützungsmöglichkeiten in der Situation - Beratung/Transfer in den Alltag mit allen Bezugspersonen - Beispiele:

Pränumerisch: Stück für Stück Zuordnung (Selbsttätiges Decken des Tisches, aktives Verteilen von Gegenständen...), Gruppenbildung/Reihenbildung im eigenaktiven Umgang mit Dingen des Alltags (Teller werden gestapelt, Tische werden zusammengeschoben, Besteck wird sortiert, alle blauen Unterlagen werden eingesammelt...)

Mathematische Operationen: durch möglichst alltagsgemäße Bewegungs- und Handlungssituationen grundlegen und sichern, im Mathematikunterricht durch Eigenaktivität/Ganzkörperbewegung/eigenaktives Handeln erfahrbar machen (gliedern, ordnen, zerlegen und zusammensetzen, weggehen, dazukommen, vermehren und teilen, vorwärtsgehen, rückwärtsgehen, viel, wenig, schwer, leicht...)

Mengenverständnis: Bsp. Ordnungszahlen: bewegtes „Erfahren einer Position in der Reihe“ oder „Nachbarzahlen“

Geometrie/Größen: Räume werden durch Bewegungshandeln erschlossen „Die Orientierung im Raum gelingt eher durch aktives sich-selbst-bewegen als durch bewegt werden“ - (LP geistige Entwicklung) „Wir bilden einen Kreis/Halbkreis, „ich sitze/stehe/bewege mich oben, unten, rechts, links von, am Anfang, am Ende einer Strecke, ich erfahre einen Quader, eine Kugel, Walze... durch die Bewegung im, auf dem Körper (Karton, Pezziball, Tunnel), gerade, schräge/diagonale Linie abgehen, lange Strecken kurze Strecken gehen“

3. Optimierte Ausgangssituation

- » Raumorientierung durch Eigenbewegung ermöglichen in allen Alltagsfeldern (mit und ohne Rollstuhl)
- » Aktives Vertikalisieren zur Rumpfstabilisierung, gestütztes Gehen » Gehen mit Führungshilfen (Rollator, Dreipunktstöcke...)
- » Selbsttätiges Handeln ermöglichen/Greifmotorik verbessern » Aufmerksamkeit, Konzentration erhöhen » Förderung der Wahrnehmungsintegration

2.1 Unterstützungsmöglichkeit durch Lehrer und Therapeuten:

- » Aktivieren zum Aufstehen zur Lokomotion
- » Auf die Greifmöglichkeiten des Schülers adaptiertes Material bereitstellen, Greiffunktionen verbessern, Beidhandkoordination fördern
- » Sensorische Erfahrungen im „bewegten Dialog“ ermöglichen
- » Tonus beachten/Stell- und Gleichgewichtsreaktionen beachten Physiologische Bewegungsmuster bei allen Aktivitäten aktivieren, pathologische meiden

2.2 Unterstützungsmöglichkeit durch Umfeldgestaltung:

- » Angepasste Hilfsmittel zur Eigenbewegung (Rollbrett...)
- » Angepasster Tisch/Stuhl/Lagerung um möglichst selbstständiges Handeln zu ermöglichen (strukturierter Arbeitsplatz)
- » Handelndes Problemlösen (in Reihe legen, ordnen, mit den Augen verfolgen, beide Hände einsetzen...)
- » Statische oder dynamische Positionen finden und herstellen, damit Körperkontakt/ Blickkontakt/Hand-Handkoordination entstehen kann

1. Ausgangssituation: Schüler mit ICP Grundschulstufe (Rollstuhl, Stehständer..., ohne Hilfen keine Lokomotion möglich)

LITERATUR

- v. Arentsschild, R. (2004): Berta Bobath – Ihr Weg zum NDT-Konzept. In: Biewald, F. (Hrsg.): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München: Urban & Fischer, 5-9
- Boenisch, J. (2015): Medizinische Grundlagen zu Cerebralen Bewegungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Hansen, G. (Hrsg.): Grundwissen Cerebrale Bewegungsstörungen im Kinder- und Jugendalter. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben, 6–50
- Bobath, B. (2004): Die Entwicklung und die Veränderung des Neuro-Developmental-Treatment (NDT). In: Biewald, F. (Hrsg.): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München: Urban & Fischer, 10-13
- Baumann, A. (2009): Therapie - eine profilbestimmende Komponente des Förderangebots im Förderzentrum für körperliche und motorische Entwicklung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik (2009) 3, 99-106
- Bläsig, W. (1967): Die Rehabilitation der Körperbehinderten. München Fischer, A. / Hahn, G. (2001): Interdisziplinarität fängt im Kopf an. Frankfurt: VAS
- Fornefeld, B. (1995): Das schwerstbehinderte Kind und seine Erziehung. Heidelberg: Winter
- Haupt, U. (1996): Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen im Spannungsfeld von eigenen Entwicklungsimpulsen und fremdbestimmter Anleitung. In: Dörr, G.: Neue Perspektiven in der Sonderpädagogik. Düsseldorf, 99-117
- Haupt, U. (2007): Zum Problem der Fremdbestimmung in Therapie und Förderung körperbehinderter Kinder. In: Wiczorek, M. / Haupt, U. (Hrsg.): Brennpunkte der Körperbehindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer, 51-69
- Hedderich, I. / Dehlinger, E. (1998): Bewegung und Lagerung im Unterricht mit schwerst behinderten Kindern. München: Reinhard Hofmann, C. (2007): Wie aus Unterrichtsstunden Therapieeinheiten werden- Zur Therapeutisierung des pädagogischen Alltags.: In: VHN Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 76 (4), 278-284
- Hüter-Becker, A. (2000): Der Paradigmenwechsel in der Physiotherapie und das Bobath-Konzept. In: Krankengymnastik 52 (2009) 2, 277-282
- Götze, R. / Zenz, K. (2010): Neuropsychologisches Befundsystem für die Ergotherapie. 3. Auflage. Berlin: Springer Medizin Verlag
- Goll, H. (1996): Transdisziplinarität. Realität in der Praxis, Visionen in Forschung und Lehre- oder nur ein neuer Begriff? In: Opp, G. / Freytag, A. / Budnik, I. (Hrsg.): Heilpädagogik in der Wendezeit. Brüche. Kontinuitäten. Perspektiven. Luzern. Edition SZH, 164-174
- Kobi, E. (1986): Therapie und Erziehung. Ein chronischer Beziehungskonflikt? In: Geistige Behinderung 2/1986, 82-93
- Kriwet, I. (2003): Normative Implikationen der Kooperationsdiskussion in der Sonderpädagogik. In: Sonderpädagogik 33 (2003) 3, 174-185
- Lelgremann, R. (2010): Körperbehindertenpädagogik. Didaktik und Unterricht. Stuttgart: Kohlhammer
- Maier-Michalitsch, N. J. (2009): Physiotherapie an Schulen für Körperbehinderte - Im Spannungsfeld von Medizin und Pädagogik. Oberhausen: Athena
- Mead, G.H. (1980): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt: Suhrkamp
- Oswald, A., Fridrich, A. / Mosgöller, W. / Rauscher, Ch. (2017): Die Anwendung von Ability Skill and Task Training (ASTT®) bei Kindern mit unilateral-spastischer Cerebralparese zur Förderung des Erwerbs alltagsorientierter bimanueller Aktivitäten - eine Therapiemethode in der pädiatrischen Ergotherapie. In: ergoscience 2017, 12(2): 56-64
- Riedel, F. (2006): Psychologische Basics zur Teamarbeit. In: Praxis-Info G 3/2006
- Ritter, G. / Welling, A. (2007): Die 10 Prinzipien des Bobath-Konzepts in der Kinder-Therapie. Stuttgart: Thieme
- Risau, M. (2012): Therapieimmanenter Unterricht - Unterrichtsimmanente Therapie. Interdisziplinarität als notwendige Bedingung inklusiver Pädagogik. Wissenschaftliche Hausarbeit zur ersten Staatsprüfung.

Online unter:

<http://bidok.uibk.ac.at/library/risau-therapie-dipl.html#idm216384>

- Solarová, S. (1972): Mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche. Berlin
- Sowa, M. (1996): Lasst uns miteinander reden und handeln. Möglichkeiten der Zusammenarbeit in Aus- und Fortbildung. In: Sowa, M./Rischmüller, A. (Hrsg.): Schule in Bewegung. Zusammenarbeit von Therapie (KG/BT) und Pädagogik an Schulen für Körper- und Geistigbehinderte. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 187-209.
- Sowa, M./Rischmüller, A. (1996): Pädagogik und Therapie an der Schule für KÖ/GB Gemeinsamkeiten und differenzierte Schwerpunktsetzung. In: Sowa, M./Rischmüller, A. (Hrsg.): Schule in Bewegung. Zusammenarbeit von Therapie (KG/BT) und Pädagogik an Schulen für Körper- und Geistigbehinderte. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 47-65.
- Schaeffer, D. (1992): Tighrope Walking: Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Schaeffer, D.: Erziehen als Profession: zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske + Budrich, 200-229
- Schumacher, J. (2003): Gemeinsam statt einsam. Teamarbeit in der Schule für Körperbehinderte. In: Fachverband für Behindertenpädagogik, Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. (Hrsg.): Körperbehindertenpädagogik, Praxis und Perspektiven. Gladbeck, 194-209
- SCPE. (2000). Surveillance of Cerebral Palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers.. Dev Med Child Neurol, 42(12), 816-824
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (Hrsg.)(2009): Unterstützte Kommunikation in Unterricht und Schule. München: Hintermaier
- Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (Hrsg.)(2010): Unterricht und Förderung von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung. München: Reinhardt Wolfgang, H. (1971): Zur Organisation und Struktur der Schule für Körperbehinderte. In: Wolfgang, H. / Bege- mann, E. (Hrsg.): Das körperbehinderte Kind im Erziehungsfeld Schule. Berlin: Marhold, 3-34



AUTOREN

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Moosecker (Vertr.)
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Lehrstuhl Sonderpädagogik II -
Körperbehindertenpädagogik
(Vertretungsprofessur)
Wittelsbacherplatz 1
97074 Würzburg
Tel. 0931 3181968
juergen.moosecker@uni-wuerzburg.de



Helmut Kirsch, SoKR
Lehrstuhl Sonderpädagogik II -
Körperbehindertenpädagogik
Wittelsbacherplatz 1
97074 Würzburg
helmut.kirsch@uni-wuerzburg.de
Tel. 0931 3180959