



Eingereicht bei der Humanwissenschaftlichen  
Fakultät

der Universität Potsdam

# **Rehabilitationspädagogik – eine kritisch-konstruktive Auseinandersetzung**

**Michael Harm**

**Dissertation**

**zur Erlangung des akademischen Grades**

**eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)**

**November 2020**

Gutachterin: apl. Prof. Dr. Karin Salzberg-Ludwig  
Zweitgutachter: Univ. Prof. Dr. Clemens Hillenbrand  
Tag der Disputation: 27.10.2021

Online veröffentlicht auf dem  
Publikationsserver der Universität Potsdam:  
<https://doi.org/10.25932/publishup-53098>  
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-530989>

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Ausgangslage.....	5
1.2	Begründung des Themas.....	8
1.3	Ziel- und Fragestellungen.....	11
1.4	Methoden und Vorgehensweise.....	13
2	Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik in der DDR .....	16
2.1	Erste Phase von 1960 bis 1968.....	17
2.2	Zweite Phase von 1969 bis 1971.....	28
2.3	Dritte Phase von 1972 bis 1973 .....	36
2.4	Vierte Phase von 1974 bis 1990 .....	48
2.5	Entwicklungspotenzial und Grenzen der Theorie – Diskussion .....	94
3	Komplexe gesundheitliche Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter.....	103
3.1	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.....	103
3.2	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen der Weltgesundheitsorganisation .....	115
3.3	Sozialgesetzbuch IX .....	129
3.4	Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK .....	135
3.5	Terminologie der pädagogischen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter.....	137
3.5.1	Terminologische Differenzen .....	137
3.5.2	Vorschlag einer terminologischen Konvention.....	141

4	Konzeption einer Fortschreibung der Rehabilitationspädagogik ..	148
4.1	Theoretisch-methodologische Positionen der Rehabilitationspädagogik .....	149
4.1.1	Humanontogenetik .....	149
4.1.2	Lernhemmung .....	161
4.2	Rehabilitationspädagogik .....	163
4.2.1	Quell-, Entwicklungs- und Nachbarwissenschaften .....	165
4.2.2	Wirkungsdisziplinen .....	166
4.2.3	Wirkungsgebiete .....	172
4.2.4	Rehabilitative Methoden .....	173
4.2.5	Rehabilitationspädagogischer Unterstützungsbedarf .....	174
4.2.6	Rehabilitationspädagogische Prävention .....	175
4.3	Beschreibung des rehabilitationspädagogischen Prozesses .....	175
5	Resümee und Ausblick .....	179
6	Literaturverzeichnis .....	187
	Abkürzungsverzeichnis .....	199
	Abbildungsverzeichnis .....	202

Zur Vereinfachung der Schreibweise und des Leseflusses wird grammatikalisch konsequent die sächliche Bezeichnung verwendet.

# **1 Einleitung**

## **1.1 Ausgangslage**

Für Menschen mit Behinderungen gelten im Jahr 2020 – unterstützend für ihre gleichberechtigte und umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – die Bezugsrahmen der internationalen Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (englisch: International Classification of Functioning, Disability and Health; kurz: ICF) sowie des Sozialgesetzbuchs Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX). Mittlerweile sind auch diverse Theorien und Konzepte für die pädagogische Förderung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen vorhanden. Dazu im Einzelnen:

Die UN-BRK wurde in New York am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (kurz UN-Vollversammlung) angenommen und am 30. März 2007 von Deutschland ratifiziert. Im Dezember 2008 wurde das Gesetz zur Ratifikation des „Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ von Bundestag und Bundesrat verabschiedet. Seit dem 26. März 2009 ist die Behindertenrechtskonvention für Deutschland verbindlich. Damit ist die Bundesrepublik als Vertragsstaat der Vereinten Nationen die völkerrechtliche Verpflichtung eingegangen, die für Menschen mit Behinderungen bestehenden Menschenrechte zu gewährleisten. Zu diesem Zweck sind z. B. nach Art. 26 der UN-BRK umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit und der Bildung, gemeindenah zu organisieren, zu stärken und zu erweitern. Deutschland hat sich mit der Ratifikation ohne Vorbehalt außerdem weiter dazu verpflichtet, den Bereich der Bildung (Art. 24 UN-BRK) fortzuentwickeln (vgl. Harm, 2015).

Um für Menschen mit Behinderungen bzgl. derer funktionalen Gesundheit die individuell erforderlichen Unterstützungs- und Teilhabebedarfe abzubilden, wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organisation; kurz: WHO) für die beteiligten interdisziplinären Fachkräfte das Klassifikationssystem der ICF entwickelt. Sie wurde von der 54. Vollversammlung der WHO unter Beteiligung von Vertretern der Bundesregierung im Mai 2001 verabschiedet.

Die ICF gibt die Möglichkeit, Beeinträchtigungen und Förderpotenziale der funktionalen Gesundheit zu beschreiben, zu kategorisieren und Teilhabebedarfe am Leben in der Gesellschaft aufzuzeigen. Die funktionale Gesundheit bezieht sich auf die dynamische Wechselwirkung zwischen den Komponenten: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen sowie den Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personengebundene Faktoren, i. S. von Barrieren und Förderfaktoren) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Als familiäre Ergänzung der ICF wurde die International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (kurz: ICF-CY) herausgegeben. Seit 2011 liegt eine von der WHO autorisierte deutsche Übersetzung vor (ICF-CY, 2011).

In Deutschland werden auf nationaler Ebene Leistungen zur komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und Teilhabe im Rahmen des SGB IX erbracht. Der Begriff komplexe gesundheitliche Rehabilitation wird in der Dissertation verwendet, um die Trennschärfe der einzelnen beteiligten interdisziplinären Disziplinen im System Rehabilitation zu erhärten (siehe weiter unten Ausführungen zum Artikel 25 der UN-BRK). Sie sind darauf ausgerichtet, eine gesundheitlich bedingte Gefährdung oder Behinderung von

Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beseitigen oder zu vermindern.

Das SGB IX ist eng mit der ICF der WHO verbunden. Die Leistungen zur komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und Teilhabe umfassen interdisziplinär erbrachte medizinische, berufliche, soziale, technische und pädagogische Maßnahmen. Die pädagogische Rehabilitation ist Bestandteil der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation.

Die Leistungen zur pädagogischen Rehabilitation sind jedoch derzeit nicht ausreichend im Gesetzestext des SGB IX als eigene Säule im System der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation abgebildet. Ursächlich dafür ist im Wesentlichen, dass die Bildung in Deutschland Ländersache ist.

Es existieren mittlerweile viele heil-, behinderten- oder sonderpädagogische Begriffe und Theorien, die Behinderung beschreiben und einen Orientierungsrahmen für die Arbeit der Fachkräfte geben. Sie stammen zum großen Teil aus den 1970/80er-Jahren oder sind noch früher entstanden. In letzter Zeit kamen durch die Inklusionsbewegung noch neue Überlegungen hinzu.

Insgesamt zählen dazu vor allem • Behindertenpädagogik, • Defektologie, • Diverse Pädagogik, • Heilpädagogik, • Inklusive Pädagogik, • Rehabilitationspädagogik, • Schulische Sonderpädagogik, • Sondererziehung und • Spezialpädagogik (z. B. Biewer, 2017; Hedderich, Hollenweger, Biewer & Markowetz, 2016; Klein, 2018; Lindmeier, 2018).

Maßgeblich zur Theorieentwicklung der Heil- und Sonderpädagogik haben insgesamt das an Bronfenbrenner angelegte sozioökonomische System Heilpädagogik von Speck (2008) und die materialistische Behindertenpädagogik von Jantzen (1987) beigetragen.

Jedoch orientiert sich keine dieser Theorien bis in die Gegenwart so stark begrifflich und inhaltlich an der Rehabilitation und ist dabei alle Altersstufen und Bildungsstätten übergreifend, wie es bei der Rehabilitationspädagogik in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) unter der Federführung von Becker (siehe Becker & Autorenkollektiv, 1984) der Fall war. Deshalb wird diese im Rahmen der Dissertation näher beleuchtet.

Speck (1997, S. 14) nahm grundsätzlich zur Rehabilitationspädagogik Stellung, indem er ausführte, dass „der Begriff Rehabilitationspädagogik [...] keine einengende Affinität zu einem bestimmten pädagogischen Aufgabenbereich [...] [aufweist M. H.] [...], wie z. B. der Schule, [...] und [...] inhaltlich ohne begriffliche Probleme auf den Gesamtbereich der pädagogischen Arbeit für Menschen anwendbar [...] [ist M. H.] [...], die besondere Erschwerungen und Hindernisse in ihrer Entwicklung, ihrem Lernen und ihrer sozialen Zugehörigkeit zu überwinden und zu meistern haben. Ein weiterer, eher formaler Vorteil liegt darin, dass mit dem Begriff Rehabilitation kooperative Verbindungen zwischen den verschiedenen Rehabilitationswissenschaften fundiert werden können.“ (Speck, 1997, S. 14).

## **1.2 Begründung des Themas**

Die Entscheidung, das Thema aufzugreifen, wird in erster Linie damit begründet, dass es zurzeit keine Theorie der pädagogischen Rehabilitation gibt, welche die Verbindung mit der UN-BRK und der Ansatzebene der ICF sowie des SGB IX ausreichend widerspiegelt und dabei alters- und institutionsübergreifend ist. Die Ansatzebene der ICF und des SGB IX bezieht sich auf die Folgen einer Krankheit oder Schädigung lt. der ICD-10; (ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter

Gesundheitsstörungen, 10. Revision; englisch: International Classification of Diseases). Diese Forschungslücke soll mit der Dissertation geschlossen werden.

In zweiter Linie wird beabsichtigt, Specks Aufforderung nachzukommen. Er veröffentlichte in der Zeitschrift für Heilpädagogik im Heft 03/2011 einen Aufsatz unter dem Titel „Wage es nach wie vor, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen – Ideologische Implikationen einer Schule für alle“. Er beschreibt darin zum einen das Problem, dass die Heilpädagogik begrifflich-systemisch bisher in der Praxis und Wissenschaft zu stark mit der Sonderpädagogik verbunden worden sei. Es erfolge eine Einengung auf die Sonderpädagogik im schulischen Kontext, und die außerschulische Heilpädagogik finde zu wenig Beachtung. Dieses offenbare sich nun im angestrebten Zeitalter der schulischen Inklusion in fataler Weise. Zum anderen schreibt Speck weiter, dass die Heilpädagogik das grundsätzliche Problem in ihrer Glaubwürdigkeit habe, nun vom positiven Denken abzuweichen und ihr Konzept, um die Wirklichkeit auch in Form von negativer Realität zu erweitern. Die bisher fortgewirkte Heilpädagogik/Sonderpädagogik gelte es, als über Jahrzehnte gelebten Modetrend der extremen Vorstellung des positiven Denkens zu „dekuivrieren“ (ebd. S. 90).

In dritter Linie wurde die Rehabilitationspädagogik des Kollektivs um Becker zur näheren kritisch-konstruktiven Analyse im Rahmen dieser Dissertation auch deswegen ausgewählt, weil sie sich konzeptionell an dem humanontogenetischen Konstrukt biopsychosoziale Einheit Mensch und an der allgemeinen Pädagogik als deren Tochterdisziplin ausgerichtet hat (vgl. Becker & Autorenkollektiv, 1984). In der Praxis war sie ein eigenständiger Bestandteil der komplexen Rehabilitation in der DDR, mit eigener rehabilitationspädagogischer Fachsprache bzw. Arbeitsbegrifflichkeit (vgl. Renker & Renker, 1988). Für den Praktiker wurde als didaktisch-fassliche

Orientierung ein methodisches Konzept hinsichtlich der Beschreibung der rehabilitationspädagogischen Mittel, Methoden und des rehabilitationspädagogischen Prozesses vorgelegt (vgl. Becker & Autorenkollektiv, 1984).

Obwohl die Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv die praktische Arbeit und die Theorie der komplexen Rehabilitation in der DDR maßgeblich beeinflusste und in Fachkreisen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) bekannt war, wurde nach 1990 dieser konzeptionelle Ansatz jedoch in der Behinderten-, Heil- oder Sonderpädagogik kaum berücksichtigt.

So liegt bis jetzt mit der Dissertation von Hübner (2000) im Grunde nur eine wissenschaftliche Untersuchung vor, welche sich mit der Theorie der Rehabilitationspädagogik der DDR befasst. Hübner (ebd., S. 16) versuchte darzustellen, wie sich der Professionalisierungsprozess der Rehabilitationspädagogik bis zum Herbst 1989 in der DDR gestaltete, mit welcher professionellen Selbstbeschreibung aktuelle Anforderungen von dieser umgesetzt wurden, und welche Voraussetzungen für Transformationsprozesse mit der politischen und gesellschaftlichen Wende 1989 vorlagen. Eine konzeptionelle Weiterführung der Rehabilitationspädagogik der DDR war nicht das Anliegen dieser Arbeit.

Baudisch, Schulze & Wüllenweber (2004) gingen in ihrer „Einführung in die Rehabilitationspädagogik“ nur unwesentlich auf die Konzeption der Rehabilitationspädagogik des Kollektivs um Becker ein und entwickelten auch keine neue Theorie. In ihrem Text bezogen sie sich in Ansätzen auf einen körperlichen Mangel, auf die WHO, auf die ICF und auf den Begriff Behinderung. Das konzeptionelle Erreichen der Stufe der Folgen eines Mangels oder einer Schädigung im Sinne der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit der ICF gelang damit nicht. Auch wurde der Teilhabebezug zum SGB IX nicht hergestellt.

In der Festschrift zum 80. Geburtstag von Becker erschienen vielseitige Beiträge (Große & Siebert, 2006). Keiner von diesen führte jedoch die Theorie der Rehabilitationspädagogik der DDR im Blickfeld der heutigen rechtlichen und strukturellen Bedingungen der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation konzeptionell weiter.

Bei Schnorr (Hrsg.)(2007) wurden z. B. aus Sicht behinderter Personen Ausgangspunkte für die Rehabilitationspädagogik beschrieben. Auch hier wurde konzeptionell keine Ebene der Folgen einer Krankheit oder Schädigung im Sinne der ICF erreicht. Der notwendige Bezug einer Theorie der pädagogischen Rehabilitation zum SGB IX wurde auch hier nicht hergestellt.

Weiterhin liegen derzeit nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen vor, welche die Auswirkungen der gegenwärtig geltenden internationalen und nationalen rechtlichen Bedingungen und der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Terminologie der pädagogischen Rehabilitation unter dem Gesichtspunkt der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und Teilhabe widerspiegeln (Harm 2010; Harm 2015).

Vor diesem Hintergrund ist zu konstatieren, dass bis heute keine hinreichenden konzeptionellen Überlegungen für eine aktuelle Rehabilitationspädagogik vorliegen.

### **1.3 Ziel- und Fragestellungen**

Die Dissertation verfolgt das Ziel, im Rahmen einer wissenschaftlich begründeten Konzeption eine aktuelle Theorie der Rehabilitationspädagogik zu entwickeln. Es sollen dafür die Grundsätze der UN-BRK, der ICF und des SGB IX zusammengeführt und in eine terminologische Konvention gebracht werden. Die Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv soll kritisch-

konstruktiv analysiert werden, und es soll dabei geprüft werden, welche Ansätze für eine Theorie der Rehabilitationspädagogik für heute verwendbar sind und in diesem Sinne fortgeschrieben werden können.

Zu diesem Zweck sollen die zentralen Ansätze der Rehabilitationspädagogik der DDR in ihren Phasen der Theoriebildung dargestellt werden. Dann sollen Entwicklungspotential und Grenzen der Theorie diskutiert werden. Des Weiteren soll der rechtliche und begriffliche Rahmen der UN-BRK, der ICF und des SGB IX terminologisch zusammengefasst werden. Dann soll eine aktuelle Konzeption der Rehabilitationspädagogik entwickelt werden.

Folgende Fragestellungen werden miteinander verbunden:

- Wie haben sich die konzeptionellen Vorstellungen der Rehabilitationspädagogik der DDR im Zeitraum von 1960 bis 1990 entwickelt? Welche konzeptionellen Schwerpunkte gab es? Wie sind diese aus heutiger Sicht kritisch-konstruktiv einzuordnen?
- Was sind die zentralen Anliegen und Inhalte der UN-BRK, der ICF und des SGB IX? Können diese als rechtlicher und begrifflicher Rahmen konzeptionell für die Rehabilitationspädagogik für heute im Sinne einer Terminologie zusammengefasst werden?
- Kann auf der Grundlage der kritisch-konstruktiven Analyse der Theorie der Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv und des heutigen rechtlichen und begrifflichen Rahmens der pädagogischen Rehabilitation eine Konzeption der Rehabilitationspädagogik für heute entwickelt werden, indem konzeptionelle Bestandteile der Rehabilitationspädagogik der DDR fortgeschrieben werden?

## 1.4 Methoden und Vorgehensweise

Die Dissertation stützt sich methodisch auf die Hermeneutik (griech. „hermēneúein“ (erklären, übersetzen, auslegen, deuten) als wissenschaftliche Methode zur sinnverstehenden Erklärung, Auslegung und Interpretation z. B. von schriftlichen Texten und Dokumenten (s. Aristoteles, 1876). Vor diesem methodischen Hintergrund werden im Folgenden die Arbeitsschritte erklärt, die Analysevorgänge dargelegt und die Wege der Interpretation verdeutlicht.

Nachdem im ersten Kapitel die Ausgangslage beschrieben, das Thema begründet sowie Ziel- und Fragestellungen formuliert worden sind, sollen im zweiten Kapitel die bis zur Deutschen Einheit im Jahr 1990 öffentlich recherchierbaren Texte zur Rehabilitationspädagogik von Becker sowie Becker und Autorenkollektiv erschlossen werden.

Dies betrifft die Beiträge in Zeitschriften, Büchern und Lexika. Zuerst werden die Textinhalte erfasst, dann ausgewertet, zusammenfassend chronologisch wiedergegeben und schließlich vergleichend dargestellt. Die methodische Vorgehensweise orientiert sich hierbei an einer „... qualitativen [...] [Text- und Dokumentenanalyse M. H.] [...] gemäß Objektiver Hermeneutik ...“ (vgl. Döring und Bortz, 2016, S. 602).

Der vergleichenden Darstellung liegen folgende Kategorien zugrunde: • Theoriemodell, • Definition, • Bezugsgruppe, • Ziel, • Merkmalsbereiche/Äußerungsbereiche, • Arbeitsbereiche/Wirkungsbereiche, • Rehabilitative Methoden, • Rehabilitationspädagogischer Prozess, • Organisationsformen, • Institutionen, • Bedürftigkeit und • Prävention. Diese Kategorien sind aus dem generell zugänglichen Überblick von Texten allgemeiner Pädagogik, rehabilitativer Pädagogik sowie gesundheitlich komplexer Rehabilitation hergeleitet worden.

Es wird bei jeder Kategorie ab der zweiten Phase vermerkt, inwieweit begrifflich-konzeptionell eine Beibehaltung, Einführung, Erweiterung, Konkretisierung, Umbenennung, Veränderung oder Vertiefung der Theorie von Becker und Autorenkollektiv vorgenommen wurde. Damit soll der jeweilige „Theoriegewinn“ in jeder Phase aufgezeigt werden. Nicht jede Kategorie kommt im Rahmen der Theorieentwicklung von Becker und Autorenkollektiv in jeder Phase vor.

Die Einteilung der Phasen der Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv bis zur Deutschen Einheit im Jahr 1990 orientiert sich an deren konzeptionellen Schaffensprozess und den diesbezüglich öffentlich recherchierbaren Texten. Die Bearbeitung der Phasen in der Dissertation wird in der Intensität deren Beleuchtung variieren, da die Theoriebildung im Wesentlichen in den 1970er-Jahren abgeschlossen war.

Im Unterkapitel „Entwicklungspotenzial und Grenzen der Theorie – Diskussion“ werden die herausgearbeiteten zentralen Inhalte der Rehabilitationspädagogik in der DDR aus gegenwärtiger Sicht bestätigt oder widerlegt.

Im dritten Kapitel wird der Übersicht wegen die pädagogische Rehabilitation thematisch auf das Kindes- und Jugendalter eingegrenzt, wobei alle Teile des Erziehungs- und Bildungswesens für dieses Alter eingeschlossen werden. Dabei wird darauf verzichtet, auf spezielle Bildungsstätten oder Organisationsformen wie z. B. Förderschule, integrative Kindertagesstätte oder rehabilitationspädagogisches Förderzentrum einzugehen.

Die für die gegenwärtige komplexe gesundheitliche Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter manifesten Texte werden im hermeneutischen Kontext folgendermaßen gelesen: Die Textinhalte werden erfasst, danach analysiert

und zusammenfassend chronologisch wiedergegeben, insbesondere unter dem Blickwinkel der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und des biopsychosozialen Ansatzes. Der Vorschlag einer terminologischen Konvention respektive einer begrifflichen Übereinkunft erfolgt entsprechend einer übergeordneten Kategorienbildung.

Im vierten Kapitel wird auf Grundlage der Ergebnisse der Diskussion aus Kapitel 2 und der Erkenntnisse aus Kapitel 3 eine Konzeption der Rehabilitationspädagogik für heute im Sinne einer Fortschreibung entwickelt. Dabei orientiert sich der konzeptionelle Aufbau strukturell an den Kategorien im zweiten Kapitel.

Das Ganze überblickend erfolgt am Ende jeder Phase eine Darstellung unter kategorialen Gesichtspunkten. Daran schließen sich eine kritisch-konstruktive Analyse und Diskussion des Textmaterials von Becker und Autorenkollektiv an. Danach wird auf der Grundlage der herausgearbeiteten internationalen und nationalen Rahmenbedingungen eine Konvention für eine Terminologie der pädagogischen Rehabilitation vorgeschlagen. Zum Schluss wird aus den gewonnenen Erkenntnissen die Konzeption der Rehabilitationspädagogik für heute vorgestellt.

## **2 Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik in der DDR**

Die Theorieentwicklung an der Humboldt-Universität zu Berlin (HUB) von der Ausbildungsstätte für Sprachheilpädagogen hin zur „jungen Wissenschaftsdisziplin Rehabilitationspädagogik“ (Becker, 1989, S. 1079) vollzog sich bis 1990 im Wesentlichen in vier Phasen, wobei die konzeptionelle Entwicklung der Rehabilitationspädagogik in der DDR Mitte der 1970er-Jahre vollendet war.

An dieser Stelle sei für eine vertiefte Betrachtung und Analyse der Gründung und Entwicklung der Sektion „Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft“ an der HUB und deren Verbindung z. B. zum ehemaligen Ministerium für Volksbildung der DDR auf Hübner (2000) sowie insbesondere Becker & Große (2007) verwiesen. Für einen Überblick über das Gesundheits-, Rehabilitations- und Sozialwesen speziell für Kinder und Jugendliche in der DDR ist Grosch (2002) zu empfehlen.

Es sei ebenso darauf verwiesen, dass es in der DDR im Grunde zwei theoretische Schulen gab (siehe Salzberg-Ludwig, 1998). Salzberg-Ludwig führte aus, dass an den Hochschulstandorten Berlin und Halle in der DDR das rehabilitationspädagogische Konzept von Becker und Autorenkollektiv vertreten wurde, an den Hochschulstandorten Magdeburg bzw. Rostock mit Baudisch und Bröse dagegen der Ansatz der Sonderpädagogik im schulischen Kontext auf Grundlage der sowjetischen Defektologie (ebd., S. 107).

Im Nachfolgenden wird jeder konzeptionellen Entwicklungsphase der Rehabilitationspädagogik des Kollektivs um Becker eine kurze Einführung vorangestellt, um auf die jeweiligen zeitlich-gesellschaftlichen Einflüsse auf die Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik sowie deren phasenspezifischen Schwerpunkte überblickshaft hinzuweisen. Am Ende jeder

Phase erfolgt als zusammenfassende Übersicht die kategoriale Herausarbeitung der manifesten Inhalte und der spezifischen Fachsprache der Rehabilitationspädagogik in der DDR.

## **2.1 Erste Phase von 1960 bis 1968**

Schwerpunkte und gesellschaftlich bedingte Folgen in der ersten Phase waren das „Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem“ vom 25. Februar 1965 sowie die damit aufgelöste alleinige theoretische Orientierung auf die Sonderschulpädagogik, des Weiteren der Eintritt des HUB-Instituts für Sonderschulwesen in die Gesellschaft für Rehabilitation der DDR und erste terminologische Bestimmungen der Theorie.

In der ersten Phase der theoretischen Entwicklung war die Auseinandersetzung verschiedener Berufsgruppen um die Gegenstandsbestimmung der Sprachheilkunde in der DDR der Ausgangspunkt für die Entwicklung der Rehabilitationspädagogik in der DDR als Wissenschaft. In den Fünfziger-/Sechzigerjahren war es auf dem Gebiet der Arbeit mit sprachgestörten Kindern und Jugendlichen gelungen, den pädagogischen Anteil der sprachtherapeutischen Arbeit, neben dem medizinischen Anteil, als sprachheilpädagogischen zu kennzeichnen und zu qualifizieren.

Bis dahin war immer wieder wissenschaftlich auf die notwendige Abtrennung von medizinischen und pädagogischen Hilfen hingewiesen worden. Damit sind die Bedingungen für eine gleichberechtigte Gemeinschaftsarbeit zwischen Medizinerinnen und Sprachheilpädagogen geschaffen worden (siehe Becker, 1984, S. 70). „Diese Entwicklung ist auf die Übernahme des von Hermann Gutzmann sen. 1907 gegründeten Ambulatoriums für Sprach- und Stimmstörungen mit Wirkung vom 01.01.1951 durch das Institut für

Sonderschulwesen der Pädagogischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin zurückzuführen“ (ebd.).

Becker beschrieb in seinem ersten öffentlich recherchierbaren Artikel, dass die Zielgruppe für den Sonderschullehrer Menschen mit wesentlichen physisch-psychischen Schädigungen seien (siehe Becker, 1960). Dabei ist geschichtlich bedeutend, dass unmittelbar nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs die sowjetische Militäradministration in Deutschland in ihrem Kompetenzbereich die Wiederaufnahme des Schulbetriebs veranlasste. Darin eingeschlossen fand laut Becker (2011, S. 93) der Aufbau eines einheitlichen Sonderschulwesens für „physisch-psychisch *geschädigte* Kinder und Jugendliche“ statt (kursiv durch M. H.). In dem „Gesetz zur Demokratisierung der deutschen Schule“, das 1946 in allen Ländern der sowjetischen Besatzungszone in Kraft trat, bezieht sich § 6 (Schulverwaltung und Schulaufsicht) jedoch nur auf Sonderschulen für Blinde, Taube, Körperbehinderte, Schwererziehbare u. a. In diesem Schulgesetz von Mai/Juni 1946 ist von „physisch-psychisch geschädigten Kindern und Jugendlichen“ keine Rede.

So ist die Bezeichnung auch nicht in der DDR-„Verordnung über die Beschulung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit wesentlichen physischen und psychischen Mängeln“ vom 5. Oktober 1951 als Durchführungsbestimmung zu § 6 des Schulpflichtgesetzes enthalten. Diese entwickelte das in der Verfassung der DDR von 1949 festgelegte Recht auf gleiche Bildung für alle Kinder für „Geschädigte“ weiter (Becker 1984, S. 65). In der Verfassung der DDR von 1968 und in ihrer letzten Ergänzung und Änderung von 1974 bis zur gesamtdeutschen Einheit heißt es im Artikel 25, Abs. 5: „Für Kinder und Erwachsene mit psychischen und physischen Schädigungen bestehen Sonderschul- und -ausbildungseinrichtungen“. Hier

kommt der Begriff „physisch-psychisch geschädigte Kinder und Jugendliche“ ebenfalls nicht vor, er ist jedoch als logischer Umkehrschluss natürlich möglich.

Fortan wird im Rahmen der Rehabilitationspädagogik in der DDR de facto personifiziert der Terminus „Geschädigte“ bis 1990 verwendet. Große (1989, S. 761) führte diesbezüglich aus, dass die Bezeichnung „Geschädigter“ ein Arbeitsterminus sei und als Synonym für länderspezifische Termini innerhalb ausgewählter sozialistischer Länder stehe. Bezüglich, wie die Einführung des Begriffs „geschädigte Kinder und Jugendliche“ wirklich erfolgte, lautete von hier die Hypothese, dass der Ursprung in der engen Verbindung der frühen und späten Sonderschulpädagogik zur sowjetischen Defektologie liege. Er beruhe auf einer exakten sprachlichen Abgleichung der Wissenschaftler des Instituts für Sonderschulwesen der HUB mit der Begrifflichkeit der sowjetischen Wissenschaftler des Instituts für Defektologie der sowjetischen Akademie der Pädagogischen Wissenschaften, zwischen den Begriffen „geschädigt“ und „Defektivität“ und wurde deshalb beibehalten.

Beachtlich dabei ist, dass der russische Psychologe, Pädagoge und Defektologe Wygotski sich z. B. schon 1925 ablehnend zu dem Begriff defektives Kind äußerte: „Möglicherweise ist die Zeit nicht mehr fern, da die Pädagogik es als peinlich empfinden wird, von einem defektiven Kind zu sprechen, weil das ein Hinweis darauf sein könnte, es handele sich um einen unüberwindbaren Mangel seiner Natur“ (Wygotski, 1975, S. 72).

Der Begriff Defektologie entstand im Übrigen in den 1920er-Jahren in der Sowjetunion und geht auf lat. defectus Fehler, Schaden und griech. logos Wort, Lehre zurück. Defektologie bezeichnet ein interdisziplinäres Wissenschaftsgebiet, das sich mit den psycho-physiologischen Besonderheiten der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit

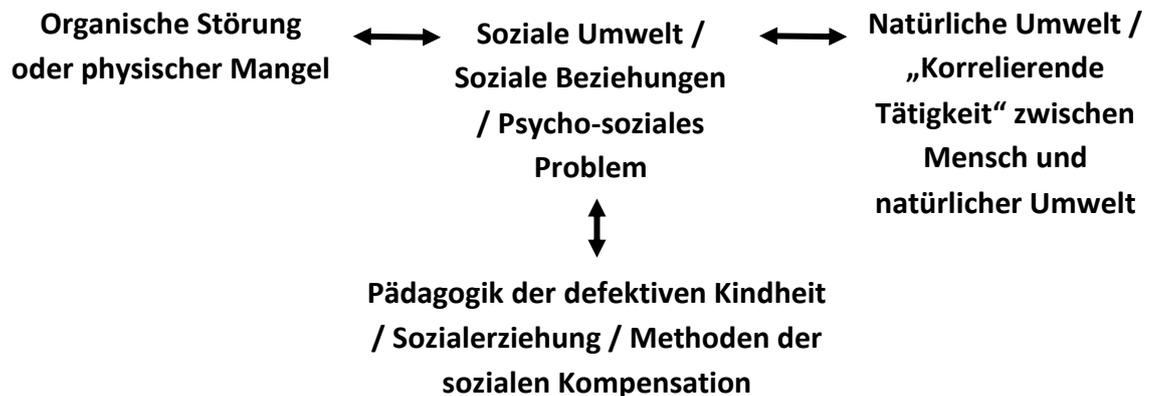
physischen und psychischen Defekten und den Gesetzmäßigkeiten v. a. der sozialen Bildung, Erziehung und Unterrichtung dieses Personenkreises beschäftigt. Kernstück der Defektologie ist die Sonderschulpädagogik mit ihren behinderungsspezifischen Fachrichtungen (vgl. Akademie der Pädagogischen Wissenschaften der UdSSR, 1977).

Die Theoriebildung der Defektologie wurde fundamental von Wygotski geprägt, der bereits in den 1920er-Jahren erkannte, dass ein physischer Mangel zugleich eine soziale Störung erzeugt. Jeder organische Defekt verändere nicht nur die Wechselbeziehung eines Menschen zur natürlichen Umwelt, sondern wirke sich vor allem als Ausfall wichtiger sozialer Funktionen/Verhaltensformen aus, als eine Störung seiner Beziehungen zur sozialen Umwelt (Defektivität). Denn zwischen natürlicher Umwelt und dem Menschen steht für Wygotski noch die soziale Umwelt, das System der sozialen Beziehungen (siehe Abb. 1).

Die [sozial- M. H.] psychologischen Besonderheiten des defektiven Kindes seien ihrer Grundlage nach damit nicht primär biologischer, sondern als sekundärer Moment sozialer Natur (Wygotski, 1975, S. 71). Die Sozialerziehung des defektiven Kindes sei deshalb der richtige und für die Sonderschulpädagogik der einzige Weg. „Wenn [...] [sozial- M. H.] [...] psychologisch ein körperlicher Mangel eine soziale Verrenkung bedeutet, so kann man pädagogisch solche Kinder erziehen, d. h., man kann sie im Leben zurechtrücken, wie man ein verrenktes oder krankes Organ wieder zum Funktionieren bringt“ (ebd., S. 66). Wygotski schrieb auch, die „Bildung und Erziehung des defektiven Kindes ist Gegenstand nur eines Kapitels der allgemeinen Pädagogik“ (ebd., S. 68). „Die Sozialerziehung des defektiven Kindes, die auf den Methoden der sozialen Kompensation seines angeborenen

Mangels beruht, ist der einzig wissenschaftlich begründete und ideologisch richtige Weg“ (ebd., S. 71).

### Defektivitätsmodell von Wygotski



**Abb. 1:** Modell von Wygotski (nach Wygotski, 1975, S. 66 f.)

Es ist insofern bemerkenswert, dass die Grundidee der Berücksichtigung der sozialen Umwelt bzw. des inneren und äußeren Kontextes des biopsychosozialen Modells der ICF, des biopsychosozialen Modells der Humanontogenese und der Hinzufügung des sozialen Milieus in das theoretische Konzept der Rehabilitationspädagogik in der DDR offensichtlich ihren Ursprung bei Wygotski in den 1920er-Jahren findet, ebenso der dynamische Begriff Wechselbeziehungen. Der von Wygotski bestimmte ausschließlich soziale Standpunkt, nur Sozialpädagogik mit dem Bereich Sozialerziehung in der Arbeit mit dem defektiven Kind sei der richtige Weg, kann in der Gegenwart jedoch nicht mehr aufrechterhalten werden. Denn die Interpretation der menschlichen Entwicklung erfolgt mittlerweile tripolar mit den einander ebenbürtigen biopsychosozialen Komponenten.

Durch das Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem vom 25. Februar 1965 wurde der Blick der Bildung in der DDR über Schule hinaus erweitert. Der theoretische Zugang der Sonderpädagogik konnte damit über die Sonderschulpädagogik hinaus ausgedehnt werden. Die spätere Abkehr von dem Begriff Sonderpädagogik geht laut Becker u. a. darauf zurück, dass Prof. Kaul (Rechtsanwalt; Prof. mit Lehrauftrag und Direktor des Instituts für Rechtsgeschichte der HUB (ab 1965)) im Rahmen einer seiner Vorlesungen im Nachgang zum Nürnberger Prozess in Anlehnung an LTI (Lingua Tertii Imperii; siehe Victor Klemperer (1947): LTI. Notizbuch eines Philologen, Berlin: Aufbau-Verlag) auf die nebulöse Verwendung dieses Terminus im Nationalsozialismus zur Verschleierung von Untaten, wie Sonderkommando, Sonderlager aufmerksam gemacht hat. Weiterhin besage „Sonder“ als Bestimmungswort zu Pädagogik nichts Genaues. Von etwas Besonderem im positiven Sinne reicht das Spektrum bis zum Ab- oder Aussondern (nach K.-P. Becker, persönliche Kommunikation, 06.09.2020).

Im Rahmen der komplexen Rehabilitation in der DDR (zum Begriff siehe Renker & Renker, 1988, S. 55) muss erwähnt werden, dass im Jahr 1962 der Beitritt des damaligen HUB-Instituts für Sonderschulwesen in die Forschungsgruppe Rehabilitation erfolgte, die auch noch im selben Jahr in die Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR (GfR) unter der Leitung von Renker umgewandelt wurde. Die Forschungsgruppe Rehabilitation – ebenfalls unter der Leitung von Renker – ging 1957 aus der wissenschaftlichen Gesellschaft für Hygiene der DDR hervor und hatte ihrerseits bereits eine Kommission „Geschädigte Kinder und Jugendliche“ unter der Leitung von Voigt (vgl. Becker, 1984, S. 76).

Ab 1966 erfolgte nun durch Becker die Beschreibung einer Theorie der Sonderpädagogik als Weiterentwicklung des bisher in der DDR allein praktisch

geltenden Sonderschulwesens (siehe Becker, 1966). Eine Revision des Begriffs Sonderschulpädagogik erschien erforderlich, da weitere bestehende und sich entwickelnde Institutionen für „geschädigte Menschen“, außerhalb des Sonderschulwesens, den inhaltlichen Begriffsrahmen der Sonderschulpädagogik sprengen würden und damit die pädagogische Begriffsbezeichnung Sonderschule für „geschädigte Kinder und Jugendliche“ zu eng würde. Die Bezeichnungen Sonderschulwesen und Sonderschulpädagogik könnten dann nicht mehr greifen, wenn von der Bildung, Erziehung und pädagogischen Rehabilitation aller „physisch-psychisch geschädigten Menschen“ ungeachtet ihres Alters und der Institution, die sie besuchen, zukünftig die Rede sein sollte. Vor dem Hintergrund des erweiterten Begriffsumfangs plädierte Becker für den Terminus Sonderpädagogik und bestimmte dabei gleichzeitig diesen als einen Spezialfall der allgemeinen Pädagogik (siehe Becker, 1966).

Mithilfe eines kybernetischen Modells der Steuerungs- und Regelungstheorie von König und Mansschatz wurde von Becker der Gegenstand der Pädagogik als die Steuerung der dialektischen Wechselwirkung zwischen Individuum, Gesellschaft und natürliche Umwelt beschrieben (siehe ausführlich dazu Becker, 1966, S. 131 ff.). „Die Pädagogik ist die Theorie und Praxis der Regelung objektiver, das Verhalten determinierender Prozesse der Wechselwirkung zwischen Individuum, Gesellschaft und natürlicher Umwelt, die in verschiedenen Formen des sozialen Tätigseins in Erscheinung treten, mit einem von der gesellschaftlichen Entwicklung abhängigen Menschbild als Führungsgröße“ (ebd., S. 133). Auf diese Wechselwirkung und die Beseitigung der dabei auftretenden Widersprüche, auch die anforderungsgerechte Ausübung aller Formen des sozialen Tätigseins beinhaltend, könne der „Geschädigte“ nicht ohne zielgerichtete und organisierte Bildung und Erziehung entwicklungsförderlich eingehen, so Becker. Deshalb ergebe sich

ohne Hilfe eine gestörte Beziehung zwischen „geschädigtem Individuum“, Gesellschaft und natürlicher Umwelt (ebd., S. 134).

Es sei darauf verwiesen, wobei der nachstehende Beitrag von 1974 hier vorziehend unter dem folgendem Aspekt kurz eingereicht wird, dass Becker mit dieser Ableitung aus dem kybernetischen Modell eine gewichtige konzeptionelle Veränderung an dem oben beschriebenen Ausgangsmodell von Wygotski „Wechselwirkung zwischen organischem Defekt – sozialer Umwelt – natürlicher Umwelt“ vornahm. Er wollte damit „die Beseitigung des Grundwiderspruchs zwischen Produktivkräften und Produktionsverhältnissen im Sozialismus [...] [vornehmen M. H.] (Becker, 1974, S. 470). Auch wenn Wygotski beschrieb, die psychologischen Besonderheiten des defektiven Kindes seien sekundär sozialer Natur mit Qualität höherer Ordnung, blieb Wygotski in seinem Modell auf der individuellen Mikroebene, was die direkten sozialen Beziehungen, die soziale Umwelt betrifft (siehe Abb. 1).

Becker ersetzte jedoch in seinem Modell „Wechselwirkung zwischen Individuum – Gesellschaft – natürliche Umwelt“ (1966, S. 130 ff.) den Ausdruck soziale Umwelt durch den Begriff Gesellschaft und hob ihn auf die weltanschaulich-ideologische Makroebene mit Kernbegriffen der Philosophie des Marxismus-Leninismus, wie z. B. Produktivkräfte, Produktionsverhältnisse, produktive Arbeit usw. Seine Festlegung, dass das gemeinsame Merkmal „geschädigter Menschen“ eine Störung der subjektiven Widerspiegelungstätigkeit der objektiven Realität sei, treffe den Kernbegriff des Marxismus-Leninismus, den Materiebegriff, die Wahrheit in Gestalt der objektiven Realität.

Als ein gemeinsames Merkmal „geschädigter Menschen“ wurde nun von Becker, unabhängig von der Art der biologischen Schädigung bzw. Defektivität, eine Störung der subjektiven Widerspiegelungstätigkeit der

objektiven Realität beschrieben. Es wurde erläutert, dass die subjektive Widerspiegelung die aktive Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt einschlieÙe, und dass das soziale Tätigsein in seinen verschiedenen Formen (produktive Arbeit, Unterricht, Spiel, Sprache u. a.) die Summe aller Wechselbeziehungen darstelle. Die Störung der subjektiven Widerspiegelung der objektiven Realität äußere sich in folgenden Formen des Psychischen: in der Psychomotorik, in der Sprache, im Leistungsverhalten und im Sozialverhalten (ebd.).

Becker legte dann darauf aufbauend folgende Definition von Sonderpädagogik vor: „Die Sonderpädagogik ist die Theorie und Praxis der Regelung objektiver, das Verhalten determinierender Prozesse zwischen Individuen mit wesentlichen physisch-psychischen Mängeln, Gesellschaft und natürlicher Umwelt, die in Formen unangepassten sozialen Tätigseins in Erscheinung treten, mit einem von der gesellschaftlichen Entwicklung abgeleiteten Menschenbild als Führungsgröße unter dem Aspekt der Rehabilitation“ (ebd., S. 134). Der Bildungs- und Erziehungsprozess müsse als zentrales Ziel der Sonderpädagogik auf eine Normalisierung der subjektiven Widerspiegelungsfähigkeit der objektiven Realität als Voraussetzung für eine anforderungsgerechte Ausübung aller Formen des sozialen Tätigseins abzielen, mit gleichzeitiger individueller Anpassung der Regelung des sozialen Tätigseins. Das Ziel sei erreicht, „wenn ein Kind oder Jugendliche zum Besuch der Normalschule und der Erwachsene zur Ausübung einer Arbeit und zur Teilnahme am kulturellen Leben *mindestens* auf einer einfachen Stufe befähigt worden ist. Dieser Zustand sei [...] gleichbedeutend mit Rehabilitation“ (ebd., S. 136; Hervorhebung durch Becker).

Auf den Inhalt der Sonderpädagogik bezogen wurden folgende Arbeitsbereiche konzipiert: Bewegungserziehung, spezielle muttersprachliche Erziehung, spezielle Bildung, spezielle Erziehung und Sanierung des Milieus.

Sovák (1960, S. 133) formulierte im Rahmen seiner Beschreibung der Defektologie folgende Arbeitsmethoden: • Reparation: ärztliche Tätigkeit, die sich mit dem Organdefekt befasst, • Kompensation: Ersatz einer gestörten Funktion durch eine andere, • Reedukation: Entwicklung der gestörten Funktion und • Rehabilitation: Beseitigung der sozialen Störung mit Eingliederung in die Gesellschaft.

Die artspezifischen sonderpädagogischen Arbeitsmethoden nach Sovák (1960) wurden von Becker, in Abhängigkeit von der individuellen Defektsituation begrifflich fortgeführt: die Reedukation, die Entwicklung der gestörten Funktion, die Kompensation, der Ersatz einer gestörten Funktion und die Aktivierung, d. h. die Ausschöpfung aller Funktionsreserven. Abschließend wurde in der Konzeption von Becker (ebd., S. 136) darauf verwiesen, dass darüber hinaus Methoden Verwendung finden würden, welche zum festen Bestandteil der Pädagogik gehörten.

Hinzuweisen ist auf den von Becker bestimmten sonderpädagogischen Arbeitsbereich „Sanierung des Milieus“, neben der eher begrifflich allgemein gehaltenen speziellen Bildung und speziellen Erziehung und der konkreteren Bewegungserziehung sowie der speziellen muttersprachlichen Erziehung.

Mit diesem Aufsatz von Becker im Jahr 1966 sind konzeptionelle Wegpfeiler der Theorieentwicklung von der Sonderpädagogik hin zur jungen Wissenschaft der Rehabilitationspädagogik in der DDR gesetzt worden.

Wie in Kapitel 1.4 für jedes Ende einer Phase angekündigt, erfolgt nun die kategoriale Herausarbeitung der manifesten Inhalte und der spezifischen

Fachsprache im Rahmen des entwickelten differenzierten Kategorienschemas für die Phase mit Stand 1969:

- Theoriemodell: Auf die dialektische Wechselwirkung zwischen Individuum – Gesellschaft – natürlicher Umwelt und die Beseitigung der dabei auftretenden Widersprüche könne der biologisch „Geschädigte“ nicht ohne Sonderpädagogik entwicklungsförderlich eingehen. Es ergebe sich ohne sonderpädagogische Hilfe eine gestörte Beziehung zwischen der aktiven Auseinandersetzung des „Geschädigten“ in der sozialen Tätigkeit mit der Gesellschaft und der natürlichen Umwelt. Gemeinsames Merkmal der „Geschädigten“ sei die Störung der subjektiven Widerspiegelungstätigkeit der objektiven Realität. Die Störung der subjektiven Widerspiegelung der objektiven Realität äußere sich in folgenden Formen des Psychischen: in der Psychomotorik, in der Sprache, im Leistungsverhalten und im Sozialverhalten.

- Definition: Die Sonderpädagogik sei die Theorie und Praxis der Regelung objektiver, das Verhalten determinierender Prozesse zwischen Individuen mit wesentlichen physisch-psychischen Mängeln, Gesellschaft und natürlicher Umwelt. Diese würden in Formen unangepassten sozialen Tätigseins in Erscheinung treten, mit einem von der gesellschaftlichen Entwicklung abgeleiteten Menschenbild als Führungsgröße unter dem Aspekt der Rehabilitation.

- Bezugsgruppe: Der Betrachtung der Bildung und Erziehung unter dem Aspekt der Rehabilitation aller „geschädigten Menschen“ geschehe ungeachtet ihres Alters und der Institution.

- Ziel: Der Bildungs- und Erziehungsprozess müsse als zentrales Ziel der Sonderpädagogik auf eine Normalisierung der subjektiven Widerspiegelungsfähigkeit der objektiven Realität abzielen. Das wäre die

Voraussetzung für eine anforderungsgerechte Ausübung aller Formen des sozialen Tätigseins, mit gleichzeitiger individueller Anpassung der Regelung des sozialen Tätigseins.

- Arbeitsbereiche: Bewegungserziehung, spezielle muttersprachliche Erziehung, spezielle Bildung, spezielle Erziehung und Sanierung des Milieus.

- Methoden: die Reedukation, die Entwicklung der gestörten Funktion, die Kompensation, der Ersatz einer gestörten Funktion und die Aktivierung, d. h. die Ausschöpfung aller Funktionsreserven.

## **2.2 Zweite Phase von 1969 bis 1971**

Schwerpunkte und gesellschaftlich bedingte Einflüsse der zweiten Phase waren die Auseinandersetzung um die Begriffe der Rehabilitationspädagogik mit dem Ministerium für Volksbildung im Zusammenhang mit der Hochschulreform, die Gründung der Sektion „Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft“, der Übergang von Sonderpädagogik zur Rehabilitationspädagogik sowie die Einführung des Konzepts der Lernbehinderung und erster Fachtermini der Rehabilitationspädagogik.

Der Beginn der zweiten Phase erfolgte mit einem Vortrag von Becker als „Gesellschaftswissenschaftler“ (Becker, 1970, S. 523) auf dem 4. Internationalen Kongress für Heilpädagogik in Wien vom 24. bis 27. September 1969. Auf dem Kongress referierte er zunächst über die Sonderpädagogik, um den Begriff dann im Vortrag zu verwerfen und den Ausdruck sowie die formale und gesellschaftswissenschaftliche Charakterisierung einer Rehabilitationspädagogik in der DDR einzuführen. Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang, dass die Sektion

„Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft“ an der HUB mit Wirkung vom 01.05.1969 gegründet wurde (vgl. Becker, Große, 2007, S. 75) und der 4. Internationale Kongress für Heilpädagogik Ende September 1969 stattfand.

Nach einleitenden Worten wies Becker in seinem Beitrag darauf hin, dass die kategoriale Einteilung „Geschädigter“ in Gehörlose, Blinde, Schwerhörige, Sehschwache, Schwachsinnige, Körperbehinderte, Sprachgestörte und Verhaltensgestörte nicht exakt sei, „weil sie einmal biologischen Merkmalen, bei Sprache und Verhalten dagegen sozialen Kategorien folgt“ (ebd., S. 523). Nicht jeder Angehörige der aufgezählten Schädigungsgruppen sei aber sonderpädagogisch bedürftig. So würde die „Schwerhörigkeit [...] erst dann sonderpädagogisch relevant, wenn die dadurch eingeschränkte soziale Kommunikationsfähigkeit eines Menschen durch die Sanierung des Hörorgans nicht behoben werden kann“ (ebd., 523).

Daraus wurde geschlussfolgert, dass jeder „Geschädigte“, ungeachtet seines biologischen Defekts, wesentliche sozial determinierte Merkmale aufweise, welche im sozialen Tätigsein (produktive Arbeit, Unterricht, Spiel, sprachliche Tätigkeit, Freizeitbeschäftigung u. a.) zu finden seien. Die Merkmale wurden dann in Bereiche gegliedert: die Bewegung, die Denk-, die Sprachtätigkeit und den Bereich des sittlich-moralischen Verhaltens. Die Auffälligkeiten in den Merkmalsbereichen wurden des Weiteren als Retardierungen, Störungen und Andersartigkeiten näher bestimmt.

Wenn Auffälligkeiten in jedem Merkmalsbereich nachgewiesen werden könnten, läge eine sonderpädagogische Bedürftigkeit vor. Gestützt auf die moderne Lerntheorie wurde ein nach diesen Merkmalen auffälliger Mensch von Becker als lernbehindert bezeichnet. „Dazu bedarf es systemtheoretischer Überlegungen. Mit Hiebsch [Begründer der marxistischen Sozialpsychologie in

der DDR M. H.] betrachten wir den Menschen als ein sich entwickelndes materielles System“ (ebd., S. 523), wobei innerhalb des materiellen Systems innere und äußere Bedingungen unterschieden würden.

„Der Mensch versucht entsprechend seinen inneren Bedingungen, die äußeren zu verändern. Dadurch entstehen Spannungen, Widersprüche, die zur Lösung drängen und führen“ (ebd., S. 523). Mit Verweis auf Leontjew vollziehe sich dieser Prozess laut Becker als aktive Aneignung der gesellschaftlichen Realität auf dem Wege des sozialen Tätigseins und wird als Lernprozess bezeichnet. Dieser Lernprozess präge das Gesamtverhalten eines Menschen. Deshalb seien geschädigte Menschen mit Auffälligkeiten in den Merkmalsbereichen der Bewegung, der Denk-, der Sprachtätigkeit und des sittlich-moralischen Verhaltens im Lernprozess behindert. Sie seien lernbehindert und „sie bedürfen besonderer gesellschaftlich organisierter Hilfe“ (ebd., S. 524).

Formal charakterisierte Becker weiter, dass „den Ansatzpunkt für die Sonderpädagogik [...] die Symptome der Lernbehinderung und außerdem das Milieu [...] bieten [...]“ (ebd., S. 524). Als spezifische Wirkungsbereiche sonderpädagogischer Tätigkeit wurden die Bewegungs-, Denk-, Sinnes-, Sprach- und Umerziehung sowie die Einflussnahme auf das Milieu konzipiert. Mithilfe korrigierender Methoden soll die Lernbehinderung soweit wie möglich zu mindern gesucht werden. „Die wichtigsten Organisationsformen, in denen diese pädagogischen Prozesse ablaufen können, sind die Selbstbedienung, das Spiel, der Einzel-, Gruppen- oder Klassenunterricht, die Arbeit und die Freizeitgestaltung. Als Institutionen kämen dafür alle sonderpädagogischen Einrichtungen in Betracht, seien es Beratungsstellen, Vorschul-, Schul- oder Berufsschulenteile von Sonderschulen oder deren Heime“ (ebd., S. 524).

Durch pädagogisches Vorgehen bei Lernbehinderten in der besonderen Gestaltung des sozialen Tätigseins würde, so Becker, die Lernbehinderung beseitigt oder gemindert. Das pädagogische Vorgehen beinhalte die Regelung der [sozial- M. H.] verhaltensdeterminierenden Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt. Dabei würden die äußeren Systembedingungen (z. B. durch die Sonderpädagogik) teilweise den gestörten inneren Systembedingungen der Lernbehinderten angepasst und dabei der biologische Defekt nicht primär beeinflusst. „Das pädagogische Vorgehen zielt auf die Entwicklung einer möglichst uneingeschränkten Ausübung sozialer Tätigkeiten, trotz bestehender biologischer Defekte oder chronischer Leiden“ (ebd., S. 524). Diese Form der pädagogischen Praxis sei besonders, sie sei im Charakter rehabilitativ. Deshalb würde nun der Ausdruck Rehabilitationspädagogik eingeführt und an die Stelle des „bedeutungsarmen Wortes Sonderpädagogik“ gesetzt (ebd., S. 524).

Der Vorteil des Begriffsbestandteils Rehabilitation liege darin, dass es sich bei der Rehabilitation um eine Gemeinschaftsarbeit vieler Berufsgruppen handeln würde. „Rehabilitationspädagogik besagt, dass die pädagogische Aufgabe, aber auch die medizinische, die psychologische oder ökonomische, nur in Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen erfolgreich zu lösen ist“ (ebd.).

Neben der offiziellen Einführung des Wortes Rehabilitationspädagogik nahm Becker eine gesellschaftswissenschaftliche bzw. weltanschaulich-ideologische Charakterisierung vor. Ziel und Inhalt der Rehabilitationspädagogik wurden mit der herrschenden sozialistischen Gesellschaftsordnung konkret verbunden. Es gelte prinzipiell das sozialistische Bildungs- und Erziehungsziel, d. h. die Bildung und Erziehung allseitig und harmonisch entwickelter sozialistischer Persönlichkeiten, die bewusst das gesellschaftliche Leben

gestalten, die Natur verändern würden, um ein erfülltes, glückliches, menschenwürdiges Leben zu führen (siehe „Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem“ vom 25. Februar 1965 (vgl. Becker, 1970).

Zusammenfassend griff Becker damit den Begriffsvorschlag von Voigt (1962) auf. Voigt wollte den engen Rahmen des damals gebräuchlichen Ausdrucks „Sonderschulwesen“ überwinden, insbesondere die fehlende Aussage zum eigentlichen Inhalt der pädagogischen Arbeit mit „geschädigten Kindern und Jugendlichen“ in der DDR, die fehlende begriffliche Verbindung zur Rehabilitation und die unzureichende Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen (vgl. Voigt, 1962, S. 21). „Anstatt der Begriffe Sonderschulwesen, Sonderpädagogik und Heilpädagogik sollte die treffendere Bezeichnung Rehabilitationspädagogik verwendet werden, um damit das Zusammenwirken mit den anderen am gemeinsamen Ziel beteiligten Wissenschaftszweigen auszudrücken“ (ebd., S. 22).

In dem Beitrag von Becker 1970 fehlt der vormalige konzeptionelle Bezug zur Kybernetik. Dem ging offenbar Folgendes voraus: „Der Minister für Volksbildung hat [...] auf die fehlerhafte Tendenz in einigen pädagogischen Publikationen aufmerksam gemacht, den dialektischen und historischen Materialismus als methodologische Grundlage der sozialistischen Pädagogik durch die Kybernetik zu ersetzen“ (Neuner, 1969, S. 808, zit. nach Hübner, 2000, S. 109). Im Zusammenhang mit der Dritten Hochschulreform in der DDR (in der Zeit von 1967 bis 1972) kam es auch an der HUB zu Umstrukturierungen des Hochschulaufbaus, wobei die Relevanz der Hochschularbeit für die sozialistische Gesellschaft in den Vordergrund gestellt wurde (siehe Abteilung Presse und Information (Hrsg.), 1969: Die Weiterführung der 3. Hochschulreform und die Entwicklung des Hochschulwesens bis 1975.

Materialien der 16. Sitzung des Staatsrates der DDR am 3. April 1969. 3. Wahlperiode, H. 8. Berlin: Schriftenreihe des Staatsrates).

Der Gründung der Sektion unter dem Namen Rehabilitationspädagogik gingen existenzielle Auseinandersetzungen mit den Vertretern des Ministeriums für Volksbildung voraus, die nur unter Mithilfe der Universitätsleitung und des Ministeriums für Hochschulwesen abgewendet werden konnten. In diesem Zusammenhang kam es mitunter auch zu terminologischen Konzessionen, sofern sie nicht an die Substanz gingen (nach K.-P. Becker, persönliche Kommunikation, 06.09.2020). Die wissenschaftliche Theorie und Praxis der Rehabilitationspädagogik in der DDR wurde von Becker substantiell mit der marxistisch-leninistischen Ideologie verbunden. Das sozialistische Erziehungsziel galt demnach auch für „physisch-psychisch Geschädigte“. Becker war nach eigener Aussage auch in der Folgezeit darauf bedacht, in Tuchfühlung zur Schulpolitik zu agieren, um keinen Vorwand zu liefern, ins Abseits gestellt zu werden (K.-P. Becker, persönliche Kommunikation, 17.09.2020).

Als zentraler Ansatzpunkt der Rehabilitationspädagogik in der DDR basierend auf der Lerntheorie wurde die Lernbehinderung konzipiert. Dabei wurde festgelegt, dass eine Lernbehinderung dann vorliege, wenn in jedem Merkmalsbereich eine Auffälligkeit in Form von Retardierungen, Störungen und/oder Andersartigkeiten zu verzeichnen sei. Die Lernbehinderung sollte so weit wie möglich mit der pädagogischen Methode der Korrektur zu mindern gesucht werden.

Die Arbeitsbereiche von 1966 (Bewegungserziehung, spezielle muttersprachliche Erziehung, spezielle Bildung, spezielle Erziehung und Sanierung des Milieus) wurden in den Begriff „spezifische Wirkungsbereiche“ (Bewegungs-, Denk-, Sinnes-, Sprach- und Umerziehung sowie die

Einflussnahme auf das Milieu) als Ansatzpunkte der rehabilitationspädagogischen Tätigkeit überführt. Becker stützte sich dabei auf die Erfolge, die auf dem Gebiet der Rehabilitation von Stotterern erzielt werden konnten. Speziell das Logopädische Kindersanatorium Thalheim/Erzgebirge diente als Referenzobjekt (siehe dazu Becker, K.-P., Wlassowa, N. A., Assatiani, N. M., Beljakoawa, L.I. & Hey, W. (1977): Stottern. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit).

- Kategorielle Herausarbeitung der manifesten Inhalte und der spezifischen Fachsprache der Rehabilitationspädagogik in der DDR mit Stand 1971:

- Theoriemodell: Es erfolgte eine Veränderung, indem der Begriff Sonderpädagogik inhaltlich durch Rehabilitationspädagogik ersetzt wurde. Der Blick wurde auf den Lernprozess erweitert. Beibehalten wurde, dass der biologisch „Geschädigte“ auf die dialektische Wechselwirkung zwischen Individuum – Gesellschaft – natürlicher Umwelt und die Beseitigung der dabei auftretenden Widersprüche nicht ohne Rehabilitationspädagogik entwicklungsförderlich eingehen könne. Es ergebe sich ohne rehabilitationspädagogische Hilfe eine gestörte Beziehung zwischen der aktiven Auseinandersetzung des „Geschädigten“ in der sozialen Tätigkeit mit der Gesellschaft und der natürlichen Umwelt. Erweitert wurde, dass das gemeinsame Merkmal der „Geschädigten“ die Störung der subjektiven Widerspiegelungstätigkeit der objektiven Realität sei, welche sich im Leistungs- und Sozialverhalten äußern würde. Die aktive Aneignung der gesellschaftlichen Realität auf dem Wege des sozialen Tätigseins wird als Lernprozess bezeichnet. Neueinführung des Begriffs Lernbehinderung. Sei ein „Geschädigter“ in den Merkmalsbereichen auffällig, liege eine Lernbehinderung vor.

- Definition: Es erfolgte die Einführung der Bezeichnung Rehabilitationspädagogik. Dieser besage in der DDR, dass die pädagogische Aufgabe, aber auch die medizinische, die psychologische oder ökonomische, nur in Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen erfolgreich zu lösen sei.

- Bezugsgruppe: Beibehalten wurde die These, dass die Bildung und Erziehung unter dem Aspekt der Rehabilitation aller „geschädigten Menschen“ erfolge ungeachtet ihres Alters und der Institution erfolge. Eine Konkretisierung gab es bzgl. der Institutionen; diese seien alle sonderpädagogische [rehabilitationspädagogischen M. H.] Einrichtungen, z. B. Beratungsstellen, Vorschul-, Schul- oder Berufsschulenteile von Sonderschulen oder deren Heime.

- Merkmalsbereiche: Der bisherige Bezug der Äußerungsbereiche zur Störung der subjektiven Widerspiegelung der objektiven Realität wurde um Formen des Psychischen und des sozialen Tätigseins erweitert. Es erfolgte die Einführung des Begriffs Merkmalsbereiche. Sozial determinierte Merkmale eines „Geschädigten“ im sozialen Tätigsein würden sich in folgenden Bereichen zeigen: der Bewegung, der Denk-, der Sprachtätigkeit und des sittlich-moralischen Verhaltens. Konkretisierung der Auffälligkeiten in den Merkmalsbereichen als Grundlage für rehabilitationspädagogische Bedürftigkeit: Retardierungen, Störungen und Andersartigkeiten

- Wirkungsbereiche: Es wurde in dieser Phase eine Umbenennung der Bezeichnung Arbeitsbereiche in die Bezeichnung spezifische Wirkungsbereiche vorgenommen. Folgende spezifische Wirkungsbereiche der rehabilitationspädagogischen Tätigkeit wurden bestimmt: Bewegungs-, Denk-, Sinnes-, Sprach- und Umerziehung sowie die Einflussnahme auf das Milieu.

- Methoden: Beibehalten wurde das Konzept der rehabilitativen Methoden. Rehabilitationspädagogische Methoden (nach Sovák, 1960) seien: die Reedukation, die Entwicklung der gestörten Funktion, die Kompensation, der Ersatz einer gestörten Funktion und die Aktivierung, d. h. die Ausschöpfung aller Funktionsreserven sowie die Korrektur.

- Rehabilitationspädagogischer Prozess: Es erfolgte die Erweiterung der Theorie um das Konzept des Prozesses der Bildung und Erziehung. Der Bildungs- und Erziehungsprozess sei als zentrales Ziel der Rehabilitationspädagogik auf eine Normalisierung der subjektiven Widerspiegelungsfähigkeit der objektiven Realität auszurichten. Das sei die Voraussetzung für eine anforderungsgerechte Ausübung aller Formen des sozialen Tätigseins, bei gleichzeitiger individueller Anpassung der Ausübung des sozialen Tätigseins. Das pädagogische Vorgehen sollte auf die Entwicklung einer möglichst uneingeschränkten Ausübung sozialer Tätigkeiten, trotz bestehender biologischer Defekte oder chronischer Leiden abzielen. Ziel der Bildung und Erziehung sei die allseitige und harmonische Entwicklung sozialistischer Persönlichkeiten.

- Organisationsformen: Eine Erweiterung erfolgte bezüglich der Organisationsformen. Organisationsformen seien die Selbstbedienung, das Spiel, der Einzel-, Gruppen- oder Klassenunterricht, die Arbeit und die Freizeitgestaltung.

### **2.3 Dritte Phase von 1972 bis 1973**

Schwerpunkte und gesellschaftlich bedingte Einflüsse der dritten Phase waren die weitere Charakterisierung der Rehabilitationspädagogik in Zusammenhang mit der dritten Hochschulreform und der Ausbau der

Begriffsbeschreibung Lernbehinderung und die rehabilitationspädagogische Terminologie. Dabei standen das System der funktionalen Organe von Leontjew und das Konzept der Gestaltung von Hirnfunktionen von Anochin im Mittelpunkt.

Ab dem Jahr 1972 nahm mit dem Artikel „Rehabilitationspädagogik im Sozialismus – ein Beitrag zur theoretischen Klärung von weltanschaulich-ideologischen Grundproblemen“ in der Wissenschaftlichen Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin (Heft 1, Band XXIII, 1972, S. 3- 16) der Anteil an weltanschaulich-ideologischer Darstellung und Charakterisierung der Rehabilitationspädagogik in der DDR in den wissenschaftlichen Beiträgen von Becker stark zu. Becker teilte im Übrigen relativ am Anfang dieses Artikels mit, dass alle neuen Begriffe zunächst nur Arbeitsbegriffe seien, und ein Namensstreit auf keinen Fall beabsichtigt sei (ebd., S. 5).

Es sei sozialistische Rehabilitation, den „geschädigten Menschen“ zur Ausübung einer produktiven oder einer anderen gesellschaftlich nützlichen Tätigkeit, zur Beteiligung am politischen und kulturellen Leben zu befähigen oder die vor Eintritt der Schädigung bereits vorhandene Fähigkeit wiederzugewinnen, zu erhalten und weiterzuentwickeln. Vornehmlich seien Mediziner, Pädagogen, Techniker und Sozialfürsorger in kollektiver Weise daran beteiligt, aber auch Psychologen, Ökonomen, Juristen, Soziologen u. a. (1972, S. 4). „Immer dann, wenn durch Medizin und technische Hilfen der biologische Organschaden in sozialer Hinsicht nicht wirkungslos gemacht oder vollständig kompensiert werden kann, sind pädagogische Maßnahmen zur Ausbildung sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich“ (1972, S. 4).

Der Mensch entwickle sich unter der Vorherrschaft sozialer Bedingungen auf der Basis relativ gleichbleibender stammesgeschichtlich biologischer Merkmale im raschen Fortschreiten. „Die biologische Ausstattung des

Menschen ist bei weitem noch nicht ausgeschöpft, auch im Falle von chronischen Erkrankungen oder Organschädigungen bietet die biologische Ausstattung Möglichkeiten zur Kompensation und breiten Spielraum für funktionelle Reserven“ (Becker, 1972, S. 6).

Für den Rehabilitationspädagogen müssten mehr als die Krankheit und der Defekt in erster Linie deren Auswirkungen auf den Prozess der aktiven Aneignung der gesellschaftlichen Umwelt, auf die Ausbildung der Persönlichkeit und auf die soziale Kommunikation im Mittelpunkt seines pädagogischen Handelns stehen.

Die Auswirkungen des Defekts auf den Aneignungs- und Lernprozess bezeichnete Becker als Lernbehinderung und begründete es nun ausführlicher mit der marxistisch-leninistischen Psychologie. „Wir schränken dabei das Lernen auf das menschliche Lernen gegenüber weiter gefassten lerntheoretischen Auffassungen ein und berücksichtigen seine Funktion unter unseren konkreten gesellschaftlichen Bedingungen“ (ebd., S. 7).

Da der Lernbegriff der Treffpunkt psychologischer und pädagogischer Prozesse sei, müsse der Lernprozess analog zur aktiven Aneignung der gesellschaftlichen Umwelt die Interiorisation (Verinnerlichung) und Exteriorisation (Entfaltung nach außen) von Persönlichkeitseigenschaften als dialektische Einheit umfassen. Behinderten die sozialen Auswirkungen des biologischen Mangels den „geschädigten Menschen“ an der aktiven Aneignung, Bewältigung und schöpferischen Gestaltung der gesellschaftlichen Umwelt im Prozess des kollektiven Tätigseins, liege eine Lernbehinderung vor.

Eine Lernbehinderung beruhe also auf mangelhaften biologischen Entwicklungsvoraussetzungen und dafür nicht adäquaten sozialen, besonders

pädagogischen Bedingungen. Lernbehinderte seien eine Teilkategorie aller Lernfähigen.

Es folgte dann die Aussage von Becker, lernunfähig seien die „derart komplex und hochgradig Geschädigten, die in der medizinischen Terminologie als Idioten bezeichnet werden“ (ebd., S. 7).

„Der Begriff Lernbehinderung erfüllt gegenüber dem Begriff krank oder geschädigt insofern besser unsere Ansprüche, als er die Beziehungen zwischen Person, gesellschaftlicher und natürlicher Umwelt erfasst und gleichzeitig die dominierende Rolle und die determinierende Funktion der sozialen Einwirkungen für die Persönlichkeitsbildung zum Inhalt hat“ (ebd., S. 8). Die Lernbehinderung äußere sich im sozialen Tätigsein des Menschen, in seinem Verhalten in vier Bereichen. Zum einen unter dem Aspekt des Leistungsverhaltens in drei handlungsvollzugbezogenen Bereichen (Bewegung, Denken einschließlich sinnlicher Wahrnehmung und Sprache) sowie zum anderen im Bereich des Sozialverhaltens (sittlich-moralisches Verhalten). Eine Lernbehinderung liegt für Becker dann vor, „wenn auf Grund eines biologischen Mangels mindestens in einem Verhaltensbereich negative Normabweichungen auftreten“ (ebd., S. 11).

Die Lernbehinderung in den vier Verhaltensbereichen präge sich dabei, abhängig von den biologischen Schäden, nach verschiedenen Merkmalen aus. Sie äußere sich laut Becker zusammenfassend in Wesensmerkmalen im Sinne einer negativen Normabweichung in solchen Verhaltensbereichen (Bewegungsgesamt, Sinnesleistung, Denkleistung, Sprache und Sozialverhalten), die für den kollektiv tätigen Menschen entscheidend sind (ebd., S. 11 f.). „In einigen Fällen werden von dem Schaden mehrere Verhaltensbereiche unmittelbar betroffen, in anderen nur einer [...]“ (ebd., S. 9). „Der biologische Schaden und die im Laufe der individuellen Entwicklung

wirksam gewordenen allgemeinen sozialen und besonders die pädagogischen Einflüsse sind dafür ausschlaggebend“ (ebd., S. 10). „Alle Schädigungen oder Erkrankungen des ZNS [Zentrales Nervensystem M. H.], besonders komplexe Schädigungen des Gehirns, wirken sich auf die Persönlichkeit sehr nachhaltig aus und äußern sich demzufolge in stark ausgeprägten Wesensmerkmalen als bedeutende Lernbehinderung“ (ebd., S. 11).

„Die Rehabilitationspädagogik in der DDR verwirklicht die Einheit von sozialistischer Bildung, Erziehung und der Verhütung, Minderung oder Beseitigung einer Lernbehinderung“ (ebd., S. 8). Es gelte, folgende zentrale Arbeitshypothese in der Praxis zu prüfen, „wenn das Wesen der Rehabilitationspädagogik in der Einheit von sozialistischer Bildung, Erziehung und der Verhütung, Minderung sowie der Beseitigung einer Lernbehinderung liegt, dann muss unter dem Einfluss unserer pädagogischen Maßnahmen die Lernbehinderung quantitativ und qualitativ zu verändern sein“ (ebd., S. 10).

Becker fasste dann zusammen, dass bisher für den rehabilitationspädagogischen Arbeitsansatz zwei wesentliche Bedingungen näher bestimmt worden seien. Erstens, das sozialistische Bildungs- und Erziehungsziel gelte prinzipiell für alle Bürger der sozialistischen Gesellschaft, sofern sie lernfähig seien. Zweitens, wenn eine chronische Krankheit oder ein Organschaden den „geschädigten Menschen“ im Prozess der aktiven Aneignung der gesellschaftlichen Praxis unter den üblichen sozialen Bedingungen behindere, dann sei dies als Lernbehinderung zu bestimmen.

Die aktive Aneignung und Anpassung der gesellschaftlichen Umwelt im Prozess der Persönlichkeitsbildung bezögen sich auf die gesellschaftliche Tätigkeit. Becker zog nun Leontjew heran und fasste eine längere Aussage von ihm ohne Quellenangabe folgendermaßen zusammen: „Demnach entwickeln sich die menschlichen Fähigkeiten erst im Prozess spezifisch menschlicher

Tätigkeit“ (ebd., S. 14). Die menschliche Psyche entwickle sich erst, indem sich das Individuum die historisch-gesellschaftlichen Erfahrungen aneigne (ebd., S. 15).

Dann wurde die Frage nach der morphologischen Struktur der spezifisch menschlichen psychischen Fähigkeiten und ihrer Entwicklung aufgeworfen. Becker wies darauf hin, dass dieser Frage Setschenow, Pawlow, Anochin, Uchtomski von physiologischer und Wygotski sowie Lurija von psychologischer Seite nachgegangen seien (ebd., S. 14). Diese Untersuchungen hätten ergeben, dass die höheren psychischen Funktionen des Menschen und ihre morphologisch-physiologische Grundlage nicht in einem Rindenfeld, sondern in der funktionalen Vereinigung verschiedener Hirnfunktionen zu finden seien. Sie hätten die Lehre von den funktionalen Organen entwickelt, welche sich im Aneignungsprozess ausbilden und die morphologisch-physiologische Grundlage für die höheren psychischen Funktionen darstellen würden. Dann folgten im Beitrag Aussagen zu Leontjews Modell „System der funktionalen Organe“ (ebd.). Die Grundlage der Theorie sei dabei, dass das funktionelle Hirnsystem ein sich qualitativ entwickelndes System darstelle.

Es wurde daraufhin angenommen, dass

A) der Aufbau einer höheren psychischen Funktion auch dann auf Umwegen gegenüber der Norm erfolgreich verlaufen könne, wenn ein hirnorganischer Systemteil ausgefallen sei. Innerhalb des rehabilitationspädagogisch-methodischen Vorgehens werde dieser Vorgang als Kompensation bezeichnet. „An Stelle der Schwarzschrift, vermitteln wir dem Blinden beispielsweise Brailleschrift“ (ebd., S. 15).

B) wenn ein Systemteil in seiner Leistung eingeschränkt sei, durch die Optimierung aller Teile des funktionalen Systems Reserven aktiviert werden könnten.

C) wenn die Dynamik eines solchen funktionalen Systems nicht voll gewährleistet sei und als Folge davon qualitative Störungen im Funktionsablauf auftreten, so könnten diese rehabilitationspädagogisch korrigiert werden.

Diese dynamischen Systeme und Funktionen würden im Prozess der Aneignung der gesellschaftlichen Praxis erst aufgebaut und seien unabhängig vom biologischen Mangel rehabilitationspädagogisch nutzbar (ebd.). Denn Anochin habe erkannt, „dass es keine prinzipiellen Unterschiede zwischen der Umgestaltung einer Hirnfunktion unter normalen und pathologischen Bedingungen gibt“ (ebd., S. 15 (Anochin, 1967: Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltens)).

Neben den kompensierenden Maßnahmen gebe es noch die korrigierenden und aktivierenden Maßnahmen. Sie würden sich auf die Entwicklung solcher Funktionen und Fähigkeiten richten, die sich durch den biologischen Mangel nicht auf dem üblichen Wege oder fehlerhaft entwickeln. „Da hierdurch der hirnorganische Defekt oder die Erkrankung primär nicht beeinflusst werden und dennoch die Lernbehinderung verhütet, beseitigt oder gemindert werden wird, sprechen wir von allgemeinen rehabilitativen Methoden, analog zur Bedeutung des Wortes Rehabilitation“ (ebd., S. 15). Rehabilitative Methoden umfassen nun also Aktivierung, Kompensation sowie Korrektur.

Zum Ende des Beitrags von 1972 fokussierte sich Becker (ebd. S. 15 ff.) auf den pädagogischen Aspekt, die Einheit des Ziels, des Stoffs und der rehabilitationspädagogischen Methoden. Pädagogische Lehrprozesse seien je

nach Alter der Lernbehinderten programm- oder planorientiert stofflich gebunden. Die Sonderschulen mit zum Teil speziellen Lehrplänen müssten das Bindungsgefüge Ziel – Stoff – Methode unter der spezifischen Aufgabenstellung, d. h. dem Lehrplan innewohnende Stoffe gleichzeitig für die Beseitigung oder Minderung der Lernbehinderung ihrer Schüler ausschöpfen und optimal gestalten.

Begrifflich wurde, um die akzentuierte Besonderheit des rehabilitationspädagogischen Vorgehens hervorzuheben, der Ziel- und Stoffaspekt als die dialektische Einheit von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ab jetzt Wirkungsbereich genannt. „Die Wirkungsbereiche rehabilitative Bewegungs-, Sinnes- und Denk-, Sprach- und Umerziehung zwingen dazu, die rehabilitationspädagogischen Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Minderung der Lernbehinderung auf alle Seiten der Persönlichkeitsbildung auszudehnen und gleichzeitig alle wesentlichen Merkmale der Lernbehinderung zu erfassen“ (ebd., S. 16).

Wirkungsbereiche seien eine dialektische Einheit. Die Wesensmerkmale der Lernbehinderung (der Bewegung, der Denk-, der Sprachtätigkeit und des sittlich-moralischen Verhaltens) könnten vereinzelt und unterschiedlich stark ausgeprägt auftreten, die Persönlichkeitsentwicklung könne dadurch disharmonisch verlaufen. Es könne auch nur ein Wirkungsbereich zum pädagogischen Zielpunkt gemacht werden. Eine Beseitigung der Lernbehinderung umfasse: Korrektur, Kompensation und Aktivierung der Lernbehinderungen hinsichtlich der Fähigkeits-, Fertigungs- und Gewohnheitsentwicklung, wie sie in den Wesensmerkmalen innerhalb des lehrplangebundenen Unterrichtsprozesses zum Ausdruck kämen.

- Kategorielle Herausarbeitung der manifesten Inhalte und der spezifischen Fachsprache der Rehabilitationspädagogik in der DDR mit Stand 1972:

- Theoriemodell: Unverändert gilt weiterhin die bisherige Kennzeichnung der Rehabilitationspädagogik. Auf die dialektische Wechselwirkung zwischen „Individuum – Gesellschaft – natürlicher Umwelt“ und die Beseitigung der dabei auftretenden Widersprüche könne der biologisch „Geschädigte „nicht adäquat entwicklungsförderlich eingehen. Es ergebe sich ohne rehabilitationspädagogische Hilfe eine gestörte Beziehung zwischen der aktiven Auseinandersetzung des „Geschädigten“ in der sozialen Tätigkeit mit der Gesellschaft und der natürlichen Umwelt. Das gemeinsame Merkmal der „Geschädigten“ sei die Störung der subjektiven Widerspiegelungstätigkeit der objektiven Realität. Für den Rehabilitationspädagogen stünden in erster Linie die Auswirkungen der Krankheit und des Defekts auf den Prozess der aktiven Aneignung der gesellschaftlichen sozialistischen Umwelt im Mittelpunkt. Darauf sei die Ausbildung der Persönlichkeit und der sozialen Kommunikation im pädagogischen Vorgehen gerichtet.

Es erfolgte die Einführung des Konzepts Lernbehinderung. Ihm liegt die Annahme zugrunde, dass die aktive Aneignung der gesellschaftlichen Realität auf dem Wege des sozialen Tätigseins ein Lernprozess sei. Werde der „geschädigte Mensch“ durch die sozialen Auswirkungen seines biologischen Mangels an der aktiven Aneignung, Bewältigung und schöpferischen Gestaltung der gesellschaftlichen Umwelt im Prozess des kollektiven Tätigseins behindert, liege eine Lernbehinderung vor. Die Auswirkungen des Defekts auf den Aneignungs- und Lernprozess bezeichnet Becker als Lernbehinderung. Eine Lernbehinderung beruhe demnach auf mangelhaften biologischen Entwicklungsbedingungen und dafür nicht adäquaten sozialen, besonders pädagogischen Bedingungen. Eine Lernbehinderung liege vor,

wenn aufgrund eines biologischen Mangels mindestens in einem Verhaltensbereich negative Normabweichungen aufträten.

Es wurde dann die Arbeitshypothese 1 bestimmt: Wenn das Wesen der Rehabilitationspädagogik in der Einheit von sozialistischer Bildung, Erziehung und der Verhütung, Minderung sowie der Beseitigung einer Lernbehinderung liege, dann müsse unter dem Einfluss der pädagogischen Maßnahmen die Lernbehinderung quantitativ und qualitativ zu verändern sein.

Danach folgte die Festlegung der Arbeitshypothese 2: Die dynamischen Systeme und Funktionen des Leontjew-Modells „System der funktionalen Organe“ würden im Prozess der Aneignung der gesellschaftlichen Praxis erst aufgebaut und seien unabhängig vom biologischen Mangel rehabilitationspädagogisch nutzbar. Nach Anochin könnten Hirnfunktionen umgestaltet werden – unabhängig davon, ob dies unter normalen und pathologischen Bedingungen erfolge. Der Aufbau solcher Hirnfunktionen sei im rehabilitationspädagogisch-methodischen Vorgehen Kompensation.

- Definition: Die Definition der Rehabilitationspädagogik wurde erweitert. Sie verwirkliche die Einheit von sozialistischer Bildung, Erziehung und der Verhütung, Minderung oder Beseitigung einer Lernbehinderung; Bildung und Erziehung stünden unter dem Aspekt der Rehabilitation aller „geschädigten“ Menschen ungeachtet ihres Alters und der Institution. Rehabilitationspädagogik besage, dass die pädagogische Aufgabe, aber auch die medizinische, die psychologische oder ökonomische, nur in Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen erfolgreich zu lösen sei.

- Bezugsgruppe: Es erfolgte eine Erweiterung um die Bestimmung der Zielgruppe. Sie umfasst „geschädigte Menschen“, biologisch „Geschädigte“,

chronisch Erkrankte, Organgeschädigte sowie Menschen mit Defekten, Krankheit, biologischem Schaden oder biologischem Mangel.

- Äußerungsbereiche: Die Merkmalsbereiche wurden in Äußerungsbereiche umbenannt. Die Formen, wie sich eine Lernbehinderung äußern kann, wurde auf den Bereich des Psychischen und im sozialen Tätigsein erweitert und konkretisiert. Im Folgenden wurde auch der Begriff Verhaltensbereiche eingeführt. Die Lernbehinderung äußere sich im sozialen Tätigsein des Menschen, in seinem Verhalten in vier Bereichen, die für den kollektiv tätigen Menschen entscheidend seien, zum einen unter dem Aspekt des Leistungsverhaltens in drei handlungsvollzugbezogenen Bereichen (Bewegungsgesamt, Denken einschließlich sinnlicher Wahrnehmung und Sprache) sowie zum anderen im Bereich des Sozialverhaltens (sittlich-moralisches Verhalten).

- Wesensmerkmale: Die Äußerungsbereiche wurden durch die Bezeichnung Wesensmerkmale konkretisiert und mit dem Konzept Lernbehinderung verbunden. Die Lernbehinderung äußere sich dabei abhängig von den biologischen Schäden in Störung, Andersartigkeit oder Retardation in den genannten vier Verhaltensbereichen im Sinne einer negativen Normabweichung.

- Wirkungsbereiche: Die Wirkungsbereiche wurden konkretisiert und um den Ziel- und Stoffaspekt ergänzt. Spezifische Wirkungsbereiche sind die rehabilitative Bewegungs-, Denk- und Sinnes-, Sprach- und Umerziehung sowie die Einflussnahme auf das Milieu. Sie würden dazu zwingen, die rehabilitationspädagogischen Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Minderung der Lernbehinderung auf alle Seiten der Persönlichkeitsbildung auszudehnen und gleichzeitig alle wesentlichen Verhaltensbereiche und deren Wesensmerkmale der Lernbehinderung zu erfassen. Wirkungsbereich umfasse den Ziel- und Stoffaspekt, als die dialektische Einheit von Wissen,

Fähigkeiten und Fertigkeiten, im Bindungsgefüge Einheit des Ziels, des Stoffs und der rehabilitationspädagogischen Methoden.

- Methoden: Die rehabilitativen Methoden (nach Sovák) wurden im Wesentlichen beibehalten: Aktivierung, Kompensation sowie Korrektur. Reedukation wurde nicht mehr aufgeführt.

- Rehabilitationspädagogischer Prozess: Die bisherige Beschreibung des Prozesses der Bildung und Erziehung wurde beibehalten. Der Bildungs- und Erziehungsprozess müsse als zentrales Ziel der Rehabilitationspädagogik in der DDR auf eine Normalisierung der subjektiven Widerspiegelungsfähigkeit der objektiven Realität als Voraussetzung für eine anforderungsgerechte Ausübung aller Formen des sozialen Tätigseins abzielen, mit gleichzeitiger individueller Anpassung der Regelung des sozialen Tätigseins.

Das pädagogische Vorgehen ziele auf die Entwicklung einer möglichst uneingeschränkten Ausübung sozialer Tätigkeiten, trotz bestehender biologischer Defekte oder chronischer Leiden. Ziel sei die Bildung und Erziehung allseitig und harmonisch entwickelter sozialistischer Persönlichkeiten.

- Organisationsformen: Die Beschreibung der Organisationsformen wurde beibehalten: die Selbstbedienung, das Spiel, der Einzel-, Gruppen- oder Klassenunterricht, die Arbeit und die Freizeitgestaltung.

- Institutionen: Auch die Bestimmung der Institutionen wurde beibehalten. Sie beinhalten alle rehabilitationspädagogischen Einrichtungen, z. B. Beratungsstellen, Vorschul-, Schul- oder Berufsschulenteile von Sonderschulen oder deren Heime.

## 2.4 Vierte Phase von 1974 bis 1990

Schwerpunkte und gesellschaftlich bedingte Einflüsse der vierten Phase waren die Fokussierung auf die Beschreibung und die Optimierung des rehabilitationspädagogischen Prozesses, die Verbindung des Konzeptes der Lernbehinderung mit dem Konzept der Entwicklung der sowjetischen Defektologie sowie die Konkretisierung der rehabilitationspädagogischen Terminologie. Es erfolgte die Orientierung an Auffälligkeiten im nervalen Kommunikationssystem sowie die Konkretisierung der Bezeichnung physisch-psychische Schädigung. Die Diskussion der ICF der WHO, die Einrichtung der Interdisziplinären Forschungsgruppe Langzeitstudie „Entwicklungsdynamik“ sowie der Ausbau der Mitarbeit und Kooperation in internationalen Gremien nach der Sektionsgründung 1969 bis 1990 waren weitere Schwerpunkte (siehe dazu Becker, Große (2007), S. 129 ff., S. 133 ff., S. 142 ff.).

1974 erschien ein weiterer Beitrag von Becker mit dem Titel „Zu Ziel und Bedingungen rehabilitationspädagogischer Prozessgestaltung“. Darin wurde beschrieben, das im Jahr 1974 in der wissenschaftlichen Diskussion in der DDR Konsens darin bestehe, dass der biologische Mangel im Sinne einer morphologisch-funktionellen Störung sich als negative Komponente der inneren Bedingungen hinderlich auf die Persönlichkeitsformung auswirke, wenn die gleichen sozialen Bedingungen wie für „Nichtgeschädigte“ bestünden.

Die Kennzeichnung der „physisch-psychisch Geschädigten“ mit der Wahl der Bezugsebene Lernbehinderung für die Ausführungen des biologischen Mangels habe jedoch als Bühne für Meinungsverschiedenheiten gedient (ebd., S. 470). Becker erklärte erneut, dass aus psychologisch-pädagogischer Sicht der Lernvorgang als Bezugsebene gewählt sei und dabei die Spezifik menschlichen Lernens betont würde. „Die Schwierigkeit besteht darin, dass

Lernen einmal als Grundvorgang der Persönlichkeitsentwicklung [...] und zum anderen als spezielle Tätigkeit (Spiel – Lernen – Arbeit) verstanden werden kann. In beiden Fällen ist die marxistische Entwicklungslehre der Bezugspunkt“ (ebd., S. 470). Ein biologischer Mangel könne die Ausübung verschiedener Arten von Tätigkeiten, insbesondere der Lerntätigkeit, behindern.

Trete dieser Zustand ein, würde auf jeden Fall auch das Lernen im Sinne des Grundvorgangs der individuellen Persönlichkeitsentwicklung behindert. Ebenso verwies Becker darauf, dass die allgemeine Kennzeichnung „Geschädigter“ in den sozialistischen Ländern unterschiedlich sei. Die sowjetische Defektologie z. B. habe als Bezugsebene die Entwicklung gewählt und leite davon den Begriff der anomalen Entwicklung oder des Entwicklungsdefekts ab.

Allen „Geschädigten“ sei ungeachtet ihres biologischen Mangels als Bezugspunkt die Lernbehinderung eigen und diese könne an allgemeinen Wesensmerkmalen erkannt werden (ebd., S. 471). „Als allgemeine Wesensmerkmale konnten Besonderheiten, Auffälligkeiten in der Sinnes-, Denk-, Sprach- und Bewegungstätigkeit unter dem Aspekt des Leistungs- und Sozialverhaltens nachgewiesen werden. Das Wesensmerkmal (oder die Kombination), das (die) der morphologisch-funktionellen Störung am nächsten steht, dominiert“ (ebd., S. 471). Die genaue Kenntnis der Wesensmerkmale diene der Diagnostik „Geschädigter“, sie ist laut Becker unentbehrliche Voraussetzung für den Ansatz rehabilitationspädagogischer Maßnahmen und die Optimierung des pädagogischen Prozesses.

Die spezifischen Aufgaben der Rehabilitationspädagogik innerhalb des komplexen pädagogischen Prozesses beziehen sich demnach auf die Beseitigung oder wenigstens die Minderung der Lernbehinderung. „Wir

streben an, Lernbehinderungen möglichst ganz zu verhüten, zumindest ihre Ausprägung gering zu halten“ (ebd., S. 471).

„Alle Geschädigten ohne wesentliche Einschränkung der intellektuellen Komponente in ihrem Leistungs- und Sozialverhalten können unter Ausnutzung des wissenschaftlichen, technischen und sozialen Fortschritts eine individuelle Variante der allseitig gebildeten Persönlichkeit mindestens im durchschnittlichen Leistungsniveau verwirklichen“ (Becker, 1974, S. 468).

„Geschädigte“ mit Einschränkungen der intellektuellen Komponente könnten jedoch grundsätzlich auch in allen gesellschaftlichen Bereichen nützlich tätig werden (ebd., S. 468).

Die spezielle Ziel- und Aufgabenstellung würde im konkreten Fall nach der Spezifik der jeweiligen Bildungsinstitution, nach dem Alter der „Geschädigten“ und dem zu vermittelnden Stoff im weiten Sinne näher bestimmt. „Die theoretische Begründung für die Möglichkeit, im komplexen rehabilitationspädagogischen Prozess der sozialistischen Bildung und Erziehung die Lernbehinderung zu beseitigen oder zu mindern, beruht auf den Erkenntnissen sowjetischer Physiologen, Psychologen und Defektologen“ (ebd., S. 472). Es handele sich um die Lehre von den funktionalen Organen, wobei von Becker noch mal darauf verwiesen wird, dass der Sachverhalt bereits in seinem Beitrag 1972 ausführlich dargelegt worden sei.

Für die Gestaltung des rehabilitationspädagogischen Prozesses würden die Bedingungen zutreffen, die jeden pädagogischen Prozess kennzeichneten.

„Als ergänzende Bedingungen rehabilitationspädagogischer Art gelten:

- der durch die Lernbehinderung beeinträchtigte Lernende,
- die spezielle Aufgabe der Rehabilitationspädagogik,

- zu Zwecken spezifischer Vermittlung aufbereiteter Stoff im umfassenden Sinne,
- Institutionen des Sonderschulwesens oder gleichartige andere, charakteristische Methoden und Organisationsformen,
- besondere Qualifikationen der Lehrenden u. a. (ebd., S. 472).

Die Beziehungen zwischen den Lernenden und dem Pädagogen würden die eigentlichen rehabilitationspädagogischen Prozesse darstellen und deren Niveau bestimmen (ebd.). „In der aktiven Auseinandersetzung mit den ziel- und zweckmäßig ausgewählten, planmäßig und systematisch organisierten und didaktisch-methodisch aufbereiteten Inhalten, im sozialen Tätigsein, vollzieht sich der rehabilitationspädagogische Prozess“ (ebd., S. 472). Der rehabilitationspädagogische Prozess vollziehe sich gebunden an die Inhalte, bei gleichzeitiger Erschließung und zielgerichteter Ausnützung ihrer rehabilitativen Möglichkeiten (ebd., S. 473).

Eine bestimmte Konzentration würden diese rehabilitativen Möglichkeiten in den rehabilitationspädagogischen spezifischen Wirkungsbereichen erfahren (rehabilitative Bewegungs-, Sinnes- und Denk-, Sprach- und Umerziehung). Der Pädagoge orientiere sich bei der Verwirklichung der pädagogischen Pläne (Stoff) und neben der Geltung des allgemeingültigen sozialistischen Bildungs- und Erziehungsziels an den Wirkungsbereichen.

Auch das spezifisch rehabilitative Vorgehen, sowohl im Unterricht als auch bei außerschulischer Tätigkeit bzw. bei der Beratung der Eltern oder der Einflussnahme auf die Lebensumstände des Lernbehinderten, müsse sich an den Wirkungsbereichen orientieren (ebd., S. 473). Die aus den rehabilitativen Wirkungsbereichen abgeleiteten Maßnahmen seien laut Becker charakteristisch lehrplanintegriertes bzw. -orientiertes rehabilitatives

Einwirken. Das methodische Vorgehen würde durch die allgemeinen rehabilitationspädagogischen Methoden der Korrektur, Kompensation und Aktivierung funktioneller Reserven geprägt (ebd., S. 473).

Im Beitrag von 1979 „30 Jahre Lehre, Forschung und Wissenschaftsentwicklung im Dienste der Bildung, Erziehung und Rehabilitation Geschädigter“ beschrieb Becker erneut, dass die Grundlage der Rehabilitationspädagogik in der DDR die Erkenntnisse der marxistisch-leninistischen Persönlichkeitstheorie seien. In der kollektiven Tätigkeit eigne sich der Mensch historisch gesammelte gesellschaftliche Erfahrungen an, entwickle diese schöpferisch weiter und vergegenständliche sie.

In diesem Prozess vollziehe sich zeitlebens die Persönlichkeitsentwicklung (ebd., S. 158). „Geschädigte“ seien bei diesem Prozess auf vermittelnde Hilfe angewiesen. Es wird noch einmal rückblickend erläutert, dass 1947 keine Theorie der Sonderpädagogik auf marxistisch-leninistischer Grundlage ausgearbeitet worden sei und auch die neu gegründete Abteilung Sonderschulwesen auf schmäler wissenschaftlicher Basis gestanden habe (ebd., S. 159). Dieses habe erforderlich gemacht, die ideologischen, theoretischen und methodologischen Positionen der Sonderschulpädagogik auszuarbeiten. Einen Anstoß gab laut Becker das Studium der Lehre Pawlows (siehe Becker, 1960).

Als Folge des sozialistischen Bildungsgesetzes habe die Rehabilitationspädagogik in der DDR stets die Einheit von Politik und Wissenschaft zu beachten. Die methodologischen Prinzipien seien aus den drei Bestandteilen des Marxismus-Leninismus [1. Dialektischer Materialismus, 2. Politische Ökonomie und 3. Wissenschaftlicher Sozialismus M. H.] abzuleiten und mit deren Hilfe die Gesetzmäßigkeiten der Entstehung von

physisch-psychischen Schädigungen sowie ihre Verhütung, Beseitigung oder Minderung im komplexen pädagogischen Prozess zu erkennen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass sich laut Becker der Ansicht sowjetischer Psychologen angeschlossen wurde, dass es außerhalb des Lernens keine Entwicklung gebe. Deshalb würde Lernen in diesem Sinne als führender Entwicklungsfaktor in allen Lebensaltern verstanden (ebd., S. 161). „Lernen als führender Entwicklungsfaktor und Lernen als Tätigkeitsart schließen sich nicht aus“ (ebd.).

„Bei der Tätigkeitsart Lernen werden das Lernen und die Persönlichkeitsentwicklung zum direkt angestrebten Ziel und dementsprechend bewusst organisierten Prozess. Lernen als führender Entwicklungsfaktor vollzieht sich demgegenüber auch in anderen Tätigkeiten“ (ebd.). Als Entwicklungsfaktoren wurden verschiedene Bedingungen bestimmt, welche die Entwicklung auslösen und in Gang halten sollen – und zwar endogene (Anlage und Reifung) und exogene Entwicklungsfaktoren (Lernen und Förderung, Umweltfaktoren).

Der Lernprozess und die Persönlichkeitsentwicklung stünden im Zusammenhang mit dem dialektischen Wechselverhältnis von Biologischem, Sozialem und Psychischem. Die Persönlichkeitsentwicklung sei in erster Linie sozial determiniert. Biologische Mängel würden für die Persönlichkeitsentwicklung keine unbedeutende, den gesellschaftlichen Bedingungen gegenüber aber eine sekundäre Rolle spielen (ebd.).

Eine physisch-psychische Schädigung sei ein aktueller spezifischer Zustand in der Persönlichkeitsentwicklung, der aus einem biologischen Mangel und dafür inadäquaten sozialen Entwicklungsbedingungen resultiere. „Solange der biologische Mangel und die dafür inadäquaten Bedingungen zu

Widerspruchslagen führen, die nicht oder ungenügend entwicklungsfördernd gelöst werden können, bleibt der Lernvorgang erheblich behindert“ (ebd., S. 161). Das drücke sich global in der Störung der Wechselbeziehung Individuum und Umwelt, der Störung in der sozialen Wirksamkeit oder in einer Differenz zur altersgemäßen Entwicklung der Persönlichkeit aus (ebd.). Die physisch-psychische Schädigung sei gleichbedeutend mit einer veränderten subjektiven Widerspiegelung der objektiven Realität und Ausdruck einer Lernbehinderung (ebd., S. 164).

Die Lernbehinderung äußere sich in den Bereichen Bewegung, Sinneswahrnehmung, Denken, Sprache, Sozialverhalten je nach Schädigungsart und Entwicklungsalter in bestimmter Weise. „Dabei treten wir entschieden jedem Versuch zur Typisierung Geschädigter entgegen“ (ebd., S. 162). Die Äußerungsbereiche und die Äußerungsweisen würden der Entwicklungsdynamik unterliegen. Die Lernbehinderung schließe die erhaltene Lernfähigkeit semantisch ein. „Wir nutzen sie aus, entwickeln und vervollkommen sie im Zuge des pädagogisch geführten kollektiven Tätigseins auf immer höherem Niveau“ (ebd.).

Becker führte in dem Beitrag von 1979 aus, dass die Sektionsleitung die verschiedenen Forschungsprojekte der Sektion einem Zentralthema untergeordnet habe. Dieses Thema laute: „Optimierung rehabilitationspädagogischer Prozesse im Dienste der kommunistischen Erziehung physisch-psychisch Geschädigter“ (ebd., S. 162). „Das Lernen als Grundvorgang der Persönlichkeit weicht ebenso wie die Lerntätigkeit von der durchschnittlichen Norm derartig ab, dass die Entwicklung sozialistischer Persönlichkeitseigenschaften wie ein konkretes Bildungs- und Erziehungsziel nur unter veränderten Prozessbedingungen zu erreichen sind“ (ebd., S. 164).

Das betreffe folgende Prozessbedingungen:

„- Die Lehrenden, die einer besonderen Qualifikation bedürfen, um den rehabilitationspädagogischen Prozess effektiv gestalten zu können und die zur Kooperation mit Mediziner\*innen, Psycholog\*innen, Eltern, Funktionären u. a. fähig sein müssen,

- das Ziel, das aus dem allgemeinen sozialistischen Bildungs- und Erziehungsziel besteht und zugleich um die Aufgabe der Verhütung, Beseitigung oder Minderung einer Lernbehinderung erweitert wird,

- den Stoff, der in den üblichen oder in spezifischen Lehrplänen fixiert ist, in Ausbildungs- oder auch in Rehabilitationsprogrammen bestehen kann und zur Verhütung, Beseitigung oder Minderung einer Lernbehinderung erforderlichenfalls im sog. Wirkungsbereich erweitert wird, wie z. B. Hörerziehung, musikalisch-rhythmische Erziehung u. a.,

- die Institutionen, die im System des Bildungs- und Gesundheitswesens oder als eigene gesellschaftliche Organisationen für die Belange „Geschädigter“ spezifisch vorgesehen sind,

- die Lehr- und Lernmittel, die über das allgemeine Maß hinaus um schädigungsspezifisch modifizierte Mittel und kommunikationstechnische Hilfen ergänzt werden,

- die Methode, die zwischen dem aktuellen Entwicklungsstand des „physisch-psychisch Geschädigten“ und der allgemeinen sowie der speziellen Zielstellung vermitteln muss und die Art und Weise des Lernvorganges der „Geschädigten“ führt. Im Sinne der Theorie der Rehabilitationspädagogik existieren zur Erreichung der speziellen Zielstellung im komplexen rehabilitationspädagogischen Prozess allgemeine Methoden als Methoden

zweiter Ordnung (Ausnutzung, Korrektur, Kompensation, Aktivierung, Stützung). Sie werden über die bekannten Bildungs- und Erziehungsmethoden als Methoden erster Ordnung verwirklicht,

- die methodischen Regeln, die um die Regeln zur Realisierung der allgemeinen Methoden erweitert werden,

- die Handlungen, die die Spezifik des rehabilitationspädagogischen Prozesses verkörpern müssen“ (ebd., S. 164).

1979 erschien die 1. Auflage des Lehrbuches Rehabilitationspädagogik unter der Federführung von Becker (Becker & Autorenkollektiv, 1979). Es erfolgten v. a. textliche Erweiterungen bzgl. gesetzlicher Rahmenbedingungen und Rehabilitationstechnik. Zum anderen erhielt der Begriff „beeinträchtigte Entwicklung“ einen größeren Stellenwert.

„Zwischen Lernbehinderung, beeinträchtigter Entwicklung und physisch-psychischer Schädigung besteht ein enger Zusammenhang. Die physisch-psychische Schädigung konstatiert einen auffälligen Entwicklungsstand, der vorzugsweise unter dem Einfluss negativer biologischer Entwicklungsvoraussetzungen und dafür inadäquater sozialer Entwicklungsbedingungen eingetreten ist. Die Lernbehinderung charakterisiert die Auswirkungen des biologischen Mangels sowie der eingetretenen Schädigung auf den Lernprozess, durch den sich die Persönlichkeitsentwicklung u. a. vollzieht. Schädigung und Lernbehinderung bilden insofern eine dialektische Einheit“ (Becker & Autorenkollektiv, 1979, S. 110). Äußerungsweisen der Lernbehinderung würden bei jedem „physisch-psychisch Geschädigten“ in allen oder in einzelnen Äußerungsbereichen auftreten (ebd., S. 132).

Zuerst wurden die Äußerungsbereiche und Äußerungsweisen der Lernbehinderung von dem Kollektiv um Becker konkretisiert und ausführlicher bestimmt. Die Äußerungsbereiche der Lernbehinderung würden die Bewegung, Sinneswahrnehmung, Denken, Sprache und Emotionen unter dem Aspekt des Leistungs- und Sozialverhaltens umfassen (ebd., S. 111). „Die Äußerungsweise der Lernbehinderung bezieht sich auf Fähigkeiten zur Ausführung altersgerechter Tätigkeiten innerhalb der Äußerungsbereiche“ (ebd., S. 113). Folgende Kategorien für die Äußerungsweise der Lernbehinderung innerhalb jedes Äußerungsbereiches seien gültig:

„Andersartigkeit = entwickelte oder entwickelbare Fähigkeiten „physisch-psychisch Geschädigter“, Tätigkeiten auf andere Art und Weise auszuführen, als es „Nichtgeschädigte“ gleichen Alters tun,

Störung = beeinträchtigte und korrigierbare Fähigkeiten, Tätigkeiten in allen Details altersentsprechend auszuführen,

Retardation = zurückgebliebene, aber entwickelbare Fähigkeiten, Tätigkeiten nach Umfang und Qualität altersentsprechend auszuführen,

Abweichung = ungenügend entwickelte und unvollständig entwickelbare Fähigkeiten, Tätigkeiten nach Umfang und Qualität altersentsprechend auszuführen,

Zerfall = schwindende und nicht zu erhaltende Fähigkeiten, Tätigkeiten auf dem einmal erreichten oder auf dem altersentsprechenden Niveau auszuführen (ebd., S. 113)“.

Zum Nachweis der Äußerungsbereiche und -weisen der Lernbehinderung wurden durch Becker und Autorenkollektiv Ergebnisse von Untersuchungen bzgl. Auffälligkeiten der Bewegung, der Sprache, des Denkens und des

außerunterrichtlichen Sozialverhaltens vorgestellt (Becker & Autorenkollektiv, 1979). In der 2. Auflage des Buchs Rehabilitationspädagogik kamen im Übrigen dann noch die Ergebnisse einer Untersuchung bzgl. des Selbstwertgefühls körperbehinderter Kinder hinzu (Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 179).

Die Genese (Lebensgeschichte eines Menschen, seiner Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen und natürlichen Umwelt und damit seiner Anpassung an die Lebensumstände sowie ihrer Veränderung), der Aktualzustand (vorgefundenes Zustandsbild) und die Prognose (Entwicklungsprognose) würden die Elemente einer dialektischen Einheit, der Entwicklungsdynamik bilden (Becker & Autorenkollektiv, 1979, S. 133). „Die Äußerungsweisen sollen auf dem Hintergrund der Entwicklungsdynamik als Entwicklungsweisen bezeichnet werden. So stehen die Äußerungsweisen der Lernbehinderung in untrennbaren Zusammenhang mit der Entwicklungsweise einer Persönlichkeit“ (ebd., S. 133). Die Entwicklungsweisen würden laut Becker und Autorenkollektiv bei „physisch-psychisch Geschädigten“ von Widersprüchen zwischen inneren und äußeren Bedingungen bestimmt, die nur mit rehabilitationspädagogischer Hilfe entwicklungsstimulierend gelöst werden könnten (ebd.).

Die Entwicklung der Persönlichkeit „Geschädigter“ könne in ihren einzelnen Abschnitten von verschiedenen Entwicklungsweisen bestimmt werden (ebd., S. 135). Folgende Entwicklungsweisen werden unterschieden:

- die andersartige Entwicklung = bestimmte, gesellschaftlich bedeutsame Tätigkeiten werden durch veränderte Intelligenz- und Handlungsstrukturen auf andere Weise vollzogen,

- die Entwicklungsstörung = partielle, umschriebene, weniger intensive, reversible Auffälligkeiten werden wirksam, die für die normale Entwicklung nicht charakteristisch sind,
- die retardierte Entwicklung = eine Verlangsamung des Entwicklungstempos oder ein gegenüber der Norm stark ungleichmäßiger zeitlicher Ablauf in einzelnen Entwicklungsbereichen oder im gesamten Entwicklungsgeschehen, sowie der zeitweilige Teilverlust eines erreichten Entwicklungsstands,
- die abweichende Entwicklung = das normale Tätigkeitsniveau kann auch mit rehabilitationspädagogischer Hilfe nicht erreicht werden, weil es unmittelbar vom biologischen Mangel beeinträchtigt wird,
- Entwicklungszerfall = es überwiegen Vorgänge des Vergehens gegenüber denen des Entstehens oder sie verschieben sich in ihrem Verhalten zugunsten des Vergehens,
- normale Persönlichkeitsentwicklung = die Beziehungen zur konkreten gesellschaftlichen Situation im Hinblick auf Bewusstheit, Aktivität, Kollektivität und Parteilichkeit entsprechen der Normalentwicklung in einem positiven Kontinuum von Qualitäts- und Quantitätsabstufungen (siehe ebd., S. 136 ff.).

Nachdem speziell in pädagogischen Fachkreisen Zweifel derart hervorgerufen worden seien, dass der Begriff Rehabilitation für „geschädigte Kinder“ nicht passe, da bei diesen nichts wiederherzustellen sei (Beispiel angeborene Blindheit) und es vielmehr um ihre Befähigung gehe, konkretisierte das Kollektiv um Becker die bisherige Begriffsdefinition.

Gleichzeitig wurde dabei der pädagogische Entwicklungsgedanke schärfer dargestellt: „Rehabilitation ist die zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektives in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur

Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeiten des geschädigten Menschen, aktiv am produktiven/wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und familiären Leben der Gesellschaft teilnehmen zu können“ (ebd.).

Im Folgenden wurden von Becker und Autorenkollektiv die Wirkungsbereiche ausführlicher definiert. „Die Wirkungsbereiche bilden die stoffliche Grundlage zur Vermittlung zwischen den Auffälligkeiten der Geschädigten im Sinne der Äußerungsweisen der Lernbehinderung und dem Erziehungsziel unter dem Aspekt der Rehabilitation. Insbesondere resultieren aus den Auffälligkeiten

des Bewegungsgesamtes	-	die rehabilitative Bewegungserziehung
der sinnlichen Wahrnehmung	-	die rehabilitative Sinneserziehung
des Denkens	-	die rehabilitative Denkerziehung
der Sprache	-	die rehabilitative Spracherziehung
des Sozialverhaltens	-	die rehabilitative Erziehung oder Umerziehung.

Die Einflussnahme auf das Milieu tritt als ein weiterer Wirkungsbereich hinzu“ (ebd., S. 179).

Im weiteren Text des Autorenkollektivs um Becker wurden die Wirkungsbereiche näher konkretisiert.

Rehabilitative Bewegungserziehung: „Unter rehabilitativer Bewegungserziehung ist eine spezielle Art der körperlichen Erziehung zu verstehen, wodurch physisch-psychisch Geschädigte Bewegungsfertigkeiten neu erwerben und vervollkommen lernen sowie Bewegungseigenschaften entwickeln“ (ebd., S. 179).

Rehabilitative Denkerziehung: „Unter rehabilitativer Denkerziehung ist eine spezielle Art der intellektuellen, wissenschafts-weltanschaulichen Erziehung zu verstehen, wodurch physisch-psychisch Geschädigte systematisch und bewusst zur Ausführung geistiger Prozesse im Rahmen des gesellschaftlich determinierten Kenntniserwerbs befähigt werden“ (ebd.).

Rehabilitative Sinneserziehung: „Unter rehabilitativer Sinneserziehung wird die Ausbildung von Sinnesfunktionen bei physisch-psychisch Geschädigten als Grundlage für die Entwicklung geistiger Prozesse verstanden. Sie bezieht sich auf auditive, visuelle, taktile, vibratorische und kinästhetische Sinnesfunktionen einschließlich deren kognitiver Komponente“ (ebd.).

Rehabilitative Spracherziehung: „Unter rehabilitativer Spracherziehung ist eine spezifische Art der muttersprachlichen Erziehung zu verstehen, durch die physisch-psychisch Geschädigte zur Entwicklung der normgerechten sprachlichen Tätigkeit befähigt werden sollen“ (ebd.).

Rehabilitative Erziehung (Umerziehung): „Unter Umerziehung ist die Art der politisch-moralisch-sittlichen Erziehung zu verstehen, wodurch physisch-psychisch Geschädigte zur Entwicklung altersentsprechender und normgerechter sozialistischer Verhaltensweisen befähigt werden“ (ebd.).

Einflussnahme auf das Milieu: „Unter Einflussnahme auf das Milieu ist die Form der pädagogischen Aufklärung und Arbeit mit den Eltern, Miterziehern, Arbeitskollegen und allen Kommunikationspartnern zu verstehen, wodurch für physisch-psychisch Geschädigte Bedingungen geschaffen werden, die zu ihrer allseitigen Entwicklung und zu ihrer Rehabilitation beitragen“ (ebd.).

In der 1. Auflage des Lehrbuchs Rehabilitationspädagogik (Becker & Autorenkollektiv, 1979) wurden auch die rehabilitativen Methoden näher definiert. „Die Methode nimmt für die Gestaltung des pädagogischen wie des

rehabilitationspädagogischen Prozesses eine führende Stellung ein“ (ebd., S. 185). Spezielle Methoden (z. B. Unterrichtsmethoden, Methoden des Spiels, der Freizeitgestaltung u. a.) würden in ihrer Eigenständigkeit nicht berührt oder gar infrage gestellt. Die allgemeinen rehabilitativen Methoden ließen sich als Methoden einer übergeordneten Abstraktionsstufe erst über diese spezifischen Methoden verwirklichen (ebd. S. 188). Die rehabilitative Absicht verwirkliche sich im Bildungs- und Erziehungsprozess.

Weil die Äußerungsweisen der Lernbehinderung nach fünf Kategorien unterschieden würden und die rehabilitative Arbeit nur über Teilziele erreicht werden könne, wurden von dem Kollektiv um Becker mehrere Methoden bestimmt, die in einer gewissen Beziehung zu den Kategorien der Äußerungsweisen der Lernbehinderung stehen (ebd., S. 188). „Diese Äußerungsweisen der Lernbehinderung beziehen sich auf die Fähigkeit zur Ausführung altersgerechter Tätigkeiten in den verschiedenen Äußerungsbereichen der Lernbehinderung, die wesentlichen Persönlichkeitsbereichen entsprechen“ (ebd., S. 188 ff.).

„Die allgemeinen rehabilitativen Methoden nehmen in der Regel jeweils auf eine dieser Kategorien der Lernbehinderung Bezug und weisen den Weg zu ihrer Beseitigung oder Minderung“ (ebd., S. 192). Jede erkannte Äußerungsweise der Lernbehinderung korrespondiere primär mit einer allgemeinen rehabilitativen Methode (ebd.).

Im Folgenden wurden die einzelnen Methoden mit der Schrittfolge ihrer jeweiligen Operationen erläutert.

- Ausnutzung: Schrittfolge von Operationen zur Anknüpfung an andersartig ausgeführte Tätigkeiten und deren systematische Verwendung für die weitere Fähigkeitsentwicklung,

- Korrektur: Schrittfolge von Operationen zur Beseitigung von Störungen, Aktivierung funktioneller Reserven: Schrittfolge von Operationen zum Aufholen von Retardationen oder zur Minderung von Abweichungen,
- Kompensation: Schrittfolge von Operationen zur Überführung von Abweichungen in Andersartigkeiten,
- Stützung: Schrittfolge von Operationen zur Erhaltung eines einmal erreichten Fähigkeitsniveaus (ebd., S. 192).

Die aufgeführten rehabilitativen Methoden würden sich laut Becker und Autorenkollektiv als akzentuiertes rehabilitationspädagogisches Vorgehen auf die Entwicklung solcher Funktionen und Fähigkeiten richten, welche sich infolge fehlender oder mangelhafter biologischer Bedingungen auf dem üblichen Wege nicht oder fehlerhaft entwickeln, aber für die Persönlichkeitsentwicklung entscheidende Konstituierende sind. Durch die allgemeinen rehabilitativen Methoden würden entsprechend der rehabilitationspädagogischen Theorie die biologischen Mängel primär nicht beeinflusst, es würde aber dennoch die Lernbehinderung verhütet, beseitigt oder gemindert.

Schließlich erfolgte eine Konkretisierung den rehabilitationspädagogischen Prozess betreffend. „Der rehabilitationspädagogische Prozess ist als komplexer, auf die sozialistische Bildung, Erziehung und Rehabilitation gerichteter pädagogischer Prozess derart zu gestalten, dass dabei die existente Lernbehinderung der physisch-psychisch Geschädigten beseitigt oder wenigstens gemindert, ihre Ausweitung verhütet wird. ... Dieses Prinzip ist insofern ideologierelevant, als es sich auf Bedingungen innerhalb der sozialistischen Gesellschaftsform bezieht. Es repräsentiert eine sehr hohe Abstraktionsstufe [...]“ (ebd. S. 193).

Bis dahin hatte das Kollektiv um Becker eine Kategorisierung abgelehnt, wie folgendem Zitat zu entnehmen ist: „Dabei treten wir entschieden jedem Versuch zur Typisierung Geschädigter entgegen“ (Artikel 30 Jahre, 1979, S. 162). Nun erfolgte im weiteren Textverlauf jedoch eine Einteilung der „physisch-psychisch Geschädigten“ unter pädagogisch-institutionellem Aspekt: Blinde und Sehschwache (Sehgeschädigte), Gehörlose und Schwerhörige (Hörgeschädigte), schulbildungsfähige Schwachsinnige, schulbildungsunfähige förderungsfähige Schwachinnige, Sprachgestörte, Körperbehinderte und Verhaltensgestörte (ebd., S. 231).

Auf der 6. Plenartagung der Akademie der Pädagogischen Wissenschaften der DDR am 13. Oktober 1982 in Berlin referierte Becker über die Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung (siehe Becker, 1983). Eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung sei eine spezifische Widerspruchslage, in welcher sich „ein Kind oder Jugendlicher befindet und die derjenige weder allein noch unter den üblichen sozialen Bedingungen, besonders den pädagogischen, entwicklungsförderlich lösen kann“ (ebd., S. 324).

„Im Sinne Wygotskis Konzeption über die Gesetzmäßigkeit der Wechselbeziehungen zwischen Entwicklung und Bildung ist die Spanne von der ‚Stufe der aktuellen Entwicklung‘ bis zur Stufe der nächsten Entwicklung, von ihm als ‚Zone der nächstfolgenden Entwicklung‘ bezeichnet, bei Geschädigten zunächst unüberbrückbar groß“ (ebd., S. 324 f.). Im Wesentlichen gebe es dafür drei ursächliche Bedingungen und deren negativen Wechselbeziehungen untereinander: erstens die mangelhaften biologischen Voraussetzungen in unterschiedlichen Arten und Graden, zweitens den Zeitpunkt des Eintretens des biologischen Mangels in Beziehung zu dem aktuellen Entwicklungsniveau und der Struktur der Persönlichkeit,

drittens die sozialen Entwicklungsbedingungen, wenn sie in Bezug auf die Art und den Grad eines biologischen Mangels sowie auf das aktuelle Entwicklungsniveau und die Persönlichkeitsentwicklung inadäquat abgestimmt seien (ebd., S. 325).

„Je nach dem Gewicht der einzelnen ursächlichen Bedingungen und der Wechselbeziehungen, die sie eingehen, entsteht eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung mehr oder minder schnell, mehr oder minder ausgeprägt. Ist der biologische Mangel gravierend und gilt er nach dem derzeitigen Erkenntnisstand der Medizin als irreparabel – chronische oder langfristige Erkrankungen werden dem gleichgestellt –, so ist mit der Ausbildung einer physisch-psychischen Schädigung zu rechnen“ (ebd., S. 325).

„Die physisch-psychische Schädigung entspricht in der Defektologie der Entwicklungsanomalie“ (ebd., S. 325).

Becker wies im Folgenden zum ersten Mal auf eine Reihe von terminologischen Problemen hin, welche sich zum Beispiel durch das Handbuch der Weltgesundheitsorganisation „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ aufwerfen würden (ebd., S. 325). Es wurde ausgeführt, dass biologische Mängel zu erkennen und Maßnahmen einzuleiten, um die Ausprägung einer physisch-psychischen Schädigung zu verhindern, primäre Prävention sei (ebd., S. 325).

Die Führung des pädagogischen Prozesses erfordere speziell bei Kindern mit Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsentwicklung eine prozessimmanente Diagnostik. Die Gründe für Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung wurden nun mittels ausgewählter pädagogisch bedeutsamer konstanter Merkmale (Bewegung, Sinneswahrnehmung, Denken/Gedächtnis, Sprache und Emotionen unter dem Aspekt des Leistungs- und Sozialverhaltens) beschrieben. „Diese Invarianten lassen sich nach dem

erreichten Fähigkeitsniveau beurteilen und im komplexen pädagogischen Prozess zielgerichtet beeinflussen und entwickeln“ (ebd., S. 326).

Der Wirkungsbereich „Einwirkung auf das soziale Milieu“ wurde dann von Becker weiter im Text konkretisiert. „Wenn die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen maßgeblich von den sozialen Umständen determiniert wird, unter denen sie verläuft, dann erfordern diese natürlich erst recht bei auftretenden Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung die gebührende Aufmerksamkeit. Dazu zählen die gesellschaftlichen Verhältnisse im weiteren Sinne“ (ebd., S. 327).

„Da die individuelle Auseinandersetzung eines Individuums mit seiner gesellschaftlichen und natürlichen Umwelt im sozialen Tätigsein erfolgt, die Aneignung der gesellschaftlichen Erfahrung und die eigene Vergegenständlichung innerhalb sozialer Mikrostrukturen unter variierenden Bedingungen, mit verschiedenartigen traditionell beeinflussten Normen und Stilen stattfindet, müssen wir uns diesen sozialen Mikrostrukturen spezifisch zuwenden. Im Unterschied zu den gesellschaftlichen Verhältnissen [...] [Makrostrukturen M. H.] [...] sprechen wir vom sozialen Milieu, in dem ein Kind oder ein Jugendlicher heranwächst“ (ebd., S. 327). „Dieses soziale Milieu mit seinen unterschiedlichen Situationen bietet ein breites Feld für entwicklungsförderliche, aber auch entwicklungshinderliche Einflüsse“ (ebd., S. 327).

Es „ [...] ergibt sich, dass die theoretische Voraussetzung für die Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung in der ausgewogenen Wichtung und dialektischen Betrachtung von biologischen Entwicklungsvoraussetzungen und sozialen Entwicklungsbedingungen sowie in dem Verständnis für die Entstehung und Wirkungsweise funktionaler Hirnsysteme liegt“ (ebd., S. 327). Becker führte

als Grundlage für diese Aussage Untersuchungen von Göllnitz („hirnorganisches Achsensyndrom“), Schmidt („Zusammenhang zwischen biologischen Risiken des Hirnschadens und sozialen Risiken der kindlichen Umwelt“) und Teichmann u. a. („chronisches Psychosyndrom“) an (ebd., S. 327). Teichmann u. a. hätten die Existenz eines chronischen Psychosyndroms nachgewiesen und zwei Wesensmerkmale dreier Bereiche, welche sich mit den Wesensmerkmalen einer Lernbehinderung decken, bestimmt. „Die psychischen Auffälligkeiten gruppieren sich als Retardierungen und Störungen um drei Bereiche: 1. Niveausenkung der intellektuellen Informationsverarbeitung, 2. Steuerungsschwäche der Person-Umwelt-Beziehungen, 3. Störungen der vegetativen Regulation“ (Zitat von Becker, ebd., S. 327).

„Wir verdanken Setschenow, Pawlow, Uchtowski u. a. die Erkenntnis, dass verschiedene Teile des Nervensystems im Prozess der Kommunikation und gegenständlichen Tätigkeit des Kindes miteinander in Beziehung treten, eine Struktur ausbilden und auf diese Weise zum Träger höherer psychischer Funktionen werden“ (ebd., S. 328). „Nach A. R. Luria stellen die höheren psychischen Funktionen des Menschen komplizierte reflektorische Prozesse dar, die hinsichtlich ihres Ursprungs sozial, hinsichtlich ihrer Struktur mittelbar und hinsichtlich ihrer Funktionsweise willkürlich sind“ (Luria zit. n. ebd., S. 328).

„Die Bedeutung dieser Erkenntnisse für die Pädagogik besteht einerseits darin, dass von der Qualität der Gestaltung des sozialen Tätigseins die Ausbildung dieser funktionalen Hirnsysteme prinzipiell abhängt, und andererseits, dass schadhafte oder gar ausgefallene Rindenzonen durch eine adäquate Gestaltung des sozialen Tätigsein ihre Funktion erlangen oder durch andere ersetzt werden können. Natürlich hängt es auch von der Art und dem

Grad des biologischen Mangels ab, inwieweit entwicklungsfähiges hirnorganisches Substrat noch vorhanden ist“ (ebd., S. 328).

Laut Becker konnten Bergmann und Siek in einer Langzeituntersuchung an Risikokindern nachweisen, dass mit dem Persistieren pathologischer Syndrome bei Säuglingen über den fünften Lebensstag hinaus unter anderem mit einem verzögerten Aufbau funktionaler Hirnsysteme zu rechnen sei (ebd., S. 328). [Wobei es nach Anochin darum ging, dass Hirnfunktionen umgestaltet werden können, unabhängig von den normalen oder pathologisch-verzögerten Bedingungen. M. H.].

Becker erwähnte dann zum Ende seines Referats auf der 6. Plenartagung der Akademie der Pädagogischen Wissenschaften der DDR in Berlin (Becker, 1983) die unter seiner Leitung stehende Forschungsgruppe „Entwicklungsdynamik“. Bei der Kennzeichnung und Häufigkeitsbestimmung „physisch-psychisch geschädigter Kinder“ seien drei Gruppen geclustert worden – besonders entwicklungsauffällig, sehr entwicklungsauffällig und weniger entwicklungsauffällig. Eine weitere Ausführung erfolgte nicht.

Im Jahr 1984 erschien die 2. Auflage des Lehrbuchs Rehabilitationspädagogik (Becker & Autorenkollektiv, 1984). Die bearbeitete und erweiterte Auflage enthielt neben begrifflichen Konkretisierungen v. a. ideologische Abhandlungen. Konkretisiert wurden die Bestimmungen der rehabilitativen Methoden. Die Art und Weise der Vermittlung zwischen dem aktuellen Ausprägungsgrad der physisch-psychischen Schädigung sowie der Lernbehinderung und der rehabilitativen Absicht, d. h. der Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Schädigung/Lernbehinderung, hätten die rehabilitativen Methoden abzubilden.

Ebenso kam ein neues Kapitel 3.1 hinzu bzgl. des Wesens der physisch-psychischen Schädigung. Unter einer physisch-psychischen Schädigung würde demnach nun eine permanente Widerspruchslage eines Menschen verstanden, die er weder allein noch unter den üblichen sozialen Bedingungen, besonders auch pädagogischen, entwicklungsförderlich lösen könne (ebd., S. 122).

Maßnahmen, die bei einem aufgetretenen biologischen Mangel auf die Verhütung einer physisch-psychischen Schädigung abzielen würden, entsprächen der sekundären Prävention. „Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass eine physisch-psychische Schädigung die Persönlichkeit in ihrer Komplexität betrifft und einen spezifischen Persönlichkeitszustand charakterisiert“ (ebd., S. 122 f.).

Ausführlicher wurde auf die 1980 von der Weltgesundheitsorganisation vorgelegte ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) eingegangen. Es erfolgten Hinweise darauf, dass sich die WHO um eine terminologische Abstimmung bemühe (ebd., S. 123). Die terminologischen Vorschläge unterschieden sich schon in der deutschen Übersetzung von der rehabilitationspädagogischen Fachsprache. Die deutschsprachigen Übersetzungsvorschläge lauteten: internationale Klassifikation von Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen. Nach Auffassung von Becker und Autorenkollektiv könnte Schädigung vielleicht noch mit biologischem Mangel gleichzusetzen sein und Behinderung mit physisch-psychischer Schädigung. Sie würden aber darauf hinweisen, dass sich Beeinträchtigung nicht ohne größere Schwierigkeiten zuordnen lasse, weil dabei ein theoretisches Problem offenkundig würde (ebd., S. 123).

Die Verfasser der Klassifikation der ICDH definierten die Begriffe folgendermaßen: Impairment: Eine Schädigung ist der Verlust oder die

Abnormität von psychologischer, physiologischer oder anatomischer Struktur oder Funktion; Disability: ist eine Einschränkung oder ein Fehlen (als Folge einer Schädigung) der Fähigkeit, eine Aktivität in der Art oder Weise auszuführen, die für Menschen als normal gilt; Handicap: ist der Nachteil für ein bestimmtes Individuum, der aus einer Schädigung oder einer Behinderung resultiert und denjenigen an der Ausführung einer für ihn normalen Rolle (hinsichtlich Alter, Geschlecht sowie sozialer und kultureller Faktoren) beschränkt oder hindert (ICF zit. n. ebd., S. 123).

„Betrachtet man diese drei Kategorien, so wird die Wechselbeziehung biologischer, sozialer und psychischer Faktoren schon bei der Beziehung von Schädigung und Behinderung nicht ausreichend berücksichtigt, noch offenkundiger in der Beziehung von Schädigung, Behinderung und Beeinträchtigung. Die Determination der Behinderung (disability) hängt entscheidend von sozialen Lebensbedingungen ab. Zum Beispiel kann ein Schaden des visuellen Analysators mit Sehbehinderung dank technischer Sehhilfen nahezu wirkungslos gemacht werden.

Zur Voraussetzung gehört allerdings die gesellschaftliche Bereitstellung von entsprechenden Hilfsmitteln. Derartige Vorkehrungen kommen keineswegs in allen Ländern allen Bedürftigen zugute, so dass Behinderungen dieser Art abhängig von dem Gesellschaftssystem auftreten und daraus resultierende Beeinträchtigungen bereits an der Verursachung der Behinderung, womöglich schon der Schädigung, beteiligt waren. Im Begriff der physisch-psychischen Schädigung haben wir versucht, diese Dialektik umfassend zu berücksichtigen“ (ebd., S. 123).

Becker und Autorenkollektiv wiesen darauf hin, dass die dominierende Rolle, die die sozialen Entwicklungsbedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung spielten, keineswegs die Bedeutung der biologischen

Entwicklungsvoraussetzungen schmälern oder negieren sollte (ebd., S. 124). Die Kennzeichnung „physisch-psychisch Geschädigter“ dürfe, wie weiter ausgeführt, auch den biologischen Sachverhalt nicht außer Acht lassen. Dafür sei das nervale Kommunikationssystem ausgewählt worden. Physisch-psychische Schädigungen würden immer zu Auffälligkeiten im nervalen Kommunikationssystem führen. Es folgte eine ausführliche Darstellung neurobiologischer Grundlagen (ebd., S. 124 ff.).

Konzeptionell wurden die Äußerungsweisen der Lernbehinderung nun vom Kollektiv um Becker nach sechs Kategorien unterschieden. Neben Andersartigkeit, Störung, Retardation, Abweichung und Zerfall kam als sechste Kategorie die Gefährdung hinzu. Gefährdung bedeute bedrohte Fähigkeiten, um Tätigkeiten altersgerecht auszuführen. Die Lernarten wurden begrifflich in Lernweisen umbenannt. „Um von den Äußerungsbereichen und -weisen der Lernbehinderung zu ihrem Wesen vorzudringen und damit Anhaltspunkte für ihre nähere Kennzeichnung und damit für die Bestimmung von Entwicklungsarten zu erhalten, ist es unumgänglich, Lernweisen, Eigenschaften von Lernvollzügen, Lernziele und -inhalte und innere Bedingungen (Wirkkomponenten) zu unterscheiden.

Dem Vorhaben, Lernweisen und ihre Eigenschaften abzuhandeln, stellen sich jedoch Hindernisse entgegen. In der umfangreichen lerntheoretischen und pädagogisch-psychologischen Literatur findet sich eine Vielfalt von Ansatzpunkten, unterschiedlichen Interpretationen, Einteilungen, Gruppierungen und Auffassungen, die ein solches Vorhaben sehr erschweren. Außerdem gestattet es der gegenwärtige Stand der Lerntheorie noch nicht, alle Anforderungen der pädagogischen Praxis zu erfüllen“ (ebd., S. 180).

Bei den rehabilitativen Methoden wurde nun die Schrittfolge von Operationen bei der Methode Aktivierung funktioneller Reserven um das Kriterium

„Abwehr von Gefährdungen“ ergänzt (ebd., S. 342). Sie lautete nun „zur Abwehr von Gefährdungen, zum Aufholen von Retardationen oder zur Minderung von Abweichungen“ (ebd.).

Becker und Autorenkollektiv beschrieben im Folgenden das Verhältnis der allgemeinen Pädagogik und der Rehabilitationspädagogik. Den Ausschnitt aus der Realität, den die allgemeine Pädagogik abbilde, sei das erzieherische Verhältnis. Die Rehabilitationspädagogik in der DDR beziehe das erzieherische Verhältnis auf „physisch-psychisch geschädigte Menschen“, mit der Absicht zur Persönlichkeitsentwicklung und deren Realisierung (ebd., S. 239). Es gelte das spezifische Bedingungsgefüge des erzieherischen Verhältnisses in der Synthese von erzieherischer und rehabilitativer Wirkung (ebd.). „Diese Spezifik erfasst keine andere Disziplin der Pädagogik, weder in Theorie noch in Praxis. Deshalb wird die Rehabilitationspädagogik folgerichtig als eine pädagogische Wissenschaft angesehen, die sich im Prinzip nach dem gleichen Klassifikationsschema wie die Pädagogik gliedern lässt“ (ebd., S. 239).

Es wurde dann im Text eine Klassifikation der Pädagogik nach institutionsbezogenen Disziplinen (z. B. Vorschulpädagogik oder Hochschulpädagogik), nach Altersgruppen der Lernenden (z. B. Kleinkindpädagogik oder Erwachsenenpädagogik) und nach wissenschaftslogischen Aspekten (z. B. Grundlagen der Pädagogik oder Didaktik) aufgeführt (ebd., S. 231 f.).

„Der Begriff physisch-psychisch Geschädigte vereinigt als Oberbegriff hoher Abstraktionsstufe verschiedene Gruppen von physisch-psychisch Geschädigten, die nach dem dominanten Äußerungsbereich, der Lernbehinderung/Schädigung benannt werden (z. B. Sehgeschädigte)“ (ebd., S. 240). „Jede Lernbehinderung wie jede physisch-psychische Schädigung repräsentieren eine Widerspruchslage, die sich als nicht

entwicklungsförderlich erweist und in eine dauernde Konfliktlage umschlägt. Es bestehe eine Konstellation von mangelhaften biologischen Entwicklungsvoraussetzungen und dafür inadäquaten sozialen Entwicklungsbedingungen bei einem schädigungsdisponierenden Entwicklungsniveau der Persönlichkeit. Die Konstellation gelte auch in ihrer Umkehrung, d. h., wenn lange Zeit wirkende, unangemessene soziale Entwicklungsbedingungen (Über- oder Unterforderung) auf biologische Entwicklungsvoraussetzungen mit Mangeldispositionen und auf instabile Persönlichkeitsstrukturen treffen“ (ebd., S. 243).

„Die Symptome solcher sich ausbildender oder wirkender Konstellationen, d. h. der Lernbehinderung und der physisch-psychischen Schädigung, werden mit dem Begriff der Auffälligkeit belegt. Die Auffälligkeiten, die der pathophysiologischen Wirkung biologischer Faktoren am nächsten stehen, tendieren bei inadäquaten sozialen Entwicklungsbedingungen zur Ausweitung auf andere Äußerungsbereiche der Lernbehinderung/Schädigung, d. h. sie führen zu einer Ausprägung dieser beiden Erscheinungen. Andererseits sind es allein die sozialen Entwicklungsbedingungen, die uns Rehabilitationspädagogen in die Lage versetzen, auf die Genese der Schädigung einen verhütenden, beseitigenden oder mindernden Einfluss auszuüben. Daraus ergeben sich die Anknüpfungspunkte für die Bestimmung weiterer rehabilitationspädagogischer Disziplinen“ (ebd., S. 243).

Die Lernbehinderung wirke sich auf die Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigend aus und führe zur physisch-psychischen Schädigung. „Eine einmal entstandene Schädigung geht immanent in die Lernbehinderung ein. Lernbehinderung und physisch-psychische Schädigung bedingen sich wie Prozess und Zustand auf fortlaufend veränderlichen Niveaustufen. Da die höheren psychischen Hirnfunktionen des Menschen ihr materielles Substrat

in den sog. funktionalen Hirnsystemen haben, die sich im Laufe der Individualentwicklung maßgeblich unter dem Einfluss des sozialen Tätigseins formieren, bietet allein das soziale Tätigsein den Ansatz für pädagogische Prozesse, selbst dann, wenn die individuellen biologischen Voraussetzungen für die Persönlichkeitsentwicklung mangelhaft sind. Obwohl die genannten Komponenten der menschlichen Tätigkeit immer zu einer Einheit verschmelzen, lässt sich die eine oder andere Komponente aspekthaft hervorheben und zum bevorzugten Anknüpfungspunkt pädagogischer Prozesse machen. Das erscheint insbesondere dann gerechtfertigt, wenn bereits infolge einer Lernbehinderung wie einer Schädigung die Herausbildung der individuellen Grundlagen für die Entwicklung sozialistischer Persönlichkeiten gefährdet wird. Die Erfassung der individuellen Voraussetzungen von Lernbehinderten, der Bedingungen sowie der erzieherischen Mittel und Methoden zur Entwicklung altersgerechter Bewegungen, Sinnes-, Denk- und Gedächtnistätigkeit, Sprachtätigkeit und Emotionen nach den Gesichtspunkten des Leistungs- und Sozialverhaltens kann auf diese Weise zum Realbereich rehabilitationspädagogischer Disziplinen werden“ (ebd., S. 243 f.).

Es erfolgte die Umbenennung der Wirkungsbereiche in Disziplinen der Rehabilitationspädagogik (ebd., S. 239). „Bei diesen Disziplinen handelt es sich um Subkategorien der Erziehung im weiteren Sinne. Das Bestimmungswort rehabilitativ bringe die rehabilitationspädagogische Absicht zum Ausdruck, die jeweils wirkende Lernbehinderung und bestehende Schädigung zu beseitigen, zu mindern sowie vollkommen oder wenigstens deren Ausweitung zu verhüten“ (ebd., S. 244). Die Äußerungsweise Sozialverhalten wurde in Emotionen und der Wirkungsbereich rehabilitative Erziehung/Umerziehung in rehabilitative Gefühlserziehung umbenannt (ebd., S. 239 ff., S. 329).

Das Kollektiv um Becker nahm nun im Weiteren eine innere Gliederung jeder Disziplin der Rehabilitationspädagogik in der DDR vor, bezogen auf Gegenstand, Ziele, Stoff, Organisationsform und didaktisch-methodische Hinweise.

### 1. Rehabilitative Bewegungserziehung:

Gegenstand: Rehabilitative Bewegungserziehung setzt laut Becker an der Bewegungstätigkeit an, entwickelt und vervollkommnet sie, „indem Bewegungsfertigkeiten ausgebildet werden, die für das selbständige Leben des Kindes, für seine Kommunikation, für Spiel und Arbeit erforderlich sind. Im Zusammenhang damit wird der motorische Lernprozess von der Grobkoordination über die Feinkoordination zur Stabilisierung und freien Verfügbarkeit wesentlicher Bewegungsfertigkeiten geführt“ (ebd., S. 245).

Ziele: Motorische Rückstände / Retardationen können demnach aufgeholt, motorische Störungen beseitigt oder gemindert werden, falsche Bewegungsmuster beseitigt, gelöscht oder abgebaut werden, verbliebene motorische Möglichkeiten gestützt und ausgefallene Funktionen kompensiert werden (ebd., S. 246).

Stoff: Zur Bestimmung des Stoffes würden so Becker und Autorenkollektiv, grundlegende Bewegungsfertigkeiten ausgewählt. „Es sind dies das Gehen und Hüpfen, das Laufen und Springen sowie das Greifen, Werfen und Fangen“ (ebd., S. 247). Hinzu komme die Entwicklung der Bewegungskoordination (ebd.).

### 2. Rehabilitative Sinneserziehung

Gegenstand: „Die Wahrnehmung der objektiven Realität und die Kontrolle der Tätigkeit des Organismus sind an Sinnesorgane gebunden“ (ebd., S. 251). Es gehe um die Analysatoren, Einschränkungen der Leistungsfähigkeit eines

Analysators und die Störung des Systems der Analysatoren. „Bei den Geschädigten verläuft der Entwicklungsprozess des Systems der Analysatoren auf Grund von Schäden oder Funktionsstörungen einzelner Analysatoren andersartig als beim Normalen oder auf Grund der zentralen Verarbeitungsschwäche im Tempo verzögert. In diesen Fällen wird rehabilitative Sinneserziehung betrieben [...]“ (ebd., S. 251 f).

Ziele: Becker und Autorenkollektiv zählten folgende Analysatoren auf: auditive, visuelle, motorische Analysatoren sowie gnostische Funktionen. „Bei Sprachgeschädigten zielt die Sinneserziehung auf die maximale Ausnutzung aller perzipierbaren Zeichen im Sinne der Zeichenerkennung und -verarbeitung ab, so dass Sprachverständnis und die auditive, visuelle sowie kinästhetische Kontrolle der eigenen sprachlichen Tätigkeit ermöglicht werden“ (ebd., S. 252).

Stoff: Zum Teil wurde das Ziel der Hörerziehung formuliert, weitere Ausführungen erfolgten nicht.

### 3. Rehabilitative Denkerziehung

Gegenstand: Hier nannte das Kollektiv um Becker das kognitionsfunktionale System, Wahrnehmungen, die wechselseitigen Beziehungen zwischen Denken und Sprache, Gedächtnis und kognitive Motorik/Psychomotorik (ebd., S. 255 ff.).

Ziele: Es gehe darum, das kognitionsfunktionale System systematisch zu entwickeln und ein hohes Bildungsniveau für jeden Bürger zu erlangen. So sollten speziell Rückstände auf diesem Gebiet aufgeholt, Störungen korrigiert, entwickelbare Potenzen von Abweichung voll genutzt, Andersartigkeiten als kompensatorische Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgebildet, Regressionen vermieden und der Zerfall von Potenzen des kognitionsfunktionalen Systems

aufgehalten werden (ebd., S. 261). Ausfälle der Wahrnehmungstätigkeit sollten durch die Ausbildung höherer psychischer Funktionen der Kognition so weit wie möglich ausgeglichen und in ihrer Auswirkung gemindert werden (ebd.).

Stoff: Es wurde exemplarisch die Begriffsbildung erläutert.

#### 4. Rehabilitative Spracherziehung

Gegenstand: Als solchen definierten Becker und Autorenkollektiv Sprachauffälligkeiten von „physisch-psychisch Geschädigten“ (ebd., S. 268). Die rehabilitative Spracherziehung nehme die Stellung eines Wirkungsprinzips ein (ebd., S. 268).

Ziele: Das Kollektiv um Becker nannte die muttersprachliche Bildung und Erziehung „physisch-psychisch Geschädigter“ unter dem Aspekt der Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Sprachauffälligkeiten als Ziele sowie die Entwicklung der rezeptiven und produktiven Sprachfähigkeit, der mündlichen Kommunikation (dialogisches und monologisches Sprechen) und des Lesen- und Schreiben-Könnens.

Stoff: Die Auswahl des Stoffs bezog sich auf verschiedene Sprachebenen: die phonologische Ebene, die lexikalische Ebene und die syntaktische Ebene.

#### 5. Rehabilitative Gefühlserziehung

Gegenstand: Becker und Autorenkollektiv untergliederten Gefühl als Gegenstand in Emotion, Gefühlsbewegung, Stimmungen, Affekte, Leidenschaften auf Basis von Temperamentseigenschaften und des Weiteren organische, gegenstandsbezogene, sozialbezogene und auf die eigene Person bezogene Gefühle (Selbstkonzept/Selbstbild). Beim „Geschädigten“ würden

Auffälligkeiten im emotional-volitiven Bereich in Erscheinung treten. Das Störungsbewusstsein sei gering ausgeprägt, auch die Konfliktbewältigung mangelhaft. „Es führt in der Regel zu allgemeinen und schädigungsspezifischen Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Rehabilitative Gefühlserziehung als emotional-volitve Erziehung „physisch-psychisch Geschädigter“ unter dem Aspekt der Beseitigung, Minderung oder Verhütung von emotionalen Auffälligkeiten [...]“ (ebd., S. 273).

Ziele: Laut dem Kollektiv um Becker würde die Herausbildung wertvoller Gefühls- und Willenseigenschaften entsprechend den Normen sozialistischer Moral und Ethik angestrebt sowie die Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins. Ebenso die Beseitigung, Minderung und/oder Verhütung von unangemessenem Störungsbewusstsein, emotional-affektiven Reaktions- und Verhaltensweisen „geschädigter Menschen“ auf schädigungsbezogene Fehlhaltungen ihrer sozialen Umwelt, um ihnen zu einem realen Fremdbild zu verhelfen, sowie die Entwicklung eines realen Selbstbildes (Selbstkonzeptes) der „Geschädigten“. Es gelte als Ziel für den „Geschädigten“, entstehende Konfliktsituationen erlebnismäßig zu verarbeiten und sich bewusst im Sinne der Selbsterziehung zu steuern (siehe ebd., S. 273).

Stoff: Hier wurden organische Gefühle genannt (Selbstbeherrschung, Selbstdisziplin, Stärkung des Willens), gegenstandsbezogene Gefühle (Freude am Lernen, an der Arbeit und am Schönen und Ästhetischen in Natur und Gesellschaft), sozial bezogene Gefühle (Fremdbild) und auf die eigene Person bezogene Gefühle (Selbstbild, Selbstkonzept, Selbstvertrauen) (ebd., S. 274 f.).

„Alle Wirkungsbereiche – unter dem Aspekt des Leistungs- und Sozialverhaltens – münden letztlich in den übergreifenden und umfassenden Bereich der rehabilitativen Verhaltenserziehung ein, welcher Umerziehung

mit einschließt. Ergänzend dazu wirkt Rehabilitative Gefühlserziehung auch im Rahmen der Einflussnahme auf das Milieu“ (ebd., S. 276).

Schließlich erfolgte unter der Federführung von Becker noch eine erweiterte Ausführung zur Organisation des rehabilitationspädagogischen Prozesses (ebd., S. 342). Im rehabilitationspädagogischen Prozess müsse die pädagogische Absicht um die rehabilitative integriert, erweitert und klug organisiert werden (ebd.). Becker und Autorenkollektiv zitieren dabei Babanski (1982) (in: Neuner, G., Drefenstedt, E. u. Babanski, J. K.: Der pädagogische Prozess – seine effektive und optimale Gestaltung. Entwurf des Kapitels 1.4. für die bearbeitete Auflage des deutsch-sowjetischen Gemeinschaftswerkes „Pädagogik“. Akademie der Pädagogischen Wissenschaften der DDR, Berlin, 1982). Folgende Glieder der Organisation des pädagogischen Prozesses wurden vom Kollektiv um Becker aufgeführt:

- Planung: Planung beinhalte die Kenntnis aller Elemente des rehabilitationspädagogischen Prozesses und ihre strukturelle Anordnung sowie die Fähigkeit zu einer Vorausschau, welche „zwischen dem schädigungsspezifischen Entwicklungsstand jedes einzelnen sowie der Lernkollektive und dem gesteckten Ziel in Raum und Zeit zu vermitteln vermag“ (Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 343),
- Realisierung des Plans des rehabilitationspädagogischen Prozesses: Hier sprach Becker von der eigentlichen pädagogischen Bewährung (ebd.),
- Steuerung: operative Steuerung der Tätigkeit aller, die am rehabilitationspädagogischen Prozess beteiligt seien (ebd.),
- Kontrolle: ständige, oftmals in einer Erziehungssituation intuitiv vorgenommene Verlaufskontrollen (ebd.),

- Analyse der Ergebnisse: in Abständen stattfindende Verlaufskontrollen, „die den Leistungs- und Entwicklungsstand der Lernenden ermitteln und in Beziehung zum Ziel analysieren (ebd.).

Der Verlaufskontrolle und der Ergebnisanalyse kämen laut Becker und Autorenkollektiv als Voraussetzungen für eine zielsichere Steuerung für die Realisierung eines effektiven rehabilitationspädagogischen Prozesses eine besondere Bedeutung zu (ebd., S. 343). Der Rehabilitationspädagoge müsse neben dem Überblick, „z. B. über die Lehrplanerfüllung, möglichst fortlaufend genaue Kenntnisse über die Veränderung der Struktur der Lernbehinderung und den Entwicklungsfortschritt jedes einzelnen haben“ (ebd., S. 343). „Die Organisation des rehabilitationspädagogischen Prozesses stellt ein Kontinuum der Abfolge jener Glieder dar, bis das Ziel über einen längeren Zeitraum erreicht ist“ (ebd.).

In seinem Beitrag auf der 23. Arbeitstagung der Dozenten für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern vom 2. bis 4. Oktober 1986 an der Universität Freiburg/Schweiz erwähnte Becker wieder die Forschungsgruppe „Entwicklungsdynamik“ (Becker, 1987, S. 49). Eine konzeptionelle theoretische Darstellung erfolgte nicht.

Im Buch „Pädagogische Rehabilitation Geschädigter in der DDR und in den USA – Ein Überblick“ aus dem Jahr 1987 konkretisierten Becker und Autorenkollektiv vereinzelt den Begriff Schädigung (Becker & Autorenkollektiv, 1987). „Im Verständnis der Rehabilitationspädagogik resultiert eine Schädigung wenigstens aus drei Faktoren: Es sind dies:

1. Ein Biologischer Mangel, der z. B. mit klinischen oder medizintechnischen Mitteln irreparabel ist,
2. Die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen zu dem Zeitpunkt, an dem der biologische Mangel aufgetreten ist.
3. Die

gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen ein Mensch aufwächst und sich zur Persönlichkeit entwickelt. Dabei kennzeichnen wir die gesellschaftlichen Verhältnisse einmal als allgemeine soziale Entwicklungsbedingungen. Sie gelten für alle Menschen, die im Bereich einer ökonomischen Gesellschaft leben. Zum anderen sind damit die unmittelbaren sozialen Beziehungen gemeint, die ein Mensch in seinem Leben eingeht. Wir sprechen dann auch vom sozialen Milieu“ (Becker, 1987, S. 37).

Becker führte weiter aus, dass ein biologischer Mangel für eine physisch-psychische Schädigung eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung darstelle. Eine physisch-psychische Schädigung betreffe den Zustand der Persönlichkeit, ein biologischer Mangel nur die biologischen Entwicklungsvoraussetzungen. Für die Persönlichkeitsentwicklung spielten die sozialen Entwicklungsbedingungen die dominierende, determinierende Rolle (ebd.). Das Konstrukt der Lernbehinderung wurde hier nicht erwähnt.

Weiterhin wurde im Buch erwähnt, dass der konzeptionelle Versuch der WHO weiterer Qualifizierung bedürfe (ebd., S. 39). Ansonsten spezifizierte das Kollektiv um Becker, eine „Rehabilitationspädagogische Bedürftigkeit liegt nur dann vor, wenn die negativen Auswirkungen eines biologischen Schadens durch medizinische und / oder technische Mittel allein nicht unwirksam gemacht werden können“ (ebd.).

In der 6. überarbeiteten Auflage „Grundlagen der Rehabilitation“ (Renker & Renker) von 1988 schrieb Becker ein Kapitel zur pädagogischen Rehabilitation. „Im Begriff der Rehabilitation spiegelt sich die durch alle beteiligten Berufsgruppen zu verwirklichende einheitliche Konzeption für die Diagnostik, die Therapie, die Bildung und Erziehung und die soziale Integration wider“ (1988, S. 21). Die Komponente der pädagogischen Rehabilitation würde dann wirksam, wenn Missbildungen, Organschäden usw. weder mit medizinischen

noch mit technischen oder psychosozialen Mitteln unwirksam gemacht werden könnten (ebd.). Die Rehabilitationspädagogik fasse die Vielzahl dieser Zustände unter dem Oberbegriff biologischer Mangel zusammen. „Ein derartiger biologischer Mangel führt, abhängig von seiner Art, seinem Grad und seinem altersbezogenen Auftreten, als Komponente der inneren Bedingungen eines Menschen zu einer entwicklungsbehindernden Widerspruchslage, wenn die sozialen Entwicklungsbedingungen im Hinblick auf den jeweiligen Schaden inadäquat sind. Die Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen wird nachhaltig beeinträchtigt und ihre soziale Wirksamkeit behindert. Dieser Vorgang führt zur physisch-psychischen Schädigung, die – einmal entstanden – ihrerseits zur Ausweitung auf alle Persönlichkeitsbereiche tendiert“ (ebd., S. 22).

Diese entwicklungsbehindernde Widerspruchslage solle durch den pädagogischen Anteil an der komplexen Rehabilitation gelöst werden. „Im besten Falle gelingt es, die Entstehung einer physisch-psychischen Schädigung, wenigstens ihre Ausweitung, zu verhüten. Gelingt dies nicht, so besteht die wesentliche Aufgabe darin, die entstandene Schädigung zu beseitigen, oder, wie das in einigen Schädigungsgruppen der Fall ist, zu mindern“ (ebd.). „Auf diese Weise wird pädagogische Rehabilitation als eine spezifische Qualität der Bildungs- und Erziehungsprozesse zur notwendigen sozialen Bedingung für die Entwicklung Geschädigter zu allseitig gebildeten sozialistischen Persönlichkeiten“ (ebd.).

Dann präziserte Becker die Definition der Rehabilitation: „Rehabilitation ist die zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektives in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeiten geschädigter Menschen,

aktiv am produktiven wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und familiären Leben der Gesellschaft teilnehmen zu können“ (ebd.).

„Von rehabilitationspädagogischer Bedürftigkeit wird gesprochen, wenn infolge eines biologischen Mangels bei einem Menschen eine physisch-psychische Schädigung zu entstehen droht oder entsteht, die seine Persönlichkeitsentwicklung und soziale Wirksamkeit behindert. Diese Behinderung erlangt ein solches Ausmaß, dass gesellschaftliche Normen ohne spezifisch gestaltete vermittelnde pädagogische Hilfe nicht erreicht und Widersprüche nicht entwicklungsfördernd gelöst werden können. Das schließt ein, dass andere rehabilitative Maßnahmen, z. B. Verordnung technischer Hilfsmittel, chirurgische Eingriffe, Einsatz von Prothesen u. a., nicht allein ausreichen, um einen biologischen Mangel sozial unwirksam zu machen“ (ebd., S. 31).

„Der rehabilitationspädagogische Bedürftigkeitsgrad kann sehr unterschiedlich sein, bezieht man ihn auf Dauer und Art der rehabilitationspädagogischen Maßnahmen. Er ist abhängig von der Art der physisch-psychischen Schädigung und ihrem Ausprägungsgrad, der von Individuum zu Individuum sehr variieren kann. Der Grad der rehabilitationspädagogischen Bedürftigkeit ist schließlich abhängig davon, ob die Schädigung bereits eingetreten ist oder noch verhütet werden kann. Die Bedürftigkeit kann sich z. B. auf eine ambulante Früherziehung beschränken, in einem anderen Falle den Besuch einer Sonderschule erfordern, möglicherweise eine ambulante pädagogische Nachsorge verlangen oder auch eine Förderung und Betreuung über das gesamte Leben nötig machen“ (ebd.). Das Konstrukt der Lernbehinderung wurde nicht erwähnt.

Im Artikel von 1989a „Idee und Wirklichkeit – Forschungskoooperation sozialistischer Länder zur Entwicklung einer Vergleichenden Fachencyklopädie

auf dem Gebiet der Pädagogik Geschädigter“ ging Becker nicht mehr auf die Konzeption der Rehabilitationspädagogik in der DDR ein (Becker, 1989a). In seinem Beitrag 1989b berichtete Becker über die „Entwicklung der Rehabilitationspädagogik im Ensemble der Wissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin“ (Becker, 1989b). Hier erläuterte er die Phasen der Wissenschaftsentwicklung der sozialistischen Rehabilitationspädagogik. Eine Erweiterung oder eine Änderung des theoretischen Konzepts erfolgte nicht mehr.

Als letzte Publikation von Becker und Autorenkollektiv bis zur deutschen Einheit 1990 erschien die „Entwicklungsdynamik drei- bis neunjähriger Kinder“ im Verlag Gesundheit GmbH Berlin. Darin sprach das Kollektiv um Becker von interdisziplinären Untersuchungen, welche bis in die Jahre 1979 bis 1987 zurückreichen würden. Anlass für die Untersuchungen seien 1976 Anforderungen an Aussagen über die voraussichtliche Entwicklung physisch-psychischer Schädigungen gewesen bzw. an die Ermittlung prognostischer Angaben über die Häufigkeit „physisch-psychisch geschädigter Kinder“ (Becker & Autorenkollektiv, 1991).

Eine Besonderheit der Studie sei gewesen, dass sich die repräsentative Zufallsstichprobe einer Altersklasse der Bevölkerung z. B. nicht an Institutionen orientiert habe. (ebd., S. 11). Die Publikation möge einen Impuls für den fortführenden produktiven Meinungsstreit über die Humanontogenetik geben sowie Hilfe sein, um praktische Probleme zu lösen (ebd., S. 12).

In der Beschreibung des Anliegens der Längsschnittstudie ging es um biotische Mängel, Krankheiten, aber auch darum, dass „bei Entstehung und Fortbestehen einer physisch-psychischen Schädigung nicht allein biotische, sondern auch psychische und soziale Einflüsse in einem sich wechselseitig

bedingenden Zusammenhang beteiligt sind“ (ebd., S. 23). Eine Diskussion der Ergebnisse der Längsschnittstudie und eine Ableitung ihrer Auswirkungen auf die Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik in der DDR erfolgte durch Becker und Autorenkollektiv in der Publikation nicht.

- Kategorielle Herausarbeitung der manifesten Inhalte und der spezifischen Fachsprache der Rehabilitationspädagogik in der DDR mit Stand 1990:

- Theoriemodell: Es erfolgte eine Vertiefung der ideologischen Position. Der Marxismus-Leninismus und der Sozialismus seien sowohl das theoretische und ideologische Fundament als auch die methodologische Basis für die Rehabilitationspädagogik in der DDR. Begrifflich wurden die zentralen Arbeitshypothesen in Bezugspunkte überführt und erweitert.

Als erster Bezugspunkt wurde bestimmt, dass das zentrale sozialistische Bildungs- und Erziehungsziel, die Erziehung und Bildung einer allseitigen sozialistischen Persönlichkeit, prinzipiell für alle Bürger der sozialistischen Gesellschaft gelten würde, sofern sie lernfähig seien. Die grundlegenden Verbindungen zur allgemeinen Pädagogik und deren Zentralziel seien auch für die Rehabilitationspädagogik gültig und für den rehabilitationspädagogischen Prozess eine bestimmende Größe.

Der zweite Bezugspunkt beziehe sich darauf, dass ein Mensch mit „physisch-psychischen Schädigungen“, aufgrund eines biologischen Mangels, welcher zu Behinderungen in der Persönlichkeitsentwicklung sowie zu Behinderung der Ausübung verschiedener Arten von Tätigkeiten führt, als lernbehindert gelte. Wenn das Wesen der Rehabilitationspädagogik in der Einheit von sozialistischer Bildung, Erziehung und der Verhütung, Minderung sowie der Beseitigung einer Lernbehinderung liege, dann müsse unter dem Einfluss der

rehabilitationspädagogischen Maßnahmen die Lernbehinderung quantitativ und qualitativ zu verändern sein.

Der dritte Bezugspunkt betreffe das Leontjew-Modell „System der funktionalen Organe“, die Theorie von Anochin sowie das nervale Kommunikationssystem. In Orientierung an Leontjews-Modell „System der funktionalen Organe“ seien diese dynamischen Systeme und Funktionen unabhängig vom biologischen Mangel rehabilitationspädagogisch nutzbar, da sie im Prozess der Aneignung der gesellschaftlichen Praxis erst aufgebaut würden. Nach Anochin könnten Hirnfunktionen umgestaltet werden, egal, ob unter normalen oder pathologischen Bedingungen. Der Aufbau solcher umgestalteter Hirnfunktionen könne durch rehabilitationspädagogische Maßnahmen erfolgen. Physisch-psychische Schädigungen würden immer zu Auffälligkeiten im nervalen Kommunikationssystem führen.

- Die Beschreibung des Begriffs physisch-psychische Schädigung wurde erweitert. Dabei wurde versucht, an dem biopsychosozialen Konstrukt Mensch anzuknüpfen. Eine physisch-psychische Schädigung sei eine permanente Widerspruchslage eines Menschen, die er weder allein noch unter den üblichen sozialen und pädagogischen Bedingungen entwicklungsförderlich lösen könne. Sie konstatiere einen auffälligen Zustand in der Persönlichkeitsentwicklung, der vorzugsweise unter dem Einfluss des biologischen Mangels und dafür inadäquater sozialer Entwicklungsbedingungen eingetreten sei.

Allgemeine soziale Bedingungen würden sich auf die gesellschaftlichen Verhältnisse, die unmittelbaren sozialen Beziehungen bzw. auf das soziale Milieu beziehen. Die physisch-psychische Schädigung sei gleichbedeutend mit einer veränderten subjektiven Widerspiegelung der objektiven Realität und Ausdruck einer Lernbehinderung.

Zwischen Lernbehinderung, biologischem Mangel, beeinträchtigter Persönlichkeitsentwicklung und physisch-psychischer Schädigung bestehe ein enger Zusammenhang. Solange der biologische Mangel und die dafür inadäquaten sozialen Bedingungen zu Widerspruchslagen führten, die nicht oder ungenügend entwicklungsfördernd gelöst werden könnten, bleibe der Lernvorgang erheblich behindert.

Das drücke sich ohne rehabilitationspädagogische Hilfe global in einer gestörten Wechselbeziehung zwischen der aktiven Auseinandersetzung des „physisch-psychisch Geschädigten“ mit der Gesellschaft und der natürlichen Umwelt aus, des Weiteren in der Störung in der sozialen Wirksamkeit oder in einer Differenz zur altersgemäßen Entwicklung der Persönlichkeit. Der Lernprozess und die Persönlichkeitsentwicklung würden in einem Zusammenhang mit dem dialektischen Wechselverhältnis von Biologischem, Sozialem und Psychischem stehen.

- Das Konzept der Lernbehinderung wurde weiter vertieft. Die aktive Aneignung der gesellschaftlichen Realität auf dem Wege des sozialen Tätigseins sei ein Lernprozess, durch den sich die Persönlichkeitsentwicklung vollziehe. Eine Lernbehinderung liege vor, wenn die sozialen Auswirkungen des biologischen Mangels sowie der eingetretenen physisch-psychischen Schädigung den „geschädigten Menschen“ an der aktiven Aneignung, der Bewältigung und der schöpferischen Gestaltung der gesellschaftlichen Umwelt im Prozess des kollektiven Tätigseins behindern.

Eine Lernbehinderung beruhe, so Becker und Autorenkollektiv, auf mangelhaften biologischen Entwicklungsbedingungen und dafür inadäquaten sozialen, besonders pädagogischen Bedingungen und repräsentiere eine Widerspruchslage, die sich als nicht entwicklungsförderlich erweise und in eine dauernde Konfliktslage umschlage. Die Lernbehinderung zeige sich in

zentralen Äußerungsbereichen je nach Schädigungsart und Entwicklungsalter in bestimmter Äußerungsweise. Sie liege vor, wenn aufgrund eines biologischen Mangels mindestens in einem Äußerungsbereich der Lernbehinderung negative Normabweichungen aufträten.

- In dieser Phase erfolgte eine Einführung des Begriffs Entwicklung. Die Quelle der Entwicklung seien innere Widersprüche. Die rehabilitationspädagogische Fachkraft schaffe durch deren Bildungs- und Erziehungsarbeit die Bedingungen einer bestimmten Lebenstätigkeit. Sie sollten sich als innere Widersprüche im „physisch-psychisch Geschädigten“ manifestieren, eine Entwicklung auslösen, die sich in der Tätigkeit vollziehe. Durch die pädagogisch gelenkte Tätigkeit des „physisch-psychisch Geschädigten“ entstünden neue Widersprüche, die in ihrer Lösung und Neubildung durch den Rehabilitationspädagogen gesteuert würden.

Im Sinne Wygotskis Konzeption über die Gesetzmäßigkeit der Wechselbeziehungen zwischen Entwicklung und Bildung sei die Spannweite von der „Stufe der aktuellen Entwicklung“ bis zur Stufe der nächsten Entwicklung, von Wygotski als „Zone der nächstfolgenden Entwicklung“ bezeichnet, bei „physisch-psychisch Geschädigten“ zunächst unüberbrückbar groß. Die unüberbrückbar große Spannweite für den „physisch-psychisch Geschädigten“ von der Stufe der aktuellen Entwicklung bis zur Stufe der nächsten Entwicklung sei bedingt durch eine spezifische Widerspruchslage, in welcher sich der „Geschädigte“ befinde, und die derjenige weder allein noch unter den üblichen sozialen Bedingungen, besonders den pädagogischen, entwicklungsförderlich lösen könne.

Laut dem Kollektiv um Becker gibt es dafür im Kern drei ursächliche Bedingungen und deren negative Wechselbeziehungen untereinander: erstens die mangelhaften biologischen Voraussetzungen in unterschiedlichen

Arten und Graden, zweitens den Zeitpunkt des Eintretens des biologischen Mangels in Beziehung zu dem aktuellen Entwicklungsniveau und der Struktur der Persönlichkeit, drittens die sozialen Entwicklungsbedingungen, wenn sie in Bezug auf die Art und den Grad eines biologischen Mangels sowie auf das aktuelle Entwicklungsniveau und die Persönlichkeitsentwicklung inadäquat abgestimmt seien.

- Definition: Unverändert gilt weiterhin die Definition der Rehabilitationspädagogik. Sie verwirkliche die Einheit von sozialistischer Bildung, Erziehung und der Verhütung, Minderung oder Beseitigung einer Lernbehinderung. Die Rehabilitationspädagogik in der DDR stehe unter dem Aspekt der Rehabilitation aller „geschädigten Menschen“ ungeachtet ihres Alters und der Institution. Rehabilitationspädagogik besage, dass die pädagogische Aufgabe, aber auch die medizinische, die psychologische oder ökonomische, nur in Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen erfolgreich zu lösen sei.

Durch das Kollektiv um Becker wurde eine Definition von Rehabilitation eingeführt. Rehabilitation sei die zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektivs in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeiten „geschädigter Menschen“, aktiv am produktiven wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und familiären Leben der Gesellschaft teilnehmen zu können (Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 136).

- Bezugsgruppe: Es wurde konkretisiert, dass die Bildung und Erziehung unter dem Aspekt der Rehabilitation aller „physisch-physisch geschädigten Menschen“ ungeachtet ihres Alters und der Institution erfolge.

- Ziel: Es erfolgte die Einführung der Beschreibung des Ziels der Rehabilitationspädagogik in der DDR. Das Ziel der Rehabilitationspädagogik in der DDR würde sich aus dem allgemeinen zentralen sozialistischen Bildungs- und Erziehungsziel der allseitig und harmonisch entwickelten sozialistischen Persönlichkeit ergeben und zugleich erweitert um die Aufgabe der Verhütung, Beseitigung oder Minderung einer Lernbehinderung. Die Verhütung einer Lernbehinderung erfolge im Rahmen der prophylaktischen rehabilitationspädagogischen Arbeit.

Das rehabilitationspädagogische Vorgehen richte sich des Weiteren auf die Normalisierung der subjektiven Widerspiegelungsfähigkeit der objektiven Realität des „physisch-psychisch Geschädigten“. Dies sei die Voraussetzung für eine anforderungsgerechte Ausübung aller Formen des sozialen Tätigseins, mit gleichzeitiger individueller Anpassung der Regelung des sozialen Tätigseins, trotz bestehender biologischer Defekte oder chronischer Leiden.

- Äußerungsbereiche und Äußerungsweisen: Die Lernbehinderung äußere sich in den genannten Bereichen (Bewegung, Sinneswahrnehmung, Denken, Sprache und Emotionen unter dem Aspekt des Leistungs- und Sozialverhaltens) abhängig von dem biologischen Schaden in der Weise einer Andersartigkeit, Störung, Retardation, Abweichung, Zerfall und/oder Gefährdung.

Es wurde der Begriff Äußerungsweisen der Lernbehinderung eingeführt. Der Begriff Wesensmerkmale nicht weitergeführt. Die Äußerungsweisen der Lernbehinderung würden sich, so Becker und Autorenkollektiv, in untrennbarem Zusammenhang mit der Entwicklungsweise einer Persönlichkeit auf Fähigkeiten zur Ausführung altersgerechter Tätigkeiten innerhalb der Äußerungsbereiche beziehen. Die Äußerungsweisen würden bei „physisch-psychisch Geschädigten“ von Widersprüchen zwischen inneren und

äußeren Bedingungen bestimmt, die nur mit rehabilitationspädagogischer Hilfe entwicklungsstimulierend gelöst werden könnten.

- Disziplinen / Wirkungsbereiche: Neben dem konzeptionellen Weiterbestehen des Begriffs Wirkungsbereiche wurde der Begriff „Disziplinen der Rehabilitationspädagogik“ eingeführt. Disziplinen bzw. spezifische Wirkungsbereiche der rehabilitationspädagogischen Tätigkeit seien die rehabilitative Bewegungs-, Denk- und Sinnes-, Sprach- und Gefühlserziehung sowie die Einflussnahme auf das soziale Milieu. Bei diesen Disziplinen handelt es sich, wie Becker und Autorenkollektiv bestimmten, um Subkategorien der Erziehung im weiteren Sinne.

Das Bestimmungswort rehabilitativ bringe die rehabilitationspädagogische Absicht zum Ausdruck, die jeweils wirkende Lernbehinderung und bestehende Schädigung zu beseitigen, zu mindern sowie vollkommen oder wenigstens deren Ausweitung zu verhüten. Sie zwingt dazu, die rehabilitationspädagogischen Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Minderung der Lernbehinderung auf alle Seiten der Persönlichkeitsbildung auszudehnen und gleichzeitig alle wesentlichen Äußerungsbereiche und deren Äußerungsweisen der Lernbehinderung zu erfassen. Ein einzelner Wirkungsbereich umfasse den Ziel- und Stoffaspekt und dabei das Bindungsgefüge Einheit des Ziels, des Stoffs und der rehabilitationspädagogischen Methoden als die dialektische Einheit von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten.

- Methoden: Es erfolgte die Erweiterung und Konkretisierung der rehabilitativen Methoden (nach Sovák). Rehabilitative Methoden seien die Ausnutzung, die Korrektur, die Kompensation, die Aktivierung funktioneller Reserven sowie die Stützung. Die aufgeführten rehabilitativen Methoden würden sich als akzentuiertes rehabilitationspädagogisches Vorgehen auf die

Entwicklung solcher Funktionen und Fähigkeiten richten, die sich infolge fehlender oder mangelhafter biologischer Bedingungen auf dem üblichen Wege nicht oder fehlerhaft entwickeln, aber für die Persönlichkeitsentwicklung entscheidende Konstituierende seien. Durch die allgemeinen rehabilitativen Methoden würden entsprechend der rehabilitationspädagogischen Theorie die biologischen Mängel primär nicht beeinflusst, aber dennoch werde die Lernbehinderung verhütet, beseitigt oder gemindert.

- Rehabilitationspädagogischer Prozess: Die Beschreibung des rehabilitationspädagogischen Prozesses wurde begrifflich konkretisiert und erweitert. Der rehabilitationspädagogische Prozess sei als komplexer, auf die sozialistische Bildung, Erziehung und Rehabilitation gerichteter pädagogischer Prozess derart zu gestalten, dass dabei die existente Lernbehinderung der „physisch-psychisch Geschädigten“ beseitigt oder wenigstens gemindert und ihre Ausweitung verhütet würde. Dieses Prinzip sei insofern ideologierelevant, als es sich auf Bedingungen innerhalb der sozialistischen Gesellschaftsform beziehe.

Für die Gestaltung des rehabilitationspädagogischen Prozesses gelten laut Becker und Autorenkollektiv die Bedingungen, die jeden allgemeinen pädagogischen Prozess kennzeichnen. Veränderte Prozessbedingungen würden jedoch bzgl. der Lehrenden, des Ziels, des Stoffs, der Institutionen, der Lehr- und Lernmittel, der Methode (pädagogische Methode erster Ordnung, daneben rehabilitative Methode zweiter Ordnung), der methodischen Regeln und der Handlungen gelten.

Der rehabilitationspädagogische Prozess vollziehe sich in der aktiven Auseinandersetzung mit den ziel- und zweckmäßig ausgewählten, planmäßig und systematisch organisierten und didaktisch-methodisch aufbereiteten Inhalten, im sozialen Tätigsein. Die Beziehungen zwischen den Lernenden und

dem Pädagogen stellten den eigentlichen rehabilitationspädagogischen Prozess dar und bestimmten dessen Niveau. Becker kennzeichnet, dass sich der rehabilitationspädagogische Prozess gebunden an die Inhalte vollziehen, bei gleichzeitiger Erschließung und zielgerichteter Ausnützung ihrer rehabilitativen Möglichkeiten.

An den Disziplinen/Wirkungsbereichen orientiere deshalb der Rehabilitationspädagoge das spezifisch rehabilitative Vorgehen bei der Verwirklichung der pädagogischen Pläne bzw. des Stoffs. Die aus den rehabilitativen Wirkungsbereichen abgeleiteten Maßnahmen seien charakteristisch lehrplanintegriertes bzw. -orientiertes rehabilitatives Einwirken.

Abschließend wird die Organisation des rehabilitationspädagogischen Prozesses durch das Kollektiv um Becker wie folgt gegliedert: Planung, Realisierung des Plans des rehabilitationspädagogischen Prozesses, Steuerung, Verlaufskontrolle und Ergebnisanalyse.

- Organisationsformen: Weiterhin beibehalten wurden die Organisationsformen: die Selbstbedienung, das Spiel, der Einzel-, Gruppen- oder Klassenunterricht, die Arbeit und die Freizeitgestaltung.

- Institutionen: Auch die Beschreibung der Institutionen wurde beibehalten: alle rehabilitationspädagogischen Einrichtungen, z. B. Beratungsstellen, Vorschul-, Schul- oder Berufsschulenteile von Sonderschulen oder deren Heime.

- Bedürftigkeit: Es erfolgte eine Einführung der Bestimmung der rehabilitationspädagogischen Bedürftigkeit. Becker und Autorenkollektiv sprechen von rehabilitationspädagogischer Bedürftigkeit, wenn infolge eines biologischen Mangels bei einem Menschen eine physisch-psychische Schädigung zu entstehen drohe oder entstehe, die seine

Persönlichkeitsentwicklung und soziale Wirksamkeit behindert. Diese Behinderung würde ein solches Ausmaß erlangen, dass gesellschaftliche Normen ohne spezifisch gestaltete und vermittelnde pädagogische Hilfe nicht erreicht und Widersprüche nicht entwicklungsfördernd gelöst werden könnten.

- Prävention: Ebenso erfolgte eine Einführung und Erläuterung zur Prävention, wobei zwischen primärer und sekundärer Prävention unterschieden wurde. Primäre Prävention bedeute, biologische Mängel zu erkennen und Maßnahmen einzuleiten, um die Ausprägung einer physisch-psychischen Schädigung zu verhindern. Unter sekundärer Prävention seien Maßnahmen zu verstehen, die bei einem aufgetretenen biologischen Mangel auf die Verhütung einer physisch-psychischen Schädigung abzielen. Die Verhütung einer Lernbehinderung erfolge im Rahmen der prophylaktischen, rehabilitationspädagogischen Arbeit.

## **2.5 Entwicklungspotenzial und Grenzen der Theorie – Diskussion**

Die konzeptionelle Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik in der DDR als eigene Wissenschaftsdisziplin vollzog sich bis 1990 über mehrere zeitgeschichtliche Phasen. Insofern ist es nicht möglich, einen direkten Vergleich mit den gegenwärtigen rechtlichen und begrifflichen Rahmenbedingungen der pädagogischen Rehabilitation vorzunehmen (siehe Kapitel 3). Die Schwierigkeit jedes historischen Rückblicks besteht darin, die jeweiligen gesellschaftlichen Umstände in Betracht zu ziehen. In der Retrospektive schälen sich die Konturen nach Vorteilen und Nachteilen deutlicher heraus und können entsprechend gewertet werden.

Die Rehabilitationspädagogik in der DDR hat ihre Theoriebildung alters- und institutionsübergreifend ausgerichtet. Auch die von Becker und

Autorenkollektiv entwickelte Fachsprache (z. B. Disziplinen, Äußerungsweisen, Äußerungsbereiche) trug dazu bei, die Rehabilitationspädagogik in der DDR als ein eigenständiges, wissenschaftliches Fachgebiet zu etablieren. Der entwickelte „terminologische Apparat der Rehabilitationspädagogik“ (Becker, 1989, S. 1082) ermöglichte eine höhere Begriffsschärfe. Es ergaben sich deutlichere Interpretationsmöglichkeiten der Theorie und Praxis für Rehabilitationspädagogen sowie der Fachkräfte in der komplexen Rehabilitation untereinander.

Die konzeptionelle Ausrichtung der Rehabilitationspädagogik am DDR-System der komplexen Rehabilitation, an der herrschenden sozialistischen Gesellschaftsordnung sowie die enge Anbindung an die allgemeine Pädagogik als deren Tochterdisziplin waren wesentliche Stützpfeiler. Die Rehabilitationspädagogik in der DDR versuchte in ihrer theoretischen Konzeption, eine hohe Kompatibilität mit dem humanontogenetischen Modell biopsychosoziale Einheit Mensch zu erreichen.

Erste Überlegungen zu möglichen Folgen eines biologischen Mangels erfolgten von Becker wie in Kapitel 2.2 aufgezeigt im Jahr 1970. Sollte die eingeschränkte soziale Kommunikationsfähigkeit eines Menschen nicht durch die Sanierung des Hörorgans behoben werden können, dann sei die Schwerhörigkeit rehabilitationspädagogisch relevant (siehe Becker, 1970, S. 523). In Anlehnung an Wygotski (1975) erfolgte dann von ihm eine Verbindung dahin, dass der „Geschädigte“ ungeachtet des biologischen Defekts sozial determinierte Merkmale im sozialen Tätigsein wie Retardierungen etc. aufweise. Das rehabilitationspädagogische Vorgehen ziele auf die Entwicklung einer möglichst uneingeschränkten Ausübung sozialer Tätigkeiten (ebd., S. 524.).

Frühzeitig stieg das Kollektiv um Becker in die Diskussion des von der WHO 1980 vorgelegten Konzepts der ICIDH ein (siehe Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 123). Es kritisierte die lineare Entwicklung von Impairment, Disability und Handicap unabhängig von sozialen Einflüssen. Eine Anbindung des bis 1990 fortentwickelten ICIDH-Konzepts an die Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik in der DDR gelang in letzter Konsequenz jedoch nicht. Die erfolgte konzeptionelle Verbindung des rehabilitationspädagogischen Zugangs zum Lernen mit dem Konzept der Entwicklung als führendem Entwicklungsfaktor im Sinne der sowjetischen Defektologie erweist sich aus heutiger Sicht als zukunftsweisend (siehe Becker, 1979, S. 161).

Es treten in der Theoriebildung mehrere disruptive konzeptionelle Bedingungen zutage, die darauf hinweisen, warum die Theorie der Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv die Lücke im gegenwärtigen System der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation nicht füllen konnte. Im Nachfolgenden werden diese erläutert.

1. Das bis 1990 weiterentwickelte Konzept der WHO-ICIDH bis hin zur heutigen ICF konnte von der Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik aufgrund der bestehenden Bezeichnung „physisch-psychischer Geschädigter“ oder „physisch-psychische Schädigung“ von vornherein nicht adäquat aufgegriffen werden.

Auf welches Konzept die Bezeichnung „Geschädigter“ zurückzuführen ist, bleibt unbestimmt. Wie weiter oben schon angeführt, erscheint eher ein in den Fünfzigerjahren vorgenommener semantischer Abgleich mit der sowjetischen Defektologie wahrscheinlich. Insofern ist damit auch die eigenwillige ostdeutsche Übersetzung des nachstehenden WHO-Dokuments vom Januar 1976 als Vorläufer der ICIDH erklärbar. Das durch die Weltgesundheitsversammlung im Mai 1976 in Genf bestätigte Dokument der

57. Tagung des Exekutivrats der WHO im Januar 1976 „WHO Policy and Programm for Disability, Prevention and Rehabilitation“ wurde von der DDR in „WHO-Programm zur Verhütung und Rehabilitation von Schädigungen“ (Renker & Renker, 1988, S. 17) übersetzt. Disability steht jedoch für Beeinträchtigung infolge einer Schädigung.

Ziemlich nah kamen dann Becker und Autorenkollektiv dem damaligen ICIDH-Modell der WHO, indem sie dialektisch bestimmten, dass eine physisch-psychische Schädigung ein aktueller spezifischer Zustand in der Persönlichkeitsentwicklung sei, der aus einem biologischen Mangel und dafür inadäquaten sozialen Entwicklungsbedingungen resultiere (Becker, 1979, S. 161). Der Lernprozess und die Persönlichkeitsentwicklung stünden im Zusammenhang mit dem dialektischen Wechselverhältnis von Biologischem, Sozialem und Psychischem (ebd.).

Jedoch setzte sich die Bezeichnung physisch-psychische Schädigung von vornherein selbst Grenzen. Auch wenn Hübner (2000, S. 61, S. 73) anführt, dass die Verwendung des Begriffs „physisch-psychische Schädigung“ in der DDR vergleichbar mit dem in der Bundesrepublik gültigen Begriff „Behinderung“ sei, lässt sich dafür in der Literatur der Rehabilitationspädagogik bis zur deutschen Einheit 1990 keine explizite Bestätigung finden. Die Verwendung des Begriffs „physisch-psychische Schädigung“ geschah offenbar mit Bezug auf die gesetzliche Lage in der DDR als komprimierte Formel von psychisch und physisch.

Wenn Behinderung als Folge einer Schädigung bzw. Krankheit verstanden wird, ist es unmöglich, die Bezeichnung „physisch-psychische Schädigung“ mit dem Begriff „Behinderung“ gleichzusetzen. Der Begriff „physisch-psychische Schädigung“ erscheint aus heutiger Sicht als eine konzeptionelle Sackgasse und ist eher einer in der ICD-10 klassifizierten Störung zuzuordnen.

2. Einen Hemmschuh, warum die Rehabilitationspädagogik in der DDR die Lücke im heutigen System der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation auch weiterhin nicht füllen konnte, stellt deren ideologisch-gesellschaftlicher Überbau dar. Wie aufgezeigt kann es einen Zusammenhang mit der Dritten Hochschulreform in der DDR geben. Becker hat jedoch auch frühzeitig in seiner Theorieentwicklung eine gesellschaftspolitische Veränderung des Modells von Wygotski (1975, S. 71) „Wechselbeziehungen zwischen Mensch mit organischem Defekt und sozialer Umwelt sowie natürlicher Umwelt“ vorgenommen. Er ersetzte den Begriff soziale Umwelt mit Gesellschaft und hob ihn auf die weltanschaulich-ideologische Makroebene mit Kernbegriffen der Philosophie des Marxismus-Leninismus. Dem Aspekt der „natürlichen Umwelt“ fügte er das „soziale Milieu“ hinzu (siehe Becker, 1974, S. 470).

3. In der Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik der DDR werden primärer Schaden (Krankheit bzw. Gesundheitsproblem) und sekundärer Schaden (beeinträchtigte funktionale Gesundheit infolge einer Krankheit) bis 1990 konzeptionell nicht voneinander getrennt. Die Rehabilitationspädagogik des Kollektivs um Becker dockt rezeptorhaft am biologischen Primärschaden, am biologischen Mangel, an der Schädigung, an dem „Geschädigten“ an. So beziehen sich die Äußerungsweisen (Andersartigkeit, Abweichung usw.) und die rehabilitativen Methoden (Ausnutzung, Korrektur usw.) im Grunde auf den biologischen Mangel oder den primären körperlichen Schaden und nicht auf die sekundären Folgen eines Mangels oder Schaden. Auch wenn es frühzeitig von Becker und Autorenkollektiv diskutiert wurde, eine elementare Berücksichtigung des Ansatzes der ICDH ab 1980 in der Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik erfolgte nicht. Auch die konzeptionelle Ebene der Folgen einer Krankheit zu erreichen, welche sich laut ICF in der funktionellen Gesundheit widerspiegelt, gelang bis 1990 nicht.

Becker versuchte 1987 (Becker, 1987, S. 37) zu erläutern, dass ein biologischer Mangel für eine physisch-psychische Schädigung eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung sei. Eine physisch-psychische Schädigung betreffe den Zustand der Persönlichkeit, ein biologischer Mangel nur die biologischen Entwicklungsvoraussetzungen. Für die Persönlichkeitsentwicklung spielten die sozialen Entwicklungsbedingungen die dominierende, determinierende Rolle.

Dass nach Becker ein biologischer Mangel eine physisch-psychische Schädigung auslösen kann (vgl. Renker & Renker, 1988, S. 22), erreicht jedoch nicht die gegenwärtige Niveaustufe der beeinträchtigten funktionalen Gesundheit, weil eine Schädigung oder ein biologischer Mangel sich im Grunde ähnelnde Begriffe sind. Beide bilden begrifflich nicht die sekundäre konzeptionelle Stufe der beeinträchtigten funktionalen Gesundheit ab. Damit bleibt unter diesem Aspekt die zentrale Ansatzebene der Ziele, Aufgaben, Inhalte, Methoden, Mittel und Organisationsformen der rehabilitationspädagogischen Bildung und Erziehung im Grunde unklar.

So befindet sich z. B. im „Pädagogischen Wörterbuch“ von 1987 (H.-J. Laabs u. a., VEB Volk und Wissen, Berlin, 1987, S. 297 f.) verfasst von Becker, K.-P. u. a. als Mitautoren eine Definition von „physisch-psychisch geschädigten Kindern und Jugendlichen“, welche diese Vermischung verdeutlicht. „Physisch-psychisch geschädigte Kinder und Jugendliche“ sind „Kinder und Jugendliche mit einer organischen Schädigung und/oder dauerhaften funktionellen Störungen des Nervensystems, einer Schädigung eines oder mehrerer Organe. Je nach Art und Grad der Schädigungen (z. B. der Sinnes- und Sprechorgane, des Stütz- und Bewegungsapparates) bzw. der funktionellen Beeinträchtigungen des Nervensystems werden schwachsinnige, gehörlose, schwerhörige, blinde, sehschwache, sprachgeschädigte, körperbehinderte, verhaltensgestörte, mehrfachgeschädigte Kinder und Jugendliche unterschieden. Die Schädigungen

können prä-, peri- oder postnatal verursacht sein, z. B. durch Abweichungen der Chromosomenstruktur, durch Infektionen, Intoxikationen und Traumen im Verlauf der vorgeburtlichen Entwicklung, Sauerstoffmangelzustände infolge von Komplikationen während der Geburt oder durch danach auftretende Krankheiten und Unfälle (primäre Schädigungen). [...]“. Es wurde auch im Jahr 1987 nicht konsequent zwischen primärer und sekundärer Schädigung unterschieden.

Es sei aber darauf verwiesen, dass in der Definition auch zwei Passagen vorkommen, welche die Ebene der sekundären Schädigung als Folge einer Krankheit bzw. einer primären Schädigung berühren. So würden wesentlich „physisch-psychisch geschädigte Kinder und Jugendliche“ unterschiedliche Folgeschädigungen aufweisen (ebd., S. 297), zum anderen sei die Erziehung „Geschädigter“ darauf auszurichten, dass die durch die primäre Schädigung bedingten Unzulänglichkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung verhütet, überwunden oder gemildert werden könnten (ebd., S. 297).

4. Insgesamt wurde in der Theorie der Rehabilitationspädagogik der DDR zunehmend bis 1990 das humanontogenetische Modell biopsychosoziale Einheit Mensch herangezogen. Es erfolgte aber keine Erweiterung der Bezeichnung „physisch-psychische Schädigung“ um „sozial“, wie es eigentlich das theoretisch berücksichtigte humanontogenetische Modell biopsychosoziale Einheit Mensch beinhaltet. Auch fand der Wirkungsbereich „Einflussnahme auf das soziale Milieu“ bis 1990 nicht genügend Platz in der Theorieentwicklung. Damit erhielt der soziale Faktor der biopsychosozialen Einheit Mensch in seiner Bedeutung keinen umfänglichen Einfluss in die Theoriebildung der Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv. Ein Zusammenhang zwischen der starken weltanschaulich-ideologischen Fokussierung und dem darin sozialistisch-systembedingt nicht vorkommenden „sozial Geschädigten“ könnte denkbar sein.

5. Der zentrale Ansatz der Rehabilitationspädagogik am Lernen ist pädagogisch grundsätzlich richtig und nachvollziehbar. Der von Becker gewählte Begriff Lernbehinderung erzeugte jedoch ein bis heute fortdauerndes Dilemma. Wie Hübner (2000, S. 62) benannte, führten und führen die unterschiedlichen semantischen Zuordnungen von Termini in der DDR und der Bundesrepublik zu missverständlichen Interpretationen fachwissenschaftlicher Sachverhalte, vor allem bezogen auf die Begriffe Schädigung und Lernbehinderung.

6. 1972 beschrieb Becker, lernunfähig seien die „derart komplex und hochgradig Geschädigten, die in der medizinischen Terminologie als Idioten bezeichnet werden“ (Becker, 1972, S. 7). Diese Gruppe als lernunfähig zu bezeichnen und damit letztlich als nicht mehr zugänglich für den Bereich der Rehabilitationspädagogik zu machen, welche am Konstrukt des Lernens als Hauptquelle ansetzt, ist revisionsbedürftig. „Beim Besuch einer Psychiatrischen Anstalt im Anblick pflegebedürftiger ‚Idioten‘, wie sie der Arzt bezeichnete, ergänzte ich die Skala – zu Unrecht, wie ich später erkannte“ (Becker, K.-P., persönliche Kommunikation, 06.09.2020).

7. Der von Becker und Autorenkollektiv gewählte Ansatz einer Ausrichtung der rehabilitationspädagogischen Theoriebildung an dem Modell des „Systems der funktionalen Organe“ von Leontjew wurde als gegeben angesehen. Eine empirische Bestätigung des Modells von Leontjew erfolgte bis 1990 nicht. Es wurde dann noch eine Verbindung der rehabilitationspädagogischen Theoriebildung mit dem Konzept von Anochin hergestellt. Diese besagt, dass Hirnfunktionen umgestaltet werden können – egal, ob unter normalen oder pathologischen Bedingungen. Für die spätere Theoriebildung wurden unter Federführung von Becker dann noch Besonderheiten im nervalen Kommunikationssystem herangezogen. Es gab jedoch in allen Konzepten keine

theoriebildende Verknüpfung mit dem Konstrukt der Lernbehinderung und auch keine Prüfung deren praktischer Wirksamkeit durch das Kollektiv um Becker.

8. Auch die alleinige begriffliche Fokussierung der rehabilitationspädagogischen Disziplinen auf Erziehung ist vor dem Hintergrund, dass die wissenschaftliche Pädagogik die Einheit von Bildung und Erziehung darstellt, nicht zielführend. Diese Disziplinen sind eben nicht nur Subkategorien der Erziehung, sondern auch Subkategorien der Bildung. Es wäre im Grunde einfacher gewesen, einen Fachterminus zu entwickeln, welcher die Verbindung Alter, Institution und Organisationsformen abdeckt, doch das erfolgte bis 1990 nicht. Da sich die Rehabilitationspädagogik in der DDR altersübergreifend ausgerichtet hat, erzeugt schon allein der Fachterminus „rehabilitative Verhaltenserziehung“ in Verbindung mit älteren Menschen gegenwärtig konzeptionelle Schwierigkeiten.

Der Zusammenhang ist laut Becker, dass „damals der Begriff Erziehung auch als Oberbegriff für die Einheit von Bildung und Erziehung verwendet wurde. Pädagogik wurde lt. Wörterbuch als Wissenschaft von der Erziehung, Bildung und Unterrichtung bezeichnet, pädagogisch als Eigenschaftswort mit erzieherisch gleichgesetzt“ (K.-P. Becker, persönliche Kommunikation, 27.09.2020).

### **3 Komplexe gesundheitliche Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter**

#### **3.1 Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen**

Es gab in der Arbeit der Vereinten Nationen wichtige Meilensteine für Menschen mit Behinderungen (siehe dazu auch Degener, 2009b, S. 162). So wurde zum einen 1971 durch die UN-Generalversammlung der Vereinten Nationen eine „Erklärung der Rechte geistig behinderter Menschen“ (Englisch: Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons – UN Doc. A/8429 (1971)) verabschiedet. Zum anderen folgte 1975 dann die „Erklärung der Rechte der behinderten Menschen“ (Englisch: Declaration on the Rights of Disabled Persons - UN Doc. A/10034 (1975)), welche alle Menschen mit Behinderungen einschloss. Aufsehen erregten in den Achtzigerjahren zwei Menschenrechtsberichte (Daes und Despouy, zit. nach Degener, 2009a, 127), die im Ergebnis zu der Feststellung gelangten, dass Menschen mit Behinderungen zu den am meisten durch Menschenrechtsverletzungen gefährdeten Gruppen gehören.

Das war zu damaligen Zeit deshalb außergewöhnlich, da die Berichte Behinderung erstmals in den Kontext internationaler Menschenrechtspolitik stellten. Weiterhin erklärte z. B. die UN-Generalversammlung das Jahr 1981 zum „Internationalen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ (Englisch: International Year of Disabled Persons (IYDP) – A/RES/31/123). 1982 wurden dann als ein wichtiges Ergebnis dieses UN-Jahres der Behinderten das „Weltaktionsprogramm für Menschen mit Behinderung“ (Englisch: World Programme of Action Concerning Disabled Persons – A/RES/37/52), die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen und konkrete Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation als Zielvorgabe für die UN-Behindertendekade (1983-1992) (Englisch: Decade of Disabled Persons) ausgerufen. Zum Abschluss der Behindertendekade verabschiedete die UN-

Generalversammlung 1993 die „Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte“, jedoch ohne Bindungswirkung für die Mitgliedsstaaten.

Auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen bedeutete das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention – UN-KRK, Englisch: UN-CRC) in ihrer gesellschaftlichen Anerkennung einen wichtigen Fortschritt. Die UN-KRK wurde 1989 von der Vollversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und trat in der Bundesrepublik Deutschland nach ihrer Ratifizierung 1992 in Kraft. Bereits durch die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) ist anerkannt, dass Kinder und Jugendliche eines besonderen Schutzes bedürfen. Aus diesem Grund sieht die UN-KRK einen eigenständigen Artikel 23 für die Rechte von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen vor.

Als weitere Meilensteine sind die UN-Rahmenbestimmungen für die Herstellung von Chancengleichheit von 1994 (Englisch: Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities – A/RES/48/96) zu nennen, aber auch die Salamanca-Erklärung zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse von 1994 der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (Englisch: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO), welche das Recht jedes Menschen auf Bildung bekräftigt und die positiven internationalen Erfahrungen der integrativen Beschulung beschreibt. Eine weitere wichtige Wegmarke war das UNESCO-Weltbildungsforum „Bildung für alle“ – Education for all (EFA) (2000), mit dem entwickelten Konzept einer „universellen Grundbildung“, um weltweit die Bildungsarmut zu bekämpfen. Ein EFA-Ziel von insgesamt sechs Teilzielen stellten der Ausbau und die Verbesserung der frühkindlichen Bildung insbesondere für benachteiligte Kinder dar.

Im Jahr 2000 gab die damalige Hohe Kommissarin für Menschenrechte der Vereinten Nationen, Mary Robinson, eine Studie über die Qualität des Verhältnisses zwischen UN-Menschenrechtsverträgen und Behinderung in Auftrag. Mit der Vorlage der Studie im Januar 2002 (Quinn & Degener 2002, zit. n. Degener, 2009a, S. 128) ging der Prozess der Entwicklung der UN-BRK einher, welcher einen Monat zuvor in der Generalversammlung angestoßen worden war. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete dann am 13. Dezember 2006 mit der Resolution A/RES/61/106 das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Englisch: Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD, UN Doc. A/RES/61/106, ANNEX I).

Dass mit der Verabschiedung der UN-BRK die Belange von Menschen mit Behinderungen in den Kontext allgemeiner Menschenrechte gerückt wurden, bedeutete einen „epochalen Fortschritt“ (Becker, 2011, S. 173). Denn lange wurden systematisch an behinderten Menschen begangene Menschenrechtsverletzungen aus dem Kontext der Menschenrechtsdiskussion herausgenommen und in den Vereinten Nationen weitgehend ignoriert (Degener, 2009a, S. 127).

Die UN-BRK und deren Fakultativprotokoll ist mit der Ratifizierung ohne Vorbehalte durch den Deutschen Bundesrat als einfaches Bundesgesetz mit Zustimmung der Bundesländer (BT-Drucks. 16/10808) seit dem 26. März 2009 geltendes Bundesrecht (Bundesgesetzblatt (BGBl.) 2008 II, 1419). Es verpflichtet die Bundesrepublik Deutschland als unterzeichnenden Vertragsstaat dazu, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen, ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten.

Zusammenfassend ist die UN-BRK das erste universelle Menschenrechtsinstrument, das den anerkannten Katalog der Kernverträge des Menschenrechtssystems der Vereinten Nationen ergänzt und auf die Situation von Menschen mit Behinderung zuschneidet, um ihre Chancengleichheit in der Gesellschaft zu fördern.

Im Einzelnen betrifft die UN-Behindertenrechtskonvention Menschen, die langfristig körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in einer negativen Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft behindern können (vgl. Präambel lit. e, UN-BRK, BT-Drucks. 16/10808, S. 7). Die UN-BRK gliedert sich in zwei Völkerrechtsverträge, das Übereinkommen mit 50 Artikeln und das Fakultativprotokoll mit 18 Artikeln (Englisch: Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN Doc. A/RES/61/106 vom 24. Januar 2007, ANNEX II). Das Fakultativprotokoll zur UN-BRK sieht ein Individualbeschwerdeverfahren vor. Personen oder Personengruppen erhalten damit das Recht, sich bei erlebten Menschenrechtsverletzungen an den Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung in ihrem Vertragsland zu wenden (BT-Drucks. 16/10808; Degener, 2009, S. 127a; Aichele, 2008).

Nach der rechtlich unverbindlichen Präambel werden im Artikel 1 der Zweck und die Zielgruppe der UN-BRK bestimmt. Zweck der Konvention ist es, die gleichberechtigte und volle Erfahrung und Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderung zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten (BT-Drucks. 16/10808, S. 46). Zielgruppe der Konvention sind Menschen mit Behinderung, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche

sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Im Artikel 2 sind mehrere Begriffsbestimmungen enthalten, die für die Auslegung und das Verständnis der entsprechenden Begriffe in den jeweiligen Artikeln der UN-BRK heranzuziehen sind. Dazu zählen folgende: Kommunikation, Sprache, Diskriminierung aufgrund von Behinderung, angemessene Vorkehrungen und universelles Design (BT-Drucks. 16/10808, S. 47).

Der Begriff der „angemessenen Vorkehrungen“ ist wegweisend dafür, um in Zukunft zu beurteilen, wie die Vertragsstaaten die UN-BRK national verwirklicht haben. Aichele (2008, S. 6) bezeichnet ihn als für die UN-BRK zentralen Begriff und weist auf das damit verbundene Innovationspotenzial für Menschen mit Behinderung hin. Denn „eine ‚angemessene Vorkehrung‘ ist die in einem bestimmten Fall erforderliche Anpassung der Gegebenheiten, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können [...]“ (ebd.). „Die Konvention sieht in der Versagung solcher Vorkehrungen im Einzelfall, die *keine* unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen, eine *Diskriminierung* (Artikel 2 Unterabsatz 3)“ (ebd., Hervorhebungen durch Aichele). Ein behinderter Mensch kann dann entsprechend dem Fakultativprotokoll diese Diskriminierung auf dem Rechtsweg, mit einer Individualbeschwerde als ein Rechtsbehelf, feststellen lassen und die Beseitigung der Diskriminierung einfordern.

Artikel 3 der UN-BRK formuliert acht allgemeine Grundsätze der Rechte von Menschen mit Behinderungen als verpflichtende Maßstäbe für die Umsetzung der Konvention durch die Vertragsstaaten. Ein allgemeiner Grundsatz der UN-BRK sind z. B. die volle und wirksame Inklusion und Teilhabe (Art. 3). In den

dann folgenden Artikeln beschreibt die UN-BRK die objektiven Pflichten und das erforderliche Handeln, zu deren nationaler Verwirklichung sich die Vertragsstaaten mit der Ratifizierung der Konvention bekannt haben. Ebenso werden die subjektiven Rechte der Menschen mit Behinderungen beschrieben.

Um Kinder und Jugendliche mit Behinderungen besonders zu schützen, werden sie neben dem für sie eigenständigen Artikel 7 in einzelnen Vorschriften der UN-BRK nochmals speziell erwähnt. Zum Beispiel anerkennt Präambel lit. r), dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern und Jugendlichen ohne Behinderungen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten in vollem Umfang genießen sollen, und weist auf die zu diesem Zweck von den Vertragsstaaten des Übereinkommens über die Rechte des Kindes eingegangenen Verpflichtungen hin. Artikel 3 lit. h) bestimmt den auf sie bezogenen allgemeinen Grundsatz, die sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und ihr Recht auf Wahrung ihrer Identität zu achten.

Nach Artikel 7 bekräftigen die Vertragsstaaten, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern und Jugendlichen ohne Behinderungen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können, und verpflichtet sie gleichzeitig, alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um dies zu gewährleisten. Abs. 1 basiert auf Artikel 2 Abs. 1 der UN-KRK. Artikel 7 Abs. 2 bestimmt das Kindeswohl zum vorrangigen Kriterium für alle Maßnahmen, die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen betreffen. Abs. 3 legt des Weiteren fest, dass die Vertragsstaaten es gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen das Recht haben, ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten gleichberechtigt mit anderen Kindern ohne Behinderungen frei zu äußern, wobei ihre Meinung angemessen und

entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt wird und Kinder und Jugendliche mit Behinderungen behinderungsgerechte sowie altersgemäße Hilfe erhalten, damit sie dieses Recht verwirklichen können (BT-Drucks. 16/10808, S. 50).

Der Titel des Artikels 19 lautet „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“. Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, einbezogen zu sein und teilzuhaben. Sie gewährleisten, dass

„a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;

b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz;

c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen (BT-Drucks. 16/10808, S. 20)“.

Hierbei sind zwei Aspekte für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen wichtig. Zum einen setzt die UN-BRK in Artikel 19 im Hinblick auf die Frage der Deinstitutionalisierung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen als deutlichen Maßstab den Grundsatz des selbstbestimmten Lebens außerhalb von Heimen, Internaten und Sondereinrichtungen zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft (vgl. Degener, 2009a, S.

129). Zum andern wird von den Vertragsstaaten nach Art. 19 UN-BRK erwartet, dass die Dienste und Programme der pädagogischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen sollen, auch in ländlichen Gebieten. Die Gewährleistung des Zugangs zu einer Reihe von gemeindenahen Diensten zu Hause und in Einrichtungen stellt an Deutschland einen großen Qualitätsanspruch bezüglich der sozialräumlichen Organisation dieser Dienste.

Nach Artikel 23 bekräftigen die Vertragsstaaten, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen das Recht auf ein erfülltes und menschenwürdiges Leben haben. Sie haben weiterhin das Recht auf eine besondere Betreuung, die ihre Selbstständigkeit fördert und eine aktive Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ermöglicht. Der jeweilige Vertragsstaat muss alle nötigen Mittel für Erziehung, Bildung, Ausbildung und Gesundheitsdienste zur Verfügung stellen, damit Kinder und Jugendliche mit Behinderungen möglichst in vollständiger sozialer Integration mit Kindern und Jugendlichen ohne Behinderungen zusammen aufwachsen können. Art. 23 Abs. 3 gewährleistet ihnen im Übrigen auch die gleichen Rechte in Bezug auf das Familienleben. Dafür sollen die Vertragsstaaten unter anderem frühzeitig Informationen, Dienste und Unterstützung zur Verfügung stellen, um zu vermeiden, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen vernachlässigt oder gar ausgesondert werden.

Nach Maßgabe des Artikels 24 (Bildung) der UN-BRK erkennen die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung an. Sie gewährleisten ein integratives Bildungssystem ohne Diskriminierung sowie auf der Grundlage der Chancengleichheit ein lebenslanges Lernen auf allen Ebenen. Die Erziehung als zweite Seite der wissenschaftlichen Pädagogik fehlt im Übrigen im Namen und begrifflichen Inhalt des Artikels 24. Die

Vertragsstaaten sollen sicher stellen, dass Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen vom allgemeinen Bildungssystem, vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden. Ihnen soll gleichberechtigt mit anderen der Zugang zu einem einbeziehenden und qualitativ hochwertigen Unterricht ermöglicht werden. Die Gewährleistung des Zugangs zur allgemeinen Hochschulbildung, Berufsbildung, Erwachsenenbildung und zu lebenslangem Lernen gleichberechtigt mit anderen ist ebenfalls sicherzustellen (BT-Drucks. 16/10808, S. 57).

Im Artikel 24 heißt es weiter, dass die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen treffen, um Menschen mit Behinderungen den Erwerb lebenspraktischer Fertigkeiten und sozialer Kompetenzen zu ermöglichen und damit ihre volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Bildung und als Mitglieder der Gesellschaft zu fördern (BT-Drucks. 16/10808, S. 58). Neben dem Recht auf individualisierte und diskriminierungsfreie Bildung enthält der Artikel 24 auch das Recht auf Anerkennung der Differenz, indem insbesondere Unterricht in Gebärdensprache und Lernen mit Brailleschrift und andere Methoden gefordert werden (Degener, 2009a, S. 129). Des Weiteren sollen auf allen Ebenen des Bildungssystems die Fachkräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschult werden (BT-Drucks. 16/10808, S. 58).

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass der Begriff Inklusion/Inclusion in der deutschsprachigen Übersetzung der UN-BRK überhaupt nicht auftaucht (vgl. Bernhard, 2015). Zur kritischen und weiterführenden Diskussion des Begriffs Inklusion siehe auch z. B. Ahrbeck (2016); Feuser (2013); Papst (2015); Schwalb & Theunissen (2018).

In der englischsprachigen Ausgangsversion wird dagegen vom „inclusive education system“ gesprochen. In der ratifizierten deutschsprachigen UN-BRK-Version (siehe BT-Drucks. 16/10808) wird konsequent der englische Begriff Inclusion mit dem Begriff „Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens oder in die Gemeinschaft“ übersetzt (siehe Übersetzung Artikel 3, 19, 24 und 26 UN-BRK ebd.). Im Artikel 24 taucht sogar in der deutschen Übersetzung der Begriff Integration auf, obwohl dieser, im Übrigen erstmals mit der UN-Kinderrechtskonvention offiziell eingeführt, als vollzogener Paradigmenwechsel von dem Begriff der Inklusion in der UN-Behindertenrechtskonvention abgelöst wurde.

So heißt es noch im Artikel 23 der UN-Kinderrechtskonvention: „Der Vertragsstaat muss alle nötigen Mittel für Erziehung, Bildung, Ausbildung und Gesundheitsdienste zur Verfügung stellen, damit behinderte Kinder möglichst in vollständiger *sozialer Integration* mit den nicht behinderten Kindern zusammen aufwachsen können“ (vgl. BMFSFJ, 2007, S. 18; Hervorhebungen durch den Autor). Im Artikel 24 der UN-Behindertenrechtskonvention, welcher Kinder mit Behinderungen umfasst, heißt es dagegen „[...] With a view to realizing this right without discrimination and on the basis of equal opportunity, States Parties shall ensure an *inclusive education system* at all levels and lifelong learning [...]“ (BT Drucks. 16/10808, S. 23; Hervorhebungen durch den Autor). Obwohl die soziale Integration von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen aber noch nicht in der praktischen Realität vollendet ist, haben sich inklusive Schule und Inklusion auch in Deutschland als Zukunftsbegriffe in der fachlichen und politischen Diskussion durchgesetzt.

Mit den notwendigen systemisch-strukturellen Folgen des Artikels 24 der UN-BRK wird z. B. die schulische Sonderpädagogik vor neue Aufgaben gestellt. Von einer Abschaffung der Sonderschulen ist in der UN-BRK nirgends die Rede, sie

haben aber eben keinen Vorrang mehr vor inklusiven Schulen, sondern ordnen sich als Institutionen der pädagogischen Rehabilitation, Einrichtungen der Teilhabe und Inklusion unter. An dieser Stelle müssen auch die Auswirkungen des Artikels 19 mit seinen institutionellen Wahlmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und ihren Eltern mit einbezogen werden. Auch der weiter unten aufgeführte Artikel 26 verpflichtet die Vertragsstaaten, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste usw. vorzuhalten, nicht jedoch solche abzuschaffen.

Nach Artikel 25 (Gesundheit) erkennen die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung an. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, wie Menschen ohne Behinderungen haben. Es sei auf den Begriff und den Dienst „gesundheitliche Rehabilitation (health-related rehabilitation)“ hingewiesen (BT-Drucks. 16/10808, S. 25). Jedoch trennt der Begriff gesundheitliche Rehabilitation nicht scharf genug die einzelnen Komponenten des Systems der interdisziplinären Rehabilitation. Zu bedenken gilt dabei, dass es in Deutschland auch den Begriff der komplexen Rehabilitation gibt, wie er z. B. in der DDR gebräuchlich war. Um die Trennschärfe der einzelnen interdisziplinären Disziplinen im System Rehabilitation zu erhärten, wurde hier, wie in der Einleitung erwähnt, von Anfang an der Begriff komplexe gesundheitliche Rehabilitation verwendet.

Nach Artikel 25 lit. b) sind die Vertragsstaaten verpflichtet, Gesundheitsleistungen anzubieten, durch die bei Kindern und Jugendlichen weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden

sollen. Es heißt genau, „ [...] die Vertragsstaaten [...] bieten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen“ (BT-Drs. 16/10808, S. 57).

Der Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) verpflichtet die Vertragsstaaten, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Kinder und Jugendliche 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 Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck sind umfassende komplexe gesundheitliche Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme auf unterschiedlichen Gebieten (insbesondere Gesundheit – vgl. Artikel 25, Beschäftigung – vgl. Artikel 27, Bildung – vgl. Artikel 24, Sozialdienste – vgl. Artikel 28) zu organisieren, zu stärken und zu erweitern. Diese Dienste und Programme sollen im frühestmöglichen Stadium beginnen, die individuellen Bedürfnisse/Bedarfe und die Stärken multidisziplinär und ressourcenorientiert feststellen und so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch im ländlichen Raum. Die Teilnahme soll freiwillig sein. (vgl. BT-Drs. 16/10808, 26; DVfR, 2009; DVfR 2010). Artikel 26 Abs.1 lit. a) der UN-BRK unterstreicht die Vorgaben des § 10 SGB IX mit der Verpflichtung, den individuellen notwendigen Bedarf an Teilhabeleistungen auf eine multidisziplinäre Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken zu basieren.

Degener (2009a, S. 129) wies noch darauf hin, dass der Habilitation und Rehabilitation in der UN-BRK zwar ein eigenständiger Artikel gewidmet wurde, dieser aber nicht als eigenständiges Recht ausgestaltet wurde, denn ein neues Menschenrecht sollte mit der UN-BRK nicht geschaffen werden. Mit dem Artikel 26 werden Habilitations- und Rehabilitationsleistungen und -programme jedoch in den Kontext der Menschenrechte gestellt. Eine Definition von Habilitation und Rehabilitation erfolgte im Artikel 26 der UN-BRK und in der Begründung des Gesetzestextes (BT-Drucks. 16/10808, S. 47 ff.) nicht.

Auch der Artikel 30 (Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport) Abs. 5 lit. d) bezieht sich als diesbezüglich letzter Artikel auf Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, in dem er die Vertragsstaaten verpflichtet sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen gleichberechtigt mit Kindern ohne Behinderungen an Spiel-, Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten teilnehmen können, einschließlich im schulischen Bereich (ebd.). Barrierefreiheit ist hierbei ein wesentlicher Punkt.

### **3.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen der Weltgesundheitsorganisation**

Es gab grundlegende Veränderungen im Bereich der nationalen und internationalen Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen während der Mitte des 20. Jahrhunderts, u. a. durch die Bemühungen behinderter Menschen und ihrer Verbände um Gleichberechtigung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (z. B. Normalisierungsprinzip, Independent Living-Bewegung, Empowerment-Bewegung oder Integration). Dadurch wurde es erforderlich, im Gesundheitsbereich nicht allein die

Akutversorgung von Krankheiten im Blick zu haben, sondern sich stärker auch auf die Folgen von Krankheiten / Gesundheitsstörungen und Behinderungen zu fokussieren. Mit dieser neuen Ausrichtung, d. h., auf die Folgen von Krankheit, war ein neues Paradigma geboren (Schuntermann, 1998, S. 13).

Die ICF wurde wie in der Ausgangslage beschrieben von der WHO unter Teilnahme von Vertretern der Bundesregierung im Jahr 2001 verabschiedet. Die von der WHO autorisierte deutsche Übersetzung unter dem Titel „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit“ erschien im Jahr 2005 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). „Das wichtigste Ziel der ICF ist, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 6).

Die Bereitstellung eines systematischen Verschlüsselungssystems für Gesundheitsinformationssysteme und die Lieferung einer wissenschaftlichen Grundlage für die Kenntnis des Gesundheitszustandes sind weitere Ziele (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, ebd.).

Als heutiger Vorläufer der ICF wurde 1980 von der WHO in Genf erstmals die ICIDH (International Classification of Functioning, Disability and Health) veröffentlicht. Es ergingen dann noch die beiden weiteren Entwürfe ICIDH-2 Beta-1 und Beta-2. Alle Vorgängerklassifikationen versuchten zu erfassen und abzubilden, welche Folgen im Zusammenhang mit einer Krankheit / einer Gesundheitsstörung auftreten können. Letztlich erwies sich das erste Vorgängermodell als zu eindimensional und wenig aussagekräftig. Auch die

ICIDH-2 Beta-1 und Beta-2 genügten den Ansprüchen der Menschen mit Behinderungen und ihren Verbänden nicht (siehe ausführlicher z. B. Becker (2011)). Die ergänzende ICF-CY der WHO berücksichtigte aufbauend auf die ICF die besonderen Belange der Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendlichen (ICF-CY, 2011).

Es erfolgt nun der Übersicht wegen im weiteren Verlauf eine thematische Einschränkung auf das Kindes- und Jugendalter unter Bezugnahme auf die ICF-CY. Die ICF-CY „[...] beruht auf dem Rahmenkonzept der ICF und nutzt eine gemeinsame Sprache und Terminologie“ (ICF-CY, 2011, S. 9).

„Der zentrale Inhalt der ICF [-CY M. H.] ist im Begriff funktionale Gesundheit zusammengefasst. Eine Person ist funktional gesund, wenn vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (materielle, soziale und verhaltensbezogene Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren)

1. Ihre körperlichen und mentalen Funktionen sowie ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten statistischen Normen entsprechen (Konzepte der *Körperfunktionen und -strukturen*),
2. Sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Krankheit / Gesundheitsstörung (im Sinne der ICD-10) 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 Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen oder Aktivitäten erwartet wird (Konzept der *Teilhabe an Lebensbereichen*).

In diesem Zusammenhang spricht die WHO auch von *Funktionsfähigkeit* (functioning). Funktionsfähigkeit umfasst alle Aspekte der funktionalen

Gesundheit“ (Schuntermann, 2011, 69; Hervorhebungen durch Schuntermann).

Der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann mit der ICF-CY objektivierbar kategorisiert und dokumentiert werden. Gegenwärtig sind personenbezogene Faktoren in der ICF-CY nicht klassifiziert, sie gehören aber zum biopsychosozialen Modell als eine Einheit dazu und können vom Anwender der ICF-CY berücksichtigt werden, um interne Barrieren und interne Förderfaktoren zu bestimmen.

Grundlegend orientiert sich die ICF-CY am biopsychosozialen Modell der funktionalen Gesundheit. Die ICF-CY versteht die gesundheitliche Funktionsfähigkeit als eine dynamische Wechselbeziehung zwischen dem gesundheitlichen Zustand einer Person und ihren Kontextfaktoren (d. h. Umweltfaktoren und personengebundene Faktoren). Besteht wenigstens in einer der Komponenten – Körperfunktion und Körperstruktur, Aktivität und Teilhabe bzw. Umweltfaktoren und personengebundene Faktoren – eine Behinderung, dann liegt eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit vor. Im Rahmenkonzept der ICF-CY geht es also nicht um eine Behinderung, wie in Deutschland oft kategorial (z. B. geistige Behinderung, sprachliche Behinderung) verstanden. Vielmehr wird der Begriff dynamische Behinderung verwendet, um zu verdeutlichen, dass die dynamischen Wechselwirkungen innerhalb des biopsychosozialen Modells der funktionalen Gesundheit negativ behindert sein können.

In der Abb. 2 wird diese dynamische Wechselwirkung schematisiert. Die Funktionsfähigkeit eines Menschen in einer spezifischen Domäne wird als eine dynamische Wechselwirkung der Beziehung zwischen Gesundheitsproblem (Folgen der Krankheit und Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit) und Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personengebundene Faktoren)

dargestellt (ICF-CY, 2011, S. 47), wobei „eine Domäne [...] eine praktikable und sinnvolle Menge von miteinander im Zusammenhang stehenden physiologischen [...] [und psychischen M. H.] [...] Funktionen, anatomischen Strukturen, Handlungen, Aufgaben oder Lebensbereichen [...] [ist M. H.]“ (ICF-CY, 2011, S. 29).

In Abb. 2 wird auch die ICD-10 aufgeführt. Es sei erläutert, dass sie die derzeit gültige amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung und Dokumentierung von Krankheitsdiagnosen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland ist. Mit der ICF-CY dagegen wird nicht die Krankheit verschlüsselt und dokumentiert, sondern die Folgen der Krankheit, auf der Ebene der gesundheitlichen Funktionsfähigkeit.

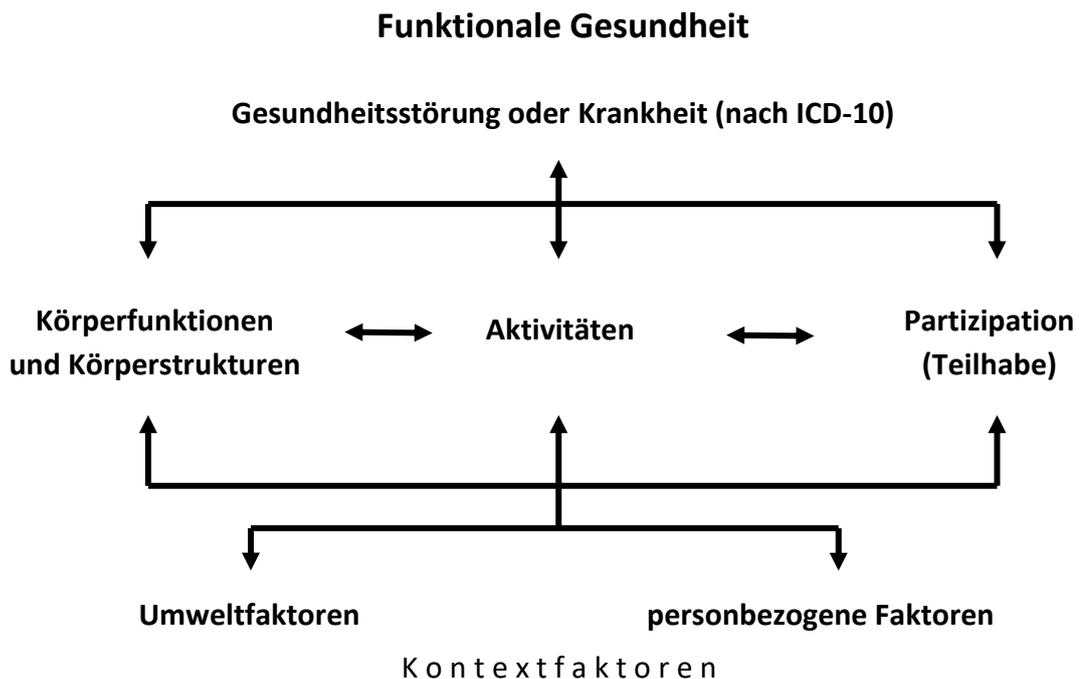
Die ICF-CY besteht aus zwei Teilen und baut als familiäre Ergänzung der ICF auf deren Rahmenkonzept und deren Terminologie auf. Im ersten Teil bezieht sie sich auf die Funktionsfähigkeit und Behinderung und im zweiten auf die Kontextfaktoren. Sie besteht aus drei eigenständigen parallelen Klassifikationen, den drei Komponenten.

Die Funktionsfähigkeit umfasst dabei zwei Komponenten:

- Körperfunktionen: Komponente **b** (**bodyfunctions**) sowie Körperstrukturen: Komponente **s** (**bodystructures**)
- Aktivitäten und Partizipation: Komponente **d** (**life domains**).

Die Kontextfaktoren umfassen eine Komponente:

- Umweltfaktoren: Komponente **e** (**environmental factors**).



**Abb. 2:** Das biopsychosoziale Modell der Komponenten von funktionaler Gesundheit (vgl. ICF-CY, 2011, S. 46)

Ursprünglich umfassen die Kontextfaktoren auch die personengebundenen Faktoren, wie in Abb. 2 dargestellt. „Sie sind jedoch wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit nicht in der ICF klassifiziert“ (ICF-CY, 2011, S. 34).

Die ICF-CY definiert die drei Komponenten folgendermaßen.

- „Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen. Schädigungen sind Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur. Während der Kindheit und Jugend können Schädigungen sich auch als Verzögerungen oder

Rückstand bei der Ausbildung der Körperfunktionen im Entwicklungsverlauf manifestieren“ (ICF-CY, 2011, S. 73).

- „Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Schädigungen sind Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur. Während der Kindheit und Jugend können Schädigungen sich auch als Verzögerungen oder Rückstand bei der Ausbildung der Körperstrukturen im Entwicklungsverlauf manifestieren“ (ICF-CY, 2011, S. 140).

- „Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen. [...] Eine Beeinträchtigung [...] [/ Behinderung M. H.] [...] der Aktivität ist eine Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit, die ein Mensch haben kann, die Aktivität durchzuführen“ (ICF-CY, 2011, S. 161). Aktivitäten werden mit zwei Merkmalen beurteilt: a) der *Leistung* (Umfang und Art der Durchführung einer Aktivität unter realen Lebensbedingungen, hauptsächlich im Kontext der gegenwärtigen Umweltfaktoren) und b) der *Leistungsfähigkeit* (maximales Leistungsvermögen bezüglich der Aktivitäten, welches eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann, unter Testbedingungen). Das Gliederungsprinzip der Kapitel der Aktivitäten in der ICF-CY sind Lebensbereiche (z. B. Mobilität, Selbstversorgung) (vgl. Schuntermann, 2011, S. 72).

„Partizipation ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. [...] Eine Beeinträchtigung [...] [/ Behinderung M. H.] [...] der Partizipation ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogensein in Lebenssituationen erleben kann. Während der Kindheit und Jugend können Beeinträchtigungen [...] [/Behinderungen M. H.] [...] sich auch als Verzögerungen oder Rückstand bei der Ausbildung der Aktivitäten und Partizipation im Entwicklungsverlauf manifestieren“ (ICF-CY, 2011, S. 161).

Schuntermann (2011, S. 72) weist im Übrigen darauf hin, dass die Beurteilung der Partizipation an einem Lebensbereich in der ICF-CY aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen der WHO-Mitgliedsländer nur suboptimal gelungen sei. Als vorläufiger Kompromiss wurde deshalb Teilhabe mit Leistung gleichgesetzt.

- „Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten“ (ICF-CY, 2011, S. 228).

Um den aktuellen funktionalen Gesundheitszustand eines Kindes oder eines Jugendlichen und dessen unmittelbare Umweltfaktoren zu erfassen, zu beurteilen und abzubilden, bietet die ICF-CY ein Klassifikationssystem an. Komponenten, Domänen (z. B. Kapitel), Kategorien und Subkategorien sind dabei die Klassen der ICF-CY.

Die drei oben definierten Komponenten sind jeweils in Domänen gegliedert. „Jede sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF [-CY M. H.] wird *Domäne* genannt. [...] Der Begriff Domäne wird häufig als Oberbegriff für Item-Mengen verwendet“. (Schuntermann, 2009, S. 67).

Die Komponente Aktivitäten und Partizipation d hat z. B. neun Domänen (Domäne: „Lernen und Wissensanwendung“ **d1** des Kapitels 1, Domäne: „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“ **d2** des Kapitels 2, Domäne: „Kommunikation“ **d3** des Kapitels 3, Domäne: „Mobilität“ **d4** des Kapitels 4, Domäne: „Selbstversorgung“ **d5** des Kapitels 5, Domäne: „Häusliches Leben“ **d6** des Kapitels 6, Domäne: „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ **d7** des Kapitels 7, Domäne: „Bedeutende Lebensbereiche“ **d8** des Kapitels 8

und Domäne: „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ **d9** des Kapitels 9 (ICF-CY, 2011, S. 56)).

Die ICF-CY benutzt also die Buchstaben „b“, „s“, „d“ und „e“ zur Bezeichnung der vier Komponenten (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie Umweltfaktoren). „Jedem Buchstaben folgt ein numerischer Kode, der mit der Kapitelnummer (einer Ziffer) beginnt, gefolgt von der zweiten Gliederungsebene [/ Kategorien M. H.] (zweiziffrig) sowie der dritten und vierten Ebene [/ Subkategorien M. H.] (jeweils einziffrig)“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 25).

Die Komponente: *Aktivitäten und Partizipation* **d**, Domäne: „Lernen und Wissensanwendung“ **d1** des Kapitels 1 unterteilt in der zweiten Gliederungsebene in dessen erste Kategorie „Bewusste sinnliche Wahrnehmung“ das „Zuschauen“ **d110**, das „Zuhören“ **d115**, „Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen“ **d120** sowie „Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, anders oder nicht näher bezeichnet“ **d129**. Eine weitere Unterteilung in eine dritte oder vierte Gliederungsebene erfolgt in der ersten Kategorie „Bewusste sinnliche Wahrnehmung“ des Kapitels 1 der Komponente *Aktivitäten und Partizipation* nicht (siehe ICF-CY, 2011).

Ein Beispiel für eine Unterteilung in eine zweite und dann in eine dritte Gliederungsebene findet sich innerhalb der Komponente *Aktivitäten und Partizipation* **d**, Domäne „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“ **d2** des Kapitels 2. So lautet die erste Kategorie „Eine Einzelaufgabe übernehmen“ **d210**. Die erste folgende Subkategorie lautet „Eine einfache Aufgabe übernehmen“ **d2100**. Die zweite „Eine komplexe Aufgabe übernehmen“ **d2101**, die dritte „Eine Einzelaufgabe unabhängig übernehmen“ **d2102**, die vierte „Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen“ **d2103**, die fünfte

„Einzelaufgaben übernehmen, anders bezeichnet“ **d2108** sowie die sechste und letzte Subkategorie in der ersten Kategorie des Kapitels 2 „Einzelaufgaben übernehmen, nicht näher bezeichnet“ **d2109** (siehe ICF-CY, 2011).

Beispiele für die vierte Gliederungsebene finden sich v. a. in den Komponenten *Körperfunktionen* **b** und *Körperstrukturen* **s** der ICF-CY (siehe ICF-CY, 2011).

Der Kode muss nun in der praktischen Anwendung, um aussagekräftig zu werden, mit mindestens einem Beurteilungsmerkmal verbunden werden. Dazu werden die Beurteilungsmerkmale „[...] mit einer, zwei oder mehr Ziffern nach einem Punkt (oder *Separator*) kodiert. [...] Ohne Beurteilungsmerkmale sind Kodes nicht sinnvoll“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 26).

Die allgemeinen Beurteilungsmerkmale beschreiben das Ausmaß eines Problems in allen drei Komponenten. „Ein Problem kann hierbei, je nach betrachtetem Konstrukt, eine Schädigung, eine Beeinträchtigung der Aktivität oder Partizipation [Teilhabe] oder eine Barriere bedeuten“ (ICF-CY, 2011, S. 50). „Die Kodierung des allgemeinen Beurteilungsmerkmals ist einheitlich und lautet zur Kennzeichnung des Ausmaßes oder der Größe wie nachstehend („xxx“ steht dabei für einen beliebigen Kode einer Kategorie oder Subkategorie):

xxx.0	Problem vorhanden	<i>nicht</i> (ohne, unerheblich ...)	kein, 0-4 %
xxx.1	Problem ausgeprägt	<i>leicht</i> (schwach, gering ...)	5-24 %

xxx.2	Problem ausgeprägt	<i>mäßig</i> (mittel, ziemlich ...)	25-49 %
xxx.3	Problem ausgeprägt	<i>erheblich</i> (hoch, äußerst ...)	50-95 %
xxx.4	Problem ausgeprägt	<i>voll</i> (komplett, total ...)	50-95 %
xxx.8	nicht spezifizierbar		
xxx.9	nicht anwendbar		

(ebd.).

Nachfolgend ein Beispiel für die Verbindung eines Codes mit einem Beurteilungsmerkmal. Analog wie oben erfolgt das Beispiel innerhalb der Komponente: *Aktivitäten und Partizipation d*, Domäne „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“ **d2** des Kapitels 2, Kategorie „Eine Einzelaufgabe übernehmen“ **d210**, Subkategorie „Eine einfache Aufgabe übernehmen“ **d2100**. Es erfolgt die Verbindung mit dem Beurteilungsmerkmal „Problem *erheblich* ausgeprägt“ **.4**. So ergibt sich die Kodierung **d2103.4**; das betreffende Kind oder der Jugendliche hat infolge der beeinträchtigten funktionalen Gesundheit erhebliche Probleme, eine einfache Aufgabe zu übernehmen.

Als Besonderheit kann bei den Umweltfaktoren die jeweilige Intensität als Förderfaktor oder als Barrierefaktor beurteilt werden. Dafür wird im Bereich der Kodierung der Umweltfaktoren für die Förderfaktoren der Punkt durch ein Pluszeichen ersetzt. Der Code und das Beurteilungsmerkmal **e2501+3** bedeutet zum Beispiel Komponente „Umweltfaktoren“ **e**, Domäne „Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“ **e2** des Kapitels 2,

Kategorie „Laute und Geräusche“ **e250**, Subkategorie „Laut-/Geräuschqualität“ **e2501**, Beurteilungsmerkmal „Förderfaktor *erheblich* ausgeprägt“ **e2501+3**.

Die Barrierefaktoren werden weiterhin mit dem Punktzeichen verschlüsselt (zum Beispiel Subkategorie „Laut-/Geräuschqualität“ „Barriere *voll* ausgeprägt“ **e2501.4**).

Im zentralen Blickpunkt der ICF-CY stehen das Wachstum, die Entwicklung und das soziale Umfeld von Kindern und Jugendlichen. Die eigene Art der Kognition und der Sprache, das Spiel, Veranlagungen und das Verhalten des sich entwickelnden Kindes trugen zur familiären Ergänzung der ICF in Form der ICY-CY bei (ICF-CY, 2011, S. 15 ff.).

Vier Schlüsselthemen erhielten dabei bei der Ableitung der ICF-CY besondere Aufmerksamkeit:

1. Das Kind im Kontext des familiären Umfelds

Entwicklung ist ein dynamischer Prozess, in welchem die Funktionsfähigkeit des Kindes in bestimmten Lebenssituationen im Kontext seines physischen und sozialen Umfelds betrachtet werden muss (siehe ICF-CY, 2011, S. 15). Die Funktionsfähigkeit des Kindes ist auf die kontinuierliche Interaktion mit der Familie bzw. einem anderen nahen sozialen Umfeld angewiesen. Darin liegt auch die Verantwortung des sozialen Umfelds. Das Kind entwickelt sich „im Säuglingsalter von einer vollständigen Abhängigkeit von anderen für alle Aktivitäten zunehmend zu mehr physischer, sozialer und psychologischer Reife bis zur Unabhängigkeit im Jugendalter“ (ebd.). Auch ist „der Einfluss der

familiären Interaktion auf die Funktionsfähigkeit des Kindes [...] [in den frühen Phasen] [...] der Entwicklung größer [...]“ (ebd.).

## 2. Entwicklungsverzögerung

Bei Kindern ist es von Bedeutung, das Konzept von Verzögerungen beim Auftreten von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe zu berücksichtigen, wenn man den Schweregrad der Beeinträchtigung festlegen möchte. „Kinder und Jugendliche weisen Variationen der Zeitpunkte des Auftretens von Körperfunktionen und -strukturen und der Aneignung von Techniken mit individuellen Unterschieden im Wachstum und der Entwicklung auf“. Verzögerungen „können sich in jeder Domäne manifestieren (z. B. kognitive Funktionen, Sprachfunktionen, Mobilität und Kommunikation), sind altersspezifisch und durch physische wie auch psychologische Faktoren der Umwelt beeinflusst. Diese Variationen im Auftreten von Körperfunktionen und -strukturen oder alltäglichem Einsatz entwicklungstypischer Fähigkeiten definiert das Konzept der Entwicklungsverzögerungen [...]“ (ICF-CY, 2011, S. 15).

## 3. Partizipation / Teilhabe

„Partizipation ist definiert als das ‚Einbezogenensein in eine Lebenssituation‘ und repräsentiert die soziale Perspektive der Funktionsfähigkeit“ (ICF-CY, 2011, S. 16). Die Eigenschaften und das Setting von Lebenssituationen von Kindern und Jugendlichen ändern sich hinsichtlich ihrer Anzahl und ihrer Komplexität während der Entwicklung erheblich. „Sie entwickeln sich von einer Beziehung mit der Hauptbezugsperson hin zum Einzelspiel des sehr kleinen Kindes weiter zum gemeinschaftlichen Spiel, zu Beziehungen zu Gleichaltrigen und der Beschulung von älteren Kindern“ (ebd.). Die Teilnahme an Möglichkeiten zur Teilhabe wird, je jünger ein Kind ist, durch z. B. die Eltern oder die Rehabilitationsdienste bestimmt (siehe ebd.).

#### 4. Lebenswelten

Das biopsychosoziale Modell von funktionaler Gesundheit der ICF-CY verlangt ein besonderes Augenmerk auf die materiellen, sozialen und die einstellungsbezogenen Umweltfaktoren von Kindern und Jugendlichen. Die Eigenschaften und die Komplexität der kindlichen Lebenswelten verändern sich von der Neugeborenenzeit zu früher Kindheit, mittlerer Kindheit und Jugend erheblich (vgl. ICF-CY, 2011, S. 17). Sie gehen einher mit dem Erwerb zunehmender Kompetenz und Unabhängigkeit der Kinder und Jugendlichen. „Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen können als eine Abfolge von Systemen verstanden werden, die sie von nächster Nähe bis zur weitesten Distanz umgeben. Jedes unterscheidet sich dabei vom anderen in seinem Einfluss in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand des Kindes“ (ebd.). Die materiellen und sozialen Umweltfaktoren haben aufgrund der Abhängigkeit des sich entwickelnden Kindes einen entscheidenden Einfluss auf seine Funktionsfähigkeit. „Negative Umweltfaktoren haben häufig einen stärkeren Einfluss auf Kinder als auf Erwachsene“ (ICF-CY, 2011, ebd.).

In der praktischen Anwendung der ICF-CY im direkten Arbeitsalltag erweisen sich die Komplexität und der Umfang der gesamten Klassifikation mit ihren 1424 Kategorien und Subkategorien schnell als Hindernis. Viele Anwender benötigen nur einen kleineren Teil der Klassen der ICF-CY (Kapitel, Gruppen, Kategorien und Subkategorien), welcher auf ihre Institution, ihre Zielgruppe und ihren Arbeitsbereich zugeschnitten ist. Im März 2007 konstituierte sich deshalb die „Deutsche Interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur ICF-CY-Adaptation für den Kinder- und Jugendbereich“ mit der Aufgabe, die Klassen der ICF-CY nach der Relevanz für vier Altersgruppen (0-3, 3-6, 6-12, 12-18 Jahre) zu gliedern und damit ihre Anwendung zu erleichtern (siehe Arbeitsbericht der

Deutschen Interdisziplinären Arbeitsgruppe zur ICF-Adaptation für den Kinder- und Jugendbereich, 2011).

Der Hauptgrund der Arbeitsgruppe für die Gliederung nach Altersgruppen war, dass viele Institutionen Kinder in bestimmten Altersstufen betreuen (z. B. Einrichtungen der Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung). Core-Sets für bestimmte häufige Krankheitsbilder mit den tatsächlich relevanten Domänen und Items zu erstellen, wie es im Erwachsenenbereich für die ICF getan wurde, kam für die Arbeitsgruppe im Rahmen der ICF-CY nicht infrage, da es im Kinderbereich viele seltene Teilehabeproblembilder gibt. Je Bedarf können in Zukunft aber eigene Core-Sets oder Checklisten für eine Einrichtung erstellt werden (vgl. Kraus de Carmargo, Simon, Rosenbaum & Ronen, 2020).

### **3.3 Sozialgesetzbuch IX**

Am 1. Juli 2001 trat das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) in Kraft. Es stellte einen enormen Meilenstein dar, denn bis dato standen Fürsorge (Nachrangigkeit, Bedarfsabhängigkeit, eingeschränktes Wunsch- und Wahlrecht usw.) und Versorgung für/von Menschen mit Behinderungen in Deutschland im Vordergrund. Es gab auch bis dahin unübersichtlich viele verschiedene Gesetze und Verordnungen zur Rehabilitation und Eingliederung von Menschen mit Behinderungen. Mit dem Gesetz wurden die bisher zergliederten Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und zur Eingliederung von Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt und im SGB IX als eigenes Buch zusammengefasst. Damit wurde ein gemeinsamer rechtlicher Rahmen

für eine einheitliche Praxis bei der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe geschaffen.

Als Teil 2 des SGB IX wurde das Schwerbehindertenrecht einbezogen und damit das bis dahin geltende Schwerbehindertengesetz abgelöst. Eine große Errungenschaft des Gesetzes war der damit initiierte Paradigmenwechsel, der den Menschen mit Behinderungen und seine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft an die Stelle von Fürsorge und Versorgung setzte. Im Zentrum standen nun nicht mehr die Spielregeln der Fürsorge, sondern als Ziel des neuen Gesetzes der Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile sowie die Förderung der Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft durch besondere Sozialleistungen (Leistungen zur Teilhabe). Diese Zielsetzung im § 1 SGB IX festgeschrieben, gilt für alle Teilhabeleistungen (§§ 4, 5 SGB IX) für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten, bei denen eine Teilhabebeeinträchtigung bereits eingetreten ist oder droht. Dieses Ziel soll mit medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Leistungen schnell, wirksam, ziel- und bedarfsorientiert, bürgernah, wirtschaftlich und auf Dauer erreicht werden (vgl. BT-Drucks. 14/5074; BAR, 2011; SGB IX, 2006; ausführlich zur Entwicklung des Behindertenrechts, Fuchs, 2006, S. IX-XLIV).

Das SGB IX führt im Gegensatz zur UN-BRK und ICF-CY im § 2 SGB IX einen zweigliedrigen Behinderungsbegriff auf. Jemand ist behindert („Behinderter“), wenn er als Folge von Krankheit (Gesundheitsstörung) erstens eine Abweichung vom alterstypischen Zustand und hierdurch bedingt zweitens eine Beeinträchtigung seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat (vgl. BAGüS, 2009, S. 5). Es sei daran erinnert, dass in der rechtlich unverbindlichen Präambel lit. e) der UN-BRK beschrieben wird, dass eine

Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Sie hat damit, wie bereits oben angemerkt, im Gegensatz zur SGB IX-Definition keine kategoriale Funktion, sondern eine dynamische.

Das SGB IX erfasst nämlich neben Prävention und Rehabilitation, als Sonderstellung Deutschlands und abweichend von der ICF und den WHO-Definitionen, nicht nur Menschen, bei denen schon eine Behinderung eingetreten ist, sondern auch solche, bei denen eine Behinderung droht. Einbezogen sind damit auch chronisch kranke sowie suchtkranke Menschen, soweit bei ihnen die jeweiligen Voraussetzungen gegeben sind. Auch bei drohender Behinderung finden alle Vorschriften des SGB IX Anwendung, wobei eine generelle Gleichstellung der von Behinderung bedrohten mit den tatsächlich behinderten Menschen wie in § 1 Abs. 2 Rehabilitations-Angleichungsgesetz im Rahmen des Neunten Buches nicht möglich ist, da eine Reihe von Leistungen und sonstigen Hilfen nur bei eingetretener Behinderung erbracht wird (BT-Drucks. 14/5074, S. 98).

Der § 2 Absatz 1 Satz 1 (SGB IX) legt die Definition des Teilhabebegriffs der ICF der WHO zugrunde, die, wie oben beschrieben, das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Vordergrund gerückt hat. Die ICF-Orientierung des SGB IX ergibt sich einerseits aus der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 14/5074, S. 98) und andererseits auch aus dem Wortlaut des § 10 SGB IX. Die dort geregelte Verpflichtung der Rehabilitationsträger, den individuellen Leistungsbedarf „funktionsbezogen“ festzustellen, bildet mit dem Wort „funktionsbezogen“ die unmittelbare Verbindung zur ICF. Die Anwendung der ICF in Deutschland ist über die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen

Bundesausschusses der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland (G-BA) verankert.

Das SGB IX steht für die Teilhabeorientierung, d. h., dass nicht mehr die Art und die Schwere einer Erkrankung, wie mit dem Fünften Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V), sondern die Art und die Ausprägung der durch die Krankheit als Folge verursachten Behinderung und/oder Beeinträchtigung von Teilhabe die Indikation für den Anspruch von Rehabilitationsleistungen bilden.

Die Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Teilhabebehinderung:

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Die Teilhabeleistungen unterteilen sich in folgende vier Leistungsgruppen. Zur Teilhabe werden erbracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX).

Folgende Verbindungen des SGB IX bestehen mit der pädagogischen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter: Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX – Leistungsgruppen) beinhalten die Leistungen der pädagogischen Rehabilitation mit, soweit diese Leistungen im Einzelfall zum Erreichen oder zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlich sind. Die pädagogischen Teilhabeleistungen des SGB IX innerhalb der beiden zuständigen Leistungsgruppen (Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) beziehen sich nur auf Kinder und ihr soziales Umfeld bis zur Einschulung. Das hat damit zu tun, dass mit dem Inkrafttreten des SGB IX etwa 60 v.H. der bis dahin insgesamt im Zwölften Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (SGB XII) verankerten Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII herausgelöst und als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX) in das SGB IX überführt wurden. Im SGB XII (Sozialhilfe) befinden sich gegenwärtig noch die Leistungen zu einer angemessenen Schul- und Berufsausbildung behinderter Menschen.

Das SGB IX geht an mehreren Stellen ausdrücklich auf die Situation behinderter oder davon bedrohter Kinder ein (siehe § 26 Abs. 3, § 30, § 33 Abs. 6, § 56). Kinder mit (drohenden) Behinderungen sollen z. B. gemäß ihrem Alter und ihrer Entwicklung an der Planung und Gestaltung der einzelnen Teilhabeleistungen beteiligt werden. Auch die Eltern sollen intensiv in die Planung und die Gestaltung der Teilhabeleistungen einbezogen werden. Den

besonderen Bedürfnissen der Eltern und Kinder soll Rechnung getragen werden (vgl. BT-Drucks. 14/5074, S. 99).

Die pädagogische Rehabilitation wurde jedoch nicht als eigene ebenbürtige Leistungsgruppe innerhalb des Systems der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation in den § 5 SGB IX aufgenommen. Sie wird vielmehr unter die beiden oben genannten Leistungsgruppen subsumiert und mit dem § 56 SGB IX sogar auf den Einzelbegriff „heilpädagogische Maßnahmen“ eingeeengt. Sie spiegelt damit gesetzestextlich nur einen sehr begrenzten Ausschnitt der konzeptionellen Vielfalt der pädagogischen Rehabilitation wider. Die Heilpädagogik ist eine konzeptionelle Strömung von vielen in der pädagogischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, z. B. neben der materialistisch Behindertenpädagogik von Jantzen (1987), wie oben ausgeführt. Deshalb erscheint es fragwürdig, ob dieses gesetzestextliche begriffliche Alleinstellungsmerkmal eines theoretischen Ansatzes noch zeitgemäß ist. Letztlich ist der Begriff „heilpädagogische Maßnahmen“ in eine überbegriffliche Terminologie der pädagogischen Rehabilitation einzuordnen.

Überhaupt muss sich jede Theorie und Praxis der pädagogischen Rehabilitation daran messen lassen, inwiefern sie beachtet, dass das SGB IX für die Teilhabeorientierung und die komplexe gesundheitliche Rehabilitation steht. Nicht mehr die Art und die Schwere der zugrundeliegenden Erkrankung, sondern die Art und die Ausprägung der durch die Krankheit als Folge verursachten Teilhabebehinderung bilden die Indikation für den Anspruch von Teilhabeleistungen der pädagogischen Rehabilitation.

Der § 56 SGB IX betrifft Teilhabeleistungen der pädagogischen Rehabilitation, aktuell in Form von „heilpädagogischen Maßnahmen“, für Kinder, die noch nicht eingeschult sind, unabhängig von Art, Ausmaß und Schwere der Teilhabebehinderung. § 56 Abs. 1 zeigt auf, dass Leistungen der

pädagogischen Rehabilitation als Teilhabeeinzelleistungen erbracht werden können (§ 56 Abs. 1 SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft). Abs. 2 bestimmt, dass die pädagogische Rehabilitation als Komplexleistung in Verbindung mit anderen Teilhabeleistungen zur Früherkennung und Frühförderung erbracht werden kann, sie muss sogar immer Bestandteil der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung sein (§ 56 Abs. 2 i. V. m. § 30 SGB IX, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation). Des Weiteren können pädagogische Teilhabeleistungen nach SGB IX § 55 Satz 2 weitere unbestimmte Hilfeformen umfassen.

### **3.4 Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK**

Der Nationale Aktionsplan (NAP) als politische Gesamtstrategie zur innerstaatlichen Umsetzung der UN-BRK ist von der Bundesregierung am 15. 6. 2011 unter dem Motto „„einfach machen‘ – Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft““ beschlossen worden. Er ist gemeinsam mit den zuständigen Ressorts der Bundesregierung, den Ländern und Kommunen und unter Beteiligung von Menschen mit Behinderungen, ihren Verbänden und Institutionen sowie einem breiten Kreis weiterer interessierter staatlicher und zivilgesellschaftlicher Akteure entwickelt worden.

Der NAP ist für einen Wirkungszeitraum von zehn Jahren (2011 bis 2020) angelegt, er soll jedoch während dieser Zeit kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert werden. Der NAP umfasst in etwa 200 Maßnahmen aus allen Lebensbereichen, wobei Leitgedanke und zentrales Handlungsprinzip die Idee der Inklusion ist (vgl. BMAS, Berlin, 2011).

Er orientiert sich an zwölf Handlungsfeldern sowie weiteren Querschnittsthemen. Diese zwölf Handlungsfelder sind: 1. Arbeit und Beschäftigung, 2. Bildung, 3. Prävention, Rehabilitation, Gesundheit, 4. Kinder, Jugendliche, Familie und Partnerschaft, 5. Frauen, 6. ältere Menschen, 7. Bauen und Wohnen, 8. Mobilität, 9. Kultur und Freizeit, 10. gesellschaftliche und politische Teilhabe, 11. Persönlichkeitsrechte und 12. internationale Zusammenarbeit. Die zusätzlich behandelten Querschnittsthemen sind: Gender-Mainstreaming, Migration, Vielfalt der Behinderung, Barrierefreiheit, selbstbestimmtes Leben, Assistenzbedarf und Gleichstellung.

Im vorliegenden ersten NAP betreffen Kinder mit Behinderungen das zweite Handlungsfeld (Bildung) und das vierte Handlungsfeld (Kinder, Jugendliche, Familie und Partnerschaft). Bildung bezieht sich dabei auf Artikel 24 der UN-BRK und umfasst mit dem Handlungsfeld Kinder, Jugendliche, Familie und Partnerschaft zusammen drei zentrale Zielbereiche. Neben der schulischen Bildung geht es um die inklusive Kinderbetreuung und die Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung.

Das dabei übergeordnete Richtziel soll sein, dass Kinder mit Behinderung in ihrer Teilhabe und ihrer Entwicklung gefördert und gestärkt werden und Zugang zur gemeinsamen Bildung erhalten (BMAS, 2011, S. 47). Es wird als Leitgedanke der inklusiven Bildung politisch bestimmt, dass jedes Kind auf die Schule seiner und seiner Eltern Wahl gehen können soll, also zwischen Regel- oder Förderschule frei entscheiden kann. Von einer Abschaffung von sonderpädagogischen Förderschulen ist keine Rede (vgl. BMAS, 2011, S. 14).

### **3.5 Terminologie der pädagogischen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter**

Dieses Teilkapitel verwendet den veröffentlichten Beitrag von Harm vom 10.11.2015 im Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht mit dem Titel „Terminologische Klarheit als Wegbereiter für die praktische Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer funktionellen Gesundheit“ (Harm, 2015). Der Beitrag wurde an einigen Stellen gekürzt, aktualisiert und erweitert. Er wurde deshalb aufgegriffen, weil im nachfolgenden terminologische Differenzen zwischen der UN-BRK, der ICF-CY und dem SGB IX aufgezeigt werden sollen. Danach wird daraus ableitend eine terminologische Konvention der pädagogischen Rehabilitation vorgeschlagen.

#### **3.5.1 Terminologische Differenzen**

Die internationale Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) ist das erste universelle Menschenrechtsinstrument, das den anerkannten Katalog der Kernverträge des Menschenrechtssystems der Vereinten Nationen ergänzt und auf die Situation von behinderten Menschen mit Beeinträchtigungen zuschneidet, um ihre Chancengleichheit in der Gesellschaft zu fördern. Die UN-BRK legt in der Präambel lit. e) und in Art. 1 ein eigenes Verständnis von Behinderung und der auf sie bezogenen Leistungen, Rechte und Pflichten nahe. Dies erfordert eine neue Ausrichtung dessen, was unter Behinderung verstanden wird (siehe Welti 2013; Welti 2014).

Konkret wird in der rechtlich unverbindlichen Präambel lit. e) der UN-BRK beschrieben, dass sich das Verständnis von Behinderung ständig weiterentwickelt und dass eine Behinderung aus der Wechselwirkung

zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Art. 1 S. 2 UN-BRK definiert: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Behinderung hat damit im Gegensatz zu der Behinderungsdefinition des SGB IX keine kategoriale Funktion, sondern wie die ICF-CY eine dynamische. Dynamisch heißt, dass der Behinderungsbegriff die Veränderungen des Alltags in der Gesellschaft und die Anschauungen und die Einstellungen von nicht behinderten Menschen gegenüber behinderten Menschen ebenso mit einbezieht wie das gewandelte Rollenverständnis behinderter Menschen selbst (FbJJ, 2013, S. 41).

Bei genauerer Betrachtung des Textes der UN-BRK-Präambel lit. e) sowie des Art. 1 fällt auf, dass hier begrifflich zwischen Behinderung, Beeinträchtigungen und Barrieren unterschieden wird. Das Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) weist in seinem „Gesetzesentwurf zur sozialen Teilhabe“ als Erstes auf eine notwendige terminologische Differenzierung hin (FbJJ, 2013, S. 60.). Dem Vorschlag, im SGB IX den Begriff „Behinderung“ durch „Beeinträchtigung“ zu ersetzen, ist zuzustimmen (ebd.).

Die vom FbJJ vorgelegte Definition von Beeinträchtigungen berücksichtigt das negative Wechselverständnis der auf einer gesundheitlichen Schädigung beruhenden Einschränkung einer körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit, seelischen Gesundheit oder Sinneswahrnehmung zu üblichen alltäglichen Anforderungen (ebd.). Die genannten Einschränkungen beziehen sich jedoch

nur auf langfristige Beeinträchtigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF. Es fehlen in der vorgeschlagenen Definition die anderen ICF-Komponenten wie Aktivitäten und Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen sowie die Zugangsbarrieren in der unmittelbaren sozialen Umwelt.

Des Weiteren haben die Leistungen der sozialen Rehabilitation zur komplexen gesundheitlichen Rehabilitation in ihrem Kern nicht die Leistungen der pädagogischen Rehabilitation zum Inhalt. Die soziale Rehabilitation umfasst dagegen als eigene Komponente der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation die sozialen Maßnahmen, Dienste und Programme zur rehabilitativen Einflussnahme auf bestehende Zugangsbarrieren für Menschen mit funktionalen Beeinträchtigungen bzw. drohenden und zur Förderung der sozialen Funktionsfähigkeit von Menschen mit funktionell-gesundheitlichen Beeinträchtigungen in unterschiedlichsten sozialen Situationen.

Die ICF[-CY M. H.] verwendet zwei Behinderungsbegriffe, welche wesentlich weiter gefasst sind als der zweigliedrige Behinderungsbegriff des SGB IX (Schuntermann, 2009, S. 34).

Der *allgemeine Behinderungsbegriff* der ICF-CY (auch bezeichnet als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit oder als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit) wird definiert: *„als das Ergebnis der negativen Wechselwirkungen zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit, d. h. jede Beeinträchtigung der funktionellen Gesundheit“* (ebd.).

Mit anderen Worten ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkungen eine allgemeine Behinderung der funktionalen Gesundheit. Dieser

Behinderungsbegriff dient als Oberbegriff für Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit auf der Ebene der ICF-CY-Komponenten Körperfunktionen/-struktur, Aktivitäten oder Teilhabe. Der *spezielle Behinderungsbegriff* der ICF-CY wird definiert als „[...] *das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem [ICD-10 M. H.] und ihren Kontextfaktoren auf ihre Teilhabe in einem Lebensbereich*“ (ebd.).

Offen bleibt in der Definition des speziellen Behinderungsbegriffs die Rolle der ICF-CY-Komponenten Körperstrukturen und Körperfunktionen. Demnach müsste es ergänzend heißen, dass die spezielle Behinderung das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperstrukturen und Körperfunktionen und ihre Teilhabe/Leistung in einem Lebensbereich sei. Die beeinträchtigten Körperstrukturen und Körperfunktionen infolge eines Gesundheitsproblems bedürfen einer konzeptionellen Konkretisierung, wenn diese nicht im Gesundheitsproblem bzw. einer Schädigung im Sinne der ICD-10 verbleiben wollen.

Die im deutschen Sozialrecht verwendeten Behinderungsbegriffe sind uneinheitlich und primär kategorisch angelegt. Das SGB VIII verwendet z. B. „*seelische Behinderung und drohende seelische Behinderung*“ (Fuchs, 2004, S. 32) und das SGB XII klassifiziert den Begriff „*wesentliche und drohende wesentliche Behinderung*“.

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

Es verbindet Behinderung in seinem zweigliedrigen Behinderungsbegriff zum einen mit der Zeitkomponente. Eine Behinderung tritt als Folge von Krankheit einschließlich chronischer Krankheiten dann ein, wenn eine mindestens sechsmonatige Abweichung vom alterstypischen Zustand vorhanden ist. *„Unter dem für das jeweilige Lebensalter untypischen Zustand ist der Verlust oder die Beeinträchtigung von normalerweise vorhandenen körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelischer Gesundheit zu verstehen“* (BT-Drucks. 14/5074, S. 98).

Zum anderen wird die Definition von Behinderung unmittelbar mit der beeinträchtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbunden. Um als behindert nach dem SGB IX zu gelten, muss die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit des Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und eine Teilhabebeeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft vorliegen. Im § 2 Abs. 1 S. 2 SGB IX folgt: *„Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Teilhabebeeinträchtigung zu erwarten ist.“*

### **3.5.2 Vorschlag einer terminologischen Konvention**

Angesichts der definatorischen Vielfalt wird im Folgenden eine aus dem Kern der UN-BRK, der ICF und des SGB IX stimmig abgeleitete Terminologie notwendig und vorgeschlagen. Dies betrifft: • Behinderung, • Funktionale Teilhabebeeinträchtigungen, • Zugangsbarrieren, • Integration und Inklusion, • Inklusiv Teilhabe, • Habilitation und Rehabilitation, • Gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung, • Pädagogische Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter sowie • Zielgruppe der pädagogischen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter.

Im Einzelnen:

- Behinderung

Behinderung beschreibt einen dynamischen Zustand, der sich aus der negativen Wechselwirkung zwischen Kindern und Jugendlichen mit funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihren äußeren einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entwickelt, die sie an ihrer selbstbestimmten, unabhängigen, vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hindern. Eine Behinderung wird in Verbindung mit inklusiver Teilhabe als ein sich in einer inklusiven Gesellschaft auflösender Begriff eingeordnet. Weiter gedacht im Sinne der UN-BRK würde eine Gesellschaft erfordert, in welcher jeder Mensch nach seinen Bedürfnissen leben könnte und es keiner Ausgleichsleistungen für die beeinträchtigte Teilhabe mehr bedürfte.

- Funktionale Teilhabebeeinträchtigungen

Funktionale Beeinträchtigungen der Teilhabe von Kindern und Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft beruhen auf den längerfristigen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems [im Sinne der ICD-10, M. H.] derselben. Sie betreffen die negative Wechselwirkung im Sinne der ICF zwischen der gesundheitlichen Funktionsfähigkeit ihrer Körperfunktionen und -strukturen, des Leistungsniveaus ihrer Aktivitäten sowie die für sie bestehenden äußeren Zugangsbarrieren in Bezug auf die üblichen alltäglichen Anforderungen in den für sie bedeutenden Lebensbereichen und -situationen.

- Zugangsbarrieren

Zugangsbarrieren sind Erschwernisse oder Blockaden, die die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit funktional-gesundheitlichen

Beeinträchtigungen am Leben in der Gesellschaft oder ihre Eintritte in ihre unmittelbare physische und soziale Umwelt hindern.

- Integration und Inklusion

Die Begriffe Integration und Inklusion umfassen in ihrem lateinischen Ursprung den ähnlichen Sachverhalt. Sie ergänzen sich in Bezug auf die komplexe gesundheitliche Rehabilitation und Teilhabe, schließen sich nicht aus und drücken auch keine Hierarchie aus. Da diese Begriffe jedoch mittlerweile in die pädagogische Fachsprache eingeführt sind, muss ihnen für die pädagogische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit jeweils ein bestimmter Sinn zugeschrieben werden.

Gleichzeitig sind dabei beide Begriffe inhaltlich mit dem UN-BRK-Ziel zu verbinden, welches besagt, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung und/oder Beeinträchtigungen gleichberechtigt mit anderen Kindern oder Jugendlichen ohne Behinderung und/oder Beeinträchtigungen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können und die Vertragsstaaten verpflichtend alle erforderlichen Maßnahmen vorhalten, um dies zu gewährleisten (vgl. BT-Drs. 16/10808, Art. 7 UN-BRK).

Integration von Kindern und Jugendlichen mit funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen: Der Begriff Integration leitet sich aus dem lateinischen Verb „integrare“ (eingliedern) / Substantiv „integratio“ (Eingliederung) ab. Er wird hier als die Schaffung und den dauerhaften Vorhalt aller angemessenen Vorkehrungen eines Vertragsstaates im Sinne der UN-BRK verstanden, um die strukturelle Grundlage zu bilden, in welcher Kinder und Jugendliche mit (drohenden) funktionalen Beeinträchtigungen in die Gesellschaft eingegliedert werden können.

Angemessene Vorkehrungen bedeutet dabei, die Anpassung der Gegebenheiten, um zu gewährleisten, dass Kinder und Jugendliche mit (drohenden) funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können. Die angemessenen Vorkehrungen beinhalten z. B. die im Gesundheits- und Sozialwesen erforderlichen gesellschaftlichen und öffentlichen Strukturen und Maßnahmen sowie die integrative Bildung und Erziehung, von Rehabilitationsdiensten und Präventionsmaßnahmen (vgl. Aichele, 2008, S. 6).

Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit (drohenden) funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen: Der Begriff Inklusion leitet sich aus dem lateinischen Verb „includere“ (einschließen, im Sinne von einbinden)/ Substantiv „inclusio“ (Einschluss, Einbindung) ab. Er wird hier als realer und gelebter Einschluss von Kindern und Jugendlichen mit funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen ohne Nachteile im Verhältnis zu Kindern und Jugendlichen ohne funktional-gesundheitliche Beeinträchtigungen innerhalb bestehender integrativer gesellschaftlicher Strukturen inmitten ihrer Lebenswelten verstanden.

Nach Art. 7 Abs. 1 UN-BRK bekräftigen die Vertragsstaaten, dass Kinder und Jugendliche mit funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen gleichberechtigt mit anderen Kindern und Jugendlichen ohne funktional-gesundheitliche Beeinträchtigungen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können müssen.

Das bedeutet, dass die nachstehenden acht allgemeinen Grundsätze der UN-BRK in der deutschen Gesellschaft in vollendeter Inklusion für Kinder und Jugendliche mit (drohenden) Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit real gültig sind: 1. Gesellschaftliche Achtung der Menschenwürde,

der individuellen kindlichen Autonomie, die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie freie Selbstbestimmung und freie Meinungsäußerung; unter angemessener Berücksichtigung entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife, 2. Nichtdiskriminierung, 3. umfassende kindgerechte Teilhabe an der Gesellschaft, 4. gesellschaftliche Achtung und Akzeptanz der Unterschiedlichkeit von Kindern mit Behinderungen, 5. Chancengleichheit, 6. Barrierefreiheit, 7. Gleichheit zwischen Jungen und Mädchen und 8. gesellschaftliche Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

- Inklusive Teilhabe

Inklusive Teilhabe umfasst die selbstbestimmte, unabhängige, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe funktional-gesundheitlich beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher am Leben in inklusiven gesellschaftlichen Strukturen, Sozialräumen und -quartieren unter gesamtgesellschaftlicher Wertschätzung und Anerkennung von Verschiedenheit.

- Habilitation und Rehabilitation

Habilitation und die komplexe gesundheitliche Rehabilitation sind ein zweckgerichteter und zeitbegrenzter Prozess. Dieser soll es Kindern und Jugendlichen mit funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen ermöglichen, ein Niveau ihrer gesundheitlichen Funktionsfähigkeit zu erreichen, wieder zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. Damit soll ihre selbstbestimmte, unabhängige, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den für sie bedeutenden Lebensbereichen und -situationen ermöglicht und nachhaltig gesichert werden. Sie beinhalten die Komponenten medizinische, pädagogische,

berufliche, soziale, technische und ökonomische Habilitation und Rehabilitation.

- **Gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung**

Im gestuften Präventionssystem nimmt die Verhütung der zunehmenden Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ihren Platz in der tertiären Prävention ein. Die funktionale gesundheitliche Prävention hat das Ziel, Gesundheit, Lebensqualität, altersangemessene Eigenverantwortung und Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen mit beeinträchtigter funktionaler Gesundheit zu erhalten und zu verbessern sowie die gesundheitlichen Ressourcen des Kindes und Jugendlichen und des sozialen Umfelds zu stärken. Dies erfolgt durch Mittel der funktional gesundheitlichen Aufklärung und Beratung sowie durch spezifische Leistungen der gesundheitlichen Prävention. Gesundheitsförderung umfasst den Aufbau individueller gesundheitlicher Kompetenzen sowie gesundheitsförderlicher Strukturen, um das Maß an altersangemessener Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu stärken (siehe Präventionsgesetz – PräVG, 2015).

- **Pädagogische Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter**

Die pädagogische Rehabilitation ist eine eigenständige Komponente der gesundheitlichen Prävention sowie der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und Habilitation. Sie umfasst Maßnahmen, Dienste und Programme bzgl. der Bildung und der Erziehung im Sinne der individuellen Entwicklungs- und Persönlichkeitsförderung von Kindern und Jugendlichen mit drohenden oder bestehenden funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen, unter Einbezug des unmittelbaren sozialen Umfelds. Die pädagogische Rehabilitation richtet ihre Maßnahmen, Dienste und Programme darauf aus, die funktionalen gesundheitlichen

Beeinträchtigungen und die bestehenden Zugangsbarrieren abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern. Sie bezweckt damit, eine Verschlimmerung zu verhüten oder negative Folgen abzumildern, um die altersgerechte kindliche Selbstbestimmung sowie die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe der Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Die pädagogische Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter kommt als Komponente der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation immer dann zum Einsatz, wenn durch ihre eigenständigen Maßnahmen, Dienste und Programme allein die funktional-gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorhandenen Zugangsbarrieren abgewendet, beseitigt, gemindert, ihre Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen gemildert werden können, um die selbstbestimmte kindliche Teilhabe zu fördern.

- Zielgruppe der pädagogischen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter

Zielgruppe der Maßnahmen, Dienste und Programme der pädagogischen Rehabilitation sind Kinder und Jugendliche mit drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigungen ihrer funktionalen Gesundheit. Die funktionalen Gesundheitsbeeinträchtigungen und/oder vorhandenen Zugangsbarrieren umfassen alle dabei möglichen Arten und Schweregrade, welche derzeit mit der ICD-CY abgebildet werden.

#### **4 Konzeption einer Fortschreibung der Rehabilitationspädagogik**

Das biopsychosoziale Modell der ICF findet, ebenso wie der Begriff der dynamischen Wechselwirkungen, im Grunde seinen Ursprung bei Wygotski in den Zwanzigerjahren (siehe Kapitel 2.1) und wird beibehalten. Ein heutiger Zeitgenosse mit dem aktuellen Bild vom Menschen als komplexe biopsychosoziale Einheit ist der Philosoph K.-F. Wessel. Er schuf die Theorien der Humanontogenetik. Sie wurden ebenfalls als ein biopsychosozialer Vorgang konzipiert. Die Humanontogenetik stellt dabei insbesondere mit ihren Konzepten der ganze Mensch, der Souveränität, der Kompetenzen sowie der sensiblen Phasen einen Kontext für die aktuelle Rehabilitationspädagogik dar. Im Kapitel 4.1.1 werden die grundlegenden Ideen der Humanontogenetik zusammenfassend dargestellt.

Die Rehabilitationspädagogik in den Sechziger-/Siebzigerjahren in der DDR unter der Federführung von Becker entstanden, bietet mit den Ergebnissen der Diskussion des Entwicklungspotentials und der Grenzen der Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv im Kapitel 2.5 die Möglichkeit, als konzeptionelle Quelle für die Entwicklung einer aktuellen Rehabilitationspädagogik zu dienen. In der Fortschreibung werden die wissenschaftlichen Fortschritte auf den Gebieten der biopsychosozialen Wissenschaften, der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, der ICF und des Rahmens des Sozialgesetzbuchs IX in Deutschland berücksichtigt.

In der nachstehenden Konzeption wird deshalb als Ergebnis der „kritisch-konstruktiven Diskussion“ im Kapitel 2.5 sowie des Vorschlags einer terminologischen Konvention im Kapitel 3.5.2 das Konzept der Lernbehinderung von Becker in das Konzept der Lernhemmung überführt, der Bezug zum Lernen als zentraler Vorgang der individuellen

Persönlichkeitsentwicklung sowie zum Lernen als der rehabilitationspädagogische Zutritt wird beibehalten. Die Äußerungsbereiche einer Lernhemmung, ehemals Lernbehinderung, werden begrifflich erweitert. Die Annahme, dass sich eine Lernhemmung unter dem Gesichtspunkt des Tätigseins äußert, wird ebenso beibehalten. Die Äußerungsweisen der Lernhemmung, ehemals Lernbehinderung, werden weitergeführt. Die allgemeine Bestimmung der Rehabilitationspädagogik erfolgt neu, ebenso die Bestimmung derer Quell-, Entwicklungs-, und Nachbarwissenschaften. Des Weiteren werden die rehabilitativen Methoden von Becker in Anlehnung von ihm an Sovák weitergeführt. Die Disziplinen der Rehabilitationspädagogik werden in den Fachterminus Wirkungsdisziplinen überführt und komplett neu bestimmt. Als neuer Fachterminus wird Wirkungsgebiete eingeführt und neu konzipiert. Aktualisiert werden der rehabilitationspädagogische Unterstützungsbedarf sowie die rehabilitationspädagogische Prävention. Am Ende erfolgt eine neue Beschreibung des rehabilitationspädagogischen Prozesses.

#### **4.1 Theoretisch-methodologische Positionen der Rehabilitationspädagogik**

##### **4.1.1 Humanontogenetik**

Die nachfolgend beschriebenen grundlegenden Ausführungen zur Humanontogenetik beziehen sich vorrangig auf die Aussagen von Wessel (1998; 2002 und 2007). Die Inhalte werden rezipiert und deren Relevanz für die weitere Theorieentwicklung der Rehabilitationspädagogik herausgearbeitet.

Der Gegenstand

Die Humanontogenetik ist eine junge im interdisziplinären Kontext entstandene Disziplin. Sie ist keine philosophische Disziplin, sondern eine

Humanwissenschaft, welche die Ontogenese in den Mittelpunkt ihrer komplexen Betrachtungen rückt.

Ihr Gegenstand ist die individuelle Entwicklung des komplexen Systems des menschlichen Individuums über die gesamte Phase des Lebens. Die humanontogenetische Sichtweise bezieht den ganzen Menschen ein, und eine lebenslange Entwicklung wird als Daseinsweise des Individuums angenommen. Die Humanontogenetik erforscht die Entwicklung des Menschen von der Konzeption bis zum Tode, wobei der Mensch als Prozess der zentrale Ausgangspunkt ist.

Die zwei wichtigsten sich gegenseitig bedingenden Annahmen für diese Sichtweise sind einerseits die Betonung der komplexen biopsychosozialen Einheit Mensch und andererseits die irreversible Folge von Zuständen in der Ontogenese sowie der äußerst komplizierte Mechanismus der einzelnen Phasen ihres Überganges. Durch die Verbindung der These von der biopsychosozialen Einheit mit der lebenslangen Entwicklung sollen das Gewordensein und das Werden des Individuums möglichst umfassend erforscht werden. Es gilt, das Individuum in seinem wirklichen Dasein, also in der Zeit zu erfassen. Der Grundsatz einer lebenslangen Entwicklung ist ein Leitfaden für die komplexe und komplizierte Analyse des irreversiblen Prozesses individuellen Daseins. Die Humanontogenetik ist somit Entwicklungs- und Querschnittswissenschaft zugleich.

Der Begriff biopsychosoziale Einheit Mensch und Zeitwesen Mensch

Die Humanontogenetik versteht den Menschen als hochkomplexe Einheit personaler, biotischer und psychischer Zustände und Prozesse, eingebettet in soziokulturelle Kontexte und Vorgänge. Die Entwicklungsmechanismen der

Ontogenese werden, soweit dies überhaupt möglich ist, unter der Voraussetzung eines Gegenstandes betrachtet, der mehr ist als die summarische Zusammenfügung biotischer, psychischer und sozialer Bereiche, wobei der soziale Bereich auch Kultur und Gesellschaft einschließt.

Das menschliche Individuum ist stets ein werdendes und in seiner komplexen Natur nicht auf eine der drei Ebenen reduzierbar, kann also auch auf keiner Ebene hinreichend beschrieben werden. Es ist Aufgabe der Humanontogenetik, die in dem Begriff biopsychosoziale Einheit unterstellte strukturelle Betrachtung stets und von vornherein mit der evolutionären Betrachtung zu verbinden, und zwar so, dass einerseits die Systemzeit der Humanontogenese als konstitutionelles Moment gilt, aber andererseits stets die Evolution zu diesem System hin, also die Phylogenese, beachtet wird.

Der Begriff biopsychosoziale Einheit verweist auf einen wissenschaftlichen Erfahrungsraum, der Komplexität und Zeit methodisch miteinander verbindet. Das Individuum ist nur in der Zeit existent und deshalb gilt es das Individuum in seinem wirklichen Dasein, also in der Zeit zu erfassen. Es wird als Werden von der Konzeption bis zum Tode verstanden und nicht als momentane Erscheinung. Das Prinzip der Einheit von Komplexität und Zeit ist für die Humanontogenetik fundamental.

#### Die lebenslange Entwicklung

Die Daseinsweise des menschlichen Individuums ist die lebenslange Entwicklung. Sie ist im Unterschied zur Veränderung ein irreversibler Prozess. In jeder Phase des Daseins gibt es Entwicklung. Entwicklung bedeutet, dass stets ein Zustand durch einen anderen abgelöst wird und ein Zurück nicht möglich ist. Die Humanontogenetik fokussiert sich auf die Mechanismen der Übergänge

von einem Zustand in den anderen, die zur Irreversibilität führen. Die lebenslange Entwicklung des menschlichen Individuums ist ein fortlaufender Prozess von Auf- und Abbau in der Form, dass Fähigkeiten auch verloren gehen, aber auch neue hinzuwachsen können. Jeder Aufbau ist mit Abbau verbunden. Beide korrespondieren dann miteinander, wenn es sich um Entwicklung handelt.

Die Humanontogenetik teilt konzeptionell die menschliche Ontogenese in drei große Phasen ein, um die Möglichkeit einer lebenslangen Entwicklung zu erklären. Die Theorie geht von drei Lebensphasen aus:

- Reifungsphase (Lernphase),
- Leistungsphase,
- Erfahrungsphase.

Jedes Individuum kann nur an Maßstäben gemessen werden, die der Lebensphase entsprechen, in der es sich aufhält. In jeder Phase lassen sich auch die jeweils anderen Merkmale anwenden, aber sie dominieren nicht, d. h., sie definieren nicht die Qualität der Phasen. Das Kind ist eben in diesem Sinne nicht das „noch nicht erwachsene“ Wesen. Kindsein ist ein eigener Wert, der nur an den Maßstäben gemessen werden kann, die der kindlichen Phase eigen sind.

### Die Souveränität

Die Souveränität als eine Kategorie der Humanontogenetik ist die Fähigkeit des Individuums, über die eigenen inneren Angelegenheiten zu verfügen. Das Individuum kann dabei stets Änderungen in dieser Verfügung vornehmen. Das heißt, ein souveränes Individuum hat die Verfügungsgewalt über seine inneren Angelegenheiten. Verfügungsgewalt bedeutet z. B. handeln, wirken, arbeiten,

Einfluss nehmen, seinen Platz bestimmen oder behaupten. Die inneren Angelegenheiten sind die Kompetenzen und das hierarchische System der Kompetenzen.

Souveränität ist der Akt der Beherrschung der eigenen Angelegenheiten und sie ist ein Maß für das Menschsein, für die Art und Weise, wie der Mensch mit sich selbst umgeht. Souveränität ist ein dynamischer und irreversibler Prozess. Das größte und zentrale wesentliche Schutzbedürfnis des Menschen besteht für alle Altersstufen im Werden und Erhalten der Souveränität. Ein jeder Mensch, das Kind in besonderer Weise, fühlt die Einschränkung der Souveränität.

Die Art und Weise der Beherrschung der inneren Angelegenheiten bzw. Kompetenzen macht Individuen im Wesen vergleichbar, und eben nicht deren Verschiedenheit. Es ist also hinsichtlich der Souveränität nicht entscheidend, wie entfaltet z. B. die kognitive Kompetenz ist, sondern wie das Individuum damit umzugehen vermag.

„Souverän ist derjenige, ohne es jeweils zu reflektieren, der den Widerspruch zwischen Voraussetzung und Möglichkeit beherrscht und dies sowohl dann, wenn er sich die Möglichkeit noch erwerben kann, als auch oder besonders dann, wenn unübersteigbare Grenzen vorhanden sind. Die souveräne Persönlichkeit entwickelt ein Gefühl, dies ist eine Eigenschaft des Systems der Kompetenzen, für Mögliches und Unmögliches. Sie holt ihre Bewertung aus der Kenntnis der Qualität der eigenen Kompetenzen und sie vermag Stagnation, Deformation, Diffusion und Kompensation zu begegnen und aufzunehmen“ (Wessel, 2007, S. 95).

Zeit: Souveränität ist die Beherrschung der Zeit oder noch genauer: des Zusammenhangs von Komplexität und Zeit hinsichtlich des Systems der Kompetenzen. Die Verfügungsgewalt über die inneren Angelegenheiten, also

die Beherrschung der eigenen Kompetenzen ist somit immer eine Verbindung von Vergangenheit und Zukunft. Alle Verknüpfungen im System der Kompetenzen, die im Prinzip das menschliche Gehirn vollzieht bzw. koordiniert, haben eine ontogenetische Voraussetzung.

Es gibt zwei Arten von Prozessen, die das Individuum unter dem Gesichtspunkt der Souveränität miteinander verbinden muss. Die eine Art ist die eigene Ontogenese und die andere die Geschichte des Menschen, einschließlich der Phylogenese und der Zeitgeschichte.

Umwelt: So sehr der Begriff Souveränität die innere Ordnung, die Verfügungsgewalt über die inneren Angelegenheiten betont, ist dies kein Ausschluss der Umgebung. Die Umgebung des Individuums ist für den Prozess des Werdens der Souveränität bedeutsam. Das Individuum ist und bleibt abhängig von den Möglichkeiten, die die Umgebung bietet: Die Ernährung der Mutter in der pränatalen Phase, die Bewegungsmöglichkeiten, die Anregungen für die Wahrnehmung, die Angebote und Prozesse von Erziehung und Bildung liegen nicht in der Verantwortung des Individuums, jedenfalls nicht in der frühen Phase und später auch nur begrenzt.

Die vorgeschlagene Definition der Souveränität verweist darauf, dass das Innere primär ist; es kennzeichnet das Wesen des Individuums, sein Gewordensein und seine Möglichkeiten. Aber immer ist das Gewordene die Verinnerlichung der Umgebung. Das Innere ist die manifest gewordene Umgebung der Vergangenheit. Insofern ist Umgebung, also auch Gesellschaft oder Gemeinschaft, immer präsent und dies zudem in irreversibler Weise. Es gibt die je eigene Welt des Individuums. Das Eigene ist die spezifische Ordnung einer Welt, die allen gehört. Das Individuum kommt, wenn es um seine eigene Entwicklung geht, nicht um die Verhältnismäßigkeit des Eigenen zum Anderen herum.

„Souveränität ist die Verfügungsgewalt über die jeweiligen inneren Angelegenheiten, also vom Kleinkind bis zum Erfahrungsmenschen. Es geht eben nicht darum, wie ausgeprägt eine Kompetenz ist, sondern um die der Entwicklung in der Ontogenese gemäße Ausprägung oder Ausbildung. Ein Kind ist und wirkt souverän, wenn es mit dem Zur-Verfügung-Stehenden umzugehen weiß, an die Grenzen stoßend nicht übermäßig ungeduldig wird, sondern Versuch auf Versuch folgen lässt oder auch aufgibt im Spiel und sich neuen Möglichkeiten zuwendet“ (Wessel, 2007, S. 96). Natürlich sind viele Unbedachtheiten, Irrtümer eingeschlossen, dafür steht das Kind unter dem Schutz der Eltern und der Älteren. „Es gibt keine halbsouveränen Kinder. Eine jede Begrenzung der eigenen Verfügungsgewalt über die Notwendigkeit des Entwicklungsabschnitts hinaus ist ein ungehöriger Eingriff in die Entwicklung des Kindes. Ähnliches gilt für jeden weiteren Entwicklungsabschnitt“ (Wessel, 2007, S. 97).

Die Souveränität bedarf der Pflege. „Der wesentliche Akt der Pflege ist der Schutz und die Wahrung der Souveränität, indem genau das bedacht wird, was dem Individuum an Herrschaft über sich selbst fehlt, dies wieder hergestellt oder kompensiert wird, und zwar in einer Art, die dem Individuum die Annahme der Unterstützung ermöglicht“ (Wessel, 2007, S. 98).

#### Der Rahmen der Ontogenese

Jede Ontogenese ist einem Rahmen unterworfen. Der interne Rahmen kann im Konzept der hierarchischen Ordnung der Kompetenzen untersucht werden, der externe Rahmen, die Bedingungen, auf die ein jedes System im Laufe seiner Entwicklung stößt, lässt sich im Rahmen der Ökologie der Humanontogenese abhandeln.

## Das hierarchische System der Kompetenzen

Unter Kompetenzen werden die grundlegenden Fähigkeiten des Menschen in ihrer biopsychosozialen Struktur, also in ihrer Entwicklung von der Konzeption bis zum Tode des Trägers, verstanden. Der Begriff der hierarchischen Ordnung der Kompetenzen besagt, dass die Kompetenzen in der Ontogenese ihren Platz im Gesamtsystem ändern.

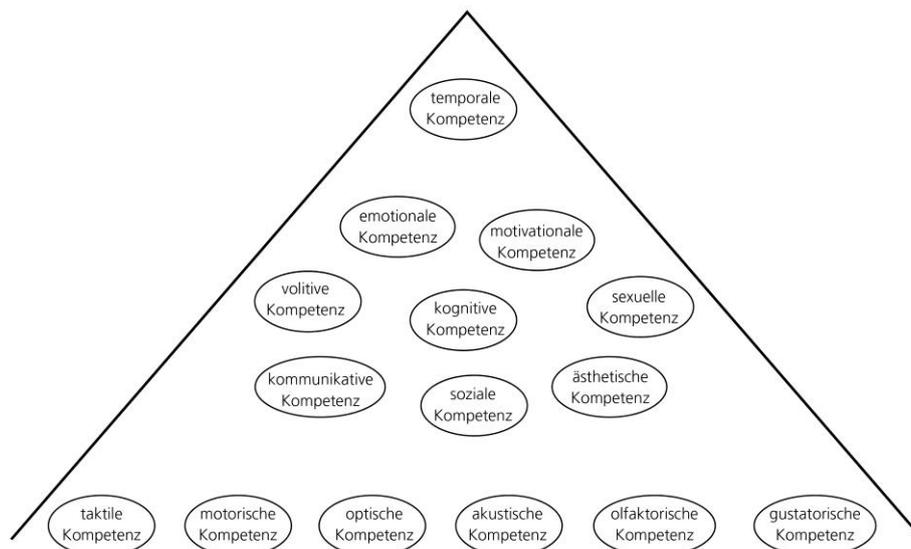
Kompetenzen meinen außerdem die Grunddispositionen für Fähigkeiten und Fertigkeiten und ihre jeweilige Entwicklungsstufe. Kompetenz wird als ein evolutiver Begriff eingeführt, um den Prozess von der genetischen Veranlagung bis zur vollen funktionalen Existenz von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Eigenschaften zu erfassen. Der Begriff Kompetenz schließt die Mechanismen der Entwicklung ein, wie z. B. das Verhältnis von endogenen und exogenen Bedingungen. Er umschließt somit auch die gesamte Problematik der Lebensphaseneinteilung ontogenetischer Entwicklung.

Es wird angenommen, dass es durch die phylogenetische Entwicklung festgelegte Mechanismen der Entwicklung von Kompetenzen gibt (z. B. genetische Disposition). Das umfasst auch die Art und Weise, wie sich durch Vermittlung vielerlei innerer und äußerer Bedingungen (bekannter und unbekannter) auf Grundlage der genetischen Disposition die Ontogenese vollzieht. Der Begriff Kompetenz enthält diese Vermittlung und konkretisiert das Konzept der biopsychosozialen Einheit Mensch. Die Entwicklung der Persönlichkeit bedeutet die mögliche Entwicklung aller Kompetenzen.

Es gibt verschiedene Kompetenzen, die die Grundlage für die menschliche Leistung, also die spezifische Art der Herstellung der Beziehungen zur Außenwelt und zu sich selbst, darstellen. Das Modell eines hierarchisch geordneten Systems der Kompetenzen geht davon aus, dass es

Basiskompetenzen gibt, die für frühe Phasen des Lebens wichtig sind. Sie betreffen vorerst primär die äußeren Sinne und eine Aneignung der Realität.

Diese erfahren demgemäß recht früh ihre endgültige Ausprägung und sind als Erste dem Verschleiß preisgegeben bzw. werden keine wesentlichen funktionellen Veränderungen mehr erfahren. Dies sind folgende Basiskompetenzen: die taktile, die motorische, die optische, die akustische, die olfaktorische und die gustatorische Kompetenz. Darauf aufbauend wären Kompetenzen zu nennen, die sich später und auch länger anhaltend entwickeln: die kognitive, die soziale, die sexuelle, die volitive Kompetenz, begleitet von der ästhetischen und kommunikativen Kompetenz, die noch komplexerer Natur sind (siehe Abb. 3). An der Spitze steht die temporale Kompetenz, die sich unter entsprechenden Bedingungen bis ans Ende des Lebens entwickelt.



**Abb. 3:** Die hierarchische Ordnung der Kompetenzen (Wessel, K.-F. 1998, Abb. 1 auf S. 29)

Da Kompetenz als Grunddisposition verstanden wird, ist jede Kompetenz genetisch bereits vorhanden, und zwar ganz unabhängig von der längeren

Entwicklung (Ausprägung). Es kommt vorwiegend auf die evolutive Betrachtungsweise humanontogenetischer Entwicklung an, also auf eine nicht defizitäre Entwicklung eines Prozesses, der fortwährend Auf- und Abbauprozesse in ein jeweils neues Gleichgewichtsverhältnis zu bringen hat.

#### Die Ökologie der Humanontogenese

Die Ökologie der Humanontogenese umfasst die Begründung der Bedeutung des Verhältnisses Organismus – Umwelt und wird durch ein System von drei Grundbedingungen dargestellt:

- Erstens ist der Mensch eine biopsychosoziale Einheit und unterliegt damit allen Eigenschaften von biologischen Systemen, den psychischen Gegebenheiten und der sozialen Wirklichkeit.
- Zweitens ist die Umwelt Bedingung für die Existenz und Entwicklung des Menschen.
- Drittens gelten die Prinzipien der Evolution und der Selbstorganisation als eine Voraussetzung für die Existenz des Menschen in der Zeit.

Realität: Zunächst ist jedes Wesen der Realität ausgesetzt. Unter Realität wird die Gesamtheit der natürlichen Bedingungen verstanden, die die phylogenetische Entwicklung bedingt und alle Phasen der Entwicklung des Lebens begleitet hat, also alle physikalischen, chemischen, geologischen und biotischen Bedingungen, die unvermeidbar zur Umgebung des Lebens gehören.

Umwelt: Die Umwelt des Menschen dagegen ist der Ausschnitt aus der Realität, der unmittelbar auf seine Entwicklung Bezug nimmt, der zu Strukturen

gehört, die zur Informationsbildung unabdingbar sind. Diese Umwelt ist überindividuell, gemeinsames und damit vergleichbares Bezugsfeld.

Situation: Im Mittelpunkt der Ökologie der Humanontogenese steht die Differenzierung der Umwelt unter dem Gesichtspunkt der Folgen von Situationen in der Ontogenese, also die Frage danach, welche äußeren Ereignisse, welche Elemente der realen Außenwelt werden vom Individuum in den einzelnen Entwicklungsphasen in Anspruch genommen. Die Veränderung und Entwicklung des Individuums sind auch eine Veränderung der Situation, selbst dann, wenn sich an der äußeren Umwelt nichts geändert haben sollte.

Die Individualität wird durch die Situation bestimmt. Unter Situation wird das konkrete System der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt verstanden. Die eigentliche Entwicklung ist die Entwicklung der Interaktion, die zu einer immer neuen Situation führt. Die Situation entscheidet über die Inanspruchnahme von Kompetenzen und damit auch über ihre gegenseitige Wirkung.

Die Beschreibung der Folge von Situationen muss eine Beschreibung des Systems der Kompetenzen in der Interaktion sein. Dies schließt ein, dass allgemeine Merkmale der Folge von Situationen beschrieben werden können, die wiederum Phasen der Entwicklung ausmachen. Der Sinn einer Annahme von Folgen von Situationen besteht in der Annahme einer Irreversibilität. Die Interaktion hängt von den Produkten der jeweils vorausgehenden Interaktion und den internen Voraussetzungen sowie den externen Angeboten ab. Die Irreversibilität hängt allerdings primär von den internen Voraussetzungen ab. Die Dominanz der internen Bedingungen bestimmt, welche externen Bedingungen relevant sind. In frühen Phasen der Entwicklung sind selbstverständlich die Eltern, die Erzieher und die Gesellschaft verantwortlich für die Möglichkeit der Entwicklung.

## Die Sensibilität und die sensiblen Phasen

Die Sensibilität ist eine Funktion des Systems der Kompetenzen bzw. einzelner Kompetenzen. Sensibilität ist ein dynamischer und irreversibler Prozess. Die Sensibilität ist Resultat und Voraussetzung für und von Entwicklung zugleich. „Sensibilität ist die Fähigkeit zu filtern, eine Fähigkeit, die stets neue Situationen schafft, also neue oder andere Aspekte der Umwelt ins Leben des Individuums einbezieht und gleichzeitig, das wird meist vergessen, andere ausschließt. Sensibilität als Eigenschaft des Systems der Kompetenzen zu kennzeichnen bedeutet, dass sich je nach Entwicklungsstand der Kompetenzen der Filter ändert. Sensibilisierung ist somit nicht nur ein Prozess der Öffnung der Umwelt gegenüber, des Entwickelns einer Empfindlichkeit, sondern sie ist auch ein Schutz gegen die Umwelt“ (Wessel, 2007, S. 98).

„[...] [Das M. H.] Konzept der sensiblen Phasen klärt uns über einen wichtigen Mechanismus der Entwicklung auf. Sensible Phasen sind nicht nur Möglichkeit, sondern eine Funktion des Systems der Kompetenzen“ (Wessel, 2007, S. 99).

Wenn sich das menschliche Individuum lebenslang zu entwickeln vermag, also das Leben eine irreversible Folge von Zuständen ist, dann ist dieses System zu unterschiedlichen Zeiten auch unterschiedlich sensibel für äußere oder innere Einflüsse. Die Folge von irreversiblen Zuständen sind dann auch Folgen von Mengen sensibler Phasen. Sensible Phasen begleiten jeden Entwicklungsprozess. Autonom ist der Mensch, der sich hinsichtlich der sensiblen Phasen, die seiner Entwicklung entsprechen, der Umwelt öffnet und sich ansonsten der Umwelt „verschließt“.

Die Interaktion zwischen Organismus und Umwelt kann aufgrund der Komplexität des Systems von Kompetenzen Mechanismen unterworfen sein, die eine Selektion von Umwelteinflüssen voraussetzen und ermöglichen. Die

Grundbedingung für die Annahme sensibler Phasen wäre somit der Wechsel von Stabilität und Labilität, in Teilsystemen des Organismus. Die Außenbedingungen werden selektiv durch den Organismus bewertet.

#### **4.1.2 Lernhemmung**

Aus rehabilitationspädagogischer Sicht vollzieht sich der Vorgang der individuellen Persönlichkeitsentwicklung als Lernen (vgl. Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 156 f., S. 228). Dieser kann ungünstig, aber auch günstig beeinflusst werden. Das Lernen ist der rehabilitationspädagogische Zutritt zur Förderung der individuellen Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität einer Person mit einem eingeschränkten funktionalen Gesundheitszustand bzw. einem, der eingeschränkt zu werden droht (bzgl. humanontogenetische Kompetenzen und Souveränität s. Wessel, 2015, S. 311 ff., S. 637 ff.).

Lernprozesse werden durch innere Widersprüche als Quelle und Triebfeder von Entwicklung ausgelöst. „Dialektisch gesehen, vollziehen sich Lernen und Entwicklung in der kontinuierlichen Lösung von Widersprüchen auf jeweils höherem Niveau“ (Becker, 2009, S. 276). Wird die individuelle Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität infolge eines eingeschränkten funktionalen Gesundheitszustands derart beeinflusst, dass Widersprüche nicht mehr selbst gelöst werden können, entsteht eine Lernhemmung bzw. droht zu entstehen. Sie wirkt sich analog auf die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität aus. Die Lernhemmung schränkt des Weiteren die volle, wirksame und

gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen ein oder kann sie einschränken.

Aus rehabilitationspädagogischer Sicht kann die Lernhemmung abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine Ausweitung verhütet werden (i. A. a. Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 332), um stimulierend die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen zu fördern.

Die Lernhemmung äußert sich individuell in der Persönlichkeit, in den humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität sowie in deren Entwicklung. Die Äußerungsbereiche der Lernhemmung umfassen, orientiert an zentralen Bereichen der Persönlichkeit, die Sinnesfunktionen, die Motorik, die Kognition, die Sprache, die psychischen Funktionen sowie die Selbstständigkeit, jeweils unter dem Gesichtspunkt des Tätigseins (i. A. a. Becker und Autorenkollektiv, 1984, S. 243).

Die Äußerungsweisen der Lernhemmung bei der Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität beziehen sich auf das Niveau der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausführung altersgerechter Tätigkeiten innerhalb der Äußerungsbereiche, welches durch Widersprüche zwischen inneren und äußeren Bedingungen bestimmt wird. Das durch die Lernhemmung in den aufgeführten Äußerungsbereichen beeinflusste Tätigsein weist Äußerungsweisen wie Andersartigkeit, Störung, Retardation, Abweichung, Zerfall und/oder Gefährdung auf (vgl. Becker und Autorenkollektiv, 1984, S. 338).

Nachfolgend sind die Äußerungsweisen der Lernhemmung im Tätigsein aufgeführt:

Andersartigkeit bedeutet, entwickelte oder entwickelbare Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten funktional gesundheitlich eingeschränkter Menschen sowie Tätigkeiten auf andere Art und Weise auszuführen, als es diesbezüglich nicht eingeschränkte Menschen altersgerecht tun,

Störung bedeutet, beeinträchtigte und korrigierbare Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Tätigkeiten nach Umfang und Qualität altersgerecht auszuführen,

Retardation bedeutet, zurückgebliebene, aber entwickelbare Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Tätigkeiten nach Umfang und Qualität altersgerecht auszuführen,

Abweichung bedeutet, ungenügend entwickelte und unvollständig entwickelbare Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Tätigkeiten nach Umfang und Qualität altersgerecht auszuführen,

Zerfall bedeutet, schwindende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Tätigkeiten auf dem einmal erreichten Niveau erhaltend auszuführen,

Gefährdung bedeutet, bedrohte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Tätigkeiten altersgerecht auszuführen (vgl. Becker und Autorenkollektiv, 1984, S. 166).

## **4.2 Rehabilitationspädagogik**

Die Rehabilitationspädagogik stellt eine eigene Komponente der pädagogischen Rehabilitation im interdisziplinären System der komplexen

gesundheitlichen Rehabilitation dar. Aus den jeweiligen Zutritten anderer Disziplinen in das System der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation entsteht dessen Interdisziplinarität.

Sie ist eine institutions- und altersübergreifende, alle Teile des Erziehungs- und Bildungswesens umfassende und auf das gesamte Leben bezogene Disziplin im System der pädagogischen Wissenschaften, der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und im Feld der biopsychosozialen Wissenschaften. Sie ist darauf ausgerichtet, allgemein geltende Ziele und Aufgaben der Erziehung und der Bildung bei drohenden oder vorhandenen Einschränkungen der funktionalen Gesundheit mit rehabilitationspädagogischen Zielen, Stoffen, Methoden, Lehrmitteln und Organisationsformen zu verwirklichen und auf die Förder- und Barrierefaktoren in dem jeweiligen individuellen soziokulturellen Kontext und den Vorgängen Einfluss zu nehmen.

Die Rehabilitationspädagogik orientiert sich in ihrer Theoriebildung u. a. an den Konzeptionen der Humanontogenetik in Form der lebenslangen Entwicklung als Daseinsweise des menschlichen Individuums, eingebettet in soziokulturelle Kontexte und Vorgänge. Sie wird auch von dem humanontogenetischen Prinzip der Einheit von Komplexität und Zeit hinsichtlich des hierarchischen Systems der Kompetenzen beeinflusst. Das betrifft die Basiskompetenzen, die darauf aufbauende kognitive, soziale, sexuelle und die volitive Kompetenz, begleitet von der komplexeren ästhetischen und kommunikativen Kompetenz sowie die sich bis ans Ende des Lebens entwickelnde temporale Kompetenz (siehe Abb. 3). Die Rehabilitationspädagogik folgt der humanontogenetischen Kategorie der Souveränität, als Akt der Beherrschung eigener innerer Angelegenheiten im Werden und Erhalten der Souveränität für alle Altersstufen (siehe Wessel, 2015).

Der zentrale und konsequente Ansatzpunkt sowie die Bezugsebene der Rehabilitationspädagogik ist die funktionale Gesundheit, welche z. B. infolge einer Krankheit, eines biologischen Schadens oder einer chronischen Erkrankung längerfristig eingeschränkt ist oder eingeschränkt zu werden droht. Längerfristig ist entsprechend dem SGB IX ein Zeitraum von voraussichtlich mindestens sechs Monaten.

Die Einschränkungen der funktionalen Gesundheit entstehen aus einer inadäquaten dynamischen Wechselwirkung zwischen sich behindernden Körperfunktionen, Körperstrukturen, psychischen Teilfunktionen und Komponenten sowie Aktivitäten und personengebundenen Förder-/Barrierefaktoren in dem individuellen soziokulturellen Kontext (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005 sowie ICF-CY, 2011). Die Einschränkungen der individuellen funktionalen Gesundheit können z. Zt. mithilfe der ICF bzw. der ICF-CY erfasst und abgebildet werden.

Als allgemeines Richtziel der Rehabilitationspädagogik gelten die Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Lernhemmung, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

#### **4.2.1 Quell-, Entwicklungs- und Nachbarwissenschaften**

Rehabilitationspädagogik ist eine eigenständige Hybridwissenschaft im Feld der human- und biopsychosozialen Wissenschaften in dem Sinne, dass mehrere Quell-, Entwicklungs- und Nachbarwissenschaften die Rehabilitationspädagogik flankieren. Es werden die Erkenntnisse mehrerer

Wissenschaften aufgegriffen und genutzt. Dazu zählen Humanontogenetik, Pädagogik, Rechtswissenschaften, Geschichtswissenschaften, Linguistik, Psychologie, Philosophie, Sozialarbeit und bestimmte biologische, medizinische und technische Wissenschaften.

#### **4.2.2 Wirkungsdisziplinen**

Spezifische Wirkungsdisziplinen der rehabilitationspädagogischen Tätigkeit sind

- die rehabilitative Sinnesbildung und -erziehung,
- die rehabilitative Bewegungsbildung und -erziehung,
- die rehabilitative Kognitionsbildung und -erziehung,
- die rehabilitative Sprachbildung und -erziehung,
- die rehabilitative Verhaltensbildung und -erziehung und
- die rehabilitative Umweltbildung und -erziehung.

Bei diesen Wirkungsdisziplinen handelt es sich um spezifische pädagogische Disziplinen, die in und nach der rehabilitationspädagogischen Theorie praxiswirksam werden (i. A. a. Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 239 ff.).

Das Bestimmungswort „rehabilitativ“ in den Bezeichnungen der Wirkungsdisziplinen bringt die rehabilitationspädagogische Absicht zum Ausdruck, die jeweils wirkende und / oder drohende Lernhemmung der individuellen Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität abzuwenden, zu beseitigen, zumindest zu mindern oder eine weitere Ausweitung zu verhüten. Dabei sollen deren Entwicklung sowie die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen gefördert werden. Sie fordern den rehabilitationspädagogisch Tätigen dazu auf, die rehabilitationspädagogischen Maßnahmen entsprechend den Äußerungsweisen der Lernhemmung auf alle Seiten der individuellen Entwicklung der Persönlichkeit, der

humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität zu richten, um die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern (i. A. a. Becker, 1972, S. 16).

Eine einzelne Wirkungsdisziplin umfasst den Ziel- und Stoffaspekt und dabei das Bindungsgefüge Einheit der individuellen Ziel- und Aufgabenstellung, der pädagogischen Pläne (Stoff) und der rehabilitativen Methoden als die dialektische Einheit von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten unter rehabilitativen Aspekten (vgl. Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 239 ff.).

Im Folgenden wird die vom Kollektiv um Becker vorgeschlagene Grundstruktur der Beschreibung der Disziplinen hinsichtlich Gegenstand, Zielen, sowie Stoff weitergeführt (ebd.). Die Bestimmung der zentralen Organisationsformen erfolgt im Rahmen der Beschreibung des rehabilitationspädagogischen Prozesses weiter unten.

### 1. Rehabilitative Sinnesbildung und -erziehung

Gegenstand: Die rehabilitative Sinnesbildung und -erziehung setzt an den Folgen der funktional-gesundheitlichen Einschränkungen der Sinnesfunktionen wie Sehen, Hören oder Gleichgewicht sowie gnostischer Funktionen an.

Ziele: Mit sinnespädagogischen Maßnahmen der Bildung und Erziehung sowie rehabilitativen Methoden wird die Lernhemmung im Bereich der Funktionen der Sinne abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine weitere Ausweitung verhütet, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

Stoff: Die Auswahl der pädagogischen Pläne bezieht sich auf die Funktionen der Sinne in Abhängigkeit vom individuellen Alter und der Institution. Es handelt sich um Stoff, welcher in üblichen oder in spezifischen Rahmenlehrplänen oder in Ausbildungs- bzw. Rehabilitationsprogrammen festgelegt ist oder sich aus den Bedarfen der individuellen Lebenswelt ableitet.

## 2. Rehabilitative Bewegungsbildung und -erziehung

Gegenstand: Die rehabilitative Bewegungsbildung und -erziehung setzt an der allgemeinen und speziellen individuellen Bewegungstätigkeit an, welche infolge der Einschränkung der funktionalen Gesundheit in deren Entwicklung beeinträchtigt ist. Zur Bewegungstätigkeit gehören z. B.: Körperposition oder -lage ändern und aufrechterhalten; Gegenstände tragen, bewegen oder handhaben; sich fortbewegen durch Gehen, Rennen, Steigen oder Klettern, sich mit verschiedenen Transportmitteln fortbewegen (siehe auch Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 173 ff.).

Ziele: Mit bewegungspädagogischen Maßnahmen der Bildung und Erziehung sowie rehabilitativen Methoden wird die Lernhemmung im Bereich der allgemeinen und speziellen individuellen Bewegungstätigkeit abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine weitere Ausweitung verhütet, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

Stoff: Die Auswahl der pädagogischen Pläne bezieht sich auf die eigene Bewegungstätigkeit sowie auf den Gebrauch verschiedener Transportmittel in Abhängigkeit vom individuellen Alter und der Institution. Es handelt sich um

Stoff, welcher in üblichen oder in spezifischen Rahmenlehrplänen oder in Ausbildungs- bzw. Rehabilitationsprogrammen fixiert ist oder sich aus den Bedarfen der individuellen Lebenswelt ableitet.

### 3. Rehabilitative Kognitionsbildung und -erziehung

Gegenstand: Die rehabilitative Kognitionsbildung und-erziehung setzt an dem kognitionsfunktionalen System, insbesondere an globalen und spezifischen mentalen Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit und Gedächtnis, Funktion der Orientierung oder Funktionen der Psychomotorik) sowie Lernen und Wissensanwendungen (z. B. Denken, Probleme lösen, Entscheidungen treffen) an (siehe auch Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 58 f., S. 157 ff.). Diese sind infolge der Einschränkung der funktionalen Gesundheit in dessen Entwicklung beeinträchtigt.

Ziele: Mit kognitionspädagogischen Maßnahmen der Bildung und Erziehung sowie rehabilitativen Methoden wird die Lernhemmung im Bereich des kognitionsfunktionalen Systems abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine weitere Ausweitung verhütet, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

Stoff: Die Auswahl der pädagogischen Pläne bezieht sich auf das kognitionsfunktionale System in Abhängigkeit vom individuellen Alter und der Institution. Es handelt sich um Stoff, welcher in üblichen oder in spezifischen Rahmenlehrplänen oder in Ausbildungs- bzw. Rehabilitationsprogrammen festgelegt ist oder sich aus den Bedarfen der individuellen Lebenswelt ableitet.

#### 4. Rehabilitative Sprachbildung und -erziehung

Gegenstand: Die rehabilitative Sprachbildung und -erziehung setzt an den sprachlichen Funktionen an, welche infolge der Einschränkung der funktionalen Gesundheit in deren Entwicklung beeinträchtigt sind.

Ziele: Mit sprachpädagogischen Maßnahmen der muttersprachlichen Bildung und Erziehung sowie rehabilitativen Methoden wird die Lernhemmung im Bereich der Sprache abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine weitere Ausweitung verhütet. Die Entwicklung der rezeptiven und produktiven Sprachfähigkeit, der mündlichen Kommunikation (dialogisches und monologisches Sprechen) und des Lesen- und Schreiben-Könnens sind weitere Ziele, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

Stoff: Die Auswahl der pädagogischen Pläne bezieht sich auf verschiedene Sprachebenen (die phonologische Ebene, die lexikalische Ebene und die syntaktische Ebene) in Abhängigkeit vom individuellen Alter und der Institution. Es handelt sich um Stoff, welcher in üblichen oder in spezifischen Rahmenlehrplänen oder in Ausbildungs- bzw. Rehabilitationsprogrammen festgelegt ist oder sich aus den Bedarfen der individuellen Lebenswelt ableitet (vgl. Becker und Autorenkollektiv, 1984, S. 268).

#### 5. Rehabilitative Verhaltensbildung und -erziehung

Gegenstand: Die rehabilitative Verhaltensbildung und -erziehung setzt an psychischen Merkmalen, Funktionsbereichen und Komponenten an, welche sich im Verhalten zeigen. Dabei handelt es sich v. a. um emotional-volitve Funktionen, um Funktionen des Temperaments, um die Gestaltung

interpersoneller Interaktionen und Beziehungen, um die Souveränität und das Selbstkonzept sowie um die Selbstversorgung und Selbstständigkeit, v. a. in Form von Ausführungen häuslicher und alltäglicher Handlungen und Aufgaben, an (siehe auch Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 187ff), welche durch Einschränkung der funktionalen Gesundheit in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind.

Ziele: Mit verhaltenspädagogischen Maßnahmen der Bildung und Erziehung sowie rehabilitativen Methoden wird die Lernhemmung im Bereich der sich im Verhalten äußernden psychischen Teilfunktionen und Komponenten abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine weitere Ausweitung verhütet. Damit soll die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen gefördert werden.

Stoff: Die Auswahl der pädagogischen Pläne bezieht sich auf die psychischen Teilfunktionen und Komponenten, welche sich im Verhalten zeigen, in Abhängigkeit vom individuellen Alter und der Institution. Es handelt sich um Stoff, welcher in üblichen oder in spezifischen Rahmenlehrplänen oder in Ausbildungs- bzw. Rehabilitationsprogrammen festgelegt ist oder sich aus den Bedarfen der individuellen Lebensbereiche ableitet.

## 6. Rehabilitative Umweltbildung und -erziehung

Gegenstand: Die rehabilitative Umweltbildung und -erziehung bezieht sich in ihrer rehabilitationspädagogischen Einflussnahme auf die unmittelbare individuelle materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt hinsichtlich Förderfaktoren und Barrieren in den für eine Person relevanten

Lebensbereichen (siehe auch Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 218 ff.). Die Förderfaktoren setzen an den Barrieren zu deren Überwindung an. Die individuell vorhandenen Barrieren halten die Lernhemmung bei der Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität infolge der Einschränkung der funktionalen Gesundheit aufrecht.

Ziele: Mit kontextpädagogischen Maßnahmen der Bildung und Erziehung sowie rehabilitativen Methoden wird die Lernhemmung, welche durch einen barrierehaften soziokulturellen Kontext und ebensolche Vorgänge bedingt ist, abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine weitere Ausweitung verhütet, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der Souveränität, der humanontogenetischen Kompetenzen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

Stoff: Die Auswahl der pädagogischen Pläne bezieht sich auf Förderfaktoren und Barrieren im für eine Person relevanten soziokulturellen Kontext und auf Vorgänge in Abhängigkeit vom individuellen Alter und der Institution. Es handelt sich um Stoff, welcher in üblichen oder in spezifischen Rahmenlehrplänen oder in Ausbildungs- bzw. Rehabilitationsprogrammen festgelegt ist oder sich aus den Bedarfen der individuellen Lebenswelt altersgerecht ableitet.

#### **4.2.3 Wirkungsgebiete**

Spezifische Wirkungsgebiete der rehabilitationspädagogischen Tätigkeit sind die rehabilitative Frühpädagogik, die rehabilitative Kleinkindpädagogik, die rehabilitative Vorschulpädagogik, die rehabilitative Schulpädagogik, die

rehabilitative Kind- und Jugendpädagogik, die rehabilitative Berufspädagogik, die rehabilitative Erwachsenenpädagogik, die rehabilitative Gerontopädagogik. Bei diesen Wirkungsgebieten handelt es sich um pädagogische Gebiete orientiert am Alter, an Bildungsinstitutionen und Organisationsformen, in denen allgemeine rehabilitationspädagogische Theorie praxiswirksam wird.

Im Idealfall wird in Institutionen bzw. Bildungsstätten und /oder Organisationsformen der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation interdisziplinär gearbeitet. In diesen Fällen kämen spezifische Wirkungsgebiete der allgemeinen rehabilitationspädagogischen Tätigkeit altersorientiert zur Anwendung.

#### **4.2.4 Rehabilitative Methoden**

Die rehabilitativen Methoden nehmen für die Gestaltung des rehabilitationspädagogischen Prozesses eine führende Stellung ein. Sie sind dabei Methoden zweiter Ordnung, wobei sie sich erst über die allgemeinen pädagogischen Methoden erster Ordnung (z. B. allgemeine didaktische Prinzipien) durch den rehabilitationspädagogisch Tätigen verwirklichen lassen (vgl. Becker, 1979, S. 164). Die Art und Weise der Vermittlung zwischen dem aktuellen Ausprägungsgrad der Einschränkung der funktionalen Gesundheit sowie der Lernhemmung der Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität sowie der rehabilitativen Absicht, d. h. Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Lernhemmung, haben die rehabilitativen Methoden abzubilden.

Sie beschreiben Handlungsschritte des rehabilitationspädagogisch Tätigen. Des Weiteren korrespondieren die rehabilitativen Methoden mit jeweils einer der Äußerungsweisen der Lernhemmung der Entwicklung und weisen den Weg zu ihrer Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Verhütung (i. A. a. ebd.).

Im Sinne der Äußerungsweisen der Lernhemmung der Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität werden folgende rehabilitativen Methoden abgeleitet.

Ausnutzung: Anknüpfung an andersartig ausgeführte Tätigkeiten und deren systematische Verwendung für die weitere Kenntnis-, Fähigkeits- und Fertigkeitsentwicklung

Korrektur: Beseitigung von Störungen

Aktivierung funktioneller Reserven: Aufholen von Retardationen zur Minderung von Abweichungen oder zur Abwehr von Gefährdungen

Kompensation: Überführung von Abweichungen in Andersartigkeiten

Stützung: Erhaltung eines einmal erreichten Fähigkeits- und Fertigniveaus (siehe Becker und Autorenkollektiv, 1984, S. 338 f.)

#### **4.2.5 Rehabilitationspädagogischer Unterstützungsbedarf**

Vom rehabilitationspädagogischen Unterstützungsbedarf wird gesprochen, wenn durch eine eingeschränkte funktionale Gesundheit infolge einer Krankheit oder einer Gesundheitsstörung einer Person eine Lernhemmung der Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität entsteht, welche die volle, wirksame und

gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedroht oder einschränkt. Diese Beeinträchtigung erlangt ein solches Ausmaß, dass die soziale und leistungsmäßige Tätigkeit in ihren üblichen alltäglichen altersgerechten Anforderungen ohne spezifisch gestaltete, vermittelnde pädagogische Hilfe nicht erreicht und Widersprüche nicht entwicklungsfördernd gelöst werden können.

#### **4.2.6 Rehabilitationspädagogische Prävention**

Die Prävention einer Lernhemmung erfolgt im Rahmen der prophylaktischen rehabilitationspädagogischen Arbeit, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität sowie die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

#### **4.3 Beschreibung des rehabilitationspädagogischen Prozesses**

Der rehabilitationspädagogische Prozess ist komplex und bestimmt die bildungsstättenbezogene, altersgerechte und lebensumfassende Bildung und Erziehung sowie die individuelle rehabilitativ-methodische Einflussnahme. Er ist durch die rehabilitationspädagogisch tätige Fachkraft so zu gestalten, dass die Lernhemmung der Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität infolge der eingeschränkten funktionalen Gesundheit abgewendet, beseitigt, zumindest gemindert oder eine weitere Ausweitung verhütet wird (i. A. a. Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 342).

Für die Gestaltung des rehabilitationspädagogischen Prozesses gelten zuvorderst die Grundbedingungen, welche jeden allgemeinen pädagogischen Prozess kennzeichnen. So fällt die Festlegung eines großen Teils der Ziele und Inhalte der Bildung und Erziehung in das Gebiet der biopsychosozialen Wissenschaften, sie werden darin immer auch zugleich durch Staat und Gesellschaft nach dem erreichten Kultur- und Bildungsstand und den Bildungs- und Erziehungsidealen einer bestimmten Zeit definiert.

Um den rehabilitationspädagogischen Prozess durch den rehabilitationspädagogisch Lehrenden zu gestalten, gelten fortführend gegenüber dem allgemeinen pädagogischen Prozess erweiterte Bedingungen bezogen auf die Ist-Einschätzung, das Ziel, den Stoff, die Lehrmittel, die methodische Auswahl und die Organisationsformen.

Der rehabilitationspädagogische Prozess vollzieht sich im Wesen asymmetrisch in der intentionalen Bezogenheit zwischen dem Lernenden und dem rehabilitationspädagogisch Lehrenden, wobei die Beziehung beider dessen Niveau bestimmt. In der Begegnung und Beziehung beider Parteien wird der Lernende durch den rehabilitationspädagogisch Lehrenden als aktiver Partner gesehen. Der rehabilitationspädagogisch Lehrende nimmt in diesem Beziehungsniveau didaktisch-methodisch jeweils entsprechend der sozialen oder leistungsmäßigen Tätigkeit des Lernenden eine direkte oder indirekte Rolle ein. Dabei gilt dauerhaft in dem rehabilitationspädagogischen Prozess das Führungsmoment des rehabilitationspädagogisch Lehrenden.

Der rehabilitationspädagogische Prozess ist an die durch den rehabilitationspädagogisch Lehrenden ziel- und zweckmäßig sowie bildungsstättenbezogen, altersgerecht und lebensumfassend ausgewählten Lehrmittel, Stoffe und Organisationsformen gebunden. Dabei erfolgt gleichzeitig die Erschließung und Ausnutzung der rehabilitativen

Möglichkeiten entsprechend den Äußerungsweisen der Lernhemmung, in den jeweiligen rehabilitativen Wirkungsdisziplinen, im sozialen und leistungsmäßigen Tätigsein des Lernenden (i. A. a. Becker & Autorenkollektiv, 1984, S. 342 f.).

Die allgemeine Organisation des rehabilitationspädagogischen Prozesses wird wie folgt strukturiert:

A) Die Planung beinhaltet 1. die Ist-Einschätzung als Zustandsabbildung der Einschränkung der aktuellen funktionalen Gesundheit mithilfe der Methodik der ICF sowie die Erfassung des Entwicklungsstandes der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität; 2. die daraus folgende Ableitung von Zielen (Grob-, Fein- und Teilzielebene) und des individuellen Stoffs (d. h. pädagogische Pläne, als dialektische Einheit von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten bzgl. der Aneignung und Auseinandersetzung mit dem geltendem Kulturgut) entsprechend der Spezifik der jeweiligen Institution und des Alters; 3. die Auswahl der Lehrmittel (z. B. Materialien, digitale Medien) sowie die Gestaltung der Lernumgebung (z. B. Berücksichtigung von Gelegenheits- und Zukunftsbarrieren/Zugänglichkeiten, räumliche und/oder kommunikative Ebene, Klima in der Lerngruppe); 4. die Auswahl der allgemein-pädagogischen und rehabilitativen Methoden sowie 5. die Organisationsformen (z. B. Einzel- oder Gruppenförderung, Einbeziehung in den jeweiligen institutionellen bzw. bildungsstättenbezogenen Lebensalltag oder Einbettung in von der Person selbst initiierte Tätigkeiten).

B) Die Realisierung der Planung und Steuerung des rehabilitationspädagogischen Prozesses erfolgt im praktischen Tätigsein in der intentionalen Bezogenheit und Beziehungsgestaltung zwischen den Lernenden und dem rehabilitationspädagogisch Lehrenden. An den Wirkungsdisziplinen orientiert

der rehabilitationspädagogisch Lehrende bei der Verwirklichung der Planung das spezifische rehabilitative Vorgehen. Die Steuerung des rehabilitationspädagogischen Prozesses durch den rehabilitationspädagogisch Tätigen beinhaltet auch die planprozesshafte Betreuung der Tätigkeit, aller am rehabilitationspädagogischen Prozess Beteiligten.

C) Die Verlaufskontrolle und Evaluation beinhalten als wesentliche Qualitätsmerkmale die Überprüfung (in Abständen stattfindende systemische Datensammlung von Effekten, Realisierung der Planung und Steuerung des rehabilitationspädagogischen Monitoring-Prozesses sowie die Ergebnisanalyse (bzgl. Signifikanz oder Wirkung im Sinne der Interpretation und der weiteren rehabilitationspädagogischen Verwendung der Verlaufskontrolle).

## 5 Resümee und Ausblick

Die Dissertation verfolgte das Gesamtziel, im Rahmen einer wissenschaftlich begründeten Konzeption eine aktuelle Theorie der Rehabilitationspädagogik zu entwickeln. Es sollte nach vorher begründeter Auswahl die Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv kritisch-konstruktiv analysiert werden. Dabei sollte geprüft werden, welche derer Ansätze für eine Rehabilitationspädagogik für heute bedeutend sind und in diesem Sinne fortgeschrieben werden können. Dazu sollten ebenso als Ausgangsbasis theoriebildend für eine aktuelle Rehabilitationspädagogik die Grundsätze der UN-BRK, der ICF und des SGB IX als terminologische Konvention zusammengefasst dargestellt werden.

Es galt in der Dissertation als ein Teilziel nachzuvollziehen, wie sich die konzeptionellen Vorstellungen der Rehabilitationspädagogik der DDR im Zeitraum von 1960 bis 1990 entwickelten. Welche theoretischen Schwerpunkte gab es dabei und wie sind diese aus heutiger Sicht kritisch-konstruktiv einzuordnen? Das nächste Teilziel war, die zentralen Anliegen und Inhalte der UN-BRK, der ICF und des SGB IX darzustellen. Können diese als rechtlicher und begrifflicher Rahmen konzeptionell für die heutige Rehabilitationspädagogik im Sinne einer Terminologie zusammengefasst werden?

Vor diesem Hintergrund sollte dann als weiteres Teilziel im Rahmen dieser Dissertation geprüft werden, inwieweit die Rehabilitationspädagogik des Kollektivs um Becker einen Beitrag für die Konzeption einer aktuellen Rehabilitationspädagogik leisten könnte. Kann dann auf der Grundlage der kritisch-konstruktiven Analyse der Rehabilitationspädagogik der DDR und des aktuellen rechtlichen und begrifflichen Rahmens der pädagogischen Rehabilitation eine Konzeption der Rehabilitationspädagogik für heute

entwickelt werden, indem konzeptionelle Bestandteile der Rehabilitationspädagogik der DDR fortgeschrieben werden?

Dafür wurden zuerst die vom konzeptionellen Gründungsjahr 1960 bis zum Jahr der deutschen Einheit 1990 öffentlich recherchierbaren Texte in Zeitschriften, Büchern und Lexika zur Rehabilitationspädagogik von Becker sowie Becker und Autorenkollektiv in hermeneutischer Vorgehensweise erschlossen. Für die Herausarbeitung der zentralen Inhalte und deren vergleichende Darstellung wurde ein differenziertes Kategorienschema entwickelt. Dieses bildete die Grundlage der kritisch-konstruktiven Analyse und der fortführenden Konzeptentwicklung. Es wurde der rechtliche und begriffliche Rahmen der UN-BRK, der ICF und des SGB IX für die pädagogische Rehabilitation in Form einer terminologischen Konvention vorgeschlagen. Dann erfolgten konzeptionelle Überlegungen und Ableitungen einer Rehabilitationspädagogik für heute als Fortschreibung der Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv in Orientierung an dem entwickelten differenzierten Kategorienschema.

Im Ergebnis der Dissertation stößt die Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv nach der kritisch-konstruktiven Analyse aus heutiger Sicht an folgende Grenzen. Die DDR-Bezeichnung „physisch-psychischer Geschädigter“ oder „physisch-psychische Schädigung“ ist nicht im Sinne der UN-BRK, der ICF und des SGB IX. Sie setzt auf der Ebene der ICD-10 und nicht auf der Ebene der sekundären Folgen einer primären Schädigung bzw. Krankheit an. Es erfolgte in diesem ICD-10-Bezugsrahmen von dem Kollektiv um Becker auch keine Erweiterung der Bezeichnung „physisch-psychische Schädigung“ um „sozial“, wie es eigentlich das theoretisch berücksichtigte humanontogenetische Modell biopsychosoziale Einheit Mensch beinhaltet.

Die Verbindung einer Rehabilitationspädagogik mit einem ideologisch-gesellschaftlichen Überbau stellt sich im System der heutigen komplexen gesundheitlichen Rehabilitation als Sackgasse dar.

Der von Becker und Autorenkollektiv in deren Theoriekonzept gewählte Begriff Lernbehinderung erzeugt ein unauflösbares Dilemma bzgl. der unterschiedlichen Zuordnungen von Termini in der DDR und der BRD.

Des Weiteren wurde die unter Federführung von Becker vollzogene theoretische Einbeziehung der Konzepte von Leontjew und Anochin oder des Systems nervaler Kommunikation nicht vertiefend sinnbildend mit zentralen Theorieansätzen der Rehabilitationspädagogik der DDR, wie z. B. der Lernbehinderung, verknüpft. Es erfolgte in allen drei Konzepten bis 1990 keine empirische Bestätigung der Wirksamkeit durch das Kollektiv um Becker.

Auch ist die alleinige fachbegriffliche Fokussierung der rehabilitationspädagogischen Disziplinen auf Erziehung vor dem Hintergrund, dass die wissenschaftliche Pädagogik die Einheit von Bildung und Erziehung alters- und bildungsstättend übergreifend darstellt, heute nicht mehr zielführend.

Der in der Dissertation danach gemachte Vorschlag einer terminologischen Konvention bzgl. der pädagogischen Rehabilitation leitet sich aus den Kernanliegen der UN-BRK, der ICF und dem SGB IX ab. Er bezieht sich auf die Kategorien • Behinderung, • Funktionale Teilhabebeeinträchtigungen, • Zugangsbarrieren, • Integration und Inklusion, • Inklusive Teilhabe, • Habilitation und Rehabilitation, • Gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung, • Pädagogische Rehabilitation sowie • Zielgruppe der pädagogischen Rehabilitation.

Als Fazit der kritisch-konstruktiven Analyse der Rehabilitationspädagogik der DDR und der vorgeschlagenen Konvention für die pädagogische Rehabilitation

wurde für die Vorlage einer aktuellen Rehabilitationspädagogik das Konzept der Lernbehinderung von Becker in das Konzept der Lernhemmung überführt, dabei wurde der Bezug zum Lernen als zentraler Vorgang der individuellen Persönlichkeitsentwicklung sowie zum Lernen als der rehabilitationspädagogische Zutritt beibehalten.

Die Äußerungsbereiche einer Lernhemmung, ehemals Lernbehinderung der Rehabilitationspädagogik der DDR, wurden begrifflich erweitert; dass sich diese unter dem Gesichtspunkt des Tätigseins äußert, wurde ableitend aus dem Konzept des Kollektivs um Becker beibehalten. Die Äußerungsweisen einer Lernbehinderung wurden für die Lernhemmung weitergeführt. Die allgemeine Bestimmung der Rehabilitationspädagogik erfolgte neu, ebenso die Bestimmung derer Quell-, Entwicklungs- und Nachbarwissenschaften. Des Weiteren wurde die konzeptionelle Adaption der rehabilitativen Methoden von Sovák (1960) durch Becker & Autorenkollektiv (1984) beibehalten.

Die Disziplinen der Rehabilitationspädagogik von Becker und Autorenkollektiv wurden in den Fachterminus Wirkungsdisziplinen überführt und komplett neu bestimmt. Als neuer Fachterminus wurde Wirkungsgebiete eingeführt und neu konzipiert. Aktualisiert wurden der rehabilitationspädagogische Unterstützungsbedarf sowie die rehabilitationspädagogische Prävention. Am Ende erfolgte eine Neufassung der Beschreibung des rehabilitationspädagogischen Prozesses.

Die hiermit vorgelegte Konzeption einer aktuellen Rehabilitationspädagogik als bildungsstätten- und altersübergreifende sowie lebensumfassende Wissenschaft unter dem Mantel der UN-BRK orientiert sich an den humanontogenetischen Konzepten der Kompetenz und der Souveränität und an dem Ziel der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen im Sinne des SGB IX. Sie bildet

konzeptionell die sekundäre Ebene der Folgen einer Krankheit oder einer Gesundheitsstörung im Sinne der ICF ab und kleidet diese aus. Wissenschaftliche Rehabilitationspädagogik in der Einheit von rehabilitativer Bildung und Erziehung ist keine Therapie.

Aus rehabilitationspädagogischer Sicht vollzieht sich der Vorgang der individuellen Persönlichkeitsentwicklung als Lernen. Das Lernen ist der rehabilitationspädagogische Zutritt zur Förderung der individuellen Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität einer Person mit einem eingeschränkten funktionalen Gesundheitszustand bzw. einem, der eingeschränkt zu werden droht. Lernprozesse werden durch innere Widersprüche als Quelle und Triebfeder von Entwicklung ausgelöst.

Wird die individuelle Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität infolge eines eingeschränkten funktionalen Gesundheitszustands derart beeinflusst, dass Widersprüche nicht mehr selbst gelöst werden können, entsteht eine Lernhemmung bzw. droht zu entstehen. Sie wirkt sich analog auf die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen und der Souveränität aus.

Die Lernhemmung äußert sich in unterschiedlichen Weisen in zentralen Bereichen der Persönlichkeit: den Sinnesfunktionen, der Motorik, der Kognition, der Sprache, den psychischen Funktionen sowie der Selbstständigkeit, jeweils unter dem Gesichtspunkt des Tätigseins.

Die Rehabilitationspädagogik stellt eine eigene Komponente der pädagogischen Rehabilitation im interdisziplinären System der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation dar. Sie ist eine institutions- und

altersübergreifende, alle Teile des Erziehungs- und Bildungswesens umfassende und auf das gesamte Leben bezogene Disziplin im System der pädagogischen Wissenschaften, der komplexen gesundheitlichen Rehabilitation und im Feld der biopsychosozialen Wissenschaften.

Sie ist darauf ausgerichtet, allgemein geltende Ziele und Aufgaben der Erziehung und der Bildung bei drohenden oder vorhandenen Einschränkungen der funktionalen Gesundheit und einer Lernhemmung mit rehabilitationspädagogischen Zielen, Stoffen, Methoden, Lehrmitteln und Organisationsformen zu verwirklichen und auf die Förder- und Barrierefaktoren in dem jeweiligen individuellen soziokulturellen Kontext und den Vorgängen Einfluss zu nehmen.

Die Rehabilitationspädagogik orientiert sich in ihrer Theoriebildung u. a. an den Konzeptionen der Humanontogenetik in Form der lebenslangen Entwicklung als Daseinsweise des menschlichen Individuums, eingebettet in soziokulturelle Kontexte und Vorgänge. Sie wird auch von dem humanontogenetischen Prinzip der Einheit von Komplexität und Zeit hinsichtlich des hierarchischen Systems der Kompetenzen beeinflusst.

Der zentrale Ansatzpunkt sowie die konsequente Bezugsebene der aktuellen Rehabilitationspädagogik ist die funktionale Gesundheit, welche z. B. infolge einer Krankheit, eines biologischen Schadens oder einer chronischen Erkrankung längerfristig eingeschränkt ist oder eingeschränkt zu werden droht. Längerfristig ist entsprechend dem SGB IX ein Zeitraum von voraussichtlich mindestens sechs Monaten.

Die Einschränkungen der funktionalen Gesundheit entstehen aus einer inadäquaten dynamischen Wechselwirkung zwischen sich behindernden Körperfunktionen, Körperstrukturen, psychischen Teilfunktionen und

Komponenten sowie Aktivitäten und personengebundenen Förder-/Barrierefaktoren in dem individuellen soziokulturellen Kontext (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Die Einschränkungen der individuellen funktionalen Gesundheit können z. Zt. mithilfe der ICF bzw. der ICF-CY erfasst und abgebildet werden.

Als allgemeines Richtziel der Rehabilitationspädagogik gelten die Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Lernhemmung, um die Entwicklung der Persönlichkeit, der humanontogenetischen Kompetenzen, der Souveränität und der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an bedeutenden individuellen Lebensbereichen zu fördern.

Der rehabilitationspädagogische Prozess vollzieht sich im Wesen asymmetrisch in der intentionalen Bezogenheit zwischen dem Lernenden und dem rehabilitationspädagogisch Lehrenden, wobei die Beziehung beider dessen Niveau bestimmt. In der Begegnung und Beziehung beider Parteien wird der Lernende durch den rehabilitationspädagogisch Lehrenden als aktiver Partner gesehen.

Der rehabilitationspädagogisch Lehrende nimmt in diesem Beziehungsniveau didaktisch-methodisch jeweils entsprechend der sozialen oder leistungsmäßigen Tätigkeit des Lernenden eine direkte oder indirekte Rolle ein. Dabei gilt dauerhaft in dem rehabilitationspädagogischen Prozess das Führungsmoment des rehabilitationspädagogisch Lehrenden.

Der rehabilitationspädagogische Prozess ist an die Stoffe, Methoden, Lehrmittel und Organisationsformen gebunden, die durch den rehabilitationspädagogisch Lehrenden ziel- und zweckmäßig sowie bildungsstättenbezogen, altersgerecht und lebensumfassend ausgewählt wurden. Dabei erfolgt gleichzeitig die Erschließung und Ausnutzung der

rehabilitativen Möglichkeiten entsprechend den Äußerungsweisen der Lernhemmung, in den jeweiligen rehabilitativen Wirkungsdisziplinen, im sozialen und leistungsmäßigen Tätigsein des Lernenden. Die allgemeine Organisation des rehabilitationspädagogischen Prozesses wird wie folgt strukturiert: A) Planung, B) Realisierung der Planung und Steuerung des rehabilitationspädagogischen Prozesses und C) Verlaufskontrolle und Evaluation.

Diese Dissertation bietet die Vorlage, um die Theorie der aktuellen Rehabilitationspädagogik weiter fortzuschreiben. Viele Anknüpfungspunkte für neue Forschungsfragen sind denkbar und ergeben sich, wie zum Beispiel die konzeptionelle Zusammenarbeit unter dem Aspekt der praktischen Orientierung mit der Humanontogenetik sowie mit der allgemeinen Pädagogik. Auch die Einbindung der pädagogischen Rehabilitationstechnik im Zeitalter der Digitalisierung kann ein Beispiel für zukünftige wissenschaftliche Projekte sein.

Es ist ein Grundanliegen, dass die interessierte Leserschaft in der Dissertation eine neue Sichtweise auf die Rehabilitationspädagogik aus historischer und aktueller Perspektive findet. Die künftige Praxis kann zeigen, ob die vorgelegte theoretische Konzeption einer aktuellen Rehabilitationspädagogik im humanwissenschaftlichen Bereich bzw. im Bereich der biopsychosozialen Wissenschaften Entwicklungsprozesse anregt und zum wissenschaftlichen Fortschritt beiträgt. Deshalb sind eine weiterführende praktische Forschung, Rückmeldungen aus der praktischen Arbeit der rehabilitationspädagogisch tätigen Fachkräfte sowie ein insgesamt reger konstruktiv-kritischer wissenschaftlicher Austausch wünschenswert.

## 6 Literaturverzeichnis

Ahrbeck, B. (2016): Inklusion: Eine Kritik. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Aichele, V. (2008): Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll. Ein Beitrag zur Ratifikationsdebatte. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte, S. 5.

Akademie der Pädagogischen Wissenschaften der UdSSR (1977): Grundlagen der Bildung und Erziehung anomaler Kinder. Volkseigener Verlag Berlin, Volk und Wissen.

Arbeitsbericht der Deutschen Interdisziplinären Arbeitsgruppe zur ICF-Adaptation für den Kinder- und Jugendbereich (2011). Abgerufen von: <https://bvkm.de/wp-content/uploads/2019/08/vorspann.pdf> [09.11.2020]).

Aristoteles (1876): Kategorien oder Lehre von den Grundbegriffen. Hermeneutica oder Lehre vom Urtheil. Übersetzt und erläutert von J. H. von Kirchmann. Philosophische Bibliothek, Bd. 70. Leipzig: Erich Koschny.

Baudisch, W. , Schulze, M. Wüllenweber, E. (2004): Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Becker, K.-P. (1960): Das Verhältnis von Heilpädagogik und Medizin in der Sprach- und Stimmheilkunde. Die Sonderschule, 5. Jahrgang, Berlin, Heft 1, S. 32–38.

Becker, K.-P. (1966): Versuch einer Konzeption für eine Theorie der Sonderpädagogik. Die Sonderschule, 11. Jahrgang, Berlin, Heft 3, S. 129–136.

Becker, K.-P. (1970): Gegenstandsbestimmung der Sonderpädagogik und deren Einordnung in das System der Wissenschaften. In: Asperger, H. (Hrsg.): 4. Internationaler Kongress für Heilpädagogik, Wien, 24. bis 27. September

1969; Nachkongress Klagenfurt, 29. u. 30. Sept. 1969, Österreichischer Bundesverl. F. Unterricht, Wissenschaft u. Kunst, S. 522–525.

Becker, K.-P. (1972): Rehabilitationspädagogik im Sozialismus: Ein Beitrag zur theoretischen Klärung von weltanschaulich-ideologischen Grundproblemen. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesellschafts- und Sprachwissenschaftliche Reihe, Heft 1, Band XXI, S. 3–6.

Becker, K.-P. (1974): Zu Ziel und Bedingungen rehabilitationspädagogischer Prozeßgestaltung. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesellschafts- und Sprachwissenschaftliche Reihe, Heft 5, Band XXIII, S. 467–473.

Becker, K.-P. (1979): 30 Jahre Lehre, Forschung und Wissenschaftsentwicklung im Dienste der Bildung, Erziehung und Rehabilitation Geschädigter. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesellschafts- und Sprachwissenschaftliche Reihe, Heft 2, Band XXVIII, S. 157–164.

Becker, K.-P. (1983): Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung. Die Sonderschule. Heft 6, Band 28, S. 322–332.

Becker, K.-P. (1987): Die Einheit von Lehre und Forschung – ein Prinzip der Ausbildung von Pädagogen für physisch-psychisch Geschädigte. In: Haeberlin, U., Amreim, C. (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis: Wie schlagen wir in der Ausbildung die Brücke? Die Beiträge der 23. Arbeitstagung der Dozenten für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern vom 2. bis 4. Oktober 1986. Bern, Stuttgart: Verlag Paul Haupt, S. 43–51.

Becker, K.-P. (1989a): Idee und Wirklichkeit – Forschungsk Kooperation sozialistischer Länder zur Entwicklung einer Vergleichenden Fachencyklopädie auf dem Gebiet der Pädagogik Geschädigter. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesellschafts- und Sprachwissenschaftliche Reihe, Heft 7, Band 38, S. 717–723.

Becker, K.-P. (1989b): Die Entwicklung der Rehabilitationspädagogik im Ensemble der Wissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesellschafts- und Sprachwissenschaftliche Reihe, Heft 7, Band 38, S. 1079–1083.

Becker, K.-P. (2009): Die ICF im Spiegel der Rehabilitationspädagogik sowie der Integration und Partizipation. In: A. Bürli & U. Strasser & A.-D- Stein (Hrsg.): Integration / Inklusion aus internationaler Sicht. Bad Heilbronn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 274–282.

Becker, K.-P. (2011): Behindertenrechtskonvention – Herausforderungen in Gegenwart und Zukunft. In: K.-P. Becker (Hrsg.): Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost in Theorie und Praxis. Schriftenreihe der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, Band 1, Berlin: Eigenverlag, S. 170–181.

Becker, K.-P. & Autorenkollektiv (1979): Rehabilitationspädagogik. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Becker, K.-P. & Autorenkollektiv (1984): Rehabilitationspädagogik. 2. Aufl. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Becker, K.-P. & Autorenkollektiv (1987): Pädagogische Rehabilitation in der Deutschen Demokratischen Republik und in den Vereinigten Staaten von Amerika – Ein Überblick –. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Becker, K.-P. & Autorenkollektiv (1991): Entwicklungsdynamik drei- bis neunjähriger Kinder: Ergebnisse einer interdisziplinären Längsschnittstudie über die biopsychosoziale Entwicklung. Berlin: Verlag Gesundheit GmbH.

Becker, K.-P. & Große, K.-D. (2007): Sechzig Jahre Pädagogik für Behinderte an der Humboldt-Universität zu Berlin. Ein geschichtlicher Abriss. Münster: Waxmann Verlag GmbH.

Becker, K.-P. & Großmann, G. (1988): Pädagogische Rehabilitation. In: K. Renker & U. Renker: Grundlagen der Rehabilitation. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, S. 21–51.

Becker, K.-P. & Siebert, H. (2011): Wurzeln des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost. In: K.-P. Becker (Hrsg.): Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost in Theorie und Praxis. Schriftenreihe der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost. Band 1. Berlin: Eigenverlag, S. 11–35.

Bernhard, Thomas (2015): Art. 24 UN-BRK: Rezeption in der Rechtsprechung nach fünf Jahren. In: Recht der Jugend und des Bildungswesens (1), S. 79–89.

Bielefeldt, H. (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

Biewer, G. (2017): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe – BAGüS (2009): Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und die Umsetzung

in der Sozialhilfe. Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO). Münster. Abgerufen von: [http://www.lwl.org/spur-download/bag/orientierungshilfe\\_behinderungsbegriff%20endf\\_24112009.pdf](http://www.lwl.org/spur-download/bag/orientierungshilfe_behinderungsbegriff%20endf_24112009.pdf) [09.11.2020].

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011): Wegweiser. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 14. Auflage. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS (2011): Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: BMAS. Abgerufen von <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf;jsessionid=E75E0F66BFE43780797444C4A848AFFB?blob=publicationFile&v=2> [09.11.2020].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (2007): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Berlin: BMFSFJ. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/93140/78b9572c1bffdda3345d8d393acbbfe8/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> [09.11.2020].

Degener, T. (2009a): Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: W. Blumenthal/F. Schliehe: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg: DVfR, S. 127–131.

Degener, T. (2009b): Menschenrechte und Behinderung. In: M. Dederich & W. Jantzen (Hrsg.): Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 160–169.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 3. Aufl. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR).(2009): Behindertenrechtskonvention jetzt umsetzen! Strategien der DVfR. Stellungnahme. Heidelberg: DVfR.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR).(2010): Vorschläge der DVfR für den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in Deutschland. Ergänzende Stellungnahme. Heidelberg: DVfR.

Deutscher Bundestag (Hrsg.).(2001): Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Berlin: BT-Drucks. 14/5074. Abgerufen von <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/050/1405074.pdf> [09.11.2020].

Deutscher Bundestag (Hrsg.).(2008): Entwurf eines Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin: BT-Drucks. 16/10808. Abgerufen von: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/108/1610808.pdf> [09.11.2020].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Dimdi).(2005): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH. Abgerufen von: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf> [09.11.2020].

Döring, N. & Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.

Eingliederungshilfe-Verordnung: Verordnung nach §60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. Abgerufen von: [https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%5Ckomm%5CGruWahKoSGBXII\\_2%5CEingIH\\_VO%5Ccont%5CGruWahKoSGBXII.EingIH\\_VO.G64.htm](https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%5Ckomm%5CGruWahKoSGBXII_2%5CEingIH_VO%5Ccont%5CGruWahKoSGBXII.EingIH_VO.G64.htm). [09.11.2020].

Feuser, G. (2013): Inklusive Bildung – ein pädagogisches Paradoxon. Vortrag im Rahmen der Jahrestagung 2013 der Leibniz-Sozietät mit der Thematik „Inklusion und Integration“ an der Universität Potsdam am 31. Mai 2013. In: Banse, G. & Meier, B. (Hrsg.) (2013): Inklusion und Integration. Theoretische Grundfragen und Fragen der praktischen Umsetzung im Bildungsbereich. Frankfurt/Main, 25–41.

Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ).(2013): Gesetz zur sozialen Teilhabe – Gesetz zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze. Berlin. Abgerufen von <http://bidok.uibk.ac.at/library/fbji-gesetzesaenderung.html#idm974384> [09.11.2020].

Fuchs, H. (2004): Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung.

Schriften aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin, Band 1, Aachen: Shaker Verlag.

Fuchs, H. (2006): Einführung. SGB IX. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Beck-Texte, S. IX–XLIV.

Grosch, C. (Hrsg.).(2002): Kinder mit Behinderungen: Früherkennung und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter – DDR. Berlin: Trafo-Verlag Weist, Berlin.

Große, K.-D. (1989): Der Bildungs- und Erziehungsprozeß für Geschädigte als Gegenstand einer vergleichenden Analyse. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesellschafts- und Sprachwissenschaftliche Reihe, Heft 7, Band 3, S. 760–763.

Große, K.-D. & Siebert, H. (2006): Rehabilitationspädagogik im interdisziplinären Kontext: Festschrift für Prof. Dr. habil. Klaus-Peter Becker. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Harm, M. (2010): Konzeptionelle Impulse für die Weiterentwicklung der interdisziplinären Frühförderung. In: Rehabilitation zwischen Tradition und Innovation. Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation - Band 17. Stuttgart: Gentner Verlag, S. 241–246.

Harm, M. (2015): Terminologische Klarheit als Wegbereiter für die praktische Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer funktionellen Gesundheit, Forum D, Beitrag D37-2015. Abgerufen von: [https://www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_D/2015/D37-2015\\_Terminologische\\_Klarheit\\_als\\_Wegbereiter\\_f%c3%bc\\_r\\_die\\_praktische](https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2015/D37-2015_Terminologische_Klarheit_als_Wegbereiter_f%c3%bc_r_die_praktische)

[\\_Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer funktionellen Gesundheit.pdf](#) [09.11.2020].

Hedderich, I., Hollenweger, J., Biewer, G. & Markowetz (Hrsg.).(2016): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhart.

Hübner, R. (2000): Die Rehabilitationspädagogik in der DDR: zur Entwicklung einer Profession. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

ICF-CY – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (2011). Bern: Verlag Hans Huber.

Jantzen, W. (1987): Allgemeine Behindertenpädagogik, Bd. 1. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.

Klein, F. (2018): Inklusive Erziehung in der Krippe, Kita und Grundschule: Heilpädagogische Grundlagen und praktische Tipps im Geiste Janusz Korczaks. München: Oberstebrink.

Kraus de Carmargo, O., Simon, L., Rosenbaum, P. L. & Ronen, G. M. (2020): Die ICF-CY in der Praxis. Bern: Hogrefe.

Lindmeier, C. (2018): Differenz, Inklusion, Nicht/Behinderung: Grundlinien einer diversitätswussten Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.

Pabst, A. (2015): Inklusive Lehrerinnen- und Lehrerbildung – Positionen und Aktivitäten der Kultusministerkonferenz. In: Thomas H. & Maik W. (Hrsg.): Inklusion als Entwicklung. Konsequenzen für Schule und Lehrerbildung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 135–148.

Renker, K. & Renker, U. (Hrsg.).(1988): Grundlagen der Rehabilitation. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Salzberg-Ludwig, K. (1998): Das Hilfsschulwesen im Wandel der Zeit. Potsdam: Potsdamer Studentexte – Sonderpädagogik – Heft 20 – Teil 1.

Schnoor, H. (Hrsg.).(2007): Leben mit Behinderungen: Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Stuttgart: Kohlhammer.

Schuntermann, M. F. (1998): Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation. Ein Handbuch der Dimensionen von gesundheitlicher Integrität und Behinderung – Beta-1 Entwurf zur Erprobung. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

Schuntermann, M. F. (2009): Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Heidelberg: Ecomed MEDIZIN.

Schuntermann, M. F. (2011): Die ICF. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 69–76.

Schwalb, H., Theunissen, G. (Hrsg.).(2018): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit – Best-Practice-Beispiele: Wohnen – Leben – Arbeit – Freizeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Sovák, M. (1960): Defektologie und ihre Arbeitsmethoden. Die Sonderschule, 5. Jahrgang, Berlin, Heft 3, S. 129–134.

Speck, O. (1997): Heilpädagogik – der pädagogische Beitrag im System rehabilitativer Hilfen. In: C. Steinebach (Hrsg.): Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 11–28.

Speck, O. (2008): System Heilpädagogik: Eine ökologisch reflexive Grundlegung (6. neu bearbeitete Aufl.). München: Reinhardt.

Speck, O. (2011): Wage es nach wie vor, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen – Ideologische Implikationen einer Schule für alle. Zeitschrift für Heilpädagogik, Heft 3, S. 84–91.

Voigt, P. (1962): Pädagogische Betreuung von geschädigten Kindern und Jugendlichen in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Arbeitserfolge auf dem Gebiet der Rehabilitation in der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, S. 17–28.

Welti, F. (2013): Vorwort zum Gesetz zur Sozialen Teilhabe des Forum behinderter Juristinnen und Juristen. In: Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ).(2013): Gesetz zur sozialen Teilhabe – Gesetz zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze. Berlin, S. 1. Abgerufen von <http://bidok.uibk.ac.at/library/fbjj-gesetzesanderung.html#idm974384> [09.11.2020].

Welti, F. (2014): Das neue Teilhaberecht – Reform des SGB IX, Fachbeitrag DE6-2014. Abgerufen von [https://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2014/D6-2014\\_Das\\_neue\\_Teilhaberecht\\_Reform\\_des\\_SGB\\_IX.pdf](https://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2014/D6-2014_Das_neue_Teilhaberecht_Reform_des_SGB_IX.pdf). [abgerufen am 09.11.2020].

Wessel, K.-F. (1998): Humanontogenetik – neue Überlegungen zu alten Fragen. In: Zeitschrift für Humanontogenetik. 1. Jahrgang, Heft 1, Berlin: Logos Verlag, S. 17–40.

Wessel, K.-F. (2002): Die Humanontogenetik: ihr Gegenstand, ihr Ziel. Zeitschrift für Humanontogenetik. 5. Jahrgang, Heft 1, Berlin: Logos Verlag, S. 9–16.

Wessel, K.-F. (2007): Der souveräne Mensch - Souveränität in der Humanontogenese. In: Wessel, K.-F. (Hrsg.). Die Zukunft der Bildung und die

Bildung für die Zukunft. Festschrift zum 70. Geburtstag von Dieter Kirchhöfer.  
Bielefeld: Kleine Verlag, S. 93–101.

Wessel, K.-F. (2015): Der ganze Mensch. Eine Einführung in die  
Humanontogenetik. Berlin: Logos Verlag.

Wygotski, L. S. (1975): Zur Psychologie und Pädagogik der kindlichen  
Defektivität. In: Die Sonderschule, 1975, H. 2, Berlin: Volk und Wissen, S. 65–72.

## **Abkürzungsverzeichnis**

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BT-Drucks.	Bundestagsdrucksache
bzw.	beziehungsweise
CRC	Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen (Convention on the Rights of the Child)
d. h.	das heißt
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
ebd.	ebenda
f.	folgende

ff.	fortfolgende
Hrsg.	Herausgeber und Herausgeberinnen
I. A. a.	In Anlehnung an
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsstörungen, 10. Revision (International Classification of Diseases)
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)
ICF-CY	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth)
ICIDH	Internationale Klassifikation der Schäden, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)
i. V. m.	in Verbindung mit
lt.	laut
NAP	Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention
s.	siehe
SGB	Sozialgesetzbuch

SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achstes Buch - Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
u. a.	und andere/unter anderem
UN	Vereinte Nationen (United Nations)
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
UN-KRK	UN-Kinderrechtskonvention
UNESCO	Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
z. B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abb. 1:</b> Modell von Wygotski (nach Wygotski, 1975, S. 66 f.).....	21
<b>Abb. 2:</b> Das biopsychosoziale Modell der Komponenten von funktionaler Gesundheit (vgl. ICF-CY, 2011, S. 46).....	120
<b>Abb. 3:</b> Die hierarchische Ordnung der Kompetenzen (Wessel, K.-F. 1998, Abb. 1 auf S. 29).....	157