



Petra Wirth
Andrea Hasselbusch
Anja Blum
(Hrsg.)

Schulbasierte Ergotherapie

Partizipation und Inklusion
in Bildungseinrichtungen
unterstützen



 hogrefe

Schulbasierte Ergotherapie

Schulbasierte Ergotherapie

Petra Wirth, Andrea Hasselbusch, Anja Blum (Hrsg.)

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Sinje Gehr, Göttingen; Heidi Höppner, Berlin;
Heike Kubat, Feldbach; Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum; Birgit Stubner, Regens-
burg; Ursula Walkenhorst, Osnabrück; Claudia Winkelmann, Berlin

Petra Wirth
Andrea Hasselbusch
Anja Blum
(Hrsg.)

Schulbasierte Ergotherapie

Partizipation und Inklusion in Bildungseinrichtungen
unterstützen

unter Mitarbeit von

Jillian Boyd
Fritz Buthke
Bethan Collins
Anja Diebels
Danielle Dolezal
Angelika Echsel
Maria Feiler
Daniela Felber
Anita Franken
Heike Gede
Mieke le Granse
Margo van Hartingsveldt

Roswitha Hoerder
Vera Kaelin
Elisabeth Kogelnik
Elke Kraus
Sarah Kufner
Natasha Coetzee Kukuk
Corinne Majerus
Berit Menke
Sarah Meuser
Thomas Morgenthaler
Astrid Netzband-Ness
Katrin Pechstädt

Nadja Reeck
Ina Roosen
Erna Schönthaler
Nadine Scholz-
Schwärzler
Barbara Schweiger
Lea Törkel
Dorothea Tschagggeny
Sabine Vinçon
Liesbeth de Vries
Bettina Weber
Cornelie Zillhardt

Petra Wirth, B. ch. OT (NL), Dozentin
Andrea Hasselbusch, M. Occ. M (OT)
Anja Blum, B. Sc.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z.Hd.: Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Barbara Müller
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Skynesher, GettyImages
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2024
© 2024 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96061-6)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76061-2)
ISBN 978-3-456-86061-9
<https://doi.org/10.1024/86061-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

1	Zweck und Verwendung dieser Publikation	12
1.1	Hinweise zur Nutzung	12
1.2	Wegweiser: Abbildung zur Schulbasierten Ergotherapie	12
1.3	Kapitelübersicht	14
1.4	Terminologie	16
<hr/>		
	Teil A: Konzeptionelle und strukturelle Grundlagen	17
2	Konzeptionelle Einleitung	18
	<i>Petra Wirth, Andrea Hasselbusch, Vera Kaelin (Kap. 2.3.2 und 2.3.3 in Zusammenarbeit mit Barbara Dehnhardt)</i>	
2.1	Konzept- und Begriffsklärungen	20
2.1.1	Exklusion	20
2.1.2	Separation	20
2.1.3	Integration	21
2.1.4	D (Diversität) – E (Equity – Gleichheit/ Gleichberechtigung) – I (Inklusion)	23
2.2	Unterschiedliche Sichtweisen auf Behinderung	26
2.2.1	Medizinisches Modell	27
2.2.2	Soziales Modell	29
2.2.3	Bio-psycho-soziale Modelle	32
2.2.4	Menschenrechtliches Modell	34
2.2.5	Affirmatives Modell	36
2.3	Auf dem Weg zum inklusiven Bildungswesen	39
2.3.1	Grundlagen	40
2.3.2	Partizipation	42
2.3.3	Das family of Participation – Related Constructs (fPRC) Framework	43
2.3.4	Partizipationsfokussierte Assessments	48
2.4	Qualitätsmerkmale Schulbasierter Ergotherapie	49
2.5	Fazit	57

3	Strukturelle Grundlagen und Perspektiven	66
	<i>Anja Blum, Anja Diebels, Angelika Echsel, Corinne Majerus, Thomas Morgenthaler</i>	
3.1	Bildungssysteme: Deutschland, Luxemburg, Österreich, Schweiz	67
3.2	Inklusion, Integration und Sonderpädagogik	71
3.3	Hindernisse und Chancen für die Umsetzung von Inklusion	72
3.4	Gesetzliche Regelungen zur Mitarbeit von Ergotherapeut*innen	75
3.5	Ergotherapeutische Interventionen und strukturelle Voraussetzungen	80
3.5.1	Mehrstufige Interventionsansätze	82
3.5.2	Voraussetzungen für die Umsetzung	83
3.5.3	Universal Design for Learning	84
3.6	Teamarbeit	84
3.7	Dienstleistungsmodelle und Finanzierung	87
3.8	Fazit	94
<hr/>		
	Teil B: Ergotherapeutisches Wissen verknüpft mit SB-ET	101
4	Bedeutung von Betätigungen in inklusiven Bildungseinrichtungen	102
	<i>Ina Roosen, Nadja Reeck, Katrin Pechstädt, Dorothea Tschagggeny</i>	
4.1	Occupational Science	102
4.1.1	Betätigungstransition	105
4.1.2	Betätigungsbalance	109
4.1.3	Betätigungsgerechtigkeit	112
4.2	Fazit	115
5	Konzeptionelle ergotherapeutische Modelle	118
	<i>Anita Franken</i>	
5.1	Person – Environment – Occupation (PEO) Model	119
5.1.1	Konzepte im PEO	120
5.1.2	Fallbeispiel Manuel	121
5.1.3	Fazit zum PEO-Modell	123
5.2	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)	123
5.2.1	CMOP-Grundannahmen	124
5.2.2	Fallbeispiel Paula	126
5.2.3	Engagement im CMOP-E	128
5.2.4	Enablement – Schlüsselfertigkeiten	129
5.2.5	Fazit zum CMOP-E	129
5.3	Canadian Model of Occupational Participation (CanMOP)	130
5.4	Model of Human Occupation (MOHO)	131
5.4.1	Konzepte des MOHO	131
5.4.2	Fallbeispiel Jonathan	135
5.4.3	Fazit zum MOHO	137

5.5	KAWA	137
5.5.1	KAWA-Konzepte	137
5.5.2	Fallbeispiel Daniel	138
5.5.3	Fazit zum KAWA	140
5.6	Fazit	140
6	Ergotherapeutische Prozessmodelle in der Bildung	143
	<i>Vera Kaelin, Jillian Boyd, Cornelia Zillhardt</i>	
6.1	Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)	144
6.2	Das Canadian Practice Process Framework (CPPF)	155
6.2.1	Die Elemente des CPPF	157
6.2.2	Die acht Aktionspunkte	159
6.3	Fazit	166
7	Enablement in Bildungseinrichtungen	170
	<i>Petra Wirth, Barbara Schweiger</i>	
7.1	Grundlagen des Enablements	173
7.2	Enablement skills	177
7.3	Praxisbeispiel	182
7.4	Fazit	183
8	Bezugsrahmen in der Schulbasierten Ergotherapie	188
	<i>Natasha Coetzee Kukuk (mit Beiträgen von Erna Schönthaler, Danielle Dolezal, Sabine Vinçon, Barbara Schweiger, Maria Feiler)</i>	
8.1	Lerntheorien und lernbasierte Bezugsrahmen	189
	<i>Erna Schönthaler, Danielle Dolezal, Sabine Vinçon</i>	
8.1.1	Lerntheorien	190
8.1.2	Theorien des motorischen Lernens	193
8.1.3	Der CO-OP-Ansatz	194
8.1.4	Das Neuromotor Task Training	200
8.2	Wahrnehmungs-, bewegungs- und verhaltensbasierte Bezugsrahmen	200
8.2.1	Sensorische Integration (SI)	200
8.2.2	Bezugsrahmen für visuelle Wahrnehmung	207
8.2.3	Biomechanischer Bezugsrahmen	209
	<i>Danielle Dolezal</i>	
8.2.4	Ergonomie im Schulalltag	209
	<i>Danielle Dolezal</i>	
8.2.5	Neuro-Developmental Treatment (NDT)	211
8.2.6	Kognitiv-verhaltensbasierter Bezugsrahmen	213
8.3	Adaptionsbasierte Bezugsrahmen	213
8.3.1	Betätigungsanpassung	213

8.3.2	Umweltpassung	214
8.3.3	Hilfsmittelversorgung und assistive Technologie	215
	<i>Barbara Schweiger</i>	
8.4	Bezugsrahmen im Schulalltag	216
8.5	Fazit	216
9	Ergotherapeutisches Reasoning im Schulalltag	220
	<i>Maria Feiler, Erna Schönthaler</i>	
9.1	Professionelles Reasoning in der Schulbasierten Ergotherapie	222
9.2	Zusammenarbeit und professionelles Reasoning	223
9.3	Aufgaben und Rollen von Ergotherapeut*innen	225
9.4	Praxisbeispiel: Die Therapeutin Iris	227
9.5	Fazit	230
<hr/>		
	Teil C: Kernelemente der Schulbasierten Ergotherapie	233
10	Beratung und partnerschaftliche Zusammenarbeit	234
	<i>Anita Franken, Corinne Majerus</i>	
10.1	Aus dem Therapieraum in den Lebensalltag	235
10.2	Expertenberatung vs. partnerschaftliche Beratung	237
10.3	Umsetzung der partnerschaftlichen Beratung	239
10.3.1	Beziehungsaufbau & -pflege	239
10.3.2	Themenidentifikation	243
10.3.3	Zielsetzung und Plan erstellen	244
10.3.4	Intervention	245
10.3.5	Re-Evaluation	246
10.4	Fazit	246
11	Betätigungsorientiertes und lösungsfokussiertes Coaching	249
	<i>Sarah Kufner, Nadine Scholz-Schwärzler</i>	
11.1	Occupational Performance Coaching (OPC)	255
11.1.1	Das Foto-Interview	258
11.1.2	Motivierende Ziele finden	259
11.2	Relevante Theorien und Evidenz	259
11.3	Ergotherapeutisches Coaching in der Schule	260
11.4	Fallbeispiele	261
11.4.1	Fallbeispiel: Setting Primärstufe	261
11.4.2	Tele- und Videocoaching	265
11.5	Fazit	267

12	Co-Teaching im Deutschunterricht: Schreiben von Hand	271
	<i>Margo van Hartingsveldt, Liesbeth de Vries, Elke Kraus</i>	
12.1	Schulbasierte Ergotherapie und Co-Teaching	273
12.2	Handschreiben – Schreiben von Hand	275
12.3	Ergotherapeutische Schwerpunkte	278
12.4	Handschrift im deutschen Schul- und Klassenkontext	279
12.5	Bewertung vom motorischen Schreiben	280
12.6	Effektive Intervention für die Schreibmotorik	281
12.7	Co-Teaching und Schreiben von Hand	284
12.8	Fazit	287
13	Der Schulalltag als Klassenzimmer für das Leben	293
	<i>Berit Menke, Lea Törkel</i>	
13.1	Wir sind alle Lernende	293
13.2	Mittendrin oder nur dabei?	295
13.3	Beobachtungen mit dem PEO	297
13.4	Diagnosen: Türöffner oder Schublade?	299
13.5	Alle für einen – einer für alle	304
13.6	Fazit	311
14	Der M.A.T.C.H. Ansatz	313
	<i>Fritz Buthke, Heike Gede</i>	
14.1	Betätigungsperformanz und PEO	314
14.2	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (UEMF)	315
14.3	Ergotherapeutischer Prozess im schulbasierten Kontext	316
14.4	M.A.T.C.H. als Schwerpunkt ergotherapeutischer Interventionen	318
14.5	Der M.A.T.C.H. Ansatz in unterschiedlichen Bildungseinrichtungen	320
14.6	Fazit	324
15	Universal Design/Inklusives Design	327
	<i>Mieke le Granse, Bettina Weber</i>	
15.1	Einleitung	328
15.2	Die sieben Prinzipien des UD	331
15.3	UD und Ergotherapie	332
15.3.1	Ergotherapeutische Modelle, Theorien und Konzepte	335
15.3.2	Medizinisches und soziales Modell	335
15.3.3	Assessments, Guidelines und Klassifikationen	336

15.4	Universal Design im Schulkontext	336
15.5	Beispiel für die sieben Prinzipien	339
15.6	Fazit	340
16	Hilfsmittel	344
	<i>Barbara Schweiger</i>	
16.1	Kontext: inklusive Beschulung	344
16.2	Hilfsmittelnutzung und Partizipation	345
16.3	Qualitätskriterien und Strukturierung des Versorgungsprozesses	347
16.4	Das Bildungswesen in Deutschland	350
16.5	Gesetzliche Grundlagen	351
16.6	Fazit	353
17	Positionierung und Handling im Schulalltag	355
	<i>Astrid Netzband-Ness</i>	
17.1	Bewegen (<i>moving</i>) und Handhaben (<i>handling</i>)	356
17.2	Multidisziplinäre Zusammenarbeit nach Bobath	358
17.3	Beispiele aus der Praxis	360
17.4	Manuelles Handling für den Schulalltag	363
17.5	Handling-Assessment im Schulalltag: Der TILE/LITE Ansatz	364
17.6	Fazit	366
18	Assistive Technologien	369
	<i>Barbara Schweiger</i>	
18.1	Grundlagen	370
18.2	Bereich Motorik	372
18.3	Bereich Sehbehinderungen	374
18.4	Bereich Hörbehinderungen	375
18.5	Bereich „unterstützte Kommunikation“	376
18.6	Fazit	376
19	Knowledge Translation (Wissenstranslation)	379
	<i>Elisabeth Kogelnik, Anita Franken</i>	
19.1	Wissensgenerierung und -vermittlung	380
19.2	Knowledge-to-Action-Framework	381
19.3	Wissenstranslation im Schulkontext	382
19.4	Fazit	389

Teil D: Umfassende Interventionsmodelle	391
20 Universelles Design für das Lernen (UDL) (Universal Design for Learning) . . .	392
<i>Natasha Coetzee Kukuk, Bethan Collins</i>	
20.1 Die Grundlagen des UDL	393
20.2 UDL-Guidelines	394
20.3 Verständnis und Beseitigung der Barrieren	398
20.4 UDL-Implementierung im schulischen Umfeld	401
20.5 Rolle der Ergotherapeut*innen	404
20.6 Fazit	406
21 Response to Intervention (RTI)	408
<i>Roswitha Hoerder</i>	
21.1 Ergotherapeutische Modelle im Bildungsalltag	410
21.2 Integrierte Ergotherapie im Bildungsalltag	413
21.3 Ergotherapie in mehrstufigen Interventionsmodellen	414
21.4 Fazit	417
22 Partnering for Change (P4C)	420
<i>Daniela Felber, Sarah Meuser</i>	
22.1 Erkenntnisse aus Theorie und Forschung	424
22.2 Einordnung in den inklusiven Schulkontext	428
22.3 Anwendung der Intervention	429
22.4 Fazit	432
23 Das School-Based Occupational Therapy Practice Framework (SB-OT-PF) . . .	435
<i>Andrea Hasselbusch</i>	
23.1 Entwicklungsprozess von komplexen Interventionen	435
23.2 Inhalt des SB-OT-PF	438
23.2.1 Der inklusive Schulkontext	440
23.2.2 SB-ET-Praxisprinzipien	442
23.2.3 Professional Reasoning	444
23.2.4 Ergotherapeutischer Prozess im inklusiven Bildungskontext	447
23.3 Fazit	457
Anhang	461
Abkürzungsverzeichnis	463
Herausgeberinnen und Autor*innen	467
Hinweise zu Zusatzmaterialien	473
Sachwortverzeichnis	475

1

Zweck und Verwendung dieser Publikation

Schulbasierte Ergotherapie (SB-ET) ist im deutschsprachigen europäischen Raum ein neues Arbeitsfeld. Es ist uns ein Anliegen, in dieser Publikation deutlich zu machen, was das Arbeiten im inklusiven Bildungsalltag ausmacht und inwiefern es sich von der traditionellen Arbeitsweise von Ergotherapeut*innen unterscheidet. Ebenfalls soll aufgezeigt werden, wie bereits bekannte ergotherapeutische Theorien, Modelle und Ansätze in inklusiven Bildungseinrichtungen kontextgerecht umgesetzt werden können. Dieses Buch bietet einen Überblick über das vorhandene Wissen und die relevante Forschungsevidenz betreffend der Schulbasierten Ergotherapie in inklusiven Bildungseinrichtungen. In jedem Kapitel werden nach einer Einführung die Grundlagen zu einem spezifischen Themenbereich der Schulbasierten Ergotherapie dargestellt und illustriert durch praktische Beispiele aus inklusiven Bildungseinrichtungen.

1.1 Hinweise zur Nutzung

Die Buchabschnitte (Teile A-D) mit den dazugehörigen Kapiteln beginnen jeweils mit Grundlagenwissen. Es werden bekannte ergotherapeutische Theorien, Modelle und Ansätze in Bezug zur Schulbasierten Ergotherapie und deren Umsetzung im inklusiven Bildungsalltag gestellt. Danach werden Theorien und Ansätze vorgestellt, die spezifisch zur Schulbasierten Ergotherapie und Unterstützung von inklusiver

Bildung entwickelt wurden. Leser*innen können dieses Buch von Anfang bis Ende durcharbeiten oder sich zielgerichtet und systematisch Teile oder individuelle Kapitel auswählen.

1.2 Wegweiser: Abbildung zur Schulbasierten Ergotherapie

Die **Abbildung 1-1** zur Schulbasierten Ergotherapie gibt einen Überblick über relevante Theorien, Konzepte und Ansätze, die für die Arbeit als Schulbasierte Ergotherapeut*innen in inklusiven Bildungseinrichtungen wichtig sind. Diese Theorien, Konzepte und Ansätze werden in den folgenden Buchkapiteln vertieft, weshalb die Abbildung als visueller Überblick und Wegweiser für das ganze Buch dienen kann.

Der Hintergrund der Abbildung symbolisiert Schulbasierte Ergotherapie mit dem zentralen Ziel der Inklusion und Partizipation in inklusiven Bildungseinrichtungen. Zu diesem Kontext gehört neben einem Menschenbild auch ein (Erklärungs-)Modell von Behinderung, das Partizipation in Bildung als Menschenrecht für alle und einen Rechtsanspruch auf Partizipation unterstützt sowie eine positiv-affirmative Einstellung zur Vielfalt (Diversität) vertritt. Auch rückt das Modell die behindernde Rolle von sozialen Faktoren in den Mittelpunkt. Dieser Kontext (der Hintergrund der Abbildung 1-1) ist vor allem im **Teil A** in der konzeptionellen und strukturellen Einführung im Detail beschrieben. Je-

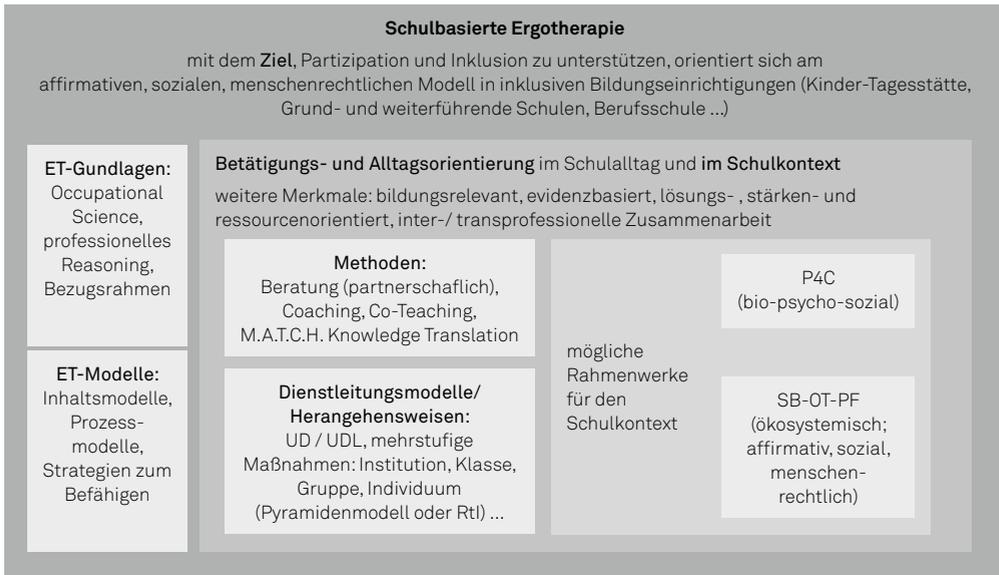


Abbildung 1-1: Grafik zur Schulbasierten Ergotherapie

doch beeinflussen diese Kernkonzepte der Schulbasierten Ergotherapie auch andere Teile und Kapitel in diesem Buch. Leser*innen, die eine umfassende Einführung in diesen Kontext und die Kernkonzepte der Schulbasierten Ergotherapie suchen, können mit diesem Teil des Buchs beginnen oder jederzeit zu diesem Teil des Buches zurückkehren.

In den beiden weißen Feldern auf der linken Seite der Abbildung 1-1 (erste Ebene) sind ergotherapeutische Grundlagen und Modelle aufgeführt, beides vor dem Hintergrund der Schulbasierten Ergotherapie. Dies illustriert, dass diese Felder ergotherapeutisches Wissen und Theorien benennen, diese Theorien jedoch vor dem Hintergrund der Schulbasierten Ergotherapie mit der Zielsetzung der Inklusion und Partizipation und im Kontext der inklusiven Bildungseinrichtungen neu verstanden und mit dem entsprechenden Menschenbild (dem affirmativen, sozialen und menschenrechtlichen Modell) genutzt werden. Die praktische Umsetzung dieses ergotherapeutischen Wissens in der Schulbasierten Ergotherapie wird diesem Kontext angepasst. Leser*innen, die gerne erfahren möchten, wie bereits vertrautes Wissen und etablierte

Modelle und Ansätze aus dem eigenen Praxisalltag in diesem noch weniger vertrauten inklusiven Arbeitsfeld umgesetzt werden, können im **Teil B** dieses Buches mehr darüber erfahren.

In dem darauf liegenden Feld (zweite Ebene) sind die Qualitätsmerkmale der Schulbasierten Ergotherapie dargestellt. Die beiden Kästchen auf der linken Seite des Feldes zeigen eine Auswahl von Ansätzen und Methoden, die weit verwendeten Kernbestandteile und Handwerkszeuge der Schulbasierten Ergotherapie sind (**Teil C**). Vor dem Hintergrund der Qualitätsmerkmale wird die Umsetzung dieser Methoden für das ergotherapeutische Arbeiten in inklusiven Bildungseinrichtungen beschrieben. Praktische Beispiele verdeutlichen die Umsetzung. Diese Ansätze und Methoden werden teils auch von anderen Berufsgruppen genutzt, die in unterstützenden Diensten und Rollen tätig sind. Deshalb ist es wichtig, die spezifisch ergotherapeutische Umsetzung und Nutzung hervorzuheben. In der inklusiven Bildung ist die Unterstützung durch ein interdisziplinäres Team die Lösung, und nicht die Auswahl einer individuellen Berufsgruppe zur Erfüllung einer Rolle oder Aufgabe.

In dem dritten obenauf liegenden Kästchen (dritte Ebene) auf der rechten Seite der Abbildung 1-1 sind sowohl komplexere Dienstleistungsmodelle und Herangehensweisen für inklusive Bildung dargestellt als auch umfassende schulbasierte Interventionsmodelle und Rahmenwerke, die ausschließlich für den inklusiven Bildungskontext entwickelt worden sind. Diese Rahmenwerke, Dienstleistungs- und Interventionsmodelle werden im **Teil D** des Buches dargestellt. Die komplexen Modelle und Rahmenwerke sind besonders gut geeignet für Leser*innen, die bereits Erfahrungen in der Arbeit in Bildungseinrichtungen sammeln konnten. Die Hilfe von erfahrenen Kolleg*innen kann die Auseinandersetzung mit diesen komplexen Themen erleichtern. Falls diese Modelle und Rahmenwerke nicht zu dem jetzigen Arbeitsalltag passen, können im **Teil B** oder **Teil C** besser geeignete Modelle oder Ansätze gefunden werden.

Nach diesem groben Überblick werden nun die individuellen Kapitel und deren Autor*innen vorgestellt, um den Lesenden die spezifische Auswahl zu erleichtern. Die visuelle Darstellung wird weiterhin als Wegweiser dienen.

1.3 Kapitelübersicht

Die Abbildung 1-1 über die Visualisierung der Schulbasierten Ergotherapie verdeutlicht nicht nur die unterschiedlichen Aspekte der Disziplin, sondern bietet gleichzeitig einen groben Überblick über den Aufbau des Buches und begleitet damit die Leser*innen durch die unterschiedlichen Kapitel.

Teil A: Der Kasten im Hintergrund (erste Ebene) bezieht sich auf die zugrundeliegenden Werte und Haltungen von Ergotherapeut*innen, die schulbasiert arbeiten. Ebenfalls sind dies die Einstellungen, Haltungen und Wertvorstellungen von den Bildungseinrichtungen und dem Lehrpersonal, die für das Erreichen von Partizipation und Inklusion unterstützend wirken. Diese Grundannahmen werden im **Kapitel 2** von Petra Wirth (D) und Andrea Hasselbusch (D,

UK) dargestellt. Es werden theoretische Grundlagen für die Arbeit im inklusiven Bildungswesen dargelegt und aufgezeigt, was ein in die Schule integriertes Arbeiten ausmacht. Vera Kaelin (CH, USA) widmet sich darin ausführlich dem Thema der Partizipation. Anja Blum (D), Anja Diebels (D), Angelika Echsel (CH, USA), Corinne Majerus (L) und Tom Morgenthaler (A) setzen sich im **Kapitel 3** mit den strukturellen Bedingungen im Bildungswesen der verschiedenen deutschsprachigen Länder auseinander.

Teil B: Die Grundlagen für die ergotherapeutische Arbeit in Bildungseinrichtungen werden in diesem Teil des Buches vorgestellt (vgl. die beiden Felder auf der linken Seite der Abbildung 1-1). Präsentiert werden diese Grundlagen in zwei Gruppen.

Im **Kapitel 4** wird Betätigungswissenschaft (*occupational science*) als Erklärungsmodell von Ereignissen und Herausforderungen im Bildungskontext durch die Autorinnen Ina Roosen (D), Nadja Reeck (D), Katrin Pechstädt (A) und Dorothea Tschagggeny (CH) vorgestellt, mit besonderem Fokus auf die Konzepte von Betätigungsgerechtigkeit, Betätigungsbalance und Betätigungstransition im Bildungsalltag. Dieses grundlegende (Nach-)Denken über den Bildungsalltag aus der Sichtweise der Betätigungswissenschaft ist hilfreich für alle Ergotherapeut*innen, die in diesem Arbeitsbereich tätig sind oder dies werden möchten.

Im unteren weißen Feld auf der linken Seite der Abbildung 1-1 sind die ergotherapeutischen Modelle aufgeführt, die im Bereich der Bildung genutzt werden können. Dazu gehören die konzeptionellen Modelle (**Kapitel 5**) wie das PEO, CMOP-E, MOHO oder das KAWA. Anita Franken (CA, D) stellt die verschiedenen Modelle anschaulich vor und verknüpft diese mit Praxisbeispielen. Das Kapitel über die Prozessmodelle (**Kapitel 6**) wurde von Vera Kaelin (CH, USA), Jillian Boyd (CA, D) und Cornelia Zillhardt (D) ausgearbeitet. Auch hier wird anhand von Praxisbeispielen aufgezeigt, wie das OTIPM oder das CPPF als Gerüst für das ergotherapeutische Arbeiten dienen können. Das CMCE-Modell zur

Befähigung (**Kapitel 7**), dargestellt von Petra Wirth (D) und Barbara Schweiger (D), vermittelt die Strategien und die darunterliegenden Kerngedanken, die das Handeln und die Interventionen der Schulbasierten Ergotherapie leiten. Alle diese ergotherapeutischen Modelle sind spezifisch für unsere Berufsgruppe, haben sich in vielen Arbeitsfeldern bereits bewährt und bringen für viele Leser*innen bekanntes Wissen mit sich. Jedoch ist zu beachten, dass die Modelle bei deren Umsetzung sehr gründlich an den konkreten Arbeitskontext und die Lebensumwelt (inkl. Bildungseinrichtung) angepasst werden.

Im **Kapitel 8** gibt Natasha Coetzee Kukuk (USA, D) zunächst einen Überblick über alle Bezugsrahmen, die für den Schulalltag von Bedeutung sein können. Das Kapitel wird abgerundet durch den Beitrag von Danielle Dolezal (A), Erna Schönthaler (A) und Sabine Vinçon (D) über Lerntheorien und lernbasierte Bezugsrahmen und dem Beitrag von Barbara Schweiger (D) über den adaptionbasierten Bezugsrahmen. Diese Bezugsrahmen werden in der Schulbasierten Ergotherapie besonders häufig genutzt. Im **Kapitel 9** verdeutlichen Maria Feiler (A) und Erna Schönthaler (A) grundlegende Gedanken zum Professionellen Reasoning. Sie zeigen auf, welche Denkprozesse in der Entscheidungsfindung während des therapeutischen Arbeitens im inklusiven Bildungsalltag ablaufen. Sowohl Bezugsrahmen als auch professionelles Reasoning werden von allen Therapeut*innen im Arbeitsalltag durchgängig genutzt. Jedoch ist es wichtig, dass Therapeut*innen zusätzlich zum Bezugsrahmen ein Inhaltsmodell (**Kapitel 5**), Prozessmodell (**Kapitel 6**) oder als Alternative ein komplexes Interventionsmodell (**Kapitel 22**) oder Rahmenwerk (**Kapitel 23**) für ihren Arbeitsalltag auswählen.

Teil C: Die grauen Felder auf dem hellgrauen Hintergrund (zweite Ebene der Abbildung 1-1) zeigen Methoden, wie das ergotherapeutische Handeln im Kontext gestaltet werden kann. Zentral dabei sind die Beratung und partnerschaftliche Zusammenarbeit, die im **Kapitel 10** von Anita Franken (CA, D) und Corinne

Majerus (L) vorgestellt werden. Diese beiden Konzepte spielen von der Identifizierung von Herausforderungen bis zur Umsetzung und Evaluation der gemeinsam erarbeiteten Interventionen eine tragende Rolle. Im **Kapitel 11** beschreiben Sarah Kufner (D) und Nadine Scholz-Schwärzler (D) die Methode des Coachings und verdeutlichen die mögliche Umsetzung im Bildungsalltag anhand verschiedener Beispiele. Von Margo van Hartingsveldt (NL), Liesbeth de Vries (NL) und Elke Kraus (D) wird im **Kapitel 12** das bislang im deutschsprachigen Raum wenig bekannte Co-Teaching vorgestellt und am Beispiel des Handschreibens weiter ausgeführt. Da viele Kolleg*innen Erfahrungen und Kompetenzen im Bereich Schreiberwerb mitbringen, bietet das Co-Teaching im Deutschunterricht einen guten Einstieg, um dieses Wissen zu konkretisieren. Dem gemeinsamen sozial-emotionalen Lernen, welches in den Bildungseinrichtungen einen wichtigen Platz einnimmt, ist das **Kapitel 13** gewidmet. Berit Menke (D) und Lea Törkel (D) zeigen hierfür ergotherapeutische Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten im Schulalltag auf. Die Methode des M.A.T.C.H. (**Kapitel 14**) wird von Fritz Buthke (D) und Heike Gede (D) vorgestellt. Sie beschreiben mögliche Strategien, Anpassungen und Modifikationen in der Umwelt (physisch und sozial) oder im Verhalten der Schüler*innen. Dieser Ansatz eignet sich besonders für Berufseinsteiger*innen oder Kolleg*innen, die neu im Schulkontext arbeiten. Barbara Schweiger (D) zeigt in den Kapiteln über Hilfsmittel (**Kapitel 16**) und assistive Technologien (**Kapitel 18**) Möglichkeiten auf, wie Lernende, die zum Teil großen körperlichen Herausforderungen erleben, Unterstützung erhalten können, und wie die Prozesse der Hilfsmittelbeschaffung geregelt sind. Positionierung und Handling (**Kapitel 17**) wird von Astrid Netzband-Ness (D) vorrangig anhand des 24-Stunden-Bobath-Konzepts vorgestellt. Zudem werden Gedanken zum Risikomanagement und zum Erstellen eines Handling Konzeptes aufgegriffen – ein weiteres Kapitel von besonderem Interesse für Kolleg*innen,

die Schüler*innen mit größeren körperlichen Herausforderungen im Bildungsalltag unterstützen. Im letzten Kapitel (**Kapitel 19**) des dritten Teils beschäftigen sich die Autorinnen Elisabeth Kogelnik (A) und Anita Franken (CA, D) mit der Wissensvermittlung. Sie zeigen auf, wie in Bildungseinrichtungen das Wissen der Profession an andere Beteiligte weitergegeben werden kann, um dadurch einen wichtigen Beitrag zur Inklusion zu leisten.

Teil D: Der letzte Teil des Fachbuchs handelt von umfassenden Rahmenwerken und Herangehensweisen, die zur Unterstützung der Bildungseinrichtungen, Klassen oder zur Begleitung von einzelnen Lernenden genutzt werden können. Dazu zählt das *Universal Design for Learning* (UDL), das zunächst von Mieke Le Granse und Bettina Weber vorgestellt wird (**Kapitel 15**) und dessen Prinzipien von Natasha Coetzee Kukuk (USA, D) und Bethan Collins (UK, Irl) anhand von Beispielen aus dem Schulalltag verdeutlicht werden (**Kapitel 20**). Eine Art des mehrstufigen Arbeitens in Bildungseinrichtungen wird von Roswitha Hoerder (D) anhand des *Response to Intervention* (RTI) (**Kapitel 21**) aufgezeigt.

Als Abschluss werden zwei komplexe Rahmenwerke beschrieben (siehe rechte Felder in der Abbildung 1-1), die von Ergotherapeut*innen speziell für den Schulkontext entwickelt wurden. Daniela Felber (A) und Sarah Meuser (D) stellen *Partnering for Change* (P4C) (**Kapitel 22**) vor. Andrea Hasselbusch (D, UK) beschreibt im **Kapitel 23** das von ihr entwickelte Schulbasierte Ergotherapeutische Rahmenwerk für den inklusiven Schul- und Bildungskontext (SB-OT-PF). Diese komplexen Interventionsmodelle und Rahmenwerke können für den Einstieg in den inklusiven Arbeitskontext anfangs überwältigend sein – dies kann erleichtert werden durch den Austausch mit erfahrenen Kolleg*innen und durch weitere Lernmöglichkeiten. Die Interventionsmodelle und Rahmenwerke sind gut geeignet für Leser*innen, die bereits anfängliche Erfahrungen oder Wissen über das Arbeiten in Bildungseinrichtungen sammeln konnten.

1.4 Terminologie

Das Denken, die Haltung und das Handeln von Ergotherapeut*innen ist auf Inklusion ausgerichtet und sieht bei den Lernenden, mit oder ohne Behinderung, primär die im Bildungsalltag zu bewältigenden Herausforderungen. Deshalb wird in diesem Buch vor allem von Kindern und jungen Menschen mit Herausforderungen gesprochen. Es sollen alle Kinder unterstützt werden, bei denen Herausforderungen eine erfolgreiche Partizipation am Bildungsalltag erschweren. Die Arbeit im inklusiv gestalteten Bildungswesen orientiert sich an den bildungsrelevanten Zielen der Lernenden, ist betätigungsorientiert und findet im Kontext von bestehenden Herausforderungen statt. Jedoch wird Behinderung nicht ignoriert, sondern es wird jedem Menschen das Recht und die Wahl gegeben, diese als ein Teil ihrer Identität wahrzunehmen und zu entdecken. Im Buch wird wiederholt über Behinderung als typischen Bestandteil der Diversität einer Gesellschaft, einer Schul- und Klassengemeinschaft sowie jeder sozialen Gruppe gesprochen. Die Bedeutung und der Gebrauch des Begriffs *Behinderung* ist vielschichtig und komplex, weshalb er auch in den verschiedenen Kapiteln unterschiedlich gehandhabt wird. Insbesondere in den Einführungskapiteln (Teil A) werden Sichtweisen auf Behinderung thematisiert.

Anmerkung des Verlags: Sie können für diesen Titel kostenfrei Online-Materialien (Vorlagen für die eigene Dokumentation) über unsere Internetseite nach erfolgter Registrierung in der Mediathek abrufen. Nutzen Sie dazu bitte den angegebenen Link und melden Sie sich nach den dort beschriebenen Schritten an. Sie können auf die Materialien über *Mein Konto* zugreifen, indem Sie unter *Meine Zusatzmaterialien* den Code eingeben. Sie werden dann automatisch in den Downloadbereich weitergeleitet.

Link: hgf.io/download

Code: **B-9W8KQV**

Teil A: Konzeptionelle und strukturelle Grundlagen

2

Konzeptionelle Einleitung

Petra Wirth, Andrea Hasselbusch, Vera Kaelin (Kap. 2.3.2 und 2.3.3 in Zusammenarbeit mit Barbara Dehnhardt)

Bildung ist die mächtigste Waffe, um die Welt zu verändern. (Nelson Mandela)

Was im Vorhinein nicht ausgegrenzt wird, muss hinterher auch nicht eingegliedert werden! (Altbundespräsident Richard von Weizsäcker)

Partizipation im Bildungsalltag ist ein grundlegender Bestandteil des Lebens eines jeden Kindes, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Chapparo & Lowe, 2011). Kinder und Jugendliche verbringen während des Schuljahres die meisten ihrer wachen Stunden im Laufe einer Woche in Bildungseinrichtungen. Kindertagesstätten, Kindergärten, Vorschulen, Grundschulen und weiterführende Schulen werden zu einer zweiten Heimat und sind neben der Familie ein wichtiger Ort der Sozialisation. Bildungserfahrungen prägen das weitere Leben eines jeden Menschen im weitesten Sinne. Bildung, die in allen Bildungseinrichtungen stattfindet, ist nicht nur auf das Lernen in Schulfächern des Curriculums/Lehrplans begrenzt, sondern beinhaltet auch ein Lernen über die Gesellschaft, deren Kultur und Wertvorstellungen sowie ein Lernen des Zusammenlebens. Dies prägt die Einstellungen (*attitudes*) von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Auswirkungen sind weitreichend und tragen wesentlich zur Entwicklung des akademischen, sozialen, finanziellen und psychologischen Erfolgs während des Lebens bei (Eriksson, 2005; Simeonssen et al., 2001). Bildungseinrichtungen müssen sich die-

ser kulturellen und gesellschaftlichen Dimension des Lernens und der Entwicklung bewusst sein. Deshalb ist es nicht möglich, sich nur auf das Lernen in den akademischen Fächern oder Bereichen zu konzentrieren. Inklusive Bildung führt zu einer steigenden Anzahl von langfristigen Arbeitsverhältnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und zu einem höheren Grad an Unabhängigkeit in einem selbstbestimmten Alltagsleben für Menschen mit Behinderung – mit-tendrin in der Gesellschaft (Wagner et al., 2016).

Die Partizipation im Schulleben und Bildungsalltag, gemeinsam mit sehr unterschiedlichen Kindern und Jugendlichen, bedeutet andere Lernmöglichkeiten anzubieten, zunächst innerhalb der inklusiven Klassen- und Schulgemeinschaft und danach auch außerhalb, also nach Ende des Schultages. Die örtliche Bildungseinrichtung ist der Ort, an dem Freundschaften geschlossen werden, welche oft nach der Schule gepflegt werden, in der Nachbarschaft und Freizeit. Die Bildungseinrichtung wird zum „Inklusionshub“, wie eine Welle setzen sich die dort begonnenen Beziehungen zwischen Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien fort. In einer inklusiven Bildungsgemeinschaft werden individuelle Unterschiede ganz bewusst wahrgenommen und in die Gestaltung des Bildungs-/Schulalltags sowie in die Planung von Lernaktivitäten positiv miteinbezogen (Deutsche UNESCO-Kommission e. V. [DUK], 2014; Mittendrin e. V., 2013). Von inklusiver Bildung profitieren alle Menschen

innerhalb und außerhalb der jeweiligen Bildungseinrichtung.

Insbesondere in den letzten Jahrzehnten hat sich das Selbstverständnis der Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen verändert, aber auch die Sichtweise der Eltern von betroffenen Kindern über deren Bildungsmöglichkeiten und ihre Hoffnungen und Aussichten für die Zukunft. Jedoch treffen diese Veränderungen im deutschsprachigen Raum Mitteleuropas auf Bildungssysteme, Bildungsorganisationen und auf eine Bildungspolitik, die vor langer Zeit auf die Leistungshomogenität von Schülergruppen ausgerichtet wurden und in denen Kinder und Jugendliche, die nicht so leicht in dieses traditionelle Leistungsdenken reinpassten, separiert wurden. In den 1980er- und 1990er-Jahren, als sich viele Länder bereits der inklusiven Bildung zuwandten, wurde im deutschsprachigen Raum das Sonderschulsystem noch weiter ausgebaut. Um diese tiefverwurzelten, leistungshomogenen und ausgrenzenden Kulturen, Strukturen und Praktiken zu wandeln, ist mehr Veränderung notwendig als nur die Anpassung von gesetzlichen Vorlagen (Booth & Ainscow, 2017).

Vielerorts leisten Ergotherapeut*innen bereits jetzt wichtige Pionierarbeit für diesen Wandel, bisher aber noch nicht im selben Ausmaß wie in anderen Ländern. Schulbasierte Ergotherapie (SB-ET) unterstützt die Inklusion und Bildung aller Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einem inklusiven Bildungssystem. Die Rollen und Aufgaben der SB-ET haben sich innerhalb des und gemeinsam mit dem sich verändernden Bildungsdenken entwickelt. International hat sich die SB-ET als ein wichtiger unterstützender Dienst innerhalb eines integrativen oder inklusiven Bildungssystems entwickelt.

Definition

„Der Begriff Schulbasierte Ergotherapie (SB-ET; *school-based occupational therapy*) bezeichnet die ergotherapeutische Tätigkeit in

der natürlichen Lebensumwelt Schule zur Unterstützung der Inklusion. Der Fokus der Schulbasierten Ergotherapie ist alltagsbezogen und in den Schulalltag integriert. Schulbasierte Ergotherapie hat das Ziel, die Teilhabe am Schulleben und die erfolgreiche Durchführung von alltäglichen Schulbetätigungen/Schulaktivitäten für alle Kinder zu ermöglichen. Dabei steht nicht die Behinderung oder Beeinträchtigung im Vordergrund, sondern das Potenzial jedes Kindes für die Teilhabe am Schulalltag. Das Grundverständnis von natürlicher Diversität in einer Klasse oder Schule ist die Basis des ergotherapeutischen Handelns und auch der Arbeitsweise des gesamten Schulteams im inklusiven Schulkontext“ (Arbeitsgruppe Schulbasierte Ergotherapie, Deutscher Verband Ergotherapie e.V. [DVE], 2018, S. 4).

In diesem Kapitel werden wir Theorien, Haltungen und Sichtweisen darstellen (insbesondere zur Diversität und Inklusion), die der Schulbasierten Ergotherapie in inklusiven Bildungseinrichtungen zugrunde liegen. Veränderte Sichtweisen auf Behinderung haben zu neuen Theorien und konzeptionellen Modellen von Behinderung (*Behinderungsmodelle*) geführt und haben direkte Auswirkungen sowohl auf die Bildung als auch auf die Ergotherapie für Schüler*innen in inklusiven Bildungseinrichtungen. Kritische Stimmen, insbesondere aus der Inklusions-/Behindertenrechtsbewegung, sowie andere gesellschaftliche Veränderungsanstöße (z. B. verbindliche, internationale Vereinbarungen der Vereinten Nationen/UN) werden umrissen. Im Anschluss daran folgt eine Positionierung der Schulbasierten Ergotherapie und es wird dargestellt, welche Ausrichtung das ergotherapeutische Arbeiten auf dem Weg in die inklusive Bildung oder innerhalb eines inklusiven Bildungssystems einnehmen kann. Aufbauend wird das Konzept der Partizipation erörtert und die Qualitätsmerkmale für die Schulbasierte Ergotherapie vorgestellt.

2.1 Konzept- und Begriffsklärungen

Die folgenden Konzepte, sowie auch deren Verständnis, stehen in direktem Zusammenhang mit der Inklusionsbewegung/Behindertenrechtsbewegung (*Disability Rights Movement*) und mit deren Forderungen nach gesellschaftlichen Veränderungen (Zames Fleischer & Fleischer, 2011; Osgood, 2005; Pelka, 2012; Winzer, 2009). Das United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) betont 2016, wie wichtig es ist, die Unterschiede zwischen Exklusion, Segregation, Integration und Inklusion anzuerkennen.

2.1.1 Exklusion

Exklusion (Ausschluss) tritt ein, wenn Schüler*innen/Student*innen direkt oder indirekt am Zugang zur Bildung gehindert werden oder ihnen dieser in irgendeiner Form verweigert wird (CRPD, 2016). Gesellschaftliche Minderheiten (z. B. ethnischer Hintergrund, Migrationshintergrund, Religion, sexuelle Orientierung/Identität, Behinderung/chronische Krankheit) erleben oft ähnliche Erfahrungen von gesellschaftlichem Ausschluss in ihrem Alltag. Der historisch weitverbreitete beschränkte Zugang von Frauen zu zunächst jeglicher und später zu höherer Bildung ist ein weiteres Beispiel. Exklusion hat systemische und kulturelle Dimensionen, die Exklusion von „niedrig angesehenen“ gesellschaftlichen Schichten war historisch verbreitet und hat die soziale Mobilität stark eingeschränkt.

„Einem Menschen seine Menschenrechte verweigern bedeutet, ihn in seiner Menschlichkeit zu missachten.“ (Nelson Mandela)

Vor mehr als hundert Jahren wurde eine allgemeine Schulpflicht eingeführt, davor war Bildung nur wenigen privilegierten Menschen vorbehalten und damit weiten Teilen der Gesellschaft unzugänglich. Der Erziehungswis-

senschaftler und Sonderpädagoge Hans Wocken (1991) beschreibt, dass diese Schulpflicht grundsätzlich für alle Kinder galt. Allerdings wurden Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen als „nicht schulreif oder bildungsfähig“ wahrgenommen – sie durften keine öffentliche Schule besuchen (Wocken, 1991). Diese Sichtweisen über Menschen mit Behinderung spiegeln zwar gesellschaftliche Einstellungen der Zeit wider, jedoch wird diese Einstellung durch die fehlende Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Bildung und Gesellschaft noch weiter verstärkt.

2.1.2 Separation

Separation oder eine Trennung (Segregation) findet statt, wenn die Ausbildung von Schüler*innen mit Behinderungen in getrennten/separaten Umgebungen (Umwelten) angeboten wird (CRPD, 2016). Geschichtlich ist die Separation/Segregation von afroamerikanischen Schüler*innen in den USA oder von schwarzafrikanischen Schüler*innen während der Apartheid in Südafrika bekannt. In beiden Fällen gehen niedrige Erwartungen an die Bildungsergebnisse und Schulabschlüsse der jeweils getrennt beschulten Gruppen einher. Heutzutage sind sonderpädagogische Bildungseinrichtungen/(Sonder-)Förderschulen als Teil von Bildungssystemen innerhalb Mitteleuropas noch sehr gegenwärtig. Diese getrennten Bildungseinrichtungen sind darauf ausgelegt, auf eine bestimmte Beeinträchtigung oder auf verschiedene Einschränkungen isoliert von anderen Schüler*innen mit Behinderung zu reagieren (CRPD, 2016). Wocken (1991) beschreibt die durchaus positiven Absichten hinter diesen Sonderschulen, dass sie nämlich ursprünglich behinderten Kindern eine Chance boten, eine öffentliche Schule zu besuchen und somit auch deren Bildungsfähigkeit aufzeigten. Sonderschulen entstanden später auch für Kinder mit Lern-, Sprach- und Verhaltensstörungen, weil diese bislang nicht gefördert und häufig nicht versetzt wurden und als Resultat regelmäßig

allgemeine staatliche Schulen ohne Abschluss verließen.

Der Erziehungswissenschaftler und emeritierte Professor für Bildungsforschung Klaus Klemm (2015) erkennt für den Zeitraum ab den frühen 1950er-Jahren bis zum vereinigten Deutschland drei Phasen in der Entwicklung des schulischen Unterrichts für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Die erste Phase ist der kontinuierliche Ausbau des Förderschulangebots und des Anteils an Kindern und Jugendlichen, die separierende Förderschulen besuchen (Klemm, 2015). In dieser Phase wird die Diagnostik verfeinert und eine Klassifizierung entwickelt, um den sonderpädagogischen Förderbedarf aufzuzeigen und um die geeignete Schulform für Schüler*innen zu finden, die im Regelschulsystem „nicht beschult“ werden können.

Jedoch gab es schon früh Pädagog*innen, Eltern und junge Menschen mit Behinderung, die diese Sonderbeschulung nicht als ideal angesehen oder erlebt hatten. Problematisch befindet Wocken (1991), dass mittlerweile der Eindruck vorherrsche, die Sonderschule sei der einzig mögliche Lernort für behinderte Kinder. Seiner Meinung nach ist der Begriff „Sonderschulbedürftigkeit“ Symptom eines besitzergreifenden Alleinvertretungsanspruchs für die schulische Förderung behinderter Kinder (Wocken, 1991). Des Weiteren wurden immer wieder die niedrigen Erwartungen an die Schüler*innen in Sondereinrichtungen kritisiert. Eine „Sonderbeschulung“ betont die Unterschiede und nicht die Gemeinsamkeit und Zugehörigkeit zu einer Gesellschaft. Die langfristige Separation von der Gesellschaft durch getrennte Einrichtungen im Bereich Freizeit und Arbeit ist die Folge. Diese dauerhafte Identifizierung und Einordnung eines (jungen) Menschen mit einem einzelnen Merkmal, das von der Gesellschaft als Nachteil oder Bürde angesehen wird, wirkt sich auf das Selbstbild der Person aus. Fehlende Rollenmodelle im öffentlichen Leben und in den Medien tragen weiter dazu bei, dass sich diese jungen Men-

schen vor allem als „anders“ und „nicht dazugehörig“ erleben.

Aber es handelt sich nicht nur um Kinder mit Behinderungen oder Einschränkungen, die vermehrt an Förderschulen geschickt werden, es befinden sich darunter auch sehr viele Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund – dies ist bedenklich. Als Begründung liegt nahe, dass entweder das Verhalten und das Lernen von Menschen mit Migrationshintergrund nicht verstanden und schneller be- und verurteilt werden oder dass allgemeine Bildungseinrichtungen ein sehr enges und fragliches Bild von „Normalität“ vertreten.

Kinder und Jugendliche werden also auch ohne Behinderung/chronische Erkrankung in Sonderschulen geschickt. Diese Erfahrung von Separation/Segregation wirkt sich auf die individuellen Schüler*innen bis in ihr Erwachsenenleben aus. Laut Reich (2018), mit Bezug auf die Autor*innen Stanat et al. (2017), Haerberlin et al. (2003), Schnell et al. (2011), Eckhardt et al. (2011) und Klemm (2009), zeigen Untersuchungen wiederholt, dass „die deutschen Sonderschulen [...] nicht zu einer sehr hohen [...] Abschlussquote“ (Reich, 2018, S. 5) beitragen und an Sonderschulen viele Schüler*innen aus einem schwächeren sozialen Milieu oder auch mit Lernschwierigkeiten zu finden sind. Was ursprünglich als schützende Umgebung entwickelt worden war, verstärkt oft eine Ausgrenzung in der Lebenswelt (Reich, 2018; Schumann, 2007). „Die Bekämpfung der Segregation in Schulen und die Förderung der Interaktion zwischen minderjährigen Migranten und einheimischen Kindern ist ebenfalls von entscheidender Bedeutung, um unser Bildungssystem inklusiver zu gestalten“ (European Commission, 2020, S. 10).

2.1.3 Integration

Integration ist ein Prozess der Unterbringung von Menschen mit Behinderungen in bestehende allgemeine Bildungseinrichtungen, sofern sich diese an die standardisierten Anforderun-

gen dieser Einrichtungen/Institutionen anpassen können (CRPD, 2016). Integration geht immer mit der Erwartung der Anpassung an die bestehenden Bedingungen einher – es bestehen kaum (oder keine) Erwartungen, dass sich die Bildungseinrichtungen verändern sollten. Der Erziehungswissenschaftler Klaus Klemm (2015) formuliert in seiner Theorie zur dreiphasigen Entwicklung des schulischen Unterrichts weiter, dass in der zweiten Phase, nach der Wiedervereinigung in Deutschland, allmählich mehr Schüler*innen mit diagnostiziertem sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen (und integrativen Kindertagesstätten) gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen ohne besonderen Förderbedarf unterrichtet wurden. Die Praktiken der Sonderbeschulung, später Förderbeschulung, wurden unter den Erziehungswissenschaftler*innen kontrovers diskutiert (Wocken, 1991).

Die Kontakt Theorie (*contact theory*) beschreibt die Entwicklung der Einstellungen (*attitudes*) gegenüber bestimmten Gruppen oder Minderheiten in der Gesellschaft, wie diese grundlegenden Einstellungen in der Kindheit und Jugend durch bestimmte Erfahrungen entstehen und wie sie im Erwachsenenalter möglichen Veränderungen ausgesetzt sind. Stark eingeschränkte oder gar nicht existierende direkte Kontakte im Bildungsalltag zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung/chronischen Erkrankungen haben langfristig einen deutlich negativen Einfluss auf die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen innerhalb der Gesellschaft. Integrative Projekte zwischen Regel- und Sonderschulen oder die Integration von individuellen Kindern für bestimmte Unterrichtseinheiten/Lernaktivitäten in der Regelschule wurden häufig als eine Möglichkeit zur Förderung dieses Kontaktes gesehen. Diese Projekte zeigten jedoch deutliche Grenzen in ihrer angestrebten Wirkungsweise, der positiven Veränderung von Einstellungen. Besondere Sorgfalt und Planung konnte nur begrenzt Gefahren ausgleichen und der minimale Kon-

takt zwischen Kindern mit und ohne Behinderung kann nicht nur zu einer Veränderung, sondern sogar zur Entwicklung von negativen Einstellungen führen (MacMillian et al., 2013). Begrenzter Kontakt birgt die Gefahr, dass die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung/chronischer Erkrankung verstärkt die Unterschiede bemerken, also das „anders sein“ wahrnehmen, anstatt die Gemeinsamkeiten (z. B. Interessen) und positiven Charakteristiken zu entdecken.

Einzelne „Integrations-Kinder“, die sich in das bestehende System einfügen konnten, hatten damit die Möglichkeit, in der Regelschule dabei zu sein. Falls notwendig erhielten sie dabei Fördermaßnahmen durch sonderpädagogisches Personal. Allerdings wurden damit keine systemischen Veränderungen am „System Schule“ oder an der grundlegenden Unterrichtsweise vorgenommen. Die Kinder blieben in der Regel Schüler*innen der Förderschule. Dies führte häufig dazu, dass sich die Klassenlehrpersonen (und die Regelschule insgesamt) nicht oder weniger verantwortlich fühlten – jedoch sind gerade die Einstellungen dieser „Schlüsselpersonen“ im Bildungskontext ein Faktor, der die Entwicklung der Einstellungen von Schüler*innen nachhaltig zu beeinflussen vermag. Sehr deutlich wird die häufig fehlende Anpassung an Kinder mit körperlichen oder anderen Einschränkungen in der Planung und Gestaltung des Sportunterrichts oder in der Umsetzung von speziellen Schulausflügen, Wander- und Sporttagen. Teilweise wurde dabei erwartet, dass diese Kinder bei solchen Events zuhause blieben, wenn sie nicht über die Fähigkeiten zur Teilnahme verfügen. Aber auch in weiterführenden Schulen waren Lehrpersonen selten sensibilisiert für die Schwierigkeiten, die Schüler*innen z. B. durch das Wechseln von Räumen bewältigen mussten. Lehrpersonen waren in den Regelschulen oft nicht auf solche Situationen vorbereitet und Eigeninitiativen damit abhängig von der individuellen Kreativität und Sensibilität der Lehrperson.

Integrative Bildung hat also deutliche Grenzen. Die Anzahl an jungen Menschen, die der

geforderten Anpassung an das bestehende Schulsystem gerecht werden können, ist begrenzt. Des Weiteren bringt integrative Bildung häufig nur wenig Vorteile für andere Kinder und Jugendliche, die in dem vorherrschenden Bildungssystem häufig benachteiligt und ausgegrenzt werden – darunter beispielsweise Schüler*innen mit Migrationshintergrund, Kinder, die in Armut aufwachsen, junge Menschen mit bildungsfernem Hintergrund oder auch Schüler*innen, die in ihrer Familie Pflegeverantwortung übernehmen. Integrative Bildungseinrichtungen schließen also noch immer eine große Anzahl Menschen von der sozialen Teilhabe am Bildungsalltag aus, vielen Schüler*innen bleibt das Erreichen ihres Lern- und Entwicklungspotenzials verwehrt.

Des Weiteren wird die Erwartung vermittelt, dass sich Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen „einfach anpassen müssen“ an eine Welt, die für einen „nichtexistierenden Durchschnittsmenschen“ entwickelt wurde. Es besteht die Gefahr, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung/chronischer Erkrankung glauben, dass es ganz allein ihre Schuld ist, wenn sie bestimmten Herausforderungen oder Alltagsproblemen nicht gewachsen sind, obwohl es eigentlich daran liegt, dass Partizipation im Lebensalltag nicht möglich ist. „Ich bin das Problem“ oder „es ist meine Schuld“ kann Teil eines negativen Selbstbilds des jungen Menschen werden. Wir tragen zu einer exklusiven Gesellschaft bei – einer Gesellschaft, die Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen immer wieder zum Scheitern verurteilt.

2.1.4 D (Diversität) – E (Equity – Gleichheit/ Gleichberechtigung) – I (Inklusion)

Diversität, Gleichheit, Gleichberechtigung und Inklusion sind als Konzepte sehr eng miteinander verbunden. Inklusion und inklusive Bildung sind nicht möglich ohne ein tiefgehendes Ver-

ständnis für Diversität und der Annahme von Gleichberechtigung.

„Es ist normal, verschieden zu sein“ (Altbundespräsident Richard von Weizsäcker)

Der ursprünglich aus der Biologie stammende Begriff der **Diversität** beschreibt den Artenreichtum. Im gesellschaftspolitischen Kontext wurde Diversität (*diversity*) in den Antidiskriminierungs-, Bürgerrechts- und Gleichberechtigungsbewegungen der 1960er- und 1970er-Jahre in den USA genutzt (Keuchel, 2016). Die Bürgerrechtsbewegung (*Civil Rights Movement*) der Afroamerikaner*innen beeinflusste nicht nur die Inklusions-/Behindertenrechtsbewegung (*Disability Rights Movement*), sondern auch eine Bürgerrechtsbewegung in der LBGT-QI (Lesbian, Gay, Bi, Trans, Queer und Intersex) Gemeinschaft (*Gay Rights Liberation Movement*). Teile der Gesellschaft, häufig Minderheiten, die regelmäßig in ihrem Alltag von der Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen wurden, fingen damit an, sich als Teil einer vielfältigen Gesellschaft zu beschreiben und Gleichberechtigung einzufordern. Diversität bedeutet Vielfalt, Vielfältigkeit und Verschiedenartigkeit. Unterschiede und Unterschiedlichkeit werden als Normalität, sogar als Vorteil einer vielfältigen, bunten Gesellschaft gesehen. In der inklusiven Gesellschaft werden Individualität und individuelle Unterschiede wertgeschätzt, jeder Mensch kann gleichermaßen frei als Individuum leben. Kerndimensionen der Diversität beinhalten Alter, sexuelle Orientierung, ethnische Herkunft, Behinderung, Religion und Weltanschauung sowie Geschlecht (Verein Charta der Vielfalt e. V., 2016). Jedoch ist jeder Versuch, eine Liste aufzustellen, unvollständig – so werden teils auch chronische Erkrankungen, sexuelle Identität, Migrationshintergrund oder sozio-ökonomischer Status als weitere Charakteristiken erwähnt, welche die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Kontext der gesellschaftlichen Diversität beschreiben.

Merke

Diversität ist normal und unvermeidlich, sobald zwei oder mehr Menschen zusammenkommen und eine soziale Gruppe bilden. Unterschiedlichkeit und Vielfalt bestehen in allen sozialen Gruppen.

In jeder Schulklasse gibt es Unterschiedlichkeit und Vielfalt. Jedes Kind hat unterschiedliche Begabungen, Interessen, Kompetenzen und Lernstile, aber auch unterschiedliche (Vor-)Erfahrungen im Lernen sowie unterschiedliche Umgebungen, in denen es aufwächst, mit mehr oder weniger Ressourcen. Kinder, die in Armut und/oder bildungsfern aufwachsen, bringen andere Voraussetzungen und Vorerfahrungen in ihre Bildungsumwelt mit. Kinder mit Migrationshintergrund, die mit unterschiedlichen kulturellen Werten und religiösen Vorstellungen aufwachsen, gehören ebenfalls zu einer diversen Schulgemeinschaft. Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen sind ebenso Teil des Bildungsalltages in einer Bildungseinrichtung, die Diversität wertschätzt. Der Deutsche Verband Ergotherapie e. V. (DVE) legt in seinen ethischen Grundsätzen (DVE, 2005, 2020) fest, dass Ergotherapeut*innen sicherstellen, dass kein*e Klient*in aufgrund von „Rassenzugehörigkeit, Hautfarbe, Einschränkung, Behinderung, Herkunft, Alter, Geschlecht, sexuellen Neigungen, Religionszugehörigkeit, politischer Ansicht oder gesellschaftlichen Stellung“ (DVE, 2005, S. 3) oder aus irgendeinem anderen Grund diskriminiert wird.

Jedes Kind muss und sollte in seiner Verschiedenheit wertgeschätzt und unterstützt werden, um auf diese Weise sein bestmögliches Lern- und Entwicklungspotenzial zu erreichen. Die Annahme von Diversität als normaler Zustand innerhalb jeder Gruppe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Grundvoraussetzung für erfolgreiche Inklusion!

Mit dem Begriff **Gleichberechtigung/Gleichheit** (*equality*) verbinden sich die Konzep-

te der Gleichheit vor dem Gesetz und Gleichberechtigung im gesellschaftlichen Leben. Eine Gleichstellung unter der Berücksichtigung von Diversität, also einer Berücksichtigung der unterschiedlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten, die jeder Mensch innerhalb einer Gesellschaft, einer Bildungseinrichtung oder einer sozialen Gruppe mit sich bringt. Equality wird teilweise falsch übersetzt oder verstanden im Sinne von „Gleichbehandlung“ (und dazu noch in einem Verständnis von Gleichbehandlung, das Menschen mit Behinderung benachteiligt). Eine Analogie, die in der Inklusionsbewegung und Inklusionsliteratur häufig genutzt wird, um diese Problematik zu verdeutlichen, stammt aus der Tierwelt: eine Gruppe von sehr unterschiedlichen Tieren (z. B. Vogel, Affe, Pinguin, Elefant, Fisch, Robbe und Hund) erhalten die „gleiche“ Aufgabe (z. B. auf einen Baum zu klettern). Diese Gleichbehandlung, also die gleiche Behandlung aller Menschen ohne jegliche Berücksichtigung der individuellen Unterschiede und Charakteristiken (Diversität), führt zu Benachteiligung, Ausgrenzung und Isolation. Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung werden durch fehlende Gleichstellungsmaßnahmen (Anpassungen, Hilfestellungen & Unterstützungsmaßnahmen) an die individuellen Charakteristiken zum Scheitern verurteilt. Im Kontext der SB-ET in inklusiven Bildungseinrichtungen sollten die Konzepte der Gleichheit, Gleichberechtigung und Gleichstellung immer in Verbindung mit Diversität verstanden werden.

Zahlreiche für die Inklusion relevante internationale Vereinbarungen (insbesondere die der United Nations, UN) und nationale Gesetze vertreten dieses mit Diversität verbundene Verständnis von Gleichheit, Gleichberechtigung und Gleichstellung. Werden diese Vereinbarungen von den einzelnen Ländern unterzeichnet, haben sie bindenden Charakter. Das Recht jedes Menschen auf Bildung ist in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Universal Declaration of Human Rights, UDHR) von 1948 verankert (UN, 1948). Auf der Weltkonferenz

„Bildung für Alle“ (World Declaration on Education for All) im Jahr 1990 wurde festgelegt, dass dieses Recht unabhängig von individuellen Unterschieden zu sichern ist (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1990). Die Standardregeln der United Nations (UN, 1993) zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung fordern alle Staaten auf, sicherzustellen, dass die Erziehung von Personen mit Behinderung Bestandteil des Schulsystems ist und „..., dass das Recht auf Bildung ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit gewährleistet werden muss. Die Vertragsstaaten müssen jegliche Diskriminierung aufgrund einer Behinderung verbieten und allen Menschen mit Behinderungen gleichen und wirksamen Schutz vor Diskriminierung aus allen Gründen garantieren. [...] Zu den Maßnahmen, die erforderlich sind, um alle Formen der Diskriminierung zu bekämpfen, gehören die Identifikation und Beseitigung rechtlicher, physischer, kommunikativer und sprachlicher, sozialer, finanzieller und einstellungsbedingter Barrieren in den Bildungseinrichtungen und in der Gemeinschaft. Das Recht auf Nicht-Diskriminierung beinhaltet das Recht, nicht ausgegrenzt zu werden und angemessene Vorkehrungen zu treffen, und muss im Zusammenhang mit der Pflicht zur Bereitstellung eines zugänglichen Lernumfelds und angemessener Vorkehrungen verstanden werden“ (Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen [UN-BRK], 2006, S. 9). Innerhalb dieses internationalen politischen Kontexts muss inklusive Bildung als ein Menschenrecht verstanden werden.

In der Studie des Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR, 2013) über die Rechte von Menschen mit Behinderung wird in Bezug auf Bildung bestätigt, dass nur eine inklusive Bildung beides kann, nämlich die qualitative Bildung und soziale Entwicklung für Menschen mit Behinderung zu ermöglichen und eine Garantie für Universalität und Nicht-Diskriminierung im Recht auf Bildung sicherzustellen (OHCHR, 2013). Inklusive Bildung ist

die Voraussetzung für eine lebenslang selbstbestimmte und inklusive Lebensgestaltung in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen. Ein Arbeits- und Privatleben von Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung wird ohne inklusive Bildung unnötigerweise „klein“ gehalten. Selbstbestimmung wird verhindert oder zumindest stark eingeschränkt.

Menschen mit Behinderung oder besonderen Herausforderungen haben das Recht auf Bildung ohne Diskriminierung und auf Basis von gleichen Möglichkeiten (*equal opportunities*) sowohl in Zugang (*Access*) als auch Ergebnissen (*Outcomes*) – zusammengefasst ein Recht auf inklusive Bildung. Dies meint den Zugang zu hochwertiger Bildung innerhalb eines inklusiven Bildungssystems (*Access*), mit hohen Erwartungen an das Lernpotenzial und an die Lernergebnisse (*Outcomes*) für alle Menschen innerhalb der Gesellschaft. Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen, Migrationshintergrund, Armut und/oder bildungsfernem Hintergrund (*Diversität*) erleben häufig niedrige Erwartungen in ihrem Leben und im Bildungsalltag. Diese bilden eine Barriere und führen dazu, dass ihr Lernpotenzial nicht erreicht wird.

Inklusion bedeutet eine gesellschaftliche Umorientierung und Umgestaltung, um die Partizipation von zueinander sehr unterschiedlichen Personen (*Diversität*) in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die Gesellschaft versteht sich sowohl als Teil des Problems als auch als Teil der Lösung in der Diskriminierung und im gesellschaftlichen Ausschluss (Isolation/Separation/Exklusion) von Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen. Inklusion und inklusive Bildung schätzen sowohl Individualität als auch Gemeinschaftssinn (*community spirit*) und gesellschaftliche Verantwortung innerhalb einer offenen und toleranten Gesellschaft. Jedes Mitglied einer inklusiven Gesellschaft kann dazu beitragen, dass Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen weniger von der Gemeinschaft ausgeschlossen werden und selbstbestimmt am Gesellschaftsleben teilhaben können.

Inklusion ist ein systemischer Reformprozess, der Veränderungen und Anpassungen von Inhalten, Lehrmethoden, Ansätzen, Strukturen und Strategien im Bildungswesen beinhaltet, um Barrieren zu überwinden, mit dem Ziel, allen Schüler*innen der entsprechenden Altersgruppe eine gleichberechtigte und partizipative Lernerfahrung und ein Umfeld zu bieten, das ihren Bedürfnissen und Vorlieben am besten entspricht. Die Unterbringung von Schüler*innen mit Behinderungen in Regelklassen ohne begleitende strukturelle Veränderungen, z. B. bei der Organisation, dem Lehrplan und den Lehr- und Lernstrategien, stellt keine Integration dar. Außerdem garantiert die Integration nicht automatisch den Übergang von der Segregation zur Inklusion (CRPD, 2016). Der Erziehungswissenschaftler Klaus Klemm (2015) beschreibt eine dritte Phase, die mit der Unterzeichnung der UN-Konvention für die Belange behinderter Menschen beginnt und sich in der Entwicklung der gemeinsamen Beschulung fortsetzt. Die Bundesländer legen seither die jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen für Inklusion fest.

„Von der frühkindlichen Betreuung, Bildung und Erziehung (FBBE) bis zur Tertiär- und Erwachsenenbildung und außerschulischen Bildung sind die allgemeine und berufliche Bildung die Grundlage für eine erfolgreiche Teilhabe an der Gesellschaft und eines der wirksamsten Instrumente für den Aufbau inklusiver Gesellschaften. Die COVID-19-Pandemie hat noch deutlicher gezeigt, wie wichtig Inklusion und Chancengleichheit in der Bildung sind.“ (European Commission, 2020, S. 9).

Deutlich wird hier, dass die Konzepte Diversität, Gleichheit und Inklusion eng miteinander verknüpft sind und untrennbar zusammengehören. Vielfalt ist positiv und bereichernd, Gleichberechtigung (*equality*) beinhaltet neben den gleichen Rechten auch die gleichen Möglichkeiten. Dies bedeutet die Möglichkeit, aktiv

Entscheidungen treffen und mitgestalten zu können (auch auf politischer Ebene), dabei aber auch die notwendige Unterstützung zu erhalten. Inklusion ist das aktive Partizipieren in der Gesellschaft und damit in allen Bereichen des öffentlichen Lebens.

Das traditionelle Unterrichten zur „Mitte“ hin, ausgerichtet auf ein hypothetisches Durchschnittskind, ist eine Illusion. Es funktioniert für viele Kinder aus unterschiedlichen Gründen nicht. Diversität muss als Normalzustand gesehen werden, denn alle Gruppen und Klassen sind heterogen. Erst wenn Diversität als Standard akzeptiert ist, kann Inklusion effektiv umgesetzt und eine Benachteiligung bestimmter Gruppen, auch über Generationen hinweg, vermieden werden. Die Unterzeichnung der UN-Konvention für die Belange behinderter Menschen setzt, laut Reich (2018), seit 2009 neue Maßstäbe, um Exklusionspraktiken zu begrenzen. Klemm (2015) sieht in der Behindertenrechtskonvention eine Fortsetzung der bereits begonnenen Entwicklung der gemeinsamen Beschulung, indem nämlich auch die einzelnen Bundesländer rechtliche Rahmenbedingungen für Inklusion formulieren.

2.2 Unterschiedliche Sichtweisen auf Behinderung

Im Folgenden werden unterschiedliche Sichtweisen auf Behinderung dargestellt, mit besonderem Fokus auf den Einfluss, den diese auf Entwicklungen im Bildungswesen und in der Ergotherapie haben. Auch die Verknüpfungen mit unterschiedlichen Konventionen der Vereinten Nationen oder UNESCO werden nachfolgend kurz skizziert und die Auswirkungen auf die Betroffenen selbst, das Bildungswesen und die Ergotherapie aufgezeigt. „Disability studies“ als transdisziplinärer Wissenschaftsansatz (seit 2002 im deutschsprachigen Raum; in Großbritannien und USA seit den 1980er- und 1990er-Jahren) unter leitender Führung von Menschen mit Behinderung/chronischer

Erkrankung beschäftigt sich im Detail mit Sichtweisen oder Modellen von Behinderung. In diesem kurzen Abschnitt kann daher kein Anspruch auf Vollständigkeit bestehen. Die Disability Studies als akademisches Arbeitsfeld haben ihren Ursprung in der Behindertenrechts-/Inklusionsbewegung.

Unterschiedliche Sichtweisen/Modelle von Behinderung nutzen andere **Begrifflichkeiten** für Menschen mit Behinderung. Teilweise besteht sogar innerhalb eines gewissen Modells Uneinigkeit beim Sprachgebrauch. Beispielsweise wird in der UN-Behindertenrechtskonvention die Formulierung „Menschen mit Behinderung“ genutzt, um zu signalisieren, dass der Mensch und nicht die Behinderung im Vordergrund steht. Unterstützende des affirmativen Modells und einige Inklusionsaktivist*innen legen Wert darauf, dass die durch die Gesellschaft verursachte Behinderung im Vordergrund steht. Sie fordern deshalb, dass von „behinderten Menschen“ mit Stolz und ohne Scham gesprochen wird (McCormack & Collins, 2012). „Disability“ wird dabei immer mit Großbuchstaben und fett hervorgehobenem „D“ geschrieben, um den Stolz auf die eigene Individualität und Einzigartigkeit, die ganz eigene Lebenserfahrung und damit einmalige Perspektive auf das Leben zu betonen (Collins, persönliche Kommunikation).

Begriffsbestimmung

In diesem Kapitel wird der Begriff „Menschen mit Behinderung“ benutzt, um historische Entwicklungen und Konzeptionalisierung von Behinderung aus verschiedenen theoretischen Richtungen zu verdeutlichen. Im weiteren Verlauf dieses Buchs wird vor allem die Formulierung „Menschen mit Herausforderungen“ benutzt. Damit sind alle Menschen eingeschlossen, da jeder Mensch im Laufe seines Lebens mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert wird und diese nicht zwangsläufig an irgendeine Form von Behinderung gebunden sind.

2.2.1 Medizinisches Modell

Das medizinische oder medizinisch-rehabilitative Modell von Behinderung verbindet mit Behinderung einen Schaden oder eine Krankheit. Behinderung wird als Problem der behinderten Person gesehen; die Behinderung kommt durch eine Schädigung zustande, häufig durch die Schädigung des Körpers (Körperstrukturen und/oder -funktionen). Behinderung und behinderte Menschen werden als Abweichung von der Norm gesehen, weil sie anders sind als der Rest der Gesellschaft, anders als die als Norm betrachteten „Durchschnittsbürger*innen“. Normalität und Norm wird ein hoher Stellenwert zugemessen. Das medizinische Denken im Gesundheitswesen ist meist defizitär geprägt, mit der Identifikation und Behebung dieser Defizite. Dabei wird die „Normalisierung“ von Körperstrukturen und/oder -funktionen wertgeschätzt. Es herrscht ein lineares Denken, wobei für jede Krankheit eine Behandlung zur Behebung der Unterschiede angeboten wird. Bei einem durch das medizinische Modell geprägten Denken wird durch wiederherstellende Behandlung versucht, die Unterschiede zu reduzieren oder auszuschalten. Behinderte Menschen müssen behandelt, verändert oder wiederhergestellt werden, damit sie den allgemeingültigen Standards/Kriterien der Gesellschaft entsprechen (MacArthur, 2009).

1980 veröffentlichte die World Health Organization (WHO, 1980) die erste Ausgabe der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), aufbauend auf der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD). Die ICIDH war eine erste internationale Nomenklatur und Klassifikation für Krankheitsfolgen, welche in Form von drei Dimensionen konzeptualisiert wurde: Beeinträchtigung (*Impairment*) – Behinderung (*Disability*) – Benachteiligung/Behinderung (*Handicap*) (WHO, 2001). Die Behindertenrechtsbewegung kritisierte, dass sowohl beim medizinischen Modell als auch beim Klassifikationssystem der ICIDH die Probleme von Behinderung aus-

schließlich innerhalb des Individuums gesehen werden und nicht im Kontext der sozialen, wirtschaftlichen und politischen Bereiche. Das Klassifikationssystem der ICIDH konzentrierte sich demnach nur auf die Einschränkung der Fähigkeiten von Menschen anstatt auf Barrieren in der Gesellschaft (Barnes et al., 2000, in Hemmingsson & Jonsson, 2005; Hurst, 2003; Simeonsson et al., 2003). Inklusionsaktivist*innen und Menschen mit Behinderung kritisierten, dass insbesondere Umweltfaktoren (z. B. nicht angepasste räumliche Umwelt, negative Einstellungen und wenig entgegenkommendes Verhalten in der sozialen Umwelt) nicht berücksichtigt wurden, obwohl diese im Lebensalltag häufig erhebliche Barrieren zur Teilhabe darstellen.

Diese am medizinischen Modell orientierte Art des Denkens hat dazu geführt, dass überall auf der Welt behinderte Kinder und Jugendliche nach der Art oder dem Schweregrad ihrer Behinderung kategorisiert und etikettiert wurden (MacArthur, 2009). Laut MacArthur (2009) hat dies in vielen Ländern zunächst zu einem Ausbau eines Sonderschulsystems geführt, damit behinderte Schüler*innen von nicht behinderten Schüler*innen getrennt werden und dadurch „spezialisierten“ Unterricht erhalten konnten. Das medizinische Modell hat die Förder-Bildungssprache beeinflusst und ist tief verankert in unserem Denken (MacArthur, 2009). Dieses defizitorientierte Denken hat das Bildungswesen langfristig beeinflusst, und genau in diesem Denken müssen die Menschen für eine Veränderung sensibilisiert werden.

Eine **defizitorientierte, sonderpädagogische Abklärung** wurde zu einem zentralen Bestandteil des Sonderschulsystems. Herausforderungen der Schüler*innen werden als Defizit oder Problem beschrieben (häufig auf dem Niveau von Körperstrukturen und -funktionen) und damit als Begründung aufgeführt, weshalb die Kinder eine besondere Förderung erhalten müssen, damit sie mit der Norm mithalten und sich anpassen können. Die Schwierigkeiten werden im Zusammenhang mit der Behinderung und nicht im Kontext der unangepassten Bil-

dungsumwelt wahrgenommen (Klassenzimmer, Lernumwelt, Schulgebäude oder Unterrichtsmethoden). In Förderschulen befinden sich häufig Lernende mit spezifischen Lernschwierigkeiten oder aus schwächeren sozialen Milieus, was sich verstärkend auf die soziale Ungleichheit auswirkt. Auch werden Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im Vergleich zu ihren deutschen Mitschüler*innen häufiger an Sonderschulen verwiesen. Diese Überrepräsentation der beschriebenen Personengruppen in Sonderschulen wird sowohl von Fachleuten als auch von Aktivist*innen auf systemische Probleme im allgemeinen Bildungssystem zurückgeführt und als Diskriminierung beschrieben. Gleichzeitig wird häufig eine sehr stark schützende, fürsorgliche Haltung eingenommen, wodurch typische Alltagsrisiken abgeschwächt oder vermieden werden. Auch sind die erhöhte Fremd- und reduzierte Selbstbestimmung häufig Teil eines Bildungskontexts, der auf dem medizinischen oder medizinisch-rehabilitativen Modell von Behinderung aufbaut. Der ursprünglich gut gemeinte Schonraum zum Lernen, mit der Idee, soziale Ausgrenzung abzuschwächen, führt letzten Endes zu einer dauerhaften Ausgrenzung (Reich, 2014). Er kann zu einer Falle werden (Schonraumfalle) und zur sozialen Isolation beitragen. So fehlen meist die Kontakte und Freundschaften in der Nachbarschaft, weil die Kinder nicht in ihrem Wohnort/mit Kindern aus der Nachbarschaft in die Schule gehen (fehlende gemeinsame Schulwege und Schulzeiten) und auch nicht an altersangemessenen Freizeitaktivitäten (z. B. Sportverein, Musikschule, örtlicher Spielplatz) mit diesen Kindern teilnehmen können. Damit ist der junge Mensch seltener Teil der örtlichen Gemeinschaft. Wenig oder niedrige Erwartungen an diesen Schonraum und fehlende Schulabschlüsse tragen zudem langfristig zur sozialen Isolation bei, da damit der Zugang zum allgemeinen ersten Arbeitsmarkt verstellt wird.

Das medizinische Modell hat auch in der Ergotherapie zu **mechanistischen Denkansätzen und defizitorientierten Herangehensweisen**