

## Beiträge:

Sebastian Barsch/ Tim Bendokat/ Markus Brück  
In eigener Sache: Anmerkungen zum fachkritischen  
Diskurs in der Heil- und Sonderpädagogik

Gerd Hansen/ Michael Jung  
Die psychosoziale Situation von Kindern mit  
Verbrennungen

Uwe Findeisen/ Gisela Melenk  
Lesen lernen mit lauttreuen Leseübungen.  
Augenbewegung, Sinnverständnis und Textgestaltung

Anke Langner  
Was hat der Diskurs der Reproduktionsmedizin mit der  
Behindertenpädagogik zu tun?

---

Rezensionen  
Veranstaltungshinweise

---

# Inhalt

Editorial.....	2
Sebastian Barsch, Tim Bendokat und Markus Brück In eigener Sache: Anmerkungen zum fachkritischen Diskurs in der Heil- und Sonderpädagogik..	4
Gerd Hansen und Michael Jung Die psychosoziale Situation von Kindern mit Verbrennungen.....	20
Uwe Findeisen und Gisela Melenk Lesen lernen mit lauttreuen Leseübungen. Augenbewegung, Sinnverständnis und Textgestaltung.	54
Anke Langner Was hat der Diskurs der Reproduktionsmedizin mit der Behindertenpädagogik zu tun?.....	76
Rezensionen.....	98
Veranstaltungshinweise.....	107
Über die Autoren.....	114
Hinweise für Autoren.....	115
Leserbriefe und Forum.....	116

**Heilpädagogik online 04/ 05**  
**ISSN 1610-613X**

**Herausgeber und V.i.S.d.P.:**

**[Sebastian Barsch](#)**  
Lindenthalgürtel 94  
50935 Köln

**[Tim Bendokat](#)**  
Südstraße 79  
48153 Münster

**[Markus Brück](#)**  
Wallstraße 8  
50321 Brühl

**Erscheinungsweise: 4 mal jährlich**  
**<http://www.heilpaedagogik-online.com>**

## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dieser Ausgabe endet bereits der vierte Jahrgang von *Heilpädagogik online*. Einer der wichtigsten Gründe, dieses Projekt ins Leben zu rufen, fortzuführen und weiterzuentwickeln war die Anregung der kritischen Diskussion heil- und sonderpädagogischer Fragestellungen innerhalb des Faches aber auch über dessen Grenzen hinaus. Für uns scheint es, dass eine solche Diskussionskultur trotz erheblichem Bedarf nur unzureichend ausgebildet ist. Anhand einiger aktueller Themen weisen wir als Herausgeber im ersten Beitrag auf diesen Mischstand hin. Reaktionen Ihrerseits sind sehr erwünscht. Das gilt sowohl für diesen als auch für die anderen Beiträge.

Gerd Hansen und Michael Jung widmen sich in ihrem Beitrag den Folgen einer Verbrennungsverletzung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien. Wie wirkt sich eine Verbrennungsverletzung auf die psychosoziale Situation des Betroffenen nach dem heutigen Erkenntnisstand der Wissenschaft aus und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die pädagogische Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen?

Uwe Findeisen und Gisela Melenk diskutieren die Analyse des Leselernprozesses nach unterschiedlichen Kriterien. Vor allem eine alleine auf Teiltätigkeiten des Lesens abzielende Betrachtung erweist sich als nicht ausreichend. Aus der umfassenden Betrachtung des Leseprozesses gewinnen sie Gestaltungsmöglichkeiten für Texte, die den Leselernprozess erheblich unterstützen können.

Anke Langner analysiert den aktuellen Stand des Diskurses um reproduktionsmedizinische Verfahren. In der stetig wachsenden gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Verfahren sieht sie auch die aus heilpädagogischer Sicht problematische Zunahme der Vorstellung von einem „Menschen nach Maß“ - ohne Behinderung. Dabei

attestiert sie der Heilpädagogik eine mangelhafte Auseinandersetzung mit dieser Thematik, so dass sie in diesem Diskurs nicht die erwünschte Rolle spielt.

Im Anschluss an den thematischen Teil finden Sie natürlich wieder Veranstaltungshinweise und aktuelle Buchbesprechungen.

Bleibt uns noch, Ihnen wie immer eine anregende Lektüre zu wünschen. Wir hoffen auf ihre Diskursbereitschaft in Form von Artikeln, Leserbriefen und Forumsbeiträgen.

Sebastian Barsch

Tim Bendokat

Markus Brück

Sebastian Barsch, Tim Bendokat und Markus Brück

## **In eigener Sache: Anmerkungen zum fachkritischen Diskurs in der Heil- und Sonderpädagogik**

**Kontroverse Debatten auf fachlicher Ebene sind eine Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Disziplinen. Dies gilt auch für die Heil- und Sonderpädagogik. Doch obwohl Theorien und praktische Handlungsmodelle unseres Faches eine kritische Auseinandersetzung geradezu herausfordern, finden solche Diskussionen kaum statt. Einer Weiterentwicklung auf wissenschaftlicher und praxisbezogener Ebene steht die Heilpädagogik damit selbst im Weg.**

**Anhand von vier aktuellen Beispielen soll der Mangel an Diskussions- und Streitkultur in der Heil- und Sonderpädagogik verdeutlicht werden. Reaktionen darauf sind erwünscht.**

***Schlüsselwörter:* Streitkultur, Wissenschaftlichkeit in der Heilpädagogik, fachkritischer Diskurs**

**Controversial debates form a principal condition for the further development of scholarly disciplines. This is also true for therapeutic pedagogy and special needs education. Nevertheless, despite the fact that a lot of theories and models of practise in our field downright provoke critical debate, such discussions hardly take place at all. Thus special needs education itself tends to stand in the way of further developments on a scholarly plane as well as on a practically oriented one.**

**The lack of a culture of debate and controversy in special needs education shall be illustrated by four examples. Reactions to this are welcome.**

***Keywords:* debate, scholarship in special needs education**

### **Streitkultur: Mangelware in der Heilpädagogik?**

Das Projekt *Heilpädagogik online* besteht nunmehr seit drei Jahren. Am 1. Oktober 2002 erschien die erste Ausgabe unserer Fachzeit-

schrift, welche als Online-Publikation im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik dem Gedanken unbegrenzt und kostenlos zugänglicher wissenschaftlicher Texte verpflichtet ist. Schon im Vorwort zur Erstausgabe machten wir als Herausgeber auf ein zentrales Anliegen von *Heilpädagogik online* aufmerksam:

„Ein kritischer und lebhafter Austausch findet unserer Ansicht nach viel zu wenig statt.

Wir sehen [mit *Heilpädagogik online*] die Möglichkeit, den kritischen Diskurs und somit die Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung der Heilpädagogik zu beleben“ (BARSCH/BENDOKAT 2002, 5).

Unserer Ansicht nach gibt es in der Heilpädagogik einen erheblichen Mangel an Diskussions- und Streitkultur. Debatte und Kontroverse sind aber eine wesentliche Voraussetzung für wissenschaftlichen Fortschritt!

Obleich es zahlreiche Beispiele in theoretischen und praktischen Arbeiten gibt, die eine kritische Überprüfung und Diskussion geradezu herausfordern, scheint in unserem Fach das Bedürfnis nach harmonischem Miteinander oder auch konfliktfreiem Nebeneinander viel größer zu sein als der Wille zum kritischen Diskurs, der auch das Risiko einer Konfrontation auf fachlicher Ebene in sich birgt. So bemerkt Herbert GOETZE im Editorial der „Heilpädagogischen Forschung“ (Heft 3, Oktober 2003), dass zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen „schon nach kurzer Zeit in den Orkus der Vergessenheit geraten“. Diese für ihn offensichtliche Regelmäßigkeit wurde allerdings unterbrochen, als eine umstrittene Methode (die der gestützten Kommunikation) in einer Resolution kritisch hinterfragt wurde. Dies ist für eine wissenschaftliche Publikation an sich nichts ungewöhnliches, denn Wissenschaft hat doch stets die Aufgabe, eine sachliche Debatte zu beleben, Tendenzen der

jeweiligen Fachdisziplin kritisch zu beurteilen und festgefahrene Denkrichtungen zu hinterfragen. Diese Ansicht vertreten jedoch zu wenige: auf die Resolution wurde nicht sachlich angemessen reagiert, sondern mit „teilweise heftigen Attacken gegen die Initiatorinnen der Resolution“ (GOETZE ebd.).

Immerhin jedoch wurde reagiert, was sonst eher selten vorkommt. Debatten, also der Austausch *fundierte* Pro- und Kontrapositionen im Sinne eines wissenschaftlichen Diskurses, gibt es in der Heilpädagogik kaum.

Dieses hier angerissene Phänomen betrifft nahezu alle Publikationen im Bereich unseres Faches. Ein kritischer Austausch innerhalb der Fachdisziplin lässt sich nur in sehr wenigen Veröffentlichungen feststellen. Einer Weiterentwicklung des Faches steht dies natürlich im Weg.

### **Beispiel 1: Paradigmenwechsel in der Heilpädagogik: „Behinderte gibt es nicht!“**

Die Überschrift dieses Abschnitts ist in Anlehnung an FEUSERS berühmte These „Geistigbehinderte gibt es nicht!“ (FEUSER 1996) zu verstehen, DREHER hat sie 2000 in ähnlicher Form vertreten. Diese These ist Ausdruck eines seit Jahrzehnten andauernden Prozesses: der Abkehr vom medizinischen Modell von Behinderung.

Seit längerem nun ist in der Heilpädagogik von unterschiedlichen Paradigmen die Rede (vgl. z.B. BLEIDICK/HAGEMEISTER 1998; BLEIDICK 1999). Ob damit tatsächlich auch ein Paradigmenwechsel in der Heilpädagogik festzustellen ist, ob überhaupt von einem Paradigma im Sinne des Wortes gesprochen werden kann, darf mit HILLENBRAND (1999) bezweifelt werden.

Statt dessen haben sich die Perspektiven, unter denen „Behinderung“ in den Blick genommen wird, differenziert. Allerdings

wird vielfach behauptet, mit der nun jeweils eingenommenen Perspektive sei die einzig Wahre gefunden – neue Wege werden nicht mehr betreten. Damit meinen wir, dass zum Beispiel das soziale Erklärungsmodell von Behinderung in seiner extremen Ausprägung letztlich den Blick versperrt für andere Komponenten, Ebenen und Bedingungen von Behinderung. Diese werden somit kaum noch wahrgenommen. So scheint vielen Vertretern unseres Fachs daran gelegen zu sein, medizinische Komponenten von Behinderung (genauer: die Schädigung) aus pädagogischen Gründen kaum bzw. gar nicht mehr zu berücksichtigen. An der realen Situation vieler behinderter Menschen geht eine solche Herangehensweise natürlich vorbei: Dies wird zum Beispiel in einem Artikel der Wochenzeitung *Die Zeit* über den kleinwüchsigen Bioethiker Tom Shakespeare deutlich, der sagt: „Wer bestreitet, dass der Körper eine Rolle spielt, distanziert sich von den Erfahrungen behinderter Menschen“ (zit. nach: SCHNEIDER 2002; vgl. hierzu auch FELKENDORFF 2004 und GRODE 2003).

Natürlich darf die Zeit nicht zurück gedreht und Behinderung wieder als bloß individuell-medizinisch beschreibbare Kategorie verstanden werden. Allerdings muss die kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Behinderung die Komplexität der unterschiedlichen Perspektiven zur Kenntnis nehmen.

Eine weitere unangemessene und unkritische Vereinfachung, die mit dem angeblichen Paradigmenwechsel in engem Zusammenhang steht, ist die Folgende:

In der heilpädagogischen Fachliteratur ist etwa seit Beginn der 1990er Jahre ein Trend zu beobachten, Theorien auf der Grundlage des Konstruktivismus zu formulieren. Aus der Überzeugung heraus, dass es eine „objektive“ Wirklichkeit nicht gibt, weil wir die Welt um uns herum nur durch den Filter unserer individuellen Wahrnehmung



erkennen und dieses Erkennen von unseren jeweils unterschiedlichen Erfahrungen und Biographien abhängig ist, wir somit letztlich auf dieser Basis unsere von Individuum zu Individuum unterschiedliche Wirklichkeit konstruieren, nimmt die Heilpädagogik immer mehr Abstand davon, bestimmte Behinderungsbilder eindeutig zu beschreiben und zu kategorisieren. Der Konstruktivismus in seinen verschiedenen Schattierungen ist in unserem Fach absolut „in“. Zusammen mit systemisch-ökologischen Sichtweisen (z.B. bei SPECK 1998) durchzieht er als roter Faden das moderne heilpädagogische Denken. Begründet wird auf seiner Basis alles mögliche – sei es die Beschreibung von geistiger Behinderung, seien es moderne Konzeptionen der Didaktik, welche derzeit kaum noch ohne den Zusatz „systemisch-konstruktivistisch“ auskommen (vgl. KRON 2004, 153 ff., REICH 2000).

Allen Autoren ist gemeinsam, dass sie sich als besonders fortschrittlich im Denken und kritisch gegenüber herkömmlichen Sichtweisen und Konzepten geben. Gegenüber der systemisch-konstruktivistischen Basis ihres Denkens lassen sie es dagegen in der Regel an kritischer Hinterfragung mangeln. Bis heute findet in der heilpädagogischen Literatur kaum eine kritische Diskussion des Konstruktivismus statt (Ausnahmen: DEDERICH 2001, LELGEMANN 2003), vielmehr scheint sich hier eine nahezu kritiklose Rezeption innerhalb des Faches etabliert zu haben – ein fahrender Zug, auf den nach und nach alle aufspringen. Allerdings ist hier zu fragen, inwieweit der Konstruktivismus sich überhaupt eignet, als erkenntnistheoretisches Konzept Grundlage wissenschaftlicher Forschung zu sein. Denn: schafft die Heilpädagogik dann nicht eher (neue) blinde Flecken, als dass sie zu wissenschaftlich verwertbaren Aussagen kommt?

## **Beispiel 2: Heilpädagogik und Bioethik**

Es gibt kaum ein Thema, das in der Heilpädagogik mehr kritische Beiträge hervorgerufen hat als die sogenannte *Bioethik-Debatte*. Mit dem Beginn der Debatte um die Thesen des australischen Moralphilosophen Peter SINGER Ende der 1980er Jahre wurde eine wahre Flut von Veröffentlichungen ausgelöst, die sich mit bioethischen Fragestellungen befassen. Diese Veröffentlichungswelle ist heute im Vergleich zu den frühen 1990er Jahren sichtlich kleiner geworden, abgeebbt ist sie hingegen noch längst nicht, wie z.B. die Buchpublikationen von DEDERICH (2000, 2001, 2003a) oder jüngst auch LEONHARDT (2004) zeigen. Auch in den verschiedenen Fachzeitschriften werden immer wieder bioethische Themen aufgegriffen und diskutiert (z.B. DEDERICH 2003b, FOSTER 2004, HAEBERLIN 2002a und b, MOOSECKER 2003). So wichtig dieses Engagement der Heilpädagogik im Feld der Bioethik ist, so fragwürdig ist zum Teil die Art und Weise, in der dieses Engagement erfolgt, so fragwürdig sind zum Teil auch die Antworten, welche die Heilpädagogik findet.

Die Bioethik wirft hochkomplexe Fragen auf, auf die oft genug keine eindeutigen und allgemeingültigen Antworten zu finden sind. Dennoch erweckt die Heilpädagogik hier gerne den Anschein, als hätte sie den Stein der Weisen vor allen anderen Wissenschaften schon gefunden: Man muss dagegen sein! Aus Sicht der Heilpädagogik sind es nicht nur bestimmte Entwicklungen im Bereich der Biotechnologie und -politik, welche als bedenklich zu bewerten und zu verurteilen sind. Vielfach wurde und wird in der fachinternen Bioethik-Debatte die These vertreten, dass die Bioethik als solche eine fragwürdige Disziplin darstellt. Man denke nur an den schillernden Begriff der „neuen Behindertenfeindlichkeit“, der von THEUNISSEN (1989) mit Blick auf SINGER in die Debatte eingeführt wurde und sich seither allergrößter Beliebtheit erfreut. Ob es

nun um die Frage nach der Behandlung schwerstbeschädigter Neugeborener oder um die Legitimität der Forschung an embryonalen Stammzellen geht: In jedem Fall wittert die Heilpädagogik „Behindertenfeindlichkeit“ und schlägt Alarm. Um diesem Anliegen mehr Nachdruck zu verleihen war es lange Zeit auch ganz besonders schick, sich nicht auf die Diskussion der Sache zu beschränken (was eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollte), sondern man nahm sich gleich auch die Personen vor, die hinter bestimmten, als „behindertenfeindlich“ etikettierten Positionen stehen. Sei es, dass man die Thesen von Peter SINGER und Helga KUHSE als „blanken Aufruf zum Mord“ (FEUSER 1989b) brandmarkt, sei es dass man Norbert HOERSTER in die gesellschaftliche Isolation schreiben will (HEESCH 1998), oder sei es auch, dass man der Bioethik pauschal unterstellt, sie impliziere und intendiere die Ausgrenzung behinderter Menschen (DEDERICH 2003a, Klappentext).

Wir könnten zahlreiche weitere Beispiele anführen, dafür ist an dieser Stelle kein Platz (vgl. ausführlicher dazu: BENDOKAT & BRÜCK 2004). Deutlich wird aber schon anhand der genannten Veröffentlichungen: Was die Heilpädagogik in ihrer internen Bioethik-Debatte betreibt, hat mit kritischer und dabei stets sachlicher Diskussion der Sache wenig zu tun (vgl. hierzu auch HOYNINGEN-SÜESS/ WIDMER 2003 und 2004 sowie bezeichnend JANTZEN 2004). Auch wird das eigene Verhalten so gut wie gar nicht hinterfragt und reflektiert (als Ausnahme sei auf BONFRANCCHI 1997 verwiesen). Das kritische Bewusstsein richtet sich einheitlich und immer wieder in Andersdenkende verunglimpfender Weise nach außen – gegen die vermeintlich behindertenfeindliche Bioethik.

Zu denken geben sollte in diesem Zusammenhang auch die Frage, welchen Eindruck die Heilpädagogik durch dieses Verhalten nach

außen macht – z.B. auf Vertreter ihrer Nachbardisziplinen oder auch auf die interessierte Öffentlichkeit. In diesem Zusammenhang sollte man sich aber auch fragen, ob die heilpädagogische Bioethik-Debatte außerhalb des Faches überhaupt wahrgenommen wird. So wird der Dialog mit den Nachbardisziplinen kaum gesucht. Die Heilpädagogik führt scheinbar lieber Selbstgespräche, behauptet aber trotzdem immer wieder gerne, dass Interdisziplinarität enorm wichtig ist.

### **Beispiel 3: Heilpädagogik und die Schule für alle**

Zu den zentralen Themen der Heilpädagogik gehört seit mehr als 20 Jahren die Integration behinderter Menschen. Hier geht es im Kern v.a. um Fragestellungen, die sich aus dem Wunsch nach schulischer Integration von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ergeben. Dass die Forderung nach (vermehrter) schulischer Integration berechtigt ist steht für uns außer Frage. Interessant wird es in diesem Kontext besonders dann, wenn es um die vielfach geforderte „Schule für alle“ geht, ein Lern- und Lebensort, der grundsätzlich für alle Schüler offen ist, ungeachtet ihrer jeweils individuell unterschiedlichen physischen und psychischen Verfassung. Heterogenität und zieldifferenter Unterricht werden in der Integrationspädagogik als Chance begriffen, welche allen Beteiligten ein besseres Lernen ermöglichen soll, als dies im bisherigen Schulsystem der Fall ist. Dies setzt natürlich ein Mindestmaß an didaktisch-methodischen Konzeptionen voraus. Genau damit scheinen sich die meisten Vertreter einer integrativen Pädagogik allerdings sehr schwer zu tun. Obwohl die ersten lauten Forderungen nach einer Überwindung des als ausgrenzend kritisierten Sonderschulsystems in der Heilpädagogik mehr als 20 Jahre zurück liegen und sich diese Diskussion zu einem festen Bestandteil des Faches entwickelt hat, liegen kaum tragfähige di-

daktisch-methodische Arbeiten vor, die einer praktischen Umsetzung der Integration dienlich sind (deutlich wird diese Gewichtung in EBERWEIN/KNAUER 2002). Dieses Problem wird überhaupt eher selten in der Integrationspädagogik diskutiert. Der Fokus liegt hier eher auf der (bildungs-)politischen Forderung, alle Kinder alles zu lehren in der vielbeschworenen „Schule für alle“. Eine ethisch-moralische Begründung dieser Forderung findet sich in den meisten Fällen auch – mal mehr mal weniger überzeugend.

Als sehr wenig überzeugend sind die selten zu finden konkreten Überlegungen zur praktischen Umsetzung zu beurteilen. Oft wird auf den sogenannten *Gemeinsamen Gegenstand* verwiesen, der – im Sinne einer inneren Differenzierung – so aufzufächern sei, dass er den Lernvoraussetzungen aller Schüler in der Schule für alle gerecht wird. So soll ein Lernen in einer Klasse realisiert werden, in der künftige Abiturienten zusammen mit schwerstmehrfachbehinderten Schülern über alle heutigen Grenzen hinweg lernen. FEUSER (1989a; vgl. dazu HEIMLICH 2004) hat diese Idee am Unterrichtsbeispiel „Wir kochen eine Gemüsesuppe“ ausgearbeitet:

„In bezug auf das schon erwähnte Beispiel ‚Wir kochen eine Gemüsesuppe‘ ist die Veränderungen bewirkende Wärme der Gemeinsame Gegenstand. Das Phänomen Wärme ist jedem Kind ein auf der Basis seiner aktuellen Zone der Entwicklung erfahrbares Moment. Von der Objektseite her vergegenständlicht sich das Elementare und Fundamentale letztlich im Gesamt der Gesetzmäßigkeiten der Thermodynamik (als komplexestes Produkt der Menschheit in der Behandlung dieser Frage und damit als Ausdruck der der Menschheit heute möglichen Sinn- und Bedeutungskonstituierung bezüglich dieses Ausschnittes der objektiven Realität). Von der Subjektseite her repräsentiert das Fundamentale und Elementare jene das Gesamt dieser Gesetzmäßigkeiten konstituierenden Elemente nach Maßgabe der dem lernenden Subjekt im Sinne der nächsten Zone der Entwicklung leistbaren persönlichen Sinnbildungs- und Bedeutungskonstituierungsprozesse und macht damit die am Baum-Modell aufgezeigten Individualisierungen erforderlich: Für den Schüler ‚X‘ z.B. im Zusammenhang von Wärmezufuhr und Konsistenzveränderung je nach Objekt (Kartoffel - Ei) mit der

Konsequenz, die Intensität und Dauer der Wärmezufuhr je nach Objekten unterschiedlich zu regulieren und sich dafür Kontrollmechanismen anzueignen (Stellung des Schalters am Elektroherd; Kochzeiten); für den Schüler 'Y' z.B. im Zusammenhang des Verhältnisses von Wärmezufuhr und Konsistenzveränderung des Wassers (Gefrierpunkt/Siedepunkt; fest, flüssig, gasförmig) mit Formen der Energiegewinnung (Wasserrad, Dampfmaschine, -turbine) mit der Konsequenz über das Wirkungsverhältnis von Energietransformation unter ökologischen Gesichtspunkten zu Schlüssen zu kommen; für den Schüler 'Z' z.B. im Zusammenhang von Wärmezufuhr auf den eigenen Körper und Schwitzen und das Drosseln der Heizung, das Schließen einer Jalousie, das Lüften des Raumes oder das Ablegen eines Kleidungsstückes" (25).

FEUSERS Überlegungen kommentieren sich von selbst. Bezeichnenderweise befasst die Grundschulforschung sich wesentlich konkreter mit dem Thema „Heterogenität und Integration“ als die heilpädagogische Forschung, vermutlich auch weil Grundschulen unmittelbar mit dieser Problematik konfrontiert werden (vgl. z.B. HEINZEL/ PRENGEL 2002). Und wenn Simone SEITZ 2005 in Bezug auf eine inklusive Schule feststellt: „Die Integrations-/ Inklusionsforschung postuliert daher zu Recht ein inklusives (Kern-)Curriculum (vgl. FEUSER 1995, HINZ 2002,2004), **wie dies aber konkret aussehen soll, wagt bislang niemand zu sagen.**“ (119) [Herv. S.B./T.B./M.B.], dann steckt dahinter auch ein bedenkenswertes Manko von fünfundzwanzig Jahren integrations- und sonderpädagogischer Entwicklung.

#### **Beispiel 4: Heilpädagogik zwischen Wissenschaft und Glaubenssätzen**

Die *Zeitschrift für Heilpädagogik* eröffnet das Editorial ihrer Ausgabe 04/2004 wie folgt:

„Sonderpädagogik als Theorie und Praxis einer wissenschaftlich orientierten Pädagogik unter erschwerten Bedingungen kann auf

die empirische Prüfung zentraler Annahmen und Befunde nicht verzichten.“

In den allermeisten Fällen verzichtet sie dennoch.

Es muss doch nachdenklich stimmen, wenn man betrachtet, wie viele Methoden in der Sonderpädagogik angewendet und gelehrt werden – und wie wenige von diesen Methoden bislang mit den Mitteln moderner Wissenschaft auf ihre Effektivität hin überprüft worden sind (vgl. hierzu besonders WALTER 2002). Tatsächlich belegt eine neue Untersuchung (BORCHERS/RUNOW 2003) sogar, dass die Beliebtheit von Methoden und Förderkonzepten bei Sonderschullehrern in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zu ihrer Wirksamkeit steht! Die Autoren der genannten Untersuchung stellen resümierend fest:

„Diese Ergebnisse führen zu der Annahme, dass die wissenschaftliche Evaluation von Interventionen nicht ihr Ziel erreicht hat, die Lehrkräfte mit Informationen darüber zu versorgen, wie die Qualität von Unterricht und Erziehung verbessert werden kann. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Zum einen ist eine mangelhafte Forschungslage im deutschsprachigen Raum hierfür verantwortlich (vgl. KLAUER 2000); zudem stehen weder in der ersten Phase der universitären Lehrkräfteausbildung, noch in der zweiten Phase an den Schulen, noch in Fort- und Weiterbildungskursen wissenschaftlich fundierte Interventionen im Vordergrund. Im Zusammenhang damit steht eine geringe Bereitschaft der Lehrkräfte, sich über neue Forschungsergebnisse zu informieren“ (2003).

Die Autoren verweisen hier auf ein beachtliches Defizit in der sonderpädagogischen Forschung und Theoriebildung, eine – wie KLAUER (2001, 36 f.) festhält – keineswegs neue Erkenntnis. Vielmehr wird auf den erheblichen Rückstand in der wissenschaftlichen Sonderpädagogik bereits seit Jahrzehnten immer wieder hingewiesen – ein Rückstand, der sich insbesondere im internationalen Vergleich deutlich offenbart (vgl. ebd.). Die in der Heilpädagogik bevorzugt

verwendeten Forschungsmethoden bezeichnet KLAUER als „vielfach schlichte[n] Verfahren“ , die mit denen anderer Disziplinen nicht mehr mithalten können (ebd. 37). Damit wäre die wissenschaftliche Sonderpädagogik als rückständig zu bezeichnen, die ihrem Anspruch nicht gerecht wird und somit auch keine fundierte Ausbildung der in der Praxis tätigen Sonderpädagogen gewährleisten kann. Für das Arbeitsfeld Diagnostik sagt z.B. SCHLEE bereits 1983:

„Letztlich handelt es sich auch bei der Förder(ungs)diagnostik nur um magische Rituale, mit deren Hilfe sich Personen, die nicht über ausreichendes Handlungswissen verfügen, über ihre Kränkung helfen, in dem sie sich mit der Welt wieder arrangieren und versöhnen“ (49).

Bis 2001 konnte er – trotz intensiver heilpädagogischer Arbeit an der Förderdiagnostik – nicht vom Gegenteil überzeugt werden:

„Obwohl der Begriff der 'Förderdiagnostik' schon seit mehr als 20 Jahren besteht und Eingang in zahlreiche offizielle Verlautbarungen gefunden hat, gibt es bis heute für ihn keine theoretische Fundierung und stimmige konzeptionelle Ausgestaltung. So ist bis heute völlig unklar, wie die sogenannte Förderdiagnostik gelehrt, gelernt und evaluierbar durchgeführt werden könnte. Außer gutem Willen und vielen moralischen Proklamationen, die sich zudem nicht einlösen lassen, hat dieses Pseudokonzept nichts vorzuweisen (SCHLEE 1985a,b)“ (332f.).

SCHLEEs Kritik fällt sehr scharf aus und müsste doch Reaktionen derjenigen hervorrufen, welche überzeugt für die Förderdiagnostik eintreten, um ihr Konzept gegen die Kritik zu verteidigen. Aber auch hier scheint es an der Bereitschaft zur kontroversen Auseinandersetzung auf fachlicher Ebene zu mangeln.



Fazit: Die angeführten Beispiele weisen auf erhebliche Mängel etwa im Bereich der empirischen Überprüfung von Methoden, im inner- wie interdisziplinären Diskurs etc. hin. Es wäre also aus unserer Sicht wünschenswert, wenn die Heilpädagogik sich als Wissenschaft begreift und kontroversen Debatten nicht aus dem Weg zu gehen versucht. Wir verstehen „Heilpädagogik online“ als geeignete Plattform dafür.

## Literatur

- BARSCH, S.; BENDOKAT, T.: Vorwort zur Erstausgabe. In: Heilpädagogik online 01/02, 2-5. Online unter: [http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik\\_online\\_0102.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik_online_0102.pdf), Stand: 04.08.2004
- BENDOKAT, Tim; BRÜCK, Markus: Behindertenfeindliche Bioethik? Ein häufiger Irrglaube der Heilpädagogik. In: Sonderpädagogische Förderung 4/2004, 429-439
- BLEIDICK, U.: Behinderung als pädagogische Aufgabe. Stuttgart, Berlin, Köln 1999
- BLEIDICK, U.; HAGEMMEISTER, U.: Einführung in die Behindertenpädagogik I. 6., überarbeitete Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln 1998
- BONFRANCHI, R.: Zwischen allen Stühlen. Die Kontroverse zu Ethik und Behinderung. Erlangen 1997
- BORCHERS, J.; RUNOW, V.: Effektive Interventionen im sonderpädagogischen Arbeitsfeld - ein Vergleich zwischen Forschungsbefunden und Lehrereinschätzungen. In: Heilpädagogische Forschung 04/2003, 189 - 203
- DEDERICH, M.: Behinderung – Medizin – Ethik. Behindertenpädagogische Reflexionen zu Grenzsituationen am Anfang und Ende des Lebens. Bad Heilbrunn 2000
- DEDERICH, M.: Menschen mit Behinderung zwischen Ausschluss und Anerkennung. Bad Heilbrunn 2001
- DEDERICH, M.: Bioethik und Behinderung. Bad Heilbrunn 2003a
- DEDERICH, M.: Kritische Anmerkungen zur Präimplantationsdiagnostik. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 9/2003, 356 – 362 (2003b)
- DREHER, Walther: Eine Gesellschaft für alle Menschen - ohne besondere Bedürfnisse. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 1/00, 50-57. Online: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-00-gesellschaft.html>, Stand: 12.08.2005

- EBERWEIN, H.; KNAUER, S. (Hrsg.): Integrationspädagogik. Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen lernen gemeinsam. 6., vollständig überarb. u. aktualisierte Auflage, Weinheim und Basel 2002
- FELKENDORFF, Kai: Wer wird behindert? In: Heilpädagogik online 04/2004, 3-22. Online unter:  
[http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik\\_online\\_0404.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik_online_0404.pdf),  
Stand: 30.09.2004
- FEUSER, G.: Allgemeine Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. In: Behindertenpädagogik 1/1989, 4-48 (1989a)
- FEUSER, G.: Offener Brief an Prof. Dr. Chr. Anstötz, die Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie die Bundesvereinigung Lebenshilfe. In: Behindertenpädagogik 3/1989, 292-297 (1989b)
- FEUSER, G.: „Geistigbehinderte gibt es nicht!“. Projektionen und Artefakte in der Geistigbehindertenpädagogik. In: Geistige Behinderung 1/1996, 18-25
- FOSTER, R.: Verantwortung, Personalität und Menschenwürde – Ethische Stolpersteine auf dem Weg zu einer „behindertenfreien“ Gesellschaft. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 5/2004, 230-239
- GOETZE, H.: Editorial. In: Heilpädagogische Forschung 03/03, 101.
- GRODE, W.: Selbstbestimmt Leben und das soziale Modell von Behinderung, in: Heilpädagogik online 02/2003, 4-20,  
[http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik\\_online\\_0203.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik_online_0203.pdf),  
Stand: 30.3.2003
- HAEBERLIN, U.: Sonderpädagogik studieren - eine Herausforderung an den ganzen Menschen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 10/2002, 398-403 (2002a)
- HAEBERLIN, U.: Gedanken über die Zukunftschancen der Heil- und Sonderpädagogik. In: BUNDSCHUH, K. (Hrsg.): Sonder- und Heilpädagogik in der modernen Leistungsgesellschaft. Krise oder Chance? Bad Heilbrunn 2002, 17-38 (2002b)
- HEESCH, E.: Aufruf zum öffentlichen Protest. In: Behindertenpädagogik 3/1998, 274-276
- HEIMLICH, U.: Didaktische Konzepte für den zieldifferenten Gemeinsamen Unterricht. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 6/2004, 288-295
- HEINZEL, F./ PRENGEL, A.: Heterogenität, Integration und Differenzierung in der Primarstufe. Opladen 2002
- HILLENBRAND, C.: Paradigmenwechsel in der Sonderpädagogik? Eine wissenschaftstheoretische Kritik. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 5/1999, 240-246

- HOYNINGEN-SÜESS, U./WIDMER, P.: Auswirkungen der Singer-Debatte. Eine Inhaltsanalyse deutschsprachiger Lehrbücher der 90er Jahre. In: Sonderpädagogik 4/2003, 211-222
- HOYNINGEN-SÜESS, U./WIDMER, P.: Replik zur Stellungnahme zu Hoyningen-Sess, U. & Widmer, P. (2003). Auswirkungen der Singer-Debatte. Eine Inhaltsanalyse deutschsprachiger Lehrbücher der 90er Jahre. Sonderpädagogik 1/2004, 38-40
- JANTZEN, W.: Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 52 (2001), 222-231
- JANTZEN, W.: Stellungnahme zu Hoyningen-Sess, U. & Widmer, P. (2003). Auswirkungen der Singer-Debatte. Eine Inhaltsanalyse deutschsprachiger Lehrbücher der 90er Jahre. Sonderpädagogik 1/2004, 34-37
- KLAUER, K.-J.: Zur Neuordnung der Ausbildung der Sonderschullehrer. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 08/2001, 33 - 37
- KRON, F. W.: Grundwissen Didaktik. 4. neubearbeitete Auflage München 2004
- LELGEMANN, R.: Radikaler Konstruktivismus und Sonderpädagogik -Thesen und Anfragen aus theoretischer und praktischer Perspektive. In: Heilpädagogik online 4/2003, 4-20. Online unter: [http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik\\_online\\_0403.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik_online_0403.pdf), Stand: 30.09.2003
- LEONHARDT, A. (Hrsg.): Wie perfekt muss der Mensch sein? Behinderung, molekulare Medizin und Ethik. München 2004
- MOOSECKER, J.: Präimplantationsdiagnostik - Ethisches Dilemma oder Dambruch? In: Zeitschrift für Heilpädagogik 6/2003, 234-239
- REICH, K.: Systemisch-konstruktivistische Pädagogik. Einführung in Grundlagen einer interaktionistisch-konstruktivistischen Pädagogik. 3., überarb. Auflage, Neuwied, Kriftel 2000
- SCHLEE, J.: Illusionen sogenannter Förderdiagnostik. In: Kornmann, R. / Meister, H. / Schlee, J. (Hrsg.): Förderungsdiagnostik. Heidelberg 1983, 48 - 57
- SCHLEE, J.: Ist die sonderpädagogische Forschung in Deutschland provinziell und rückständig? In: Zeitschrift für Heilpädagogik 8/2001, 331 - 334
- SCHNEIDER, R. U.: Des Dichters kurzer Enkel. Der kleinwüchsige Bioethiker Tom Shakespeare will zwischen Genforschern und Behindertenvertretern vermitteln. In: Die Zeit 32/2002, 28
- SEITZ, Simone: Lehr-/ Lernforschung für die inklusive Schule – Begründungen und Erschließungsmöglichkeiten. In: GEILING, Ute; HINZ, Andreas (Hrsg.): Integrationspädagogik im Diskurs. Auf dem Weg zu einer inklusiven Pädagogik? Bad Heilbrunn 205, 116-121
- SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. 4. Auflage, München 1998

THEUNISSEN, G.: Zur „Neuen Behindertenfeindlichkeit“ in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 10/1989, 673–687

WALTER, J.: „Einer flog übers Kuckucksnest“ - oder welche Interventionsformen erbringen im sonderpädagogischen Feld welche Effekte? In: Zeitschrift für Heilpädagogik 11/2002, 442-450

Zu zitieren als:

BARSCH, Sebastian; BENDOKAT, Tim; BRÜCK, Markus: In eigener Sache: Anmerkungen zum fachkritischen Diskurs in der Heil- und Sonderpädagogik, in: Heilpädagogik online 04/05, 4-19

[http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik\\_online\\_0405.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0405.pdf),

Stand: 30.09.2005

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Gerd Hansen und Michael Jung

# **Die psychosoziale Situation von Kindern mit Verbrennungen**

**In Deutschland erleiden jedes Jahr 7000 Kinder bei Unfällen so schwere thermische Verletzungen, dass sie stationär behandelt werden müssen. Etwa 3000 Kinder werden ihr Leben lang mit Narben leben müssen.**

**Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit Besonderheiten der psychosozialen Situation von thermisch verletzten Kindern und deren Familien.**

***Schlüsselwörter:* Verbrennungsverletzungen bei Kindern; psychosoziale Auswirkungen von Verbrennungsverletzungen; Bewältigung von Verbrennungsverletzungen**

**Every year, in Germany, approximately 7000 children are thermally injured so severely, that treatment in hospital is necessary. About 3000 children have to live with scars for the rest of their lives.**

**The present article is concerned with the particularities of the socio-psychological situation of thermally injured children and their families.**

***Keywords:* burn injuries in children; socio-psychological effects of burn injuries; coping with burn injuries**

## **1. Einleitung**

*Paulinchen war allein zu Haus, die Eltern waren beide aus... Was in den altbekannten Versen im traditionellen Muster der Abschreckung vor den Folgen des Ungehorsams literarisch verarbeitet ist, spiegelt trotz der Überzeichnung Ängste von Kindern und Eltern vor dem traumatisierenden Verlust des Lebens oder der Unversehrtheit durch Feuer wider. Die gar traurige Geschichte mit dem Feuerzeug ist auch heute noch Sinnbild für die Gefahren des Feuers.*

Nach Angaben der Gesellschaft für Verbrennungsmedizin erleiden jedes Jahr 7000 Kinder bei Unfällen so schwere thermische

Verletzungen, dass sie stationär behandelt werden müssen. Etwa 3000 Kinder werden ihr Leben lang mit ihren Narben leben müssen.

## **2. Medizinische Aspekte**

Verbrennungsverletzungen stellen aus medizinischer Sicht schwerwiegende Zell- und Gewebeschädigungen der Haut dar, die bereits bei einer kurzen Hitzeeinwirkung von 65°C auftreten (vgl. ASSENHEIMER 2001, 135). Aufgrund unterschiedlicher Unfallhergänge können Verletzungen der Haut durch direkte Hitzeeinwirkungen und durch Kontakt mit heißen Flüssigkeiten, heißen Gegenständen, Chemikalien, elektrischem Strom oder durch Strahlen entstehen.

Während Verbrennungen durch das Experimentieren mit Feuer, Strom und explosiven Substanzen häufiger bei Schulkindern auftreten, sind Verbrühungen die häufigste Ursache bei Kleinkindern (vgl. MÜCKE / BEUSHAUSEN 2001, 184). Mehr als 90% der Unfälle geschehen im Haushalt – in 85% der Fälle in der Gegenwart der Eltern (vgl. POCHON 1990, 2). Angaben zur Häufigkeit eines Verbrechens schwanken nach HÖRRMANN / BRUCK (2001, 244) zwischen einer Dunkelziffer von 2 bis 10%. Kindesmisshandlungen sowie thermische Verletzungen infolge von Kriegserlebnissen nehmen vor allem auf Grund der häufig unklaren Anamnesen und des familiären Hintergrundes eine Sonderstellung in der medizinischen und psychologischen Arbeit ein.

Thermische Verletzungen reichen von lokalen Verbrennungen bis hin zu schwersten Brandverletzungen (vgl. MÜCKE / BEUSHAUSEN 2001, 184). Während bei lokalen Verbrennungen die Gewebeschäden primär durch direkte Hitzeeinwirkung und weniger durch das Nachbrennen auftreten und sich auf Rötung bzw. Blasenbildung beschränken, wird eine Brandverletzung als Polytrauma der Haut beschrieben (vgl. ASSENHEIMER 2001, 135).

## **2.1 Pathophysiologische Zusammenhänge**

Infolge der Zerstörung der Kapillaren sowie der Ausschüttung von Entzündungsmediatoren kommt es zur Ödembildung und einer Entzündungsreaktion des umliegenden Gewebes (vgl. ASSENHEIMER ET AL. 2001, 135; HENCKEL VON DONNERSMARCK 1998, 6). Zentrale Ursache für die immunologischen Reaktionen infolge schwerer Verbrennungen ist der Volumenverlust roter Blutkörperchen durch Flüssigkeitsverdunstung und die einsetzende Ödembildung (vgl. HENNENBERGER 2002, 230). Physiologisch stellen Verbrennungen somit nicht nur eine Beeinträchtigung der mechanischen und immunologischen Schutzfunktion der Haut dar, sondern sind ein tiefer Eingriff in den Flüssigkeits-, Eiweiß- und Elektrolythaushalt sowie die Thermoregulation des Körpers (vgl. RENNEKAMPFF / BERGER 2002, 44). Aufgrund der Komplexität der pathophysiologischen Veränderungen durch den Austritt von Gewebsflüssigkeit und der systemischen Funktionsstörungen aller Organe stellt REICHEL (1993, 9) die Sonderstellung einer schweren Verbrennung unter den Unfallverletzungen heraus. Aufgrund der im Vergleich zum Erwachsenen relativ zum Körpergewicht größeren Körperoberfläche, dem geringeren Flüssigkeits- und Blutvolumen und der geringeren Dicke der Haut „[...] wird beim Kind die Schwelle zwischen isoliert zu betrachtender und lokaler Verbrennung hin zur Brandverletzung mit generalisierten Folgen für den Organismus schneller überschritten“ (MÜCKE / BEUSHAUSEN 2001, 185). Bereits 5% verbrannter Körperoberfläche können bei Kindern zu einem Polytrauma mit Hypovolämie und Schock führen (vgl. HENNENBERGER 2001, 232). Zwar haben Kinder bei optimaler Akutbehandlung aufgrund häufig fehlender Vorerkrankungen größere Überlebenschancen als Erwachsene (vgl. ebd.), jedoch sind die Folgen für Wachstum und Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen oftmals schwerwiegender, da die Vermeidung von Narben

trotz einer frühzeitigen Hauttransplantation und einer kontinuierlichen Kompressionstherapie nur schwer zu erreichen ist.

## **2.2 Die Therapie von Verbrennungsverletzungen**

Für die medizinische Prognose einer Verbrennungsverletzung bei Kindern sind neben der Verbrennungstiefe, dem Ausmaß und der Lokalisation der verbrannten Körperoberfläche sowie dem Allgemeinzustand des Kindes vor allem eventuell vorhandene Zusatzverletzungen oder bereits bestehende Erkrankungen des Kindes entscheidend. Häufige akute Komplikationen treten infolge von thermisch-toxischen Inhalationstraumen auf, die zudem eine chronische Schädigung der Atemwege nach sich ziehen können (vgl. HENNENBERGER 2002, 238). Die Sterblichkeitsrate bei Kindern und Jugendlichen mit thermischen Verletzungen ist aufgrund des Fortschritts in der Notfall- und Verbrennungsmedizin deutlich zurückgegangen.

### Phase der Akuttherapie

Hauptziel der Akuttherapie ist neben dem frühen Wundverschluss die Schock- und Schmerzbekämpfung. Die Behandlung komplexer Regulations- und Funktionsstörungen der Organsysteme geht einher mit prophylaktischer Antibiotikagabe sowie Maßnahmen zur Sedierung. Je nach Verbrennungsausmaß erfolgt in Abhängigkeit von der Stabilität des Kreislaufes in den ersten Tagen der stationären Aufnahme eine chirurgische Entfernung des nekrotischen Gewebes. Indikation für eine stationär-chirurgische Intervention ist eine tiefe dermale Verletzung, die ab einer schweren zweitgradigen Verbrennung auftritt und eine Beschädigung der Hautanhangsgebilde, Blutgefäße und Nervenendigungen mit einschließt. Im Wundheilungsprozess werden die verbrannten Hautzellen durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt, was aufgrund von Narbenbildung zu



funktionellen und kosmetischen Beeinträchtigungen führen kann. Zur Verhinderung einer Sepsis und zum Erreichen eines optimalen funktionellen und kosmetischen Spätresultates muss die Wunde nach der Nekrosenabtragung umgehend durch Hautersatz abgedeckt werden. Neben synthetisch-biologischem Hautersatz sowie der Verwendung von Fremdhaut bietet Eigenhaut besonders gute Resultate bei der Wundabdeckung (vgl. HENCKEL VON DONNERSMARCK 1998, 5; vgl. MÜLLER 2001, 34).

#### Phase der stationären Rehabilitation

Nach Überwinden der lebensbedrohlichen Akutphase und der Verlegung auf die Normalstation richtet sich die stationäre Therapie auf die Mobilisierung des Patienten und die Überwachung der Wundheilung. Die Wundversorgung ist mit schmerzhaften Prozeduren des Verbandwechsels verbunden, die täglich, zum Teil unter Narkose, durchgeführt werden müssen. Eine Störung des Heilungsprozesses der Haut kann zu hypertropher Narbenbildung führen (vgl. SPILKER/TOLKSDORF-KREMMER/KÜPPERS 2001, 353). Die so genannten Keloide sind wulstartige, harmlose Wucherungen der Haut. Diese Form der Kollagenwucherungen stellt nicht nur ein wachstumsbedingtes funktionelles Risiko in Form drohender Gelenkkontrakturen durch die geringe Elastizität der Haut dar. Sie kann auch zu auffallenden Narbenbildungen mit bleibenden Hautpigmentierungen führen. Eine Kompressionstherapie (durch Kompressionskleidung und spezielle Bandagen) soll die mögliche Entstehung hypertropher Narben unterdrücken. Trotz Kompressionstherapie können dauerhafte Beeinträchtigungen der Hautfunktionen (wie Sensibilitätsstörungen, Verringerung der Elastizität sowie Spannungsgefühl und Schmerzen) zurückbleiben. Während der Narbenheilung ist daher eine kontinuierliche Überwachung der Narbenreifung hinsichtlich Funktion, Ästhetik und Schmerzsym-

ptomatik notwendig, um gegebenenfalls Korrekturoperationen zur Kontrakturprophylaxe und Verhinderung von Entstellungen durchzuführen (vgl. HÖRRMANN & BRUCK 2001, 250). Begleitend wird die Wund- und Hautpflege durch Meersalzbäder, Verbände mit Fettgasen und mehrmals tägliches Einfetten der Haut mit speziellen Pflegesalben unterstützt. Die Durchführung einer Lymph- und Bindegewebsmassage zielt auf den Erhalt der Geschmeidigkeit der Haut und der Beweglichkeit der Gelenke ab (ZIEGENTHALER 2000, 134).

### Phase der ambulanten Rehabilitation

Nach Schließung der Hautdefekte beginnt im Rahmen von Ergo- und Physiotherapie ein Mobilisationstraining sowie die Anpassung von Kompressionsanzügen und Schienen. Ziele der Therapien sind die allgemeine Kräftigung, die Schulung der Körperwahrnehmung, die Mobilisation der Gelenke, die Dehnung von Weichteilstrukturen und die Anbahnung von Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. ZIEGENTHALER 2000, 132). Insbesondere bei Betroffenheit der Hände (z.B. bei Einschränkungen der Greif- und Tastfunktionen) können Trainings der Feinmotorik sowie Sensibilitätsschulungen indiziert sein (vgl. ebd.). Amputationen erfordern spezielle prothetische Maßnahmen sowie die Versorgung mit weiteren Hilfsmitteln (vgl. HASSE 1990, 144ff.).

Abhängig von der Lokalisation der Narben folgen wachstumsbedingt wiederholt Korrekturoperationen oder plastisch-chirurgische Eingriffe - nicht nur zur kosmetischen Korrektur, sondern auch zur Kontrakturprophylaxe und Behebung von Spannungsschmerzen. Insbesondere bei Mädchen können bei thorakalen Verletzungen aufgrund der Entwicklung des Brustdrüsenkörpers während der Pubertät Korrekturoperationen notwendig sein (vgl. HÖRRMANN & BRUCK 2001, 251).

DE ROCHE (2001, 28) weist für Fälle von Verbrennungen von mehr als 40% der Körperoberfläche auf Wachstumsverzögerungen hin, die jedoch zumeist gegen Ende des dritten Jahres nach dem Unfall aufgeholt werden.

Nach Ende der stationären Therapie folgt eine bis zu zwei Jahre dauernde ambulante Rehabilitation, die neben der Fortsetzung der Kompressionstherapie und des Mobilitätstrainings regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Überwachung der Wundheilung einschließt (vgl. LANDOLT 1996, 48).

### **3. Psychosoziale Aspekte**

Die Darstellung medizinisch-rehabilitativer Aspekte deutet bereits die Komplexität möglicher psychosozialer Auswirkungen für das betroffene Kind sowie für das System der Familie an. „Verbrennungsverletzungen und deren Therapie gehören zu den schmerzhaftesten menschlichen Erfahrungen und betroffene Individuen müssen sehr oft mit lebenslangen körperlichen Entstellungen rechnen“ (LANDOLT 1996, 48). Das Erleben des Unfallereignisses, die Konfrontation mit starken physischen Schmerzen und die Auseinandersetzung mit internen und externen Reaktionen auf die somatischen Veränderungen konstituieren eine existenzielle Grenzsituation mit der Gefährdung einer Traumatisierung der gesamten Person. Mögliche Folgen werden neuerlich im Rahmen der psychologischen Trauma-Forschung thematisiert.

#### **3.1 Traumatisierung**

Zu den häufigsten Begleit- und Folgeerscheinungen von Traumatisierung zählen organische Psychosen, posttraumatische Symptome, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Schmerzen, Depressionen, Angststörungen und Phobien (vgl. MEYER/ BLAKENEY 1996, 544ff.; vgl. LANDOLT 1996, 49ff.; vgl. SCHNEIDER 2002,

97). Auf Grundlage der ICD 10 werden Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörungen unterschieden (vgl. DIMDI 2005). Zu den am häufigsten auftretenden Störungen nach einer Verbrennungsverletzung zählen Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD). Wichtige Merkmale sind „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, [...] Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ (ebd.). Darüber hinaus können erhöhte Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen sowie Angst und Depression auftreten.

In einer Studie von ZEITLIN (1997) zu Auswirkungen von Verbrennungsverletzungen räumt die Mehrheit der Probanden einen veränderten Umgang mit heißen Objekten und Feuer ein. Rund ein Fünftel gibt an, noch immer Angst vor Feuer zu haben – fast die Hälfte der Befragten äußert eine erhöhte Wachsamkeit beim Umgang mit Feuer und heißem Wasser (vgl. ZEITLIN 1997, 470).

Nicht selten werden noch Jahre nach dem Verbrennungsgeschehen Retraumatisierungen beobachtet – mit wiederkehrenden Erinnerungen an das Erleben des Unfalls und den damit verbundenen Schmerzen (vgl. FISCHER 2003, 723).

MEYER ET AL. 2000 berichten auf Basis einer Elternbefragung mit in einer Untersuchungsgruppe von 33 Kindern mit  $50\% \pm 28\%$  TBSA (total body surface area, Maß für die Gesamtkörperoberfläche) unter 4 Jahren 1,2 Jahre nach dem Verbrennungsunfall signifikant mehr Symptome internalisierender Verhaltensauffälligkeiten nach als in der nicht-klinischen Referenzgruppe. Kein Unterschied

kann im Hinblick auf externalisierende Verhaltensauffälligkeiten festgestellt werden. „The problematic behaviors are characteristic of a withdrawn, sad child who has multiple somatic complaints and disturbed sleep“ (MEYER ET AL. 2000, 181).

Teilweise im Widerspruch dazu stehen Befunde einer Untersuchung von ANDERSSON ET AL. (2003, 27f.). Dort berichten fast drei Viertel der Eltern brandverletzter Kinder von negativen Langzeiteffekten. In einer standardisierten Befragung von Eltern und Lehrern von 44 Kindern im Alter von 7-12 Jahren mit 0,5-29 % TBSA werden im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhte Scores in den Kategorien externalisierende Verhaltensprobleme und Konzentrationsprobleme beschrieben. Der erhöhte Anteil von Kindern mit externalisierenden Störungen spiegelt möglicherweise eine prämorbid Existenz von Verhaltens- oder Entwicklungsproblemen wider (vgl. ARMSTRONG ET AL. 1994, 58). Impulsivität stellt für die betroffenen Kinder nicht nur ein allgemein erhöhtes Verletzungsrisiko dar, sondern scheint ebenfalls Auswirkungen auf die Art der Verbrennungsverletzung zu haben. So belegt eine Studie von MANGUS ET AL. (2004) nicht nur einen höheren Anteil von Kindern mit diagnostizierter ADHD unter den untersuchten Patienten eines Verbrennungszentrums, sondern auch eine stärkere Betroffenheit dieser Kinder von Verletzungen der Körperoberfläche.

Zur Einordnung und Bewertung der dargelegten Untersuchungsergebnisse kann zusammenfassend festgehalten werden, dass „... keine Einigkeit darüber besteht, welches denn die aussagekräftigen Kriterien und Lebensbereiche in der Beurteilung der Langzeitbewältigung von Brandverletzungen sind“ (LANDOLT 1996, 53; vgl. auch TARNOWSKI/RASNAKE 1994, 108). Ähnliches stellen auch TARNOWSKI/RASNAKE (1994, 109) auf Basis einer Metaanalyse unterschiedlicher Studien fest. SIMONS/ZIVIANI/ TYACK (2004, 411ff.) fordern deshalb, jenseits rein statistischer Korrelationen

subjektive Sichtweisen und Stile der Bewältigung zu erforschen sowie Belastungssituationen im Kontext individueller Lebenswelten und Lebensthematiken zu erfassen.

Unter dem Aspekt der Situationsabhängigkeit des Verhaltens weist ARMSTRONG (1994, 61) darauf hin, dass belastende settings medizinischer Maßnahmen abweichendes Verhalten erzeugen können, welches dann irrtümlicherweise zu den Eigenschaften des Kindes gezählt wird. So kann etwa die Verweigerung von schmerzhaften Untersuchungen einer als bedrohlich bewerteten Situation durchaus als nachvollziehbares „normales“ Verhalten gelten.

### **3.2 Hospitalisation**

Verbrennungsverletzungen sind langwierige Erkrankungen, die in Abhängigkeit vom Ausmaß zu funktionellen Einschränkungen und körperlicher Schwäche führen und folglich mit schwerwiegenden Aktivitäts- und Mobilitätseinschränkungen einhergehen können. Darüber hinaus ist die therapiebedingte Isolation mit Trennungserfahrungen und der Reduktion von Sozialkontakten verbunden. Die intensivstationäre Phase der Sedierung und Beatmung geht häufig mit Beeinträchtigungen von Wahrnehmungs- und Kommunikationsfunktionen einher. „Der Kontakt mit der sozialen Umgebung erfolgt mittelbar: Die Hände des Personals sind abgeschottet durch das Gummi der Schutzhandschuhe, der Patient ist in seinen Verband eingeschlossen“ (FISCHER 2003, 723). Vor allem für jüngere Kinder kann die Trennung von den Eltern Verunsicherung und Ängste auslösen. „In solchen Fällen kann das Vertrauen des Kindes in den Schutz durch mächtige, verlässliche Elternfiguren schwer beschädigt werden, ein Verlust, der oft mit elementarer Angst und Wut und dem zumindest vorübergehenden Zusammenbruch der positiven Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Funktionen einhergeht“ (RIEDESSER 2003, 165). Zu-

gleich kann die altersuntypische Abhängigkeit von Erwachsenen vor allem von Jugendlichen als Verlust der Selbstkontrolle erlebt werden. LANDOLT (1996, 51) weist in diesem Zusammenhang auf die Verweigerung von Essen als häufige Reaktion auf Autonomieverlust hin. Die Krisenhaftigkeit der Situation kann zudem durch den Wechsel der Behandlungsorte und -personen und der daraus folgenden „schnellen Wechsel oder die Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Rollen-, Tätigkeits- oder Beziehungsanforderungen“ verstärkt werden (STEINEBACH 1997, 51).

Neben dem körperlichen Energie- und Kräfteverlust, der Reduktion auf die Rolle eines Patienten und der Trennung vom gewohnten sozialen Umfeld (z.B. durch Behandlung in Spezialkliniken) sehen sich die Kinder und Jugendlichen immer wieder mit der Problematik konfrontiert, trotz großer Schmerzen medizinisch notwendige Behandlungen tolerieren zu müssen (vgl. KRAUSE-WLOCH 2002, 442). Die Wundheilung ist mit großer Ungewissheit verbunden und lässt nur verzögert die intrapsychische Konfrontation mit den visiblen Folgen der Verbrennungsverletzung zu, zumal Verbandswechsel zunächst häufig unter Narkose stattfinden und wie bereits beschrieben die Wahrnehmungsfähigkeit durch Kurznarkotika eingeschränkt sein kann (vgl. FISCHER 2003, 723). Die Durchführung medizinischer Behandlungen und das Erleiden von Schmerzen kann dazu führen, dass sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen subjektiv als ‚Opfer‘ medizinischer Behandlungen ansehen (vgl. ECKERT ET AL. 1990, 285). FISCHER (2003, 723) beschreibt zudem ungerichtete Ängste intensivmedizinisch behandelte Verbrennungspatienten aufgrund konditionierter Assoziationsketten mit Reizen der Behandlungsumgebung. LANDOLT (1996, 51) weist außerdem darauf hin, dass Symptome der erlernten Hilflosigkeit der Kinder gegenüber schmerzhaften Behandlungen zu einer Intensivierung des Schmerzverhaltens während des Klinikaufenthalts

führen können. Eine Zunahme des Schmerzempfindens im Verlauf der stationären Akutbehandlung kann bei subdermalen Verbrennungen zudem auf die Regeneration der Nervenendigungen zurückgeführt werden (vgl. ZIEGENTHALER 2000, 135).

Zwar ist die optimale Regeneration der Haut primäres Ziel medizinischer Therapien und größter Wunsch der Betroffenen. Die Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlungsmethoden steht jedoch in komplexer Wechselwirkung mit der Antizipation des ohnehin nur schwer zu prognostizierenden funktionellen und kosmetischen Behandlungsergebnisses, dem Verstehen des Unfallmechanismus, der konkreten Gestaltung der Behandlungssituation, bisheriger Krankheits- und Unfallerfahrungen sowie der Ursachennattribution und den daraus abgeleiteten Schuldgefühlen (vgl. KROLL/PETERMANN 1993, 63; vgl. ARMSTRONG ET AL. 1994, 59; vgl. LANDOLT 1996, 50). Dabei können unabhängig von der objektiven Unbeeinflussbarkeit des Unfallmechanismus häufig Schuldgefühle sowohl bei Kindern als auch bei deren Eltern auftreten (vgl. PRUZINSKY/DOCTOR 1994, 177). Die Bewältigung Angst auslösender und schmerzhafter Untersuchungs- und Behandlungsprozeduren muss daher verstärkt unter dem Aspekt von kognitiven Repräsentationen der somatischen Veränderungen betrachtet werden (SALEWSKI 2004, 47). Kinder entwickeln mit zunehmendem Alter klarere Konzepte über Körperfunktionen sowie ein Bewusstsein über die soziale Bedeutung von Körpererscheinung. Mit Erreichen der Fähigkeit zur bewussten Erfahrung von Krankheit kommt es zu einer Ausdifferenzierung von Krankheitskonzepten, die die Ätiologie einer Krankheit als komplexes körperliches und psychisches Geschehen erklären lässt (vgl. SEIFFGE-KRENKE 2002, 836). Eine wichtige Grundlage für den Erhalt der Kooperation und die Verringerung von Belastungsreaktionen infolge medizinischer Behandlungen ist daher eine entwicklungsgerechte Vermittlung eines Er-



klärungsmodells der Erkrankung sowie das Wahr- und Ernstnehmen behandlungs- und unfallbezogener Ängste beim betroffenen Kind und bei dessen Familie.

### **3.3 Integration körperlicher Veränderungen**

Schmerzen, Funktionseinschränkungen der Haut, Hautveränderungen und Entstellungen infolge einer Verbrennungsvletzung erfordern eine komplexe Anpassung des body-images (PRUZINSKY/DOCTOR 1994, 173). Vor allem rekonstruktive Operationen sowie die Amputation von Extremitäten stellen abrupte visible Veränderungen des Körpers dar und bedeuten eine zusätzliche Revision des body-images (vgl. MCQUAID/BARTON/CAMPBELL 2000, 195).

Der Verlust von Gliedmaßen oder das Auftreten von Bewegungseinschränkungen durch Kontrakturen trägt zur Verengung des Aktionsradius bei. Ebenso führen Beeinträchtigungen der Feinmotorik und Tastfunktionen der Hände zu deutlichen Einschränkungen der Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Bewegungen sind häufig mit Schmerzen verbunden und nur unter äußerster Konzentration steuerbar (vgl. KRAUSE-WLOCH 2002, 442). Die Kompensation von Bewegungseinschränkungen macht daher die Gewöhnung an Prothesen und Hilfsmittel notwendig.

Neben den visiblen Veränderungen und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit können Hypo- sowie Hypersensibilitätsstörungen, Thermoregulationsstörungen und sensomotorische Beeinträchtigungen infolge von Schädigungen des peripheren Nervensystems ein verändertes Körpergefühl und eingeschränktes Wohlbefinden bedingen (vgl. KRAUSE-WLOCH 2002, 442). Durch die Betroffenheit von Sinnesorganen können wahrgenommene Veränderungen des Körpergefühls und des Körperschemas verstärkt werden (vgl. ZIEGENTHALER 2000, 136).

Empirische Befunde stützen die Annahme, dass funktionelle Einschränkungen und Entstellungen bei Kindern ohne differenziertes body-image leichter in die Entwicklung integriert werden (vgl. SCHNEIDER 2002, 101). Anpassungsprozesse bei relativ stabilem body-image (d.h. im Jugendalter) können dagegen wesentlich schwieriger sein (vgl. PRUZINSKY/DOCTOR 1994, 177; vgl. MCQUAID/BARTON/CAMPBELL 2000, 195; vgl. SCHNEIDER 2002, 101). Die fehlende Integration somatischer Veränderungen in das Körperkonzept weist allgemein eine vergleichsweise hohe psychopathologische Symptombelastung auf (vgl. ROTH 2000, 8).

Allerdings weisen neuere Untersuchungen keine oder nur sehr schwache Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Verbrennungsverletzung und negativen psychischen Folgen aus (vgl. PRUZINSKY/DOCTOR 1994, 174; vgl. DORFMÜLLER 1996, 25; vgl. ANDERSSON ET AL. 2003, 28; vgl. MCQUAID/BARTON/ CAMPBELL 2000, 195; vgl. SCHNEIDER 2002, 102; vgl. TYACK/ ZIVIANI 2003, 435).

MEYERS-PAAL ET AL. (2000) berichten, dass Kinder mit schweren Verbrennungen eine altersangemessene Entwicklung und Selbstständigkeit erreichen. In der Longitudinal-Studie mit 41 Patienten unter 21 Jahren mit mindestens 80% TBSA und einem Anteil von 70% drittgradiger Verbrennungen kann bei einer standardisierten Befragung von Kindern, Eltern und Lehrern kein Rückgang in der Sozialkompetenz nachgewiesen werden (vgl. MEYERS-PAAL ET AL. 2000, 47; vgl. ANDERSSON ET AL. 2003, 28).

PRUZINSKY/DOCTOR (1994, 175) machen auf die Problematik der „hidden burns“ aufmerksam. Während Personen mit sichtbaren Narben gezwungen sind, sich mit Narben und Entstellungen auseinander zu setzen, gelingt bei leichteren oder nicht sichtbaren Verletzungen die Verdeckung und damit häufig die Vermeidung einer interpersonellen Auseinandersetzung (vgl. ebd.).

Die unzureichende empirische Absicherung dieser Ergebnisse sowie die Heterogenität des Forschungsstandes lässt jedoch keinen konsistenten Zusammenhang zwischen sichtbaren Narben und psychopathologischen Auffälligkeiten herstellen (TARNOWSKI 1994, SCHNEIDER 2002, 103). SCHNEIDER (2002, 103) kann in Übereinstimmung mit bisherigen Untersuchungen keine Prävalenz für psychische Auffälligkeiten (wie das Auftreten von Angstsymptomen, Depressionen und posttraumatischen Belastungssymptomen) bei thermisch verletzten Kindern mit Beteiligung des Gesichtes nachweisen und führt dies darauf zurück, „daß Kinder/Patienten mit Gesichtsbeteiligung eine bessere soziale und therapeutische Unterstützung erhalten, so daß sie lernen, mit ihrem Schicksal zufrieden zu leben.“

BAUR/HARDY/VAN DORSTEN (1998, 239) stellen nach einer Analyse von Studien zum Posttraumatischen Belastungssyndrom nach Verbrennungsunfällen zusammenfassend fest, dass das Ausmaß der Verbrennung, die Beteiligung des Gesichtes sowie mögliche Amputationen nicht im Zusammenhang mit der Entwicklung eines solchen Störungsbildes stehen. Als durchaus relevant scheinen dagegen das wahrgenommene Fehlen sozialer Unterstützung, ein hoch ausgeprägter Kummer und schlecht angepasste Coping-Strategien zu sein. Resümierend lässt sich konstatieren, dass auch für den Bereich der thermischen Verletzungen ein unterstützendes soziales Umfeld eine zentrale Bewältigungsressource darstellt.

### **3.4 Stigmatisierung**

Die Schädigung der Haut hat nicht nur Auswirkungen auf die sensorische Wahrnehmungsfähigkeit, sondern auch auf das Erleben von Kommunikation. „Vor allem [...] ist durch die Brandverletzung unser Berührungs- und Kontaktorgan betroffen, an der sich aktiv und passiv Liebe und Liebesfähigkeit manifestiert, wofür während des

ersten Lebensjahrs, in der frühen Mutter-Kind-Beziehung nicht zuletzt auch über den wärmenden Hautkontakt der Grundstein gelegt wurde“ (SCHRADER 2002, 447). Die Sichtbarkeit von Schädigungen der Haut steht nicht selten im Kontext mit Stigmatisierungserfahrungen, mehr Leidensdruck, einer höheren emotionalen Belastung und einer negativ erlebten Lebensqualität. Stigmatisierend können dabei nicht nur die visiblen Veränderungen, sondern auch das Behaftetsein mit einer Erkrankung wirken (SALEWSKI 2004, 15). SALEWSKI (ebd.) weist auf das hohe Belastungspotential im Jugendalter hin, in dem vor allem Gesundheit, Attraktivität und körperliche Leistungsfähigkeit für die Akzeptanz bei Gleichaltrigen von großer Bedeutung sind.

In der Langzeitstudie von SCHNEIDER (2002, 101) weisen Mädchen häufiger als Jungen posttraumatische Belastungsstörungen und kognitive Leistungsschwierigkeiten auf. Diese Befunde sind im Kontext ähnlicher Studien zu interpretieren, in denen Jungen im Gegensatz zu Mädchen ein allgemein besseres psychisches und physisches Outcome nach einem Verbrennungsunfall aufwiesen. „Mädchen legen im Allgemeinen mehr Wert auf attraktives Aussehen und sind daher bei körperlichen Entstellungen psychisch stärker belastet“ (ebd.).

Aus den Ergebnissen einer finnischen Langzeituntersuchung von ZEITLIN (1997, 470f.) geht hervor, dass mehr als die Hälfte der befragten 91 Patienten mit TBSA von 5 - 50% - darunter insbesondere weibliche Befragte - sich über die Narben ärgern, aber lediglich ein Drittel die Narben verdecken. Keine signifikanten Probleme äußern die Befragten bei der Wahl des Berufes, der Hobbys oder der Partner. Zwar räumen ein Fünftel der Befragten mit sichtbaren Narben Probleme beim Aufbau sexueller Kontakte während der Pubertät ein. Dies sei aber auf diesen Entwicklungsabschnitt begrenzt gewesen.

#### **4. Auswirkungen eines Verbrennungsunfalls auf das System der Familie**

Das Erleben eines Verbrennungsunfalls kann als kritisches Lebensereignis gelten, welches eine Vielzahl von Anpassungsleistungen erforderlich macht (vgl. FILIPP 1995, 23; vgl. OERTER ET AL. 1999, 61f; vgl. MONTADA, 2002 44f). Zwecks Beschreibung und Erklärung dieser Anpassungsleistungen wird in der einschlägigen Literatur häufig auf Modelle der Stressforschung rekurriert. Der Umgang mit Stressoren hängt u.a. davon ab, wie die einzelnen Familienmitglieder die adaptive Beziehung zwischen Personen- und Situationsmerkmalen einschätzen (vgl. LAZARUS 1995, 204). Innerhalb familiärer Subsysteme können bedingt durch individuelle Bewertungen der Ressourcen und Stressoren unterschiedliche Definitionen und Bewertungen von Erkrankung existieren (vgl. SALEWSKI 2004, 65 und 99). Als wichtige Bedingungsvariablen von Bewältigungsaktivitäten können bei Verbrennungsunfällen das unterschiedliche Erleben des Verbrennungsunfalls, der Grad der Traumatisierung, die Ursachenattribution und das subjektive Schuldempfinden gelten (vgl. DORFMÜLLER 1996, 25). Fehlende Übereinstimmungen hinsichtlich der individuellen Bewertung des Unfalls oder der Bewältigungsmöglichkeiten können den familiären Bewältigungsprozess erschweren (vgl. SALEWSKI 2004, 101ff).

##### *Belastungsreaktionen*

Die Konfrontation mit einem lebensbedrohlichen Unfallereignis und das damit zusammenhängende psychische Schockerlebnis gehen häufig mit der Suche nach Erklärungen und Sinnfragen einher. In einer Studie von MASON (1993, 496) ist die Mehrzahl der Mütter in der Phase des anhaltenden emotionalen Traumas aufgrund der Schocksituation nicht in der Lage, Unfallzusammenhänge, Verantwortlichkeiten und Folgen zu realisieren. TARNOWSKI/ RASNAKE

(1994, 81) bezeichnen Eltern und nicht verletzte Geschwister unter dem Aspekt der Mittraumatisierung als Risikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen.

Nach CELLA ET AL. (1987, 88) sind die unvorbereitete Konfrontation mit einem Unfallereignis, die Irreversibilität der Veränderungen der Körpererscheinung und die tatsächliche oder subjektiv wahrgenommene Verletzung der Fürsorge und Schuld zentrale Aspekte der familiären Belastung. In einer Untersuchung von 36 Eltern thermisch verletzter Kinder mit TBSA 14% treten signifikant mehr Depression, Hoffnungslosigkeit und aufdringliche Gedanken in Bezug auf das Verbrennungseignis und Vermeidungsmechanismen auf.

Als besonders belastend erleben Eltern Abweichungen ihres Kindes vom physischen Idealbild, Einschränkungen hinsichtlich der Zukunftserwartungen ihres Kindes, Veränderungen des familiären Alltags und den Verlust der Überzeugung, gute Eltern zu sein (vgl. CELLA ET AL. 1987, 97). Neben dem Gefühl, dem Kind nicht mehr Sicherheit geben zu können, leiden Eltern darunter, von anderen Menschen als nicht verantwortungsvoll gesehen zu werden (vgl. ebd.; vgl. MASON 1993, 496). Gefühle von Schuld können offensichtlich auch noch lange Zeit nach dem Verbrennungseignis (etwa durch Schmerzerleben der Kinder) reaktiviert werden.

Eine Befragung von KENT (2000, 321) ergibt, dass Mütter verbrennungsverletzter Kinder direkt nach der Verbrennungsverletzung höhere Werte in Bezug auf Angst und Depression erreichen als Mütter von Kindern mit Frakturen oder ohne Erkrankungen. Die Werte normalisieren sich jedoch innerhalb der folgenden 6 Monate. Außerdem stellt KENT fest, dass Mütter von Kindern mit Verbrennungen vor den Unfällen keine erhöhten Depressionswerte aufweisen. Dies gilt im Übrigen auch für die Kinder.

In einer Studie von BLAKENEY ET AL. 1993, bei der 89 Eltern 1-3 Tage nach der Verbrennungsverletzung sowie 31 Eltern 1-5 Jahre nach der Verbrennungsverletzung anhand des Parenting Stress Index (PSI) befragt werden, kann kein signifikant erhöhtes Belastungserleben der Eltern in der akut-klinischen Phase im Vergleich zur normativen Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Allerdings zeigen Eltern von thermisch-verletzten Kindern zwei Jahre nach der Verbrennungsverletzung unabhängig vom Ausmaß der Verletzung deutlich mehr depressive Symptome als Eltern von akut thermisch verletzten oder gesunden Kindern. Bei Eltern, die drei Jahre nach dem Verbrennungsunfall untersucht werden, scheinen sich die Symptome zu normalisieren – bei vier bis fünf Jahre nach der Verbrennungsverletzung untersuchten Familien treten signifikant geringere Werte in Bezug auf Depression im Vergleich zur Referenzgruppe auf (vgl. ebd., 77).

MASON (1993, 498) arbeitet drei Phasen mütterlicher Reaktionsmuster auf Verbrennungsverletzungen heraus: „I. Continuing emotional trauma II. Attempting to rationalize III. Rationalization of thermal injury.“ In der Untersuchung erreichten nur 10 Prozent der Mütter die dritte Phase während des Untersuchungszeitraums von 6 Monaten. Inwieweit die Mütter danach diese Phase erreichten bleibt unklar. Die Autoren mutmaßen, dass manche Mütter diese Phase nie erreichen werden bzw. in frühere Phasen regredieren.

Aus der Weiterführung der Studie geht hervor, dass das Durchlaufen der Phasen bei Müttern, deren Kinder eine schwere thermische Verbrennung erlitten haben, länger dauert als bei Müttern von eher leicht verletzten Kindern. Neben der kurzfristigen Anpassung an die Erfordernisse einer klinischen Akutversorgung bedeutet eine Verbrennungsverletzung oft eine langfristige Auseinandersetzung mit zusätzlichen Alltagsbelastungen, Zukunftssorgen und Ängsten. Die Verarbeitung der Verlusterfahrungen der Familie

ist mit der langfristigen Aufgabe verbunden, realistische Therapieerwartungen zu entwickeln und die Ungewissheit der funktionellen und kosmetischen Folgen der Verbrennungsverletzung zu akzeptieren.

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen und die daraufhin häufig zu treffenden Entscheidungen bezüglich notwendiger Korrekturoperationen führen zu einer wiederholten Auseinandersetzung mit visiblen Veränderungen und dem Schmerzerleben des Kindes – möglicherweise auch zur Aktualisierung von Schuldgefühlen und Verlustängsten. „Mit der Frage der Vermeidung der eingetretenen Verbrennung entstehen Selbstzweifel [sic] die in den Familien bleibende Wunden reißen, die im weiteren durch die verbleibenden Narben immer wieder thematisiert werden, und dennoch als sichtbarer Vorwurf bleiben“ (HÖRMANN/BRUCK 2002, 244). Zusammenfassend kann man der Auffassung von MASON/HILLIER (1993, 510; siehe auch MEYER ET AL. 1994, 67) vorsichtig zustimmen, die mögliche Verhaltensstörungen von betroffenen Kindern eher durch Symptome der elterlichen Belastung denn durch die thermische Verletzung an sich verursacht sehen.

#### *Familie als wichtigste Ressource im Krankheitsmanagement*

Umgekehrt kann aber auch gelten, dass die Familie für thermisch verletzte Kinder und Jugendliche eine wichtige Ressource im Krankheitsmanagement darstellen kann. Krankheitsbezogene Aufgaben wie die Organisation medizinischer Therapien, die Fortsetzung der Wundversorgung und Mobilisation, die Aufrechterhaltung von Compliance, die Fürsorge und emotionale Unterstützung, aber auch der Erhalt der Kontakte zu Schule und Freunden stellen wichtige Funktionen von Elternschaft im Kontext von thermischen Verletzungen dar.



Durch Wundabdeckung veränderte Körperkommunikation, medikamentöse Sedierung sowie die räumliche Trennung während stationärer Aufenthalte können als erhebliche Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung wahrgenommen werden.

Viele Autoren heben daher die Bedeutung des so genannten rooming-in hervor (vgl. LAMMERS 1999, 60; KROLL/PETERMANN 1993, 51; HENNENBERGER 2002, 240). Die schützende Nähe der Eltern kann eine wichtige Basis für die Rehabilitation eines allgemeinen Vertrauens und die Ablenkung von der traumatisierenden Situation sein. Neben der emotionalen Unterstützung des Kindes können Eltern auch einen aktiven Beitrag zur Optimierung der Pflege liefern, indem sie Gewohnheiten und Bedürfnisse des Kindes in die Gestaltung der Therapie und des Klinikalltages einbringen (vgl. LAMMERS 1999, 61). Allerdings können der Aufenthalt im Krankenhaus sowie die Anwesenheit der Eltern bei medizinischen Untersuchungen auch zur Erhöhung der psychischen Belastung bei Eltern und Kind führen. Vor allem während des Klinikaufenthalts können reaktive Verhaltensveränderungen des Kindes Konflikte mit den Eltern und dem Klinikpersonal mit sich bringen (vgl. PRUZINSKY/DOCTOR 1994, 197). „So ist es anfangs schwer für Eltern, darin nicht eine dauerhafte, unfallbedingte Veränderung ihres Kindes zu sehen, sondern nur eine zeitweise, die vergangenen Erlebnisse verarbeitende Übergangsphase“ (SCHELER 1995, 1130). Zudem bringt die Unterbringung eines Elternteils im Krankenhaus aufgrund der geografisch-räumlichen Distanz zusätzliche Einschränkungen hinsichtlich der Gestaltung von Lebensroutinen mit sich und bedingt häufig Rollenumverteilungen im Familiensystem (vgl. ebd., 62f.).

### Aktivierung der Selbstpflege

Die Einbindung der Eltern in Maßnahmen der Therapie, insbesondere in die Versorgung der Verbrennungswunde, ist eine notwendige Voraussetzung zur Umsetzung der Pflege in den Alltag der nachklinischen Rehabilitation (vgl. HENNENBERGER 2002, 240f.). Mit der frühen Aktivierung der Selbsthilfe geht jedoch die Verknüpfung der elterlichen Rolle mit medizinisch-therapeutischen Funktionen einher. „Wenn die ganze Familie durch die häusliche Pflege zum Co-Therapeuten gemacht wird, sollte darauf geachtet werden, dass die Familie auch als Pfleger ihren Laien-Status behält und ihre Rolle als Co-Therapeut vielleicht als große Verantwortung erfährt“ (LAMMERS 1999, 39). Die Verantwortung für die Entwicklung des Kindes ist bei Opfern von Verbrennungsunfällen eng mit der Narbenreife verbunden. Nachlässigkeiten in der Narbenpflege können sich langfristig in sichtbaren Folgeschäden des Narbenbildes oder bleibenden Bewegungseinschränkungen manifestieren. Die Symptomüberwachung stellt angesichts der Ungewissheit der Narbenentwicklung eine wichtige Aufgabe, gleichzeitig aber auch große Belastung der Eltern dar. Dies gilt umso mehr, als dass die Sichtbarkeit der Narben eng mit dem Gefühl des Versagens assoziiert ist. In einer Studie von MASON (1993, 496) sind bei 81% der untersuchten Mütter die visiblen Veränderungen des Kindes mit Schuldgefühlen und dem Verlangen verbunden, den Schaden wieder gut zu machen und das Kind vor weiterem Schaden zu bewahren.

Vor allem unter dem Eindruck der Konfrontation mit Stigmatisierungen kann die intrapsychische Auseinandersetzung der Eltern mit den visiblen Veränderungen des Kindes erschwert werden. TARNOWSKI (1994, 198) kennzeichnet daher das Verlassen des Krankenhauses und die darauf folgende Phase der Reintegration als signifikanten Stressor für die Familie. Als besonders belastend

werden zudem eine erhöhte Besorgnis in Bezug auf den Allgemeinzustand des Patienten, das Schmerzerleben und die Narbenbildung sowie die unsichere Zukunft erlebt (vgl. auch THOMPSON ET AL. 1999, 493).

## **5. Pädagogische Aspekte**

Thermische Verletzungen erschweren beim betroffenen Kind die Bewältigung normativer Entwicklungsaufgaben und erfordern zahlreiche Anpassungs- und Bewältigungsbemühungen innerhalb der Familie. Übergreifendes Ziel heilpädagogischer Unterstützung ist die Stabilisierung der Familie als wichtigste Ressource im Krankheitsmanagement. Dies setzt eine sensible Wahrnehmung der familiären Traumatisierung sowie der erhöhten Alltagsbelastungen der Familienmitglieder voraus. Die bisher beschriebenen komplexen Anforderungen der Bewältigung einer Verbrennungsverletzung weisen darauf hin, dass die Rehabilitation thermisch verletzter Kinder angemessen nur in transdisziplinärer Kooperation der beteiligten Professionen und unter Berücksichtigung des familialen Gesamtsystems realisiert werden kann.

Im Mittelpunkt einer professionellen pädagogisch-rehabilitativen Begleitung von Familien mit einem thermisch verletzten Kind sollten folgende Aspekte stehen: die kontinuierliche Information über den Krankheitsverlauf, die Kooperation bei der klinischen und schulischen Rehabilitation, das Angebot von Interventionen zur Bewältigung des traumatischen Erlebnisses sowie eine an den Ressourcen orientierte Unterstützung bei der Erschließung von Möglichkeiten der Selbsthilfe in den Lebensalltag (vgl. THOMPSON ET AL. 1999, 495). „Das Zielmilieu pädagogischer Arbeit ist hier neue Balance der Wirklichkeit, soziale Reintegration und Unabhängigkeit von weiterer pädagogischer Hilfe“ (BERGEEST 2002, 117).

Die aktive Begleitung der Wundversorgung nimmt dabei einen besonderen Stellenwert ein. Das Erlernen pflegerischer Tätigkeiten im Rahmen der Selbstpflege unterstützt sowohl die allgemeine Selbstorganisation als im Besonderen auch Möglichkeiten für ein angemessenes Coping. Vor allem für Jugendliche ist das Erlernen von Aktivitäten der Selbstpflege ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Rehabilitation von Autonomie. Auch Prozesse des Stigmamaneagements können so unterstützt werden (vgl. KRAUSE-WLOCH 2002, 442). Zudem dient die aktive Einbindung des betroffenen Kindes in die Pflege der Entlastung der Eltern und der Sicherung von Pflegekontinuität.

#### Kontinuität von Schule und Unterricht

Einer der wichtigsten Schritte für das betroffene Kind ist die Rückkehr in den Schulalltag. Die Kontinuität von Schule und Unterricht kann als zentraler Aspekt der Konstruktion von Zukunftsperspektive gelten. „Leitziel für das unterrichtliche Handeln muss es sein, dem erkrankten Schüler nach Maßgabe des medizinisch Verantwortbaren den Verbleib in der vertrauten Klassengemeinschaft sowie ein auf seine Lebensbedingungen abgestimmtes Lernen zu ermöglichen“ (SEIFERT 1991, 509).

Die komplexen Folgen einer Verbrennungsverletzung können zu vielfältigen Veränderungen des Erziehungs- und Bildungsprozesses führen. Bei längeren stationären Behandlungsphasen kann für thermisch verletzte Kinder und Jugendliche die Schule für Kranke zum Förderort werden. Durch ihre Position an der Nahtstelle zwischen Klinik-, Schul- und Alltagswelt nimmt die Klinikschule vor allem im Hinblick auf die „Koordination stationärer und ambulanter Angebote in den Bereichen Diagnostik, Beratung, Förderung“ eine zentrale Brückenfunktion ein (vgl. RAUPACH 2003, 321). Außerhalb stationärer Behandlungsphasen kann der Förderbedarf als Hausun-

terrichtet realisiert werden, dessen Durchführung in Abhängigkeit von landesrechtlichen Regelungen durch den Lehrer der Heimatschule, von Lehrern ortsnahe Schulen oder von Kliniklehrern übernommen werden kann (vgl. KMK 1998, 146ff). „Der Umfang des Unterrichts soll individuell so festgelegt werden, dass ein Fortschreiten im gewählten Bildungsgang möglich wird“ (KMK 1998, 149).

### Vorbereitung der Reintegration

Die Entlassung aus der Klinik ist für die betroffenen Kinder mit Ängsten vor Stigmatisierung und mit veränderten Rollenerwartungen verbunden. Zugleich ist die Rückkehr in die Schule ein wichtiger Schritt bei der Auseinandersetzung mit der Verletzung.

Besonderen Stellenwert im Rahmen vorbereitender Maßnahmen zur Reintegration nehmen Heimatschulbesuche durch Kliniklehrer, behandelnde Ärzte und das betroffene Kind ein. Im Fokus der pädagogischen Bemühungen kann dabei zum Beispiel die Vermittlung altersgerechter Erklärungsmodelle über Ätiologie und Genese von Verbrennungsverletzungen stehen. Dies erleichtert den Mitschülern den Umgang mit und die Bewertung von verletzungsbedingten Problemen. Lehrer und Mitschüler können durch Angebote der Selbsterfahrung (etwa über die Auseinandersetzung mit sensomotorischen Funktionseinschränkungen oder das Anlegen von Kompressionsanzügen) für die Bedürfnisse und Belange des Mitschülers sensibilisiert werden (vgl. BLAKENEY 1994, 228).

Die Aufklärung der Lehrer und Mitschüler über den individuellen Unfallhergang sollte ausschließlich dann geschehen, wenn das verletzte Kind und seine Familie vor Konfrontation mit Schuldzuschreibungen geschützt und die Mitschüler vor Angstphantasien bewahrt werden können. „It is important to remember that the goal is to facilitate the burned child's return to normality and not to use

that child as an example of what happens when he makes a mistake" (ebd.). Im Mittelpunkt der Vorbereitung der Reintegration sollte die Reduktion emotionaler Stressoren durch die Schaffung eines akzeptierenden Umfeldes und die Aktivierung der Schulklasse als soziales Unterstützungssystem stehen. Ein krankpädagogisches Beratungsangebot innerhalb der Heimatschulen sollte daher didaktisch-methodische Hinweise zur Thematisierung von Gesundheit und Krankheit im Unterricht als aktive Mitgestaltung des sozialen Lernumfeldes mit einschließen (vgl. RAUPACH 2003, 321).

Zudem sollte die Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen des Schülers schon bei Heimatschulbesuchen oder durch Grußbotschaften per Bild oder Video vor der Rückkehr in die Heimatschule vorbereitet werden. Der Wiederbeginn des Unterrichts in der Heimatschule bedeutet für den verletzten Schüler nicht nur die Auseinandersetzung mit veränderten Interaktionsbeziehungen, sondern das Einleben in einen veränderten Schulalltag unter dem Einfluss noch anhaltender psychischer und physischer Funktionsbeeinträchtigungen. Zur Vermeidung zusätzlicher Verunsicherungen sollte der Wechsel des Förderortes vermieden und die Versetzungsfrage auch bei längerer Abwesenheit zugunsten des gewohnten Lebens- und Lernumfeldes (frühzeitig) geklärt werden.

Der Alltag der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist auch nach der Entlassung aus der Klinik häufig mit Unsicherheiten hinsichtlich der medizinischen Prognose, mit strenger Disziplin in der kontinuierlichen Pflege, mit weiteren schmerzhaften medizinischen Behandlungen und mit diversen Beeinträchtigungen alltäglicher Lebensverrichtungen durchsetzt. Dies kann zu einer wechselhaften Motivation und Leistungsbereitschaft führen. Zusätzlich können kognitive Funktionen (etwa Abstraktionsvermögen, Sprache und prälogisches Verhalten) infolge der Traumatisierung beeinträchtigt sein

(vgl. BERGEEST 2002, 115). Ebenso können sich - abhängig von der Verarbeitung des Traumas - Symptome des Wiedererlebens, Vermeidungshaltungen oder anhaltende Symptome der Erregung negativ auf das Lern- und Leistungsverhalten auswirken (vgl. ebd., 116). SCHNEIDER (2002, 97) weist darauf hin, dass Schüler mit thermischen Verletzungen häufiger Schulschwierigkeiten (etwa Lernprobleme durch Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens, wechselhaftes Leistungs- und Arbeitsverhalten) aufweisen als unversehrte Kinder. Allerdings ist die Befundlage dazu keineswegs eindeutig. So berichtet etwa ZEITLIN (1997, 471), dass die Schulausbildung nach einer Verbrennungsverletzung langfristig nicht beeinflusst wird, auch wenn in der posttraumatischen Akutphase Einschränkungen des Lern- und Leistungsverhaltens auftreten können.

Neben der Schaffung eines akzeptierenden sozialen Umfeldes ist die Entwicklung eines individuellen Hilfesystems wichtiger Teil der Neugestaltung der Lern- und Lebenswelt. So sollten gegebenenfalls geeignete Hilfsmittelanpassungen, organisatorische Regelungen bei Klassenarbeiten sowie eine angepasste Arbeitsplatzorganisation erfolgen (vgl. LEBHERZ 2002, 9). Bei der Einschränkung graphomotorischer Funktionen kann der Einsatz eines Computers sinnvolle Kompensationsmöglichkeiten bieten. Die Umsetzung methodisch-didaktischer Variationen erfordert unter Umständen sonderpädagogische Beratungstätigkeit in den Heimatschulen.

Die Erfahrung von Selbstständigkeit, Eigenaktivität und Selbstkontrolle innerhalb sozialer Geborgenheit und Akzeptanz dient thermisch verletzten Schülern als Basis für eine erfolgreiche schulische und soziale Rehabilitation. Eine Pädagogik, die Kompetenzen und Vorlieben aufspürt, Leistungen würdigt und „Vertrauen in die Entwicklungsfähigkeit und Selbstkompetenz des Individuums“ setzt, kann dem Kind dabei helfen, verletzungsbedingte Ver-

änderungen des Körpers zu bewältigen, Alltagserschwerungen zu meistern und ein positives Selbstbild zu kreieren (LEBHERZ 2002, 8). Das Erleben von Empathie, Respekt und sozialer Sicherheit sowie die Wiedererlangung emotionaler Stabilität sind nicht nur essenzielle Elemente von Lebensqualität, sondern Voraussetzung zum Erhalt der Compliance (vgl. BERGEEST 2002, 116). Die Hervorhebung der Bedeutung der Schulklasse als soziales Unterstützungssystem geschieht vor dem Hintergrund, „dass Heilung bzw. Krankheitsbewältigung durch konstruktive Einbindung des sozialen Umfeldes eher möglich ist“ (LEBHERZ 2002, 9). Teil dieser Einbindung ist die Verarbeitung einer Krise in pädagogischer Koexistenz (vgl. SCHMEICHEL 1983, 228; vgl. SEIFERT 1991, 506f; vgl. BERGEEST 2002, 101). „Jeder an der Behandlung [Rehabilitation] Beteiligte muss dem Patienten im vollsten Bewusstsein seiner reflektorischen Wirksamkeit und auch der psychologischen Bedeutung seiner Interaktion mit ihm gegenüberstehen“ (FISCHER 2003, 725).

Der Lehrer nimmt eine wichtige Funktion für die Stabilität der Lebenswelt Schule ein (etwa im Hinblick auf die Kontinuität der schulischen Laufbahn oder die Partizipation am Klassenleben während stationärer Behandlungsphasen). Er kann somit neben der Familie als weitere wichtige Ressource für die Bewältigung eines überaus komplexen Problemgefüges gelten, welches bislang zumindest im deutschsprachigen Raum zu selten als Forschungsgegenstand thematisiert worden ist.

## Literatur

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: The diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington 1994
--



- ANDERSSON, G./SANDBERG, S./RYDELL, A.-M./GERDIN, B.: Social competence and behaviour problems in burned children. In: Burns 29 (2003), 25-30
- ARMSTRONG, F. D./CARYL L. G./JAQUELINE D. L.: Acute Reactions. In: TARNOWSKI, K. J.: Behavioral Aspects of Pediatric Burns. New York 1994, 55-80
- ASSENHEIMER, B. (Hrsg.): Handlungsleitlinien für die ambulante Behandlung chronischer Wunden und Verbrennungen. 2. Aufl. Berlin u.a. 2001
- BAUR, K. M./HARDY, P. E./VAN DORSTEN, B.: Posttraumatic Stress Disorder in Burn Populations: A Critical Review of the Literature. In: Journal of Burn Care and Rehabilitation 19 (1998), 230-240
- BERGEEST, H.: Körperbehindertenpädagogik. 2. Aufl. Bad Heilbrunn 2002
- BLAKENEY, P./MOORE, P./BOEMEING, L./HUNT, R./HERNDON, D. N./ROBSON, M.: Parental Stress as a Cause and Effect of Pediatric Burn Injury. In: Journal of Burn Care and Rehabilitation 14 (1993), 73-79
- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Geschwister chronisch, kranker Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996), 356-62
- CELLA, D. F./PERRY, S. W./POAG, M. E./AMAND, R./GOODWIN, C.: Depression and Stress Responses in Parents of Burned Children. In: Journal of Pediatric Psychology 13 (1988), 87-99
- DE ROCHE, R.: Epidemiologie. In: BRUCK, J.C./MÜLLER, F.E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 27-33
- DORFMÜLLER, M.: Probleme im Umgang mit Verbrennungspatienten. In: Intensiv 4 (1996), 24-31
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION, DIMDI (HRSG.): Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD 10). Revision, German Modification Version 2005. Online unter: <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm> [Stand: 15. Januar 2005]
- ECKERT, M.-K./SIEGRIST, B./KOCH, U.: Aspekte der Krankheitsbewältigung und Konzepte psychosozialer Betreuung bei Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: SEIFFGEKRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Jahrbuch der Psychologie 4. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona 1990, 283-299

- FILIPP, S.-H.: Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In: FILIPP, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. 3. Aufl. Weinheim 1995, 3-52
- FISCHER, J.: Das Trauma sitzt tief: Aspekte zur psychischen Bewältigung schwerer Verbrennungen. In: Pflegezeitschrift 56 (2003), 722-725
- FLAMMER, A./ALSAKER, F. D.: Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002
- HACKENBERG, W.: Entwicklungsaufgaben für Geschwister behinderter Kinder im Jugendalter. Geistige Behinderung 2 (1993), 148-153
- HABE, W. (HRSG.): Verbrennungen im Kindesalter. Stuttgart, New York 1990
- HENCKEL VON DONNERSMARCK, G.: Verbrennungen. 2. Aufl. München 1998
- HENNENBERGER, A.: Brandverletzungen im Kindesalter. In: BRUCK, J.C./MÜLLER, F.E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 230-243
- HÖRMANN, F./BRUCK, J. C.: Plastisch-chirurgische Wundversorgung brandverletzter Kinder. In: BRUCK, J. C./MÜLLER, F. E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 244-251
- KENT, L./KING, H./COCHRANE, R.: Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries. In: Burns 26 (2000) 317-322
- KRAUSE-WLOCH, P.: Die Nachsorge von Brandverletzten - Eine Darstellung der Bundesinitiative für Brandverletzte. In: BRUCK, J. C./MÜLLER, F. E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 439-445
- KROLL, TH. / PETERMANN, FRANZ: Was kranke Kinder brauchen. Hilfen für den Alltag mit chronisch kranken Kindern. Freiburg im Breisgau 1993
- LAMMERS, A. CH.: Verarbeitungsprozess einer schweren chronischen Krankheit im familiären Kontext. Eine aus authentischen Erfahrungen abgeleitete Auseinandersetzung mit der Krankheit Neurofibromatose. Münster 1999
- LANDOLT, M. A.: Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996), 47-56
- LANDOLT, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003), 71-87
- LAZARUS, R. S.: Streß und Streßbewältigung - Ein Paradigma. In: FILIPP, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. 3. Aufl. Weinheim 1995, 198-232

- LEBHERZ, G.: Das chronisch kranke Kind in der Schule – Plädoyer für eine Kultur der Fürsorge. In: Verband Deutscher Sonderschulen. Fachverband für Behindertenpädagogik (Hrsg.): Das chronisch kranke Kind in der Schule. Würzburg 2002, 7-12
- MANCUSO, M. G./BISHOP, S./BLAKENEY, P./ROBERT, R./GAA, J.: Impact on the Family: Psychosocial Adjustment of Siblings of Children Who Survive Serious Burns. In: Journal of Burn Care and Rehabilitation 24 (2003), 110-118
- MANGUS, R.S./BERGMAN, D./ZIEGER, M./COLEMAN J.J.: Burn injuries in children with attention-deficit/hyperactivity disorder In: Burns 30 (2004), 148-150
- MASON, S.: Young, scarred children and their mothers - a short-term investigation into the practical, psychological and social implications of thermal injury to the preschool child. Part I: implications for the mother. In: Burns 19 (1993), 495-500
- MASON, S./HILLIER V. F.: Young, scarred children and their mothers - a short-term investigation into the practical, psychological and social implications of thermal injury to the preschool child. Part II: implications for the child. In: Burns 19 (1993), 501-506
- MASON, S./HILLIER V. F.: Young, scarred children and their mothers - a short-term investigation into the practical, psychological and social implications of thermal injury to the preschool child. Part III: factors influencing outcome responses. In: Burns 19 (1993), 507-510
- MC QU Aid, D./BARTON, J./CAMPBELL, E. A.: Body Image Issues for Children and Adolescents with Burns. In: Journal of Burn Care and Rehabilitation 21 (2000), 194-198
- MEYER, W. J./BLAKENEY, P. E.: Psychiatric Disorders Associated with Burn Injury. In: HERNDON, D. N. (Hrsg.): Total Burn Care. London 1996, 544-549
- MEYER, W. J./ROBERT, R./MURPHY, L./BLAKENEY, P. E.: Evaluating the Psychosocial Adjustment of 2- and 3-Year-Old Pediatric Burn Survivors. In: Journal of Burn Care and Rehabilitation 21 (2000), 179-184
- MEYERS-PAAL, R./BLAKENEY, P./ROBERT, R./MURPHY, L./CHINKES, D./MEYER, W./DESAI, M./HERNDON, D.: Physical and Psychologic Rehabilitation Outcomes for Pediatric Patients Who Suffer 80% or More TBSA, 70% or More Third Degree Burns. In: Journal of Burn Care and Rehabilitation 21 (2000), 43-49
- MONTADA, L.: Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: OERTER, R./MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim, Basel, Berlin 2002, 3-15

- MÜCKE, K.H./BEUSHAUSEN, T.: Verbrühungen im Kindesalter. In: Notfall & Rettungsmedizin H. 4 (2001), 184-188
- OERTER, R. (Hrsg.): Lebensbewältigung im Jugendalter. Weinheim, Deerfield Beach, Fl, 1985
- ORTMANN, M.: Progredient erkrankte Schüler als schulpädagogische Herausforderung für die Körperbehindertenpädagogik. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 46 (1995), 160-167
- POCHON, J.-P.: Epidemiologie und Prävention der thermischen Verletzungen im Kindesalter. In: HABE, W.: Verbrennungen im Kindesalter. Stuttgart, New York 1990, 2-5
- POLZER, H.-J.: Kranke Kinder als pädagogische Herausforderung für alle Schulen. In: Verband Deutscher Sonderschulen. Fachverband für Behindertenpädagogik (Hrsg.): Das chronisch kranke Kind in der Schule. Würzburg 2002, 23-31
- PRUZINSKY, TH./DOCTOR, M.: Body Images and Pediatric Burn Injury. In: TARNOWSKI, K. J.: Behavioral Aspects of Pediatric Burns. New York 1994, 169-191
- RAUPACH, M.: Schulen für Kranke im Umbruch. Entwicklungslinien in der schulischen Arbeit mit kranken Schülerinnen und Schülern. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 8 (2003), 320-323
- REICHEL, U.: Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter. Bedeutung einer adäquaten Erstversorgung. Diss. Universität München 1993
- RIEDESSER, P.: Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: BRISCH, K.H.: Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart 2003, 160-171
- RENNEKAMPFF, H.-O./BERGER A.: Pathophysiologie der Verbrennungswunde. In: BRUCK, J.C./MÜLLER, F.E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 43-50
- SALEWSKI, CH.: „Nein, es ist nicht ansteckend“ – Belastungserleben bei Jugendlichen mit Neurodermitis. In: STEINEBACH, C. (Hrsg.): Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Freiburg 1997, 199-214
- SALEWSKI, CH.: Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. München 2004
- SCHELER, G.: Selbsthilfe nach Brandverletzungen im Kindesalter. In: BRUCK, J.C./MÜLLER, F.E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 434-438
- SCHMEICHEL, M.: Probleme der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit progredienten Erkrankungen. In: HAUPT, U./JANSEN, G. W. (Hrsg.): Pädagogik bei Körperbehinderten. Berlin 1983

- SCHNEIDER, C.: Klinische und psychologische Aspekte bei brandverletzten Kindern. Eine Langzeitstudie des Verbrennungszentrums Aachen. Diss. Technische Hochschule Aachen 2002
- SCHRADER, H. C.: Trauma und Neubeginn: Zur psychischen Situation und zur Psychotherapie Brandverletzter. In: BRUCK, J. G./MÜLLER, F. E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 446-449
- SEIFERT, R.: Die Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder. Eine Herausforderung für den Sonderpädagogen an der Schule für Körperbehinderte. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 42 (1991), 503-513
- SEIFFGE-KRENKE, I.: Adoleszenz und chronische Krankheit. In: SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND, KMK: Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.3.1998. In: DRAVE, W./RUMPLER, F./WACHTEL, P. (Hrsg.): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung. Allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte. Würzburg: Edition Bentheim 2000, 143-152
- STREECK-FISCHER, A./SENF, W.: Adoleszenz. Psychotherapie im Dialog 4 (2002), 362-365
- SIMONS, M./ZIVIANI J./TYACK, Z. F.: Measuring functional outcome in paediatric patients with burns: methodological considerations. In: Burns 30 (2004), 411-417
- SPIPKER, G./TOLKSDORF-KREMMER, A./KÜPPERS, S.: Kompressionstherapie. In: BRUCK, J.C./MÜLLER, F.E./STEEN, M.: Handbuch der Verbrennungstherapie. Landsberg 2002, 353-365
- STEIL R./STRAUBE, E. R.: Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 31 (2002), 1-13
- STEINEBACH, CH.: Kinder, Kliniken, Krisen: Heilpädagogik zwischen Individuum und Institution. In: STEINEBACH, CH. (Hrsg.): Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1997, 45-65
- TARNOWSKI, K. J./RASNAKE, L.K.: Long-Term Psychosocial Sequelae. In: TARNOWSKI, K. J.: Behavioral Aspects of Pediatric Burns. New York 1994, 169-191
- TARNOWSKI, K. J.: Behavioral Aspects of Pediatric Burns. New York 1994

- THOMPSON, R./BOYLE, D./TEEL, C./WAMBACH, K./CRAMER, A.: Qualitative Analysis of Family Member Needs and Concerns in the Population of Patients With Burns. In: Journal of Burn Care and Rehabilitation 20 (1999), 487-496
- TRÖSTER, H.: Erhalten Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder zu wenig elterliche Zuwendung? In: Heilpädagogische Forschung Band XXVI, Heft 1, 2000, 26-35
- TYACK, Z. F./ZIVIANI, J.: What influences the functional outcome of children at 6 months post-burn? In: Burns 29 (2003), 433-444
- ZEITLIN, R. E. K.: Long-term psychosocial sequelae of pediatric burns. In: Burns 23. (1997), 467-472
- ZIEGENTHALER, H.: Rehabilitation Brandverletzter – differenziert und individuell. In: Med. Orth. Tech. 120 (2000), 131-137

Zu zitieren als:

HANSEN, Gerd; JUNG, Michael: Die psychosoziale Situation von Kindern mit Verbrennungen, in: Heilpädagogik online 04/05, 20-53

[http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik\\_online\\_0405.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0405.pdf),

Stand: 30.09.2005

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Uwe Findeisen und Gisela Melenk

## **Lesen lernen mit lauttreuen Leseübungen. Augenbewegung, Sinnverständnis und Textgestaltung**

**Im folgenden Beitrag wollen wir zuerst zeigen, welche Aussagekraft die Lesezeit für die Analyse des Leselernprozesses hat, dann ein Beispiel der Blickbewegung und ihrer Aussagekraft für das Lesen diskutieren und auf die kritischen Momente einer nur Teiltätigkeiten erfassenden Analyse des Leseprozesses hinweisen.**

**Im zweiten Teil werden die sich aus den Verknüpfungsregeln von Schriftwort und Sprachwort ergebenden Gestaltungsweisen für Lesematerialien gezeigt und an Beispielen der „Lauttreuen Leseübungen“ und des Lesebuchs „Till Eulenspiegel und seine frechen Streiche“ erläutert.**

***Schlüsselwörter:* Lesen; Leselernprozess**

**In the following article we want to first of all show what kind of significance the time needed for reading has in the analysis of the process of learning to read in general. Next, we want to discuss an example of eye movement and its significance for reading, and furthermore point out the contentious aspects of an analysis of reading processes that merely takes into account partial activities. The second part presents such possibilities for the design of reading materials as have arisen from the specific rules of connectivity between written and spoken word. This method is illustrated with some true-to-sound reading exercises and the literary text „Till Eulenspiegel und seine frechen Streiche.“**

***Keywords:* reading; learning to read**

### **Auf Zeit lesen – aber was?**

Drei Lesebeispiele, bei denen die Kinder jeweils Wörter oder Texte zuerst in der Form A und später in der Parallelförm B gelesen haben, zeigen Unterschiede, die beachtenswert sind. Als Wortmate-

rial benutzten wir den Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (SLRT), da er Parallelförmigkeiten anbietet.

Philipp, 3. Klasse; er liest 11 zusammengesetzte Wörter, wie z. B. Schultasche und Faschingsfest. Es ergibt sich folgende Auswertung:

<b>Form</b>	<b>Lesezeit</b>	<b>Zeit-PR<sup>1</sup></b>	<b>Fehler</b>	<b>krit. Wert</b>	<b>Selbstkorrektur</b>
A	<b>45 s</b>	10	3	3	2
B	<b>20 s</b>	41- 50	2	3	0

Ciara, 2. Klasse, 1. Hj.; sie liest den kurzen Text (ca. 30 Wörter).

<b>Form</b>	<b>Lesezeit</b>	<b>Zeit-PR</b>	<b>Fehler</b>	<b>krit. Wert</b>	<b>Selbstkorrektur</b>
A	<b>42 s</b>	30 - 21	0	3	4
B	<b>33 s</b>	41- 50	0	3	2

Justin, 2. Klasse, 1. Hj.; er liest die häufigen Wörter (30 Wörter)

<b>Form</b>	<b>Lesezeit</b>	<b>Zeit-PR</b>	<b>Fehler</b>	<b>krit. Wert</b>	<b>Selbstkorrektur</b>
A	<b>75 s</b>	11	1	4	7
B	<b>70 s</b>	15	2	3	2

Es fällt auf, dass sich beim Lesen der Form B Besserungen in der Lesezeit, die mit Prozenträngen berechnet sind, zeigen und auch bei der Fehleranzahl und den Selbstkorrekturen positive Änderungen zu sehen sind. In einem Fall steigt die Fehlerzahl um 1 und die Zahl der Selbstkorrekturen sinkt um 5. Es soll hier nicht weiter die Statistik dargestellt werden. Die Frage ist, woher die Verkürzung der Lesezeit kommt. Was hat zwischen dem Lesen der Form A und der Form B stattgefunden? Mit den Kindern wurden keine übenden Verfahren oder eine schulische Leseförderung

<sup>1</sup> PR = Prozentrang. Der durchschnittliche Prozentrang liegt bei 25 – 75.



durchgeführt. In den drei Beispielen haben die Kinder die beiden Leseformen hintereinander gelesen, also in einem Zeitabstand von 1-2 Minuten. Die einzige Änderung war eine Gestaltungsänderung der Testvorlage durch uns. Die Form B haben wir in Silbenform umgeschrieben und diese den Kindern vorgelegt.

Die Silben-Vorlage, Schrift 16p, sah etwa so aus:

Wohn-zim-mer	Tank-stel-le	Frucht-saft
Kran-ken-schwes-ter	Obst-stand	Ein-kaufs-zet-tel
Staub-sau-ger	Geld-ta-sche	Berg-stei-ger
Selbst-be-die-nung	Woh-nungs-schlüs-sel	

Wir haben hier also drei Beispiele von Änderungen des Lesens, die allein durch die Gestaltungsform hervorgerufen wurden. Die Silbenform der Wörter und auch eines Textes bewirkt bei den Kindern eine verbesserte Übertragung des visuellen Bildes von der schärfsten Stelle des Sehens, der Fovea (lat. ‚Grube‘) mit 2 Grad und damit ca. 5 - 6 Buchstaben, über die verschiedenen Hirnareale bis zur Artikulation, kurz gesagt vom Schriftwort zum Sprachwort.

Man kann davon ausgehen, dass durch die Silbenform in einem Wortbild die Sprechsegmente leichter wahrgenommen werden und bei der Nutzung der natürlichen Sprechweise, die silbenmäßig ist, diese Sprach-Form-Information das verbesserte Lesen ermöglicht.

Dass Kinder bei Wörtern, die auf Grund ihrer Länge nicht mit einer Fixation an der schärfsten Stelle des Sehens erfasst werden, und bei denen wegen des fehlenden Textbezuges auch nicht Wörter (15-20 Buchstaben) aus der Peripherie des Gesichtsfeldes zur Deutungsstrategie genutzt werden können, zur lautlichen und meist

silbenweisen Aussprache übergehen, zeigt sich oft bei unserer Arbeit. Ein Beispiel dafür und auch dies wieder im Vergleich mit den Parallelformen: Dabei erlesen sogar einige Kinder der 2. Klasse zusammengesetzte Wörter, die für einen späteren Testzeitpunkt normiert wurden, schon mit dieser Strategie. (Um es beim Lesen zu erleichtern, schreiben wir im Weiteren die Lautform orthographisch und kursiv.)

Kay, 2. Kl., 1. Hj.		
<b>Schultasche</b> <i>Schultasche</i>	<b>Farbkreide</b> <i>Far-k</i> <i>Farb-kreide</i>	<b>Marktfrau</b> <i>Markt-t-frau</i>
<b>Filzstift</b> <i>Fritz</i> <i>Fritz</i> <i>Filz-stift</i>	<b>Bleistiftspitzer</b> <i>Blei-stift-spitzer</i>	<b>Rechtschreibheft</b> <i>Recht-schreib-heft</i>
<b>Briefkasten</b> <i>Brief-kas-ten</i>	<b>Turnstunde</b> <i>Turn-schlüss</i> <i>Turn-stunde</i>	<b>Faschingsfest</b> <i>Faschin-sings-fest</i>
<b>Hauptstraße</b> <i>Hauptstraße</i>	<b>Geburtstagskuchen</b> <i>Ge-burts-tachs-kuchen</i>	2 Verlesungen 3 Korrekturen Zeit: 45 s
<b>Wohn-zim-mer</b> <i>Wohn-zimmer</i>	<b>Tank-stel-le</b> <i>Tank stel-le</i>	<b>Frucht-saft</b> <i>Frucht-saft</i>
<b>Kran-ken-schwes-ter</b> <i>Kran-ken-schwes-ter</i>	<b>Obst-stand</b> <i>Obst-stand</i>	<b>Ein-kaufs-zet-tel</b> <i>Ein-kaufs-zet-tel</i>
<b>Staub-sau-ger</b> <i>Staub-sau-ger</i>	<b>Geld-ta-sche</b> <i>Geld-ta-sche</i>	<b>Berg-stei-ger</b> <i>Berg-s-tei-ger</i>
<b>Selbst-be-die-nung</b> <i>Selbst-be-die-gung</i>	<b>Woh-nungs-schlüs-sel</b> <i>Woh-nungs-schlüs-sel</i>	1 Verlesung Zeit: 29 s

Bei den Wörtern in Wortform sucht der Leser die Segmente, die einer silbenmäßigen Sprechweise entsprechen, um sie zu verstehen. Die als Wortbild vorgegebenen Wörter werden in eine gegliederte und dem Wort nicht ansehbare Silbensprechweise über-

tragen. Nur die bekannten Wörter „Schultasche“ und „Hauptstraße“ werden sofort fließend gelesen.

Für den geübten Leser ein Beispiel zur Veranschaulichung; zwei Wörter aus Beipackzetteln von Medikamenten: Lesen Sie die Wörter laut vor und beobachten Sie dabei ihre Lesestrategie:

- Loperamidhydrochlorid
  
- Natriumdodecylsulfat

Sie werden feststellen, dass Sie sich bemüht haben, der langen Buchstabenkette durch Zerlegung in Silben Herr zu werden. Ähnlich geht es dem Leseanfänger.

Die Wörter in Silbenform dagegen sind im obigen Kasten für das Kind kein Problem, es liest schneller und mit nur einer Verlesung.

Eine andere Besonderheit zeigt sich im obigen wie im folgenden Beispiel. Es fallen bei einsilbigen Wörtern Silben und Wortsinn zusammen, so dass eine doppelte Information vorliegt: Sprechinformation (durch die Einsilbigkeit) und Inhaltsinformation (durch das Wortbild, dessen Bedeutung sofort in einer Sprechform gedacht/erinnert wird).

Während die Silbenform bei langen Wörtern das Lesen erleichtert, zeigt sich am Beispiel eines anderen Kindes, dass dies bei kurzen Wörtern nicht immer der Fall sein muss.

Jan, 2. Kl., 1. Hj.

<b>Katze</b> <i>Katz-e, Katze alt</i>	<b>alt</b> <i>alt</i>	<b>Hut</b> <i>Hut</i>	<b>Ball</b> <i>Ball</i>	<b>Esel</b> <i><u>E</u>sel</i>	<b>Heft</b> <i>He<u>f</u>t</i>	
<b>Papa</b> <i>Papa</i>	<b>Buch</b> <i>Buch</i>	<b>jetzt</b> <i>jetzt</i>	<b>Schnee</b> <i>Schnee</i>	<b>Nase</b> <i>Nass</i>	<b>viel</b> <i>viel</i>	
<b>Oma</b> <i>Oma</i>	<b>Schule</b> <i>Schule</i>	<b>Tür</b> <i>Tür</i>	<b>Maus</b> <i>Maus</i>	<b>Bett</b> <i>Bett</i>	<b>Mutter</b> <i>Mutter</i>	
<b>Straße</b> <i>Straße</i>	<b>Brief</b> <i>Brief</i>	<b>Tag</b> <i>Tage, Tag</i>	<b>Stein</b> <i>Stein</i>	<b>Tante</b> <i>Tante</i>		
<b>Zeit</b> <i>Zweit, Zeit</i>	<b>Mann</b> <i>Mann</i>	<b>Sonne</b> <i><u>S</u>onne, Sonne</i>	<b>Puppe</b> <i>Puppe</i>	<b>klein</b> <i>klein</i>		
<b>Leute</b> <i>heute</i>	<b>Küche</b> <i>Küche</i>					

2 Lesefehler, 3 Selbstkorrekturen, melodische Sicherheit bei den meisten Wörtern, 52 Sekunden, Zeit-PR: 21-30

<b>O-pa</b> <i><u>O</u>-pa</i>	<b>Na-me</b> <i>Na-<u>m</u>e</i>	<b>Haus</b> <i>Haus</i>	<b>Wort</b> <i>Wort</i>	<b>Uhr</b> <i>Uhr</i>	<b>Tier</b> <i>Tier</i>
<b>Va-ter</b> <i>Va-<u>t</u>er</i>	<b>Klas-se</b> <i>Klas-<u>s</u>e</i>	<b>neu</b> <i>neu</i>	<b>Gar-ten</b> <i>Gar-<u>t</u>en</i>		
<b>Frau</b> <i>Frau</i>	<b>Kuh</b> <i>Kuht</i>	<b>Ma-ma</b> <i>Mama</i>	<b>Au-to</b> <i><u>Au</u>-to</i>	<b>Eis</b> <i>Eis</i>	<b>Stun-de</b> <i>Stund-<u>d</u>e</i>
<b>On-ke</b> <i><u>O</u>n-ke</i>	<b>Zug</b> <i>Zug</i>	<b>Ap-fel</b> <i>Ap-<u>f</u>el</i>	<b>Mäd-chen</b> <i>Mäd-<u>d</u>-chen</i>		
<b>Vo-gel</b> <i>Vo-<u>g</u>el</i>	<b>Milch</b> <i>Milch</i>	<b>Stadt</b> <i>St<u>a</u>dt</i>	<b>Tisch</b> <i>T<u>i</u>sch</i>	<b>krank</b> <i>krank</i>	<b>Baum</b> <i>Baum</i>
<b>groß</b> <i>groß</i>	<b>mehr</b> <i>her</i>	<b>Nacht</b> <i>Nacht</i>	<b>Blu-me</b> <i>Blu-<u>m</u>e</i>		

2 Lesefehler, keine Selbstkorrektur nötig, Betonung an Silben orientiert, dadurch unmelodisch, 60 Sekunden, Zeit-PR: /

Hier ist das Wortbild an der Stelle des schärfsten Sehens so informativ, dass es beim ersten Lesen gleich richtig betont erfasst und gesprochen wird. In diesem Fall wirkt sich die Silbeninformation sogar als sprechverlangsamend aus, indem, wie das obige Bei-

spiel zeigt, die richtige Betonung nicht mehr genutzt wird. (Die Unterstreichungen im obigen Beispiel zeigen die lang gesprochenen Vokale.) Das Erkennen der Bedeutung ist auch in dieser silbenmäßigen Sprechform vorhanden. Das Kind hat nicht das Bedürfnis sein „ungewohnt gesprochenes“ Wort noch einmal fließend zu sprechen. Dies läuft anscheinend als lautlose gedankliche Leistung ab, die Sprechvarianten eines bekannten Wortes als solche zu erfassen.

Im letzten Fall haben wir also nur durch eine Formänderung das Lesen des Kindes verlangsamt, weil dieses Kind schon auf Strategien der Verarbeitung von Wortbildern zugreift, die über dem unmittelbaren Zusammenhang von Silbe und Sprechen liegen. Das bedeutet, dass die Silbenform innerhalb eines bestimmten Zeitfensters des Leselernprozesses das Lesen erleichtert. Dieses in der Diagnose aufzufinden, ist daher wichtig. Zugleich wissen wir, dass viele Kinder der 1. und 2. Klasse diese Strategie des Silbenlesens von Wörtern noch nicht beherrschen, weil sie das Zusammenschleifen von Phonemen zu Phonemfolgen z. B. bei Mitlautkombinationen (Br, schl, Pfr usw.) oder bei offenen (mo, li, sa usw.) und geschlossenen Silben (ter, den, sor usw.) nicht beherrschen.

Bezogen auf unsere Eingangsfrage, welche Aussage die Lesezeit über das Lesen macht, zeigt sich, dass wir es hier mit einem sehr relativen Wert zu tun haben, der sehr abhängig ist von der Gestaltung des Tests. Bevor man vorschnell von einem langsamen Lesen oder sogar von einer Leseschwäche spricht, sollte man überlegen, ob hier nicht eine Überforderung der Kinder vorliegt, die durch eine „Textgestaltungsschwäche“ bedingt ist.

Die Betonung der Zeitkomponente ist also problematisch. „Kann man Leseleistung messen?“, fragt K. H. SPINNER und meint, dass man von beobachtbaren Teilprozessen - z. B. Lesezeit – auf das Lesen als mentalen Prozess rückschließt und damit zwei unvergleichbare Dinge gleichsetzt. Das Verständnis des Lesens kann man nur mit dem eigenen Verständnis prüfen, das man bei sich selbst übrigens auch nicht von der Lesezeit abhängig macht. Das zeigt das Problematische an der Zeitmessung. Der Maßstab der Lesezeit führt ein äußerliches Kriterium für das Lesen ein. Es ist ein Vergleichsmaßstab unter einer Norm, die vom schulischen Leistungsdruck abgeleitet ist und nun im Test als ein Maß des Lesens überhaupt definiert wird. Lesen und auch Schreiben vollziehen sich immer in der Zeit, aber die Qualität des Lesens hat mit Verstehen zu tun und das Verstehen eines Wortes, Textes, Buches legt von sich aus nicht fest, in welcher Zeit das zu geschehen hat. Das wäre ja so, als wäre nur schnelles Lesen das eigentlich richtige Lesen. Das Leseinteresse wirkt auch auf die Lesezeit. Vielleicht ist langsames Lesen viel angenehmer und inhaltlich genussvoller.

Zum anderen macht die Zeitkomponente keine Aussagen über die Qualität der beherrschten und nicht beherrschten Lesestrategien, worauf im SLRT auch hingewiesen wird. Das bedeutet aber, dass bei der Frage der Förderung immer eine qualitative Analyse notwendig wird und damit auch eine andere Auswertung von Leseleistungen.

### **Was bietet uns die Analyse der Blickbewegung für das Verständnis des Lesenlernens?**

Die Erforschung des physiologischen Lesevorgangs gilt als wichtig für das Verständnis von Lesestörungen. Die neue SLO-Methode (Scanning Laser Ophthalmoskop) kann die Stelle des schärfsten Sehens (retinaler Abbildungsort der Buchstaben-Stimuli), die

Augenbewegung und die Sprache simultan registrieren. Beim Lesen gleiten die Augen nicht über den Text, sondern es erfolgt ein Wechsel zwischen Haltepositionen (Fixationen), während derer die Wörter auf der Stelle des schärfsten Sehens (Fovea) widergespiegelt werden, und Blicksprüngen (Sakkaden) bis zur nächsten Buchstabengruppe. Am Ende einer Zeile erfolgt ein Zeilenrückprung zum Beginn der nächsten Zeile. Bei der Registrierung der Augenbewegung während des Lesens lässt sich dabei eine Kurve mit einem regelmäßigen Treppenstufenmuster aufstellen. Bei schlechten Lesern dagegen wurden ungeordnete Augenbewegungen, das Festhängen des Blicks, Rückwärtsbewegungen, große Mengen kleiner Blicksprünge oder häufigere Zeilensprünge festgestellt.

Man untersucht die Augenbewegung im Vergleich zu einem idealen Muster. „Das Augenbewegungsmuster gibt wichtige Hinweise auf die Auswirkungen der Lesestörung und somit kann die Aufzeichnung der Augenbewegung ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel darstellen.“ (TRAUZETTEL-KLOSINSKI, 2004, 13) Gleichzeitig wird in der Forschung festgehalten, dass eine vermehrte Augenbewegung nicht als ursächlich für Leseschwierigkeiten angesehen werden kann. (vgl. TRAUZETTEL-KLOSINSKI 2004, 12; SCHÄFER 1998, 3; FISCHER 1995, 66)

Da man an der Augenbewegung aber die Auswirkungen von Leseproblemen beobachten will, soll ein Beispiel die Art der Untersuchung zeigen. Wir referieren das Beispiel des zu lesenden Wortes „jungenhaft“, bei dem diese Bewegung graphisch dargestellt wird. Normal lesende Kinder lesen das Wort in 1 - 2 Sekunden. Das legasthenische Kind macht zahlreiche Vorwärts- und Rückwärtssakkaden, tastet das Wort dabei mehrfach ab, liest es nach etwa 5 Se-

kunden falsch vor und schließlich nach 12 Sekunden richtig. (vgl. TRAUZETTEL-KLOSINSKI 2001, 85)

Leider wird dem Leser nicht gesagt, wie das Wort falsch gelesen wurde. Daher weiß man auch nicht, zu welchem Teillesen es kam und welche Gedanken sich das Kind 7 Sekunden lang gemacht hat, bis es von der Verlesung zum richtigen Lesen gekommen ist.

Wie sieht man nun an diesem Schema die Lese probleme? Wenn man die Blickbewegung mit einem Modell-Muster vergleicht, dann hat man eine in der Zeit ablaufende quantifizierte Methode, in der das Bewegungsmuster der verschiedensten Wörter darstellbar ist – aber ohne zu wissen, warum diese Blicke so ablaufen, bis sie zum Ziel des Lesens, dem Verstehen, kommen oder daran scheitern. Man hat nur den Bezug auf das Modell-Muster und die Abweichung, deren Ursache aber nicht in der Augenbewegung liegen soll, da diese ja nur der Ausdruck eines dahinter liegenden Prozesses ist. Den Mangel dieser Modellvorstellung zeigen auch RADACH u.a. Sie beschreiben Blickbewegungen, die zeigen, dass auch bei vielen Refixationen ein normaler Leseprozess stattfinden kann. Erwachsene Leser haben bei einem vierzeiligen Text bei gleichem Leseverständnis und normalem Lesefluss einmal 6 Refixationen und einmal 23 Refixationen. (RADACH 2002, 65ff)

Auch bei unterstellter schneller Augenbewegung eines Lesers sagt die Bewegung nicht, dass das Gelesene verstanden wurde, denn es ist nur eine Abbildung, die als Indiz für das Verstehen behauptet wird. So können wir z. B. in Fremdsprachen, deren Lautung wir beherrschen, Wörter lautmäßig lesen, ohne sie zu verstehen. Die Augenbewegung wäre in dem Fall eben kein Indiz für etwas anderes.



## **Statt Quantifizierung des Lesens eine qualitative Analyse**

Es müssen die Prozesse der Steuerung der Blickbewegung beim Lesen selbst zum Gegenstand der Untersuchung gemacht werden. Damit würde man aber den Vergleich von normalem und gestörtem Lesemotorikmuster verlassen und die individuellen Bewegungsmuster zugleich mit der phonologischen Analyse und dem Sinnverstehen verbinden. Wenn bei den Kindern vermehrt Fixationen auftreten, kann untersucht werden, ob dies

- a) auf eine Störung bei der visuellen Extraktion von Zeicheninformationen oder
- b) auf Störungen der lexikalischen Verarbeitung zurückzuführen ist. (vgl. RADACH 2002, 81)

Dann wäre aber gerade interessant, wie das Wort „jugendhaft“ falsch gelesen wurde und ob darin Anhaltspunkte für eine Korrektur zu sehen sind. Das Verständnis kann man nicht mit visualisierenden Methoden erfassen. Die Analyse und Beobachtung des Weges eines Kindes zum sinnverstehenden Lesen geht nur über Informationen, an denen wir selbst das Sinnverständnis erfassen. Um Sinnverständnis zu erfassen, muss das Kind seinen Gedanken äußern - in irgendeiner Form: schriftlich, mündlich, durch Anklicken von Antworten usw. Da das Äußern des Gedankens notwendig ist, ist das laute Lesen für die direkte Analyse am besten. Auch wenn es das Lesen verlangsamt, erleichtert es die Analyse des Leseverständnisses. Die Leseversuche zum richtigen Wort zeigen etwas über den Ablauf des Verstehensprozesses und seinen Einfluss auf die Augenbewegung.

Wir nehmen wieder einige Beispiele aus unserer Arbeit und analysieren einige Verlesungen von Kindern der 3. Klasse. Um weitere Informationen zu gewinnen, werden nun auch Feinanalysen unterhalb der Silbe erscheinen und auch solche, in denen der Wortsinn das weitere Lesen beeinflusst.

<b>Obst-stand</b> <i>Abs-stand</i> <i>Abstand</i>	<b>Ein-kaufs-zet-tel</b> <i>Einkaufen-zei</i> <i>Ei</i> <i>Einkaufs-zetel</i> <i>Einkaufszettel</i>	<b>Schultasche</b> <i>Schulte</i> <i>Schulter-</i> <i>Schul-ta-sche</i> <i>Schultasche</i>
<b>Staub-sau-ger</b> <i>St-and-sau-ger</i> <i>Stand-sau-ger</i> <i>Stand-sau-ger</i> <i>Dann-sauger</i>	<b>Bleistiftspitzer</b> <i>Blei-s-t-ift-s-p-iler</i> <i>he?</i> <i>Blei-</i> <i>Blei-stift-s-p-iler</i>	<b>Rechtschreibheft</b> <i>Richtich--hft</i> <i>Richtich-chft</i> <i>Richtich -scht-sch- schreib--heft</i> <i>Richtichschreibheft?</i>
<b>Selbst-be-die-nung</b> <i>Selt-be-die-nug</i> <i>Was?</i> <i>Selt-be-die-nun</i> <i>Zeltbedienung</i>	<b>Geburtstagskuchen</b> <i>Geburts-ag-uche</i> <i>Geburtst-agsch</i> <i>Was?</i> <i>Geburtst-ags</i> <i>Geburtst-agskuch</i>	<b>Tank-stel-le</b> <i>Tak-stel -steil</i> <i>stank</i> <i>Tak</i> <i>Taksteile</i>

An den Verlesungen lassen sich verschiedene individuelle Verlesungsgründe und zugleich Lesestrategien finden.

*Abstand* statt „Obststand“ kann mit der schwierigen Mitlautkombination „bstst“ zusammenhängen oder das leichter zu sprechende „stand“ wird als schneller zu analysierendes Segment parafoveal erfasst. (Hier würde die SLO-Methode helfen.)

*Richtigschreibheft* statt „Rechtschreibheft“ verweist auf „chtschr“ oder den parafoveal wahrgenommenen Teil „schreib“ und dem Gedanken an „Recht“ und „schreib“ und seine Zuordnung zu ‚richtig schreiben‘.

Auch zeigt sich die Stabilität des einmal erfassten Sinnteils eines zusammengesetzten Wortes, der dann festgehalten wird und dem nun mit einer Deutungsstrategie der zweite zugeordnet werden soll. Und da wegen der Verlesung im ersten Teil, die aber zu einem Sinn geführt hat, der zweite nicht passt, entsteht das Analysebedürfnis im zweiten Teil in der Abfolge der Buchstaben die passende Abfolge der Laute zu finden.

Das Beispiel „Schultasche“ als *Schulter* zeigt dies gut. Nach dem ersten Sinnteil folgt nun die intensive Buchstabenfolgenanalyse mit langgezogenem Silbensprechen, da das Kind eine Zusammensetzung *Schulter-* mit „sche“ nicht kennt und so zu einer Korrektur kommt.

Beim Wort „Geburtstagskuchen“ hält das Kind die gedankliche Grenze *Geburt* fest und integriert in sie auch das „st“, die Mitlautkombination „rtst“ als Einheit, so dass die Wortinnengliederung beim „a“ weitergeht. Damit wird aber der Teil sinnlos, da *ags* oder auch *agskuchen* stehen bleibt.

Bei „Selbstbedienung“ zeigt sich die Abhängigkeit von den Mitlautkombinationen und dem Sinn eines Teils. So wird die geräuschvolle Mitlauthäufung „lbstb“ aufgelöst in *lt-be* und aus „Selbst“ wird *Selt*, bei dem das *e* lang gesprochen wird, also melodisch mehr zu dem später *Zelt* genannten Wort passt. Der zweite Teil „-bedienung“ wurde beim zweiten Ansetzen als *be-die-nun* erfasst, aber in dieser gesprochenen Form schon als „Bedienung“ verstanden, da es beim dritten Ansatz zu Ende gesprochen wurde; und der erste Teil „Selbst“ mit langem *e* als *Selt* gesprochen zu einem Sinnwort verändert, das lautlich nahe liegt: *S* zu *Z*.

„Tankstelle“ zu *Tagsteile*: Der zweite Teil wird von *-ste/* zu *steil* und das als sinnvoll festgehalten, orientiert an der langen Betonung erscheint das „elle“ als *eile* und damit ist der weitere Fehler programmiert: Ein Zwischenschritt mit der Erinnerung an das zweimal

artikulierte *st* führt dann zu *Taksteile*, ein Wort, das es nicht gibt, vielleicht aber als „Tagsteile“ gedacht wird.

Nehmen wir noch „Staubsauger“: Zunächst die Drehung und Spiegelung (Buchstaben haben für die Kinder eine Zeit lang unabhängig von ihrer Lage eine Konstanz) von „ub“ zu *nd* und damit „Staub“ zu *Stand*. Das ist sinnvoll und wird festgehalten. Nun soll dazu der zweite Teil passen. Die Silben werden richtig, aber unmelodisch erfasst, dann im zweiten Anlauf melodisch richtig betont: *sau-ger*. Also auch hier ein richtiges sinnvolles Wort. Die Analyse mit dreimaligem Ansetzen wird festgehalten und das ganze Wort gesagt, wobei nun der erste Teil entweder vergessen - wegen der intensiven Analyse der zweiten Hälfte oder nun dem *sauger* angepasst wird, und da das Kind keinen „Standsauger“ kennt, wird ein *Dannsauger* daraus.

Es zeigt sich in verschiedenen Verlesungen, dass die Kinder leichter die offenen Silben sprechen und von daher Lesefehler entstehen. *Einkaufen-zei* statt „zet-tel“, oder *Taksteile* statt „Tankstelle“, und bei „Bleistiftspitzer“ wird *-s-p-iler* gesprochen. Die Buchstabenanalyse auf der Lautierebene ist also noch unmelodisch und daher führt die Sprechform zum Verstehensfehler. Man übersetzt nicht die Schriftform in die Sprechform mit sofortiger richtiger Betonung, sondern tendiert zunächst zur langen Betonung der offenen Silbe, da hier der Vokal für sich gesprochen wird, während in der kurzen Betonung der Vokal in einer Signalgruppe (z. B. *itz* statt *i-tz*) eingebettet ist und seine lautliche Eigenständigkeit verliert.

Wir sehen es immer wieder in unserer Praxis bestätigt, dass die Zeitmessung und die quantitative Auflistung von Lesefehlern den Leseprozess nicht erfassen – es sind äußerliche Kriterien. Wir stellen ständiges Versuchsverhalten fest, das mal schneller, mal langsamer und mal nicht zum Leseziel, dem Verstehen, kommt.

Leseverhalten ist die kognitive Leistung gleichzeitig Formanalyse und Sinnverständnis vermittelt über die Sprechbarkeit zu integrieren.

### **Die Gestaltung von Lesematerial für die Abfolge der Leseschritte - die lauttreuen Leseübungen**

Man kann an den Beispielen merken, dass Sichtbarkeit und Lesbarkeit nicht identisch sind. Dass die Wortform zu einer Sprachform wird, dafür bedarf es der Verknüpfungsregeln für die Abfolge der Buchstaben, die Häufigkeit bestimmter Buchstabenfolgen und Mitlautkombinationen, die Übersetzung von Segmenten in die Phonemfolgen und ihre Teilsinnerfassung und die Steuerung der visuellen Analyse durch die Sinnerwartung.

Verknüpfungsregeln setzen nicht erst beim Wort an, sondern sind auch schon in den Segmenten enthalten. Diese zu nutzen, wird auch von TACKE, SCHEERER-NEUMANN, BRÜGELMANN u. a. betont. Segmente sind u. a.

- offene und geschlossene Silben (la, den)
- Buchstabengruppen (Br, Fl, rt, lt, tscht)
- Signalgruppen mit festem Lautmuster (sch, oll, upp usw.)
- Morpheme (Stamm-, Anfangs-, Endmorpheme)
- Kurze Merkwörter (auch in ihrer Funktion als Bausteine in anderen Wörtern)

Beim entfalteten Leseprozess geht man davon aus, dass der Leser die Flexibilität besitzt zwischen den verschiedenen Segmenten wechseln zu können und sie alle für den Verstehensprozess zu nutzen. Zu Beginn des Leselernprozesses aber kann man das nicht

unterstellen. Da es um den Übergang von der Schriftform in die Sprachform geht, halten wir das Segment, das am nächsten zur Artikulation steht, für das sinnvollste, um fremde Wörter lesen zu lernen. Die unmittelbare Einheit von Sprechakt und Buchstabenfolge liegt in der Silbenform. (vgl. NAZIR-JACOBS, 182) Die Gliederung nach Morphemen, auch wenn sie den Bedeutungskern eines Wortes beinhalten, entspricht nicht dem normalen Sprechfluss. (Tag-es-kar-te , Tag-es-kart-e).

Erleichtert wird ein Leselernprozess, indem er bei der Wortwahl Rücksicht nimmt auf:

- Eindeutigkeit der Zuordnung von Graphem und Phonem
- Leichtigkeit der Aussprache (Artikulationsstellen)
- Häufigkeitsrangreihe der Buchstaben in Wörtern
- Häufigkeitsrangreihe der Segmente und Buchstabenkombinationen in Wörtern

Durch die Auswahl lauttreuer Wörter für den Lesebeginn und ihre Gliederung nach der Betonung der Vokale, der Buchstabenkombinationen und der Silbengliederung wird die visuelle Gestaltung so ausgenutzt, dass sie den Übergang von der Schriftform in die Sprechform möglichst kleinschrittig anleitet.

## **1. Buchstaben, Silben und Wörter**

Der erste Teil enthält nur Wörter mit langem Vokal, so dass die Mitlauthäufung im Wort nicht als Stolperstein das Erlernen des Silbensprechens stört. Erst werden Wörter mit offenen Silben gewählt (z. B. Do-se), die von ihrer phonologischen Analyse einfach sind. Isolierte Silbenübungen ergänzen das Wortlesen und bauen die phonologische Bewusstheit auf. Dann folgen Wörter mit einer offenen und einer geschlossenen Silbe (z. B. Na-gel). Erst in einem späteren

Schritt folgen Wörter mit Mitlauthäufungen am Wortanfang (Bra-ten). Im zweiten Teil erscheinen die Wörter mit kurzem Vokal und damit auch die Mitlauthäufungen im Wort. Auch hier sind die Wörter nach bestimmten Segmenten sortiert und die Silbengliederung erleichtert die phonematische Differenzierung der Konsonanten. Die Sortierung der Mitlauthäufungen folgt der Systematik von MEINHOLD/STOCK. (vgl. MEINHOLD/STOCK, 176 ff)

**a. Anlautstruktur**

br	pr	pfr	dr	tr	gr	kr
	fr	schr	spr	str		
bl	pl	pfl			gl	kl
	fl	schl	spl		gn	kn

**b. Inlautstruktur**

lb		mb			rb		
lp		mp			rp	sp	
ld		md	nd		rd		
lt		mt	nt		rt	st	ft
lg			ng		rg		
lk		mk	nk		rk		
ls		ms	ns		rs		

**c. Auslaut mit zwei Konsonanten**

mp		lp	rp	pf	ft	st	kt
mt	nt	lt	rt				
ms	ns	ls	rs	ps	fs	sk	
	nk	lk	rk				
mf	nf	lf	rf				
	ng		rg				
	nz	lz	rz				
		lm	rm				
		ln	rn				
	nd	ld	rd				
			rg				

## 2. Wörter und Sätze

Bevor man Sätze lesen lässt, sollte man den Übergang vom Wort- zum Satzlesen anbahnen.

Noch auf der Stufe des Wort-für-Wort-Lesens wird durch die im Folgenden dargestellte Form über die Einzelwortbedeutung hinausgegangen und ein größerer Sinnzusammenhang dargestellt. Innerhalb der Wörter kann weiterhin die Silbengliederung benutzt werden. Die Wörter sind nach Wortgrenzen gut zu erfassen und durch den Zeilenstrich wird die Blickrichtung aufgebaut. Das Auge lernt von einem Wort zum anderen zu springen und sich die Bewegungsrichtung anzueignen. Die Ein-Wort-Zeile, Satzterpe und die Überschau-Zeile sind graphisch noch am einzelnen Wort orientiert:

Da	Da	Da_____ist
ist	ist	
der	der	der_____kleine
kleine	kleine	
Tom.	Tom.	Tom.

Wenn diese Grundformen erlesen werden, wird durch Wortumstellungen die Zusammengehörigkeit von Teilaussagen, also von Sinnschritten, eingeübt.

Die Kinder	In der Schule	Lesen und Schreiben
lernen	lernen	lernen
in der Schule	die Kinder	die Kinder
Lesen und Schreiben.	Lesen und Schreiben.	in der Schule.

Ist der Leseprozess so stabil, dass die Wiederholungen von Satzgliedern nicht mehr notwendig sind, wird die Sinnschrittgliederung in jeweils neuen Sätzen angewandt. Die Sinnschrittgliederung im



Satz erfolgt nach inhaltlichen Kriterien. Gleichzeitig entsteht eine formale Redundanzstrategie, eine Leseerwartung auf der Satzebene, die durch den grammatischen Zusammenhang bestimmt ist und neben den Wortarten und ihren Funktionen an den Beugungsformen ihren Zusammenhang erkennen lässt. (z. B.: **du kommst**). Die Kongruenzen, die sich an den Beugungsformen der Wörter zeigen, erleichtern das Lesen eines Wortes, weil man sich z.B. der Endungen durch die eigene Sprachkompetenz sicher ist. (vgl. GRISSEMANN 1986) Somit ist die Sprachkompetenz wieder ein Moment der Entwicklung einer umfassenden Lesestrategie.

Zur Sinnschrittgliederung wird bei Texten der Zeilenwechsel eingesetzt. Durch den Wechsel der Zeile nach einem Sinnschritt entsteht die Druckform des Flattersatzes. Zuerst werden sehr kurze Sinnschritte benutzt, später sind größere Bedeutungseinheiten ein Sinnschritt der Zeile. Eine Kombination von Silbengliederung und Sinnschritten an einem längeren Text – einer Kriminalgeschichte - beendet die lauttreuen Leseübungen.

### **Gleichzeitigkeit von Normaldruck und Silbendruck - Till Eulenspiegel und seine frechen Streiche - ein Lesebuch**

Die Kinder, die an den lauttreuen Leseübungen die verschiedenen Strategien gelernt haben, können diese auch auf Texte anwenden, in denen der Wortschatz auch die Regelwörter mit Ableitungen, Dopplungen, Dehnungen usw. enthält. Das Lesebuch „Eulenspiegel und seine frechen Streiche“ (F. FINDEISEN, 2004) bietet zwei Gestaltungsformen an. Der Text ist einmal in Silben und Sinnschritten gegliedert und einmal ohne diese graphischen Hilfen gestaltet. So können die Kinder selbst entscheiden, welche Gestaltung ihrer Lesestrategie besser angepasst ist. Es ist nämlich eine Verwechslung, wenn Texte in der Form von Blocksatz und

ohne Silben die kleinen Leser überfordern und dies ihnen als ein Problem ihres zu langsamen Lesens unterstellt wird, wo doch eine Teil des Problems an der „Textgestaltungsschwäche“ liegt. Durch die Gleichbehandlung der Kinder (gleiche Fibel, gleiche Lernzeit, gleiche Prüfungen) werden gerade die Unterschiede miterzeugt, die durch die Leistungskonkurrenz der schulischen Selektion gegen die langsamen Leser ausschlagen.

Zusammenfassend lässt sich aus dieser Problematik festhalten, dass die Feststellung eines vorhandenen Leseniveaus mit Hilfe quantitativer Maßstäbe (Lesezeit, Anzahl der Fehler) problematisch ist.

Zum einen berücksichtigen sie nicht die Arten der individuellen Lesestrategien, zum anderen zeigen die obigen Beispiele, wie die (quantitative) Leseleistung schwanken kann, abhängig von der Gestaltung der Texte.

Außerdem kann festgehalten werden, dass eine Leseförderung, die sich von „viel Üben“ leiten lässt, eher dazu angetan ist, Leselust in Lesefrust zu verwandeln, statt durch die vorher besprochenen Leselernstufen das Lesen als eine schrittweise zu erlernende Fähigkeit zu begreifen und danach diejenigen Schritte auszuwählen, die dem Kind das Erlebnis der ‚Machbarkeit‘ verschaffen.

## Literatur

- |  |
|--|
| BRÜGELMANN, H.: Kinder auf dem Weg zur Schrift – Eine Fibel für Lehrer und Laien. Konstanz 1989  |
| FINDEISEN, F.: Till Eulenspiegel und seine frechen Streiche. Bochum 2004   |
| FINDEISEN, U.; MELENK, G.; SCHILLO, H.: Lauttreue Leseübungen: 100 Kopiervorlagen, Buchstaben, Buchstabengruppen, Silben, Wörter, Sätze und Texte. Bochum 2002 (2.Aufl.) |

- FINDEISEN, U.: Lesen und schreiben mit lauttreuen Materialien. In: NIEMEYER, W. (Hrsg.): Kommunikation und Lese-Rechtschreibschwäche. Bochum 1995, 217 - 226
- FINDEISEN, U.; MELENK, G.; SCHILLO, H.: Lesen lernen durch Lauttreue Leseübungen. 4. unv. Auflage, Bochum 2000
- FINDEISEN, U.; MELENK, G.: Gestaltungsformen von Lesematerial. In: Sprachrohr Lerntherapie, Nr. 1/2000, 16 -24
- FISCHER, B.; BISCALDI, M.: Blicksprung legasthenischer Kinder bei nicht-kognitiven Aufgaben. In: Legasthenie-Bericht über den Fachkongress, Hannover 1995, 65 - 72
- FISCHER, B.: Entwicklung der Sinneswahrnehmung: Die Blicksteuerung und dynamisches Sehen bei Legasthenie. In: Zeitschrift für Legasthenie und Dyskalkulie, Nr. 4/2003, 185 - 190
- GRISSEMANN, H.: Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens. Lernprozesse und Lernstörungen: Ein Arbeitsbuch. Bern 1986
- LANDERL, K.; WIMMER, H.; MOSER, E.: SLRT Salzburger Lese-Rechtschreibtest. Bern 1999
- MEINHOLD, S.; STOCK, E.: Phonologie der deutschen Gegenwartssprache. Leipzig 1982
- NAZIR-JACOBS, T. A.: Zum Phänomen der optimalen Blickposition im Wort: Untersuchung des Einflusses visueller Faktoren auf die Erkennung geschriebener Worte. Würzburg 1991
- RADACH, R.; HELLER, D.; HUESTEGGE, L.: Blickbewegungen beim Lesen: neueste Entwicklungen und Ansatzpunkte für die Legasthenieforschung. In: Legasthenie: zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte. Bochum 2002, 61 - 88
- SCHÄFER, W. D.: Visuelle Probleme bei Kindern mit Legasthenie. In: LRS-Zeitschrift des BVL, Nr. 4/1998
- SCHEERER-NEUMANN, G.: Stufenmodell des Schriftspracherwerbs – Wo stehen wir heute?. In: BALHORN, H. u.a. (Hrsg.): Schatzkiste Sprache 1 – Von den Wegen der Kinder in die Schrift. Beiträge zur Reform der Grundschule. Hannover 1998, 54 - 62
- SPINNER, K. H.: Kann man Leseleistung messen? In: BALHORN, H. u.a. (Hrsg.): Sprachliches Handeln in der Grundschule. Schatzkiste Sprache 2. Beiträge zur Reform der Grundschule. Hannover 2002, 79 - 94

TACKE, G.: Leseschwache Schüler mit Erfolg fördern: Erfahrungen aus der schulpsychologischen Praxis, Forschungsbefunde und Übungsmaterialien. In: Legasthenie: Zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte. Bochum 2002, 285 – 300

TRAUZETTEL-KLOSINSKI, S.; REINHARD, J.; MACKEBEN, M.; DÜRRWÄCHTER, U.; KLOSINSKI, G.: Die Abbildung von Lesematerial auf der Netzhaut. In: Beiträge zum 13. Fachkongress des BVL 1999. Bochum 2001, 83 – 87

TRAUZETTEL-KLOSINSKI, S.: Der Lesevorgang bei Legasthenie. In: Zeitschrift für Legasthenie und Dyskalkulie, Nr. 1/2004, 10-13

Zu zitieren als:

FINDEISEN, Uwe; MELENK, Gisela: Lesen lernen mit lauttreuen Leseübungen. Augenbewegung, Sinnverständnis und Textgestaltung, in: Heilpädagogik online 04/05, 54-75

[http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik\\_online\\_0405.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0405.pdf),

Stand: 30.09.2005

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

Anke Langner

## **Was hat der Diskurs der Reproduktionsmedizin mit der Behindertenpädagogik zu tun?**

**Wieso stimmen mehr und mehr ungewollt kinderlose Paare den neuen reproduktionsmedizinischen Verfahren zu? Dieser Frage wird mit der Methode der Diskursanalyse (Foucault) nachgegangen, indem die Zeitschrift „Reproduktionsmedizin“ als Repräsentant des Diskurses der Reproduktionsmedizin über ihre 19 Jahrgänge hinweg untersucht wird. Als Ergebnis zeigt sich, dass auch für die Reproduktionsmedizin, das von Foucault charakterisierte Netz der BioMacht gilt. Es besteht aus unterschiedlichen Kräften, die sich gegenseitig bedingen und auch ihre Wirkungskraft verändern durch das aufeinander Einwirken. Für den Diskurs der Reproduktionsmedizin wird die Kraft des Faktischen u.a. über Prozesse der Medizialisierung und Normierung wirksam.**

***Schlüsselwörter:* Reproduktionsmedizin; Diskursanalyse; neue Eugenik**

**Why do ever more unintentionally childless couples consent to reproductive medical procedures? This question is discussed using the method of Discourse Analysis (Foucault). The periodical "Reproduktionsmedizin" ('reproductive medicine') will be examined as a representative of the discourse in reproductive medicine. The result is that the concept of a net of 'BioPower,' as characterised by Foucault, also holds true for reproductive medicine. It consists of diverse forces that determine each other and in the process also modify their own effectualness. Amongst others, the power of the factual is manifested via processes of medicalisation and standardisation for the discourse in reproductive medicine.**

***Keywords:* reproductive medical procedures; discourse analysis; new eugenics**

### **1. Einleitung**

In den letzten zwei Jahren gewann die Diskussion um reproduktionsmedizinische Verfahren wieder an Brisanz. Eingeleitet wurde diese erneute Diskussion mit der so genannten „Entdeckung des

genetischen Codes des Menschen“. Innerhalb dieses hochaktuellen gesellschaftlichen Diskurses, indem es vor allem auch um die Frage nach der notwendigen Begrenzung der wissenschaftlichen Forschungsfreiheit geht, kann konstatiert werden, dass die Stimmen von BehindertenpädagogInnen fehlen. Dies scheint nicht verwunderlich, fehlt es in diesem Bereich doch oft an einer internen Auseinandersetzung zu dieser Problematik, nicht zu letzt, weil über dieser Diskussionen latent der moralische Zeigefinger schwebt, der eine konstruktive Auseinandersetzung mit diesem Thema erschwert. Eine Auseinandersetzung aus der Sicht der Behindertenpädagogik mit den Fortschritten der Reproduktionsmedizin ist dringend notwendig, denn diese Fortschritte und die mit ihnen verbundenen gesellschaftlichen Diskussionen über den Lebenswert beeinflussen den gesellschaftlichen Umgang mit behinderten Menschen und eröffnen neue Möglichkeiten den Mensch nach Maß zu schaffen - Tendenzen einer anderen neuen Eugenik.

Für eine Positionierung der Behindertenpädagogik zu diesen neuen Entwicklungen, die über ein moralisches Urteilen hinausgehen müssen, ist ein Verstehen des Weges der Etablierung der Reproduktionsmedizin notwendig. Welche Faktoren spielen demnach neben dem notwendigen medizinisch-technischen Fortschritt eine Rolle, dass eine neue medizinische Teildisziplin, wie die Reproduktionsmedizin gesellschaftlich anerkannt wird und eine Reihe von Frauen in diese neuen Verfahren einwilligen. (vgl. LANGNER 2004)<sup>2</sup> Die Akzeptanz und Nutzung der reproduktionsmedizinischen Verfahren wird untersucht als ein Ergebnis des Zusammenwirkens von neuen Erkenntnissen in der Medizin, Biologie aber vor allem

---

<sup>2</sup> In dieser Arbeit wurde eine Diskursanalyse angelehnt an KELLER, der die Diskursanalyse von Michel FOUCAULT für die Sozialwissenschaften aufbereitet hat, durchgeführt. Der Diskurs der Reproduktionsmedizin in Deutschland wurde an Hand der deutschsprachigen Fachzeitschrift „Reproduktionsmedizin“ dieses medizinischen Spezialgebietes, die seit 1985 erscheint (bis 2003) analysiert.

auch von gesellschaftlichen Vorstellungen und Normen. Dieses Bedingungsgefüge skizziert FOUCAULT als BioMacht – einem Netz von „Kräften“, die an der gesellschaftlichen Hervorbringung neuer Verfahren oder Techniken beteiligt sind. In diesem Artikel wird das Netz der BioMacht bezüglich der neuen reproduktionsmedizinischen Verfahren aufgezeigt. Damit unterstützt der hier vorliegende Beitrag als Ergebnis eines diskursanalytischen Vorgehens die Argumentation WEISSERS (In: Heilpädagogik online 4/2004), dass es sich bei der Diskursanalyse um ein „Instrument zur Entwicklung und Kritik sonderpädagogischen Wissens mit unmittelbarer Relevanz für das sonderpädagogische Feld und seine Akteure“ (WEISSER 2004, 41) handelt.

Das Netz der BioMacht (Foucault) wird über drei Schritte skizziert. In einem ersten wird ein kurzer Einblick in die historische Entwicklung der Reproduktionsmedizin gegeben, daran anschließend werden die einzelnen Mechanismen der BioMacht im Kontext der Reproduktionsmedizin dargestellt. Zur Verdeutlichung der Wirkungskraft dieser Prinzipien in Verknüpfung mit anderen gesellschaftlichen Diskursen wird am Ende des Artikels die Tendenz zur Produktion eines eigenen Kindes nach eigenen Wunschvorstellungen - der Weg zur pränatalen Eugenik diskutiert.

## **2. Die gewachsenen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin**

Die Spannweite der Verfahren der „künstlichen Befruchtung“ hat sich im Laufe der Zeit vergrößert. Die ersten Anfänge lagen bereits im 16. Jahrhundert, damals empfahl zum ersten Mal ein päpstlicher Leibarzt einer Frau eine „künstliche Befruchtung“. (vgl. SEMKE 1994, 33) Mit einer künstlichen Befruchtung war zu diesem Zeitpunkt jedoch noch kein Eingriff eines Dritten in den Zeugungsakt gemeint, vielmehr sollte der Mann dem eigenen Ejakulat mit der

Hand auf den Weg verhelfen. Ein erster chirurgischer Eingriff, um einem kinderlosen Paar weiterzuhelfen, wurde 1799 in England vorgenommen. Im 19. Jahrhundert etablierte sich bei einer organisch verursachten Sterilität der chirurgische Eingriff durch den Arzt, erst im 20. Jahrhundert wurden die chirurgischen Eingriffe durch hormonelle Behandlung ergänzt.

Mit der ersten erfolgreichen Zeugung eines Kindes durch **In-vitro-Fertilisation (IVF)** 1979 in England hat der Begriff „künstliche Befruchtung“ eine neue Dimension erlangt. Bei der IVF wird die Frau hormonell behandelt, damit wird die Bereitstellung von befruchtungsfähigen Eizellen gewährleistet, anschließend werden diese dann kurz vor dem Eisprung aus dem Eileiter durch den Arzt abgesaugt. Außerhalb des weiblichen Körpers werden sie mit Spermia des Mannes in eine Petrischale gegeben, in ihr findet der Prozess der Befruchtung statt. Bei einem Gelingen der Befruchtung wird nach der ersten erfolgreichen Zellteilung (2.-3. Stadium) die Eizelle wieder in die Gebärmutter eingepflanzt. Mit diesem Prozedere kann die weibliche Unfruchtbarkeit behandelt werden.

In der Praxis der Reproduktionsmedizin zeigt sich nach der Etablierung der IVF (seit 1979), dass vielen kinderlosen Paaren trotz dieses neuen Verfahrens nicht weitergeholfen werden kann, denn die Ursache für die Kinderlosigkeit eines Paares ist genauso häufig an die weibliche Unfruchtbarkeit, wie an die männlich gebunden. Die männliche Unfruchtbarkeit kann für den Kinderwunsch seit 1991 durch das Verfahren der **Intracitoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI)** überbrückt werden, wobei die ICSI nur in Kopplung mit der IVF durchführbar ist. Im Unterschied zur IVF muss bei der ICSI das Spermia des Mannes, direkt in die entnommene Eizelle injiziert werden, da das Spermia eine zu geringe Qualität (z.B. schlechte Beweglichkeit oder zu wenige Spermien im Serum) besitzt, um die Eizellwand zu durchbrechen.



Die befruchtete Eizelle wird ebenfalls nach der ersten Phase der Zellteilung in die Gebärmutter zurückgepflanzt.

Diese kurze Darstellung von zwei momentan bedeutsamen und praktizierten reproduktionsmedizinischen Techniken soll an dieser Stelle ausreichen, um einen ersten Eindruck der Möglichkeiten, die die neuen reproduktionsmedizinischen Verfahren bieten, aufzuzeigen.

### **3. Die Wirkungskraft der Reproduktionsmedizin**

Die Wirkungskraft der Reproduktionsmedizin als Teil des Netzes der BioMacht zu betrachten, folgt zum einem der foucault'schen Konzeption der Wirkungsmächtigkeit von Diskursen und der Etablierung der BioMacht<sup>3</sup>. Sie bildet sich nach FOUCAULT im 19. Jahrhundert als Folge der Abdankung des Souveräns heraus, denn mit dieser wurden neue Machtmechanismen notwendig, um die Macht über die Bevölkerung weiterhin ausüben zu können. Charakteristisch für die BioMacht ist die „Vereinnahmung des Lebens“ (FOUCAULT 2001, 282), diese vollzieht sich auf ganz unterschiedlichen Wegen und unter Zurhilfenahme zweier unterschiedlicher Machtmechanismen. Als erstes wurden Disziplinierungstechniken (u.a. Gefängnis, Schule etc.) etabliert, diese wurden durch Regulierungstechniken (z.B. die Installierung eines allgemeinen Hygienesystems) später ergänzt. Letztere wurden möglich, da der Mensch als Objekt ins Zentrum auch der Wissenschaften rückte, so bildeten sich im 19. Jahrhundert die Humanwissenschaften heraus. (vgl. ebd.)

---

<sup>3</sup> Die BioMacht charakterisiert Foucault als das ineinander Greifen von Disziplinierungs- und Regulierungstechniken, die auf die Überwachung bzw. die Regulierung des menschlichen Lebens gerichtet sind und den bisherigen Maßnahmen des Souveräns überlegen sind, da sie nicht mehr nur über das Lebensende – den Tod bestimmen können, sondern durch die Etablierung von Techniken, wie die der öffentlichen Hygiene einen Einfluss auf das Leben und die Lebensqualität ausüben. (vgl. FOUCAULT 2001)

Mit der BioMacht verknüpft sind Verfahren, Instrumentarien und Mechanismen, die der Bemächtigung des menschlichen Lebens dienen: die Normierung, die Medizialisierung, die Ökonomisierung, die Rationalisierung, die Zentrierung auf das Individuum und die Optimierung des Lebens. Diese Mechanismen sind auch für die Herausbildung der reproduktionsmedizinischen Verfahren bedeutungsvoll, sie durchziehen die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Diskurse um die Diskussion von Lebenswert und Kinderwunsch und auch den Teil des medizinischen Fachdiskurses, der durch mich untersucht wurde, die Fachzeitschrift „Reproduktionsmedizin“. Erst durch die Verschränkung der neuen medizinischen Diskurse mit gesellschaftlichen Diskursen kann das Handeln der betroffenen Frauen verstehbar gemacht werden und damit das Funktionieren dieser reproduktionsmedizinischen Verfahren, denn die Basis dieser Verfahren besteht darin, dass die Frauen sich diese Techniken als Selbsttechniken aneignen. D.h. sie sich selbst – ihren eigenen Körper – disziplinieren, kontrollieren und regulieren.

Damit wird deutlich, dass es sich bei reproduktionsmedizinischen Verfahren zwar um medizinische Technologien handelt, die aber gesellschaftlichen Ansprüchen entsprechen, bzw. Helfen diese Ansprüche zu verwirklichen. Mit dieser produktiven Wirkung der neuen Techniken bleibt verborgen bzw. wird unbedeutsam, dass diese Verfahren auch dem Ausbau der Macht bzw. der Kontrolle über das menschliche Leben dienen.

### Normierung

Mit dem Prozess der Normierung ist nicht in erster Linie gemeint, dass die Verfahren der Reproduktionsmedizin zu einer gesellschaftlichen Norm erhoben werden, in dem Sinne dass Kinderlosigkeit nicht mehr als gesellschaftliches Phänomen existent ist. Vielmehr geht es um die Etablierung einer medizinischen Norm, die Kinderwunschbehandlung als das einzige Behandlungsverfahren bei Fertilitätsproblemen zu bestimmen. Die Grundlage für diese Art des Normierungsprozesses ist die Verschränkung mit einem gesellschaftlichen Diskurs, der eine latent bestehende gesellschaftliche Norm, ein eigenes Kind haben zu wollen/ zu müssen, vermittelt. (siehe in der Zeitschrift u.a. folgende Beiträge: FEICHTINGER et.al., DEUTSCH 1985, NIESCHLAG 1997, Diskussionspapier der BRZ u.a. 2001) Diese Verschränkung taucht in der Argumentation der Reproduktionsmedizin, wenn es um die Fragen der Legitimierung der reproduktionsmedizinischen Verfahren geht, immer wieder auf. Besonders deutlich wird dies in der Diskussion um die Anerkennung der Kinderlosigkeit als Krankheit. 1994 wurde Kinderlosigkeit von der WHO als Krankheit definiert. Durch die Anerkennung der Kinderlosigkeit als Krankheit wird das individuelle Leid kein eigenes Kind zu bekommen neubewertet, auf das ‚Bekommen‘ eines eigenen Kindes kann Anspruch erhoben werden. Bei Ausbleiben des eigenen Kindes handelt es sich somit um eine gesellschaftliche Abweichung – eine Krankheit, die nach Behandlung verlangt, wobei eine Behandlung gleichbedeutend mit der Notwendigkeit des Einsatzes von reproduktionsmedizinischen Verfahren ist. Verbunden mit der Bewertung der Kinderlosigkeit als Krankheit sind Kostenübernahmen durch die Krankenkasse. Selbst wenn es sich nur um Teilfinanzierungen von Verfahren handelt, wie im Falle der Reproduktionsmedizin, werden so diese neuen Technologien einer breiteren Bevölkerungsschicht zugänglich gemacht. Die

Setzung von Kinderlosigkeit als Krankheit weist auf die schleichende „Expansion medizinischer Kontrolle“ über den menschlichen Körper hin. (BROCK 1996, 20)

Dieser Prozess der Normierung in der Reproduktionsmedizin bleibt nicht nur auf das Individuum bezogen und an der Schwelle zur Gesellschaft stehen, sondern knüpft an bereits vorhandene Normierungsprozesse in der Gesellschaft an u.a. an die der impliziten und expliziten geschlechtlichen Rollenzuschreibungen. Viele betroffene Frauen stellen sich vor der Entscheidung für einen solchen medizinischen Eingriff die Frage nach ihrer „Normalbiografie“. Was bedeutet für sie die latent bestehende Norm: Frau sein, heißt Mutter zu sein? Darüber hinaus verlangen die neuen Möglichkeiten der Verfahren eine Positionierung der Frau zur eigenen Generativität und zum Anspruch nach Vollständigkeit der eigenen Familie ab. (siehe in der Zeitschrift u.a. folgende Beiträge: BENGEL 2002, BRÄHLER 2001a/b, KOWALCEK 1998)

### Medizialisierung

Die Norm, ein eigenes Kind zubekommen, und der Wunsch nach einem eigenen Kind sind nicht mehr differenzierbar. Gleiches gilt für die wechselseitige Bedingtheit fortschreitender Medizialisierung – durch die Entwicklung immer neuer reproduktionsmedizinischer Techniken, und der Ausschöpfung aller Ressourcen zur Wunsch-erfüllung nach einem eigenen Kind. Für das Fortschreiten der Medizialisierung im Bereich der Fortpflanzung steht der Wandel in der Ausrichtung in diesen medizinischen Teilbereich. Vordergründig ist nicht mehr die Erforschung der Faktoren von Fertilität und von Ursachen der Sterilität sondern die Erhöhung der Effizienz der Verfahren, die eine menschliche Reproduktion ermöglichen. Prägnant für diesen Wandel ist die Umbenennung der Zeitschrift mit dem 14. Jahrgang (1998) von „Fertilität“ in „Reproduktions-

medizin“, gleichzeitig nannten sich medizinische Forschungsgesellschaften mit dem Schwerpunkt der menschlichen Sterilität in ähnlicher Weise um. Innerhalb der Fachzeitschrift verlagerten sich die Schwerpunkte von den Ursachendarstellungen von Sterilität hin zur Diskussion von Fragen der Optimierung einzelner Verfahren der Reproduktionsmedizin (vor allem IVF und ICSI). (vgl. LANGNER 2004) (siehe in der Zeitschrift u.a. folgende Beiträge: SCHILL 1989, Editorial der Zeitschrift 1998, Diskussionspapier der BRZ u.a. 2001, KRAUSE 1996)

Die fortschreitende Medizialisierung steht im Bezug zur Ressourcenausschöpfung des Kinderwunsches, wie sich in der schrittweisen Entwicklung der reproduktionsmedizinischen Verfahren nachvollziehen lässt. Der Blick in die reproduktionsmedizinische Praxis zeigt, dass ihre neueren Verfahren (IVF und ICSI) sich von bisherigen operativen Eingriffen unterscheiden, deren Ziel es war, durch eine Operation die Sterilität, die auf Grund organischer Missbildungen oder Einschränkungen bestand, zu beheben. Die IVF und die an sie gebundenen Verfahren verfolgen keineswegs das Ziel der Heilung der Sterilität, sie können die vorliegende Sterilität nur noch kurzzeitig überbrücken. Diese neuen Verfahren stehen für einen Wandel in der ärztlichen Behandlung, deren Inhalt nicht mehr die Sterilitätsbehandlung sondern die Wunscherfüllung nach einem eigenen Kind ist. Dieser Wandel konstatiert sich auch in neuen Begrifflichkeiten: Kinderwunschpraxen, Kinderwunschteams (Ärzte und Schwestern einer solchen Praxis). Durch diesen Wandel wird eine Neubewertung des Arzt-Patienten-Verhältnisses notwendig, denn mit den neuen Möglichkeiten der Wunscherfüllung auf ein eigenes Kind wächst die Abhängigkeit des/der PatientInnen vom Arzt. Für jedes Kind muss sich die Frau der medizinischen Behandlung von neuem aussetzen und ihren Körper jedes Mal erneut der medizinischen Behandlung und Kontrolle unterwerfen. Diese

Abhängigkeit scheint für die betroffene Frau bedeutungslos, dies ist das Ergebnis des Wechselspiels von der Freiheit in eine solche Behandlung einzuwilligen und dem eigenen verhaftet sein in Vorstellungen über Generativität (siehe Normierung). Über diese Verschränkungen von Normierung und medizinisch-technischen Fortschritt, kann die Medizialisierung des weiblichen Körpers fortschreiten. Dabei handelt es sich keineswegs um ein neues Phänomen, sondern es steht in der Kontinuität des Mythos der Planbarkeit der Fortpflanzung (vgl. BRÄHLER 2002), der in den 1970er Jahren zum ersten Mal mit der Pille an Realität gewann. Sie ermöglichte der Frau die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung und offerierte eine Kontrolle über den eigenen Körper.

#### Ökonomisierung und Rationalisierung

Die Techniken der Reproduktionsmedizin folgen der Rationalisierung und letztlich auch der Ökonomisierung des menschlichen Lebens, und dies nicht im Sinne der immer wieder argumentativ von den Reproduktionsmedizinerinnen ins Feld geführten „individuellen Leidminderung“. (siehe in der Zeitschrift u.a. folgende Beiträge: MICHELMANN 1999, THIEME/GLANDER/PAASCH 2003, MÖLLER 2001, OBERENDER und ALBRECHT 2002) Vielmehr dienen die reproduktionsmedizinischen Verfahren der Frau als Instrumentarium, um die an sie gerichteten Anforderungen nach einer flexiblen Lebensplanung entsprechen zu können. Sie nehmen der Frau den Druck des Ablaufens ihrer „biologischen Uhr“, die Frau scheint durch die reproduktionsmedizinischen Verfahren Zeit zu gewinnen, um den Lebensplan - Karriere, Lebenspartner und Kind - realisieren zu können.

Diese Vorstellungen der Frau werden genährt durch den im Diskurs der Reproduktionsmedizin vermittelten Eindruck, dass jeder gewünschte menschliche Körper sich reproduzieren soll und kann.

Dieser Aspekt wurde bereits weiter oben angesprochen bei der Darstellung des Wandels der Reproduktionsmedizin. Die Sterilitätsbehandlungen und die damit verbundene Erforschung von möglichen Ursachen der vorliegenden Sterilität tritt zu Gunsten der „Produktion“ menschlichen Lebens immer mehr in den Hintergrund des medizinischen Blicks. (vgl. THIEME, GLANDER und PAASCH 2003) Diese Ausrichtung der Forschung und der Praxis liegen ökonomisch-wirtschaftliche Interessen zu Grunde, so ist der finanzielle Verdienst an der Kinderwunschbehandlung für den behandelnden Mediziner wesentlich höher als bei einer Sterilitätsbehandlung, obgleich diese Behandlung in einem Kosten-Nutzen-Vergleich wesentlich schlechter abschneidet, wenn sich die Frage nach dem Erfolg der Therapie stellt.

#### Individuumzentriertheit

Die Diskussionen zur Individuumzentriertheit finden innerhalb der Zeitschrift vor allem in den ethischen und rechtlichen Auseinandersetzungen zur Legitimation des ärztlichen – reproduktionsmedizinischen Handelns statt. In diesen Beiträgen wird die Patientenautonomie als handlungsleitend für die ärztliche Praxis und die wissenschaftliche Forschung dargestellt. Mit der Patientenautonomie greifen die Mediziner den gesellschaftlichen Diskurs, spezifischer den feministischen Diskurs um die Selbstbestimmung von Frauen auf. Den Begriff der Selbstbestimmung nutzen sie in ihrer Argumentation um zu bekräftigen, dass sich jede Frau für einen reproduktionsmedizinischen Eingriff frei entscheiden können muss. (siehe in der Zeitschrift u.a. folgende Beiträge: FROMMEL 2001, MICHELMANN 1999) Die unbedingte Durchsetzung der Prämisse auf „Selbstbestimmung“ sehen sie vor allem vor dem Hintergrund der individuellen Leidminderung als dringend notwendig an. Die reproduktionsmedizinische Praxis versteht sich als eine, die sich an

dem individuellen Leid ausrichtet, denn in ihr ist alles auf das jeweilige Paar abgestimmt. Diese individuelle Ausgerichtetheit reicht von der individuellen hormonellen Einstellung/Behandlung der Frau bis hin zum eigenen individuellen Kinderwunschteam für jedes Paar, welches aus einem Arzt, Schwestern und einem Biologen besteht, die zu jeder Zeit, d.h. vor allem für den wichtigen Moment des Eisprungs zur Verfügung stehen. (siehe u.a. in der Zeitschrift: KENTENICH 2001, MICHELMANN 1999)

Durch diese Verknüpfung des gesellschaftlichen Diskurses zur Selbstbestimmung der Frau und der Ich-Zentrierung gewinnen die reproduktionsmedizinischen Verfahren an produktiver Wirkungskraft. Sie liefern eine Antwort auf die Verwirklichung der Ich-Zentrierung und den vordringlichen Wunsch auf ein *eigenes* Kind. Es bleibt anzumerken, dass dieser Wunsch nicht neu entstanden ist, sondern tief verwurzelt ist im „Mythos der Blutsverwandtschaft“. (vgl. WEINGART 1992) Durch die neuen Techniken der Reproduktionsmedizin erhält der Wunsch jedoch neue Dimensionen der Erfüllbarkeit und Umsetzbarkeit, u.a. könnte die Weitergabe des eigenen Erbgutes als ein Teil des eigenen Selbst in Zukunft optimiert werden.

### Lebensoptimierung

Das Thema der Lebensoptimierung spiegelt sich in der Zeitschrift in der Diskussion um die Natur-Kultur-Dichotomie wieder. Die Thematisierung dieser Dichotomie ist eine Reaktion auf ethisch-moralische Diskussionen außerhalb der Reproduktionsmedizin, in denen es um die Bewertung der reproduktionsmedizinischen Fortschritte geht. (siehe in Zeitschrift u.a. folgende Beiträge: ANSELM 2003, NIE-SCHLAG 1997, SAVULESCU/DAHL 2000, SCHREIBER 1992, WOOPEN 2002)



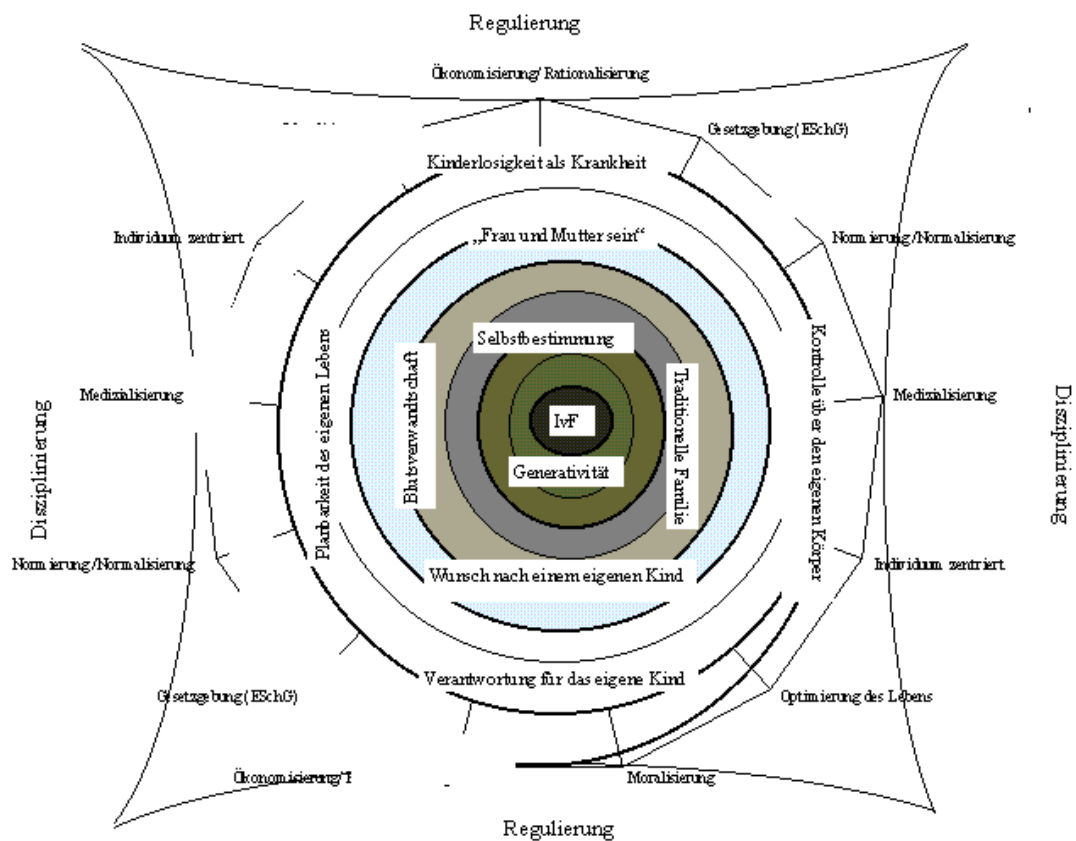
Ist der Eingriff in die menschliche Reproduktion die Wiederherstellung von Natur oder handelt es sich um künstliche vom Menschen gesteuerte Eingriffe, die der Optimierung dienen? Diese Frage betrifft sowohl die Praxis als auch die Forschung der Reproduktionsmedizin wie auch die betroffene Frau, das betroffene Paar. Letztere versuchen ihr Leben hinsichtlich des Kinderwunsches zu optimieren.

In einer Vielzahl von Artikeln der Zeitschrift „Reproduktionsmedizin“ zielt die Argumentation auf die Wiederherstellung eines natürlichen Zustandes ab, denn die Geburt eines eigenen Kindes ist ein natürlicher Bestandteil des menschlichen Lebens. Der Einsatz von künstlichen Mitteln zur Wiederherstellung des „natürlichen Zustandes“ spielt keine Rolle bzw. ist zu vernachlässigen, denn das Ziel bzw. das Ergebnis ist entscheidend nicht der Weg dahin. Für SAVULESCU und DAHL (vgl. 2000) ist darüber hinaus auch die Wunscherfüllung nach einem Jungen oder Mädchen denkbar und kein künstliches Prozedere, sondern eines das der biologischen Natur entspricht. Mit einer solchen angedeuteten ärztlichen Unterstützung der Wahl des Geschlechts des zukünftigen eigenen Kindes stellt sich die reproduktionsmedizinische Praxis ohne Frage in den Dienst der Optimierung des menschlichen Lebens, dessen weitere Dimensionen sich erahnen lassen: der mögliche Ausschluss von Behinderung und schwerer Krankheit in der nächsten Generation.

Dieses soeben skizzierte medizinische Angebot der Optimierung des menschlichen Lebens findet Anklang bei einer Reihe von Frauen, die dem Prinzip der Optimierung ihres eigenen Lebens folgen. Frauen, die ihren Kinderwunsch in ein Alter zu Gunsten der Karriere und der Partnerwahl aufschieben mussten, in der es immer schwieriger wird ein Kind zu bekommen, aber auch Frauen, die sich über die Bedeutsamkeit von Geschlecht und Gesundheit für ein erfülltes Leben in der nächsten Generation im Klaren sind. (siehe in der

Zeitschrift u.a. folgende Beiträge: BENGEL 2002, BRÄHLER 2001/2003, KOWALCEK 2003)

Die dargestellten Mechanismen und ihre Verknüpfung mit gesellschaftlichen Diskursen sollten verdeutlichen, dass die reproduktionsmedizinischen Verfahren durchaus eine Antwort auf bestehende gesellschaftliche Bedingungen, bspw. gesellschaftlich getragene Tendenzen der Ökonomisierung des Lebens als Grundlage der Spezifizierung des Körpers, und damit auf die an Paare gestellte Anforderungen darstellen, da sie zum einen eine zeitliche Flexibilität ermöglichen und zum anderen organische Veränderungen auf Grund von Umweltbedingungen beeinflussen können.



#### 4. Vom Wunschkind zum Kind nach Wunsch

Das veranschaulichte Netz der BioMacht muss als Momentaufnahme verstanden werden, denn die einzelnen Knotenpunkte des Netzes (wie z.B. „Frau und Mutter sein“) stehen miteinander in Verbindung und sie werden immer wieder neu bestimmt. In dieser immer wieder neuen Verhältnisbestimmung besteht die produktive Wirkung der BioMacht. Das es sich beim Modell der BioMacht um ein dynamisches handelt, wird auch am Beispiel der Reproduktionsmedizin deutlich, deren Verfahren und deren gesellschaftliche Anerkennung unterliegen ständigen Veränderungen. Die zukünftige Entwicklung der reproduktionsmedizinischen Verfahren ist nur in geringen Maße abhängig von den Forschungsergebnissen und den neuen technischen Möglichkeiten sondern von gesellschaftlichen

Diskursen, die eine Weiterentwicklung der reproduktionsmedizinischen Verfahren positiv beeinflussen oder auch hemmen können. Die Reproduktionsmedizin muss als eine Praktik, die Teil von anderen Praktiken ist, durch die sie bedingt wird, und als eine Praktik, die selbst neue Praktiken hervorbringt und durch Praktiken neu hervorgebracht wird, verstanden werden.

Dieses Bedingungsgefüge soll in dem folgenden Zukunftsszenario noch mal verdeutlicht werden: „Die Reproduktionsmedizin ermöglicht den Weg vom Wunsch nach einem *eigenen* Kind zum Kind nach eigenen Vorstellungen in Form einer individuellen Eugenik“<sup>4</sup>. Die Option der Gestaltung des menschlichen Lebens besteht vor allem durch das diagnostische Verfahren der **Präimplantationsdiagnostik (PID)**<sup>5</sup>. Dieses Verfahren ermöglicht in Einzelfällen die Selektion von Behinderung und chronischer Krankheit bereits kurz nach der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, nach dem diagnostischen Verfahren erfolgt ein Verwerfen des Embryos noch in der Petrischale. Mit dem Blick auf die genetische Entschlüsselung des Menschen sind diese Verfahren noch ausbaufähig, wenn die sich bereits andeutende Verknüpfung von Genetik und Reproduktionsmedizin vollzogen wird. Dieses skizzierte Szenario ist in der USA bereits Praxis, hier gilt die Bestimmung der Augenfarbe des zukünftigen Kindes im Embryostadium bereits als Kriterium für ein mögliches Verwerfens des Embryos.<sup>6</sup> Die PID als mögliches Verfahren stellt die medizinische Praxis einmal mehr in den Zusammenhang zur Optimierung als auch zur Selektion menschlichen Lebens.

---

<sup>4</sup> Von dem „leisen Zwang zum perfekten Kind“ und den neuen „Entscheidungs(un)möglichkeiten“ für die Eltern in Anbetracht der neuen Techniken spricht BECK bereits 1988. (vgl. BECK 1988, 54/55)

<sup>5</sup> Die PID ist ein in Deutschland noch verbotenes Verfahren, welches eine Diagnostik im Anschluss an die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle nach bestimmten Krankheiten vorsieht. In dem Bezug spricht KUHLMANN bei der Anwendung der PID von einer „Zeugung auf Probe“. (vgl. KUHLMANN 2004, 181)

<sup>6</sup> PID ist in Deutschland nicht erlaubt im Gegenteil zu Spanien, Niederlande, Belgien, Italien und Tschechische Republik.

Die Optimierung ist nicht mehr von der Selektion trennbar, da beide Prozedere gleichzeitig ablaufen und sich dabei überschneiden. Gerechtfertigt wird diese Form der medizinischen Praxis, nicht durch das Vorhanden sein der Techniken selbst, sondern durch die von der Gesellschaft erklärten „biopolitischen Ziele von Ernährung, Gesundheit und Lebensverlängerung“. (HABERMAS 2001, 82) Über ihre Funktion der Legitimierung von reproduktionsmedizinischen Verfahren, sind sie Teil des Denkens der zukünftigen Eltern, sie sehen sich in der Verantwortung gegenüber der neuen Generation. Diese Verantwortung endet nicht mit dem Anspruch auf eine gute Erziehung und Bildung, sondern in der Mitgabe bester körperlicher Ressourcen (die genetische Ausstattung des Kindes). Dies wird unterstützt durch einen immer rigider werdenden gesellschaftlichen Diskurs: Gesundheit zunehmend als individuelle Verantwortung zu manifestieren. Jedes Individuums wird für seine Krankheit und den gesellschaftlichen Einsatz für Kosten von Heilmitteln zur Rechenschaft gezogen. Es muss das Verhältnis stimmen zwischen gesellschaftlichen Einsatz und gesellschaftlichen Nutzen bzw. zeichnet sich immer mehr die Tendenz ab, dass jeder selbst im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten für sein gesundheitliches Wohl aufkommen muss.<sup>7</sup> (vgl. LEMKE 2004)

Die Zustimmung betroffener Frauen zu Verfahren wie der PID, wird nicht nur durch ökonomische und individuelle Verantwortungszuschreibungen geschürt, sondern verknüpft mit einer moralischen Anklage: mit einem behinderten, nichtgesunden Kindern der

---

<sup>7</sup> Die Wirkkraft ökonomischer Aspekte ist z.B. hinsichtlich der Selektion von Behinderung und chronischer Krankheit durch die PID vorstellbar. Diesbezüglich sind Argumentationen denkbar, nach denen die Solidargemeinschaft Eltern mit einem behinderten Kind keine finanzielle Unterstützung gewährt. Da diagnostische Verfahren bestehen, mit denen Behinderungen ausgeschlossen werden können. Damit geraten Eltern eines behinderten Kindes möglicherweise unter Rechtfertigungsdruck, warum sie keine Diagnostik durchgeführt haben und darüber hinaus müssen sie die durch die Behinderung entstehenden Mehrkosten selbst übernehmen.

Gesellschaft nicht zu Last zu fallen. Demnach scheint es nur rational, dass Eltern die Möglichkeiten nutzen ihrem zukünftigen Kind, die besten gesundheitlichen Voraussetzungen mitzugeben. Genau dieser Optimierung der Voraussetzungen des zukünftigen eigenen Kindes entspricht das Angebot des neuesten reproduktionsmedizinischen Verfahren (PID). Mit Blick auf die besten Startbedingungen für die zukünftige Generation ist eine PID, die über die Kontrolle der gesundheitlichen Konstitution des Embryos hinaus zur Bestimmung von Merkmalen wie Aussehen und Intelligenz genutzt wird, vorstellbar. Die PID als eine Art „Embryocheck“ würde ganz im Sinne einer Risikopotentialanalyse sein. (vgl. ebd.) Dies beschreibt eine neue Qualität einer Eugenik als ‚Risikovermeidungsstrategie‘ (vgl. ebd.), deren Basis die Gleichzeitigkeit von Selektion und Optimierung ist und eine Unterscheidung zwischen positiver oder negativer Eugenik unmöglich macht. (vgl. HABERMAS 2001, 107ff.) Diese neue Form der Eugenik etabliert sich über eine Selbstregulation und muss sich nicht mehr der Kontrolle von Erbkrankheiten durch die Zwangssterilisationen wie in der NS-Zeit bedienen.

Mit diesem Zukunftsentwurf sollte die normative Kraft der Bio-Macht deutlich werden, die sich aus sich gegenseitig bedingenden Kräften wie: sozioökonomische Bedingungen, den gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit und Behinderung, neue medizinische Verfahren und dem Individuum, welches mit alledem ein Umgang finden muss, zusammensetzt.

Was bedeutet das soeben skizzierte Zukunftsszenario und der Diskurs der Reproduktionsmedizin für die Behindertenpädagogik? In der Analyse zeigt sich, dass die Frauen, die sich reproduktionsmedizinischen Verfahren unterwerfen nicht verteufelt werden dürfen, sondern dass ihr Handeln als durch aus rationale Reaktion auf die an sie gestellten Ansprüche betrachtet werden muss. Dies

weist auf die notwendigerweise geringe Wirkungskraft von Aufklärungen über ein mögliches Leben mit einem behinderten Kind bzw. mit einer Behinderung hin. D.h. Aufklärung über das Leben mit Behinderung kann nur bedingt die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung verändern. Diese Tatsache und der Fakt, dass durch die neuen reproduktionsmedizinischen Verfahren Menschen mit Behinderung pränatal ausgeschlossen werden könnten, was das negative Bild von Behinderung als Verlust an Lebensqualität einmal mehr unterstreicht, sollte als ein Plädoyer verstanden werden, dass sich die Behindertenpädagogik in diese Diskussionen einmischt. Ein erster Schritt wäre mit dem eigenen professionellen Handeln auch ein politisches Handeln zu verknüpfen. Auch wenn dies nicht das Problem löst, im Diskurs um die Reproduktionsmedizin nicht die eine „richtige“ Position einnehmen zu können. Es hilft uns keine Technikfeindlichkeit, wie auch kein moralischer Zeigefinger weiter, vielmehr muss daran gearbeitet werden, mit den Perspektiven und Inhalten der Behindertenpädagogik ein Teil gesellschaftlicher Diskurse zu werden. Durch ein bloßes Beschützen von Menschen mit Behinderung, einer moralischen Verwerfung des gesellschaftlichen Handelns und der gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung, separiert und isoliert sich die Behindertenpädagogik selbst. Sie schließt sich aus den Prozessen des Diskurses und aus diskursiven Praktiken aus. So wird sich an der marginalisierten gesellschaftlichen Position der Behindertenpädagogik nichts verändern.

## 5. Eine Auswahl von Artikeln der Zeitschrift

### Reproduktionsmedizin

- ANSELM: Kinderlosigkeit als Krankheit? In: Reproduktionsmedizin (19). 2003, 15-21
- BENGEL: Generativität und Kinderwunsch In: Reproduktionsmedizin (16). 2002, 265-273
- BRÄHLER: Kinderwunsch in Ost und West In: Reproduktionsmedizin (17). 2001a, 103-107
- BRÄHLER: Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht In: Reproduktionsmedizin (17). 2001b, 357-363
- BRÄHLER: Familienfeindlicher Zeitgeist? Zum Wandel im Reproduktionsverhalten in Deutschland und im europäischen Vergleich In: Reproduktionsmedizin (18). 2002, 276-282
- BRZ/ DGRM/ DGGG/ DGGEF: Diskussionspapier zu der Vorbereitung für ein Fortpflanzungsmedizingesetz In: Reproduktionsmedizin (17). 2001, 301-305
- DEUTSCH: Artificielle Wege menschlicher Reproduktion: Rechtsgrundsätze In: Fertilität (1). 1985, 110-117
- FEICHTINGER et al.: Eizellspende im Rahmen eines IvF-Programmes In: Fertilität (4). 1988, 85-92
- FROMMEL: Taugt das Embryonenschutzgesetz als ethisches Minimum gegen Versuche der Menschengründung? In: Reproduktionsmedizin (17). 2001, 68-74
- KENTENICH: Reproduktionsmedizin in Deutschland In: Reproduktionsmedizin (17). 2001, 277-283
- KOWALCEK: Reproduktionsmedizin und Psychosomatik: Gegensatz, Widerspruch und Annäherung In: Reproduktionsmedizin (14). 1998, 275-281
- KOWALCEK: Alter In: Reproduktionsmedizin (19). 2003, 189-194
- KRAUSE: Machen die modernen reproduktionsmedizinischen Techniken den Andrologen überflüssig? In: Fertilität (12). 1996, 105-117
- MICHELMANN: Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld ethischer Normen und Patientenansprüchen In: Reproduktionsmedizin (15) 1999, 81-83
- MÖLLER: Mitteilung In: Reproduktionsmedizin (17). 2001, 71/72
- NIESCHLAG: Gibt es ein Recht auf Fortpflanzung? In: Fertilität (13). 1997, 125-133
- OBERENDER und ALBRECHT: Fortpflanzungsmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung In: Reproduktionsmedizin (18). 2002, 226-230
- PETERSEN: Manipulierte Fruchtbarkeit In: Fertilität (4). 1987, 99-106



- SAVULESCU und DAHL: Jugend der Mädchen: Sollten sich Eltern das Geschlecht ihrer Kinder aussuchen dürfen? In: Reproduktionsmedizin (16). 2000, 274-278
- SCHILL: Andrologische Aspekte der In-vitro-Fertilisation In: Fertilität (5). 1989, 22-26
- SCHREIBER: Recht und Reproduktionsmedizin In: Fertilität (8). 1992, 154-195
- THIEME, C.; GLANDER, H.J. und PAASCH, U.: Datenverarbeitung und neue Methoden der Wissensgewinnung in der Andrologie In: Reproduktionsmedizin (19). 2003, 137-146
- WOOPEN: Fortpflanzung zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit In: Reproduktionsmedizin (18). 2002, 233-240

## Literatur

- BERTANI, M.: Zur Genealogie der Biomacht In: STINGELIN, M. (Hrsg.): Biopolitik und Rassismus. Frankfurt/M. 2003
- FOUCAULT, M.: Archäologie des Wissens. Frankfurt/M. 1981
- FOUCAULT, M.: Die Ordnung der Dinge. Frankfurt/M. 1966 (1974)
- FOUCAULT, M.: Die wesentlichen Funktionen der Medizin in unserer Gesellschaft In: DEFERT, D. und EWALD, F. (Hrsg.): Michel Foucault - Schriften in vier Bänden. Frankfurt/M. 2002
- FOUCAULT, M.: In Verteidigung der Gesellschaft. Frankfurt/M. 2001
- HABERMAS, J.: Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt/M. 2001
- JANTZEN, W.: Interview mit Wolfgang Jantzen In: Heilpädagogik online (04). 2004
- KELLER, R. (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Opladen 2001
- KELLER, R.: Diskursforschung. Opladen 2004
- KUHLMANN, A.: Wunsch Kinder aus dem Labor? Selektive Fortpflanzung und das Instrumentalisierungsverbot In: KETTNER, M. (Hrsg.): Biomedizin und Menschenwürde. Frankfurt/M. 2004
- LANGNER, A.: Die Reproduktionstechnik der In-vitro-Fertilisation als Instrument der Bio-Macht – Eine diskursanalytische Untersuchung der Zeitschrift ‚Reproduktionsmedizin‘. unveröffentlichte Diplomarbeit an der Humboldt Universität. Berlin 2004
- LEMKE, T.: Max Weber, Norbert Elias und Michel Foucault über Macht und Subjektivierung In: Berliner Journal für Soziologie (11). 2001

SEMKE, I.: Künstliche Befruchtung in wissenschafts- und sozialgeschichtlicher Sicht. Marburg 1994  
WEINGART, P.: Rasse, Blut und Gene. Frankfurt/M. 1992  
WEISSER, J.: Was leistet die Diskursanalyse in der Sonderpädagogik? In: Heilpädagogik online 04/04, 23-45  
[http://www.heilpaedagogik-online.com/2004/heilpaedagogik\\_online\\_0404.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2004/heilpaedagogik_online_0404.pdf),  
Stand: 30.09.2004

Zu zitieren als:

LANGNER, Anke: Was hat der Diskurs der Reproduktionsmedizin mit der Behindertenpädagogik zu tun?, in: Heilpädagogik online 04/05, 76-97  
[http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik\\_online\\_0405.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2005/heilpaedagogik_online_0405.pdf),  
Stand: 30.09.2005

[Kommentieren Sie diesen Artikel!](#)

## Rezensionen

**Volker Daut:**

Leben mit Duchenne  
Muskeldystrophie.  
Eine qualitative Studie mit  
jungen Männern.  
Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2005



Preis:

28,00 €

ISBN:

3-7815-1401-3

Volker Daut legt mit seinem Buch die weltweit erste qualitative Studie zur Lebenssituation von jungen Erwachsenen vor, die an der fortschreitenden neuromuskulären Krankheit Duchenne Muskeldystrophie erkrankt sind. Auf der Grundlage eigener empirischer Voruntersuchungen und eines die gesamte Berufsbiographie des Autoren prägenden Interesses für die Spezifika des Heranwachsens und Lebens angesichts eines frühen Todes ist die Studie der subjektiven Sichtweise der betroffenen jungen Männer gewidmet. Diese Perspektive verfolgt Volker Daut konsequent, in seinem empirischen Teil methodisch abgesichert und mit einem hohen Maß an Empathie, Sensibilität und Respekt vor den individuellen Lebensleistungen und Bewältigungsstrategien der 15 interviewten Menschen. Mit einer deutlich anderen Akzentuierung als die bislang vorliegenden themenbezogenen Studien (z.B. Daut 1978, Ortman 1999, Leyendecker/Lammers 2001), die vorrangig die aus pädagogischer Sicht ebenfalls bedeutenden Sichtweisen der die Schülergruppe begleitenden Lehrkräfte fokussieren, wird hier der direkte Zugang zum subjektiven Erleben der erkrankten Menschen gewählt und damit die Erkenntnisse einer sich mit der Thematik fortschreitender Erkrankung vorrangig befassenden Pädagogik bei

körperlicher Beeinträchtigung um einen neuen, wenn nicht sogar entscheidenden Blickwinkel erweitert.

Zunächst werden medizinische Aspekte neuromuskulärer Erkrankungen allgemein und bezüglich der Duchenne Muskeldystrophie im Speziellen entfaltet. Logisch aufgebaut und sprachlich auch für Nicht-Mediziner verständlich werden Ätiologie und Auswirkungen der Erkrankung dargestellt, wobei deutlich wird, dass der medizinische Fortschritt zwar Lebensdauer und auch Lebensqualität der Betroffenen zu optimieren vermag (z.B. im Bereich der apparativ-assistierten Beatmung), eine Heilung der Erkrankung jedoch nach wie vor nicht möglich ist.

Interessant ist auch der Abschnitt über die kognitive Leistungsfähigkeit der Untersuchengruppe, da hier zum einen erstmalig diesbezügliche Ergebnisse einer neueren amerikanischen Studie rezipiert und kritisch diskutiert werden. Zum anderen kann jedoch auch der in Anlehnung an Haupt (1990) formulierte Hinweis, dass „Befindlichkeitsstörungen während wichtiger unterschiedlicher Entwicklungsabschnitte die Leistungen dieser Jungen nachhaltig beeinträchtigen können“ (46), als entscheidende Mahnung an vor-schnell medizinisch argumentierende Praktiker und Theoretiker hervorgehoben werden.

Etwas kurz gerät der in Kapitel 5 dargestellte theoretische Abschnitt zur Bewältigung von Krankheit, Stressoren und belastenden Situationen, wobei der Umfang insofern stringent die Haltung Volker Dauts widerspiegelt, wenn er die Generalisierbarkeit der Beschreibung solch existentieller Prozess in Frage stellt. Aus diesem Grund wählt der Autor selber einen subjektorientierten, qualitativen Zugang zu den Lebenswelten der Betroffenen, den er forschungsmethodisch überzeugend und inhaltlich nachvollziehbar begründet. Der sich anschließende Hauptteil der Arbeit kann als die besondere Stärke und wissenschaftliche Innovation dieser Disserta-

tion bezeichnet werden. Das Erkenntnisinteresse zielt darauf ab, die Erinnerung zentraler, wichtiger Erfahrungen der Betroffenen im Kontext ihrer Erkrankung zu rekonstruieren und Formen und Strategien der eigenen Auseinandersetzung und der Bewältigung der mit der Erkrankung verbundenen Belastungen zu ergründen. Außerdem stellt Daut die Frage nach den pädagogischen Konsequenzen, die sich aus den gewonnenen Erkenntnissen ableiten lassen. Eine Vielzahl von Themen (z.B. Information über die Krankheit, Bezugspersonen, Soziale Beziehungen, Wohnen, Beruf, Sexualität) werden aus den Aussagen der Interviewten zusammengestellt und zeichnen ein ebenso vielschichtiges wie intensives Bild ihrer subjektiven Lebens- und Entwicklungsgeschichten. Durch die große Anzahl von Originaltextstellen aus den Interviews entsteht eine eindringliche und authentische Collage von Erlebenseindrücken, die von Volker Daut kritisch, gewissenhaft, aber immer mit einem sensiblen Gespür für die jeweiligen Lebensleistungen, individuellen Möglichkeiten und bedingenden Kontexte interpretiert werden. Ausdrücklich ist den Aussagen und ihrer Analyse zu entnehmen, dass auch das Leben im sich entwickelnden Bewusstsein eines verfrühten Tod von äußerst lebendigen Themen bestimmt ist und dennoch (oder gerade deswegen!) der Wunsch nach offener, enttabuisierter Information und Begleitung über Sterben und Tod mehrheitlich explizit besteht.

Die kontrastierende Darstellung der Entwicklungsverläufe, Einstellungen und Copingstrategien zweier Interviewpartner stellt günstige versus ungünstige Bedingungen anschaulich gegenüber, ohne in simplifizierende Verallgemeinerungen und pauschalisierende Empfehlungen zu verfallen. Auch die abschließende Reflexion und die daraus abgeleiteten pädagogischen Konsequenzen überzeugen durch ihren differenzierten Blick und die dennoch auch für beglei-

tende Pädagoginnen und Pädagogen hilfreichen und praxisnahen Anregungen und Impulse.

Im Interesse der Lebenssituation progredient erkrankter junger Menschen, die durch die vorliegende Untersuchung ein tieferes Verstehen für ihre Bedürfnisse erwarten können, sei dem Buch ein hoher Verbreitungsgrad unter Studierenden und allen die betroffenen Menschen pädagogisch-therapeutisch Begleitenden gewünscht!

*Sven Jennessen*

**Ellinger, Stephan/  
Stein, Roland (Hg.):** Grundstudium  
Sonderpädagogik  
Oberhausen 2005  
Preis: 27,50 €  
ISBN: 3-89896-194-x



Mit diesem Buch versuchen die Herausgeber, Studierende in die zentralen Themenbereiche der gegenwärtigen Sonderpädagogik einzuführen und alle ihre relevanten Strömungen in den verschiedenen Fachrichtungen aufzuzeigen. Dazu haben sie zahlreiche Texte verschiedener teils namhafter Autoren zusammengetragen. Fünfzehn der achtzehn Autoren forschen und lehren an der Universität Würzburg, was sicherstellt, dass zumindest der aktuelle Forschungs- und Meinungsstand dieser Bildungseinrichtung realitätsgetreu wiedergegeben wird. Dies ist jedoch keine große Einschränkung, ebensowenig wie der Punkt, dass sich das Buch „an den curricularen Pflichtfächern der Lehramtsprüfung (LPO) Bayerns orientiert“, welche deshalb gewählt wurden, „weil hier zentrale Studieninhalte besonders klar

und systematisch beschrieben sind“ (7). In der Tat wäre es für die Herausgeber kaum sinnvoll, sich etwa an Prüfungsordnungen anderer Bundesländer wie NRW zu orientieren, nicht nur weil sie sich damit weniger auskennen, sondern weil gerade das zuletzt genannten Land über keine Lehramtsprüfungsordnung verfügt, die dieser Bezeichnung gerecht würde.

Die unter der Kapitelüberschrift „Fachrichtungsübergreifende sonderpädagogische Grundlagen“ zusammengefassten Texte thematisieren die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens und die zentralen Inhalte sonderpädagogischer Theorie. Ein kurzer historischer Abriss zeichnet die Entwicklungslinien nach, die fachinternen Begriffe werden definiert und erläutert und alle relevanten Theorien dargestellt. Dabei achten die Autoren auf ein ausgewogenes Verhältnis der Darstellung verschiedener Positionen und verzichten meist auf persönliche Bewertungen auch unpopulärer Theorieströmungen.

In den folgenden Kapiteln widmen sich den Fachrichtungen Geistig-, Körper- und Lernbehindertenpädagogik sowie Sprachheilpädagogik und Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Jedes dieser Kapitel beinhaltet drei Unterkapitel nach dem Schema Einführung in die Pädagogik, Didaktik und Psychologie der jeweiligen Fachrichtung. Auch hier finden sich alle relevanten Informationen in in gerade für Studienanfänger angemessener Komprimierung.

Alle Texte zeichnen sich durch klare und verständliche Sprache aus. Auch schwierige Bereiche werden so aufbereitet, dass sie ohne großes Vorwissen verstanden werden können. Leider jedoch resultiert aus der Nähe der Autoren zur Universität Würzburg der Umstand, dass die Disziplinen, die dort nicht gelehrt werden, auch

im Buch nur am Rande Erwähnung finden. Dies gilt insbesondere für die Blindenpädagogik. So sollte also der Titel „Grundstudium Sonderpädagogik“ nicht *zu* wörtlich verstanden werden.

*Sebastian Barsch*

**Jennessen, Sven:**

Schule, Tod und Rituale.  
Systemische Perspektiven im  
sonderpädagogischen Umgang  
mit Sterben, Tod und Trauer.  
Oldenburg: Universitätsver. Oldenburg 2005



Preis:

15,00 €

ISBN:

3-8142-0969-9

Der Inhalt dieses Buches bezieht sich auf die pädagogische Begleitung von Schülerinnen und Schülern mit progredienten, Lebensverkürzenden Erkrankungen an der Schule für Körperbehinderte. Dabei stehen insbesondere die prä-, peri- und postthanatalen Phasen im Fokus systemtheoretischer Überlegungen. Abschieds- und Trauerrituale und ihre Integration in die Schulpädagogik als Hilfen zur Bewältigung der anstehenden Prozesse bilden einen weiteren Kern der Arbeit. Konsequenzen für die Schulentwicklung und die Schulqualität ziehen sich durch das Gesamtwerk.

Das sich auf diese Inhalte beziehende eigens durchgeführte Forschungsprojekt, das alle 14 Schulen für Körperbehinderte im Bundesland Niedersachsen mit einbezieht, besteht aus einer qualitativen und einer quantitativen Studie. 12 Lehrerinnen und Lehrer von Schulen für Körperbehinderte werden in teilstrukturierten Interviews befragt, die quantitative Studie basiert auf den Ergebnissen der schriftlichen Befragung von 307 Lehrerinnen und Lehrern an Schulen für Körperbehinderte.



Dieses Buch hat das Ziel das bestehende Tabu über „Sterben, Tod und Trauer“ zu brechen. Anhand der ausführlichen und tief gehenden Aufarbeitung der Systemtheorie werden die Auswirkungen dieses gesellschaftlichen Tabus sowohl für die betroffenen Schülerinnen und Schüler als auch für die tätigen Lehrpersonen nachgewiesen. Abschieds- und Trauerrituale, verstanden als offene, kreativ zu gestaltende Elemente, stellen ein Fundament dar, das in der spezifischen Situation die Sicherheit gibt, die alle beteiligten Personen benötigen, um Bewältigungsprozesse in Gang zu setzen. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes zeigen, dass eine Aufarbeitung von und Konfrontation mit dieser Thematik an Schulen für Körperbehinderte dringend notwendig ist, selbst wenn durchaus eine höhere Sensibilität in der Ausbildung der Lehrerinnen und Lehrer konstatiert werden kann: Es gibt kaum schulinterne Fortbildungen zu dieser Thematik, es gibt wenig Schulprogramme, der schulinterne Austausch im Kollegium findet kaum statt, Auseinandersetzung und Aufarbeitung erfolgt auf der Ebene des Klassenteams bzw. der Klasse und auf privater Ebene. Rituale werden in der schulpädagogischen Abschieds- und Trauerarbeit von knapp 83% der befragten Personen als bedeutend bzw. sehr bedeutend eingeschätzt, es sind viele Rituale bekannt, die zum Einsatz kommen oder kommen würden.

Sven Jennessen schafft es mit seinem Werk einen Weg der Enttabuisierung aufzuzeigen. Ein sehr emotionales, intimes Thema, das jedoch den Alltag der Schule für Körperbehinderte mit prägt, wird so aufbereitet, dass es konstruktiv in einem Rahmen, der die jeweils benötigte Sicherheit gewährleistet, umgesetzt werden kann. Dieses Buch sollte von all denjenigen gelesen werden, die in der Praxis oder in der Theorie Menschen mit lebensbedrohlichen Er-

krankungen begegnen und sie begleiten. Es ist vor allem für Studierende mit dem Förderschwerpunkt körperliche/motorische Entwicklung und für Lehrerinnen und Lehrer an Schulen für Körperbehinderte unabdingbar. Da jedoch jeder Mensch Abschieds- und Trauerarbeit in der Konfrontation mit sterbenden Menschen leisten muss, ist es für alle empfehlenswert, die den Mut und den Wunsch haben, sich diesem Thema zu stellen.

*Martina Schlüter*

**Hülshoff, Thomas:** Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik.  
Reinhardt-Verlag  
München 2005  
Preis: 24,90 €  
ISBN: 3-8252-2698-0



Wer mit Paul Moor einer Meinung ist, dass Heilpädagogik nur Pädagogik sei und nichts anderes, liegt falsch. Auch wenn von namhaften Vertretern der Heilpädagogik im deutschsprachigen Raum seit Jahren daran gearbeitet wird, die Schnittmengen zwischen Heilpädagogik und Medizin zu reduzieren, wissen gerade diejenigen, die Heilpädagogik praktisch ausüben, dass sie ohne medizinische Grundkenntnisse und ohne die Bereitschaft zur kooperativen Zusammenarbeit mit Medizinern nicht produktiv arbeiten können. Oder in den Worten Hülshoffs: „Wollen Heilpädagoginnen und -pädagogen ihrem Auftrag der 'pädagogischen Förderung unter erschwerten Bedingungen' gerecht werden, so ist es hilfreich und notwendig, sich mit allen Aspekten der Entwicklung ihrer Schüler und Klienten zu befassen, auch den medizinischen. Und insofern gibt es meines Erachtens neben beispielsweise psychologischen und

soziologischen auch medizinische Grundlagen der Heilpädagogik“ (10).

Hülshoff vermittelt in insgesamt acht Kapiteln medizinisches Grundwissen, dass für heilpädagogische Arbeit sinnvoll und oft auch notwendig ist. Nach der Erläuterung neurophysiologischer und sozialmedizinischer Grundlagen spricht er die verschiedenen Wahrnehmungsfunktionen des Menschen an. Darauf folgen die Bereiche Motorik, Sprache, kognitive Fähigkeiten und Emotionen. Alle Themen werden durch Beispiele anschaulich dargestellt, und jedes Kapitel endet mit Übungsfragen und Literaturhinweisen. Stichwörter am Rand des Textes erleichtern die Orientierung. Die Sprache ist klar und gut strukturiert, nicht überladen mit medizinischen Fachausdrücken und angenehm zu lesen.

„Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik“ gehört zu den wenigen Lehrbüchern, die kurzweilig zu lesen sind und dabei gleichzeitig noch komplexe Inhalte vermitteln. Gerade für Studienanfänger ist es eine sinnvolle Bereicherung jenes Teils des Bücherregals, der nur von wenig Staub bedeckt ist.

*Sebastian Barsch*

## **Veranstaltungshinweise**

**Oktober 2005**

**Was heißt denn schon ‚normal‘!  
Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und  
Behinderung in Genetik und Gesellschaft  
Donnerstag, 6.10.2005 und Freitag, 7.10.2005**

**Ort:** Hannover

Vorstellungen von Krankheit, Normalität und Gesundheit sind eingebunden in kulturelle und soziale Kontexte, also veränderlich und beeinflussbar. Die Interpretationen und Definitionen können als das Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen medizinisch-biologischen Erkenntnissen, medizinisch-technischen Fortschritten und den jeweils herrschenden kulturellen Leitbildern von Gesundheit, Schönheit und Fitness verstanden werden.

Seit einigen Jahren werden Erkenntnisse und Vorstellungen der Genetik über die Medien in Wort und Bild vermittelt. Sie halten Einzug in das Alltagsleben der Menschen und können vor dem Hintergrund individueller Erfahrungen zu neuen Deutungsmustern von Krankheit und Behinderung führen.

Auf dieser Tagung soll aus verschiedenen Perspektiven gefragt werden, inwieweit die Genetik die Vorstellungen über Krankheit, Gesundheit und Behinderung verändern wird und wie sie sich sowohl in der Medizin als auch im Alltag auswirken werden.

Dabei werden insbesondere folgende Fragen behandelt: Was bedeutet in diesem Zusammenhang Normalität? Was meinen Wissenschaftler verschiedener Disziplinen, was Laien, wenn sie von Genen sprechen? Inwiefern unterscheiden sich genetische von anderen medizinischen Daten?

Kooperationsveranstaltung des Zentrums für Gesundheitsethik und des Instituts Mensch Ethik und Wissenschaft

**Anmeldung und weitere Informationen:**

Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum  
Knochenhauerstr. 33,  
30159 Hannover  
Telefon: 0511/1241-496  
Fax: 0511/1241-497  
E-mail: [zfg@evlka.de](mailto:zfg@evlka.de)

## **Rehacare 2005**

**Mittwoch, 12.10.2005 bis Samstag, 15.10.2005**

**Ort:** Düsseldorf

Einen Überblick über Innovationen und Weiterentwicklungen, die Menschen mit Behinderung, Pflegebedarf und chronischen Krankheiten den Alltag erleichtern, bietet vom 12. bis 15. Oktober 2005 in Düsseldorf die 16. Internationale Fachmesse REHACARE. Rund 800 Aussteller aus 30 Ländern werden zu der Veranstaltung erwartet. Im Mittelpunkt stehen in diesem Jahr die speziellen Bedürfnisse behinderter Kinder und ihrer Familien.

### **Informationen:**

Homepage: <http://www.rehacare.de>

## **November 2005**

### **„Wegweiser im Labyrinth der Hilfen – ärztliche, therapeutische und pädagogische Konzepte zur Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen“**

**Samstag, 05.11.2005**

**Ort:** Bad Arolsen, NRW

In Kooperation mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum des Klinikums Kassel richtet der Bathildisheim e.V. am 5.11.2005 die Tagung „Wegweiser im Labyrinth der Hilfen“ aus. Diese Tagung richtet sich an medizinische, therapeutische und pädagogische Fachkräfte aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe für Kinder und Jugendliche. Sie gibt einen informativen Überblick über verschiedene methodische Konzepte. Renommiertere Vertreter werden Verfahren vorstellen, die aktuell in der Arbeit mit körper-, geistig-, sprach- und mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen im Vordergrund stehen. Es erfolgt eine Schwerpunktsetzung unter den Aspekten: Bewegung, Kommunikation, Verhalten.

Folgende Beiträge sind vorgesehen:

- Plastizität des Gehirns. Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des menschlichen Gehirns als Basis der Entwicklungsförderung, (PD Dr. Bernd Wilken, Kassel)
- ... und wo bleibt die Erziehung? Heilpädagogische Aspekte zur Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, (Dr. phil. habil. E. E. Kobi, Luzern)
- Sensorische Integration (Rega Schaefgen, Hannover)
- Bobath, Castillo- Morales (Petra Kral, Mülheim)
- Vojta, Feldenkrais (Petra Zinke-Wolter, Düsseldorf)
- Konduktive Förderung (Mariann Stelczerne-Oberszt, München)
- Kommunikationsentwicklung und -förderung (Dr. Ursula Braun, Kerstin Kampen, Bad Arolsen)
- Verhaltenstherapeutische Ansätze, Entspannungsverfahren (Dieter Krowatschek, Marburg)
- Kinderpsychotherapie (Dr. Barbara Senckel, Waiblingen)

#### **Informationen und Anmeldung:**

Bathildisheim e.V.

Brigitte Vernaleken, Michael Michels

Tel.: 05691/899149

Fax: 05691/899296

E-Mail: [seminare@bathildisheim.de](mailto:seminare@bathildisheim.de)

**„Berufliche Reha forscht...“  
IQPR Fachtagung zu Fragen der  
Evaluationsforschung bei Leistungen zur Teilhabe  
am Arbeitsleben**

**Dienstag, 8.11.2005 und Mittwoch, 9.11.2005**

**Ort:** Köln

Vom 8. bis 9. November 2005 führt das IQPR in Köln eine Fachtagung zu Fragen der Evaluationsforschung in der beruflichen Rehabilitation durch. Neben theoretischen und methodischen Fragen werden Ergebnisse aus Studien zu Strukturfragen, Wirksamkeit und Erfolg von Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben vorgestellt. Eine Tagung mit dieser Zielsetzung wird erstmalig in der Bundesrepublik angeboten. Die Tagung richtet sich an Leistungsträger, Leistungserbringer, Politiker, Verwaltung, Integrationsämter, Wissenschaftler und nicht zuletzt an die Organisationen der Behinderten.

Veranstalter ist das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR). Im Gegensatz zur umfangreichen Evaluationsforschung zur Arbeitsmarktpolitik begleitend zur Hartz I-IV Gesetzgebung ist diese Forschung in der beruflichen Rehabilitation noch selten. Es fehlt zudem an theoretischen und methodischen Konzepten. Auf der Fachtagung wird in zwölf Referaten, drei Arbeitgruppen und einer Posterpräsentationen der Grundsatz- und angewandten Forschung ein breites Forum einräumt.

Die Tagung ist Bestandteil des Forschungsprojektes „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“, das durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wird. Partner des IQPR bei der Tagung ist der FBR – Forschungsverbund Berufliche Rehabilitation (BFW Köln-Michaelshoven, BFW Düren, DSHS Köln Institut für Rehabilitation und Behindertensport, IQPR Köln, RWTH Aachen Institut für Psychologie, Uni Köln Heilpädagogische Fakultät).

**Weitere Informationen:**

Rudolf C. Zelfel, Dipl.-Psych.

IQPR, Sürther-Str. 171, 50999 Köln

Tel.: 0221-35 97 356

E-Mail: [zelfel@iqpr.de](mailto:zelfel@iqpr.de)

Homepage: [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)

## **„Schulverweigerung – was nun?“**

**Freitag, der 18.11.2005**

**Ort:** Düsseldorf

Das Problem der Schulverweigerung steht seit einigen Jahren im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Entsprechend der jeweiligen Blickwinkel aus Schule – Jugendhilfe – Politik – Ordnungsamt werden auch die Interventionen fokussiert.

Diese Fachtagung wendet sich besonders an die Fachleute aus diesen Arbeitsfeldern, um das komplexe Wirkungsgefüge „Schulverweigerung“ in praxisorientierten Handlungsfeldern zu diskutieren und Lösungsansätze zu erarbeiten.

Die 10jährigen Erfahrungen aus dem Düsseldorfer Rather Modell ([www.rather-modell.de](http://www.rather-modell.de)) – einem flexiblen und kooperativen Förderprogramm – sind eine wichtige Grundlage zur Gestaltung der Fachtagung.

### **Informationen und Anmeldung:**

Rather Modell e.V., Herr Dr. Saueressig, c/o Schulamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Burgplatz 2, 40200 Düsseldorf

Tel.: 0211-8996301

Fax: 0211-8929315

E-Mail: [info@rather-modell.de](mailto:info@rather-modell.de)



**Dezember 2005**

**„Es geht um Kooperation!“ – Zur Praxis dezentraler  
Erziehungshilfe**

**Freitag, 02.12.05**

**Ort:** Solms

Gemeinsam mit dem Verband Sonderpädagogik führen das Staatliche Schulamt für den Lahn-Dill-Kreis und den Landkreis Limburg-Weilheim und die Schule für Erziehungshilfe des Lahn-Dill-Kreises am 2.12.2005 die Fachtagung in der Gesamtschule Solms durch. Das Einstiegsreferat hält Prof. Dr. Walter Spiess von der Universität Kiel.

In verschiedenen Arbeitsgruppen werden die Rahmenbedingungen, die Erfahrungen und die erprobte Praxis der Kooperation zwischen Fachkräften und Institutionen im Kontext schulischer Erziehungshilfe thematisiert.

Durch vielfältige Beispiele sollen Ideen aufgezeigt werden, die Mut machen, professionelle Kooperation systematisch weiter zu entwickeln.

**Information und Anmeldung:**

Schule für Erziehungshilfe des Lahn-Dill-Kreises

Am Hofacker 8

35708 Haiger

E-Mail: [sfeh@schulen-ldk.de](mailto:sfeh@schulen-ldk.de)

## **Vorankündigung März 2006**

### **Autistische Menschen fordern uns heraus. Krisen meistern – Konflikte lösen**

**Freitag, 10.03. und Samstag, 11.03.2006**

**Ort:** Frankfurt am Main

**Stichworte:** Fortbildung, Fachtagung Autismus, Herausforderndes Verhalten, Aggressionen, Stereotypen

Stereotypen und Zwänge, Aggression und selbstverletzendes Verhalten sind die größten Herausforderungen für Eltern autistischer Kinder, Jugendlicher und Erwachsener und für ihre Betreuer sowie für Fachleute.

Sie erschweren die Integration, blockieren die Entwicklung und sind Ursache von Verzweiflung und Ratlosigkeit in den Familien.

30 Jahre nach seiner Gründung veranstaltet der Verein Hilfe für das autistische Kind - Regionalverband Rhein-Main e. V. hierzu eine Fachtagung mit Vorträgen und Seminaren (Workshops).

Eingeladen sind: Eltern, Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe, Lehrer, Fachärzte, Psychologen, Therapeuten, Studenten.

Teilnahmegebühr: € 25,--

#### **Programm, Anmeldung und nähere Informationen:**

Hilfe für das autistische Kind, Regionalverband Rhein-Main e. V.

Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen

Alt-Rödelheim 13, 60489 Frankfurt am Main

Telefon: 069 / 789 46 61

Fax: 069 / 789 59 06

Homepage: [www.autismus-rhein-main.de](http://www.autismus-rhein-main.de)

## Über die Autoren

### **Gerd Hansen**

Dr. habil. Gerd Hansen, Universitätsprofessor für Didaktik in schulischen und vorschulischen Rehabilitationsfeldern an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln, vormals Universitäten Mainz und Koblenz-Landau

**Kontakt:** [gerd.hansen@uni-koeln.de](mailto:gerd.hansen@uni-koeln.de)

### **Michael Jung**

1999-2004 Studium der Körper- und Geistigbehindertenpädagogik in Köln

Oktober - Dezember 2004 Wissenschaftliche Hilfskraft am Seminar für Körperbehindertenpädagogik der Universität zu Köln

seit Februar 2005 Lehramtsanwärter an einer Schule für Körperbehinderte

### **Uwe Findeisen**

M.A., Studium der Erziehungswissenschaft, pädagogischer Leiter des Instituts für Legasthenie- und Lerntherapie in Bonn, Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Autor der „Lauttreuen Leseübungen“ und wissenschaftlicher Veröffentlichungen

### **Gisela Melenk**

M.A, Studium der Kommunikationsforschung und Phonetik, Leiterin des Instituts für Legasthenie- und Lerntherapie in Bonn seit 1982, integrative Lerntherapeutin im FiL, Dozentin für Weiterbildung in Lerntherapie, Autorin der „Lauttreuen Leseübungen“ und wissenschaftlicher Veröffentlichungen

**Kontakt:** Institut für Legasthenie- und Lerntherapie  
Stockenstraße 1-5  
53113 Bonn  
E-Mail: [ilt-bonn@Legasthenie-Therapie.de](mailto:ilt-bonn@Legasthenie-Therapie.de)

### **Anke Langner**

Dipl. Rehabilitationspädagogin, Promotionsstipendiatin im Graduiertenkolleg der DFG „Geschlecht als Wissenskategorie“ an der Humboldt-Universität zu Berlin

**Kontakt:** [anke.langner@rz.hu-berlin.de](mailto:anke.langner@rz.hu-berlin.de)

## Hinweise für Autoren

Falls Sie in „Heilpädagogik online“ veröffentlichen möchten, bitten wir Sie, ihre Artikel als Mailanhang an eine der folgenden Adressen zu senden:

[sebastian.barsch@heilpaedagogik-online.com](mailto:sebastian.barsch@heilpaedagogik-online.com)

[tim.bendokat@heilpaedagogik-online.com](mailto:tim.bendokat@heilpaedagogik-online.com)

[markus.brueck@heilpaedagogik-online.com](mailto:markus.brueck@heilpaedagogik-online.com)

Texte sollten uns vorzugsweise als reine ASCII-Datei zugesandt werden.

Falls Sie den Text jedoch lieber als Word-Dokument versenden möchten, können Sie [diese Formatvorlage](#) nutzen. Der Umfang eines Beitrages sollte den eines herkömmlichen Zeitschriften - Artikels nicht überschreiten, also nicht länger als 20- 25 (maximal) DIN A4-Seiten sein.

Jeder Beitrag soll den Standard-Anforderungen wissenschaftlichen Arbeitens entsprechen. Zitate und Vergleiche sind im Text zu kennzeichnen (AUTOR + Jahr, Seite). Dem Beitrag ist ein Verzeichnis der verwendeten Literatur anzufügen (Nachname, Vorname abgekürzt: Titel. Erscheinungsort + Jahr, ggf. Seitenzahlen). Zur Information der Leser ist weiterhin ein kurzes Abstract zu jedem Beitrag erforderlich (Umfang max. 10 Zeilen).

## **Leserbriefe und Forum**

Leserbriefe sind erwünscht und werden in den kommenden Ausgaben in Auswahl aufgenommen – soweit uns Leserbriefe erreichen. Sie sind an folgende Adresse zu richten:

[leserbrief@heilpaedagogik-online.com](mailto:leserbrief@heilpaedagogik-online.com)

Alternativ können Sie ihre Meinung auch direkt und ohne Zeitverlust im Forum auf unserer Seite kundtun:

<http://heilpaedagogik-online.com/netzbrett>

Wir werden die dort vorgenommenen Eintragungen – ob anonym oder namentlich – nicht löschen oder ändern, sofern sie nicht gegen geltendes Recht verstoßen oder Personen und Institutionen beleidigen.