



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Heilpädagogik und Ergotherapie“

Unterscheidungen und Überschneidungen zweier
(disziplinärer) Fachgebiete in der interdisziplinären Arbeit mit
Menschen mit Behinderung

Verfasserin

Nicola Scherz, BA MA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreuerin: Ass.-Prof. Mag. Dr. Andrea Strachota

– für meinen verstorbenen Opa,
Bgm. a. D. und OSR Franz Henschl –

Danksagung

Ein herzliches *Dankeschön* gilt

meiner Betreuerin, Frau Ass.-Prof. Mag. Dr. Andrea Strachota, für ihre unermüdliche Unterstützung und ihre kritisch-konstruktiven Stellungnahmen,

meinen StudienkollegInnen und FreundInnen, besonders Anna und Evi, für die Korrekturlesearbeiten, Austauschmöglichkeiten und inhaltlichen Anregungen auf Basis ihrer heilpädagogischen oder ergotherapeutischen Fachkompetenz,

meinen Eltern für ihre Ermutigungen und finanzielle Unterstützung,

meinem Freund für sein Dasein und seine aufmunternden Worte in Situationen völliger Verzweiflung und scheinbarer Ausweglosigkeit,

meiner gesamten Familie für ihr Verständnis, wenn ich – wie so oft – keine Zeit für sie hatte.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Heilpädagogik	12
1.1 Heilpädagogik als pädagogische Teildisziplin	12
1.2 Gegenstandsbereich	14
1.2.1 Behinderungszustände und Beziehungsprobleme (Kobi).....	14
1.2.2 Behinderungen (Speck)	18
1.2.3 Beeinträchtigungen (Bach)	20
1.2.4 Zusammenschauende Betrachtung	22
1.3 Leitideen	24
1.3.1 Gemeinsame Daseinsgestaltung (Kobi).....	24
1.3.2 Sinnerfülltes Leben infolge personalen und sozialen Integriert- und Kompetentseins (Speck)	26
1.3.3 Selbstverwirklichung in sozialer Eingliederung (Bach).....	29
1.3.4 Zusammenschauende Betrachtung	31
1.4 Tätigkeitsbereich	33
1.4.1 (Heil-)Erziehung (Kobi)	33
1.4.1.1 Handlungsformen	35
1.4.2 (Spezielle) Erziehung (Speck)	37
1.4.2.1 Handlungsformen	41
1.4.3 Förderung und/oder Erziehung (Bach)	43
1.4.3.1 Handlungsformen	46
1.4.4 Zusammenschauende Betrachtung	50
2. Ergotherapie	54
2.1 Ergotherapie als medizinisch-technisches (und sozialwissenschaftliches) Fachgebiet.....	54
2.2 Gegenstandsbereich	57
2.2.1 Störungen oder Dysfunktionen des Betätigungsverhaltens (MOHO)	58
2.2.2 Betätigungsschwierigkeiten bzw. -herausforderungen (CMOP-E).....	61
2.2.3 Betätigungsbedürfnisse (OPMA)	63
2.2.4 Zusammenschauende Betrachtung	66

2.3	Leitideen	67
2.3.1	Kompetentes Betätigungsverhalten (MOHO)	68
2.3.2	Betätigungsausführung und -teilhabe (CMOP-E)	69
2.3.3	Bestmögliche und zufriedenstellende Handlungsperformanz (OPMA).....	71
2.3.4	Zusammenschauende Betrachtung	72
2.4	Tätigkeitsbereich	73
2.4.1	Therapie (MOHO)	74
2.4.1.1	Handlungsformen	76
2.4.2	(Praxis der) Ergotherapie (CMOP-E).....	78
2.4.2.1	Handlungsformen	80
2.4.3	Therapie bzw. Ergotherapie(-praxis) (OPMA).....	83
2.4.3.1	Handlungsformen	84
2.4.4	Zusammenschauende Betrachtung	86
3.	Heilpädagogik und Ergotherapie im Vergleich	89
3.1	Gegenstandsbereich	89
3.2	Leitideen	93
3.3	Tätigkeitsbereich	97
3.3.1	Handlungsformen	102
3.4	Zusammenschauende Betrachtung	108
3.5	Diskussion der Ergebnisse.....	113
3.6	Folgerungen für die interdisziplinäre Arbeit mit Menschen mit Behinderung ...	118
4.	Resümee	122
	Literaturverzeichnis	126

Einleitung

Problemskizze

Interdisziplinarität wird in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung gemeinhin als unabdingbares Erfordernis anerkannt (Speck 2008, 310f; Irblich/Stahl 2005; Fornefeld 2004, 22ff; Bach 1999, 124; 1983; 1979). Im Sinne von Austauschprozessen und Kooperationen von Fachkräften, die unterschiedlichen Disziplinen oder Fachgebieten¹ angehören, erfolge sie vor allem aufgrund des Wissens um das vielschichtige Bedingungs- und Ausprägungsgefüge von Behinderungen und damit in Zusammenhang stehenden Herausforderungen und Erschwernissen (Gröschke 2005, 48f; Irblich/Stahl 2005, 455f; Bach 1999, 123f; 1983, 180ff; 1979, 196f): Komplexe Problem- und Aufgabenstellungen, „wie sie ... durch eine ‚Behinderung‘ gegeben sind“, so verdeutlicht Gröschke (2005, 49), „lassen sich nur im Zusammenwirken verschiedener Perspektiven hinreichend aufklären, verstehen und bewältigen“, sodass es disziplinen- bzw. fachgebietsübergreifende Denk- und Arbeitsweisen im Dienste möglichst ganzheitlicher (entwicklungs-)unterstützender Leistungen für Menschen mit Behinderung zu verwirklichen gelte.

Für das *Gelingen* eines interdisziplinären Zusammenwirkens in Bezug auf individuelle Bedarfs- und Problemlagen von Menschen mit Behinderung seien hierbei kontinuierliche, partnerschaftlich angelegte Kommunikationsprozesse der beteiligten FachvertreterInnen (Bach 1999, 126ff) und „das gemeinsame Einordnen der verschiedenen Beiträge“ (ebd., 128) wesentlich. Denn der „Erfolg des Ganzen“, so Speck (2008, 453), „hängt jedenfalls in hohem Maße von gegenseitiger Abstimmung

¹ Interdisziplinarität wird nach Speck (2008, 308; Hervorh. N.S.) „heute in einem übergreifenden Sinne ... auf die Kommunikation von Disziplinen *und* Fächern“ bezogen. Fächer bzw. Fachgebiete können dabei von Disziplinen insofern differenziert werden, als es ihnen an Ausdifferenzierungen und Institutionalisierungen fehlt. Damit ein Fachgebiet „als eine eigenständige Disziplin gilt“, so Datler und Felt (1996, 53), „bedarf es nicht bloß einer ... Gruppe von Menschen, die sich nach bestimmten Methoden mit einem speziellen Gegenstandsbereich befasst, um dabei spezifischen erkenntnis- und praxisleitenden Interessen zu folgen. Prozesse der Etablierung von Disziplinen bedürfen vielmehr darüber hinausgehender Prozesse der sozialen Differenzierung, die bestimmte Institutionalisierungen hervorbringen“, welche u. a. von bestehenden Disziplinen „anerkannt, mitgetragen und mitgestaltet werden“ (ebd.). Disziplinen profilieren sich gegenüber Fachgebieten daher, indem sie über ein verbindliches Basiswissen, etablierte Kommunikationsstrukturen (etwa in Fachzeitschriften), Sozialisations- bzw. Reproduktionsstrukturen (z.B. durch Studiengänge) und Auseinandersetzungen mit der eigenen Disziplingeschichte verfügen (Stichweh 1994, 17; Lepenies 1981, 1 zit. n. Datler/Felt 1996, 53f).

ab“ und sei an die Zusammenführung einander ergänzender Fachbeiträge gebunden (Speck 2008, 311). Eine konstruktive, interdisziplinäre Zusammenarbeit beruhe daher auf einer koordinierten Vereinigung von Wissens- und Handlungskompetenzen unterschiedlicher Fachgebiete und Disziplinen, wobei die Bedingungsgrundlage dieser fachlichen Zusammenführung – abgesehen von organisatorischen und zwischenmenschlichen Belangen, wie Respekt und Aufgeschlossenheit gegenüber fachfremden Blickpunkten – vor allem die Kenntnis des eigenen *und* der anderen (disziplinären) Fachgebiete darstelle (Irblich/Stahl 2005, 462f, 468ff; Bach 1999, 126ff): Für eine koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte müsse *fachlicher* Austausch stattfinden und geklärt werden bzw. sein, wo und mit welchen fachspezifischen Fragestellungen, Sichtweisen, Handlungsschwerpunkten und -ansätzen die einzelnen (disziplinären) Fachgebiete zu verorten sind (Tietze-Fritz 1998, 7 zit. n. Irblich/Stahl 2005, 468; Bach 1999, 127; Wagner-Stolp 1999, 13).

Bezüglich dieser fachlichen Einordnung scheint es unter den Fachgebieten und Disziplinen, die an der Arbeit mit Menschen mit Behinderung beteiligt sind, jedoch Unklarheiten zu geben. Auf diese wird vor allem in den theoretischen Auseinandersetzungen mit einem genuin interdisziplinär angelegten Arbeitsfeld, dem der Frühförderung, aufmerksam gemacht (Speck 2008, 312; Sohns 2000, 188). Denn obwohl ein zunächst eindeutiger Orientierungsrahmen zur Verortung der eingebundenen (disziplinären) Fachgebiete ausgemacht werden kann, da Speck (2008, 312) zufolge ÄrztInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen usw. gemäß ihren handlungsleitenden Normen einem „ärztlichen Verantwortungs- und Normensystem“ (ebd.) zuzuordnen seien und Heil- und SozialpädagogInnen sowie PsychologInnen einem „edukativ-sozialen“ (ebd.), greift dieser zu kurz. Dies wird deutlich, wenn dem Vorbehalt Beachtung geschenkt wird, unter dem die (disziplinären) Fachgebiete unterschieden werden. Denn Speck (ebd.; Hervorh. N.S.) differenziert die beiden Systeme, „ohne dass beide eindeutig voneinander abhebbare wären“, was sich vor allem bei zwei Fachbereichen zeige: Neben LogopädInnen könnten gerade ErgotherapeutInnen „je nach ihrem Arbeitsschwerpunkt auch dem edukativen Kompetenzbereich zugerechnet werden“ (ebd.)². Dies wird an Specks Beispiel früher Fördereinheiten und Unterstützungsleistungen für ein Kind mit geistiger Behinderung ersichtlich, zumal diese von einer heilpädagogischen *oder* ergotherapeutischen

² In diesem Sinne bemerkt auch Kobi (2004, 348), dass in funktionellen Therapien, wie in der Ergotherapie, *auch* „fähigkeitsbereichakzentuiert Bildungsaufgaben wahrgenommen“ werden.

Fachkraft durchgeführt werden könnten (Speck 2008, 312). In diesem Sinne scheint es im interdisziplinären Zusammenwirken verschiedener Fachgebiete und Disziplinen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung eine Unbestimmtheit bezüglich der grundlegenden Verortung und damit der Zuständigkeits- und Tätigkeitsbereiche der (disziplinären) Fachgebiete angesichts ihrer handlungsleitenden Normen zu geben, die gerade im Schnittpunkt der *Heilpädagogik und Ergotherapie* liegt. Darauf verweist auch Sohns (2000, 188) bei der Darlegung fachgebietseigener Arbeits- und Aufgabenschwerpunkte. Die ergotherapeutische Arbeit als medizinisch-therapeutisches Tätigkeitsfeld falle zum einen mit der Physiotherapie und zum anderen „in weiten Feldern“ (ebd.) mit dem heilpädagogischen Aufgabengebiet zusammen.

Diese Unklarheit im Hinblick auf die Leitnormen, Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche der Ergotherapie und damit zugleich der Heilpädagogik, die sich in den theoretischen Auseinandersetzungen in Bezug auf das interdisziplinäre Zusammenwirken in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung abzeichnet, kann auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass in der Ergotherapie über die medizinische Grundlegung hinaus zunehmend eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen beansprucht werde (Hagedorn 2000, 32f) und psychologische, soziologische und (heil-)pädagogische Theorieansätze in ihre theoretische Fundierung einbezogen werden (Götsch 2007a). Denn insofern sind nicht nur die handlungsleitenden Normen, Zuständigkeits- und Tätigkeitsfelder, sondern auch die zugrunde liegenden Annahmen und Theoriebezüge der Ergotherapie, die sich vormals weitgehend aus dem medizinischen Bereich speisten und dadurch von (heil-)pädagogischen unterschieden werden konnten, unscharf. Dahingehend bemerkt schließlich auch Bach (1999) am Ende seiner knappen Beschäftigung mit Bestimmungsmerkmalen von Therapieformen, einschließlich der Ergotherapie, im Vergleich zur Heilpädagogik im Allgemeinen, dass es letztendlich „einzelne Therapieformen gibt, die den sonderpädagogischen Prinzipien sehr nahe kommen und in der Tat eine Unterscheidung zwischen beiden Bereichen kaum angezeigt erscheinen lassen“ (ebd., 123) – auch wenn therapeutische Herangehensweisen in Abgrenzung zur Heilpädagogik grundsätzlich durch eine Spezialisierung der zu adressierenden Problembereiche mitsamt einer Konzentration auf „Defekte“ des Individuums, durch ein hierarchisches Verhältnis von fachkompetenten TherapeutInnen und hilfsbedürftigen KlientInnen sowie durch die Zielvorgabe der (Wieder-)Herstellung des „Normalen“ gekennzeichnet seien (ebd., 117ff).

An diesem Punkt der uneindeutigen Unterscheidungen und Überschneidungen der Heilpädagogik und Ergotherapie möchte nun die vorliegende Masterarbeit ansetzen, indem über die Klärung der jeweiligen fachspezifischen Grundlagen das Verhältnis der beiden Fachrichtungen bestimmt wird.

Forschungsstand, -lücke und -fragestellung

Zwei Werke, die das Verhältnis der Heilpädagogik und Ergotherapie thematisieren, stellen Hochgatterers (1999) an der ehemaligen Akademie für Ergotherapie in Baden verfasste Diplomarbeit „Ergotherapie oder Heilpädagogik beim wahrnehmungsgestörten Kind – (k)ein Unterschied?“ und Mais’ (2003) Abhandlung „Ergotherapie, Sonder- und Heilpädagogik. Ergänzungen, Überschneidungen, Abgrenzungen“ dar. So beleuchtet Hochgatterer (1999) in ihrer vergleichenden Analyse die Berufsbilder von ErgotherapeutInnen und Heilpädagogischen KindergartenpädagogInnen anhand der gesetzlichen Grundlagen, der Sichtweise des Kindes, der Zielsetzungen, der Ausbildungsinhalte zu Wahrnehmungsstörungen sowie der Behandlungs- bzw. Förder- und Erhebungsverfahren, indem sie sich über ergotherapeutische und heilpädagogische Literatur hinaus auf eigene Wissensbestände und Erfahrungen, Gespräche mit BerufsvertreterInnen und Informationen von Ausbildungsstätten stützt (ebd., 1f). Hochgatterer (ebd., 21ff) zeigt dabei u. a. auf, dass Gemeinsamkeiten der Ergotherapie und Heilpädagogik in den Zielsetzungen der Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit und in der ganzheitlichen Sichtweise des Kindes liegen, ebenso wie weitgehend die gleichen Ansätze in der Arbeit mit Kindern mit Wahrnehmungsstörungen herangezogen werden (ebd., 38). Im Gegensatz dazu unterscheidet sich aber die diagnostische Abklärung, zumal ErgotherapeutInnen auf standardisierte Testverfahren und Heilpädagogische KindergartenpädagogInnen auf Beobachtungen und Beschreibungen setzen (ebd., 46).

Mais (2003) analysiert ausgehend von Kindern mit Entwicklungsstörungen die drei Berufsbilder der Ergotherapie, Sonder- und Heilpädagogik³. Unter Bezugnahme auf Literatur und Erinnerungsprotokolle aus hospitierten Frühfördereinheiten (ebd., 17) untersucht sie Finanzierungs- und Ausbildungsmöglichkeiten und -inhalte, Ziele,

³ Sonderpädagogik wird hier auf Sonderschulpädagogik und Heilpädagogik auf außerschulische Arbeitsfelder bezogen. Diese von der Autorin eingeführte Unterscheidung anhand des Kriteriums des Arbeitsfeldes wird jedoch nicht durchgehalten. Zumal Mais (2003, 40) auch die Sonderpädagogik in eine schulische und außerschulische unterteilt, wobei die außerschulische Sonder- mit der Heilpädagogik zusammenfalle, verschwimmen in ihren Ausführungen die Berufsbilder der Sonder- und Heilpädagogik.

Fördermaßnahmen, die Diagnostik sowie die Art der Elternarbeit und stellt einen Vergleich der Berufsbilder nach diesen Kriterien an. Mais (2003, 63) kommt dabei u. a. zu dem Ergebnis, dass weitgehende Übereinstimmungen in der diagnostischen Vorgehensweise und – analog zu Hochgatterer (1999, 46) – den Fördermaßnahmen (Mais 2003, 65) bestehen. Weiters stellt sie Gemeinsamkeiten in Bezug auf medizinische und sozialwissenschaftliche Ausbildungsinhalte (ebd., 56) und Zielsetzungen im Bereich der Selbstständigkeit (ebd., 61) fest, jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunkten. So setze die Ergotherapie auf eine „funktionelle, körperbezogene Therapie“ (ebd., 56) und sei an kindlichen Entwicklungsmöglichkeiten und -störungen orientiert (ebd., 60f). Die Heilpädagogik ziehe mit ihrer pädagogisch-psychologischen Fundierung (ebd., 54) auf eine bestmögliche Persönlichkeitsentfaltung „bei hindernden Umständen“ (ebd., 56) durch die emotionale Begleitung von Kindern mit Entwicklungsstörungen (ebd., 60f) und die Sonderpädagogik bemühe sich um die Erziehung und Bildung sowie um bestmögliche Umgangsformen mit der Behinderung (ebd., 56, 60f).

Die Rezeption dieser beiden theoretischen Auseinandersetzungen mit dem heilpädagogischen und ergotherapeutischen Berufsbild zeigt, dass jeweils ein Vergleich anhand einiger Merkmale angestellt wird, die sich neben finanziell-rechtlichen und ausbildungsbezogenen Gesichtspunkten auf Ziele und methodische Herangehensweisen bei Diagnose- und Behandlungs- bzw. Fördertätigkeiten besonders im Hinblick auf spezielle Störungsbilder im Kindesalter beziehen. Dabei werden jedoch weder maßgebliche *Bestimmungsgrößen von (disziplinären) Fachgebieten* als Analysekriterien zugrunde gelegt, noch wird der jeweilige fachspezifische *Blickwinkel*, von dem aus methodisch geleitetes Handeln auf ein bestimmtes Ziel hin erfolgt, beleuchtet. Gerade ein solcher Bezug auf grundlegende Bestimmungsgrößen und Sichtweisen von (disziplinären) Fachgebieten, wie sie nachfolgend konkretisiert werden, erscheint für eine fundierte Verhältnisbestimmung der Heilpädagogik und Ergotherapie aber wesentlich.

Bezüglich zentraler Bestimmungsgrößen von (disziplinären) Fachgebieten kann mit Stichweh (1994, 18) festgehalten werden, dass die Konstituierung von Disziplinen⁴ um

⁴ Analog zur referierten Bestimmung von Interdisziplinarität als Kooperation von VertreterInnen unterschiedlicher Disziplinen und Fachgebiete (Speck 2008, 308) wird an dieser Stelle der Disziplinbegriff auch auf Fachgebiete bezogen. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Ergotherapie im

bestimmte „Gegenstandsbereiche und Problemstellungen herum“ erfolgt. Mit ihnen wird ein Rahmen vorgegeben, innerhalb dessen sich die Ausgestaltung methodischer Heran- und Umgehensweisen im Hinblick auf Problemlösungen vollzieht (Danner 2006, 19). In diesem Sinne stellen Datler und Felt (1996, 51) unter Bezugnahme auf Krüger (1987, 111ff) und Becher (1989, 20) gerade den Gegenstand, die erkenntnisleitenden Interessen⁵ und die methodischen Verfahrensweisen⁶, die im Rahmen des allgemeinen Aufgaben- bzw. Tätigkeitsbereiches verortet werden können, als wesentliche Charakteristika von Disziplinen heraus.⁷ Anhand dieser drei Bestimmungsmerkmale würden sich Disziplinen gegenüber anderen auszeichnen, womit ihnen zugleich eine kategoriale Abgrenzungsfunktion eigen sei (Krüger 1987, 111ff, Becher 1989, 20 zit. n. Datler/Felt 1996, 51).

Welche Gegenstandsbereiche und Fragestellungen dabei jedoch für eine Disziplin konstitutiv sind, *wie* demnach der „*Gegenstandsbereich* einer Wissenschaft bzw. seine Grenzen“ (Strachota 2002, 31; Hervorh. i. O.) abgesteckt werden und *welche* Tätigkeiten infolgedessen auf Basis *welcher* Zielsetzungen legitimiert werden können (ebd., 21f, 31), wird erst durch den Blick auf die grundlegenden Begrifflichkeiten einer Disziplin ersichtlich (Bach 1985, 4). Denn wie Bach (ebd.) darlegt, sind es gerade die Grundbegriffe, die als Ausdruck der zugrundeliegenden Sichtweise einer Disziplin gelten können:

„In ihren Grundbegriffen, d.h. in ihren besonders wichtigen zentralen Begriffen, drückt sich die charakteristische Sichtweise und der Kenntnisstand einer Disziplin aus. In den Begriffen gelangen Gegebenheiten überhaupt erst zum Verständnis, indem sie auf bestimmte Weise abgehoben, unterschieden und interpretiert

Unterschied zur Heilpädagogik nicht als eine wissenschaftliche (Teil-)Disziplin, sondern als ein Fachgebiet auszuweisen sein wird, worauf in Kapitel 2.1 näher eingegangen wird.

⁵ Unter erkenntnisleitenden Interessen werden in der vorliegenden Arbeit *Leitideen* verstanden, die in Anlehnung an Bach (1985, 17) als handlungsleitende Motive heilpädagogischer und ergotherapeutischer Tätigkeiten begriffen werden, und nicht als „ein angestrebter, konkreter Endpunkt bestimmter Handlungsabläufe“ (ebd.).

⁶ Obwohl sich Datler und Felt (1996) diesbezüglich auf Praxis- und Forschungsmethoden beziehen, wie an der Analyse der Medizin und Psychotherapie ersichtlich wird (ebd., 52, 56), stehen in der vorliegenden Arbeit aufgrund des Bezugspunktes des interdisziplinären Zusammenwirkens in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung lediglich Methoden der Praxisgestaltung im Rahmen des allgemeinen Tätigkeitsbereiches im Vordergrund.

⁷ Auf die weiteren Kriterien zur Charakterisierung von Disziplinen, die Datler und Felt (1996, 53f) anführen, wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, weil es sich hierbei um Kriterien handelt, anhand derer nach der *Eigenständigkeit* von Disziplinen gefragt werden kann (siehe dazu Fußnote 1).

werden. In Begriffen – und namentlich in ihren Grundbegriffen – werden die Theorien einer Disziplin gewissermaßen auf den Punkt gebracht“ (Bach 1985, 4).

Diesem Verständnis von Grundbegriffen als Ausdruck der charakteristischen Blickrichtung einer Disziplin folgend sind grundlegende Begriffe nach Strachota (2002, 31) „Leit-, Ausgangs- und/oder Legitimationsbegriffe einer wissenschaftlichen Disziplin.“ Als solche verstehen sie die drei Bestimmungskategorien von Disziplinen – den Gegenstandsbereich, die Leitideen und den Tätigkeitsbereich – mit disziplinspezifischen Bedeutungsinhalten und geben Antworten auf die Fragen, um *welchen* Gegenstandsbereich, *welche* Leitideen und *welchen* Tätigkeitsbereich es sich jeweils handelt.

Im Hinblick auf die vorliegende Auseinandersetzung mit dem Verhältnis der Heilpädagogik und Ergotherapie bedeutet dies, anhand der grundlegenden Begriffe den Gegenstand der Heilpädagogik und Ergotherapie zu bestimmen, ihre handlungsleitenden Ideen zu explizieren und sodann das Hauptaugenmerk auf ihren Tätigkeitsbereich, unter Einschluss einzelner Verfahrens- bzw. Handlungsweisen, zu legen, um davon ausgehend Unterscheidungs- und Überschneidungsbereiche erfassen zu können. So ergeben sich für die Beantwortung der leitenden Fragestellung, inwiefern Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie bestehen, folgende Subfragen:

- Welcher Gegenstandsbereich bildet in der Heilpädagogik und Ergotherapie die Basis?
- Welche Leitideen lassen sich in der Heilpädagogik und Ergotherapie ausmachen?
- Wie wird der Tätigkeitsbereich der Heilpädagogik und Ergotherapie gefasst?

Vorgehensweise

Dem Ziel dieser theoretischen Auseinandersetzung entsprechend, Unterscheidungs- und Überschneidungsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie systematisch anhand der grundlegenden Begrifflichkeiten im Rahmen ihres Gegenstandsbereiches, ihrer Leitideen und ihres Tätigkeitsbereiches auszuarbeiten, ist es in dieser Arbeit wesentlich, disziplinspezifische Grundbegrifflichkeiten festzumachen und ihren begrifflichen Inhalt, ihre *Bedeutungen* zu erfassen. Denn „Begriffe sind nur insofern für Verständigung, Zielangabe, Denken und Handeln brauchbar, als ihr Bedeutungsgehalt bestimmt ist“ (Bach 1999, 7). In methodischer Hinsicht bedeutet dies, an eine hermeneutische

Vorgehensweise anzuknüpfen, da diese intendiert, mittels Auslegen und Verstehen „Inhalte oder Bedeutungen eines Textes aus- bzw. offen [zu; Anm. N.S.] legen“ (Rittelmeyer/Parmentier 2007, 2). „*Verstehen* ist das Erkennen von etwas als etwas (Menschliches) und gleichzeitig das Erfassen seiner Bedeutung“ (Danner 2006, 39; Hervorh. i. O.). Es handelt sich, so Danner (ebd., 42; Hervorh. i. O.) Dilthey (1961, 318) referierend, um „den Vorgang, in welchem wir aus Zeichen, die von außen sinnlich gegeben sind, ein *Inneres* erkennen.“

Mit dem Bewusstsein, dass Sinnverstehen „durch die ‚wesensmäßige‘ Subjektivität eines vorgegebenen ‚Textes‘ einerseits und eines Interpretieren andererseits“ (Danner 2006, 64) *nicht* im Sinne einer vollständigen Kongruenz des (im Text) Gemeinten und (durch Interpretation) Verstandenen erfolgt (ebd.), soll in der vorliegenden Arbeit eine dahingehende *Annäherung* an die grundlegenden heilpädagogischen und ergotherapeutischen Begrifflichkeiten erfolgen. Dazu ist es im Sinne des hermeneutischen Zirkels erforderlich, einzelne Textbestandteile vor dem Hintergrund des Gesamttextes zu betrachten und umgekehrt (ebd., 65)⁸. Gerade in diesem Prozess des Hin- und Herschwenkens vom Einzelnen zum Ganzen wird auch die Möglichkeit gesehen, grundlegende heilpädagogische und ergotherapeutische Begriffe im Rahmen des Gegenstandsbereiches, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches *festzustellen* und schließlich auch zu *verstehen*⁹.

Grundlage für die gesamte Bearbeitung bilden dabei die von Dilthey (1961b, 217 zit. n. Danner 2006, 44; Hervorh. i. O.) geforderten „*dauernd fixierten Lebensäußerungen*“ in Form von heilpädagogischen Systementwürfen und ergotherapeutischen Grundlagenmodellen. Im Konkreten wird bezüglich ersteren auf aktuelle deutschsprachige Grundlegungsversuche einer Allgemeinen Heilpädagogik zurückgegriffen (Moser/Sasse 2008, 32): Die Werke von Kobi, Speck und Bach bilden hierfür die Basis. Im Hinblick auf die Ergotherapie werden drei aus dem englischsprachigen Raum stammende Grundlagenmodelle herangezogen, die sich in der deutschsprachigen Ergotherapie als wesentlich erwiesen haben (Marotzki/Mentrup 2005, X; ÖBIG 2003, 19f; Marotzki 2002b): das Model of Human Occupation

⁸ „Der hermeneutische Zirkel besteht darin, dass der Teil vom Ganzen her verstanden, korrigiert oder erweitert wird und dass umgekehrt das Ganze sich in gleicher Weise vom Teil her bestimmt“ (Danner 2006, 65).

⁹ Denn „einzelne zentrale Begriffe [können; Anm. N.S.] oft nur aufgrund des ganzen Textes verstanden werden“ (Danner 2006, 65) – wenngleich „der Gesamttext das Verstehen dieser Begriffe zur Voraussetzung hat“ (ebd.).

(MOHO), das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) und das Occupational Performance Model Australia (OPMA). Insofern folglich nicht von *der* heilpädagogischen und ergotherapeutischen Grundlegung ausgegangen wird, sondern Grundlegungsversuche und Grundlagenmodelle den Ansatzpunkt bilden, stellt eine komparative Interpretation¹⁰ sowohl der heilpädagogischen Entwürfe als auch der ergotherapeutischen Modelle bezüglich ihrer begrifflichen Wahl und Bedeutungsbestimmungen einen integralen Bestandteil der Auseinandersetzung dar.¹¹

Die auf diese Weise ausgearbeiteten – womöglich facettenreich angelegten – *Grundzüge* der Heilpädagogik und Ergotherapie sollen schließlich die Grundlage dafür bilden, um die beiden (disziplinären) Fachgebiete vergleichend zu analysieren. Unterschiede und Gemeinsamkeiten sollen hierbei systematisch anhand der grundlegenden Begrifflichkeiten und ihrer erarbeiteten Bedeutungsgehalte im Rahmen des Gegenstandsbereiches, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches erfasst werden.

Heilpädagogische Relevanz

Diese an der Schnittstelle zweier (disziplinärer) Fachgebiete angesiedelte Auseinandersetzung, die im Speziellen auf die Darlegung von Unterscheidungs- und Überschneidungsbereichen der Heilpädagogik und Ergotherapie zielt, gewinnt für die (Teil-)Disziplin der Heilpädagogik vor allem deshalb an Bedeutung, weil damit zugleich ein Beitrag zur Klärung des disziplinären, heilpädagogischen Selbstverständnisses geleistet wird. Denn wie Strachota (2002) in ihrer Beschäftigung mit der Relevanz des Krankheitsbegriffes für die heilpädagogische Praxis herausstellt, steht die disziplinäre Identität der Heilpädagogik in Abhängigkeit von ihrem Verhältnis zu anderen Disziplinen: „Mit der Frage nach dem Selbstverständnis der Heilpädagogik ist zugleich die Frage gestellt, wie sich [die; Anm. N.S.] Heilpädagogik zu ihren sog. Nachbardisziplinen, insbesondere zur Medizin, verhält“ (ebd., 312). Insofern die Ergotherapie ihre fachgebietsspezifische Grundlegung bislang primär im Bereich der Medizin erfuhr, schließt die vorliegende Arbeit an die Diskussion um die

¹⁰ Nach Rittelmeyer und Parmentier (2007, 56) treten „die Eigenarten eines bestimmten Textes deutlicher hervor, wenn man ihn mit anderen Texten ... zum gleichen Thema vergleicht.“

¹¹ Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum einen der heilpädagogischen Grundlegungsversuche und zum anderen der ergotherapeutischen Grundlagenmodelle werden in der vorliegenden theoretischen Auseinandersetzung, in der das Verhältnis der Heilpädagogik und Ergotherapie im Vordergrund steht, jedoch *nicht umfassend* ausgearbeitet, sondern nur in dem Ausmaß, in dem es für das Vorhaben des Vergleichs der beiden (disziplinären) Fachgebiete der Heilpädagogik und Ergotherapie relevant erscheint.

heilpädagogische Identität in Anlehnung und Abgrenzung zu medizinischen Denk- und Handlungsweisen an. Im Allgemeinen wird damit auch Datler und Felt (1996, 51) gefolgt, die unter Bezugnahme auf Krüger (1987, 111ff) und Becher (1989, 20) aufzeigen, dass eine Disziplin anhand ihres Gegenstandes, ihrer Methoden bzw. Handlungsweisen und ihrer leitenden Interessen auf *die* Weise bestimmt und von anderen unterschieden werden kann, dass dargelegt wird, „inwiefern andere Disziplinen von anderen Gegenständen handeln, mit anderen Methoden betrieben werden und anderen erkenntnis- und forschungsleitenden Interessen folgen.“

Gerade dieses Wissen um die eigene Disziplin bzw. das eigene Fachgebiet im Verhältnis zu anderen erweist sich auch im Hinblick auf die praktische, interdisziplinär angelegte Arbeit mit Menschen mit Behinderung als relevant. Denn „eigene berufliche Verortung ... setzt immer auch voraus, über die eigene Berufskompetenz hinaus von den Theorie- und Handlungsansätzen der Nachbardisziplinen zu wissen, Schnittfelder wahrzunehmen“ (Wagner-Stolp 1999, 25). Fundiertes heilpädagogisches Handeln im interdisziplinären Praxisfeld auf Basis fachlicher Sicherheit hinsichtlich des eigenen Gegenstands- und Tätigkeitsbereiches ist daher an die Kenntnis der anderen Fachgebiete bzw. Disziplinen und etwaiger Unterscheidungs- und Überschneidungsbereiche, wie sie in Bezug auf die Heilpädagogik und Ergotherapie in dieser Arbeit analysiert werden sollen, gebunden. In diesem Sinne können durch die Klärung der fachspezifischen Grundlagen der Heilpädagogik und Ergotherapie ihre primären Verantwortungs-, Ziel- und Handlungsbereiche ausgelotet und durch die Bestimmung ihres Verhältnisses die jeweiligen Fachspezifizierungen in Form von Kompetenzen und Ressourcen in ihrer Abstimmung aufeinander betrachtet werden, was in der praktischen Arbeit gegebenenfalls zur Schaffung bestmöglicher Bedingungen für die Unterstützung, Begleitung und Entwicklung von Menschen mit Behinderung beitragen könnte.

Aufbau der Arbeit

Im *ersten* Kapitel dieser Auseinandersetzung wird die Heilpädagogik im Mittelpunkt stehen. Nach einleitenden Ausführungen zu ihrem disziplinären Status und ihrer primären Bezugswissenschaft im Sinne einer ersten Standortbestimmung wird der Blick auf die drei disziplinären Bestimmungsgrößen gerichtet: Den Gegenstandsbereich, die Leitideen und den Tätigkeitsbereich der Heilpädagogik gilt es anhand ihrer grundlegenden Begrifflichkeiten zu beleuchten.

Das *zweite* Kapitel widmet sich der Ergotherapie. In Analogie zum ersten Kapitel werden eingangs der Disziplinstatus der deutschsprachigen Ergotherapie und ihre Anbindung an wesentliche Bezugsdisziplinen geklärt, bevor in eine gegenstandsbezogene Analyse auf Basis ergotherapeutischer Grundbegriffe eingestiegen wird. Daran anschließend können die handlungsleitenden Ideen begriffsinhaltlich erfasst und der Tätigkeitsbereich der Ergotherapie abgesteckt werden. Dies soll die Grundlage dafür bilden, um im *dritten* Kapitel Unterscheidungs- und zugleich Überschneidungsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie herauszuarbeiten. In Rückführung auf die im ersten und zweiten Kapitel offen gelegten Bedeutungsgehalte ihrer grundlegenden Begrifflichkeiten im Rahmen des Gegenstandsbereiches, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches wird hier eine systematisch vergleichende Analyse der beiden (disziplinären) Fachgebiete angestellt. Das Resümee im *vierten* Kapitel soll die Bearbeitung letztlich abschließen. Neben einem zusammenfassenden Überblick wird hier eine Bündelung zentraler Ergebnisse hinsichtlich des Verhältnisses der Heilpädagogik und Ergotherapie vorgenommen und ein Ausblick auf anschließende Theorie- und Forschungsarbeiten gegeben.

1. Heilpädagogik

Mit dem Begriff der Heilpädagogik gerät ein Praxis- und Theoriefeld rund um das Phänomen der Behinderung in den Blick (Moser/Sasse 2008, 10, 21ff; Strachota 2002, 201), das verschiedentlich auch als Sonder-, Behinderten- oder Rehabilitationspädagogik bezeichnet wird (Biewer 2010, 27ff; Speck 2008, 49ff; Kobi 2004, 124ff; Bach 1999, 1). In diesem Kapitel geht es zentral darum, die Grundzüge der Heilpädagogik anhand ihres Gegenstandsbereiches, ihrer Leitideen und ihres Tätigkeitsbereiches herauszuarbeiten. Bevor diesem Vorhaben jedoch im Einzelnen gefolgt wird, wird im ersten Abschnitt eine Verortung der Heilpädagogik in zweierlei Hinsicht vorgenommen: Zum einen wird im Sinne einer Rahmung des heilpädagogischen Denkens und Handelns die geschichtlich hervorgegangene Anbindung der Heilpädagogik an ihre nunmehr wesentliche Bezugsdisziplin, die Pädagogik, dargelegt, und zum anderen wird der wissenschaftliche Status der Heilpädagogik geklärt.

1.1 Heilpädagogik als pädagogische Teildisziplin

Im Vergleich zu anderen Theorie- und Praxisbereichen entstand die Heilpädagogik nicht aufgrund einer Ausdifferenzierung aus einer übergeordneten Disziplin (Müller 1991, 1). Ihre Anfänge liegen vielmehr in den Bemühungen um Menschen in „einer unmittelbar praktischen, durch Behinderung hervorgerufenen Notsituation“ (ebd.), die ab dem 16. Jahrhundert einsetzten und in den darauffolgenden Jahrhunderten nicht nur zu Gründungen entsprechender (Bildungs-)Einrichtungen (Biewer 2010, 14ff; Ellger-Rüttgardt 2008, 33ff), sondern auch zu heilpädagogischen Theorieentwürfen¹² führten. Die fachliche Ausrichtung der Heilpädagogik blieb dabei jedoch weitgehend ungeklärt. In Praxis und Theorie bewegte sie sich zwischen verschiedenen, vor allem medizinischen und pädagogischen, Zugangsweisen (Biewer 2010, 21).

Eine klare Entwicklungslinie der Heilpädagogik in Anbindung an *eine* Denk- und Handlungsrichtung ging erst im 20. Jahrhundert hervor (Haeberlin 2007, 14). Es konstituierte sich ein *pädagogisches* „Selbst- und Fremdverständnis“ (ebd.), dessen

¹² Biewer (2010, 19) ebenso wie Moser und Sasse (2008, 30) machen den Beginn der heilpädagogischen Theoriebildung an Georgens' und Deinhardts zweibändigem Werk „Die Heilpädagogik, mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und Idiotenanstalten“ fest.

Ausgangspunkt nach Haeberlin (2007, 14f) in der Entstehung der akademischen Heilpädagogik in der Schweiz zu sehen ist. Denn mit der dortigen Etablierung der Heilpädagogik als *wissenschaftliches Fach* durch die Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Heilpädagogik im deutschsprachigen Raum im Jahr 1931 und dessen Besetzung mit Hanselmann und in weiterer Folge mit Moor wurde eine umfassende pädagogische Tradition der Heilpädagogik begründet (Biewer 2010, 26; Haeberlin 2007, 15).

Im Gegensatz dazu war die akademische Heilpädagogik in Österreich zu dieser Zeit (noch) stark medizinisch geprägt. Asperger, eine wichtige Persönlichkeit der österreichischen Heilpädagogik, verstand sie „als Angelegenheit der Pädiatrie und begründete das Fach ausschließlich aus medizinischen Grundlagen heraus“ (Biewer 2010, 26). Eine zunehmende Verschiebung der heilpädagogischen Ausrichtung in ihren praktischen und theoretischen Belangen hin zur Pädagogik erfolgte in Österreich erst ab 1980 durch die Gründung des Interfakultären Instituts für Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien (Biewer 2010, 26; Brezinka 2000, 806ff). Denn dieses wurde als gemeinsames Unternehmen der Medizin *und* der Pädagogik geführt, bis es 1993 als Arbeitsgruppe für Sonder- und Heilpädagogik schließlich gänzlich dem Institut für Erziehungswissenschaften zugeordnet wurde (Brezinka 2000, 811ff). Damit mündete die Entwicklung der akademischen Heilpädagogik in Österreich – wie auch in Deutschland – in die Etablierung der Heilpädagogik als *wissenschaftliche Teildisziplin der Pädagogik* bzw. Erziehungs- oder Bildungswissenschaft. Die Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien erfolgte 1996 (ebd., 814f).

Diese Entwicklung der Heilpädagogik bis ins 21. Jahrhundert resümierend stellt Biewer (2010, 27f) folglich fest, dass nunmehr im Allgemeinen außer Frage steht, dass die Heilpädagogik eine pädagogische Teildisziplin darstellt. Dies kommt auch bei Speck (2008, 31, 258ff), Kobi (2004, 92) und Bach (1999, 4), den drei Heilpädagogen, deren Grundlegungsversuche im Weiteren für die Bestimmung des Gegenstandsbereiches, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches der Heilpädagogik herangezogen werden, zum Ausdruck. Sie sehen die Heilpädagogik in Theorie und Praxis als „spezialisierte Pädagogik“ (Speck 2008, 17) oder „Sondersparte“ (Kobi 2004, 92) der Pädagogik, sodass sie „neben der Regelpädagogik ein Teilgebiet der Allgemeinen Pädagogik“ (Bach 1999, 4) darstelle.

Wie die drei disziplinären Bestimmungsgrößen vor dem Hintergrund dieser disziplinär-pädagogischen Standortbestimmung der Heilpädagogik nun im Konkreten gefasst werden können, wird – beginnend mit dem Gegenstandsbereich – in den nächsten Abschnitten dargelegt.

1.2 Gegenstandsbereich

Gegenstandsbereich der Heilpädagogik bildet das, worauf sich die heilpädagogische Theoriebildung und Praxis zentral beziehen, worum „heilpädagogisches Denken und Handeln kreist“ (Strachota 2002, 201). Dem „Phänomen, das wir heute ‚Behinderung‘ nennen“, kann nach Strachota (ebd.) in diesem Zusammenhang maßgebliche Bedeutung zugeschrieben werden. Mit ihm wird dem „Ausschnitt von Realität, der zum Erkenntnisgegenstand gemacht wird“ (Wember 1995, 197), eine vage Kontur verliehen. Kontur- und vor allem Inhaltsschärfe erhält der heilpädagogische Gegenstandsbereich rund um das Phänomen der Behinderung jedoch erst durch die Auslotung zentraler Begrifflichkeiten und eine entsprechende begriffsinhaltliche Annäherung. Dies wird im Folgenden anhand der drei Systementwürfe von Kobi (1.2.1), Speck (1.2.2) und Bach (1.2.3) erfolgen, indem die jeweiligen Begriffe, Bedeutungsgehalte und Einbindungsweisen dessen, was hier allgemein als Phänomen der Behinderung angesprochen wird, offengelegt werden. Gemeinsamkeiten und Differenzen der drei Grundlegungsversuche in Bezug auf die Fassung des heilpädagogischen Gegenstandsbereiches werden anschließend im Sinne einer komparativen Interpretation in einer zusammenschauenden Betrachtung (1.2.4) aufgezeigt.

1.2.1 Behinderungszustände und Beziehungsprobleme (Kobi)

Kobi (2004) legt mit seinem Werk „Grundlagen der Heilpädagogik“ einen dialogisch orientierten Systementwurf vor, dessen Ausgangspunkt in zwischenmenschlichen Verhältnissen liegt. Behinderungen, verstanden als Funktionsbeeinträchtigungen (ebd., 115), die vor dem Hintergrund normativer Erwartungshaltungen an bestimmten Person- und Verhaltensmerkmalen im Spannungsfeld von Sein und Sein-Sollen festgemacht werden (ebd., 34), und/oder dahinter liegende Schädigungen im Sinne morphologischer

Abweichungen oder Entbehrungen (Kobi 2004, 115) gewinnen daher für die Heilpädagogik¹³ nicht an sich an Bedeutung (ebd., 119). *Heilpädagogisch* relevant, d.h. „zu einem heilpädagogischen Problem und zu einer heilerzieherischen Aufgabe“ (ebd.) werden sie nach Kobi erst und insofern, als sie eingebettet in ein psychosoziales Bedingungsgefüge „die interpersonelle Homöostase sozialer Systeme“ (ebd., 205) (be-)treffen und sich damit „um sie herum ein Behinderungszustand aufbaut, innerhalb dessen spezielle (,unkonventionelle‘) Beziehungs-, Erziehungs- und Bildungsprobleme sichtbar werden“ (ebd., 119). Behinderungszustände und die in ihrem Rahmen hervortretenden Beziehungs-, Erziehungs- und Bildungsschwierigkeiten erweisen sich daher für die Bestimmung des heilpädagogischen Gegenstandsbereiches in Kobis Grundlegungsversuch als zentral:

Unter einem *Behinderungszustand* fasst Kobi (ebd., 115) dabei ein Gesamt von Behinderungen und den mit ihnen verbundenen psychosozialen Ausformungen. Es kann als ein beeinträchtigtes Bedingungs- und Bezugsverhältnis, als ein „Feld verzerrter, erschwelter psychosozialer Kommunikation“ (ebd.) verstanden werden, das sich rund um eine als behindert geltende Person aufbaut. Als solches umfasse es personale, normative wie soziale Aspekte, indem es sich konstituiert durch und zwischen (1) behinderungsspezifisch definierten Personmerkmalen „bezüglich Verhalten, Leistung, Produktivität, Präsentation usw.“ (ebd., 117), (2) dem subjektiven Erleben, dem Selbstbild und der Selbsteinschätzung der betroffenen Person, (3) den Normen, Anforderungen und entsprechenden Instanzen, die „bestimmte Entäußerungen einer Person als nicht normgemäß herausgreifen und als mangelhaft, störend, nicht-sein-sollend werten“ (ebd.), sowie (4) den von gesellschaftlicher Seite gebotenen Erleichterungsbemühungen und Hilfestellungen (ebd., 115ff). Behinderungszustände bedeuten für Kobi folglich ein beeinträchtigtes Interaktionsgefüge, das durch diese vier Komponenten bestimmt wird. Von kausalen Verursachungen sieht er hierbei jedoch ab, zumal Behinderungszustände von Menschen anhand der genannten Einflussgrößen „in kreisförmigen Gestaltungsmustern *erzeugt* ... [werden; Anm. N.S.] bis in einen Bereich hinein, wo ‚Ursache‘ und ‚Wirkung‘ ineinander übergehen und eins werden. Wir haben hier dann eine (lebens-)geschichtliche Situation um uns herum, die sich selber trägt und

¹³ Kobi (2004, 135) beschränkt seinen Systementwurf auf das Kindes- und Jugendalter, da er andernfalls „die Wortbedeutung von Päd-Agogik überdehnt und das Aufgabenfeld teleologisch und methodisch zu sehr ausgeweitet“ (ebd.) sieht.

fortentwickelt und oft kaum mehr mit irgendwelchen (oft ohnehin nur vermutbaren) Erstursachen in Verbindung steht“ (Kobi 2004, 117; Hervorh. i. O.).

In Anbetracht dieses von Menschen ausgezeugten (Bedingungs-)Feldes eines Behinderungszustandes befasst sich die Heilpädagogik nach Kobi (ebd., 18, 119, 135f) sodann mit *Erziehungs- und Bildungsproblemen*. Erstere können dabei als Kommunikations- und Beziehungsschwierigkeiten, letztere als Problemstellungen bei der Vermittlung und Aneignung von Wissens- und Handlungskompetenzen (ebd., 350) verstanden werden, wobei beide nach Kobi (ebd., 18, 111, 135f) in *zwischenmenschlichen Verhältnissen* von Betroffenen und Erziehenden zu verorten sind, die als derart beeinträchtigt angesehen werden, dass sie den konventionellen Erziehungs- und Bildungsrahmen übersteigen. Den zugrundeliegenden Ausgangspunkt dieser Problemlagen würden dabei (heilpädagogisch relevante) Behinderungen bilden (ebd.). Denn angesichts dessen, dass sie *personal* potentielle Fähigkeiten Zu-Erziehender beschränken und den Erwerb von Kompetenzen sowie von verbindlichen Darstellungs- und Ausführungsweisen beeinträchtigen (ebd., 170), kommen sie in „unüblichen Weltbegegnungs-, -erfahrungs- und -repräsentationsweisen“ (ebd., 28) zum Ausdruck und vermögen dadurch stets auch *sozial* in Erscheinung zu treten (ebd., 205), indem sie zu zwischenmenschlichen Problemen mit Erziehenden führen (ebd., 27)¹⁴. Für Betroffene bedeuten Behinderungszustände und sich darin manifestierende Erziehungs- und Bildungsprobleme nach Kobi (ebd., 113, 135f) mithin, dass sie in ihren personalen ebenso wie sozialen Entwicklungs-, Aneignungs- und Integrationsprozessen benachteiligt werden bzw. sind und diesbezüglich als so eingeschränkt zu gelten drohen, dass sie allenfalls nicht (mehr) als bedeutsame Subjekte wahrgenommen werden und somit „aus dem *gemeinsamen* Lebens- und Erlebniszusammenhang“ (ebd., 118; Hervorh. N.S.) herausfallen. Die „*gegenseitige und gemeinsame* Beschränkung der Daseinsgestaltungsmöglichkeiten“ (ebd., 76; Hervorh. i. O.) von Erziehenden und Betroffenen im Kontext bestehender gesellschaftlicher Verhältnisse, die für letztere mit personalen und sozialen Desintegrations- und Isolationsproblemen in Verbindung steht, bildet daher in Kobis Grundlegungsversuch

¹⁴ Kobi (2004, 27) spezifiziert diese behinderungsbedingten interpersonellen Probleme, indem er ausführt, dass ErzieherInnen „personalen Erlebnis- und Ausdrucksformen [Zu-Erziehender; Anm. N.S.] begegnen, die sich nicht in unbekümmert-naiver Selbstverständlichkeit introspektiv (im Eigenvergleich) und über eine quasi-logische Parallelprojektion („als wär’s ein Stück von mir“) identifizieren und ‚verstehen‘ lassen. Die Eigentümlichkeit eines Behindertseins besteht ... darin, dass ein Mensch durch seine Repräsentationen aus dem für uns das Sein und Sollen qualifizierenden und garantierenden Rahmen fällt.“

den unabdingbaren Ausgangspunkt heilpädagogischer Bemühungen. „Sie [die Heilpädagogik; Anm. N.S.] ist generell da gefordert“, so hält Kobi (2004, 120) demgemäß schließlich fest, „wo eine Person durch Desintegrationsprozesse aus Identität, Sozietät und Normativität in existenzgefährdende Isolation getrieben zu werden droht.“

Mit dieser letztlich vorgenommenen Bestimmung der heilpädagogischen Zielgruppe anhand des Kriteriums der (drohenden) Desintegration bzw. Isolation räumt Kobi erneut ein, dass „durchaus nicht jede/r Behindert/e spezieller pädagogisch-erzieherischer Bemühungen bedarf“ (ebd., 125), sondern nur jene, um die herum sich ein Behinderungszustand mit entsprechend beeinträchtigten Beziehungen entfaltet, durch die die Gefahr personaler und sozialer Desintegration besteht. Zugleich erweitert Kobi damit aber auch die heilpädagogische AdressatInnengruppe, indem er Personen einbezieht, die zwar von Desintegration bedroht oder betroffen sind, jedoch keine Schädigungen und Funktionseinschränkungen aufweisen. Dahingehend weist er darauf hin, dass „auch Behinderungszustände entstehen, ohne dass eine (morphologische) Schädigung oder eine (funktionelle) Behinderung vorliegen“ (ebd., 120) und „auch normalentwicklungsfähige Kinder aufgrund psychosozialer Verzerrungen im Kommunikationsfeld zu AdressatInnen der Heilpädagogik werden können“ (ebd., 125):

„Ein bestimmtes körperliches, personales oder soziales Merkmal kann *per definitionem* durch den Merkmalsträger selbst oder durch definitorische Potentatengruppen ... den Charakter eines Stigmas¹⁵ ... erhalten. So kann sich auch da ein heilpädagogisches Problem ergeben, wo sich ein Mensch – aus welchen Gründen auch immer – behindert *fühlt* und seine, von einem objektivierenden Standpunkt aus gesehen gesunde und unversehrte Persönlichkeit nicht akzeptieren kann oder durch seine Lebenslage in seinen Ansprüchen und in seinem Selbstwertstreben frustriert und verletzt wird“ (ebd., 120; Hervorh. i. O.).

Damit macht Kobi klar, dass er die Auszeugung von Behinderungszuständen schließlich nicht in unbedingtem Zusammenhang mit funktionellen Beeinträchtigungen sieht – obwohl sie, wie oben dargelegt, als eine wesentliche Bedingungs- und Einflussgröße aufgezeigt werden –, und verdeutlicht auf diese Weise seine Sicht, dass bedrohte oder beeinträchtigte zwischenmenschliche Beziehungsverhältnisse (ebd., 127), die auf Seiten

¹⁵ Ein Stigma, verstanden als „sozial bedeutungsvolles Zeichen“ (Kobi 2004, 205), bezieht sich auf „die Situation des [bzw. eines; Anm. N.S.] Individuums, das von vollständiger sozialer Akzeptierung ausgeschlossen ist“ (Goffman 1975, 1 zit. n. Kobi 2004, 205f).

der Betroffenen zu Distanzphänomenen und Desintegration zu führen vermögen, den zentralen heilpädagogischen Ausgangspunkt bilden. „Gegenstand‘ der Heil-Pädagogik ist nicht einfach ‚das Kind‘ oder ‚die Erzieherchaft‘“, so Kobi (2004, 146), „sondern deren Beziehung im Kontext gesellschaftlicher Verhältnisse.“

1.2.2 Behinderungen (Speck)

Speck (2008) geht bei seinem Grundlegungsversuch der Heilpädagogik von einem systemisch-ökologischen Ansatz aus, in dem der Mensch in seiner Lebenswelt im Blickpunkt steht. Dahingehend bezieht sich Speck (ebd., 196f) bei der Frage nach dem Ansatzpunkt heilpädagogischen Handelns auf das Vorliegen einer *Behinderung*¹⁶, die nicht nur personale, sondern auch soziale Folgen einer Schädigung im Sinne einer körperlich und/oder sozial bedingten „psycho-physischen Beeinträchtigung“ (ebd., 196) bezeichne. Aus heilpädagogischer Perspektive werden Schädigungen folglich erst relevant, wenn sie sich personal in dauerhaften „funktionellen Einschränkungen ... im Rollenhandeln“ (ebd., 196f) und sozial in Isolationstendenzen (ebd.) entäußern und damit für Betroffene eine „Bedrohung durch personale und soziale Desintegration“ (ebd., 56), d.h. durch autonomie- und identitätseinschränkende Beeinträchtigungen (ebd., 363) und soziale Ausgrenzungen (ebd., 364) bedeuten – ähnlich wie Kobi (2004, 113, 120) im Rahmen der von ihm gesetzten Begriffsbedeutungen die Gefahr von personalen und sozialen Desintegrationsprozessen ausgehend von Behinderungen in beeinträchtigten Beziehungen sieht. Die konkrete Ausgestaltung von Behinderungen erfolgt dabei nach Speck (2008, 233ff, 244) auf Basis komplexer Wechselwirkungsprozesse jeweils unterschiedlich. Sie sei bestimmt von den normbasierten Erwartungshaltungen und Anforderungen sozialer Gruppen und Instanzen, aufgrund derer Schädigungen auffällig und damit wahrgenommen werden, von den sozialen Einstellungs-, Reaktions- und Handlungsweisen im Rahmen „der Förderung und Integration bzw. der Isolation und Vernachlässigung“ (ebd., 234) sowie der betroffenen Person selbst, ihrem Befinden, ihrer Persönlichkeit und der Verarbeitung der Schädigung (ebd., 233ff, 244).¹⁷

¹⁶ Bezeichnungen, die Speck anstelle des Behinderungsbegriffes (auch) verwendet, werden weiter unten im Text angeführt.

¹⁷ Insofern eine „psychophysische Beeinträchtigung als *Schädigung* ... nur den funktionellen Faktor einer Behinderung“ (Speck 2008, 238; Hervorh. i. O.) darstelle, betont Speck (ebd.; Hervorh. i. O.) die Relevanz, in „Schädigungen heilpädagogisch nur einen *Ausgangsbegriff* zu sehen, nicht einen Leitbegriff.“

Heilpädagogische Legitimationsgrundlage stellen nach Speck (2008, 254ff) aber nicht Behinderungen (oder gar Schädigungen) dar, sondern das, was individuell pädagogisch gefordert ist. Anstatt den vorliegenden, durch Behinderung charakterisierten Erziehungsbedingungen begründen demnach die daraus hervorgehenden *speziellen Erziehungserfordernisse* heilpädagogisches Handeln, die sich auf „die in der Einzelsituation *erforderliche* Art und Weise der Erziehung“ (ebd., 255; Hervorh. i. O.) beziehen, der die konventionellen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nicht gerecht zu werden vermögen (ebd., 254). Damit lenkt Speck den Fokus auf das für einen einzelnen Menschen in seiner Lebenswelt pädagogisch Notwendige, ohne das Abweichende und Belastende in „seiner Bedeutung für die persönliche Lebenssituation und im Sinne der zu spezialisierenden und ‚entsprechenden‘ Hilfe“ (ebd., 253) aus den Augen zu verlieren. Die Heilpädagogik, in dieser Perspektive als spezialisierte „*Individualpädagogik*“ (ebd., 254; Hervorh. i. O.), habe sich somit ausgehend vom Menschen in seiner Lebenswelt daran zu orientieren, „was der Einzelne als pädagogische Hilfe *nötig* hat, was ganz speziell *er braucht*, was für *ihn* und *seine* Erziehung und Bildung im Einzelnen *erforderlich* ist“ (ebd., 253; Hervorh. i. O.).

Mit dieser Akzentuierung des *individuell* pädagogisch *Benötigten* für einen Menschen im Kontext seiner Lebenswelt erteilt Speck einer vorrangigen Orientierung am Abweichenden und insbesondere dem „primär an der Schädigung festgemachte[-n; Anm. N.S.] Behinderungsparadigma¹⁸“ (ebd., 245) als heilpädagogische Legitimationsgrundlage eine Absage (ebd., 254). Vor dem Hintergrund dieser Abwendung von einem allzu individuumszentriert verstandenen Behinderungsbegriff ist dann auch der Umstand zu betrachten, dass Speck die Schwierigkeiten, im Rahmen derer spezielle Erziehungserfordernisse sichtbar werden, (zumeist) nicht Behinderungen, sondern Lern-, Erziehungs- und/oder Entwicklungshindernisse (ebd., z.B. 18, 194, 249) nennt und dem auch bei der Bezeichnung der heilpädagogischen Zielgruppe Rechnung trägt. Anstatt sich begrifflich auf Menschen mit Behinderungen bzw. behinderte Menschen zu beziehen, spricht er (zumeist) von Menschen mit Lern-, Entwicklungs-, Erziehungs- und Lebenshindernissen oder -erschwerungen (ebd., z.B. 33, 217, 248, 264), von Menschen „mit speziellem Erziehungs- und Bildungsbedarf“ (ebd., 18) oder – seiner heilpädagogischen Legitimationsgrundlage gänzlich

¹⁸ In diesem Zusammenhang setzt sich Speck – wie oft in seinem Werk – über die zuvor getroffene Abgrenzung von Schädigungen und Behinderungen hinweg. Er bezieht den Behinderungsbegriff hier – im Sinne eines individuumszentrierten Behinderungsbegriffes – überwiegend auf den Begriffsinhalt einer Schädigung, auf Defizite von Betroffenen.

entsprechend – von „Menschen mit speziellen Erziehungserfordernissen“ (Speck 2008, 19).

1.2.3 Beeinträchtigungen (Bach)

Bach (1999) stellt im Rahmen seines heilpädagogischen Systementwurfs das Vorliegen einer *Beeinträchtigung* als heilpädagogischen Bezugspunkt heraus. Diese sieht er rund um eine Person in einem unausgewogenen Verhältnis begründet, zumal „ein *Verhalten* oder ein *Zustand* eines Menschen angesichts gegebener *Bedingungen* ... als ‚nicht in Ordnung‘, d.h. als bestimmten *Richtigkeitsvorstellungen oder Erwartungen* nicht entsprechend, beurteilt und als der Verbesserung durch besondere Vorgehensweisen bedürftig angesehen wird“ (ebd., 11; Hervorh. N.S.). Beeinträchtigungen stellen demnach ein Ungleichgewicht (ebd., 27ff) dar, das zwischen drei Komponenten auftrete (ebd., 13): (1) den personenbezogenen Faktoren im Sinne der Verhaltens- und Erlebensdisposition eines Menschen in somatischer, emotionaler und kognitiver Hinsicht, die sich in einem Verhalten oder Zustand zeigt (ebd., 13ff), (2) den materiellen, biologischen, kulturellen und sozialen (Er-)Lebensbedingungen¹⁹ (ebd., 18ff) sowie (3) den Umfeldanforderungen und -erwartungen²⁰, die in Abhängigkeit von „gesellschaftlichen, von epochalen wie von regionalen, sozialen und Altersnormen“ (ebd., 17) stehen, explizit oder implizit an eine Person herangetragen werden (oder von ihr bereits verinnerlicht wurden) und dadurch personenbezogene Verhaltensweisen oder Zustände unter gegebenen Bedingungen als irritierend, abweichend oder fehlerhaft und damit auf irgendeine Weise als auffällig aufzudecken vermögen (ebd., 16f, 21ff).

(Heil-)Pädagogische Relevanz gewinnen nach Bach (ebd., 27) daher nicht die einzelnen Komponenten in ihren negativ von der Norm abweichenden Ausprägungen²¹. Als solche und in Summierung stellen sie noch keinen (heil-)pädagogisch bedeutsamen Sachverhalt dar. Ein solcher ent- bzw. besteht demgegenüber, wenn mit Blick auf das

¹⁹ Das Gesamt dieser Lebensbedingungen erstreckt sich, so Bach (1999, 19), „von Klima, Wohnraum, Spiel-, Schul- und Arbeitsplatz über Schlafgelegenheit, Ernährung, Hilfsmittel, sächliche und personelle Anregungen, Modelle, schulische Förderung, Hilfen, Unterstützungen bis hin zu zwischenmenschlichen Bezugsverhältnissen und ihren emotionalen Komponenten.“

²⁰ Nach Bach (1999, 24) sind die Umfeldanforderungen und -erwartungen dabei mit den Lebensbedingungen eng verknüpft, sodass sie nicht vollends voneinander unterschieden werden können.

²¹ Eine negativ von der Norm abweichende Verhaltens- und Erlebensdisposition eines Menschen in funktioneller und/oder inhaltlicher Hinsicht bezeichnet Bach (1999, 14) als *Schaden*, entsprechende Erlebens- und Verhaltensbedingungen als *Benachteiligungen* (ebd., 19) und unangemessene Anforderungen in Form von Über-, Unter- oder normwidrigen Anforderungen als *Belastungen* (ebd., 21).

strukturelle Verbindungs- und Bedingungsgefüge der drei Komponenten Unstimmigkeiten sichtbar werden, die insgesamt eine *Diskrepanz* zwischen der individuellen Disposition eines Menschen, seinen Lebensbedingungen und den Umfeldanforderungen an ihn bedeuten. „Das Problem als wesentliches Konstituens sonderpädagogischen Fragens und Handelns“ (Bach 1999, 27), das von Bach als Beeinträchtigung bezeichnet wird, liegt daher „in der mangelnden Balance der verschiedenen Komponenten, so dass unter den gegebenen dispositionalen Umständen und Umfeldbedingungen bestimmten Anforderungen bezüglich des Verhaltens bzw. Erlebens nicht entsprochen werden kann“ (ebd.). Da insofern der „Stellenwert der negativen Abweichung einer Komponente für die Gesamtbalance und damit für das Problemgewicht von der Ausformung der anderen Komponenten abhängig ist und sich mit deren Veränderung zugleich insgesamt verändert“ (ebd., 29), handle es sich bei einer Beeinträchtigung grundlegend um einen relationalen Sachverhalt. Sie sei ein Gefüge sich gegenseitig bedingender Faktoren mit unterschiedlichen Ausprägungsschwerpunkten (und -graden²²), wobei prinzipiell jede Komponente in ihrer negativ abweichenden Ausformung den Ausgangspunkt eines Balanceverlustes darstellen könne (ebd., 29).

Den Gegenstandsbereich der Heilpädagogik bilden Beeinträchtigungen nach Bach (ebd., 30) jedoch erst, wenn im Rahmen der Balancemängel und ihres Ausgleichs, die als „Grundgegebenheit menschlichen Lebens“ (ebd.) jegliches pädagogische Tätigsein kennzeichnen (ebd.), besondere Maßnahmen angezeigt sind, wenn also – um auf das einleitende Zitat dieses Unterkapitels zurückzukommen – „ein Verhalten oder ein Zustand eines Menschen angesichts gegebener Bedingungen ... als ‚nicht in Ordnung‘, d.h. als bestimmten Richtigkeitsvorstellungen oder Erwartungen nicht entsprechend, beurteilt *und als der Verbesserung durch besondere Vorgehensweisen bedürftig angesehen wird*“ (ebd., 11; Hervorh. N.S.). Demnach seien heilpädagogisch relevante Beeinträchtigungen mit einer Bedürfnis- bzw. Bedarfseinschätzung bezüglich besonderer Verfahrensweisen verbunden. Deren Kriterium stelle Bach (ebd., 30f) zufolge neben festgestellten bzw. vermuteten Balancemängeln und entsprechenden Abweichungen der einzelnen Komponenten das subjektive Befinden beteiligter

²² Bach (1999, 34f) unterscheidet drei Beeinträchtigungsgrade, namentlich Behinderungen, Störungen und Gefährdungen, die sich anhand des Umfangs betroffener (Teil-)Komponenten, des Diskrepanzausmaßes der Abweichungen von der Norm und der Bestehensdauer differenzieren lassen. Die Bedeutung einer derartigen Unterscheidung sieht er dabei in der „Signalisierung unterschiedlicher Bedarfslagen und entsprechender Größenordnung vorzusehender Angebote“ (ebd., 43).

Personen dar. Denn das Leiden des/der Betroffenen²³ und „des Umfeldes (etwa der Eltern, Geschwister, Klassen) an dem Verhalten und Sosein des Betreffenden“ (Bach 1999, 31), das besonders durch benachteiligende Lebensbedingungen in Form von Ausgrenzung und Isolierung bedingt oder verstärkt werde (ebd., 45, 80), ebenso wie die erfahrenen oder vermuteten Insuffizienzgefühle der im Regelbereich tätigen ErzieherInnen bezüglich fehlender Kompetenzen (ebd., 31, 48), seien maßgebliche Orientierungsgrößen, die die Besonderheit von Balancemängeln angeben und damit heilpädagogisches Handeln als angezeigt erscheinen lassen.²⁴ „Jedenfalls aber ist der Bedarf an Sonderpädagogik umso größer“, so stellt Bach (ebd., 32) schließlich fest, „je ausgeprägter das Missverhältnis von Anforderungen, individueller Disposition und Bedingungen sowie ein entsprechender Leidensdruck ist und je schwächer die regulären Kompetenzen zur Bewältigung der Probleme ausgeprägt sind.“

Vor dem Hintergrund dieser dritten und letzten Bestimmung des heilpädagogischen Gegenstandsbereiches in dieser Arbeit wird das Augenmerk nun auf eine Zusammenschau der vorausgegangenen Ausführungen gelegt. Gegenstandsbezogene Gemeinsamkeiten und Unterschiede der heilpädagogischen Grundlegungsversuche sollen hier aufgezeigt werden, bevor in die differenzierte Auseinandersetzung mit den Zielsetzungen heilpädagogischen Handelns eingestiegen wird.

1.2.4 Zusammenschauende Betrachtung

Sowohl Kobi (2004) als auch Speck (2008) und Bach (1999) gehen in ihrem heilpädagogischen Grundlegungsversuch nicht von Problemen aus, die isoliert an einer Person festgemacht werden, sondern von einem mehrdimensionalen, problembehafteten Bedingungsgeflecht, auf das sich die Heilpädagogik in Theorie und Praxis grundlegend zu beziehen hat. Als wesentliche konstitutive Elemente werden dabei in allen drei Systementwürfen (1) personenbezogene Merkmale u. a. in physischer, psychischer,

²³ Welcher individueller *Stellenwert* einem Schaden zukommt, hänge nach Bach (1999, 15ff) nicht nur von den Anforderungen und Bedingungen ab, sondern auch von der betroffenen Person, deren Befindlichkeit und Verarbeitung des Schadens.

²⁴ Bach (1999, 50) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Heilpädagogik „eine relative Größe mit fließenden Übergängen zur Regelpädagogik darstellt“, insofern das Erfordernis ihres Wirksamwerdens von der Qualifikation und Selbsteinschätzung der RegelpädagogInnen abhängt ebenso wie vom „Kompetenzbewusstsein von [heilpädagogischen; Anm. N.S.] Fachleuten hinsichtlich der Förderung bei vorliegenden Beeinträchtigungen mit dem Glauben an die wertorientierte Veränderbarkeit und dem Willen zur Veränderung der Gegebenheiten“ (ebd., 49).

sozial-emotionaler und kognitiver Hinsicht, die mitunter in Verhaltensweisen, Zuständen, im Rollenhandeln, in der Leistung und/oder Präsentation der Person zum Ausdruck kommen, und (2) normative Umfeldanforderungen und -erwartungen, durch die Personmerkmale auffällig werden, aufgezeigt, weiters (3) (Er-)Lebensbedingungen, die bei Kobi und Speck vor allem auf soziale Reaktions- und Handlungsweisen und (gesellschaftlich) gebotene Hilfestellungen und bei Bach darüber hinaus auch auf materielle, biologische und kulturelle Lebensgegebenheiten bezogen werden, sowie (4) betroffene Personen mit ihrem subjektiven Erleben und (Wohl-)Befinden selbst.

Das Bedingungsgefüge, das durch diese vier Elemente bestimmt wird und – begrifflich unterschiedlich – bei Kobi als „Behinderungszustand“, bei Speck als „Behinderung“ bzw. „Lern-, Erziehungs- und/oder Entwicklungshindernis“ und bei Bach als „Beeinträchtigung“ bezeichnet wird, stellt die Basis dar, von der ausgehend individuelle Schwerpunkte gesetzt werden, sodass der konkrete heilpädagogische Bezugspunkt in den Systementwürfen unterschiedliche Akzentuierungen erfährt. So beruft sich Kobi auf spezielle, d.h. pädagogisch unkonventionelle Erziehungs- und Bildungsprobleme in zwischenmenschlichen Verhältnissen von Betroffenen und Erziehenden, die sich zum einen auf Kommunikations- und Beziehungs- und zum anderen auf Vermittlungs- und Aneignungsprobleme beziehen. (Drohende) Schwierigkeiten für Betroffene sieht er hierbei in personalen und sozialen Desintegrations- und Isolationsprozessen und damit in Bezug auf die Ausbildung von Kompetenzen, Darstellungs- und Ausführungsweisen sowie hinsichtlich des bedeutungsvollen sozialen Eingebundenseins im ErzieherInnen-Betroffenen-Verhältnis. Speck geht bezugnehmend auf das Bedingungsgeflecht einer Behinderung, verstanden als funktionelle und soziale Folgen einer psycho-physischen Beeinträchtigung, ebenfalls von der Bedrohung der Betroffenen durch personale und soziale Desintegration aus. Erstere bestimmt Speck im Vergleich zu Kobi jedoch unspezifischer als autonomie- und identitätseinschränkende Beeinträchtigungen, während er letztere über soziale Ausgrenzungen im Allgemeinen und nicht wie Kobi spezifisch im Hinblick auf das ErzieherInnen-Betroffenen-Verhältnis konkretisiert. Heilpädagogisches Handeln erachtet Speck diesbezüglich dann als legitim, wenn sich spezielle, über den konventionellen Erziehungs- und Bildungsrahmen hinausgehende Erziehungserfordernisse abzeichnen, wodurch Speck mit Kobi übereinstimmt, dass die Heilpädagogik bei pädagogisch *unkonventionellen* Problemen bzw. Erfordernissen ansetzt. Zum Tragen kommt dieser Aspekt des Unkonventionellen darüber hinaus aber auch bei Bach, wenn er den gegenstandskonstitutiven Faktor der Heilpädagogik in dem

Vorliegen einer Beeinträchtigung im Sinne einer Unstimmigkeit zwischen den ersten drei der oben genannten Elemente und dem diesbezüglichen *Bedarf an besonderen Maßnahmen* sieht. Letzterer wird dabei vom Befinden und Leidensdruck der Betroffenen sowie der näheren sozialen Umwelt (etwa von Familienmitgliedern) im Kontakt mit den Betroffenen und der im Regelbereich pädagogisch Tätigen in Form von vermuteten oder erfahrenen Insuffizienzgefühlen abhängig gemacht. Damit werden personale und soziale Probleme rund um Betroffene, anders als bei Kobi und Speck, zwar nicht näher bestimmt, aber doch ausdrücklich als heilpädagogischer Ansatzpunkt angesprochen, wobei soziale Probleme in Abgrenzung zu Kobi und in Analogie zu Speck nicht auf das ErzieherInnen-Betroffenen-Verhältnis beschränkt werden.

Der heilpädagogische Gegenstandsbereich lässt sich daher knapp durch *personal* und *sozial bzw. interpersonal* in Erscheinung tretende oder drohende Problemlagen bestimmen, die 1) rund um Personen auftreten, an denen unter gegebenen Bedingungen von normativen Anforderungen und Erwartungen abweichende Verhaltensweisen, Merkmale oder Zustände festgemacht werden, und die als solche 2) den konventionellen Erziehungs- und Bildungsrahmen übersteigen.

Welche Zielsetzungen die Heilpädagogik auf Basis dieser Fassung des Gegenstandsbereiches leiten, steht im Zentrum des nächsten Unterkapitels.

1.3 Leitideen

Leitideen stellen diejenigen Motive dar, in deren Rahmen sich heilpädagogische Tätigkeiten gestalten und auf die hin dieselben ausgerichtet sind. Als solche sind sie konstitutiv für die Heilpädagogik, indem sie auf Grundlage des festgelegten Gegenstandsbereiches eine richtungsweisende Funktion für sie erfüllen. Wie bei der vorangegangenen Bestimmung des Gegenstands der Heilpädagogik wird die Analyse der heilpädagogischen Leitideen im Weiteren differenziert nach den drei Heilpädagogen Kobi (1.3.1), Speck (1.3.2) und Bach (1.3.3) erfolgen, bevor einige Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Fassungen der heilpädagogischen Leitideen in einer zusammenschauenden Betrachtung (1.3.4) herausgearbeitet werden.

1.3.1 Gemeinsame Daseinsgestaltung (Kobi)

Vor dem Hintergrund der Bestimmung des heilpädagogischen Gegenstandes durch beeinträchtigte Beziehungs-Verhältnisse, die für betroffene Personen die Gefahr in sich

bergen, „aus dem gemeinsamen Daseinszusammenhang herauszufallen“ (Kobi 2004, 113), ist heilpädagogisches Handeln nach Kobi (ebd., 78, 316) auf das Thema der *gemeinsamen* Daseinsgestaltung bezogen. Dabei stehe die Frage im Mittelpunkt, „wie wir das, was wir als [eigene und andere; Anm. N.S.] Realität erfahren und (als) wahr (-nehmen), *miteinander in Beziehung setzen* und *aufeinander abstimmen* und wie wir auf diese Weise dynamisch wechselnde *gemeinsame Welten* und Kooperationsbasen herzustellen vermögen“ (ebd., 27; Hervorh. N.S.). Es gehe um eine Beziehungs- und zugleich Sinnstiftung (ebd., 305), zumal Sinn einen Menschen „in eine gemeinsame Welt des Erlebnis- und Erfahrungsaustausches“ (ebd., 303) einbeziehe, sodass für Kobi die Leitidee heilpädagogischen Handelns darin besteht, im *Miteinander* Möglichkeiten zu finden, das Leben im Rahmen gesellschaftlicher Verhältnisse²⁵ sinnvoll zu bewältigen und zu gestalten²⁶, indem Erlebens-, Ausdrucks- und Handlungsweisen von betroffenen Personen und ErzieherInnen im Sinne einer „intersubjektive[-n; Anm. N.S.] Stimmigkeit“ (ebd., 57) in Einklang gebracht werden²⁷. Demzufolge können eine „kindseitige Verhaltensänderung und Kompetenzerweiterung möglichst dauerhafter, zuverlässiger Art in Richtung auf bestimmte, als erstrebenswert und sinnvoll erachtete Lebens- und Beziehungsformen“ (ebd., 86) auch nicht der alleinige Zielaspekt der Heilpädagogik sein. Änderungen der Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen der Erziehenden seien mit Blick auf einen „*bilateralen Beziehungswandel*“ (ebd.; Hervorh. i. O.) jedenfalls einzuschließen (ebd., 318).

Wie anzustrebende Lebensweisen und Beziehungsformen inhaltlich zu bestimmen sind und damit eine gemeinsame Daseinsgestaltung auszusehen hat, könne hierbei jedoch nicht vorab entschieden werden. Denn es würde der *Subjekthaftigkeit* betroffener Personen zuwiderlaufen, sie auf prädisponierte Daseinsformen hin auszurichten (ebd., 317): Damit aus „zuhandenem Sein ... gestalthaftes Dasein und Mitsein“ (ebd., 30) werden kann, so stellt Kobi (ebd., 317) klar, sind Betroffene als Subjekte mit ihrer Befindlichkeit, ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit und ihrem „bedeutungsverleihende[-n; Anm. N.S.] Erleben“ (ebd., 36) und damit als „Vertrags- und Verhandlungspartner in

²⁵ Nach Kobi (2004, 79ff) vollzieht sich die gemeinsame Daseinsgestaltung vor allem zwischen den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Personen und den Intentionen der ErzieherInnen, jedoch sind dabei zugleich immer auch gesellschaftliche Ansprüche zur Erhaltung des Status-quo sowie die ideologischen Ausrichtungen, die über die Gegenwart hinausreichen, einzubeziehen.

²⁶ Kobi (2004, 118, 120) spricht in diesem Zusammenhang auch von Integration, zumal er darunter die „gemeinsame Existenzdeutung und Daseinsgestaltung“ (ebd., 118) fasst.

²⁷ Dahingehend stellt Kobi (2004, 72) auch heraus, dass „Erzogenheit ... ihren Ausdruck in interpersonal gestalteten Beziehungs-, Lebens- und Daseinsformen“ findet.

Sachen Daseinsgestaltung“ (Kobi 2004, 117) wahrzunehmen und anzuerkennen. Insofern richtet Kobi sein Hauptaugenmerk bei der Beschäftigung mit Zielfragen im Weiteren auch nicht auf festgelegte Zielpunkte, sondern – unter Bezugnahme auf eine strukturelle Teleologie – auf die Bedingungen, „unter denen Ziele für die personale und soziale Daseinsgestaltung interpersonal gewählt und auf Vertragsbasis ausgehandelt werden können“ (ebd., 318). Es geht um das für jedes Subjekt *allgemein* Benötigte, um die erzieherseitig sicherzustellenden *Strukturen*, die eine Zielfindung und -realisierung in Form der gemeinsamen Lebensbewältigung und Daseinsgestaltung ermöglichen sollen (ebd.). Zu denken ist nach Kobi (ebd., 319f; Hervorh. i. O.) hierbei an die grundsätzliche „Möglichkeit zur *Entfaltung*“ eines Subjekts in einem psychosozialen Feld, weiters an das Erfordernis „der *Sicherung* seiner Existenz“, „der *Achtung* und *Anerkennung* seiner Personhaftigkeit“, „der *Bindung* und des *Kontakts*“, „der *Förderung* und *Anregung*“, „der *Ordnung* und der *Strukturen*“, „des *Geleits* und der *Führung*“, „des *Vertrauens* und der *Verlässlichkeit*“, „der *Ziele* und *Perspektiven* innerhalb der konkreten gesellschaftspolitischen, kulturellen und historischen Situation“ und „der *Mündigkeit* und *Selbständigkeit* hinsichtlich eigener Zielfindung und -realisierung sowie der Vertragsfähigkeit und Verträglichkeit im interpersonalen Diskurs um gemeinsame Zielsetzungen.“ – Thematisiert werden von Kobi (ebd., 320) im Hinblick auf die übergeordnete Leitidee der gemeinsamen Daseinsgestaltung daher nicht die von Zu-Erziehenden zu erfüllenden Anforderungen. Vielmehr stehen die diesbezüglichen Angebote, Darbietungen und Bereitstellungen auf erzieherischer Seite im Vordergrund, sodass sich die Heilpädagogik nicht an der Frage orientieren könne „Was soll aus diesem Kindermaterial, von einer außerhalb seiner Subjekthaftigkeit stehenden Instanz her betrachtet, werden?“ (ebd.), sondern an der Frage auszurichten habe „Was hat Erziehung dem Daseinsgestaltungs-Laien ‚Kind‘ zu bieten?“ (ebd.).

1.3.2 Sinnerfülltes Leben infolge personalen und sozialen Integriert- und Kompetentseins (Speck)

Speck (2008) sieht die Leitidee heilpädagogischer Tätigkeiten entsprechend der Gefahr für Menschen mit Behinderung „durch personale und soziale Desintegration“ (ebd., 56) zentral in der „personale[-n; Anm. N.S.] Selbstwerdung des Menschen in mitmenschlicher Gemeinsamkeit“ (ebd., 291), mithin in *personaler und sozialer Integration* (ebd., 363ff). Dahingehend stellt er ein „Ganzwerden“ (ebd., 363) sowohl im Hinblick auf den einzelnen Menschen als auch hinsichtlich des Sozialgefüges als

handlungsleitenden Bezugspunkt der Heilpädagogik heraus. Es gehe um ein personales und soziales Ganzwerden trotz oder mit einer vorliegenden psycho-physischen Beeinträchtigung (Speck 2008, 364)²⁸, womit Speck zwei Zielgrößen angibt, die er in einem wechselseitigen Bedingungsgefüge verstanden wissen will: „*Personale* Integration lässt sich nur begrifflich von *sozialer* Integration trennen. Beide wirken aufeinander ein, bedingen einander“ (ebd., 363; Hervorh. i. O.).

Im Konkreten beziehe sich die personale Integration dabei auf die Persönlichkeit eines Menschen und ihre innere Kohärenz (ebd.). Selbstverwirklichung im Sinne von „Selbst-sein oder Eins-sein mit sich selber, sich selber bejahen und auch ertragen“ (ebd., 406) trotz aller Probleme und Unzulänglichkeiten – so lasse sich die personale Integration mit ihrer Ermöglichung von Selbstbestimmung charakterisieren (ebd., 363). Soziale Integration stelle demgegenüber die soziokulturelle Partizipation dar, die in der „Verbundenheit mit dem sozialen und kulturellen Ganzen, in sozialer Zugehörigkeit und aktiver Beteiligung an der Gestaltung des gemeinsamen Lebens“ (ebd., 364) in der Familie, im Kindergarten, in der Schule, am Arbeitsplatz usw. ihren Ausdruck finde. Als solche sei sie Ziel für Betroffene ebenso wie für die soziale Umwelt (ebd.). Sie „ist ein Ziel, das gewissermaßen von zwei Seiten aus erreicht werden muss“ (ebd.), denn

„soziale Integration, die sich als Aufgabe ausschließlich an den einzelnen behinderten Menschen richtete, also ihm allein aufgelastet würde, könnte keine eigentliche Integration bewirken, keine wirkliche Annahme und Einbeziehung durch die Anderen, wenn sich nicht zugleich auch die sozialen Positionen und Bereitschaften auf der anderen Seite auf die sozialen Bedürfnisse behinderter Menschen hin veränderten“ (ebd., 407).

Auf Seiten von Menschen mit Behinderung sieht Speck (ebd., 365) die soziale, aber auch die personale Integration vor allem mit dem Erwerb von *Kompetenzen* verbunden.²⁹ Bei diesem heilpädagogischen Leitziel des Kompetentseinkönnens gehe es

²⁸ Diesbezüglich erläutert Speck (2008, 364): „Das Gelingen personaler und sozialer Integration ... bedeutet zugleich das Integrieren der im Einzelfall vorliegenden Schädigung oder Auffälligkeit in das eigene Selbstkonzept und, gesellschaftlich gesehen, zugleich in das Sozialkonzept einer Gesellschaft.“

²⁹ Obwohl Speck (2008, 365) den Kompetenzerwerb als Leitziel (unverbunden) neben dem Integrationskomplex erläutert, zeigt die Auflistung der Teilinhalte personaler und sozialer Integration an späterer Stelle (ebd., 406), dass er nicht unabhängig davon zu sehen ist: Hier werden vor allem Sach- und Sozialkompetenzen als explizite Inhalte personaler und sozialer Integration angeführt, womit sie als (mit-)bedingende Faktoren für das Erreichen personaler und sozialer Integration angesehen werden können.

um das Erlernen lebenswichtiger Fertigkeiten, um „Befähigungen des Selbst“ (Speck 2008, 327) und zwar in Bezug auf einzelne Funktionen, wie etwa die Wahrnehmung, Bewegung, Sprache, Kommunikation und Kognition, ebenso wie hinsichtlich ganzer Kompetenzbereiche (ebd., 365f). Diese ließen sich in Sach-, Sozial- und moralische Kompetenzen unterscheiden, wobei die beiden ersteren Befähigungen zum einen im Hinblick auf dingliche Gegebenheiten und zum anderen bezüglich des sozialen Zusammenlebens bezeichnen (ebd., 366), und mit letzteren Einstellungshaltungen „im Sinne von sittlicher Autonomie, Verpflichtung und Verantwortlichkeit gegenüber sich selbst und Anderen“ (ebd.) benannt werden.

Letztlich geht Speck bei der Frage nach den Leitideen heilpädagogischen Handelns jedoch über die personale und soziale Integration sowie den Kompetenzerwerb als (ausschließlich) handlungsleitende Motive hinaus. Denn trotz der großen Bedeutung, die er ihnen explizit beimisst (ebd., 363ff), weist er schließlich unter einer Sinnperspektive das Erlangen von „Sinn für das eigene Leben und für das Leben in einer gemeinsamen Welt“ (ebd., 300), d.h. ein als sinnvoll erachtetes Dasein in der Gemeinschaft als heilpädagogische Leitidee aus: „Worum es letztlich und insgesamt pädagogisch geht, das ist auch als *sinnerfülltes Leben* bezeichnet worden“ (ebd., 301; Hervorh. i. O.). Dass er diese Leitidee des Lebenssinns aber nicht losgelöst von den drei anderen als einen weiteren Zielpunkt heilpädagogischen Handelns betrachtet, wird durch die einzelnen Komponenten ersichtlich, die er für ein sinnerfülltes Leben als wesentlich herausstellt:

- „- Das Erleben-können des persönlichen Angenommen-seins (Sinn im Leben-dürfen)
- genügend Gelegenheiten und – soweit nötig – Unterstützung, den Sinn der dinglichen Welt zu erfahren, und sie zu gestalten (Sinn im Können)
- das eigene Selbst als anerkanntes Zentrum der eigenen Sinngestaltung erfahren und leben können (Sinn im Selbst-verwirklichen)
- die Bedeutung der gemeinsamen Welt- und Sinngestaltung erfahren und leben können (Sinn in der mitmenschlichen Gemeinschaft)
- die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten und die Verantwortlichkeit für die Anderen akzeptieren und praktizieren (Sinn der eigenen Begrenzung)
- Teilhaben-können an einem Leitsystem menschenwürdigen Zusammen-lebens aller und am Sinn der künftigen Welt (letzter Sinnhorizont)“ (ebd.).

Hier zeigt sich, dass Speck ein sinnerfülltes Leben und den Integrationskomplex einschließlich des Kompetenzerwerbs nicht als nebeneinander stehende Leitideen der Heilpädagogik auffasst, sondern ersteres vielmehr *über* und *in* einem personalen und sozialen Integriert- und Kompetent-Sein erreicht sieht. Insofern kann festgehalten werden, dass es in der Heilpädagogik nach Speck (2008, 56) „im Besonderen um die Herstellung oder Wiederherstellung der Bedingungen für eigene Selbstverwirklichung und Zugehörigkeit, für den Erwerb von Kompetenz und [damit insgesamt von; Anm. N.S.] Lebenssinn ... geht, soweit es dazu spezieller Hilfe bedarf.“³⁰

1.3.3 Selbstverwirklichung in sozialer Eingliederung (Bach)

Bach (1999) stellt als Leitidee heilpädagogischen Handelns vor dem Hintergrund seines Verständnisses von Beeinträchtigungen als Unstimmigkeit zwischen der individuellen Disposition, den Lebensbedingungen und Umfeldanforderungen eine „Balance auf möglichst hohem Niveau“ (ebd., 73) heraus. Begrifflich fasst er diese unter dem Ausdruck „*Selbstverwirklichung in sozialer Eingliederung*“ (ebd., 72; Hervorh. i. O.), sodass es in der Heilpädagogik um eine weitestmögliche Selbstentfaltung beeinträchtigter Menschen durch und in integrativen zwischenmenschlichen Bezugsverhältnissen gehe, die sich durch authentische und respektvolle Begegnungen, durch Gleichberechtigungen und gemeinsame Handlungsvollzüge unter Bewahrung der größtmöglichen Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit vor allem auch beeinträchtigter Menschen auszuzeichnen haben (ebd., 80f).

Die differenzierte begriffsinhaltliche Bestimmung dieser heilpädagogischen Leitidee führt hierbei bei Bach (ebd., 72f) zurück zu den drei Grundkomponenten von Beeinträchtigungen, wobei sich folgende Zielaspekte erkennen lassen: Im Bereich der individuellen Disposition sei die „*Integrationsfähigkeit* auf der Seite der beeinträchtigten Menschen“ (ebd., 83; Hervorh. i. O.) anzustreben. So richte sich heilpädagogisches Handeln auf das Kompetentseinkönnen in funktionaler und inhaltlicher Hinsicht und auf die Gewinnung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit (ebd., 74f). In Bezug auf die Erlebensdisposition gehe es zudem um soziales Wohlbefinden sowie um das

³⁰ In der Terminologie Specks (2008, 263f) system-ökologischen Ansatzes lässt sich die heilpädagogische Leitidee als *Sich-Einhausen* und *Heimischwerden* (oikos = Haus, Heim) von Menschen mit Behinderung beschreiben, d.h. als sinnvolle Gestaltung des „eigene[-n; Anm. N.S.] Dasein[-s; Anm. N.S.] auf der Basis der gegebenen individuellen Bedingungen im Zusammenwirken mit Anderen.“

fortwährende Erleben von Sinn (Bach 1999, 74f): „Der Vermittlung, dem *Angebot von Lebenssinn*“ (ebd., 75; Hervorh. i. O.), sei beständig nachzukommen, denn

„bei allem Gewicht des Verhaltens, der Leistungsfähigkeit, der Tüchtigkeit, der Kompetenzen – ohne eine Obsorge für innere Erfüllung, für ... die Vermittlung von zwischenmenschlichen Beziehungen, von Erlebnissen, von lohnenden Sinnangeboten, von erfüllenden Aufgaben stößt auch die Bemühung um die Tüchtigkeit bald an ihre Grenzen“ (ebd.).

Was die Lebensbedingungen anbetrifft, stellt Bach (ebd., 83; Hervorh. i. O.) die „*Integrationsbereitschaft* auf der Seite des Umfeldes“ als heilpädagogische Zielsetzung³¹ heraus. Insbesondere sei hier die Qualifizierung der Mitmenschen für ein bereitwilliges und unterstützendes In-Kontakt-Treten und -Bleiben mit beeinträchtigten Personen zu verfolgen, sodass sich die Heilpädagogik neben einer bestmöglichen psychischen Stabilisierung und Begleitung von Familienmitgliedern um eine emotionale Annahme der Betroffenen in ihrem Sosein, ihre familiäre Eingliederung und um angemessene Verhaltensweisen des näheren und weiteren sozialen Umfeldes zu bemühen habe (ebd., 77f).

Im Bereich der Umfeldanforderungen und -erwartungen werde schließlich der Abbau von Über-, Unter- und normwidrigen Anforderungen von Seiten der sozialen und materiellen Umwelt ebenso wie von Seiten der Betroffenen selbst angestrebt, um deren Angemessenheit im Hinblick auf die individuelle Disposition Beeinträchtigter und ihre Lebensbedingungen sicherzustellen (ebd., 79). So

„geht es teils um die Befreiung von verinnerlichten Fremdforderungen oder von selbst auferlegten Anforderungen ... Teils geht es um Korrekturen etwa von Laissez-faire-Haltungen oder problematischen (etwa auch religiös oder weltanschaulich firmierten) abwegigen Anforderungen ... Und dann geht es um den Abbau von Umfeldervwartungen, die in der Form gesellschaftlicher Einstellungen, Rollenvorgaben, Normen und vorgeblicher Sachzwänge [im Sinne als unausweichlich erscheinender materieller Bedingungen; Anm. N.S.] wirksam sind“ (ebd.).

³¹ Bach (1999, 76) räumt an dieser Stelle ein, dass das gesamte Aufgabenfeld der Reduzierung benachteiligender Lebensbedingungen „den Rahmen pädagogischer Möglichkeiten und Kompetenzen überschreitet“ und sich die Heilpädagogik vor allem auf soziale Lebensbedingungen bezieht. Eine kooperative Zusammenarbeit mit medizinischen, sozialen und sozialpolitischen Diensten bezüglich anderer benachteiligender Lebensbedingungen sei daher erforderlich (ebd., 78).

Welche Berührungs- und Differenzierungspunkte sich nun hinsichtlich der herausgearbeiteten Zielvorstellungen im Rahmen der Systementwürfe von Kobi, Speck und Bach ergeben, wird in der zusammenschauenden Betrachtung im nächsten Abschnitt dargelegt.

1.3.4 Zusammenschauende Betrachtung

In Anbetracht der heilpädagogisch relevanten Problemlagen im personalen und interpersonalen Bereich bestimmen Kobi (2004), Speck (2008) und Bach (1999) die Leitideen der Heilpädagogik vorrangig mit Blick auf Betroffene, das soziale Umfeld und interpersonale Beziehungen. So stellt Kobi mit der „gemeinsamen Daseinsgestaltung“ das soziale Eingebundensein Betroffener im Sinne interpersonal stimmiger und sinnerfüllter Beziehungen zwischen als Subjekten verstandenen Betroffenen und ErzieherInnen heraus, bei denen es nicht nur um Verhaltensänderungen und Kompetenzerweiterungen auf Seiten der Betroffenen gehen könne, sondern auch um Einstellungs- und Verhaltensänderungen der ErzieherInnen gehen müsse. Speck akzentuiert mit der Leitidee des „sinnerfüllten Lebens infolge personalen und sozialen Integriert- und Kompetentseins“ ein sinnvoll erlebtes Da- und Mitsein Betroffener. Ein solches sei über das Erlangen von Selbstbestimmung und -akzeptanz, von Sach-, Sozial- und moralischen Kompetenzen, von Lebensfunktionen und sozialer Zugehörigkeit möglich, wobei das Erlangen letzterer auch Einstellungs- und Verhaltensänderungen der Mitwelt erfordere. Kobi und Speck betonen im Kontext der Leitideen mithin beide die Sinnerfüllung, Befähigungen und Kompetenzen Betroffener sowie ihr soziales Einbezogenensein, das Veränderungen von Mitmenschen verlange. Im Unterschied zu Kobis Hauptfokus auf die Beziehung von Betroffenen und ErzieherInnen fasst Speck unter dem Ziel des sozialen Eingebundenseins jedoch nicht das ErzieherInnen-Betroffenen-Verhältnis, sondern in allgemeiner Form die Teilhabe(-möglichkeiten) Betroffener an sozialen Lebensbereichen. Zudem legt Speck hierbei zwar Ziele auf Seiten der Betroffenen *und* ihrer Mitmenschen fest, bezieht sich jedoch nicht explizit und prioritär auf die *Stimmigkeit* der Erlebens-, Verhaltens- und Handlungsweisen der Beteiligten, so wie dies in Kobis Systementwurf der Fall ist. Bach bestimmt die Leitidee der Heilpädagogik schließlich als „Selbstverwirklichung in sozialer Eingliederung“. Unter sozialer Eingliederung versteht er dabei, in Übereinstimmung mit Speck, allgemein integrative Bezugsverhältnisse von betroffenen Personen und ihren Mitmenschen und stellt diesbezüglich – wie *beide* anderen Autoren auch – förderliche

Erlebens- und Verhaltensweisen der sozialen Umwelt als heilpädagogischen Zielaspekt heraus. Weitere Zielsetzungen sieht er zum einen in der Integrationsfähigkeit der Betroffenen vor allem auf Basis von funktionellen und inhaltlichen Kompetenzen, Selbstständigkeit und Lebenssinn im Da- und Mitsein und zum anderen in der Angemessenheit der Anforderungen und Erwartungen, die von der sozial-kulturellen und materiellen Umwelt und/oder auch von Betroffenen selbst gestellt werden. Damit schließt Bach mit ersterer Zielsetzung an die Sinn-, Befähigungs- und Kompetenzperspektive in Bezug auf Betroffene an, die sowohl Kobi als auch Speck aufgreifen, lässt sich aber aufgrund der nicht unmittelbaren Bezugnahme auf eine interpersonale Stimmigkeit weniger bei Kobis als bei Specks diesbezüglicher Zielauffassung verorten, während er mit den angemessenen Anforderungen eine heilpädagogische Zielvorstellung benennt, die in den anderen beiden Grundlegungsversuchen so nicht herausgestellt wird.

In Anlehnung an die drei Systementwürfe von Kobi, Speck und Bach geht es in der Heilpädagogik insofern um ein *kompetentes und zugleich sinnvoll erlebtes Dasein betroffener Personen im sozialen Miteinander*, das in der Gesamtheit gesehen die folgenden vier Zielbereiche umschließt:

- In Bezug auf betroffene Personen wird auf Kompetenzen, Funktionen, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und -akzeptanz sowie Sinnerleben im Da- und Mitsein gezielt,
- auf (eng und weit gefasster) interpersonaler Ebene wird das soziale Einbezogenensein Betroffener und eine möglichst stimmige Beziehungsgestaltung beabsichtigt,
- hinsichtlich der Mitwelt, einschließlich der Erziehenden selbst, werden sozial-integrative Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen als Voraussetzung für die Ein-Beziehung und Gestaltung interpersonaler Bezüge mit Betroffenen intendiert und
- im Hinblick auf die Anforderungen und Erwartungen der sozial-kulturellen und materiellen Umwelt sowie der Betroffenen selbst wird die Angemessenheit derselben angesichts der gegebenen personalen und umweltbezogenen Bedingungen angestrebt.

Wie sich der Tätigkeitsbereich auf Basis dieser handlungsleitenden Ideen der Heilpädagogik fassen lässt, stellt den thematischen Hauptbezugspunkt des nächsten Unterkapitels dar.

1.4 Tätigkeitsbereich

Mit dem Tätigkeitsbereich der Heilpädagogik steht das heilpädagogische Handeln, das ausgehend von einer wahrgenommenen Problematik im Rahmen des Gegenstandsbereiches auf leitende Ideen hin gerichtet ist, im Mittelpunkt. Worin dieses heilpädagogische Handeln besteht, wird im Folgenden analog zu den beiden vorausgegangenen Unterkapiteln anhand der Grundlegungsversuche von Kobi (1.4.1), Speck (1.4.2) und Bach (1.4.3) herausgearbeitet. Dabei wird jeweils in einem ersten Schritt der Frage nachgegangen, wie heilpädagogisches Handeln im Allgemeinen bezeichnet und was darunter begriffsinhaltlich verstanden wird, bevor in einem zweiten Schritt einzelne Handlungsformen in den Blick genommen werden. Eine zusammenschauende Betrachtung (1.4.4) der jeweiligen Fassungen des heilpädagogischen Tätigkeitsbereiches wird diese Auseinandersetzung wiederum abschließen.

1.4.1 (Heil-)Erziehung (Kobi)

Gemäß der *pädagogischen* Grundlegung der Heilpädagogik steht in Kobis (2004) Fassung des heilpädagogischen Tätigkeitsbereiches der Begriff der *Erziehung* im Zentrum. Er bilde den Oberbegriff für jegliches praktische Handeln (ebd., 93), da auch *Heil-Erziehung* im Grunde Erziehung sei (ebd., 71) und zwar jener „Bereich der Erziehungspraxis, auf dem wir uns mit der Daseinsgestaltung in menschlichen Beziehungs- und Lernverhältnissen befassen, welche durch Behinderungen als so schwerwiegend und nachhaltig beeinträchtigt gelten, dass sie den konventionellen Erziehungs- und Bildungsrahmen in einer bestimmten gesellschaftlich-historischen Situation sprengen“ (ebd., 111).

In Anbetracht problembehafteter Beziehungen und der Leitidee der gemeinsamen Daseinsgestaltung bestimmt Kobi (ebd., 31) die Erziehung als einen „Beziehungsmodus menschlicher Subjekte, welcher als existentielle Klammer deren Gegenwart (als gedeutetes So-Sein) und Zukunft (als erhofftes Werden-Können) umfasst“ und auf dem Willen zur gemeinsamen Daseinsgestaltung gründe (ebd.). Insofern ErzieherInnen dabei mit ihrem „*eigenen Sein* auf das Sein anderer einzuwirken“ (Buber 1960, 41 zit. n. Kobi 2004, 72; Hervorh. N.S.) intendieren, komme Erziehung nicht primär in einer spezifischen Handlung zum Ausdruck, sondern in einer inneren Einstellung, einer Haltung der Erziehenden:

„Erziehung bezeichnet nicht eine Tätigkeit, sondern eine *Haltung*. Diese erzieherische Haltung kann in den verschiedensten Tätigkeiten ihren Ausdruck finden, und ebenso im Nicht-Tun (nicht zu verwechseln mit Nichts-Tun!). *Was* ich mit, vor einem oder für ein Kind ‚mache‘, ist von untergeordneter Bedeutung gegenüber der Art, *wie* ich dem Kind begegne“ (Kobi 2004, 73; Hervorh. i. O.).

Erziehung kann daher verschiedenste Handlungsweisen umfassen, vorausgesetzt, dass eine erzieherische Haltung eingenommen werde. Diese zeichne sich gerade dadurch aus, dass die Erziehenden in ihrer ganzen Person und mit ihrem Handeln auf die Betroffenen mit ihren jeweiligen Bedürfnissen und Möglichkeiten bezogen und zudem für sie verständlich sind (ebd., 74). Denn entscheidend dafür, dass eine Tätigkeit vermittels der Haltung zu einer *erzieherischen* Tätigkeit werde, sei nach Kobi (ebd.),

„dass das jeweilige Tun über den Eigenbereich hinausgerichtet ist auf die Daseinsgestaltungsbedürfnisse und -möglichkeiten eines Andern. Eine erzieherische Haltung ist dadurch charakterisiert, dass sie persönliches Sein und Verhalten aufschließt, dem Andern durchsichtig und nachvollziehbar macht.“

Dabei sind Erziehende nach Kobi (ebd., 74ff) jedoch nicht als *aktiv* Tätige und Betroffene als *passive* AdressatInnen heilpädagogischer Tätigkeiten zu sehen. Betroffene seien vielmehr ebenso als Subjekte zu achten, die an der Gestaltung des Erziehungsverhältnisses aktiv beteiligt sind (ebd., 75). Denn durch die erzieherische Haltung werden Betroffene jedenfalls zu Re-Aktionen veranlasst: Über die „erzieherische, auf das Miteinander ausgerichtete Haltung“, so Kobi (ebd., 74), „kann einem Kind ein Angebot gemacht werden; sie kann für ein Kind eine Herausforderung sein; sie kann ein Kind unter Zugzwang bringen und es in Schranken halten: Sie hält es jedoch in jedem Moment agil, d.h. handlungs- und geschäftsfähig im Rahmen seiner Daseinsgestaltungsmöglichkeiten“, um ihm in einer Atmosphäre der Akzeptanz, des Vertrauens und vorbehaltlosen Ernst- und Angenommenseins, in der Unmittelbarkeit, Verbundenheit und Nähe, zugleich aber auch in gewisser Distanz zur Erziehungsperson gemeinsam geteilte Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten im zwischenmenschlichen Beziehungsraum zu eröffnen (ebd., 74, 79ff, 319f).³² Dahingehend ist Erziehung nach

³² Kobi (2004, 74) veranschaulicht das Gerichtetsein der Erziehenden auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Betroffenen, das Erfordernis der Nachvollziehbarkeit ihres Handelns und die diesbezügliche Veranlassung von Betroffenen zu Re-Aktionen anhand des Erlernens des Schachspiels durch die Einführung von einem/-r Kundigen: „Die Tätigkeiten (d.h. diesfalls die verschiedenen Züge) werden nicht aus einer feindlichen, konkurrierenden und damit irgendwie auf ‚Sieg‘ ausgerichteten

Kobi (2004, 74ff, 86ff) ein unabdingbar beidseitig getragener „Wandlungs- und Gestaltungsprozess“ (ebd., 75), ein partnerschaftliches Arbeiten der Subjekte am gemeinsamen Dasein, das sich nur über ein „permanentes Aushandeln von Perspektiven und Vorgehensweisen bezüglich der gemeinsamen Beziehungs- und Daseinsgestaltung“ (ebd.) in bestimmten gesellschaftsideologischen Verhältnissen (ebd., 82) vollziehen kann.

Diesem gegenseitigen Beziehungswandel *autonomer* Subjekte entsprechend können erzieherische Handlungsformen nach Kobi (ebd., 90f) auch nicht als Instruktionen oder direkte Übermittlungen von Kenntnissen, Fertigkeiten, Erlebnisgehalten usw. verstanden werden, sondern nur als *Anregungen* für Betroffene zu personalen Zustandsverbesserungen. Denn „*dieselben* materialen, psychischen und sozialen Gegebenheiten und Ereignisse [können; Anm. N.S.] sehr unterschiedliche Erlebens- und Lebensbedeutungen erlangen“ (ebd., 90; Hervorh. i. O.), je nachdem, was das Subjekt „innerhalb seines Gestaltungsrahmens“ (ebd., 91) daraus mache. In diesem Sinne bezeichne die (Heil-)Erziehung ein

„qualifiziertes ‚anstößiges‘ [d.h. Anstoß gebendes; Anm. N.S.] Verhalten, in der Absicht, personale Systeme, die in ihren Repräsentationen von den Gepflogenheiten und Erwartungen des sozialen Kontexts unvorteilhaft abweichen, zu Modifikationen zu veranlassen, welche der Spannungsminderung in der sozialen Homöostase dienen“ (ebd.).

Welches heilerzieherische Verhalten bzw. welche Handlungsformen Kobi dabei im Blick hat, wird im nächsten Abschnitt dargelegt.

1.4.1.1 Handlungsformen

Kobi beantwortet die Frage nach den Handlungsformen der Heilerziehung – abgesehen von dem Hinweis auf diagnostische Maßnahmen als Grundlage für die Problem- und Zieldefinition (ebd., 320ff) – anhand von vier methodischen Ziel-Richtungen, in die sich alle spezifizierten Methoden der Heilerziehung beispielsweise nach

Haltung heraus vorgenommen, sondern sie sind so angelegt, dass dem Lernenden aus den wechselnden Arrangements heraus immer wieder neue, seinem Verständnishorizont angemessene Erlebnis- und Erfahrungschancen zugespielt werden ..., dass schließlich der ‚Erzieher‘ durch den ‚Zögling‘ matt gesetzt und damit aus dem Erziehungsdiskurs entlassen wird.“ „Wer ... [hingegen; Anm. N.S.] das Kind bereits auf einem tiefen Niveau seiner Spielgestaltungsversuche schachmatt setzt oder aber dem Kind einen billigen Sieg andient, bereitet dem gegenseitigen Erlebnis-, Gedanken- und Erfahrungsaustausch ein frühes Ende; das Spiel ist aus, noch bevor es realisiert werden konnte“ (Kobi 2004, 78).

Behinderungsart, Entwicklungsalter und Zielsetzung einfügen ließen (Kobi 2004, 342). Methoden der Behandlung, Organisation, Schulung und Erfahrungsannäherung seien zu unterscheiden, wobei die beiden ersteren adaptive Methoden auf der Objektebene und die beiden letzteren diskursive Methoden auf der Subjektebene darstellen (ebd., 342f):

Adaptive Methoden der Behandlung und Organisation intendieren hierbei nach Kobi (ebd., 350), die an Betroffenen objektiv festgestellten Merkmale und die äußeren Rahmenbedingungen zu einer größtmöglichen Übereinstimmung zu führen. So zielen Methoden der *Behandlung* auf die Beseitigung oder positive Modifikation der als behinderungsspezifisch geltenden Merkmale einer Person (ebd., 342f), indem entweder an den schädigungsbezogenen Merkmalsursachen oder an den störenden funktionellen Auswirkungen im Sinne einer Behinderung angesetzt werde, während Methoden der *Organisation* auf die behinderungs- und situationsspezifische Umgebungsgestaltung und -anpassung gerichtet seien (ebd., 349f). Bei letzteren gehe es dementsprechend darum, die materiellen und sozialen „Umweltverhältnisse (hauptsächlich im Nahbereich) nach Art und Umfang an die funktionelle Beeinträchtigung zu adaptieren, so dass die störende Diskrepanz zwischen Anforderungen und Bedürfnissen einerseits und Kompetenz und Befriedigungsmöglichkeiten andererseits aufgehoben oder doch abgeschwächt wird“ (ebd., 349).

Diskursive Methoden der Schulung und Erfahrungsannäherung zielen demgegenüber nach Kobi (ebd., 359) nicht auf eine objektive Kongruenz, sondern auf die gegenseitige Annehmbarkeit und subjektive Stimmigkeit der „Präsentations- und Verhaltensformen“ (ebd.) von Betroffenen und Erziehenden. Dahingehend werden mit Methoden der *Schulung* schulische und außerschulische Bildungsbemühungen im Sinne der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten verfolgt, um die subjektgebundenen Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen im Hinblick auf die gemeinsame Daseinsgestaltung zu erweitern (ebd., 350), wohingegen Methoden der *Erfahrungsannäherung* schließlich den Erziehenden Einstellungs- und Verhaltensänderungen abverlangen. Denn diese seien

„darauf gerichtet, sich in seinem Verhalten [als Erziehende/-r; Anm. N.S.] und in seinen Handlungsweisen (hier speziell in der direkten Begegnung mit dem Behinderten) durch das Erleben des Andern (hier: des Behinderten) bestimmen zu lassen, um dadurch die aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen eines Behinderungszustandes resultierende Kommunikationsverzerrung aufzuheben oder doch zu mildern und so die Voraussetzungen [aufseiten der Erziehenden;

Anm. N.S.] zu einer gemeinsamen Daseinsanalyse und Daseinsgestaltung zu schaffen“ (Kobi 2004, 355).

Methoden der Erfahrungsannäherung zielen daher auf die Annäherung der Erlebens- und Verhaltensweisen der Erziehenden an das Erleben betroffener Personen, um schließlich beidseitig die gemeinsame Daseinsgestaltung zu gewährleisten. Dies ist gerade deshalb von Bedeutung, weil sich die Erlebens- und Verhaltensweisen von Betroffenen häufig nicht mit denjenigen der Erziehenden decken (ebd., 406)³³ und insofern auch das Verhalten der Erziehenden, „dessen Wirkungen man zu kennen glaubt, von einem [betroffenen; Anm. N.S.] Kind völlig anders aufgefasst und verarbeitet werden und unter Umständen konträre Wirkungen zeitigen“ (ebd.) könne. „Um sicherzustellen (bescheidener: die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen!), dass sich mein Verhalten in deinem Erleben so abbildet, wie es sich meiner Ansicht nach abbilden sollte (und tatsächlich auch würde, wenn ich du wäre)“, so stellt Kobi (ebd., 358) dementsprechend aus Sicht einer Erziehungsperson fest, „muss ich mich gelegentlich anders verhalten (als es meinem Erleben entspräche, wenn ich du wäre).“

Aufgrund dieses zentralen Beitrags der diskursiven Methoden der Schulung und Erfahrungsannäherung zur *gemeinsamen* Beziehungs- und Daseinsgestaltung von betroffenen und erziehenden *Subjekten* seien sie nach Kobi die maßgeblichen methodischen Herangehensweisen der Heilerziehung, sodass sich „jene der Adaption ... ihnen letztlich einfügen“ (ebd., 359) hätten.

1.4.2 (Spezielle) Erziehung (Speck)

Speck (2008, 320) zieht für die Bezeichnung der heilpädagogischen Praxis unter systemisch-ökologischem Aspekt, wie Kobi, den *Erziehungsbegriff* heran. Er kann in seinem Grundlegungsversuch als Leitbegriff des heilpädagogischen Tätigkeitsbereiches betrachtet werden, zumal auch die *spezielle Erziehung* „im Falle besonderer Erziehungserfordernisse“ (ebd., 326) grundsätzlich Erziehung sei (ebd.), und zwar diejenige, die „sich an einem Menschen und seiner Lebenswelt, an seiner sozialen Umwelt [konstituiert; Anm. N.S.], innerhalb der eine [psycho-; Anm. N.S.] physische Normenabweichung und Beeinträchtigung eine bestimmte Bedeutung hat“ (ebd., 320). Gegenüber der Regelerziehung zeichne sich die spezielle Erziehung lediglich durch spezifische „Akzentuierungen in Bezug auf Maßgaben, Mittel und Institutionen“ (ebd.,

³³ Siehe dazu Kapitel 1.2.1

326) aus, die in Form von je individuell angemessenen Modifikationen beispielsweise aufgrund eines erhöhten Zeiterfordernisses durch zusätzliche Übungssequenzen (Speck 2008, 327) wirksam werden.

Angesichts dieser Zentralstellung des Erziehungsbegriffes, der zudem so weit gefasst wird, dass er Unterricht und Förderung umfasse (ebd., 326), sorgt Speck (ebd., 322) für eine entsprechende Begriffsverwirrung, wenn er – insbesondere auf den schulischen Kontext bezogen – in Anlehnung an den Deutschen Bildungsrat (1973) die Geltung pädagogischer *Förderung* hervorhebt und Erziehung, Unterricht und Therapie als ihre Methoden und Mittel anführt. Denn damit wird nicht der Begriff der Erziehung, sondern jener der Förderung als Oberbegriff für heilpädagogisches Handeln ausgewiesen, der methodisch in erzieherischen, unterrichtlichen und therapeutischen Arbeitsweisen seinen Ausdruck finde. Zu zusätzlicher Konfusion führt im Weiteren Specks (2008, 343) Rede von „Erziehungs- und Fördermaßnahmen“, zumal hier Erziehung und Förderung als Maßnahmen nebeneinandergestellt werden, ebenso wie seine kritische Reflexion der in den KMK-Empfehlungen (1994) vorgenommenen, *unklaren* Verhältnisbestimmung des Förderungsbegriffes zu pädagogischen Grundbegriffen, wie z.B. zu Erziehung und Unterricht (Speck 2008, 332). Denn in diesem Zusammenhang stellt er die „begriffliche Verflechtung und Unterscheidung zugleich“ (ebd.) als „nicht untypisch für pädagogische Begriffsbildungen“ (ebd.) heraus und lässt damit das begriffliche Bezugsverhältnis – als für pädagogische Begriffe charakteristisch – unbestimmt.

Dass Speck (ebd., 355) aber dennoch den Erziehungsbegriff als angemessene Bezeichnung für den heilpädagogischen Tätigkeitsbereich, einschließlich des schulischen Handlungsfeldes, ansieht und dem Förderungsbegriff als Leitbegriff damit eine Absage erteilt, wird aus der Reflexion des etymologischen Gehalts des letzteren ersichtlich: Fördern stehe für „etwas ‚voranbringen‘, etwas ‚befördern‘ und zwar von einem Ort zu einem anderen“ (ebd.). „Fördern setzt von außen an und betrachtet das zu Fördernde als eine zu steuernde Größe“ (ebd.), wodurch der Förderungsbegriff im Vergleich zum Erziehungsbegriff die Gefahr einer „Verengung und Einlinearität des pädagogischen Agierens“ (ebd.) in sich berge: „Wenn ich das Kind pädagogisch im Wesentlichen transitiv be-fördere – ähnliche Termini sind be-handeln, be-lehren, oder auch be-raten – wird es damit in die Position des Reaktiven gerückt, und das Ganze gerät mehr unter den Aspekt des technologischen Machens“ (ebd.).

Heilpädagogisches Handeln als (spezielle) Erziehung habe jedoch eine andere Qualität als die eines einseitigen Bemühens um das *Bewirken* von Veränderungen der Betroffenen.³⁴ Erziehung sei nach Speck (2008, 324) ein interaktives Geschehen, eine „interpersonale Begegnung“ (ebd., 376), die von den beteiligten Subjekten, d.h. von den fachlich qualifizierten Erziehenden *und* den Betroffenen gleichermaßen gestaltet werde (ebd., 324, 376). Basis dieses erzieherischen Verhältnisses stellen auf Seiten der Erziehenden dabei die Annahme der Betroffenen in ihrem Anderssein und die Achtung und Zusicherung ihres Wertseins dar (ebd., 282f), sodass dahingehend die Bedingungen des erzieherischen Verhältnisses in pädagogischen *Grundhaltungen* zu sehen seien (ebd., 283; Hervorh. i. O.): Es gehe um „*Achtsamkeit und Verantwortlichkeit, Fairness und Gerechtigkeit, Verlässlichkeit und Halt, die Plus 1-Maxime und Vertrauen*“³⁵ sowie [um; Anm. N.S.] *Lebenszuversicht und Glauben*“, zumal durch sie Vertrauen, das Gefühl persönlicher Bestätigung, Sicherheit, Zuversicht und gegenseitige innere Verbundenheit entstehen und von Betroffenen erfahren werden können (ebd., 282ff). Um dieses unmittelbaren Erziehungsverhältnisses willen, dessen Verwirklichung nicht zuletzt an die authentische und verstehende Zugewandtheit der Erziehenden zu Betroffenen in ihrem ganzen Personsein und nicht nur aufgrund ihrer Sach- und Fachkompetenz gebunden sei³⁶ (ebd., 180, 282), könne folglich „das Verhalten des Erziehers nicht als methodisches Mittel eingesetzt“ (ebd., 282) und erzieherisches Handeln nicht primär an spezifischen Strategien oder Methoden festgemacht werden. Die unmittelbare Interaktion und das persönliche Aufeinanderbezogensein und -wirken der Subjekte vor dem Hintergrund der pädagogischen Grundhaltungen sei entscheidend,

³⁴ Trotz der Zurückweisung des Förderungsbegriffes als heilpädagogischen *Leitbegriff* zugunsten des Erziehungsbegriffes behält Speck (2008, 370ff) den Begriff der Förderung zuweilen im Kontext des schulischen Lernens bei. Es sei legitim, hier den Begriff der (sonder-)pädagogischen Förderung zu verwenden, sofern er „sich nicht verselbstständigt, sondern in einem ganzheitlichen Sinne eindeutig in den der Erziehung und Bildung eingebunden bleibt“ (ebd., 357).

³⁵ Speck (2008, 284; Hervorh. i. O.) erläutert die Grundhaltung der Plus 1-Maxime im Sinne von Vertrauen gegenüber Betroffenen wie folgt: „Wenn das Verhältnis zum Kind oder Jugendlichen ein erzieherisches sein soll, kann es nicht auf bloßer Gegenseitigkeit beruhen, etwa nach dem Motto: *Wie du mir, so ich dir!* Erzieherisch wirksam ist der Erzieher/die Erzieherin durch einen Vorschuss an Vertrauen (*Ich glaube dir!*). Er und sie müssen eher bereit sein, das Ihrige zur Lösung eines akuten Problems beizutragen, oder ein Risiko gegenüber den Kindern einzugehen, statt ‚auf Nummer-Sicher‘ zu gehen.“

³⁶ Bezüglich dieses Einbringens der ganzen Person erläutert Speck (2008, 180), dass es angesichts der erzieherischen Grundhaltungen darum gehe, dass der/die Erziehende „nicht wertneutrale und beziehungslose Funktionen ausübt und hinter ihnen seine Person heraushält, sondern dass er auch als ganzer Mensch anwesend ist, nicht nur mit seinem Sachverstand, sondern auch mit seinem Herzen, seiner Freude, seiner Trauer, seinem Betroffensein“ (ebd.).

sodass es u. a. auch eine „erzieherische Verhaltenheit geben [müsse; Anm. N.S.], durch die das Kind als Subjekt den für seine werdende Eigenheit ... nötigen Raum erhält, in welchem dann der Erzieher nicht einfach nichts tut, sondern verstehend da ist und eine offene Kommunikation ermöglicht“ (Speck 2008, 324).

Der Ausgang des erzieherischen Prozesses bleibe hierbei in Anbetracht des wechselseitigen Agierens der Erziehenden und Betroffenen jedoch stets ein offener (ebd., 324f, 376). Als *autonome* Subjekte seien Betroffene AkteurInnen ihrer eigenen Entwicklung, die ihre (Um-)Welt gemäß ihren individuellen Vorerfahrungen im sozialen Kontext aktiv wahrnehmen und gestalten (ebd., 108ff, 275ff). Demzufolge können sich erzieherische Tätigkeiten nach Speck (ebd., 325)

„legitimerweise nur als hypothetische Versuche verstehen, ein autonomes (subjektives) System mit neuen – und zwar überlegten und verantwortbaren – Einflüssen zu konfrontieren, um seine Motivation und Fähigkeit zu adäquaten Veränderungen zu fördern. Die tatsächliche Wirkung ist [dabei jedoch; Anm. N.S.] nicht vorhersehbar, also auch nicht von außen bestimmbar. Darüber befindet einzig das Subjekt selbst: Es wählt aus und lernt. (...) Das Kind ist – als autonomes System – auf seinen Auswahlspielraum angewiesen.“

Erziehende seien daher als „Anreger und Orientierungsmodelle“ (ebd., 280) zu sehen, durch die Betroffene Möglichkeiten erhalten, Veränderungsbereitschaft zu entwickeln und für sie Bedeutsames auf- und anzunehmen. Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich Betroffene etwas von ihnen zu eigen machen und erzieherische Handlungsweisen wirksam werden, steige u. a. aber mit dem authentischen Einbringen ihrer Person und der Qualität des erzieherischen Beziehungs-Verhältnisses (ebd., 280, 375).

Dennoch sieht Speck das interaktionale Geschehen der heilpädagogischen Praxis schließlich nicht auf Erziehende und Betroffene beschränkt. Spezielle Erziehung, die „sich an einem Menschen *und* seiner Lebenswelt, an seiner sozialen Umwelt“ (ebd., 320; Hervorh. N.S.) konstituiere, erstrecke sich „auch auf die sozialen Gruppen, denen sie [die Betroffenen; Anm. N.S.] angehören oder zu denen sie in Kontakt treten“ (ebd.). Welche Handlungsformen und Aufgabenbereiche Speck folglich im Hinblick auf Betroffene und die soziale Umwelt unter dem Erziehungsbegriff differenziert, bildet den Fokus des nächsten Abschnitts.

1.4.2.1 Handlungsformen

Als Handlungsformen der speziellen Erziehung unterscheidet Speck (2008, 368) sechs methodische Arbeitsweisen. Die verstehende Beurteilung, die Erziehung im engeren Sinn, der Unterricht, die Therapie, die Pflege und die Beratung würden Aufgaben der speziellen Erziehung darstellen³⁷, wobei je nach erzieherischen Erfordernissen unterschiedliche Gewichtungen in der heilpädagogischen Arbeit vorzunehmen seien (ebd.). Jedenfalls hätten aber behinderungsspezifische und entwicklungsgemäße Akzentuierungen der Tätigkeiten im Rahmen möglichst wohnortnaher und auf die jeweiligen problematischen Lebensorte bezogene Hilfestellungen zu erfolgen (Speck 2008, 367ff; 1985³⁸, 134ff, 147fff).

Die *verstehende Beurteilung* steht dabei nach Speck (1985, 140) am Anfang aller weiteren speziellen erzieherischen Handlungen. Es gehe darum, die Betroffenen möglichst angemessen einzuschätzen und ihre Wirklichkeit verstehend zu erfassen (Moor 1965, 277 zit. n. Speck 1985, 140), d.h. „über die verschiedensten Verfahren von offener Beobachtung bis zu standardisierten Testungen einen Zugang zur Wirklichkeit des Kindes und seiner Situation zu erreichen“ (Speck 1985, 140). Damit würden nicht nur objektivierbare Fakten bezüglich etwaiger Defizite, sondern die Betroffenen in ihrer Ganzheit in den Blick genommen werden, was für eine angemessene *Interpretation* des (diagnostisch) Vorgefundenen unabdingbar sei (ebd.).

Bei der *Erziehung im engeren Sinn* handelt es sich Speck (2008, 368) zufolge um die Aufgaben der Persönlichkeitsbildung und Sozialerziehung, die ein erzieherisches Eingreifen ebenso wie Zurückhaltung unter Anbahnung und Respektierung der Eigenentscheidungen von Betroffenen erfordern (Speck 1985, 139). Erziehung im engeren Sinn bezeichne „ein Handeln ‚für das Fehlende‘“ (Moor 1965 zit. n. Speck 1985, 139), das sowohl offene als auch festgelegte Erfahrungsräume schaffe (Speck 1985, 139) und sich dabei auf die Teilinhalte „Ausbildung von Fertigkeiten, Aufbau eigener und verbindender Wirklichkeit, Aneignen von Zusammenhängen, Einleben in

³⁷ Diese heilpädagogischen Handlungsformen seien nach Speck (2008, 368f) auf die gesellschaftspolitisch gesetzten Aufgabenbereiche hin orientiert. Diese bestünden gegenwärtig in der Prävention, Rehabilitation, sozialen Eingliederung und Normalisierung, wobei sich die Prävention auf frühe Hilfen bei drohenden Behinderungen beziehe, die Rehabilitation auf Maßnahmen bei bestehenden Behinderungen, die soziale Eingliederung auf die Integration Betroffener und die Normalisierung insgesamt auf die Realisierung der allgemein geltenden Grundrechte (ebd.).

³⁸ Da sich Speck (2008, 367) bei seinen Ausführungen zu den heilpädagogischen Handlungsformen grundlegend auf einen früheren Sammelwerksbeitrag (Speck 1985) bezieht, wird dieser im Weiteren ebenfalls herangezogen.

soziale Regeln (Sozialisation), Erfahrenlassen von Werten und Normen, Vertreten und Verantworten des eigenen Standpunktes, [sowie; Anm. N.S.] Miteinander- und Füreinander-sein“ (Speck 1985, 139) beziehe.

Diejenige Handlungsform, die primär an den (allgemein- oder sonder-)schulischen Lernort gebunden ist, wird bei Speck (ebd.) *Unterrichten* genannt. Hierbei stehe ein „planmäßiges Lehren verschiedener Lehrgehalte in bestimmten Zeitabschnitten“ (ebd.) im Mittelpunkt, das über individuelle und behinderungsgerechte Differenzierungen hinaus auch Spezialisierungen unterrichtlicher Verfahren verlange (ebd., 140).

Bei *therapeutischen* Arbeitsweisen gehe es neben der Unterstützung medizinischer Therapien um das Heranziehen therapeutischer Einzelmethoden (ebd., 141). Eingebunden in die erzieherische Gesamtaufgabe umfassen diese nach Speck (ebd.) insbesondere lern- und analytisch-psychologische Ansätze, die zum einen „auf die Beeinflussung von Verhalten bzw. auf das Erlernen besserer Verhaltensmuster“ und zum anderen „auf die Überwindung von ‚Hemmungen‘ und den Aufbau neuer Lebensperspektiven oder Beziehungen gerichtet“ seien.

Pflegerische Aufgaben würden in der speziellen Erziehung vor allem bei schwereren Behinderungen zum Tragen kommen (ebd., 142). Sie beinhalten, so Speck (ebd.) Hetzer (1971) referierend, Hilfestellungen bei der körperlichen Pflege (wie etwa bei der Nahrungsaufnahme, bei Hygienemaßnahmen und beim Ankleiden), Maßnahmen der Aufsicht und Anleitung (z.B. durch die Schaffung eines angemessenen Bewegungsraumes, die Vorbeugung von Gefahren und Anweisungen zu selbstständigen Verrichtungen) ebenso wie Aufgaben mit erzieherischem Schwerpunkt (wie das Erlernen von Selbstständigkeit und einfühlsamer Umgangsweisen, das Bereitstellen von Anregungen und das Vermitteln als sinnvoll erlebter Tätigkeiten).

Die Handlungsform der *Beratung* ist nach Speck (1985, 141f) schließlich nicht nur an Betroffene, sondern auch an Angehörige und andere Instanzen, die in Kontakt mit Betroffenen stehen, gerichtet. Dabei handle es sich um einen kommunikativen Austausch, der „aus der Gemeinsamkeit des Interesses beider Seiten, eine bestimmte Frage zu lösen, aus dem gegenseitigen Ernstnehmen und dem wechselseitigen Eingehen aufeinander“ (ebd., 142) hervorgehe. Hilfestellungen von ErzieherInnen bestehen in diesem Zusammenhang in „Auskünfte[-n; Anm. N.S.], Erklärungen, Informationen, Handlungsempfehlungen oder Entscheidungshilfen“ (ebd., 141f).

All diese Handlungsformen erweisen sich nach Speck für die spezielle Erziehung als wesentlich, seien jedoch gemäß dem systemisch-ökologischen Ansatz – in einem letzten

Schritt – um *sozialökologische Aufgaben* zu ergänzen (Speck 2008, 369; 1985, 145). Mit diesen werden AdressatInnen heilpädagogischen Handelns ausschließlich in der Umwelt der Betroffenen in den Blick genommen. Es gehe um die Entwicklungskontexte, um die *direkt* oder *indirekt* wirkenden Lebensbedingungen, die im Sinne entwicklungsfördernder Potentiale erhalten oder verbessert werden sollen (Speck 1985, 145). So intendiere die spezielle Erziehung in diesem Zusammenhang vor allem eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern und eine gelingende interdisziplinäre Kooperation der verschiedenen, am Entwicklungsprozess der Betroffenen beteiligten Fachkräfte (ebd., 146f). Des Weiteren habe sie sich ihrer eigenen Legitimation durch die individuell *erforderliche* Unterstützung für Betroffene im Gegensatz zu einem selbstzwecklichen Wirksamwerden zu versichern und sich letztlich unter sozialpolitischem Gesichtspunkt auch um das Einwirken auf die Gesellschaft und öffentliche Lebensbereiche zu bemühen (ebd.). Diesbezüglich hätten Erziehende für die Rechte Betroffener einzutreten und Öffentlichkeitsarbeit durch Informationsvermittlungen und Maßnahmen zum Abbau von Vorurteilen und zur Anregung solidarischer Bereitschaften zu leisten (Speck 2008, 407; 1985, 146).

1.4.3 Förderung und/oder Erziehung (Bach)

Bach (1999, 2, 58) zieht für die Bezeichnung (heil-)pädagogischen Handelns zunächst den Begriff der *Förderung* heran. Darunter fasst er direkte und indirekte Einflussnahmen bzw. Ermöglichtungen im Hinblick auf die Erlebens- und Verhaltensdisposition eines Menschen (ebd., 58f), in die er in Anlehnung an Brezinka (1976) alle „Intentionen und Formen von Erziehung (und nicht nur die von einer bestimmten Position aus für gut, für richtig gehaltenen)“ (Bach 1999, 58) eingeschlossen sieht. (Heil-)Pädagogische Förderung umfasse daher undifferenziert alle erzieherischen Absichten und Handlungsformen, einschließlich bewusster Unterlassungen (ebd.), sodass die Heilpädagogik als „*Theorie und Praxis der gesamten erzieherischen Förderung*“ (ebd., 4; Hervorh. i. O.) verstanden werden könne, die es – im Vergleich zur Regelpädagogik – mit Menschen mit Beeinträchtigungen und dementsprechend „*mit unregelmäßigen und in diesem Sinne erschwerenden Gegebenheiten zu tun hat, für die sie ein über das Übliche Hinausgehendes an Konzepten und Kompetenzen anbietet*“ (ebd.; Hervorh. i. O.).

Auf Basis dieser Bestimmung des Förderungsbegriffes als Oberbegriff für heilpädagogisches Handeln verwundert es sodann, wenn Bach (ebd., 158; Hervorh.

N.S.) die Heilpädagogik als „*Erziehung* bei vorliegender Beeinträchtigung“ charakterisiert und Erziehung – dementsprechend als Bezeichnung für den Gesamtbereich (heil-)pädagogischen Handelns – zudem mithilfe des Förderungsbegriffes spezifiziert: „*Erziehung ist verantwortliche, d.h. wertorientierte Beeinflussung/Förderung von Menschen ..., um ihnen bestimmte Erlebens- und Verhaltensdispositionen, d.h. auf Dauer wirksame Bereitschaften zu vermitteln*“ (Bach 1999, 59; Hervorh. i. O.). Diesem Verständnis des Erziehungsbegriffes als Oberbegriff gemäß spricht Bach (ebd., 65ff) im Kontext heilpädagogischer Leitideen auch von *Erziehungszielen*, bezeichnet die heilpädagogisch Tätigen als ErzieherInnen, Erziehende oder erzieherisch Verantwortliche (ebd., z.B. 50, 67, 71, 90, 103, 106) und die Betroffenen als Zu-Erziehende (ebd., z.B. 53, 67, 70f, 76, 106, 120f). Ob Bach folglich Erziehung oder doch Förderung als angemessene Bezeichnung für den heilpädagogischen Tätigkeitsbereich versteht, zumal er – wie an anderer Stelle angeführt (ebd., 86) – alle heilpädagogischen Handlungsformen wiederum nicht als der Erziehung, sondern als der Förderung dienlich erachtet, bleibt letztendlich offen.

Unabhängig von dieser unklaren begrifflichen Bezeichnung des heilpädagogischen Tätigkeitsbereiches kann jedoch in inhaltlicher Hinsicht festgehalten werden, dass heilpädagogisches Handeln nach Bach (ebd., 107, 129f) jedenfalls über die Gestaltung einer *tragfähigen Beziehung* von HeilpädagogInnen und Betroffenen durch inter-aktive Austauschprozesse und einen entsprechenden Einbezug Betroffener zu bestimmen ist. Dabei gehe es um das unmittelbare Wahrnehmen, Verstehen, Beantworten und gegebenenfalls auch Beeinflussen der Sichtweisen, Erwartungen und Aktivitäten der Betroffenen wie auch um Korrekturprozesse der HeilpädagogInnen bezüglich ihrer eigenen, sich als unzutreffend erweisenden Unterstellungen und Annahmen über Betroffene (ebd., 107). Denn in „dem Maße, in welchem durch Wahrnehmen des anderen, durch Zuhören und entsprechende Reaktion die Stimmigkeit der Projektion [d.h. der Unterstellungen; Anm. N.S.] beider Seiten erhöht wird“, so Bach (ebd.), „gewinnt die Beziehung an Qualität“ und das heilpädagogische Handeln als partnerschaftlich zu gestaltender Prozess sein sicheres Fundament.³⁹

³⁹ Bach (1999, 107) betont an dieser Stelle, dass das Vernachlässigen einer tragfähigen Beziehung zwischen HeilpädagogInnen und Betroffenen und dementsprechend negativ zu beurteilende Beziehungsentwicklungen „durch Verfestigungen unzutreffender Projektionen, durch Manipulation der Partner gemäß eigenen Vorstellungen, [und/oder; Anm. N.S.] durch Überhören des anderen“ jedenfalls zu verhindern seien, zumal Handlungsformen in solch einem Kontext „unversehens zu routiniertem, oberflächlichem Machen, zu bloßer Behandlung von Menschen“ (ebd.) führen.

Bedingungsgrundlage einer solchen Beziehung, deren Art und Ausgestaltung sich „erst hinsichtlich der Beziehungspartner, der Beziehungssituationen, der Beziehungsthematik und der Beziehungsbedingungen entscheiden“ (Bach 1999, 106) lassen, stelle hierbei nach Bach (ebd., 107f; Hervorh. i. O.) die *Haltung* auf Seiten der HeilpädagogInnen dar. Diese bezeichne die „zeitüberdauernde, die einzelnen Handlungen bestimmende Disposition“ (ebd., 108; Hervorh. i. O.), die als solche „die Atmosphäre des pädagogischen Raumes bestimmt, die Empfänglichkeit für das fördernde Angebot erweitert oder überhaupt erst eröffnet“ (ebd., 107f; Hervorh. i. O.). Damit macht Bach klar, dass methodische Handlungsformen nicht an sich wirken, sondern erst in einem Beziehungsgeschehen, das „im Medium der Haltung“ (ebd., 108; Hervorh. i. O.) gestaltet werde, wofür folgende zehn Haltungszüge als wesentlich anzusehen seien (ebd., 108ff; Hervorh. i. O.): (1) die „Erfülltheit des Helfenden von der Aufgabe“, (2) die persönliche „Zugewandtheit zum einzelnen und zur Gruppe“, (3) die „Aufgeschlossenheit als Bereitschaft zu Verständnis, Bejahung und Annahme des anderen“, (4) die „Bestimmtheit“ im Sinne des Wissens um das Lohnenswerte der Unterstützung, (5) die „Verlässlichkeit hinsichtlich des Stehens zu gestellten Aufgaben, Ankündigungen, Versprechungen wie hinsichtlich des Einhaltens gesetzter Ordnungen, Regeln und Grenzen“, (6) die „Zuversichtlichkeit als positive Erwartungshaltung, als sachlich begründetes Vertrauen“, (7) die „Anerkennungsbereitschaft hinsichtlich der erzielten Fortschritte“, (8) die „Lebendigkeit“, durch die sich die Haltung „jedem gegenüber anders und in jeder Situation neu“ ereignet, (9) die „Problemoffenheit (...) ohne Grenzen bezüglich der Schwierigkeit der vorliegenden Probleme“ sowie (10) die unbedingte „Verantwortlichkeit“ gegenüber beeinträchtigten Menschen. Als Basis für die Entwicklung eines tragfähigen Bezugsverhältnisses und dementsprechend für die Wirksamkeit der Handlungsformen seien diese Haltungszüge als grundlegend für die Heilpädagogik anzusehen, zumal sie sich maßgeblich auf die (innere) Situation von Betroffenen beziehen und u. a. zu einem Gefühl der Sicherheit, des unmittelbaren Wir-Verhältnisses, des Wahrgenommenwerdens und Angenommenseins sowie zu (Selbst-)Vertrauen, Selbstwertgefühl und Selbstständigkeit zu führen vermögen (ebd.). Dahingehend gelte es nach Bach (ebd., 129), sich im Förderprozess nicht in der „Faszination von Methoden, Maßnahmen, Medikamenten, Apparaten, Beihilfen usw.“ zu verlieren und Förderung nicht „als etwas Machbares“ (ebd.) zu betrachten. Vielmehr habe sich die Heilpädagogik ihrer Assistenzfunktion gewahr zu werden, da Betroffene im Rahmen der Beziehungsgestaltung als Subjekte und ExpertInnen ihrer selbst

anzuerkennen seien und ihren Bedürfnissen, Hoffnungen und Aktivitäten eine entsprechende Bedeutung beigemessen werden müsse (Bach 1999, 129f). Dementsprechend „gilt es, *mit* dem beeinträchtigten Menschen statt nur *über* ihn zu reden“ (ebd., 113; Hervorh. i. O.) und „nicht nur *für* ihn, sondern *mit* ihm zu handeln“ (ebd., 112; Hervorh. i. O.) sowohl im Hinblick auf die Zielsetzungen als auch bezüglich der einzelnen Handlungsformen (ebd., 130). Welche Handlungsformen hierbei im Konkreten angesprochen werden, wird im folgenden Abschnitt dargelegt.

1.4.3.1 Handlungsformen

Bach (ebd., 86f) setzt bezüglich der Frage nach heilpädagogischen Handlungsformen vorab bei der *Diagnostik* an. Als „Handlungsvoraussetzung“ (ebd., 87) seien „die Komponenten und deren wechselseitigen Beeinflussungen [zu; Anm. N.S.] ermitteln, aufgrund derer die Beeinträchtigung zustande gekommen ist, verstärkt wurde, erhalten wird und angebar erscheint“ (ebd., 86f). So haben sich HeilpädagogInnen mit Blick auf das gesamte Bedingungsgefüge und mithilfe verschiedener diagnostischer Verfahren nicht nur auf eine Individualdiagnostik in kognitiver, emotionaler und somatischer Hinsicht und unter besonderer Berücksichtigung der Befindlichkeit Betroffener zu beziehen (ebd., 87ff). Vielmehr sei Bach (ebd., 87f) zufolge auch eine Umfelddiagnostik im jeweiligen problematischen Lebensbereich mit Fokus auf soziale und materielle Gegebenheiten durchzuführen, ebenso wie eine Normendiagnostik, die auf die Klärung von Umfeldanforderungen und -erwartungen ziele. Neben negativen Gegebenheiten seien dabei auch die positiven zu berücksichtigen, zumal sie „in der Regel die wesentlichen Ansatzpunkte für wirksame Maßnahmen darstellen“ (ebd., 88), und beide darüber hinaus auf ihre Veränderungen im Erziehungsprozess hin zu betrachten. Denn bei der heilpädagogischen Diagnostik handle es sich um eine Begleitdiagnostik, in deren Rahmen das Vorgefundene kontinuierlich überprüft werde: Sie bezeichne einen „*Prozess, der mehr oder minder bewusst durch fortlaufende Kontrolle der diagnostischen Hypothesen, durch Feststellung von Veränderungen der Situation, [und; Anm. N.S.] durch Ermittlung weitergehender Bedingungen und Hintergründe des Verhaltens gekennzeichnet ist*“ (ebd.; Hervorh. i. O.).

Zielsetzungen und entsprechende Handlungsmaßnahmen für die heilpädagogische Arbeit sind nach Bach (ebd., 90ff) im Weiteren im Rahmen der Handlungsform der *Zielabklärung* zu bestimmen. Zu betrachten sei diese als gemeinsamer Entscheidungs-, Reflexions- und Begründungsprozess von HeilpädagogInnen, Betroffenen und

Miterziehenden (Bach 1999, 69f, 90ff), der auf den diagnostischen Ermittlungen basiere, sich dabei aber nicht auf die Erstellung eines Förderplanes, sondern auf die Vereinbarung von Nahzielen und vorerst heranzuziehender Handlungsweisen zu konzentrieren habe. Denn die „Aufstellung eines – womöglich langfristigen – *Förderplanes* als Fazit der Diagnostik“, so erläutert Bach (ebd., 91f; Hervorh. i. O.), „setzt ein Maß an diagnostischer Aussagesicherheit voraus, das angesichts der in Frage stehenden Problemlagen in aller Regel nicht zu erreichen ist und eher Festschreibungen zu bewirken pflegt als hilfreiche Initiativen.“ Die Festlegung vorläufiger Handlungsformen vor dem Hintergrund konkreter Nahziele würde demgegenüber im Praxisprozess erlauben, „aufgrund ihrer Wirksamkeit entsprechende Fortschreibungen, Ergänzungen oder Modifikationen vorzunehmen“ (ebd., 92), sodass je nach Erfordernissen und Möglichkeiten verschiedene Handlungsformen relevant zu werden vermögen, die auf die individuelle Disposition Betroffener, ihre Lebensbedingungen und/oder die gestellten Umfeldanforderungen gerichtet sind:

Die *Substitution* stellt dabei nach Bach (ebd., 93) die zentrale Handlungsform zur „Förderung beeinträchtigter Bereiche“ der Disposition Betroffener dar. Sie werde in Form des Anregens, Verstärkens, Nachholens, Korrigierens, Gegensteuerns und/oder Abschirmens wirksam (ebd.) und zielen sowohl auf die Verbesserung funktioneller Schäden als auch auf die Behebung inhaltlicher Rückstände, z.B. durch die Vermittlung neuer Einsichten und Erlebensgehalte (ebd., 14, 74). Zum Einsatz kommen hier gemäß Bach (ebd., 93) auch besondere Verfahren und Techniken, die sich „von tiefenpsychologischen bis zu verhaltensmodifikatorischen Vorgehensweisen, von speziellen Wahrnehmungstrainingsverfahren bis zu Intelligenzförderungsprogrammen“ erstrecken können. Zu bedenken gelte es diesbezüglich jedoch, dass die verschiedenen Formen der Substitution nicht durch isolierte Aktivitäten, sondern eingebunden in lebensweltliche Zusammenhänge ihre Wirksamkeit erlangen (ebd., 93f).⁴⁰

Die Handlungsform der *Kompensation* intendiere aufseiten der Betroffenen demgegenüber einen „weitmöglichen Ausgleich für langfristig oder dauernd vorliegende Funktionsausfälle oder andere Mangellagen“ (ebd., 94). Dabei gehe es um das Nutzen von Funktionen und das Erlernen von Kompetenzen, die in der Regel nicht oder kaum beansprucht bzw. ausgebildet werden (ebd., 94, 96), d.h. um

⁴⁰ Bachs (1999, 93) Bezeichnung dieser Handlungsform der Förderung beeinträchtigter Funktionen und Fertigkeiten als „Substitution“ scheint unpassend zu sein, zumal substituieren „gegen etwas austauschen, ersetzen“ (Duden online [2012], [1]) bedeute.

„regelabweichende, unübliche, im allgemeinen auch umständlichere und oft auf technische Hilfsmittel angewiesene Ersatzfunktionen“ (Bach 1999, 94) und -fertigkeiten. Der Stellenwert von Kompensationen ergebe sich hierbei aus der Dienlichkeit für Betroffene „zur Erschließung zentraler Sinnzusammenhänge“ (ebd., 95), wobei eine einseitige Konzentration auf kompensatorische Tätigkeiten und das Vernachlässigen von Substitutionsformen zu vermeiden seien (ebd., 95f).

Ergänzend zur Substitution und Kompensation, den beiden direkt auf die individuelle Disposition von Betroffenen gerichteten Handlungsformen, erweitert Bach (ebd., 96ff) das Spektrum der heilpädagogischen Vorgehensweisen im Weiteren durch umwelt- und umfeldbezogene Handlungsweisen. Die *Prävention* zur Verbesserung äußerer Lebensbedingungen sei dabei neben der Verringerung materieller Benachteiligungen vor allem auf die Reduzierung problembehafteter sozialer Interaktionen durch die emotionale Stabilisierung und Qualifizierung der näheren und weiteren sozialen Umwelt für förderliche Umgangsweisen gerichtet (ebd., 76ff, 97). Aber auch die Mitwirkung an der Reduzierung negativer gesellschaftlicher Bedingungen in Form von Einstellungshaltungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen falle in den präventiven Tätigkeitsbereich der Heilpädagogik (ebd., 97). So sei beispielsweise an die Informationsvermittlung in Bezug auf das Entstehen und Verstärken von Beeinträchtigungen sowie hinsichtlich der Bedürfnisse und Fördermöglichkeiten Betroffener zu denken, um emotionale Zuwendung und Verständnis für beeinträchtigte Menschen anzubahnen (ebd., 99ff).

Bei der *Subvention* handle es sich um die Korrektur von Umfeldanforderungen und -erwartungen, die sich speziell im Hinblick auf die jeweilige Disposition Betroffener und die gegebenen Lebensbedingungen als überhöht, unterfordernd oder auf andere Weise als unangemessen herausstellen (ebd., 101f). Für gewöhnlich regelhafte Erwartungen seien hier keinesfalls auszuschließen; sie geraten dann ins Blickfeld von HeilpädagogInnen, „wenn aufgrund vorliegender Schäden bei nicht wesentlich korrigierbaren äußeren Bedingungen regulären Anforderungen nicht entsprochen werden kann – so z.B. bei vorliegender geistiger Behinderung, bei Spastizität, [oder; Anm. N.S.] bei schweren psychischen Problemen“ (ebd., 101). Von einer überstürzten und überzogenen Subvention vor allem im Sinne einer *Anspruchsreduzierung* sieht Bach (ebd., 102) dabei jedoch ab.⁴¹ Denn eine solche könne „zu einer

⁴¹ Im Sinne einer Gewichtung der einzelnen Handlungsformen hält Bach (1999, 114) darüber hinaus im Allgemeinen fest, dass „der Förderung (der Substitution) und der Behebung von Benachteiligungen (der

entwicklungshinderlichen Bejahung eines überwindbaren Zustandes führen und vorschnelle Resignation bei Betroffenen und pädagogische Gleichgültigkeit im Umfeld bewirken, indem auf hilfreich-stimulierende Erwartungen und Anforderungen verzichtet wird, integrationseinschränkende Schonräume geschaffen und eingeengte Lebensmöglichkeiten in fragwürdiger Weise glorifiziert werden.“

Mit der *Beratung* wird zudem eine Handlungsform in die heilpädagogische Praxis einbezogen, die sich Bach (1999, 104f) zufolge an das engere (z.B. Angehörige) und weitere soziale Umfeld (z.B. Lehrkräfte und SozialarbeiterInnen), beteiligte Instanzen (z.B. administrative und ärztliche) und die Öffentlichkeit wendet und dabei in Form von Auskünften, Informationsvermittlungen, Gutachten und Sachberatungen im Hinblick auf individuelle Frage- und Problemstellungen stattfinden kann. Letztere würden dabei Gespräche, praktische Hilfen ebenso wie Unterweisungen beinhalten und seien im Sinne eines gemeinsamen Beratschlagens besonders wirksam (ebd., 105). Themen- und Aufgabenstellungen der heilpädagogischen Beratung können hierbei in weiten Teilen im Anschluss an präventive und subventive Anliegen gesehen werden.⁴² Denn neben der „Hilfe angesichts der psychischen Notlage der Angehörigen“, der „Korrektur erzieherischer Fehlhaltungen“ und der „Erörterung angemessener Verhaltensweisen“ geht es nach Bach (ebd., 103f) u. a. um die „Erörterung notwendiger Änderungen der Entwicklungsbedingungen hinsichtlich der personalen und Sachumwelt“, die „Vertrautmachung mit den angezeigten pädagogischen Methoden und Medien“, die „Erörterung der Situation unter besonderer Berücksichtigung der Beeinträchtigung, der offengebliebenen Möglichkeiten und der vermuteten Entstehungsbedingungen“ sowie um die „Korrektur unzumutbarer ... Erwartungshaltungen.“

Diejenige Handlungsform, die von Bach schließlich zuletzt als eigene Herangehensweise im Rahmen des heilpädagogischen Tätigkeitsbereiches an- und ausgeführt wird, stellt die *Kooperation* dar (ebd., 123ff). Diese bezeichne sowohl die von Grund auf als wesentlich geltende Zusammenarbeit mit Betroffenen und relevanten Bezugspersonen als auch das intra- und interdisziplinäre Zusammenwirken von heilpädagogischen und anderen FachvertreterInnen und umrahme und durchdringe als solche alle vorherig dargelegten Handlungsformen bezüglich der individuellen Disposition, der Umweltbedingungen und Anforderungen (ebd., 124f). Im Mittelpunkt

Prävention) gegenüber der Bemühung um Ersatzfunktionen (der Kompensation) und der Anspruchsreduzierung (der Subvention) der Vorrang“ zukomme.

⁴² Verbesserte Lebensbedingungen und angemessenere Anforderungen und Erwartungen scheinen bei Bach daher mitunter zentral über Beratungstätigkeiten von HeilpädagogInnen geschaffen zu werden.

stehe hierbei die partnerschaftliche Zusammenführung unterschiedlicher Gesichtspunkte, Perspektiven, Befunde und (Förderungs-)Vorschläge, um unter dem gemeinsamen Blickwinkel der Unterstützung Betroffener die Bedeutung und Verflechtung der jeweiligen Beeinträchtigungsfaktoren im Gesamtzusammenhang klären und eine aufeinander abgestimmte und für alle annehmbare Förderung sicherstellen zu können (Bach 1999, 126ff).⁴³

Auf Basis dieser dritten und letzten Bestimmung des heilpädagogischen Handelns in seiner allgemeinen und spezifischen Form können im Folgenden nun Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Kobis, Specks und Bachs Fassung des Tätigkeitsbereiches dargelegt werden. Da hiermit im Rahmen der Analyse der Heilpädagogik – nach dem Gegenstandsbereich und den Leitideen – auch die dritte disziplinäre Bestimmungsgröße abschließend ihre inhaltliche Zusammenschau erfährt, kann im nächsten Kapitel die Ergotherapie ins Zentrum der Auseinandersetzung gestellt werden.

1.4.4 Zusammenschauende Betrachtung

Sowohl in Kobis (2004) als auch in Specks (2008) und Bachs (1999) Systementwurf der Heilpädagogik wird im Hinblick auf den heilpädagogischen Tätigkeitsbereich ein zwischenmenschliches Beziehungsgeschehen herausgestellt, in das Erziehende wie Betroffene als autonome und aktive Subjekte partnerschaftlich eingebunden sind. So geht es unter den Bezeichnungen „(Heil-)Erziehung“ (Kobi 2004), „(spezielle) Erziehung“ (Speck 2008) und „Förderung und/oder Erziehung“ (Bach 1999) um ein In-Beziehung-Treten und bestmöglich stimmiges Aufeinanderbezogensein von Betroffenen und Erziehenden, das entscheidend an die Haltung der Erziehungspersonen gebunden ist. Charakterisiert wird diese erzieherische Haltung im Rahmen der Beziehungsgestaltung in allen drei Grundlegungsversuchen ähnlich über das aufgeschlossene Be-/Achten und Verstehen der Betroffenen mit ihren Bedürfnissen, Möglichkeiten und Sichtweisen sowie über die unmittelbare und persönliche Zugewandtheit zu Betroffenen und das damit verbundene authentische und transparente Einbringen der eigenen Person, wobei sie von Speck und Bach darüber hinausgehend

⁴³ „Neben den geschilderten Handlungsformen“, so verweist Bach (1999, 114) im Anschluss an die Auseinandersetzung mit den heilpädagogischen Handlungsweisen, „bedarf die Sonderpädagogik natürlich auch des ganzen Arsenal regelhafter pädagogischer Handlungsformen – vom Spiel über Sport bis zu Unterricht und Arbeit.“ Modifizierungen würden sich dabei jedoch stets aufgrund der speziellen Gegebenheiten als erforderlich erweisen (ebd.).

u. a. auch über die Verantwortlichkeit, Verlässlichkeit und Zuversichtlichkeit konkretisiert wird. Damit bezeichnet die erzieherische Haltung mit ihren teils unterschiedlichen Spezifizierungen gemäß den drei heilpädagogischen Systementwürfen in der Gesamtheit eine innere Einstellung, mit der ErzieherInnen Betroffenen wertschätzend in ihrem ganzen Person-Sein begegnen. Als solche ist sie nach Kobi, Speck und Bach – entgegen einer primären Bezugnahme auf einzelne Tätigkeiten, Methoden und Techniken – zentral auf die Betroffenen und ihre (innere) Situation gerichtet und vermag einen Erfahrungs- und Handlungsraum zu eröffnen, der sich in einer Atmosphäre des unmittelbaren Miteinanders entfaltet und Betroffene mithin Verbundenheit und ein Gefühl des Wahr-, Ernst- und Angenommenseins sowie – nach Speck und Bach zudem – auch Sicherheit und (Selbst-)Vertrauen erfahren lässt.

Dahingehend steht bezüglich des heilpädagogischen Tätigkeitsbereiches gemäß den drei Systementwürfen die Gestaltung einer tragfähigen Beziehung zwischen Erziehenden und Betroffenen auf Basis der erzieherischen Haltung im Vordergrund. Mit ihr werde die („innere“) Bedingungsgrundlage nicht nur für den Erziehungs- bzw. Förderprozess geschaffen, der gemeinsam getragen und über ein partnerschaftliches Zusammenwirken, bei Bedarf auch mit dem sozialen Umfeld, gestaltet werde, sondern auch für Veränderungen in Richtung der gesetzten Ziele. Letztere blieben dabei jedoch, so betonen vor allem Kobi und Speck, dennoch unabdingbar persongebunden. Sie seien von den betroffenen Subjekten und ihren jeweiligen (Vor-)Erfahrungen, Wahrnehmungs-, Lern- und Erlebensweisen abhängig, sodass der Charakter erzieherischer Handlungen auch nicht als instruktiv, sondern jedenfalls als veranlassend und anregend mit individuell veränderungsermöglichender Bedeutung zu verstehen sei.

Als konkrete Handlungsformen im Rahmen des heilpädagogischen Bezugsverhältnisses werden dabei mit unterschiedlichen Akzentuierungen in jedem Systementwurf (1) die anfängliche (und prozessbegleitende) Diagnostik zur Einschätzung der Problemlagen und -bedingungen im Person-, Umwelt- und Anforderungsbereich mithilfe nicht-/standardisierter Verfahren (Diagnostik und verstehende Beurteilung), (2) die Vermittlung von Werten, Wissen und (Ersatz-)Kompetenzen, auch im schulischen Kontext (Methoden der Schulung, Erziehung im engeren Sinn, Unterrichten und Kompensation), (3) die Beseitigung und/oder Modifikation der auffälligen Personmerkmale insbesondere mithilfe von Techniken und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen (Methoden der Behandlung, Therapie und Substitution) sowie (4) beratende und/oder gestaltende Tätigkeiten zur Unterstützung der sozialen Umwelt

und zur Beeinflussung und Anpassung vor allem sozialer, mitunter aber auch materieller und gesellschaftlicher Bedingungen (Methoden der Organisation, Beratung, pflegerische Maßnahmen der Aufsicht, sozialökologische Aufgaben und Prävention) einbezogen. Ergänzt werden diese gemeinsamen Handlungsformen darüber hinaus verschiedentlich durch Methoden der Erfahrungsannäherung (Kobi), weitere pflegerische Aufgaben (Speck) ebenso wie durch die gemeinsame Abklärung von Zielen und Handlungstendenzen, die Subvention und Kooperation (Bach). So verweist Kobi lediglich auf diagnostische Maßnahmen zur Problem- und Zieldefinition und bezieht sich dagegen auf Behandlungsmaßnahmen zur bestmöglichen Beseitigung von Schädigungen und/oder Behinderungen, auf Organisationsmethoden im Sinne der sozialen und materiellen Umgebungsgestaltung und -anpassung, auf Methoden der Schulung zur außer-/schulischen Bildung und Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten sowie auf Methoden der Erfahrungsannäherung, die auf Seiten der Erziehenden Einstellungs- und Verhaltensänderungen auf das Erleben der Betroffenen hin intendieren. Speck akzentuiert demgegenüber die diagnostische Beurteilung im Sinne einer verstehenden Erfassung der Lebenslage Betroffener mithilfe nicht-/standardisierter Verfahren. Erst auf Basis des diagnostisch Vorgefundenen und einer entsprechenden Interpretation seien daher weitere Tätigkeiten behinderungsspezifisch, entwicklungsgemäß sowie lebens- und wohnortnah zu verfolgen. Dabei gehe es um die Erziehung im engeren Sinn, die als Kompetenz- und Wertvermittlung zur Persönlichkeitsbildung und Sozialerziehung verstanden wird, das schulische Unterrichten, die Anwendung vor allem lern- und analytisch-psychologischer Therapieansätze, weiters um pflegerische Handlungsweisen in Form von Hilfestellungen bei der körperlichen Pflege, Aufsichtsmaßnahmen, Anleitungen und Aufgaben mit erzieherischem Schwerpunkt, beratende Tätigkeiten im Sinne von Informationsvermittlungen, Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen sowie um sozialökologische Aufgaben. Letztere beziehen sich dabei auf die Gestaltung in-/direkt wirkender Lebensbedingungen, für die als Beispiele etwa das Bemühen um die Zusammenarbeit mit den Eltern und anderen Fachkräften und das Eintreten für Betroffene in der Öffentlichkeit genannt werden. Ähnlich wie Speck, betont schließlich auch Bach die elementare Bedeutung der Diagnostik. Er verortet diese sowohl zu Beginn als auch während des Erziehungs- bzw. Förderprozesses und bezieht sich dabei neben einer Individual- auch auf eine Normen- und Umfelddiagnostik, zumal deren Ergebnisse die Basis für die gemeinsame Abklärung der Nahziele und einzusetzenden

Handlungsformen bilden. Letztere umfassen dabei die Substitution und Kompensation, wobei erstere die Förderung beeinträchtigter Bereiche gegebenenfalls mithilfe spezifischer Arbeitstechniken und letztere die Anbahnung von Ersatzkompetenzen bezeichne, darüber hinaus die Prävention zur Verbesserung materieller, sozialer und gesellschaftlicher Lebensbedingungen, die Subvention zur Schaffung angemessener Anforderungen und Erwartungen sowie die Beratung des Umfeldes, beteiligter Instanzen und/oder der Öffentlichkeit in Form von Auskünften, Informationsvermittlungen, Gutachten, individuellen Gesprächen, praktischen Hilfestellungen und Unterweisungen. Die eigens genannte Handlungsform der Kooperation, die als Zusammenarbeit unter Fachkräften, mit Betroffenen und Familienmitgliedern verstanden wird, gilt hierbei bei Bach gleichwohl in allen vorherig genannten Handlungsformen als unabdingbar eingeschlossen.

Mit dieser Zusammenschau bezüglich des heilpädagogischen Tätigkeitsbereiches kann die Analyse der Heilpädagogik anhand der Systementwürfe von Kobi, Speck und Bach als abgeschlossen betrachtet und das Hauptaugenmerk im Weiteren auf die Ergotherapie gelegt werden.

2. Ergotherapie

Mit dem Begriff der Ergotherapie wird derjenige Praxis- und Theoriebereich bezeichnet, der den Menschen hinsichtlich seiner Betätigungs- bzw. Handlungs(-un-)fähigkeit in den Mittelpunkt stellt (Götsch 2007c, 2f; Marotzki 2002c, 12) und vormals Arbeits- und/oder Beschäftigungstherapie genannt wurde (o.A. 2009, 6). Im Rahmen dieses Kapitels wird die Ergotherapie analog zur vorhergegangenen Analyse der Heilpädagogik in Bezug auf ihren Gegenstandsbereich, ihre Leitideen und ihren Tätigkeitsbereich beleuchtet. Bevor jedoch diese fachgebietseigenen Bestimmungsgrößen aufeinanderfolgend in den Blick genommen werden, gilt es im Sinne einer ersten Standortbestimmung, die fachliche Ausrichtung der Ergotherapie anhand ihrer historisch hervorgegangenen Anbindung an nunmehr primäre Bezugswissenschaften zu klären und darüber hinaus ihren disziplinären Status darzulegen.

2.1 Ergotherapie als medizinisch-technisches (und sozialwissenschaftliches) Fachgebiet

Unter historischer Perspektive ging die Ergotherapie aus praktischen Bemühungen um chronisch kranke Menschen hervor (Marotzki 2006, 16ff). Sie konstituierte sich im ausgehenden 18. und im Laufe des 19. Jahrhunderts im Anschluss an Konzeptionen, die im Umfeld medizinisch-psychiatrischer Kliniken und in Zusammenhang mit der Langzeitbehandlung tuberkuloseerkrankter Menschen entstanden (ebd.). In den Vordergrund gestellt wurde dabei die heilende Wirkung körperlicher und geistiger Betätigungen, sodass Aktivitäten in Form von Arbeitsleistungen und (kunst-)handwerklichen Tätigkeiten unter ärztlicher Autorität als therapeutisches Mittel zum Einsatz gebracht wurden (ebd.). In diesem Sinne in die medizinische Versorgung eingebettet, liegen die Anfänge der Ergotherapie in englisch- und deutschsprachigen Ländern im Umfeld der Medizin (Frank 2008, 25f; Schwarz 2007, 65; Marotzki 2006, 34ff).

Eine fachliche Anlehnung der Ergotherapie an *medizinische Denk- und Arbeitsweisen* erfolgte dabei zunächst jedoch nicht; diese setzte erst ab dem ersten Weltkrieg im 20. Jahrhundert ein (Frank 2008, 26; Marotzki 2006, 35ff). Denn angesichts der Vielzahl an Kriegsverletzten und Menschen mit (schweren) Behinderungen verlagerte sich das

Einsatzgebiet der Ergotherapie auf die (Arbeits-)Rehabilitation und Akutmedizin und konzentrierte sich – fortan spezialisiert gemäß den medizinischen Fachgebieten – auf die Behandlung funktioneller Defizite im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen (Frank 2008, 26; Marotzki 2006, 35ff): „Die geschädigte und wiederherzustellende *Funktion* motorischer, sensorischer, perzeptiver, emotionaler und kognitiver Art“, so legt Marotzki (2006, 36; Hervorh. i. O.) diesbezüglich dar, „wurde zum Ausgangs- und Zielpunkt ergotherapeutischer Interventionen“, sodass sich „eine zunehmende mechanistische und funktionsorientierte Sichtweise der Ergotherapie“ (Frank 2008, 26) entsprechend der Medizin durchsetzte. „Nicht mehr der Wert der Beschäftigung an sich, sondern funktionelle Komponenten und funktionelle Defizite wurden zum Mittelpunkt ergotherapeutischen Denkens und Handelns“ (ebd.).

Dahingehend etablierte sich die Medizin einschließlich ihrer Teilgebiete, wie Anatomie, Physiologie und Pathologie, sowie ihrer naturwissenschaftlichen Basisdisziplinen, wie Biologie, Physik und Chemie (Götsch 2007b, 56f), als zentrale Bezugswissenschaft der Ergotherapie. Sie lieferte den fachlichen Orientierungsrahmen der ergotherapeutischen Praxis und Theorie und behielt diese alleinige Funktion vor allem im deutschsprachigen Raum bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts bei; bis sich in den 1990er Jahren – im Sinne eines Paradigmenwechsels – ein zunehmender Einbezug *sozialwissenschaftlicher* Inhalte in die praktische und theoretische Fundierung der deutschsprachigen Ergotherapie abzeichnete (Götsch 2007a, 75f). So fanden Erkenntnisse und Theorien aus der Soziologie, Psychologie und Pädagogik vermehrt Eingang in die Ergotherapie, wodurch sich das Blickfeld über ursächliche Funktionsdefizite hinaus auf die Folgen derselben für die Handlungsfähigkeit des Menschen in seiner alltäglichen Lebenswelt erweiterte (Götsch 2007a, 75f; Schwarz 2008, 66). Insbesondere sozialwissenschaftliche handlungs-, rollen- und systemtheoretische Ansätze waren bzw. seien in diesem Zusammenhang für die heutige Ergotherapie unabdingbar (Götsch 2007a, 79ff), weshalb neben der Medizin nun auch die Sozialwissenschaften als wesentliche Bezugsrahmen gelten, aus denen sich die Praxis und Theorie der Ergotherapie speisen (Hagedorn 2009b, 9; Götsch 2007b; Beyermann et al. 2001, 22f). Dass der Medizin hier – zumindest im österreichischen Kontext – aber dennoch eine Vorrangstellung einzuräumen ist, wird daran ersichtlich, dass die Ergotherapie bisher als gehobener *medizinisch-technischer* Dienst im MTD-Gesetz verankert ist (Frank 2008, 9). Dieses Bundesgesetz von 1992 positioniert die Ergotherapie innerhalb der Gesundheitsberufe (ebd.) und regelt die

ergotherapeutische Behandlung von Menschen mit Erkrankungen und/oder Behinderungen *nach* ärztlicher Überweisung (BGBl Nr. 460/1992 §2).

In diesem Sinne als Gesundheitsberuf im österreichischen Gesundheitswesen etabliert, fehle es der Ergotherapie in Österreich bislang weitgehend an einer wissenschaftlichen Entwicklungslinie in Form einer sozialwissenschaftlich geprägten, fachübergreifenden Grundlagenwissenschaft (Prodinger/Stamm 2012, 130f), „deren Gegenstand die ‚menschliche Betätigung‘ ganz generell darstellt, d.h. nicht mehr [nur; Anm. N.S.] unter dem therapeutisch orientierten Aspekt der Herstellung oder Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit bzw. Fähigkeit zur Betätigung“ (Götsch 2007c, 7). Im Unterschied zu englischsprachigen Ländern, wie den USA, Kanada, England und Australien (ebd., 7f), komme der Ergotherapie in Österreich daher (noch) nicht der Status einer wissenschaftlichen Disziplin zu (Prodinger/Stamm 2012, 130f; ÖBIG 2003, 24f), weshalb die gegenwärtige Herausforderung darin bestehe, so Prodinger und Stamm (2012, 130), im Anschluss an die erst kürzlich erreichte Akademisierung der Ergotherapie durch die Einrichtung ergotherapeutischer Fachhochschulstudiengänge mit Bachelorabschlüssen und die daraus resultierende Begründung der Ergotherapie als wissenschaftliches *Fachgebiet* die Entwicklung einer eigenständigen (medizin- und sozial-)wissenschaftlichen (Grundlagen-)Disziplin der Ergotherapie voranzutreiben. Im österreichischen Diskussionszusammenhang stehe daher die Frage im Mittelpunkt,

„how occupational science can be established as an academic discipline that informs occupational therapy practice, education, and research, and at the same time enables the establishment of departments for occupational science at universities that are not trapped in the history of occupational therapy as a medical-technical health profession“ (ebd., 130f).

Insofern (noch) nicht als wissenschaftliche Disziplin, sondern als junges Fachgebiet mit medizinischer bzw. medizinisch-technischer und erst jüngst auch sozialwissenschaftlicher Orientierung etabliert, lehne sich die Ergotherapie in Österreich und anderen deutschsprachigen Ländern an theoretische Konzeptionen aus dem englischsprachigen Raum an, wo aufgrund der bereits bestehenden wissenschaftlichen Grundlegung der Ergotherapie die theoretische Auseinandersetzung mit ergotherapeutischen Grundlagen fortgeschritten sei (Hagedorn 2009a, 18; 2009b, 2; ÖBIG 2003, 19). So werde zur theoretischen und praktischen Fundierung der deutschsprachigen Ergotherapie u. a. auf angelsächsische *Grundlagenmodelle* zurückgegriffen (Jerosch-Herold et al. 2009; Marotzki 2006, 64ff; 2002b), die sich als

„Theorie- und Praxisgebäude [verstehen; Anm. N.S.], die in der Ergotherapie ihren Ursprung haben und dort entwickelt wurden (damit also ‚genuin ergotherapeutisch‘ sind)“ (Marotzki 2002a, 2).

Drei dieser Grundlagenmodelle aus dem englischen Sprachraum dienen im Weiteren als Basis für die Analyse der Ergotherapie anhand der disziplinären bzw. fachgebietseigenen Bestimmungsgrößen: Das Model of Human Occupation (MOHO), das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) und das Occupational Performance Model Australia (OPMA) werden herangezogen, um die Ergotherapie in den nächsten Abschnitten vor dem Hintergrund ihrer ursprünglich medizinischen und zunehmend auch sozialwissenschaftlichen Ausrichtung zunächst in Bezug auf ihren Gegenstandsbereich und sodann hinsichtlich ihrer Leitideen und ihres Tätigkeitsbereiches in den Blick zu nehmen.

2.2 Gegenstandsbereich

Zentrale Bezugs- und Ansatzpunkte der ergotherapeutischen Theoriebildung und Praxis bilden den Gegenstandsbereich der Ergotherapie. Der „*tätige Mensch*“, so Marotzki (2002c, 12; Hervorh. i. O.) in Anlehnung an Kielhofner (1995), den Kanadischen Ergotherapieverband (CAOT) (1997) sowie Chapparo und Ranka (1997), spiele in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle, „genauer, seine Möglichkeiten und Beeinträchtigungen bei der Performanz von Betätigungen“ bzw. bei der Ausführung von Handlungen⁴⁴. Gemäß der hermeneutischen Herangehensweise in dieser Arbeit gilt es daher im Folgenden, die grundlegenden Begriffe rund um die Betätigungs- bzw. Handlungs(-un-)fähigkeit des Menschen festzustellen und eine entsprechende begriffsinhaltliche Bestimmung vorzunehmen. Analog zur Auseinandersetzung mit der Teildisziplin der Heilpädagogik im ersten Kapitel werden dazu in den nächsten Abschnitten die drei ergotherapeutischen Grundlagenmodelle, i. e. das MOHO (2.2.1), das CMOP-E (2.2.2) und das OPMA (2.2.3), aufeinander folgend analysiert, bevor in einem abschließenden Unterkapitel eine zusammenschauende Betrachtung (2.2.4) der

⁴⁴ Die Begriffe „Betätigung“ und „Handlung“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Es handle sich hierbei zumeist um „nationale Varianten“ (Marotzki 2002a, 6) deutschsprachiger Länder für die Bestimmung des „ergotherapeutischen Kernbereich[us; Anm. N.S.]“ (ebd.), die z. T. aus den uneinheitlichen Übersetzungen der im englischen Sprachraum entwickelten Grundlagenmodelle hervorgehen.

drei Grundlagenmodelle im Hinblick auf den ergotherapeutischen Gegenstandsbereich erfolgt.

2.2.1 Störungen oder Dysfunktionen des Betätigungsverhaltens (MOHO)

Das Model of Human Occupation (MOHO), das von Kielhofner (2008c, 1; 2005c, 6f) Ende der 1970er Jahre in den USA entworfen und zusammen mit internationalen KollegInnen weiterentwickelt wurde, basiert auf systemtheoretischen Ansätzen (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 56ff; Kielhofner 2005e). Demgemäß wird im MOHO die Sichtweise des Menschen als dynamisches System verfolgt, das sich mitsamt seinen inhärenten Dispositionen, Fähigkeiten und Überzeugungen selbst organisiert und fortentwickelt (ebd.). Erfolgen würde dies zentral *über* die alltäglichen Betätigungen (ebd.), die als solche im Rahmen dreier Handlungsbereiche stattfinden: (1) dem der Arbeit, der produktive Aktivitäten als SchülerIn, (ehrenamtlich) Arbeitende/-r, Elternteil oder HobbyistIn bezeichne, (2) dem des Spiels, der erkundende, kreative und feierliche Aktivitäten sowie Rollen-, Gesellschafts- und Wettkampfspiele umfasse (Kielhofner 2005c, 5), und (3) dem der Aufgaben des täglichen Lebens, der sich auf die Selbstversorgung, Organisation der eigenen Lebenswelt und das Handhaben finanzieller Mittel beziehe (Kielhofner 1989 zit. n. Kielhofner 2005c, 5). Das Betätigungsverhalten ebenso wie Änderungen desselben im Kontext dieser drei Bereiche begreift Kielhofner (2005e, 26f) hierbei bedingt, und zwar nicht nur durch die Person selbst, sondern auch durch die Umwelt: „Sowohl die interne Organisation des menschlichen Systems als auch die externen Umweltfaktoren tragen zum Verhaltensaufbau bei. Folglich führen Veränderungen innerhalb und außerhalb des menschlichen Systems gleichermaßen zu einer Änderung des dynamischen Aufbaus des Verhaltens.“

Den Ausgangspunkt *ergotherapeutischer* Tätigkeiten bilden dabei *Störungen oder Dysfunktionen des Betätigungsverhaltens* (Kielhofner 2005c, 4), die im Person-Umwelt-Gefüge im Hinblick auf die Anforderungen von Betätigungs-Aufgaben auftreten können (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 57; Kielhofner 2005e, 21f).⁴⁵ „Eine gute Passung (Übereinstimmung) zwischen der Person und den Umwelt- und Betätigungsanforderungen und -möglichkeiten“, so legen Mentrup und Schulte (2009, 36) gemäß den theoretischen Grundlagen des MOHO dar, „entspricht einer

⁴⁵ In der neuesten englischen Ausgabe seines Werks spricht Kielhofner (z.B. 2008b, 29; 2008c, 3) auch von „occupational problems“ und „occupational challenges“ als ergotherapeutischen Bezugspunkt.

Betätigungsfunktion, während ein Mangel an Passung auf eine Dysfunktion innerhalb der Betätigungsperformanz hinweist.“

Konkretisiert wird eine ebensolche bestehende wie fehlende Übereinstimmung zwischen person- und umweltbezogenen Faktoren im MOHO über drei interdependent wirkende Subsysteme oder Komponenten, aus denen sich die interne Struktur des menschlichen Systems im Hinblick auf Betätigungen zusammensetzt: Die *Volition*, die *Habitation* sowie das *Performanzvermögen* eines Menschen bestimmen – gemeinsam mit den gegebenen Umweltbedingungen – den Aufbau des dys-/funktionalen Betätigungsverhaltens (Kielhofner 2005d, 37). Die *Volition* bezeichne dabei die Betätigungsmotivation eines Menschen, die neben dem Selbstbild bezüglich der eigenen Fähigkeiten und Wirksamkeit auch die Interessen und Werte beinhalte, denen sich eine Person selbst verpflichtet (Kielhofner 2005d, 37ff; Kielhofner et al. 2005, 56ff). Deren Struktur sei dafür verantwortlich, kurzfristige Aktivitäten ebenso wie längerfristig auszuführende Betätigungen „auf eine bestimmte Weise zu antizipieren, auszuwählen, zu erleben und zu interpretieren“ (Kielhofner et al. 2005, 65), weshalb sie den „auf Alltagswissen gründenden Gehalt unserer Gefühle, Gedanken und Entscheidungen zu unseren Betätigungen“ (ebd., 56) bilde. Unter dem Begriff der *Habitation* fasst Kielhofner (2005f, 88ff) weitgehend automatisch ablaufende Betätigungsmuster und -routinen, die dem Betätigungsverhalten eines Menschen bzw. der Art des Zu- und Umgangs mit Umweltgegebenheiten aufgrund von Gewohnheiten und Rollen Regelmäßigkeit und Struktur verleihen. Sie „befähigen den Menschen dazu, in sich ähnelnden Situationen auch ähnliche Verhaltensweisen zu zeigen (oder dynamisch aufzubauen), ohne dass dies ein Nachdenken oder besondere Aufmerksamkeit (für die habitualisierten Verhaltensmerkmale) erfordert“ (ebd., 89). Eine gut organisierte Habitationsstruktur sei dabei zwar stabil, aber nicht rigide, um sich bei konkreten Betätigungssituationen improvisatorisch angepasst verhalten zu können (ebd., 106f). Mit dem *Performanzvermögen* werden schließlich auf einer *objektiven* Ebene die Fähigkeiten eines Menschen in der Einheit von Geist, Gehirn und Körper sowie *subjektiv* die entsprechenden Erfahrungen mit den vorhandenen Fähigkeiten bezeichnet, die vereinigt die Ausbildung von Fertigkeiten⁴⁶ und folglich die Ausführung von

⁴⁶ Sichtbar werden die (potentiellen) Fähigkeiten eines Menschen nach Kielhofner, Mentrup und Niehaus (2009, 65) unter konkreten Umweltbedingungen in Form von beobachtbaren Fertigkeiten. Diese können unterschieden werden in (1) motorische Fertigkeiten zur Bewegung des eigenen Körpers und von Gegenständen, (2) prozesshafte Fertigkeiten im Sinne eines angepassten Verfolgens logischer Handlungsabläufe und des Einsatzes entsprechender Werkzeuge und Materialien sowie (3)

Betätigungen bestimmen (Fisher/Kielhofner 2005, 116f). Diesbezüglich stehe das vielschichtige „Wechselspiel zwischen skelettmuskulären, neurologischen, perzeptiven und kognitiven Phänomenen“ (Kielhofner 2005d, 45) und das Erleben der daraus folgenden Fähigkeiten im Vordergrund, aus denen – in Abhängigkeit von anderen Körpersystemen, wie dem Herz-Kreislauf- und Verdauungssystem – insgesamt die Fähigkeit des Menschen zur Informationsverarbeitung und Betätigungsausführung hervorgehe (Kielhofner 2008e, 68ff; 2005d, 45; Fisher/Kielhofner 2005, 117ff).

Diese drei Komponenten – die Volition, Habituation und das Performanzvermögen – machen nach der Konzeption des MOHO ein dys-/funktionales Betätigungsverhalten auf *personaler* Seite aus. Zumal das Betätigungsverhalten eines Menschen jedoch „als Ergebnis der Interaktion zwischen den inneren Merkmalen der Person und den Umweltaspekten angesehen“ (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 66) werde, spielen *Umweltbedingungen* in Bezug auf den ergotherapeutischen Gegenstandsbereich eine ebenso wichtige Rolle. Externe Gelegenheiten, (Betätigungs-)Anforderungen und Erwartungen seien in ihrer Bedeutung für die Volition, Habituation und das Performanzvermögen des menschlichen Systems und folglich mit Blick auf ihren ermöglichenden und beschränkenden Einfluss auf das menschliche Betätigungsverhalten in Betracht zu ziehen (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 66; Kielhofner 2005b, 128ff). Diesbezüglich werden räumliche und soziale Umweltaspekte einbezogen, wobei erstere u. a. auch materielle und letztere konventionelle und entsprechend kultur- und regelgebundene Betätigungsformen beinhalten (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 66f; Kielhofner 2005b, 133ff), die gemeinsam den kontextuellen Rahmen bzw. das Setting für das jeweilige Betätigungsverhalten schaffen, dasselbige bedingen und gestalten (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 67; Kielhofner 2005b, 147ff).

So folgert Kielhofner (2008b, 24ff) letztendlich, dass ein dys-/funktionales Betätigungsverhalten und dessen Veränderungen jedenfalls auf dem fortwährenden Zusammenspiel der Volition, der Habituation und des Performanzvermögens einer Person ebenso wie der räumlichen und sozialen Umweltgelegenheiten und -erfordernisse, einschließlich der Betätigungsanforderungen und -möglichkeiten, basieren.⁴⁷ Von einem *funktionalen* Betätigungsverhalten im Sinne einer Passung könne

Kommunikations- bzw. Interaktionsfertigkeiten im Hinblick auf den Umgang und Austausch mit anderen Personen (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 65; Kielhofner 2008a, 103).

⁴⁷ „This means that no single causal factor can ever account fully for emergent behavior, thought, or feeling“ (Kielhofner 2008b, 26), sodass auch „von Defiziten im zugrunde liegenden Subsystem

daher vor diesem Hintergrund gesprochen werden, wenn „ein Mensch unter für ihn optimalen Bedingungen eine Betätigung durchführt, die ihm wichtig ist“ (Mentrup 2007, 135), wohingegen *Betätigungsdysfunktionen* – als Ausgangspunkt ergotherapeutischen Handelns – bei einer mangelnden Passung zwischen einem Menschen und seiner Umwelt und damit bei „Diskrepanzen zwischen Volition, Habituation und/oder Performanzvermögen sowie Umweltanforderungen und -möglichkeiten“ (ebd.) vorliegen. Dadurch wird klargestellt, dass in der Konzeption des MOHO das „Betätigungsverhalten ... stets ein komplexes Zusammenspiel zwischen ... Motiven, Gewohnheiten, Fähigkeiten und Kontexten“ (Kielhofner 2005d, 47) darstellt und dementsprechend ein funktionales Betätigungsverhalten ebenso wie ergotherapeutisch relevante Dysfunktionen desselben „immer aus vielfältigen Interaktionsfaktoren und der von ihnen ausgehenden Dynamik hervorgehen“ (Kielhofner 2005a, 160).

2.2.2 Betätigungsschwierigkeiten bzw. -herausforderungen (CMOP-E)

Im Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), welches das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (CAOT 1997)⁴⁸ durch seine erweiterte Fassung ergänzt, werden – ähnlich wie im MOHO – potentielle oder bestehende *Betätigungsschwierigkeiten* bzw. *-herausforderungen* von Menschen in ihrem Alltagsleben als ergotherapeutischer Bezugspunkt ausgewiesen (Polatajko et al. 2007a, 180f; 2007b, 207; CAOT 1997, 50).⁴⁹ „[T-]he presence or potential of an *occupational challenge* is the first essential element for occupational therapy practice“ (Polatajko et al. 2007b, 207; Hervorh. i. O.) und sofern die Bewältigung gewollter, jedoch problembehafteter Betätigungen, d.h. die Teilhabe an und/oder die Ausführung entsprechender Betätigungen, *spezielle* Fähigkeiten erfordere, sei die Ergotherapie unabdingbar angezeigt (Polatajko et al. 2007a, 180). Als Kennzeichen für das Vorliegen einer Betätigungsherausforderung gelte dabei jedenfalls, so Polatajko et al. (2007b, 207), die wahrnehmbare Gefahr oder das Bestehen eines Mangels an Betätigungen,

Performanz nicht auf lineare Weise auf Störungen in der Betätigungsausführung geschlossen werden“ (Fisher/Kielhofner 2005, 124) könne.

⁴⁸ Das CMOP wurde vom Kanadischen Ergotherapieverband (CAOT) im Rahmen der Erstellung nationaler Richtlinien für die Ergotherapie entwickelt (Townsend/Polatajko 2007b, 4f).

⁴⁹ Der Kanadische Ergotherapieverband spricht diesbezüglich vereinzelt auch von „occupational needs“ (CAOT 1997, z.B. 33), d.h. Betätigungsbedürfnissen, die es in der Ergotherapie zu adressieren gelte.

einer eingeschränkten Ausführung derselben und/oder einer verminderten Eingebundenheit.

Zu verorten seien entsprechende Betätigungsprobleme bzw. -herausforderungen gemäß dem CMOP-E innerhalb eines *dynamischen Zusammenspiels* von Personen, ihrer Umwelt und ihren Betätigungen (Polatajko et al. 2007b, 208f), aus dem „Occupational Performance“ und „Engagement“⁵⁰ resultieren⁵¹ (Polatajko et al. 2007c, 23; CAOT 1997, 30ff). „Art und Qualität, wie eine Betätigung ausgeführt wird [und wie jemand in sie eingebunden ist; Anm. N.S.]“, ergeben sich somit, wie Law et al. (2009, 158; Hervorh. i. O.) darlegen, „aus der *Interaktion* zwischen Personen, ihren Betätigungen und der Umwelt.“ Dahingehend werden betätigungsbezogene Schwierigkeiten im CMOP-E zum Grad der Übereinstimmung zwischen der Person, der Umwelt und der Betätigung in Bezug gesetzt: „[T]-he degree of fit between person, environment, and occupation“ (Law et al. 1996 zit. n. Polatajko et al. 2007b, 209) determiniere die Betätigungsausführung und -teilhabe, sodass Betätigungsschwierigkeiten dann auftreten, so Polatajko et al. (2007b, 209) in Anlehnung an Law et al. (1996) weiter, wenn eine mangelhafte Kongruenz zwischen Personen, den gegebenen Umweltbedingungen und den (Anforderungen der) Betätigungen, die sie ausführen oder an denen sie teilhaben (wollen), bestehe oder sich abzuzeichnen drohe.

Personen werden in diesem gegenstandsbezogenen Interaktionsgeschehen als Ganzheiten bestehend aus Spiritualität, Performanzkomponenten sowie sozialen und kulturellen Erfahrungen gesehen (CAOT 1997, 41ff). Die Spiritualität wird dabei als Wesenskern eines Menschen definiert, der die Individualität eines jeden Menschen ausmache, die Quelle der Selbstbestimmung darstelle, motivationale Anteile für Betätigungen beinhalte und für das Erleben von Sinn und Bedeutung bezüglich (bestimmter) Betätigungen leitend sei (ebd., 33, 42f). Performanzkomponenten, die sich für eine erfolgreiche Ausführung und Einbindung in Betätigungen als wesentlich

⁵⁰ Der Begriff „Occupational Performance“ verweise auf die *unmittelbare* Betätigungsausführung (Polatajko et al. 2007c, 24) und damit auf die Fähigkeit, bedeutsame Betätigungen im Bereich der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit altersgerecht auszuwählen, zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen (CAOT 1997, 30). „Occupational Engagement“ gehe im Unterschied dazu darüber hinaus, indem sich der Begriff auf die Teilhabe an Betätigungen beziehe und damit alles umfasse, „that we do to ,involve oneself or become occupied““ (Houghton Mifflin Company 2004 zit. n. Polatajko et al. 2007c, 24).

⁵¹ Dabei spielen im Rahmen der Konzeption des CMOP-E die Komponenten „Person“ und „Umwelt“ nicht an sich eine Rolle in der Ergotherapie: Da die Betätigung „our core domain of interest“ (Polatajko et al. 2007c, 24) darstelle, liegen „those aspects of person or environment that are not related to occupation ... beyond our scope“ (ebd.).

erweisen, bezeichnen im CMOP-E sozial-emotionale bzw. affektive, kognitive und physische Charakteristika einer Person und soziale und kulturelle Erfahrungen beziehen sich schließlich auf das Erleben einer Person im Rahmen ihrer Umwelt (CAOT 1997, 43f). Diese *Umwelt* stehe im CMOP-E für den externen Kontext, in dem Personen leben und sich betätigen (ebd., 44). Er umfasse kulturelle, institutionelle, physische und soziale Anteile und könne sowohl einen ermöglichenden als auch einen beschränkenden Einfluss auf die Betätigungsausführung und -eingebundenheit einer Person nehmen (ebd., 45). Die *Betätigung* als dritte Komponente, die zu *Occupational Performance* und *Engagement* beitrage, wird letztlich konzipiert „as the bridge that connects person and environment indicating that individuals act on the environment through occupation“ (Polatajko et al. 2007c, 23). Menschen treten demnach *über* Betätigungen mit der Umwelt in Interaktion. Als Gruppen von Aktivitäten und Aufgaben werden Betätigungen nach dem CMOP-E sowohl von Individuen als auch von der jeweiligen Kultur benannt, strukturiert und mit Bedeutung versehen, und zwar im Rahmen der drei verschiedenen Bereiche der Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität (CAOT 1997, 34): Die Selbstversorgung beziehe sich dabei u. a. auf die Körperpflege, Eigenverantwortung, funktionelle Mobilität und persönliche Zeit- und Raumorganisation, die Freizeit auf Betätigungen zum Zwecke des Vergnügens, wie sie z.B. sportliche und spielerische Aktivitäten darstellen können, und die Produktivität auf soziale oder ökonomische Beiträge, zu denen u. a. das kindliche Spiel, die schulische, berufliche und ehrenamtliche Arbeit, die Haushaltsführung und die (großelterliche) Kindererziehung zählen (ebd., 37).

Vor dem Hintergrund des dynamischen Zusammenwirkens dieser drei Elemente der Person, Umwelt und Betätigung wird ergotherapeutisches Handeln folglich an person-, umwelt- und/oder betätigungsbezogenen Bedingungen festgemacht, die zu einer „poor congruence“ (Law et al. 1996 zit. n. Polatajko et al. 2007b, 207), d.h. zu einem Ungleichgewicht führen. Denn ein solches manifestiere sich im alltäglichen Leben von Menschen in (drohenden) Betätigungsproblemen, die in Form von Schwierigkeiten „in the ability to choose, organize, and satisfactorily perform or engage in meaningful occupations“ (Polatajko et al. 2007a, 181) zum Ausdruck kommen.

2.2.3 Betätigungsbedürfnisse (OPMA)

Im Occupational Performance Model Australia (OPMA), das ursprünglich aus der Weiterentwicklung des Ergotherapiecurriculums an der Universität von Sydney

resultierte (Chapparo/Ranka 1997), werden *Betätigungsbedürfnisse* von Menschen als ergotherapeutischer Ansatzpunkt herausgestellt (Ranka/Chapparo 1997b, 50). „*Occupational therapists address the occupational need of their clients*“ (ebd.; Hervorh. i. O.) und dies unabhängig vom Praxissetting, von der KlientInnengruppe, dem Schweregrad an Dysfunktionen und den jeweiligen bevorzugten methodischen Vor- und Herangehensweisen einzelner ErgotherapeutInnen (ebd., 51).

Das Entstehen dieser betätigungsbezogenen Bedürfnisse wird im OPMA dabei an der Unfähigkeit eines Menschen festgemacht, sich an Herausforderungen im Hinblick auf die *Handlungsperformanz* anzupassen oder diese in einer für sich selbst und/oder in einer für andere annehmbaren Art und Weise zu bewältigen (ebd., 50). Betätigungsbedürfnisse liegen demnach vor, wenn Menschen Schwierigkeiten in der Handlungsperformanz und damit bezüglich der Fähigkeit haben, „*Rollen, Handlungsabläufe, Handlungsschritte und Handlungsteilschritte wahrzunehmen, zu wollen, ins Gedächtnis zu rufen, zu planen und durchzuführen; ... als Reaktion auf Anforderungen der internen und/oder externen Umwelt*“⁵² (Chapparo/Ranka 2004, 17; Hervorh. i. O.). Herausforderungen an die Handlungsperformanz können dabei nach Ranka und Chapparo (1997b, 50) Krankheiten, Behinderungen und/oder Barrieren in der Umwelt, d.h. Person- und/oder Umweltaspekte darstellen, zumal die Handlungsperformanz im OPMA stets als das Ergebnis des Zusammenspiels person- und umweltbezogener Elemente im Hinblick auf Betätigungen verstanden wird und Änderungen in einem Element deshalb auf das gesamte Gefüge einzuwirken vermögen (Chapparo/Ranka 2004, 15f).

Strukturell präzisiert werden diese die Handlungsperformanz auszeichnenden Elemente der *Person* und *Umwelt* im Modell durch einzelne Konstrukte, die nicht nur zur Analyse der Fähigkeiten der Handelnden und ihres Kontextes, sondern auch zur Betrachtung von Betätigungen im Sinne ihrer personalen und umweltbedingten Anforderungen sowie darüber hinaus zur Analyse der Beziehung zwischen Fähigkeiten und Betätigungen herangezogen werden können (ebd., 17, 27f). Für die Person wird in diesem Zusammenhang der Begriff der *internen Umwelt* eingeführt (ebd., 16), die die „gesamten Strukturen, Bedingungen und Einflüsse, welche innerhalb des Menschen bestehen und die Handlungsperformanz betreffen“ (ebd.), enthalte und sich aus vier Konstrukten zusammensetze: Sie umfasse die gewählten oder notwendig auszuführenden *Handlungsrollen*, die sich aus geregelten Verhaltensmustern

⁵² Die Begriffe „interne“ und „externe“ Umwelt werden weiter unten im Text erläutert.

zusammensetzen⁵³ und innerhalb der vier *Betätigungsbereiche* Selbsterhaltung, Produktivität/Schule, Freizeit/Spiel und Erholung realisiert werden können (Chapparo/Ranka 2004, 17ff), sowie darüber hinaus die *Komponenten* und *Kernelemente* der Handlungsperformanz, durch die zum einen die biomechanischen, sensomotorischen, kognitiven, intra- und interpersonalen Fähigkeiten einer Person und zum anderen die Elemente Körper, Geist und Seele in das Modell integriert werden (ebd., 28ff). Die *externe Umwelt* bestehe demgegenüber „aus Strukturen, Bedingungen und Einflüssen, die sich außerhalb der internen Umwelt befinden und innerhalb derer Handlungen ausgeführt werden“ (ebd., 16). Konzipiert als ein weiteres, eigenständiges Konstrukt setze sie sich nicht nur aus physischen und sozialen, sondern auch aus sensorischen und kulturellen Dimensionen zusammen, die in der Gesamtheit beeinträchtigende oder unterstützende Effekte auf die Handlungsperformanz haben können (ebd., 36ff). Die beiden letzten Konstrukte im OPMA, *Raum* und *Zeit*, durchdringen schließlich die vorhergegangenen Konstrukte, da sowohl die personinterne als auch die -externe Umwelt physisch-objektive und empfunden-subjektive Aspekte von Raum und Zeit beinhalten (ebd., 38ff).

Das interdependente Zusammenwirken all dieser Konstrukte „innerhalb und zwischen den beiden Umwelten“ (ebd., 16) macht nach Chapparo und Ranka (ebd.) mithin die „Handlungsperformanz als interaktives System“ in Bezug auf Betätigungserfordernisse aus, sodass ergotherapeutisch relevante *Betätigungsbedürfnisse* gemäß der Konzeption des OPMA schließlich aus prekären Person- oder Umweltaspekten und deren jeweiligen in-/konsistenten Verbindung zueinander und zu den auszuführenden Betätigungen und deren Anforderungen hervorgehen.⁵⁴

Nach dieser letzten Bestimmung des ergotherapeutischen Gegenstandsbereiches im Zuge der Analyse der drei Ergotherapiemodelle wird im nächsten Abschnitt eine

⁵³ Handlungsrollen können nach der Konzeption des OPMA vollständig oder teilweise eingenommen werden (Chapparo/Ranka 2004, 19f), da sie drei Dimensionen aufweisen, die in der Gesamtheit oder partiell (eine oder zwei Dimensionen) erfüllt werden: (1) die Dimension des Wissens, d.h. das Verfügen über „ein intuitives oder kognitives Verständnis für gewollte oder erwartete Handlungsrollen“ (ebd., 19), (2) die Dimension des Tuns im Sinne der physischen Ausführung und (3) die Dimension des Seins, die – Bezug nehmend auf die „sozioemotionalen Aspekte der Rollenidentität“ (ebd.) – die Zufriedenheit und Sinngebung hinsichtlich der eigenen Handlungsrollen betreffe (ebd.).

⁵⁴ Bezüglich dieser un-/stimmigen Verbindung legen Chapparo und Ranka (2004, 21) beispielsweise dar, dass das „Zusammenpassen“ der Umwelt und Handlungsrollen“ in den Blick genommen werden müsse, und fordern zudem, die „Berücksichtigung der Handlungsanforderungen und der Übereinstimmung zwischen diesen Anforderungen und den Fähigkeiten des Handelnden“ (ebd., 30).

Zusammenschau der vorangegangenen Ausführungen gemäß den drei Modellen vorgenommen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Gegenstandsfassungen sollen hier aufgezeigt werden, ehe zur Auseinandersetzung mit den Leitideen der Ergotherapie übergegangen wird.

2.2.4 Zusammenschauende Betrachtung

Im MOHO wie auch im CMOP-E und im OPMA werden die Aufgaben- und Problemstellungen, mit denen sich die Ergotherapie befasst, zentral auf die Betätigungs- bzw. Handlungsdimension des Menschen bezogen. Es wird begrifflich von „Störungen oder Dysfunktionen des Betätigungsverhaltens“ (MOHO), „Betätigungsschwierigkeiten bzw. -herausforderungen“ (CMOP-E) und „Betätigungsbedürfnissen“ (OPMA) ausgegangen und damit – trotz unterschiedlicher struktureller Konzeption – gleichermaßen ein zugrunde liegendes Zusammenspiel von person-, umwelt- und betätigungsbezogenen Elementen bezeichnet. So wird im MOHO ein dysfunktionales Betätigungsverhalten als fehlende Passung bestimmt, die im Hinblick auf die Betätigungen in den Bereichen der Arbeit, des Spiels und der Aufgaben des täglichen Lebens zwischen der Person und der Umwelt auftritt. Erstere wird dabei als Gesamt von Motivationen, Gewohnheiten, Rollen und Performanzfähigkeiten betrachtet, letztere als System, das aus räumlichen und sozialen Erfordernissen und Möglichkeiten besteht und Betätigungsanforderungen und -gelegenheiten einschließt. Im CMOP-E werden die Schwierigkeiten bzw. Herausforderungen hinsichtlich der Betätigungsausführung und -eingebundenheit als mangelhafte Kongruenz zwischen der Person, der Umwelt *und* der Betätigung – letztere im Vergleich zum MOHO als eigenständiges Element – definiert. In diesem Zusammenhang wird die Person durch die Spiritualität als Ausdruck für Individualität, Motivation und Sinnerleben bezüglich Betätigungen, durch affektive, kognitive und physische Performanzkomponenten und Umwelterfahrungen ausgezeichnet, während die Umwelt kulturelle, institutionelle, physische und soziale Anteile aufweist. Als verbindendes Element zwischen der Person und der Umwelt gelten hierbei die Betätigungen, die Aufgaben und Aktivitäten der Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung umfassen und sich damit auf Betätigungsbereiche beziehen, die mit denjenigen des MOHO vergleichbar sind. Im OPMA werden Betätigungsbedürfnisse schließlich auf Herausforderungen an die Handlungsperformanz, die an Person- und/oder Umweltbedingungen festgemacht werden und selbst nicht zufriedenstellend bewältigt werden können, zurückgeführt.

Diese vermögen die Stimmigkeit der beiden Elemente der Person und Umwelt innerhalb und zueinander und ebenso deren Vereinbarkeit mit Betätigungsanforderungen zu vermindern, sodass – der Konzeption des MOHO und CMOP-E ähnlich – auch im OPMA von einer mangelnden oder fehlenden Kongruenz zwischen der Person, der Umwelt und den Betätigungen als Basis ergotherapeutischen Handelns ausgegangen werden kann. Die Person wird im OPMA dabei durch Handlungsrollen, Performanzfähigkeiten, die Kernelemente Körper, Geist und Seele sowie die vier Handlungsbereiche Selbsterhaltung, Produktivität/Schule, Freizeit/Spiel und – zusätzlich zu den drei Betätigungsbereichen der beiden vorherigen Modellen auch – Erholung charakterisiert. Die Umwelt enthalte physische, sensorische, soziale und kulturelle Dimensionen und sei zusammen mit der Person letztlich in Raum und Zeit eingebettet.

Dahingehend lässt sich der Gegenstandsbereich der Ergotherapie anhand von drohenden oder aufgetretenen Problemlagen bestimmen, die sich in der *Betätigungsausführung* und/oder *-teilhabe* einer Person in den alltäglichen Lebensbereichen der Selbsterhaltung, un-/bezahlten Produktivität, Freizeit und/oder Erholung manifestieren und sich dabei aus einer Unstimmigkeit im Rahmen des komplexen Zusammenspiels (1) der Performanzfähigkeiten, Rollen, Gewohnheiten, Motivationen und des diesbezüglichen Selbstwirksamkeits- und Sinnerlebens einer *Person*, (2) der *Umwelt* mit ihren physischen, sozialen und kulturellen Anteilen sowie (3) der *Betätigungen* angesichts ihrer personalen und umweltbedingten Anforderungen ergeben.

Die Leitideen, die auf Grundlage dieses ergotherapeutischen Gegenstandsbereiches im Rahmen der drei Grundlagenmodelle ausgemacht werden können, stehen im Folgenden im Mittelpunkt.

2.3 Leitideen

Mit den handlungsleitenden Ideen der Ergotherapie werden die Ziele ergotherapeutischer Tätigkeiten angesprochen. Diese bieten zusammen mit der Gegenstandsfassung einen Rahmen, innerhalb dessen ergotherapeutisches Handeln eröffnet und wirksam werden kann. Zur Bestimmung dieser Leitideen der Ergotherapie werden im Weiteren – entsprechend der vorherigen Spezifizierung des ergotherapeutischen Gegenstandsbereiches – die drei Grundlagenmodelle MOHO

(2.3.1), CMOP-E (2.3.2) und OPMA (2.3.3) aufeinanderfolgend in den Blick genommen und die diesbezüglichen Ausführungen im Anschluss daran mit einer zusammenschauenden Betrachtung (2.3.4) zur Klärung etwaiger Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Modelle im Hinblick auf ihre implizierten Zielsetzungen für die Ergotherapie abgeschlossen.

2.3.1 Kompetentes Betätigungsverhalten (MOHO)

Ansichts der Dysfunktionen des Betätigungsverhaltens, die im MOHO im Sinne einer mangelnden Übereinstimmung zwischen der Person und der Umwelt als ergotherapeutischer Bezugspunkt ausgewiesen werden, sind ergotherapeutische Tätigkeiten in diesem Modell auf eine gesteigerte Funktionsfähigkeit, d.h. auf ein weitestgehend funktionales oder *kompetentes Betätigungsverhalten* gerichtet (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 58; Kielhofner 2005b, 129). Dieses zeichne sich gerade durch die Stimmigkeit der Person und der Umwelt, einschließlich der Betätigungen, aus, denn wenn „Umweltmöglichkeiten und -ressourcen sowie Umwelterfordernisse und -einschränkungen mit den Bedürfnissen, Rollen und Gewohnheiten und den Fertigkeiten eines Menschen übereinstimmen und die Person angemessen gefordert wird ..., dann ist sie aufmerksam und zeigt einen optimalen Grad an Leistung“ (Mentrup/Schulte 2009, 47) im Rahmen ihres Betätigungsverhaltens.

Um einer solchen Kongruenz willen zielt die Ergotherapie nach Kielhofner (2008b, 30) folglich auf eine *Neustrukturierung* des dysfunktionalen Person-Umwelt-Gefüges: „Therapy must support the client to engage in new forms of doing, thinking, and feeling that can reorganize volition, habituation, performance capacity, and the environment into a new and positive dynamic“ (ebd.), denn „the aim of therapy is always to achieve a new and positive pattern of occupational life“ (ebd.). Das Erlangen eines funktionsfähigen und damit kompetenten Betätigungsverhaltens eines Menschen als Leitidee der Ergotherapie wird damit – über Veränderungen bzw. Verbesserungen alleinig der Performanzfähigkeiten hinaus – an einer Reorganisation der Person- und Umweltkomponenten zur Generierung eines neuen stimmigen Betätigungsmusters festgemacht. „In einer erfolgreichen Therapie“, so verdeutlichen Kielhofner, Mentrup und Niehaus (2009, 58) dementsprechend ebenso, „organisiert sich die Person in einer Weise, in der Fähigkeit, Einstellung, Gewohnheit, Umwelt und andere Faktoren zu einem neuen Muster zusammengefügt werden. Als Ergebnis dieser Selbstorganisation

wird die Person darin unterstützt, ein kompetenteres und zufriedeneres Betätigungsverhalten zu erreichen.“

Einzelne Ziel- und damit Ansatzpunkte der Veränderung zum Zwecke der Neustrukturierung liegen im MOHO dabei in den verschiedenen Merkmalen der Person und den Umweltaspekten (Mentrup/Schulte 2009, 40, 43, 45, 48; Forsyth/Kielhofner 2008b, 205ff), die nach Kielhofner (2008b, 29) bestmöglich in ihrer Gesamtheit Berücksichtigung finden sollen.⁵⁵ Demzufolge gehe es in der Ergotherapie um die Entwicklung, Wiederherstellung und/oder den Erhalt des skelettmuskulären, neurologischen, perzeptiven und kognitiven Vermögens, der Motive und Lebensstile einer Person und/oder um die Adaptierung der räumlichen und sozialen Umwelt, einschließlich entsprechender Änderungen der Betätigungen, ihrer Anforderungen und Ausführungsweisen (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 57, 72; Kielhofner 2008b, 29). Möglich werde ein kompetentes Betätigungsverhalten gemäß Kielhofner, Mentrup und Niehaus (2009, 57) daher beispielsweise, indem der/die KlientIn dazu befähigt wird, „Kraft und Ausdauer aufzubauen“, „sich an veränderte Fähigkeiten anzupassen“, „neue Motive zu erlangen“ und „sich neue Verhaltensgewohnheiten anzueignen“, und/oder indem Betätigungs-Aufgaben und die physische Umwelt modifiziert und Hilfsmittel bereitgestellt werden.

2.3.2 Betätigungsausführung und -teilhabe (CMOP-E)

Vor dem Hintergrund der ergotherapeutisch relevanten Betätigungsschwierigkeiten bzw. -herausforderungen, die im CMOP-E Ausführungs- und/oder Teilhabeprobleme bezüglich einer Betätigung bezeichnen und aus einer mangelhaften Kongruenz zwischen Personen, Betätigungen und den gegebenen Umweltbedingungen resultieren, intendiert die Ergotherapie nach dem CMOP-E, Betroffene zur *Ausführung* von und *Teilhabe* an für sie bedeutsamen Betätigungen zu befähigen oder diese zu verbessern (Law et al. 2009, 160; Polatajko et al. 2007a, 183; 2007b, 207; CAOT 1997, 30, 49). Infolgedessen gehe es in der Ergotherapie darum, gemeinsam mit den KlientInnen zu entscheiden, „how best to enable performance of and engagement in desired occupations“ (Polatajko et al. 2007a, 183), wobei es diesbezüglich die (Potentiale zur) Betätigungsausführung und -teilhabe zu entwickeln, wiederherzustellen und/oder

⁵⁵ „Addressing some factors and not others“, so führt Kielhofner (2008b, 29) in diesem Zusammenhang aus, „can result in less than optimal outcomes of therapy.“ Dennoch sollten diejenigen Einflussgrößen, denen KlientInnen hohe Bedeutung beimessen, zuerst und/oder schwerpunktmäßig in Angriff genommen werden (ebd.).

beizubehalten bzw. einen entsprechenden Verlust zu verhindern gelte (Polatajko et al. 2007b, 218; Townsend et al. 2007, 103).

Insofern eine bestmögliche Betätigungsausführung und -eingebundenheit dabei auf der Vereinbarkeit zwischen Personen, ihrer Umwelt und ihren Betätigungen beruhe (Law 1991 zit. n. CAOT 1997, 46), sind in der Ergotherapie nach Polatajko et al. (2007b, 212f) solche Veränderungen anzustreben, die den „person-occupation-environment fit“ (ebd.) erhöhen. Einzelne Ziel- bzw. Veränderungsbemühungen können hierbei aufgrund des dynamischen Zusammenspiels der drei Einflusskomponenten sowohl auf die Person als auch auf die Umwelt und die Betätigungen bezogen werden (Polatajko et al. 2007a, 181f; 2007b, 208f, 220f; CAOT 1997, 30, 46, 48f):

„The person can be highlighted as a focus for change. Change in persons will affect their environment and their occupations and occupational performance. Alternately, occupation or the environment can be highlighted as a focus of change. Change in any part of the person-environment-occupation interaction will affect occupational performance“ (CAOT 1997, 46).

Ein Rahmen für die Wahl der jeweiligen Ziel- und Ansatzpunkte in der Therapie wird dabei nach dem CMOP-E auf Basis der Analyse und des Verständnisses der Passung, der zugrundeliegenden Ursachen für Betätigungsschwierigkeiten (Polatajko et al. 2007b, 209) und des Veränderungspotentials innerhalb jedes Elements (CAOT 1997, 46) geschaffen.⁵⁶ *Personale* Ziele umfassen in diesem Zusammenhang gemäß Polatajko et al. (2007b, 220) nicht nur affektive, kognitive und physische Befähigungen, sondern auch Veränderungen betätigungsbezogener Bedeutungsgehalte und das Erleben erhöhter Selbstwirksamkeit und Motivation. Veränderungen im Bereich der *Betätigungen* seien – in Übereinstimmung mit personalen Gegebenheiten – auf Modifikationen der Anforderungen, auf das Vertrautwerden mit neuen bzw. das Aufgeben bisheriger Betätigungen sowie auf die Reorganisation von Betätigungsmustern gerichtet, während sich Änderungen der *Umwelt* schließlich auf die Adaption ihrer physischen, sozialen, kulturellen und/oder institutionellen Anteile beziehen (ebd., 220ff).

⁵⁶ Polatajko et al. (2007b, 217) betonen diesbezüglich jedoch, dass sich in der Analyse bestmöglich erscheinende Veränderungspotentiale auch als nicht „practical in the circumstances, too demanding of resources, or most importantly, not acceptable to the client“ erweisen können, sodass die Ziel- und Ansatzpunkte der Therapie jedenfalls in Zusammenarbeit mit den KlientInnen zu bestimmen seien.

2.3.3 Bestmögliche und zufriedenstellende Handlungsperformanz (OPMA)

Im OPMA wird die Leitidee ergotherapeutischen Handelns ausgehend von den Betätigungsbedürfnissen, die Schwierigkeiten bei der Handlungsperformanz aufgrund ungünstiger Person- und/oder Umweltbedingungen, deren Verbindung zueinander und zu Betätigungsanforderungen darstellen, in einer *bestmöglichen Handlungsperformanz* gesehen (Butcher/Ranka 2009, 91; Weigl 2002, 60; Ranka/Chapparo 1997b, 50f). Dabei gehe es um die Fähigkeit der KlientInnen, gewollte oder erforderliche Handlungsrollen in den verschiedenen Bereichen ihres täglichen Lebens und damit verbundene Betätigungen und Handlungsabläufe *zufriedenstellend* (wieder-)erkennen, wählen, planen und ausführen zu können (Chapparo/Ranka 2004, 17; Ranka/Chapparo 1997b, 50f), sodass Ranka und Chapparo (1997a, 247) unter Bezugnahme auf eine ihrer früheren Publikationen (Ranka/Chapparo 1993) die Zielvorstellung der Ergotherapie kurzum wie folgt erläutern: „The primary goal of therapy is for those who receive occupational therapy services to be able to identify, choose and perform needed or desired occupational roles within their capacity to the satisfaction of themselves or significant others.“

Einzelne Zielaspekte würden dabei mit Blick auf für KlientInnen bedeutsame Handlungsrollen, -bereiche und Betätigungen sowohl in Person- als auch in Umweltfaktoren liegen. Biomechanische, sensomotorische, kognitive, intra- und/oder interpersonale Charakteristiken im Bereich der Performanzkomponenten, ihre Verbindung mit den Kernelementen Körper, Geist und Seele und/oder physische, sensorische, soziale und kulturelle Umweltbarrieren gelte es zu verändern und/oder zu kompensieren, um KlientInnen im Sinne eines gelingenden Ganzen zu einer zufriedenstellenden Handlungsperformanz zu verhelfen (Butcher/Ranka 2009, 92, 105f; Ranka/Chapparo 1997b, 52). „Das Funktionieren dieses Netzwerks“, so legen Butcher und Ranka (2009, 106) diesbezüglich dar, „sollte das Ziel der Ergotherapie sein.“

Welche Unterscheidungs- und Überschneidungsbereiche nun in Bezug auf die angeführten Zielvorstellungen der drei ergotherapeutischen Grundlagenmodelle MOHO, CMOP-E und OPMA ausgemacht werden können, steht in der zusammenschauenden Betrachtung im nachfolgenden Abschnitt im Zentrum.

2.3.4 Zusammenschauende Betrachtung

Auf Grundlage der ergotherapeutisch relevanten Betätigungsprobleme, die aus einem unstimmigen Bedingungsgefüge aus Personmerkmalen, Umweltbedingungen und Betätigungserfordernissen hervorgehen, werden die Leitideen der Ergotherapie im MOHO ebenso wie im CMOP-E und im OPMA trotz unterschiedlicher Bezeichnungen im Hinblick auf das wechselseitige Geflecht von Person, Umwelt und Betätigung bestimmt. Dementsprechend wird im MOHO ein „kompetentes Betätigungsverhalten“ im Sinne der Kongruenz des Person-Umwelt-Gefüges als ergotherapeutische Leitidee herausgestellt. Einzelne Zielaspekte werden dabei zugunsten einer Neustrukturierung des Bedingungsgeflechts einerseits in der Entwicklung, Wiederherstellung und/oder im Erhalt der volitionalen, habituellen und fähigkeitsbezogenen Anteile der Person und andererseits in der Adaptierung von physischen und sozialen Umweltaspekten, mitsamt entsprechenden Modifikationen von Betätigungsaufgaben, -anforderungen und -ausführungsweisen, gesehen. Im CMOP-E wird unter der Leitidee der „Betätigungsausführung und -teilhabe“ – ähnlich wie im MOHO – eine konsistente Passung zwischen der Person, der Umwelt und der Betätigung akzentuiert, die es zu entwickeln, wiederherzustellen und/oder zu erhalten gelte. Anders als im MOHO werden im CMOP-E die Entwicklung, Wiederherstellung und der Erhalt aber nicht (nur) auf die Personmerkmale, sondern im Allgemeinen auf die Betätigungsausführung und -teilhabe, die aus dem Zusammenspiel von Person, Umwelt und Betätigung hervorgehen, bezogen. Einzelne Zielsetzungen sind hierbei im CMOP-E auf personaler Seite auf das Performanzvermögen, die Motivation sowie das Sinn- und Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf Betätigungen gerichtet, während auf umweltbezogener Ebene Modifikationen von physischen, sozialen, kulturellen und institutionellen Bedingungen und im Hinblick auf Betätigungen Übergänge und Änderungen der Anforderungen und Muster im Mittelpunkt stehen. Im Rahmen des OPMA besteht das Ziel ergotherapeutischen Handelns schließlich in der „bestmöglichen und zufriedenstellenden Handlungsperformanz“ der Betroffenen. Das Erreichen eines funktionierenden Ganzen von Person- und Umweltmerkmalen im Hinblick auf Betätigungserfordernisse, das dieser zugrunde liege, werde dabei über Veränderungen und Kompensationen problematischer Performanzkomponenten, ihrer Verknüpfung mit den Kernelementen Körper, Geist und Seele sowie der physischen, sensorischen, sozialen und kulturellen Umweltbarrieren als möglich erachtet. Für Betroffene bedeutsame Betätigungen, Handlungsrollen und -bereiche seien dabei im Blick; eine

diesbezügliche Veränderungsabsicht wird in der Konzeption des OPMA – im Unterschied zum MOHO und CMOP-E – jedoch nicht zum Ausdruck gebracht.

In diesem Sinne besteht die Leitidee ergotherapeutischen Handelns gemäß den drei Grundlagenmodellen in einer *kompetenten und zufriedenstellenden Betätigungsausführung und -teilhabe*, die als Ausdruck eines *stimmigen Bedingungsgefüges personaler, umwelt- und betätigungsbezogener Einflussfaktoren* gilt und sich dabei aus folgenden Zielbereichen zusammensetzt:

- Zum einen zielt die Ergotherapie in Bezug auf *betroffene Personen* auf Performanzfähigkeiten, Gewohnheitsmuster, Motivation, Selbstwirksamkeits- und Sinnerleben bezüglich Betätigungen, und zum anderen
- hinsichtlich der *Umwelt* auf physische, soziale und kulturelle Bedingungen sowie bezüglich der bedeutsamen und/oder auszuführenden *Betätigungen* auf Anforderungen und Möglichkeiten, die allesamt den jeweiligen personalen Gegebenheiten entsprechen und damit die Betätigungsausführung und -teilhabe weitestgehend unterstützen.

Wie ergotherapeutisches Handeln, das auf diese Zielsetzungen hinzuführen verspricht, folglich gemäß den drei Grundlagenmodellen gefasst wird, wird im Rahmen der Analyse des Tätigkeitsbereiches der Ergotherapie im nächsten Unterkapitel fokussiert.

2.4 Tätigkeitsbereich

Mit dem Tätigkeitsbereich der Ergotherapie wird die ergotherapeutische Praxis in den Blick genommen. Es geht um das ergotherapeutische Handeln, das sich auf Basis bestehender oder drohender Betätigungsprobleme auf Zielvorstellungen im Bereich einer bestmöglichen und zufriedenstellenden Betätigungsausführung und -teilhabe hin entfaltet. Wodurch sich dieses ergotherapeutische Handeln auszeichnet, wird im Weiteren erneut anhand des MOHO (2.4.1), CMOP-E (2.4.2) und OPMA (2.4.3) herausgearbeitet, wobei die Modelle jeweils zunächst hinsichtlich der allgemeinen Bezeichnung ergotherapeutischen Handelns und der entsprechenden begriffsinhaltlichen Bedeutung analysiert werden, bevor das Hauptaugenmerk auf einzelne Handlungsformen in der ergotherapeutischen Praxis gelegt wird. Kontrastiert werden diese Ausführungen der drei Grundlagenmodelle in Bezug auf die Bestimmung des

ergotherapeutischen Tätigkeitsbereiches schließlich in einer zusammenschauenden Betrachtung (2.4.4) am Ende dieses Unterkapitels.

2.4.1 Therapie (MOHO)

Gemäß der vormalig medizinischen Grundlegung und der Bezeichnung des Fachgebiets als *Ergotherapie* wird im MOHO bezüglich der Bestimmung des ergotherapeutischen Tätigkeitsbereiches der *Therapie*begriff in den Mittelpunkt gestellt (Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 57f; Kielhofner 2005c, 4). Obwohl er zuweilen austauschbar oder in Kombination mit dem Begriff der *Intervention* (z.B. Kielhofner/Mentrup/Niehaus 2009, 81; Kielhofner 2008b, 30; 2008c, 1; Kielhofner/Forsyth 2008c, 143; Kielhofner 2005a, 165; 2005e, 31;) und der *Behandlung* (Kielhofner 2008b, 29; 2008c, 1; 2005b, 129) verwendet wird, kann er als Leitbegriff ergotherapeutischen Handelns gesehen werden, da die in diesem Fachgebiet praktisch Tätigen durchwegs TherapeutInnen genannt werden (Kielhofner 2008d).

Begriffsinhaltlich stehe therapeutisches Handeln dabei nach Kielhofner (2005c, 7) jedoch nicht (mehr) für einen Vorgang des „Reparierens einer defekten oder schlecht funktionierenden ‚menschlichen Maschine‘“ gemäß medizinischen Sichtweisen. Vielmehr bezeichne der Therapiebegriff nunmehr – unter Bezugnahme auf systemtheoretisches Gedankengut – ein dynamisches Geschehen, in dessen Rahmen „aktiven, lebendigen Wesen“ (ebd.) Möglichkeiten geboten werden, *sich* im Hinblick auf ihre individuell ausgeprägten Betätigungsdysfunktionen zu verändern und zu (re-)organisieren (ebd.).

Grundlage dieses Prozesses bilde dabei im MOHO eine Beziehung von TherapeutInnen und KlientInnen, die sich durch ein *kollaboratives* Zusammenwirken von TherapeutInnen und KlientInnen und damit verbundene, inter-aktive Austauschprozesse auszeichne (Kielhofner/Forsyth 2008c, 143f). Betroffene seien dementsprechend nicht als AdressatInnen ergotherapeutischer Tätigkeiten zu verstehen, die passiv behandelt werden, sondern als PartnerInnen, die als „equal and active collaborator[-s; Anm. N.S.]“ (Forsyth/Kielhofner 2008a, 412) den gesamten Therapieverlauf und dessen Ergebnisse mitbestimmen und -gestalten. Basis dieses therapeutischen Verhältnisses bilde hierbei auf Seiten der TherapeutInnen eine *klientenzentrierte* Herangehensweise (Kielhofner 2008c, 3f; Kielhofner/Forsyth 2008c, 143f), die Betroffenen unabhängig von ihren jeweiligen Möglichkeiten der Verbalisierung und der aktiven Kollaboration und daher gegebenenfalls unterstützt durch die Zusammenarbeit mit Familienmitgliedern und

anderen Bezugspersonen entgegen zu bringen sei (Kielhofner/Forsyth 2008c, 144). Zeigen würde sich diese zum einen in der *Anerkennung* der Betroffenen in ihrer *Einzigartigkeit* und dem diesbezüglichen Bemühen um das Verstehen der KlientInnen hinsichtlich ihres Selbstwirksamkeitserlebens, fähigkeitsbezogenen Wissens, ihrer Interessen, Werte, Rollen, Gewohnheiten, Performanzfähigkeiten und -erfahrungen im Rahmen ihres räumlichen und sozialen Umweltkontextes, zumal die jeweiligen Ausprägungsweisen derselben für die Bestimmung der Zielsetzungen und Vorgehensweisen in der Therapie entscheidend seien (ebd., 143). Zum anderen äußere sich die Klientenzentriertheit gemäß der MOHO-Konzeption aber auch in der Sichtweise, dass *Veränderungsprozesse* nicht durch das Intervenieren der TherapeutInnen initiiert und bewirkt werden, sondern durch die *Betätigungseingebundenheit* der KlientInnen selbst (Kielhofner 2008c, 4; Kielhofner/Forsyth 2008b, 171; 2008c, 143): „[T-]he central dynamic of therapy“, d.h. „the central mechanism of change“, so Kielhofner und Forsyth (2008c, 143), bestehe in „the client’s occupational engagement.“ Dementsprechend intendiere ergotherapeutisches Handeln zugunsten von Betroffenen erhoffter und/oder durch ihre Situation angezeigter Reorganisationen des Person-Umwelt-Gefüges, die für KlientInnen positive Eingebundenheit in Betätigungen, d.h. ihr Tun und das damit verbundene Denken und Fühlen, die in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis mit der Volition, der Habituation, den Performanzfähigkeiten und -erfahrungen unter gegebenen Umweltbedingungen stehen, zu fördern (Kielhofner/Forsyth 2008c, 143; 2008d). Im Speziellen gelte es dabei, Betroffene in der Therapie zu verschiedenen Dimensionen der Betätigungseingebundenheit zu befähigen: Je nach vorliegenden Problemlagen ziele ergotherapeutisches Handeln nach Kielhofner und Forsyth (2008b) auf die Unterstützung der KlientInnen (1) beim *Auswählen* und *Treffen von Entscheidungen* hinsichtlich „what to do, how to do it, and what to aim for“ (ebd., 172), (2) beim *Verpflichten* der eigenen Person zu Zielsetzungen und Vorgehensweisen über einen längeren Zeitraum, (3) beim *Explorieren* neuer Gegenstände, Räume, sozialer Gruppen, Betätigungsformen, veränderter Performanzfähigkeiten, Ausführungsweisen und Teilhabemöglichkeiten, (4) beim *Identifizieren* neuer Informationen und Möglichkeiten zu handeln, zu denken und zu fühlen, (5) beim *Ver- und Aushandeln* von Sichtweisen, Erwartungen und Wünschen mit den TherapeutInnen und der sozialen Umwelt, (6) beim *Planen* vor allem neuer Betätigungen und Teilhabemöglichkeiten, (7) beim wiederholten *Üben* zur Festigung eines effektiven und zufriedenstellenden

Person-Umwelt-Geflechts, (8) beim kritischen *Beurteilen* bisheriger Überzeugungen, Einstellungen, Gefühle, Gewohnheiten und Rollen und/oder (9) beim konsequenten *Verfolgen* der Betätigungsausführung und -teilhabe trotz anfänglicher oder auftretender Schwierigkeiten und Unsicherheiten (Kielhofner/Forsyth 2008b, 172ff). Als Basis für Veränderungsprozesse sei die Eingebundenheit der KlientInnen in diese neun Betätigungsdimensionen entscheidend, weshalb ergotherapeutische Handlungsformen grundlegend auf deren Anbahnung und Unterstützung angelegt seien. Um welche Handlungsformen es hierbei gemäß dem MOHO im Konkreten geht, wird im nächsten Abschnitt dargelegt.

2.4.1.1 Handlungsformen

Ergotherapeutische Handlungsformen zur Ermöglichung von Veränderungen person-, umwelt- und – darin implizierter – betätigungsbezogener Faktoren über die Betätigungseingebundenheit der KlientInnen in Form des Tuns, Denkens und Fühlens werden im MOHO an *therapeutischen Strategien* festgemacht (Kielhofner/Forsyth 2008d). Diese kommen in der Ergotherapie nach Forsyth und Kielhofner (2008b) grundlegend in der Arbeit mit KlientInnen zum Einsatz, gewinnen zur Begünstigung sozialer Bedingungen u. U. aber auch im Kontakt mit deren näheren sozialen Umwelt an Bedeutung, was sich in der Therapie mit Kindern jedenfalls als wesentlich erweise: „Da das Kind im engen Kontext zu seiner Familie und Umwelt steht,“ so erläutert Pätzold (2006, 142), „wird die Familie als Klient mit in die Therapie einbezogen. Das Erreichen von Therapiezielen ist abhängig von der engen Zusammenarbeit mit dem Klient und seinem Umfeld.“

Im Speziellen handle es sich bei den therapeutischen Handlungsformen zur Gestaltung der Zusammenarbeit mit den KlientInnen und deren Umfeld um die Strategien des Validierens (validating), Identifizierens (identifying), Feedbackgebens (giving feedback), Beratens (advising), Verhandeln (negotiating), Strukturierens (structuring), Coachens (coaching), Ermutigens (encouraging) und physischen Unterstützens (providing physical support) (Kielhofner/Forsyth 2008d): So *validieren* TherapeutInnen die Sicht- und Erlebensweisen, (negativen) Erfahrungen und Schwierigkeiten von Betroffenen und/oder ihren Mitmenschen, was bei „very low functioning clients with limited communication abilities“ (ebd., 186) auch „things as simple as acknowledging the presence and unique identity“ (ebd.) erfordere. Sie *identifizieren* personelle

Strategien, umweltbezogene Ressourcen und methodische Verfahrensweisen⁵⁷, die die Betätigungsausführung und -teilhabe der KlientInnen begünstigen können, und *geben Feedback* auf Basis ihres Verständnisses der Situation und der Betätigungen der KlientInnen (Kielhofner/Forsyth 2008d, 188f). Weiters *beraten* TherapeutInnen, indem sie Empfehlungen bei Fragen nach tatsächlich erreichbaren Zielvorstellungen und entsprechenden Realisierungsmöglichkeiten in der Therapie aussprechen, und *verhandeln* mit KlientInnen und relevanten Mitmenschen, um gemeinsame Perspektiven und Vorgehensweisen zu entwickeln (ebd., 189ff). Sie *strukturieren* die Betätigungseingebundenheit der KlientInnen, indem sie Rahmenbedingungen für die Betätigungswahl und -ausführung z.B. anhand von (Auswahl-)Möglichkeiten, Grenzen und Grundregeln schaffen, die angemessene Betätigungsanforderungen für KlientInnen im Therapiesetting und/oder in der alltäglichen Lebenswelt bedeuten, und *coachen* KlientInnen und/oder ihre soziale Umwelt durch Anweisungen, Demonstrationen sowie verbale und physische Aufforderungen (ebd., 191ff). Schließlich bieten TherapeutInnen auch emotionale Unterstützung in Form von *Ermutigungen* und *physische Hilfestellungen* im Falle problembehafteter motorischer Fertigkeiten (ebd., 193ff).

Diese neun therapeutischen Strategien sind nach Kielhofner und Forsyth (ebd., 195f) in konkreten Therapiesituationen in einer individuell auf die Situation und Bedürfnisse der KlientInnen und ihrer sozialen Umwelt abgestimmten Kombination einzusetzen. Die Art der therapeutischen Vorgehensweisen ebenso wie die Formen der Betätigungseingebundenheit der KlientInnen und die person- und umweltbezogenen Therapieziele seien dabei jedoch bereits zuvor im Rahmen der kooperativen *Therapieplanerstellung* zu bestimmen und durch kontinuierliche Reflexionen im sich entfaltenden Therapieprozess zu überprüfen und bei Bedarf zu modifizieren (Kielhofner/Forsyth 2008c, 149ff). Entscheidungsgrundlage für die jeweiligen Zielsetzungen, das Vorgehen und entsprechende Modifikationen im Therapieverlauf bildet hierbei nach Kielhofner und Forsyth (2008a, 155; 2008c, 145ff) die anfängliche und therapiebegleitende *Datensammlung* anhand un-/strukturierter Testverfahren, zumal erst auf Basis ausreichender Informationen und Antworten auf Fragen nach der Volition, Habituation, den Performanzfähigkeiten sowie nach umwelt- und auch betätigungsbezogenen Bedingungen der KlientInnen eine Erklärung bzw. ein

⁵⁷ Bei objektiv festgestellten Problemen der Performanzfähigkeiten, so legt Kielhofner (2008c, 4; 2008e, 18) an anderen Stellen dar, können auch „objektive“ Denk- und Handlungsansätze der Biomechanik, motorischen Kontrolle, sensorischen Integration, kognitiven Wahrnehmung usw. identifiziert und entsprechende Methoden und Techniken zum Einsatz gebracht werden.

Verständnis ihrer Situation mitsamt den zu adressierenden Problemen und vorhandenen Stärken und Ressourcen entwickelt werden könne. Aber auch am Ende der Therapie komme diese evaluierende Tätigkeit der ErgotherapeutInnen gemäß dem MOHO zum Tragen, da nach der Durchführung vereinbarter Vorgehensweisen in einer *abschließenden Datenerhebung* die Therapieergebnisse in Relation zu den gesetzten Zielen zu ermitteln und zu beurteilen seien (Kielhofner/Forsyth 2008c, 151). In prozessbezogener Hinsicht können im Rahmen des MOHO folglich – in Ergänzung zu den oben genannten Strategien bzw. Handlungsformen – auch die anfängliche und therapiebegleitende Datensammlung, die Therapieplanerstellung und die abschließende Ergebnisevaluation als ergotherapeutische Handlungsformen betrachtet werden.

2.4.2 (Praxis der) Ergotherapie (CMOP-E)

Im CMOP-E wird der ergotherapeutische Tätigkeitsbereich unspezifisch *Ergotherapiepraxis* bzw. *Praxis der Ergotherapie* oder – mit der Bezeichnung des Fachgebiets gänzlich übereinstimmend – *Ergotherapie* genannt (Townsend/Polatajko 2007; CAOT 1997). Definiert wird diese Praxis grundlegend über eine Beziehung zwischen Professionellen und KlientInnen, die sich – ähnlich wie im MOHO – durch eine *klientenzentrierte* Herangehensweise auszeichne (Polatajko et al. 2007b, 208; Townsend et al. 2007, 98ff; CAOT 1997, 49ff, 59f). So werden KlientInnen als autonome Subjekte gesehen, die in Partnerschaft mit ErgotherapeutInnen den Therapieverlauf mitsamt den erforderlichen Entscheidungsfindungsprozessen aktiv gestalten (Townsend et al. 2007, 126; CAOT 1997, 49f). Es handle sich um ein *kollaboratives* Zusammenarbeiten von ErgotherapeutInnen und Betroffenen, um ein Miteinander, das sich von allgemeingültigen Verordnungen und der Vorstellung des Einwirkens von Professionellen auf Betroffene distanzieren (Polatajko et al. 2007b, 208; CAOT 1997, 30, 49f). Ergotherapeutische Praxis sei weder als Pflege noch als Behandlung (Townsend 1997 zit. n. CAOT 1997, 50) oder Intervention (Davis/Craik/Polatajko 2007, 249 Fußnote 1) zu verstehen, zumal sie allesamt Hilfeformen darstellen, die auf einem einseitigen Abhängigkeitsverhältnis der Betroffenen beruhen. Die klientenzentrierte Ergotherapie stehe demgegenüber vielmehr für Teilhabe, Kooperation und Partnerschaftlichkeit. Sie basiere auf einer „philosophy of respect for, and partnership with, the people“ (CAOT 1997, 49), in deren Rahmen sich der Eigenanteil der KlientInnen im Therapieprozess als konstitutiv erweise: ErgotherapeutInnen arbeiten „with clients, versus doing things to or for them“

(Townsend et al. 2007, 119), weshalb ihrem genuin spirituellen Wesenskern, d.h. ihren Sichtweisen, Interessen, Werten und Bedeutungszuschreibungen bezüglich ihrer Betätigungen, unbedingt und unabhängig von personellen Charakteristiken wie Fähigkeiten oder Alter ein entsprechender Raum in der ergotherapeutischen Praxis zu geben sei (Polatajko et al. 2007b, 208; CAOT 1997, 42).

Die Unerlässlichkeit dieser aktiven Einbindung der KlientInnen in die Ergotherapie beruht im CMOP-E vor allem darauf, dass Betroffene angesichts des individuellen Charakters von Betätigungen (Polatajko et al. 2007b, 208; 2007c, 22) und ihrer Betätigungserfahrungen zum einen selbst als ExpertInnen für ihre Betätigungen gelten (Townsend/Polatajko 2007b, 4; CAOT 1997, 31), sodass es sich bei der ergotherapeutischen Praxis um die Vereinigung der therapeutischen Fachkompetenz und der individuellen Betätigungskenntnis der KlientInnen handle (CAOT 1997, 59f). Zum anderen erweise sich die KlientInnen-Partizipation aber auch deshalb als wesentlich, weil die ergotherapeutischen Ziele im Bereich der Betätigungsausführung und -teilhabe nur *über* das eigene Tätigwerden und -sein der KlientInnen im Kontext für sie *bedeutungsvoller* Handlungen als erreichbar erachtet werden (Polatajko et al. 2007c, 21f; CAOT 1997, 40ff, 52). Da hiermit subjektiv bedeutsame Betätigungen als ergotherapiespezifisches Medium herausgestellt werden, über das zielorientierte Veränderungen stattfinden, sei den Bedeutungszuschreibungen der KlientInnen in der Ergotherapie jedenfalls Rechnung zu tragen (CAOT 1997, 40ff): „When occupations are used as a therapeutic medium, care is taken to ensure that the occupations have relevance and meaning for each client“ (ebd., 42).

Das Ausmaß und die Form der jeweiligen Einbindung der KlientInnen und des kollaborativen Zusammenwirkens auf Basis des klientenzentrierten Leitgedankens der Ergotherapie gestalten sich hierbei jedoch individuell unterschiedlich (Townsend et al. 2007, 109; CAOT 1997, 52, 59). Sie seien abhängig von den Eigenentscheidungen und (Vor-)Erfahrungen der KlientInnen und/oder von den gegebenen Umständen und folglich im Verlauf der ergotherapeutischen Praxis und der Entwicklung der TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung auch veränderbar (CAOT 1997, 52, 59). Im Falle einer eingeschränkten Partizipationsfähigkeit der KlientInnen könne in diesem Zusammenhang neben einer deutlich abgestuften Entscheidungspraxis von Grund auf auch die Zusammenarbeit mit relevanten Bezugspersonen partizipative Möglichkeiten bieten (Hobson 1996 zit. n. CAOT 1997, 59f; CAOT 1997, 73). Dahingehend umfasse der KlientInnenbegriff im CMOP(-E) nicht nur die „tatsächlichen“ KlientInnen, sondern

auch relevante Bezugspersonen (CAOT 1997, 60), wie beispielsweise bei der Zielfindung in der Arbeit mit Kindern deutlich werde: „Da die Eltern die Hauptkonstanten im Leben eines Kindes sind,“ so Strebel (2006, 147), „gelten sie als wichtigste Ressource bei der kindlichen Entwicklung und sind somit auch primäre Ansprechpartner. Aber auch andere für das Kind wichtige Bezugspersonen wie z.B. Lehrer, Großeltern können in den Zielfindungsprozess miteinbezogen werden.“ Bedacht werden müsse dabei jedoch in jedem Falle, dass Bezugspersonen nicht zwangsläufig ein zuverlässiges „Sprachrohr“ (ebd.) für Kinder seien, wenn diese nicht fähig sind, für sich selbst zu sprechen. Ihre Bedürfnisse könnten sich durchaus von denjenigen der Kinder unterscheiden, wobei letztere gleichwohl im Mittelpunkt der Praxis stünden (ebd.).

Vor dem Hintergrund dieses klientenzentrierten Ansatzes der Ergotherapiepraxis im Rahmen des CMOP-E wird das *Handeln* der Professionellen entsprechend eigens, besonders in Abgrenzung zum Modus des Behandelns, gefasst. Ergotherapeutisches Handeln bezeichne das *Ermöglichen* von Betätigungen bzw. das *Befähigen* der KlientInnen, über ihre handelnde Eingebundenheit zu einer zufriedenstellenden Betätigungsausführung und -teilhabe zu gelangen (Townsend/Polatajko 2007b, 4; Townsend et al. 2007, 88ff; CAOT 1997, 50). „Enablement is the appropriate methodology [in occupational therapy practice; Anm. N.S.] to engage people in occupations and extends beyond applying treatment to people who remain passive“ (Townsend et al. 2007, 91). „*Enable and enablement, focused on occupation*“, so führen Townsend et al. (ebd., 109; Hervorh. i. O.) dementsprechend weiter aus, „*describe what occupational therapists actually do*.“ Was unter diesem allgemeinen Handlungsbegriff des Ermöglichens bzw. Befähigens von ErgotherapeutInnen im Konkreten gefasst wird, d.h. über welche Handlungsformen der Enablement-Begriff angesichts der grundlegenden Klientenzentriertheit im CMOP-E definiert wird, wird im nächsten Abschnitt in den Fokus der Analyse gestellt.

2.4.2.1 Handlungsformen

Das Ermöglichen bzw. Befähigen der ErgotherapeutInnen, das in der Konzeption des CMOP-E als „*occupational therapists' core competency*“ (ebd., 109; Hervorh. i. O.) gilt und auf Seiten der ErgotherapeutInnen das klientenzentrierte Therapiegeschehen auszeichne, setzt sich gemäß Townsend et al. (ebd., 109, 111f) aus unterschiedlichen, ineinander greifenden *Befähigungs- bzw. Ermöglichungsfertigkeiten*, im Weiteren verstanden als ergotherapeutische Handlungsformen, zusammen. „Enablement draws on

a spectrum of complex skills that are selected, interwoven, and dynamically shaped as enablement unfolds with different clients in different contexts“ (Townsend et al. 2007, 91). In diesem Sinne baue die klientenzentrierte Befähigung durch ErgotherapeutInnen auf Fertigkeiten, die in der kollaborativen Zusammenarbeit in einer individuell auf die KlientInnen⁵⁸ und ihre Situation abgestimmten Weise eingesetzt werden und als solche die entscheidende Basis für die Therapiepraxis bilden. „[T-]hey appear to capture the essence of occupational therapy“ (ebd., 112), wobei KlientInnen, als PartnerInnen im wechselseitigen Austausch mit ErgotherapeutInnen und UrheberInnen von Veränderungen, ihrerseits Re-Aktionen zeigen und über komplementäre Enablement-Fertigkeiten verfügen müssen, um eine zufriedenstellende Betätigungsausführung und -teilhabe zu erreichen (ebd.).

Im Konkreten bestehen die ergotherapeutischen Handlungsformen der klientenzentrierten Befähigung hierbei aus zehn Schlüsselfertigkeiten: dem Anpassen (adapt), Fürsprechen (advocate), Coachen (coach), Zusammenarbeiten (collaborate), Beraten (consult), Koordinieren (coordinate), Entwerfen und Gestalten (design/build), Aus-/Bilden (educate), Beteiligen (engage) und Spezialisieren (specialize) (ebd., 113ff). Unter *Anpassen* wird diesbezüglich das Angleichen von Betätigungsanforderungen an die person- und umweltbedingten Möglichkeiten der KlientInnen im Sinne der Schaffung von „just-right-challenges“ (ebd., 117) verstanden, das auf Basis der Analyse physischer, psychischer, kognitiver, sozialer, wirtschaftlicher und anderer umweltbezogener Betätigungserfordernisse erfolge (ebd.). Beim *Fürsprechen* handle es sich um das (öffentliche) Eintreten von ErgotherapeutInnen für und mit KlientInnen, um u. a. mit einem kritischen Impetus neue Perspektiven, Erleichterungsmöglichkeiten und veränderte Formen der Machtausübung vor allem gegenüber wesentlichen (auch politischen) EntscheidungsträgerInnen aufzuzeigen und zu veranlassen (ebd., 117f). Das *Coachen* bestehe im Ermutigen, Führen und Anweisen von KlientInnen und das *Zusammenarbeiten* – als das Kernelement der klientenzentrierten Praxis – in einem gemeinsamen Handeln, das sich durch Respekt und geteilte Machtausübung auszeichne (ebd., 119f). Im Rahmen des *Beratens* teilen ErgotherapeutInnen ihre Sichtweisen, geben Anregungen und sprechen Empfehlungen aus, nicht nur im Kontakt mit KlientInnen, sondern auch mit Teammitgliedern, sozialen Einrichtungen, Interessensgruppen usw. (ebd., 120f). *Koordinieren* bezeichne im Weiteren das

⁵⁸ Wie in Abschnitt 2.4.2 dargelegt, wird der KlientInnenbegriff hier gemäß dem CMOP-E sowohl auf die tatsächlichen KlientInnen als auch auf relevante Bezugspersonen bezogen.

Zusammenführen und Integrieren von (evaluierten) Informationen, Perspektiven und Dienstleistungen, um einerseits ein umfassendes Bild der betätigungsbezogenen Bedingungen der KlientInnen zu erhalten und andererseits ein koordiniertes Zusammenwirken unterschiedlicher Dienste unter gleichen Zielsetzungen zu gewährleisten (Townsend et al. 2007, 121f). Die Handlungsformen des *Entwerfens* und *Gestaltens* beziehen sich auf das Konstruieren und Erstellen von Produkten, wie z.B. im Bereich der Unterstützungstechnologie bei der Herstellung von Schienen und Orthesen (McKee/Morgan 1998 zit. n. Townsend et al. 2007, 123), auf das Adaptieren von physischen und emotionalen Umweltbedingungen (Clark et al. 2001 zit. n. Townsend et al. 2007, 123) sowie auf das Ausarbeiten und Realisieren von Programmen und Dienstleistungen (Rebeiro et al. 2001 zit. n. Townsend et al. 2007, 123). Mit dem *Aus-/Bilden* wird die Unterstützung und Anregung von Lern- und Entwicklungsprozessen – auch von StudentInnen und Hilfspersonen – durch „*learning through doing*“ (Townsend et al. 2007, 124; Hervorh. i. O.) im Rahmen nachgestellter und natürlicher Betätigungen angesprochen, wobei das aktive *Beteiligen* der KlientInnen im Hinblick auf Betätigungen und Entscheidungsprozesse zudem als eigene Ermöglichungsfertigkeit von ErgotherapeutInnen benannt wird (ebd., 124ff). Solche Tätigkeiten, die sich auf die Anwendung spezifischer Techniken aus den unterschiedlichen Bezugsrahmen der Neuropsychologie, Biomechanik, sensorischen Integration, psychosozialen Rehabilitation usw. beziehen, werden schließlich unter der Fertigkeit des *Spezialisierens* gefasst (Polatajko et al. 2007a, 187f; Townsend et al. 2007, 127f).

All diese Schlüsselfertigkeiten seien für die Praxis der Ergotherapie charakteristisch und würden in ihrer Gesamtheit darüber hinaus *allgemeine Basisfertigkeiten* beinhalten, die unterteilt in die drei Bereiche der prozess-, professions- und forschungsbezogenen Fertigkeiten u. a. (1) im Evaluieren, Analysieren und Reflektieren, (2) im Einhalten von Ethikkodes und Dokumentieren der Praxis sowie (3) im Nutzen von Evidenz bestünden (Townsend et al. 2007, 114, 128). In der konkreten Arbeit kommen diese Schlüssel- und eingebundenen Basisfertigkeiten dabei nach Townsend et al. (ebd., 116, 128) mit individuell unterschiedlichen Gewichtungen im Praxisprozess zum Einsatz. Dieser reiche vom erstmaligen Kontakt, von der Klärung der Rahmenbedingungen und Identifikation von Betätigungsherausforderungen, über die anfängliche und therapiebegleitende *Evaluation* von Person-, Umwelt- und Betätigungsfaktoren mithilfe nicht-/standardisierter Testverfahren zur Erklärung von Schwierigkeiten und die darauf

aufbauende *Therapieplanerstellung* zur Vereinbarung von Zielen und Vorgehensweisen, bis hin zur Durchführungsphase anhand der Bandbreite der oben genannten Schlüsselfertigkeiten unter Beobachtung und Modifikation, *Ergebnisevaluation* zur Beurteilung der Zielerreichung und abschließenden beidseitigen Beendigung der Zusammenarbeit (Craig/Davis/Polatajko 2007, 250ff). Dahingehend sind die ergotherapeutischen Befähigungs- bzw. Ermöglichungsfertigkeiten im Rahmen des CMOP-E – ähnlich wie im MOHO – in Verbindung mit prozessbezogenen Handlungsformen zu sehen, die abgesehen von der Gestaltung der Initiierungs- und Beendigungsphase in der anfänglichen und therapiebegleitenden Evaluation, in der Therapieplanerstellung und Ergebnisevaluation bestehen.

2.4.3 Therapie bzw. Ergotherapie(-praxis) (OPMA)

In den wenigen Ausführungen des OPMA zum ergotherapeutischen Tätigkeitsbereich werden für dessen Bezeichnung mehrere Begriffe herangezogen (Ranka/Chapparo 1997b, 50ff). Ähnlich wie im CMOP-E wird allgemein von *Ergotherapie* oder *Ergotherapiepraxis* gesprochen (ebd., 50, 53), in Analogie zum MOHO aber auch der *Therapie*begriff austauschbar verwendet (ebd., 51f). Im Unterschied zu den beiden anderen Modellen werden diese verschiedenen Praxisbegriffe des OPMA in ihrer begriffsinhaltlichen Bedeutung jedoch nicht vorrangig über eine partnerschaftliche KlientInnen-TherapeutInnen-Beziehung spezifiziert. Vielmehr handle es sich bei der Ergotherapiepraxis um einen Prozess, der sich durch das Einwirken von ErgotherapeutInnen auf die (Situation der) KlientInnen und die bestehenden Schwierigkeiten bei der Handlungsperformanz auszeichne: Denn abgesehen davon, dass das konkrete Geschehen der Ergotherapiepraxis mehrfach als *Intervention* bezeichnet wird (ebd., 51, 52, 54), wird auch das ergotherapeutische Handeln als *Behandeln* der KlientInnen gefasst (ebd., 50).

Dass Betroffene in dieser therapeutischen Praxis aber dennoch nicht nur als passive AdressatInnen ergotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen verstanden werden, sondern ihnen auch ein bestimmtes Maß an Eigenaktivität zugesprochen wird, wird ersichtlich, wenn Ranka und Chapparo (ebd., 52) darlegen, dass die Ergotherapie „opportunities for choice and participation“ eröffnet, und zwar im Hinblick auf die gewollten und/oder geforderten Handlungsrollen der KlientInnen und die damit verbundenen Aktivitäten in verschiedenen Handlungsbereichen (ebd.). Diese Entscheidungs- und Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen seien geboten, da

Veränderungen und/oder Kompensationen problembehafteter Person- und/oder Umweltfaktoren über das Tätigwerden und -sein der Betroffenen, d.h. „through the primary use of goal-directed activities and tasks“ (Ranka/Chapparo 1997b, 52) in den für KlientInnen wesentlichen Handlungsbereichen zu erreichen seien (ebd.). Mit welchen Handlungsformen auf Seiten der ErgotherapeutInnen dieser Einsatz bedeutungsvoller Betätigungen als therapeutisches Medium dabei im Konkreten in Zusammenhang steht, wird im Weiteren erläutert.

2.4.3.1 Handlungsformen

Im OPMA können einzelne Handlungsformen von ErgotherapeutInnen in der Behandlungssituation von KlientInnen an der *Anwendung verschiedener Behandlungstechniken* bzw. *Strategien* festgemacht werden: „*Occupational therapists use strategies to enhance their clients' occupational performance*“ (ebd., 50; Hervorh. i. O.), wobei sie nach Butcher und Ranka (2009, 92) von den zwei zentralen Fragen geleitet werden: „Was ist mein (als Therapeutin) bevorzugter Therapieansatz?“ und „Wie kann ich meine bevorzugten Techniken einsetzen, um die Ausführung von Aufgaben, Aktivitäten und Rollen [der KlientInnen; Anm. N.S.] zu optimieren?“ Erstere Frage beziehe sich dabei auf die favorisierte Orientierung an spezifischen Bezugsrahmen, d.h. auf die Ausrichtung des eigenen Vorgehens an biomechanischen, neurophysiologischen, sensorisch integrativen, verhaltensbezogenen, psychodynamischen, interpersonalen und/oder umweltkompensatorischen Denk- und Herangehensweisen (Butcher/Ranka 2009, 92; Ranka/Chapparo 1997b, 51f), während bei letzterer der Einsatz daraus hervorgehender Methoden im Kontext der für KlientInnen entscheidenden Handlungsrollen, -aufgaben und -umgebungen zur Optimierung ihrer Handlungsperformanz im Vordergrund stehe (Butcher/Ranka 2009, 92; Ranka/Chapparo 1997b, 52).

Voraus gehe der Beantwortung dieser Fragen nach bevorzugten Interventionstechniken und ihrer Anwendung entsprechend relevanter Handlungsrollen und Betätigungen der KlientInnen hierbei nach der Konzeption des OPMA eine differenzierte *Erkundung* person-, umwelt- und betätigungsbezogener Faktoren. Denn zu Beginn des Therapiegeschehens sei an folgenden vier Leitfragen anzusetzen (ebd.):

- „- Welche Handlungsrollen werden vom Patienten verlangt oder erwartet? (Was will und muss der Patient tun? Was verlangen relevante Personen von ihm?)

- Welche Bereiche der Handlungsperformanz sind beeinträchtigt? (Hat der Patient Schwierigkeiten mit der Ausführung von Produktivitäts-, Selbsterhaltungs-, Freizeit- oder Erholungshandlungen?)
- Welche Handlungsabläufe aus diesem Bereich werden zur Ausführung der Handlungsrollen benötigt? (Tun: Zähne putzen; Wissen: andere in Transfertechniken instruieren; Sein: angenehm und bequem im Rollstuhl positioniert sein)
- Welche [personale; Anm. N.S.] Komponenten oder Kontexteinflüsse beeinflussen die Handlungsperformanz? (z.B. Muskelschwäche, Gedächtnisschwäche, unzugängliches Badezimmer, geringe soziale Kontakte)“ (Butcher/Ranka 2009, 92).

Anhand dieser Fragestellungen könne die ergotherapeutische Praxis bei der anfänglichen Erkundung und im Rahmen der anschließenden Erstellung eines geeigneten *Behandlungsplans* für und mit den KlientInnen strukturiert werden (Butcher/Ranka 2009, 92; Ranka/Chapparo 1997b, 52). Dementsprechend besteht die Aufgabe von ErgotherapeutInnen *vor* der tatsächlichen Intervention durch Behandlungstechniken in der Klärung, so legt Weigl (2002, 58) im Sinne des OPMA dar, angesichts welcher Elemente die Handlungsperformanz von KlientInnen in für sie relevanten Handlungsbereichen und -rollen erschwert werde und welche Verfahrensweisen – im Bereich der bevorzugten Bezugsrahmen und Ansätze – deren Optimierung unterstützen können. Im Hinblick auf die Handlungsformen der Ergotherapie bedeutet dies, dass im OPMA abgesehen vom Einsatz verschiedener Behandlungsmethoden und -techniken auch die vorausgehende Befunderhebung und Behandlungsplanerstellung als zentrale Tätigkeiten von ErgotherapeutInnen gesehen werden.

Ausgehend von dieser dritten Analyse der Fassung des ergotherapeutischen Tätigkeitsbereiches anhand der hier herangezogenen Grundlagenmodelle der Ergotherapie, i. e. das MOHO, CMOP-E und OPMA, wird im Folgenden eine Ausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Modelle in Bezug auf ergotherapeutisches Handeln vorgenommen. Zumal damit – nach dem Gegenstandsbereich und den Leitideen – auch die dritte Bestimmungsgröße in der Auseinandersetzung mit dem Fachgebiet der Ergotherapie abschließend ihre

zusammenschauende Betrachtung erfährt, kann im nächsten Kapitel mit der *vergleichenden* Analyse der Heilpädagogik und Ergotherapie begonnen werden.

2.4.4 Zusammenschauende Betrachtung

In den drei Ergotherapiemodellen wird im Hinblick auf den ergotherapeutischen Tätigkeitsbereich ein Geschehen herausgestellt, das – begrifflich überaus ähnlich – als „Therapie“ (MOHO), „(Praxis der) Ergotherapie“ (CMOP-E) und „Therapie bzw. Ergotherapie(-praxis)“ (OPMA) bezeichnet wird. Begriffsinhaltlich gefasst wird darunter jedoch Verschiedenes: In den beiden ersten Modellen, dem MOHO und CMOP-E, wird eine partnerschaftlich angelegte TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung unter dem Fokus einer klientenzentrierten Herangehensweise ins Zentrum der Therapie gerückt. Dementsprechend wird in den beiden Modellen die Wertschätzung der TherapeutInnen gegenüber den Betroffenen in ihrer Individualität sowie die diesbezügliche Bereitschaft zum Einbeziehen und Verstehen der betätigungsbezogenen Sicht- und Erlebensweisen, Interessen, Werte und Möglichkeiten der KlientInnen als entscheidend für die Therapie erachtet, um auf dieser Basis ein kollaboratives Zusammenwirken von fachkompetenten TherapeutInnen und bezüglich ihrer Betätigungen kundigen KlientInnen als autonome und gleichberechtigte Subjekte, bei Bedarf auch unter Einbezug relevanter Bezugspersonen, zu gewährleisten. Im Unterschied dazu wird die Ergotherapiepraxis im OPMA an gezielten Interventionen der ErgotherapeutInnen festgemacht. Das Behandeln der Betroffenen steht hier im Mittelpunkt, wobei KlientInnen einzig hinsichtlich ihrer Handlungsrollen und damit verbundenen Betätigungen Wahl- und Teilhabemöglichkeiten zugesprochen werden. Gemeinsam ist den *drei* Modellen in Bezug auf die allgemeine Fassung des ergotherapeutischen Tätigkeitsbereiches lediglich, dass das von Professionellen mit-/ermöglichte Tätig- und Eingebundensein der KlientInnen in für sie relevante Handlungsbereiche und Betätigungen als zentrales ergotherapeutisches Medium gilt, über das Veränderungsprozesse zur Optimierung ihrer Betätigungsausführung und -teilhabe stattfinden.

In Anbetracht der grundlegenden Differenzen hinsichtlich des allgemeinen Verständnisses des Tätigkeitsbereiches werden die konkreten Handlungsformen in der ergotherapeutischen Praxis ebenso divergent bestimmt: Während sie im OPMA ausschließlich anhand von Behandlungsmethoden und Techniken biomechanischer, neurophysiologischer, sensorisch integrativer, verhaltensbezogener,

psychodynamischer, interpersonaler sowie umweltkompensatorischer Ansätze abgesteckt werden, werden sie im MOHO und im CMOP-E vor dem Hintergrund des partnerschaftlichen Verhältnisses von ErgotherapeutInnen und KlientInnen (wie auch ihrer sozialen Umwelt) spezifiziert. Zwar werden in letzteren Modellen auch Methoden und Techniken entsprechend denjenigen im OPMA integriert, jedoch als Heran- und Vorgehensweise unter anderen, die allesamt in der Zusammenarbeit mit den KlientInnen und ihrer Umwelt individuell bestimmt und zum Zwecke der jeweils erforderlichen Betätigungseingebundenheit der Betroffenen zum Einsatz gebracht werden. So konstituiert sich das Handeln von ErgotherapeutInnen gemäß dem MOHO grundsätzlich durch das Validieren der Sicht- und Erlebensweisen von KlientInnen und Mitmenschen, sodann durch das Identifizieren von personellen Strategien, umweltbezogenen Ressourcen und methodischen Verfahrensweisen, das Feedbackgeben und Beraten bezüglich Zielen und Vorgehensweisen, weiters durch das Verhandeln und Strukturieren der Betätigungseingebundenheit der KlientInnen durch das Schaffen von Rahmenbedingungen und angemessenen Betätigungsanforderungen sowie durch das Coachen, Ermutigen und physische Unterstützen. Im CMOP-E wird zur Bestimmung des ergotherapeutischen Handelns in diesem Zusammenhang auf ineinandergreifende Befähigungs- bzw. Ermöglichungsfertigkeiten verwiesen, die – abgesehen von den beiden grundlegenden Handlungsformen des Zusammenarbeitens und Beteiligens der KlientInnen und ihrer Bezugspersonen – im Anpassen von Betätigungsanforderungen, (öffentlichen) Fürsprechen, Coachen, Beraten und Koordinieren von Perspektiven und Serviceleistungen, im Entwerfen und Gestalten von Hilfsmitteln, Schienen, Orthesen, Umweltbedingungen und Therapieprogrammen, im Aus-/Bilden durch „learning through doing“-Situationen und schließlich im Spezialisieren des Handelns durch die Anwendung spezifischer Methoden und Techniken bestehen. Allgemeine Basisfertigkeiten des Evaluierens, Analysierens, Reflektierens, Einhaltens von Ethikkodes usw. seien gemäß dem CMOP-E dabei insgesamt eingeschlossen.

Unabhängig von diesen Unterschieden des MOHO, CMOP-E und OPMA bezüglich der genannten Handlungsformen scheinen die drei Grundlagenmodelle in prozessbezogener Hinsicht jedoch weitgehend übereinzustimmen. Denn diesbezüglich werden im OPMA die Befunderhebung in Bezug auf Betätigungen, Personkomponenten und Umwelteinflüsse sowie die Behandlungsplanerstellung vor dem tatsächlichen Einsatz von Behandlungstechniken als konkrete Handlungsformen von ErgotherapeutInnen

genannt, ähnlich wie im MOHO und CMOP-E die anfängliche und therapiebegleitende Datensammlung bzw. Evaluation von Person-, Umwelt- und Betätigungsfaktoren anhand nicht-/standardisierter bzw. un-/strukturierter Testverfahren und die Therapieplanerstellung zur Vereinbarung von Zielen und Vorgehensweisen vor der konkreten Durchführungsphase herausgestellt werden. Anders als im OPMA werden diese beiden prozessbezogenen Handlungsformen in den zuletzt genannten Modellen jedoch noch um die therapieabschließende Ergebnisevaluation erweitert.

Dahingehend bestehen die Handlungsformen, die sowohl im MOHO und CMOP-E als auch im OPMA einbezogen werden, (1) in der anfänglichen (und therapiebegleitenden) Datensammlung bzw. Befundung von Person-, Umwelt- und Betätigungsfaktoren mithilfe nicht-/standardisierter bzw. un-/strukturierter Testverfahren, (2) in der Erstellung eines Behandlungs- bzw. Therapieplans zur Vereinbarung von Zielen und Vorgehensweisen sowie (3) im Einsatz von Arbeitstechniken und Behandlungsmethoden, die auf die weitestgehende Behebung problembehafteter Person- und auch Umweltfaktoren gerichtet sind. Ergänzt werden diese gemeinsamen Handlungsformen im MOHO und/oder CMOP-E weiters durch zwischenmenschliche Anerkennungs- und Kooperationsweisen (Validieren, Verhandeln, Zusammenarbeiten, Beteiligen und Koordinieren), verbale und physische Unterstützungsleistungen angesichts der Fachkompetenz der ErgotherapeutInnen (Identifizieren, Feedbackgeben, Beraten, Coachen, Ermutigen und physisches Unterstützen), durch therapie- und umweltgestaltende Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Schaffung angemessener Betätigungsanforderungen (Strukturieren, Anpassen und Entwerfen/Gestalten von physischen und emotionalen Umweltbedingungen und Programmen), durch das Entwerfen/Gestalten von Hilfsmitteln, Schienen und Orthesen, das Aus-/Bilden in Form der Eröffnung von „learning through doing“-Situationen sowie schließlich durch das (öffentliche) Fürsprechen und die Ergebnisevaluation am Ende der Therapie.

Mit diesen zusammenschauenden Ausführungen zum ergotherapeutischen Tätigkeitsbereich mündet die separate Auseinandersetzung zunächst mit der Teildisziplin der Heilpädagogik und sodann mit dem Fachgebiet der Ergotherapie nun im folgenden Kapitel in die vergleichende Analyse der beiden (disziplinären) Fachgebiete.

3. Heilpädagogik und Ergotherapie im Vergleich

Nachdem in den beiden vorausgegangenen Kapiteln zur Heilpädagogik und Ergotherapie die Grundzüge der pädagogischen Teildisziplin der Heilpädagogik und des medizinisch-technischen und jüngst auch sozialwissenschaftlichen Fachgebietes der Ergotherapie herausgearbeitet wurden, soll die leitende Fragestellung dieser Arbeit nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie in diesem Kapitel einer Beantwortung zugeführt werden. Dahingehend werden die beiden (disziplinären) Fachgebiete im Weiteren auf ihre Unterscheidungs- und Überschneidungsbereiche im Hinblick auf ihre fachspezifischen Fassungen des Gegenstandsbereiches (3.1), der Leitideen (3.2) und des Tätigkeitsbereiches (3.3) beleuchtet, wie sie zuvor unter Bezugnahme auf die drei heilpädagogischen Systementwürfe und ergotherapeutischen Grundlagenmodelle anhand der wesentlichen Begrifflichkeiten und begriffsinhaltlichen Bedeutungsbestimmungen erarbeitet wurden. Mit einer zusammenschauenden Betrachtung (3.4) und Diskussion der Ergebnisse (3.5) vor allem mit Bezug auf die in der Problemskizze festgestellten Unklarheiten bei der fachlichen Verortung und Verhältnisbestimmung der Heilpädagogik und Ergotherapie wird diese systematisch vergleichende Auseinandersetzung zum Abschluss gebracht und – in Anbetracht der Ausgangsproblematik im Kontext interdisziplinärer Arbeitsfelder – letztendlich durch anskizzierte Folgerungen für die interdisziplinäre Arbeit mit Menschen mit Behinderung (3.6) abgerundet.

3.1 Gegenstandsbereich

Den Gegenstandsbereich der Heilpädagogik und Ergotherapie bilden die konstitutiven Themen- und Problemstellungen, an denen die heilpädagogische und ergotherapeutische Theoriebildung und Praxis ansetzen. In der Heilpädagogik wird diesbezüglich unter den Bezeichnungen „Behinderungszustand“ (Kobi 2004), „Behinderungen“ bzw. „Lern-, Erziehungs- und/oder Entwicklungshindernisse“ (Speck 2008) und „Beeinträchtigungen“ (Bach 1999) ein problembehaftetes Bedingungsgeflecht thematisiert, das sich aus folgenden Elementen konstituiert: (1) Personmerkmalen u. a. in physischer, psychischer, sozial-emotionaler und/oder kognitiver Hinsicht, die sich mitunter in einem Zustand, Verhalten, im Rollenhandeln, in der Leistung und/oder Präsentation der Person äußern, (2) normativen Umfeldanforderungen und Erwartungen,

aufgrund derer die Personmerkmale der genannten Art als auffällig oder abweichend bewertet und damit (negativ) wahrgenommen werden, (3) (Er-)Lebensbedingungen in materieller, biologischer, kultureller und sozialer Hinsicht, wobei vor allem soziale Reaktions- und Handlungsweisen und (gesellschaftlich) gebotene Hilfestellungen akzentuiert werden, sowie schließlich (4) dem subjektiven Erleben und (Wohl-)Befinden der als auffällig erachteten Person. Vor dem Hintergrund dieses Gefüges aus personalen Merkmalen und Erlebensweisen, Umfeldanforderungen und Lebens- bzw. Umweltbedingungen machen Kobi, Speck und Bach den Gegenstandsbereich heilpädagogischen Handelns nicht nur an drohenden oder aufgetretenen *personalen*, sondern auch *interpersonalen* bzw. *sozialen* Problemlagen rund um eine als auffällig definierte Person fest, die den konventionellen pädagogischen Rahmen überschreiten. Erstere bezeichnen dabei Schwierigkeiten bezüglich der Ausbildung von Kompetenzen, Darstellungs- und Ausführungsweisen, Probleme bei der Autonomie- und Identitätsentwicklung und/oder ein Unbehagen bzw. einen Leidensdruck der als behindert/beeinträchtigt geltenden Personen, während sich letztere als Teilhabe-, Vermittlungs-, Interaktions- und/oder Verständigungsschwierigkeiten zwischen Betroffenen und ihrer sozialen Umwelt abzeichnen.

In der Ergotherapie wird der gegenstandsbezogene Blick dagegen auf „Störungen oder Dysfunktionen des Betätigungsverhaltens“ (MOHO), „Betätigungsschwierigkeiten bzw. -herausforderungen“ (CMOP-E) und „Betätigungsbedürfnisse“ (OPMA) gerichtet. Diese bezeichnen allesamt *personale* Problemlagen bei der *Ausführung von Betätigungen* sowie – nach dem CMOP-E – auch bei der grundsätzlichen *Teilhabe* an denselben, die in den alltäglichen Lebensbereichen der Selbsterhaltung, un-/bezahlten Produktivität, Freizeit und/oder Erholung auftreten können. Zugrunde liegt diesen betätigungsbezogenen Schwierigkeiten hierbei nach den drei Grundlagenmodellen ein inkonsistentes Bedingungsgeflecht dreier Komponenten, d.h. eine Unstimmigkeit des Zusammenspiels (1) personenbezogener Faktoren, die physische, psychische, kognitive, soziale und emotionale Fähigkeiten der Performanz, Betätigungsrollen, -gewohnheiten und -motivationen sowie das diesbezügliche Selbstwirksamkeits- und Sinnerleben umfassen, (2) der physischen, sozialen und kulturellen Umwelt mit ihrem betätigungsermöglichenden und zugleich -beschränkenden Charakter und schließlich (3) der erwünschten und/oder notwendig auszuführenden Betätigungen der Betroffenen in Anbetracht ihrer person- und umweltbezogenen Anforderungen in den verschiedenen Lebensbereichen.

Gemäß diesen Grundlagen bezüglich des Gegenstandsbereiches der beiden (disziplinären) Fachgebiete werden die zu adressierenden *Themen- und Problemstellungen* sowohl in der Heilpädagogik als auch in der Ergotherapie nicht isoliert an Personen, ihren Fähigkeiten und Eigenschaften festgemacht, sondern im Rahmen eines *Bedingungsgeflechts* von person-, umwelt- und anforderungsbezogenen Elementen verortet. Diesbezüglich bilden in der Heilpädagogik Probleme den Schwerpunkt, die sich sowohl personal als auch im zwischenmenschlichen Kontakt von behindert/beeinträchtigt definierten Personen und der sozialen Umwelt abzuzeichnen drohen oder zeigen können und hierbei die konventionellen pädagogischen Möglichkeiten überschreiten⁵⁹, während die in der Ergotherapie zum Gegenstand erhobenen Problemlagen auf Personen bezogen werden, denen die Ausführung von und/oder auch die Teilhabe an Betätigungen in einem oder mehreren Lebensbereichen Schwierigkeiten bereiten. Damit wird der Ansatzpunkt in der Heilpädagogik anhand von inter-/personalen Problemlagen bestimmt, ohne dass dabei vorab spezifische Fokussierungen im Sinne von Begrenzungen auf bestimmte Problembereiche oder -arten für und mit betroffenen Menschen vorgenommen werden; es wird allgemein und uneingeschränkt von Schwierigkeiten bezüglich der Ausbildung von Kompetenzen, Darstellungs- und Ausführungsweisen, Problemen bei der Autonomie- und Identitätsentwicklung, von einem Leidensdruck und/oder von Teilhabe-, Vermittlungs-, Interaktions- und Verständigungsschwierigkeiten gesprochen. Der gegenstandsbezogene Bezugspunkt der Ergotherapie wird dagegen von Grund auf durch vorliegende und/oder drohende Betätigungsprobleme und damit maßgeblich fokussiert auf die Betätigungsdimension des Menschen determiniert. Mithin ist auch das person-, umwelt- und anforderungsbezogene Bedingungsgeflecht, das den betreffenden Problemstellungen zugrunde liegt, in der Heilpädagogik in unspezifischer und somit allgemeiner Form, dabei aber mit Schwerpunkt auf soziale Umweltbedingungen und mit besonderer Berücksichtigung des (Wohl-)Befindens der Betroffenen angelegt, während es in der Ergotherapie zentral auf die Betätigungsdimension hin konzipiert ist: Denn ebenso wie die Personkomponente über *Performanzfähigkeiten, Betätigungsrollen,*

⁵⁹ Im Weiteren wird bei der Rede von heilpädagogisch relevanten Problemen im inter-/personalen Bereich nicht jeweils auch eigens angeführt, dass diese erst dann zum Ansatzpunkt der Heilpädagogik werden, wenn sie im konventionellen Rahmen der Pädagogik nicht bewältigt werden können, zumal dieses Kriterium des Unkonventionellen für die Klärung des heilpädagogischen Gegenstandes zwar durchaus bedeutsam ist, für die Bestimmung dessen, was heilpädagogisch relevante Themen- und Problemstellungen *im Verhältnis zu* den gegenstandsbezogenen Ansatzpunkten der Ergotherapie ausmacht, aber nicht erstrangig erscheint.

-gewohnheiten, -motivationen sowie das damit in Zusammenhang stehende Selbstwirksamkeits- und Sinnerleben einer Person definiert wird und bei den sozialen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen die *betätigung*sermöglichenden und -beschränkenden Faktoren im Vordergrund stehen, werden im Rahmen der dritten Bedingungskomponente die person- und umweltbezogenen Anforderungen, mit denen sich Betroffene konfrontiert sehen, auf die erwünschten und/oder notwendig auszuführenden *Betätigungen* in den verschiedenen Lebensbereichen bezogen.

Dahingehend bildet die gegenstandsbezogene Grundlage in der Heilpädagogik der *uneingeschränkt personale sowie interpersonale* Problembereich rund um eine auffällig gewordene Person, wobei hier neben materiellen, biologischen und kulturellen Umweltbedingungen schwerpunktmäßig soziale Gegebenheiten und zudem das (Wohl-)Befinden der Betroffenen akzentuiert werden, wohingegen in der Ergotherapie personale Schwierigkeiten der *Betätigung*sausführung und/oder -teilhabe im Kontext der physischen, sozialen und kulturellen Betätigungsbedingungen und -anforderungen im Vordergrund stehen. Somit geht die Heilpädagogik mit den inter-/personalen Problemlagen, ihrer entsprechend allgemeinen Fassung der Person-, Umwelt- und Anforderungskomponente und dem expliziten Einbezug des Befindens der Betroffenen über die betätigungsspezifischen Ausführungs- und Teilhabeschwierigkeiten sowie den zugrunde liegenden Person-, Umwelt- und Anforderungsbereich der Ergotherapie hinaus. Lediglich bei der Umweltkomponente scheint die Ergotherapie durchgehend nachdrücklicher auf soziale, kulturelle und physische (Betätigungs-)Bedingungen gleichermaßen Bezug zu nehmen, während in der Heilpädagogik zwar auch materielle, biologische, soziale und kulturelle Gegebenheiten einbezogen werden, das Augenmerk dabei jedoch verstärkt auf der sozialen Dimension liegt. Gemeinsamkeiten der heilpädagogisch relevanten Problemlagen und des Gegenstandes der Ergotherapie ergeben sich angesichts dieser Differenzierungen folglich aufgrund dessen, dass auf Seiten der Heilpädagogik auch explizit inter-/personale Schwierigkeiten in Bezug auf – ergotherapeutisch relevante – Ausführungsweisen von und Teilhabemöglichkeiten an Handlungen in den Gegenstandsbereich integriert werden und zudem neben den vorwiegend sozialen auch kulturelle und physisch-materielle Umweltbedingungen mitberücksichtigt werden.

Dass sich dieses Überschneidungsfeld der Gegenstandsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie hierbei jedoch nicht als unerheblich, sondern als umfassend erweist, wird deutlich, wenn dreierlei in Betracht gezogen wird: (1) dass interpersonale Probleme in

der Heilpädagogik über Teilhabe-, Vermittlungs-, Interaktions- und/oder Verständigungsschwierigkeiten zwischen Betroffenen und ihren Mitmenschen bestimmt werden und damit wohl zentral über soziales *Handeln* in Erscheinung treten; (2) dass die Personmerkmale, die gemäß dem heilpädagogischen Bedingungsgefüge als auffällig identifiziert werden und zusammen mit ungünstigen Bedingungen und Befindlichkeiten zu inter-/personalen Problemlagen führen, mitunter in einem Zustand, im Verhalten, Rollenhandeln, in der Leistung und/oder Präsentation einer Person zum Ausdruck kommen und damit u. a. auf verschiedene Weise über problembehaftete *Betätigungen oder Betätigungsergebnisse*; und (3) dass im Rahmen der Ergotherapie die Lebensbereiche, in denen zu adressierende Probleme auftreten, ebenso wie das Zustandekommen und die Art der Betätigungsschwierigkeiten von Anbeginn *keine* Einschränkungen erfahren (z.B. auf Betätigungsprobleme im Bereich der Selbsterhaltung oder auf physisch bedingte Problematiken). Denn angesichts dieser drei Bedingungen scheint es, dass inter-/personale Problemlagen, wie sie in der Heilpädagogik uneingegrenzt einbezogen werden, über weite Strecken mit Schwierigkeiten bei der Betätigungsausführung und/oder -teilhabe, wie sie in der Ergotherapie in jeglicher Form und Ausprägung adressiert werden, verknüpft sind. Die Gegenstandsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie muten dementsprechend an, vielseitig und weitreichend ineinander überzugreifen, sodass sich ihre Gemeinsamkeiten und Überschneidungen als unabweisbar ausgeprägt darstellen, wenngleich der Ansatzpunkt der Heilpädagogik anhand jeglicher inter-/personaler Schwierigkeiten rund um eine auffällig gewordene Person abgesteckt und derjenige der Ergotherapie spezifisch über die problembehaftete Betätigungsausführung und/oder -teilhabe einer Person definiert wird.

Gemeinsamkeiten und Differenzen, die sich in Anbetracht dieser gegenstandsbezogenen Überschneidungen und Unterscheidungen der Heilpädagogik und Ergotherapie in Bezug auf die handlungsleitenden Ideen ausmachen lassen, stehen im nächsten Unterkapitel im Blickpunkt der vergleichenden Analyse.

3.2 Leitideen

Mit den Leitideen der Heilpädagogik und Ergotherapie werden die leitenden Motive heilpädagogischer und ergotherapeutischer Tätigkeiten gemäß den hier herangezogenen

Systementwürfen und Grundlagenmodellen bezeichnet. Vor dem Hintergrund der heilpädagogisch relevanten Problemlagen im inter-/personalen Bereich geht es in der Heilpädagogik hierbei um die „gemeinsame Daseinsgestaltung“ (Kobi 2004), ein „sinnerfülltes Leben infolge personalen und sozialen Integriert- und Kompetentseins“ (Speck 2008) und die „Selbstverwirklichung in sozialer Eingliederung“ (Bach 1999), womit insgesamt ein *kompetentes und zugleich sinnvoll erlebtes Dasein Betroffener im sozialen Miteinander* als heilpädagogische Zielvorstellung herausgestellt wird. Einzelne Zielbereiche dieser übergeordneten Leitidee werden dabei angesichts der inter-/personalen Problemlagen und des entsprechend zugrunde liegenden Bedingungsgeflechts sowohl auf auffällig gewordene Personen und das interpersonale Zusammensein von Betroffenen und Mitmenschen als auch eigens auf die soziale Umwelt und die gestellten Anforderungen und Erwartungen bezogen: Im Hinblick auf *betroffene Personen* wird auf Kompetenzen, Funktionen, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und -akzeptanz sowie Sinnerleben im Da- und Mitsein gezielt, *interpersonal* wird das soziale Einbezogensein Betroffener und eine stimmige Beziehungsgestaltung beabsichtigt, hinsichtlich der *sozialen Umwelt* werden sozial-integrative Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen als Voraussetzung für die Ein-Beziehung und Gestaltung interpersonaler Bezüge mit Betroffenen intendiert und bezüglich der *Anforderungen und Erwartungen* der sozial-kulturellen und materiellen Umwelt wie auch der Betroffenen selbst wird schließlich die Angemessenheit derselben in Relation zu den gegebenen personalen und umweltbezogenen Bedingungen angestrebt.

In der Ergotherapie wird die handlungsleitende Idee begrifflich unter den Bezeichnungen „kompetentes Betätigungsverhalten“ (MOHO), „Betätigungsausführung und -teilhabe“ (CMOP-E) und „bestmögliche und zufriedenstellende Handlungsperformanz“ (OPMA) gefasst und besteht folglich in der Gesamtheit gesehen in einer *kompetenten und zufriedenstellenden Betätigungsausführung und -teilhabe*. In Anbetracht des inkonsistenten Zusammenspiels personaler, umwelt- und anforderungsbezogener Einflüsselemente, das Betätigungsschwierigkeiten zugrunde liegt, gilt die ergotherapeutische Leitidee hierbei als Ausdruck eines entsprechend stimmigen Bedingungsgefüges, sodass sich aus der übergeordneten Zielvorstellung schließlich folgende Zielbereiche differenzieren lassen: Zum einen zielt die Ergotherapie auf Performanzfähigkeiten, Betätigungsgewohnheiten, -motivationen sowie auf das Selbstwirksamkeits- und Sinnerleben *betroffener Personen* bei der

Betätigungsausführung und/oder -teilhabe und zum anderen hinsichtlich der *Umwelt* auf physische, soziale und kulturelle Bedingungen und bezüglich der bedeutsamen und/oder notwendig auszuführenden *Betätigungen* auf Anforderungen und Möglichkeiten, die allesamt den jeweiligen personalen Gegebenheiten angemessen sind und damit eine zufriedenstellende Betätigungsausführung und -teilhabe weitestgehend unterstützen.

Entsprechend diesen Ausführungen zu den handlungsleitenden Ideen der beiden (disziplinären) Fachgebiete wird sowohl in der Heilpädagogik als auch in der Ergotherapie eine Leitidee herausgestellt, bei der nicht nur die *Kompetenz*, sondern auch die *Erfüllung* und *Teilhabe* betroffener Personen im Mittelpunkt stehen. In der Heilpädagogik geht es dabei um ein kompetentes und sinnerfülltes Leben im sozialen Miteinander, in der Ergotherapie um eine kompetente und zufriedenstellende Betätigungsausführung und -teilhabe, sodass sich die jeweiligen Einbindungsweisen der Kompetenz- und Teilhabeperspektive als fachspezifisch unterschiedlich herausstellen. Denn während Betroffene in der Heilpädagogik ohne spezifischen bzw. begrenzenden (Betätigungs-)Zielfokus und damit in jeglicher Hinsicht zu einem kompetenten und sinnvoll erlebten Da- und Mitsein befähigt werden sollen und die Teilhabe dabei explizit auf das soziale Einbezogenessein gerichtet ist, liegt das Hauptaugenmerk in der Ergotherapie auf der Kompetenz der Betätigungsausführung und auf der Beteiligungsteilhabe, wobei bei letzterer nicht speziell die soziale Dimension in den Vordergrund gestellt wird und deshalb gleichermaßen auch kulturelle und physische Teilhabebedingungen im Zentrum der Zielsetzungen stehen können.

Als solche zeichnen sich diese Differenzierungen der Heilpädagogik und Ergotherapie in Bezug auf die übergeordnete Leitidee weiters auch bei den einzeln zu verfolgenden *Zielbereichen* fort. Denn diese werden in beiden (disziplinären) Fachgebieten angesichts des zugrunde liegenden Bedingungsgeflechts zwar mehrdimensional bestimmt, indem beiderseits betroffene Personen, Umweltbedingungen und Anforderungen Ansatzpunkte von Veränderungen bilden, jedoch mit unterschiedlichen facheigenen Akzentuierungen: In der Heilpädagogik werden die Zielaspekte der Person-, Umwelt- und Anforderungskomponente nicht beschränkt auf eine bestimmte Zieldimension definiert, diejenigen der Umwelt aber grundlegend auf soziale Gegebenheiten bezogen. Hier geht es um die Mitmenschen und ihre sozial-integrativen Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen, zumal sie als entscheidende Basis für den eigens – und im Vergleich zur Ergotherapie zusätzlich explizit – genannten Zielbereich des sozialen Einbezogenesseins Betroffener und der Gestaltung interpersonal stimmiger Beziehungen

angesehen werden. Kulturelle und physisch-materielle Bedingungen werden im Rahmen der heilpädagogischen Leitidee dabei insofern aber auch mitberücksichtigt, als dass angemessene Ansprüche und Erfordernisse bei der Anforderungs- und Erwartungskomponente nicht nur auf Seiten der sozialen Umwelt und der Betroffenen selbst, sondern auch auf Seiten der physischen und kulturellen Umwelt intendiert werden. In der Ergotherapie werden die drei Zielbereiche hingegen anhand des grundlegenden Betätigungsbezuges abgesteckt. Denn neben der Komponente der Betätigung/-sanforderungen, die explizit auf für Betroffene adäquate Betätigungsansprüche und -möglichkeiten abzielt, stehen hier bei betroffenen Personen die *Performanzfähigkeiten*, *Betätigungsgewohnheiten*, -*motivationen* sowie das Selbstwirksamkeits- und Sinnerleben bezüglich der *Betätigungsausführung* und/oder -*teilhabe* im Vordergrund ebenso wie bei der Umwelt angemessene physische, soziale und kulturelle *Betätigungsbedingungen* intendiert werden. Interpersonale Ziele im Sinne des sozialen Einbezogenseins Betroffener und aufeinander abgestimmter Beziehungen zwischen Betroffenen und der sozialen Umwelt werden hier im Unterschied zur Heilpädagogik nicht explizit als eigener Zielbereich benannt. Außen vor gelassen werden sie in der Ergotherapie aber insofern nicht, als dass sie durch die Betätigungs-Teilhabe Betroffener in die Leitidee integriert werden: Denn gerade in Anbetracht dessen, dass es hierbei auch um die soziale Betätigungsteilhabe zu gehen vermag, die Veränderungsintentionen der sozialen Betätigungsbedingungen in Angemessenheit und Angleichung an die personalen Gegebenheiten betroffener Personen umfasst, sind interpersonale Zielsetzungen – mit Betätigungsfokus – auch der Ergotherapie eigen.

Dahingehend verfügt die Heilpädagogik mit ihrer unspezifisch gefassten Leitidee und den entsprechenden person-, umwelt-, anforderungsbezogenen und interpersonalen Zielaspekten insgesamt über einen weiteren Ziel-Blick als die Ergotherapie mit ihrer durchwegs betätigungsspezifischen Zielperspektive. Im Hinblick auf die anvisierten Umweltbedingungen ist hierbei aus vergleichender Sicht jedoch festzuhalten, dass sie in der Ergotherapie obgleich des konstitutiven Betätigungsfokusses durchgängig breiter gefasst werden. Denn hier wird gleichermaßen auf soziale, kulturelle und physische (Betätigungs-)Bedingungen Bezug genommen, während die Umweltziele in der Heilpädagogik auf soziale Gegebenheiten im Sinne von sozial-integrativen Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen von Mitmenschen beschränkt werden und physische und kulturelle Gegebenheiten lediglich bei der Anforderungskomponente

Beachtung finden. Gemeinsamkeiten der heilpädagogischen und ergotherapeutischen Leitidee ergeben sich in Anbetracht dieser Differenzen folglich daraus, dass in der heilpädagogischen Zielperspektive mitunter auch – ergotherapeutisch zentrale – Person-, Umwelt-, Anforderungs- und interpersonale Beziehungsziele im Betätigungsbereich eingeschlossen sind und gegebenenfalls auch physisch-materielle und kulturelle Zielsetzungen – zumindest im Rahmen der Anforderungs- und Erwartungskomponente – relevant werden.

Mithin spiegeln sich die gegenstandsbezogenen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Heilpädagogik und Ergotherapie anhand des unspezifisch inter-/personal angelegten Problembereiches der Heilpädagogik und des konstitutiven Betätigungsschwerpunkts der Ergotherapie in der Gesamtheit auch im Kontext der Leitideen wider. Wird in diesem Zusammenhang der Verknüpfung der heilpädagogischen und ergotherapeutischen Überschneidungs- und Unterscheidungsbereiche im Rahmen des Gegenstandsbereiches und der Leitideen jedoch auch die im vorigen Unterkapitel skizzierte, weitreichende Verflechtung von unspezifisch inter-/personalen und betätigungszentrierten Schwierigkeiten im inter-/personalen Bereich in Erwägung gezogen, so vermögen die Abgrenzungen zwischen allgemein inter-/personalen Zielen in der Heilpädagogik und betätigungsbezogenen Zielen in der Ergotherapie mitunter an Klarheit und Schärfe zu verlieren.

Unterscheidungs- und Überschneidungsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie, die sich vor dem Hintergrund dieser vergleichenden Betrachtung zuerst des Gegenstandsbereiches und sodann der Leitideen letztlich im Hinblick auf die dritte (disziplinäre) Bestimmungsgröße, den Tätigkeitsbereich, festmachen lassen, stehen im folgenden Abschnitt im Zentrum. Der Blick wird dabei – analog zur Analyse der fachspezifischen Grundlagen im ersten und zweiten Hauptkapitel – zunächst auf die allgemeine Fassung des Tätigkeitsbereiches und im Anschluss daran auf die jeweils festgelegten Handlungsformen der Heilpädagogik und Ergotherapie gerichtet.

3.3 Tätigkeitsbereich

Beim Tätigkeitsbereich der Heilpädagogik und Ergotherapie wird das Hauptaugenmerk auf die heilpädagogische und ergotherapeutische Praxis, das Handeln, das ausgehend von fokussierten Problemlagen auf festgelegte Zielsetzungen hin angelegt ist, gerichtet.

In der Heilpädagogik wird dieser Tätigkeitsbereich vor dem Hintergrund der pädagogischen Grundlegung der Teildisziplin als „(Heil-)Erziehung“ (Kobi 2004), „(spezielle) Erziehung“ (Speck 2008) sowie „Erziehung und/oder Förderung“ (Bach 1999) bezeichnet. Gefasst wird darunter insgesamt ein zwischenmenschliches *Beziehungs-Geschehen*, in das Erziehende wie Betroffene als autonome und aktive Subjekte *partnerschaftlich* eingebunden sind und das bestmöglich in einem gegenseitig stimmigen Aufeinanderbezogensein zum Ausdruck kommt. Als Bedingungsgrundlage dieser Beziehung gilt dabei in allen drei Systementwürfen die innere Einstellung der Erziehenden, ihre *Haltung*, die über die unmittelbare und persönliche Zugewandtheit zu Betroffenen, das authentische und transparente Einbringen ihrer eigenen Person sowie über die Wertschätzung und Verstehensbereitschaft gegenüber Betroffenen (und wesentlichen Bezugspersonen) mit ihren Sichtweisen, Bedürfnissen und Möglichkeiten bestimmt und darüber hinaus von Speck und Bach u. a. auch noch über die Verantwortlichkeit, Verlässlichkeit und Zuversichtlichkeit spezifiziert wird. Denn auf diese Weise vermag nach Kobi, Speck und Bach in entschiedener Abhebung von einem primären Einsatz von Tätigkeiten, Methoden und Techniken ein gemeinsamer Erfahrungs- und Handlungsraum eröffnet zu werden. In diesem können Betroffene gemäß den Systementwürfen Verbundenheit, ein Gefühl des Wahr-, Ernst- und Angenommenseins sowie – nach Speck und Bach zudem – auch Sicherheit und (Selbst-)Vertrauen erfahren, womit die („innere“) Bedingungsgrundlage nicht nur für das durchwegs partnerschaftliche Zusammenwirken von HeilpädagogInnen, Betroffenen und bei Bedarf ihres sozialen Umfeldes, sondern auch für Veränderungen in Richtung der gesetzten Ziele geschaffen wird. Herausgestellt werden Veränderungen dabei vor allem bei Kobi und Speck aber dennoch als unabdingbar personengebunden: Sie seien jedenfalls in Abhängigkeit von den betroffenen Subjekten und ihren jeweiligen (Vor-)Erfahrungen, Wahrnehmungs-, Lern- und Erlebensweisen zu sehen und professionelle Handlungen dementsprechend als veranlassend und anregend mit individuell veränderungsermöglichender Bedeutung zu verstehen.

In der Ergotherapie wird der Tätigkeitsbereich in Anbetracht der ursprünglich medizinischen bzw. medizinisch-technischen und erst jüngst auch sozialwissenschaftlichen Grundlegung des Fachgebiets als „Therapie“ (MOHO), „(Praxis der) Ergotherapie (CMOP-E) und „Therapie bzw. Ergotherapie(-praxis“ (OPMA) bezeichnet. Begriffsinhaltlich gefasst wird darunter trotz der überaus ähnlichen Begriffswahl jedoch zweierlei: Im MOHO und CMOP-E wird der ergotherapeutische

Tätigkeitsbereich über eine *kollaborativ* angelegte *Beziehung* von TherapeutInnen und KlientInnen als autonome und gleichberechtigte Subjekte definiert, die sich auf Seiten der Professionellen durch eine *klientenzentrierte* Herangehensweise auszeichnet. Die Wertschätzung der TherapeutInnen gegenüber den KlientInnen in ihrer Individualität, die Bereitschaft zum Einbeziehen und Verstehen ihrer betätigungsbezogenen Sicht- und Erlebensweisen, Interessen, Werte und Möglichkeiten sowie das entsprechend kooperative Zusammenwirken der fachkompetenten Professionellen, der betätigungskundigen KlientInnen und gegebenenfalls relevanter Bezugspersonen erweisen sich dementsprechend nach den beiden Grundlagenmodellen im Therapiegeschehen als wesentlich. Im OPMA wird die ergotherapeutische Praxis – im Unterschied zur Fassung der beiden ersteren Modelle – hingegen über gezielte *Interventionen* der ErgotherapeutInnen im Hinblick auf die (Situation der) KlientInnen bestimmt. Hier steht das Behandeln der Betroffenen im Mittelpunkt, sodass KlientInnen lediglich hinsichtlich relevanter Handlungsrollen und Betätigungen Auswahl- und Teilhabemöglichkeiten in der Ergotherapie zugesprochen werden. Als Gemeinsamkeit aller *drei* ergotherapeutischen Grundlagenmodelle lässt sich im Kontext der allgemeinen Fassung des Tätigkeitsbereiches angesichts dieser Differenzen lediglich ausmachen, dass die professionell mit-/ermöglichte Betätigung/-seingebundenheit der KlientInnen, d.h. ihr Tätig- und Eingebundensein in für sie bedeutungsvolle und/oder erforderliche Betätigungen als zentrales Medium gilt, über das in der Therapie Veränderungsprozesse der Betroffenen in Richtung der intendierten Optimierung der Betätigungsausführung und/oder -teilhabe stattzufinden vermögen.

Gemäß diesen Bestimmungen der Heilpädagogik und Ergotherapie wird der allgemeine Tätigkeitsbereich sowohl in den heilpädagogischen Systementwürfen als auch in den zwei ersteren Grundlagenmodellen der Ergotherapie an einem Praxisgeschehen festgemacht, das Professionelle wie Betroffene gleichermaßen gestalten. Unter den Bezeichnungen „Erziehung (oder Förderung)“ und „(Praxis der Ergo-)Therapie“ geht es hier um ein *kooperatives Zusammenwirken*, zumal in der Heilpädagogik ein partnerschaftlicher Beziehungsprozess im Mittelpunkt steht, der ein stimmiges Aufeinanderbezogensein von Erziehenden und Betroffenen auf Grundlage der erzieherischen Haltung bezeichnet, und in der Ergotherapie eine kollaborativ angelegte Beziehung von TherapeutInnen und Betroffenen unter einer klientenzentrierten Herangehensweise ins Zentrum des Tätigkeitsbereiches gestellt wird. Gemeinsam ist der Heilpädagogik und Ergotherapie aufgrund dieses beidseitigen Schwerpunkts auf

eine partnerschaftliche und kooperative Zusammenarbeit im Weiteren auch die Sichtweise von Betroffenen als autonome und aktive Subjekte, die Unbedingtheit der Wertschätzung gegenüber Betroffenen sowie das Erfordernis des Einbezugs der Sicht- und Erlebensweisen, Werte, Bedürfnisse und Möglichkeiten der Betroffenen und bei Bedarf auch des sozialen Umfeldes. Unterschiede zeigen sich in diesem Zusammenhang nur insofern, als dass der Beitrag der Betroffenen (und der sozialen Umwelt) in der Heilpädagogik vorab nicht auf bestimmte Themen und Probleme beschränkt wird, wogegen er in der Ergotherapie in Anbetracht des gegenstands- und zielkonstitutiven Betätigungsfokusses spezifisch auf den Handlungsbereich bezogen wird.

Ein wesentlicher Unterscheidungsbereich der Heilpädagogik und Ergotherapie geht bei der allgemeinen Fassung des Tätigkeitsbereiches jedoch im Hinblick auf die *Art des Eingebundenseins* der Professionellen in das partnerschaftliche Zusammenwirken und deren *Funktion und Bedeutung* im Kontext des Beziehungsgeschehens hervor: Da in den heilpädagogischen Systementwürfen die Zusammenarbeit auf der Haltung der Erziehenden basiert, die u. a. nicht nur über die Wertschätzung, Verantwortlichkeit, Verlässlichkeit und Zuversichtlichkeit, sondern zentral auch über die unmittelbare und persönliche Zugewandtheit der Erziehenden zu Betroffenen und das authentische und transparente Einbringen ihrer eigenen Person spezifiziert wird, verlangt die heilpädagogische Praxis auf Seiten der Erziehenden nach Kobi, Speck und Bach nicht nur das Mitbringen sachlicher Kenntnisse und fachlicher Kompetenz. Vielmehr wird darüber hinaus das unmittelbar authentische und durchsichtige Einbringen ihres gesamten Person-Seins mitsamt den innerlichen Bewegtheiten eingefordert, um Betroffenen im Rahmen eines gemeinsamen Erfahrungs- und Handlungsraumes das Erfahren des Gefühls des Wahr-, Ernst- und Angenommenseins sowie von Verbundenheit, Sicherheit und (Selbst-)Vertrauen zu ermöglichen und hierdurch die Bereitschaft für den gemeinsam zu tragenden Erziehungsprozess und die darin intendierten Veränderungen zu fördern. In der Ergotherapie besteht das Eingebundensein der TherapeutInnen nach dem MOHO und CMOP-E hingegen im Wesentlichen im Einbringen ihrer Fachkompetenz. Hier geht es um die ergänzende Zusammenführung der fachlichen Kenntnisse und Fertigkeiten der TherapeutInnen und der betätigungsbezogenen Sichtweisen, Interessen, Werte und Möglichkeiten der Betroffenen, um auf dieser Basis Möglichkeiten der veränderungsrelevanten Betätigungseingebundenheit der KlientInnen zu schaffen. Dieser Fokus in der Ergotherapie auf die fachliche Expertise der TherapeutInnen wird darüber hinaus gerade

auch im OPMA ersichtlich, zumal in diesem Modell ausdrücklich das fachliche Intervenieren der TherapeutInnen im Vordergrund steht. Somit wird in der Heilpädagogik das Einbezogensein und Einbringen der Erziehenden zugunsten der Kooperations- und Veränderungsbereitschaft der Betroffenen an der gesamten – fachlich kompetenten und authentisch transparenten – Person der erzieherisch Tätigen festgemacht, während in der Ergotherapie die Eingebundenheit der TherapeutInnen zum Zwecke der Vereinigung verschiedener nicht-/professioneller Kenntnisse, Fertigkeiten und Sichtweisen anhand ihrer fachlichen Kompetenz abgegrenzt – und im Vergleich zur Heilpädagogik *begrenzt* – wird.

Wird das ergotherapeutische Handeln ferner im Allgemeinen als das gezielte Behandeln und Einwirken der Professionellen auf (die Situation der) KlientInnen verstanden, wie dies im dritten ergotherapeutischen Grundlagenmodell, dem OPMA, gegeben ist, erweisen sich nicht nur die Fassungen der Ergotherapiemodelle untereinander als verschieden. Vielmehr scheinen auch der Tätigkeitsbereich der Heilpädagogik und derjenige der Ergotherapie von Grund auf konträr angelegt zu sein, da die ergotherapeutische Praxis hiermit über den Einsatz spezifischer Methoden, Techniken und Tätigkeiten der Professionellen definiert wird, von dem sich die heilpädagogischen Systementwürfe bei der Bestimmung des allgemeinen Tätigkeitsbereiches entschieden zu distanzieren suchen.

Ein letztes Unterscheidungsfeld des heilpädagogischen und ergotherapeutischen Tätigkeitsbereiches ergibt sich schließlich in Bezug auf das Verständnis von im Praxisprozess stattfindenden *Veränderungen* in Richtung der gesetzten Ziele. Denn zumal Veränderungsprozesse in Kobis und Specks heilpädagogischem Systementwurf in Abhängigkeit von Betroffenen, ihren (Vor-)Erfahrungen, Wahrnehmungs-, Lern- und Erlebensweisen gesehen und erzieherische Tätigkeiten demgemäß als Anregungen gefasst werden und in allen drei Ergotherapiemodellen die professionell mit-/ermöglichte Betätigung/-seingebundenheit der KlientInnen im Kontext für sie relevanter Handlungen akzentuiert wird, stehen bei der Frage nach der Möglichkeit von Veränderungen zwar in beiden (disziplinären) Fachgebieten die Betroffenen vor dem Hintergrund professioneller Anregungen und Ermöglichtungen im Mittelpunkt. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass in der Heilpädagogik das Medium, über das professionell unterstützte Veränderungen der Betroffenen zu erfolgen vermögen, von Grund auf nicht spezifisch eingegrenzt wird, wohingegen in der Ergotherapie – auch hier – die Betätigungszentriertheit zum Tragen kommt, indem das Tätigsein der

Betroffenen und ihre Betätigungseingebundenheit als veränderungsermöglichende Medien ausgewiesen werden.

Welche Überschneidungs- und Unterscheidungsbereiche angesichts dieser Gemeinsamkeiten und Differenzen der Heilpädagogik und Ergotherapie bezüglich des allgemeinen Tätigkeitsbereiches abschließend im Hinblick auf die jeweils eingeschlossenen Handlungsformen ausgemacht werden können, wird im Weiteren dargelegt.

3.3.1 Handlungsformen

Mit den Handlungsformen stehen die einzelnen Herangehens-, Handlungs- und methodischen Verfahrensweisen der Heilpädagogik und Ergotherapie, die als grundlegend für das jeweilige (disziplinäre) Fachgebiet aufgezeigt werden, im Mittelpunkt. In der Heilpädagogik werden in allen drei Systementwürfen mit unterschiedlichen Akzentuierungen folgende vier Handlungsformen einbezogen: (1) die anfängliche (und prozessbegleitende) Diagnostik zur Einschätzung der Problemlagen und -bedingungen im Person-, Umwelt- und Anforderungsbereich mithilfe nicht-/standardisierter Verfahren (Diagnostik und verstehende Beurteilung), (2) die Vermittlung von Werten, Wissensinhalten und (Ersatz-)Kompetenzen, auch im schulischen Kontext (Methoden der Schulung, Erziehung im engeren Sinn, Unterrichten und Kompensation), (3) der Einsatz von Techniken und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur Beseitigung und/oder Modifikation auffälliger Personmerkmale (Methoden der Behandlung, Therapie und Substitution) sowie (4) beratende und/oder gestaltende Tätigkeiten zur Unterstützung der sozialen Umwelt und zur Beeinflussung und Anpassung vor allem sozialer, mitunter aber auch materieller und gesellschaftlicher Bedingungen (Methoden der Organisation, Beratung, pflegerische Maßnahmen der Aufsicht, sozialökologische Aufgaben und Prävention). Ergänzt werden diese gemeinsamen Handlungsformen darüber hinaus verschiedentlich: So stützt sich Kobi (2004) zudem auf Methoden der Erfahrungsannäherung, die auf Seiten der Erziehenden selbst Einstellungs- und Verhaltensänderungen auf das Erleben der Betroffenen hin intendieren. Speck (1985, 2008) definiert den heilpädagogischen Tätigkeitsbereich zusätzlich über weitere pflegerische Aufgaben, die in Anlehnung an Hetzer (1971 zit. n. Speck 1985, 142) Hilfestellungen bei der körperlichen Pflege,

Maßnahmen der Anleitung sowie Aufgaben mit erzieherischem Schwerpunkt, wie z.B. das Erlernen von Selbstständigkeit und einfühlsamer Umgangsweisen und das Vermitteln als sinnvoll erlebter Tätigkeiten, umfassen. In Bachs (1999) Grundlegungsversuch wird der Tätigkeitsbereich schließlich über die vier gemeinsamen Handlungsformen hinaus auch über die Abklärung von (Nah-)Zielen und Handlungstendenzen, die Subvention zur Schaffung angemessener Anforderungen und Erwartungen sowie die Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen und anderen Fachkräften abgesteckt, wobei letztere als integraler Bestandteil aller anderen Handlungsformen gilt.

In der Ergotherapie wird in Bezug auf die Handlungsformen im praktischen Tätigkeitsbereich in allen drei Grundlagenmodellen (1) die anfängliche (und therapiebegleitende) Datensammlung bzw. Befundung von Person-, Umwelt- und Betätigungsfaktoren mithilfe nicht-/standardisierter bzw. un-/strukturierter Testverfahren, (2) die Erstellung eines Behandlungs- bzw. Therapieplans zur Vereinbarung von Zielen und Vorgehensweisen sowie (3) der Einsatz von Arbeitstechniken und Behandlungsmethoden, die auf die weitestgehende Behebung problembehafteter Person- und auch Umweltfaktoren gerichtet sind, eingeschlossen. Erweitert werden diese gemeinsamen Handlungsformen im MOHO und/oder CMOP-E darüber hinaus durch zwischenmenschliche Anerkennungs- und Kooperationsweisen (Validieren, Verhandeln, Zusammenarbeiten, Beteiligen und Koordinieren), verbale und physische Unterstützungsleistungen angesichts der Fachkompetenz der ErgotherapeutInnen (Identifizieren, Feedbackgeben, Beraten, Coachen, Ermutigen und physisches Unterstützen), durch therapie- und umweltgestaltende Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Schaffung angemessener Betätigungsanforderungen (Strukturieren, Anpassen sowie Entwerfen/Gestalten von physischen und emotionalen Umweltbedingungen und Programmen), durch das Entwerfen/Gestalten von Produkten im Sinne von Hilfsmitteln, Schienen und Orthesen, das Aus-/Bilden in Form der Eröffnung von „learning through doing“-Situationen sowie schließlich durch das (öffentliche) Fürsprechen und die Ergebnisevaluation am Ende der Therapie.

Diesen facheigenen Spezifizierungen der einzelnen Handlungsformen entsprechend werden sowohl in der Heilpädagogik als auch in der Ergotherapie Handlungsformen eingeschlossen, die den jeweiligen Praxisprozess gliedern und ihm *Struktur* verleihen. So wird im Rahmen aller drei heilpädagogischen Systementwürfe die Diagnostik zur Einschätzung der Problemlagen und -bedingungen im Person-, Umwelt- und

Anforderungsbereich mithilfe nicht-/standardisierter Verfahren jedenfalls zu Beginn (aber auch während) des Erziehungsprozesses angeführt und bei Bach darüber hinaus die gemeinsame Abklärung von (Nah-)Zielen und Handlungstendenzen als eigene Handlungsform vor der tatsächlichen Durchführungsphase und dem diesbezüglichen Heranziehen weiterer Handlungsformen ausgewiesen. In der Ergotherapie wird in allen drei Grundlagenmodellen nicht nur eine anfängliche (und therapiebegleitende) Datensammlung bzw. Befundung von Person-, Umwelt- und Betätigungsfaktoren anhand nicht-/standardisierter bzw. un-/strukturierter Testverfahren, sondern auch die Therapieplanerstellung zur Vereinbarung von Zielen und Vorgehensweisen herausgestellt und darüber hinaus im MOHO und CMOP-E durch die therapieabschließende Ergebnisevaluation zur Beurteilung der Zielerreichung ergänzt. Dementsprechend wird in beiden (disziplinären) Fachgebieten auf den Einsatz nicht-/standardisierter diagnostischer Maßnahmen vor allem zu Beginn, aber auch im Verlauf des Praxisprozesses gesetzt, wobei der Fokus der Heilpädagogik dabei auf jeglichen Person-, Umwelt- und Anforderungsfaktoren liegen kann und derjenige der Ergotherapie – gemäß dem konstitutiven Betätigungsschwerpunkt – spezifisch auf Betätigungsfaktoren und damit in Verbindung stehenden Person- und Umweltfaktoren gerichtet ist. Ebenso beiderseits wird die Absprache von Zielen und Vorgehensweisen als erforderliche Tätigkeit im Praxisprozess aufgezeigt. Da letztere jedoch nur in Bachs Systementwurf als eigene Handlungsform ausgewiesen wird und darüber hinaus in zwei ergotherapeutischen Modellen auch die Ergebnisevaluation zu Therapieende einbezogen wird, scheint der ergotherapeutische Praxisprozess im Vergleich zum heilpädagogischen Praxisgeschehen insgesamt durch eine durchwegs organisiertere Prozessstruktur gekennzeichnet zu sein.

Im Hinblick auf die einzelnen erzieherischen und therapeutischen Handlungsformen in der konkreten Durchführungsphase ergeben sich im Weiteren ebenso Überschneidungs- und Unterscheidungsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie, die jeweils unterschiedliche Ausprägungen aufweisen. Letztere dominieren, wenn die vergleichende Betrachtung bei den *Vermittlungs- und Ausbildungstätigkeiten* angesetzt wird. Denn während in der Heilpädagogik in allen drei Grundlegungsversuchen die Vermittlung von Werten, Wissen und (Ersatz-)Kompetenzen im außerschulischen und schulischen Kontext als zentrale Handlungsform benannt wird, wird diesbezüglich in der Ergotherapie lediglich im CMOP-E die Gestaltung von Lernsituationen durch die Handlungsform des Aus-/Bildens einbezogen und hier ausschließlich auf das

(außerschulische) Lernen durch die Betätigung der KlientInnen im Kontext nachgestellter und/oder tatsächlicher Handlungen begrenzt.

Demgegenüber wird der *Einsatz spezifischer Techniken und Behandlungsmethoden* sowohl in den drei Grundlegungsversuchen der Heilpädagogik als auch in allen drei Grundlagenmodellen der Ergotherapie als eigene Handlungsform ausgewiesen. Hier wie dort erweisen sich Behandlungsmethoden zur Beseitigung oder positiven Modifikation problembehafteter Gegebenheiten als wesentlich, wobei ihre Anwendung in der Heilpädagogik auf auffällige Personmerkmale beschränkt wird, wogegen sie in der Ergotherapie auf Person- und darüber hinaus – im OPMA – auch auf Umweltfaktoren gerichtet ist.

Werden jedoch die einzelnen *Behandlungstechniken und -methoden* der beiden (disziplinären) Fachgebiete genauer in den Blick genommen, so zeigt sich, dass hier wesentliche Unterschiede der Heilpädagogik und Ergotherapie bestehen. Denn in Kobis (2004, 342f) heilpädagogischem Systementwurf werden sie zwar nicht auf spezifische Maßnahmen eingeschränkt, bei Speck (1985, 141) jedoch vor allem auf lern- und analytisch-psychologische Ansätze zur Verbesserung von Verhaltensweisen und sozial-emotionalen Befindlichkeiten und bei Bach (1999, 93) auf ein Spektrum „von tiefenpsychologischen bis zu verhaltensmodifikatorischen Vorgehensweisen, von speziellen Wahrnehmungstrainingsverfahren bis zu Intelligenzförderungsprogrammen“ bezogen, während sie in allen drei Ergotherapiemodellen durch neurophysiologische, biomechanische, sensorisch integrative, kognitive, verhaltensmodifikatorische, psychodynamische, interpersonale und – im OPMA – auch durch umweltkompensatorische Ansätze spezifiziert werden. Dementsprechend scheint die Heilpädagogik besonders zu Methoden zur Beseitigung und/oder positiven Veränderung von problembehafteten Personmerkmalen zu tendieren, die in erster Linie auf psychische, sozial-emotionale, kognitive, verhaltens- und wahrnehmungsbezogene Charakteristika gerichtet sind. Die Ergotherapie lässt dagegen anmuten, auf person- und auch umweltbezogene Behandlungsmaßnahmen zu setzen, die über die in der Heilpädagogik genannten Methoden hinaus auch explizit körperbezogene Verfahrensweisen medizinisch ausgerichteter Bezugsrahmen (z.B. der Neurophysiologie und Biomechanik) beinhalten.

Unabhängig von den unterschiedlich ausgerichteten Behandlungsmethoden kann aus vergleichender Perspektive weiters festgehalten werden, dass beide (disziplinären) Fachgebiete explizit auf die Unterstützung, Beeinflussung und Gestaltung der *Umwelt*

Bezug nehmen. Diesbezüglich wird in den heilpädagogischen Systementwürfen von Kobi, Speck und Bach insbesondere auf die Beratung und Unterstützung der näheren und weiteren sozialen Umwelt sowie auf die Anpassung sozialer Umweltbedingungen aufmerksam gemacht, aber auch die Beeinflussung und Gestaltung materieller und gesellschaftlicher Bedingungen in die Gesamtheit der heilpädagogischen Handlungsformen integriert. In der Ergotherapie werden – abgesehen von dem Hinweis im OPMA auf umweltkompensatorische Behandlungsmaßnahmen – im MOHO und CMOP-E die Beratung der sozialen Umwelt und die Gestaltung der therapeutischen und lebensweltlichen Betätigungsbedingungen in physischer und sozial-emotionaler Hinsicht (u. a. auch in Zusammenhang mit der Schaffung angemessener Betätigungsanforderungen für KlientInnen) herausgestellt. Darüber hinaus wird aber auch die Beeinflussung gesellschaftlicher Gegebenheiten als ergotherapeutischer Aufgabenbereich benannt, zumal im CMOP-E das (öffentliche) Fürsprechen mit und für KlientInnen und Bezugspersonen als eigene Handlungsform einbezogen wird – ähnlich wie bei Speck das Eintreten von Erziehenden für Betroffene in öffentlichen Lebensbereichen im Rahmen der sozialökologischen Aufgaben integriert wird. Infolgedessen werden gemäß den drei Systementwürfen und Grundlagenmodellen sowohl der Heilpädagogik als auch der Ergotherapie beratende und gestaltende Aufgaben zuteil, die zum einen ohne spezifischen und zum anderen mit explizitem Betätigungsfokus auf soziale, physisch-materielle und gesellschaftliche Umweltbedingungen gerichtet sind.

Bezüglich der *Beratung* ist in diesem Zusammenhang jedoch darauf aufmerksam zu machen, dass diese zum einen in beiden (disziplinären) Fachgebieten zuweilen nicht nur auf den Kontakt mit der sozialen Umwelt, sondern auch auf den Austausch mit Betroffenen bezogen wird und sie zum anderen in Specks und Bachs heilpädagogischem Grundlegungsversuch nicht nur über (Handlungs-)Empfehlungen angesichts der Fachkompetenz der Professionellen definiert wird, wie dies im Allgemeinen im MOHO und CMOP-E zutrifft. Vielmehr werden unter dem heilpädagogischen Beratungsbegriff auch Unterstützungs- und Austauschformen wie Auskünfte, Informationsvermittlungen, Erklärungen, Gutachten, Gespräche bei individuellen Frage- und Problemstellungen, praktische Hilfestellungen, Unterweisungen und Entscheidungshilfen gefasst. Dahingehend können im Beratungsbegriff der Heilpädagogik auch zwischenmenschliche Austauschformen als integriert betrachtet werden, die in der Ergotherapie als eigenständige Handlungsformen

angeführt werden. Zu denken ist hierbei vor allem an das Coachen und Ermutigen, aber auch an das Feedbackgeben und physische Unterstützen.

Das *Coachen* und *physische Unterstützen* kommen aus vergleichender Sicht darüber hinaus aber auch bei Specks Handlungsform der *Pflege* zum Tragen. Denn bei dieser heilpädagogischen Handlungsweise stehen neben den Aufgaben mit erzieherischem Schwerpunkt praktische Hilfestellungen bei der körperlichen Pflege, Maßnahmen der Aufsicht und Anleitungen im Mittelpunkt.

Weitere Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie lassen sich zudem bezüglich derjenigen Handlungsformen ausmachen, die im Hinblick auf die gestellten *Anforderungen* einbezogen werden. Denn so wie in Bachs Systementwurf unter der Handlungsform der Subvention die Schaffung angemessener Anforderungen und Erwartungen von Seiten der Umwelt, aber auch von Betroffenen selbst u. a. über Beratungstätigkeiten intendiert wird, werden im MOHO und CMOP-E durch die Handlungsweisen des Strukturierens und Anpassens für KlientInnen geeignete Betätigungsanforderungen in der Therapie- und Lebensumwelt beabsichtigt. Unterschiede der heilpädagogischen und ergotherapeutischen Handlungsformen bestehen diesbezüglich lediglich aufgrund dessen, dass die zu gestaltenden Anforderungen in der Heilpädagogik auf jegliche Ansprüche der sozialen und materiellen Umwelt und darüber hinaus auch auf diejenigen der Betroffenen selbst bezogen werden können, während sie in der Ergotherapie auf die Anforderungen der Betätigungsausführung und -teilhabe begrenzt bleiben.

Ein geradewegs durchgängiger Überschneidungsbereich der heilpädagogischen und ergotherapeutischen Handlungsformen ergibt sich schließlich jedoch im Hinblick auf die allen anderen Handlungsformen zugrundeliegende *Zusammenarbeit* der am Praxisprozess Beteiligten. Denn ebenso wie in der Heilpädagogik im Rahmen Specks sozialökologischer Aufgaben und Bachs Handlungsform der Kooperation das Zusammenwirken von Professionellen unterschiedlicher Fachrichtungen und die Kooperation mit Angehörigen und Betroffenen hervorgehoben werden, um unterschiedliche Gesichtspunkte, Perspektiven, Befunde sowie Erziehungs-, Förder- und Therapiemöglichkeiten zum Zwecke eines umfassenden Verständnisses der Problemlagen und der Gestaltung eines abgestimmten und annehmbaren Praxisprozesses zu vereinigen, werden im MOHO und CMOP-E zwischenmenschliche Anerkennungs- und Kooperationsweisen mit derselben Absicht in das Spektrum der ergotherapeutischen Handlungsformen eingeschlossen.

Mit diesen weiträumigen Überschneidungen der heilpädagogischen und ergotherapeutischen Handlungsformen lässt sich daher – trotz der zuweilen unterschiedlichen Fachakzentuierungen und -spezialisierungen – ein ausgedehnter Überlagerungsbereich des Tätigkeitsbereiches der Heilpädagogik und Ergotherapie erkennen. Bestehen bleiben letztlich aber auch Handlungsformen, die sich einzig für das jeweilige (disziplinäre) Fachgebiet als charakteristisch erweisen. Denn mit Kobis Methoden der *Erfahrungsannäherung*, die die Abstimmung der Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen der Erziehenden selbst auf das Erleben der Betroffenen intendieren, und dem *Entwerfen und Gestalten von Hilfsmitteln, Schienen und Orthesen* im Rahmen des CMOP-E wird zum einen in der Heilpädagogik und zum anderen in der Ergotherapie eine Handlungsform benannt, für die im jeweils anderen Fachgebiet keine entsprechend vergleichbaren Handlungsweisen ausgemacht werden können.

Insofern mit diesen Ausführungen zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der heilpädagogischen und ergotherapeutischen Handlungsformen die jeweiligen Fassungen der beiden (disziplinären) Fachgebiete im Rahmen des Gegenstandsbereiches, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches gänzlich unter einer vergleichenden Perspektive analysiert wurden, wird im Folgenden eine zusammenschauende Betrachtung vorgenommen. Ausgearbeitete Überschneidungen und Unterscheidungen der Heilpädagogik und Ergotherapie im Kontext der drei Vergleichskriterien sollen dabei vereinigt und überblickt werden, um auf dieser Basis zu einer Diskussion der Ergebnisse übergehen zu können.

3.4 Zusammenschauende Betrachtung

Sowohl im Hinblick auf den Gegenstandsbereich als auch in Bezug auf die Leitideen und den Tätigkeitsbereich können aus vergleichender Sicht Gemeinsamkeiten und Unterschiede der facheigenen Bestimmungen der Heilpädagogik und Ergotherapie ausgemacht werden, durch die ausgeprägte Annäherungen bzw. Überlagerungen gleichermaßen wie Abgrenzungen der beiden (disziplinären) Fachgebiete zum Vorschein gebracht werden. Beim *Gegenstandsbereich* liegen die Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie vorerst in der beidseitigen Bezugnahme auf Themen- und Problemstellungen, die im Rahmen eines Bedingungsgeflechts aus Personmerkmalen, Umweltbedingungen und gestellten Anforderungen verortet werden.

Unterschiede treten jedoch bei der Ausrichtung des Bedingungsgeflechts und der Fassung der tatsächlichen Problemlagen hervor. Denn der Ansatzpunkt der Heilpädagogik liegt hier bei jeglichen personalen Schwierigkeiten von behindert/beeinträchtigt definierten Personen und interpersonalen Problemen von und mit der sozialen Umwelt, die über die konventionellen pädagogischen Möglichkeiten hinausgehen, wobei das (Wohl-)Befinden der Betroffenen als weiteres, eigenes Bedingungselement einbezogen wird und bei der Umweltkomponente die sozialen Gegebenheiten unterstrichen werden. In der Ergotherapie stehen dagegen Schwierigkeiten im Vordergrund, die sich auf die Handlungsdimension des Menschen beziehen und folglich bei der Ausführung von und/oder der Teilhabe an Betätigungen unter gegebenen physischen, sozialen und kulturellen Betätigungsbedingungen und -anforderungen auf(-zu-)treten (drohen). Insofern der Gegenstandsbereich der Heilpädagogik damit unspezifisch weit gefasst und mithin auch der inter-/personale Problembereich der Handlungsausführung und -teilhabe einbezogen wird, wohingegen derjenige der Ergotherapie entschieden auf die Betätigungsdimension begrenzt wird, sind beiden (disziplinären) Fachgebieten – zum einen mitintegriert und zum anderen speziell akzentuiert – betätigungsbezogene Problemlagen gemeinsam. Die ausgeprägte Reichweite dieses betätigungsbedingten Überschneidungsfeldes der Heilpädagogik und Ergotherapie kommt hier jedoch nicht sogleich, sondern erst in Anbetracht dessen zum Vorschein, dass interpersonale Probleme in der Heilpädagogik zentral über soziales Handeln abgesteckt werden können und problembehaftete Betätigungen und Betätigungsergebnisse, wie sie in der Ergotherapie unabhängig vom Zustandekommen, der Art und dem betreffenden Lebensbereich adressiert werden, im heilpädagogischen Bedingungsgeflecht zudem als grundlegende Ausdrucksweise auffälliger Personmerkmale im Kontext inter-/personaler Schwierigkeiten aufgezeigt werden.

Dieses zunächst nicht unmittelbar augenscheinliche Ausmaß der Überschneidungen des uneingeschränkten und betätigungszentrierten Problem-Blicks der Heilpädagogik und Ergotherapie kann im Folgenden auch auf ihren Ziel-Blick umgelegt werden. Denn bei den *Leitideen* manifestieren sich Differenzierungen, die in der Gesamtheit die gegenstandsbezogenen Unterscheidungen anhand des unbegrenzt inter-/personalen Problembereiches der Heilpädagogik, einschließlich des sozialen Umweltschwerpunkts, und des Betätigungsfokus der Ergotherapie fortzeichnen. So verbindet die (disziplinären) Fachgebiete die Konzentration auf die Kompetenz, Erfüllung und Teilhabe betroffener Personen; bei der Heilpädagogik geht es dabei jedoch um ein

kompetentes und sinnerfülltes Dasein Betroffener im sozialen Miteinander, zu dem sie in jeglicher Hinsicht befähigt werden sollen, während bei der Ergotherapie eine kompetente und zufriedenstellende Betätigungsausführung und -teilhabe in kultureller, physischer und sozialer Hinsicht herausgestellt werden. Dementsprechend sind auch die einzelnen Zielaspekte im Person-, Umwelt- und Anforderungsbereich in der Ergotherapie betätigungsbezogen angelegt, wohingegen sie in der Heilpädagogik ohne vorab begrenzende Zieldimensionen definiert werden. Besondere Aufmerksamkeit gilt in der Heilpädagogik jedoch den sozialen Umweltzielen, zumal sozial-integrative Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen der Mitmenschen als Voraussetzung für das Einbezogensein Betroffener und die Gestaltung interpersonal stimmiger Beziehungen angesehen werden. Gemeinsamkeiten der (disziplinären) Fachgebiete ergeben sich daher aufgrund dessen, dass in der unspezifisch gefassten Leitidee der Heilpädagogik mitunter auch ergotherapeutisch relevante Person-, Umwelt-, Anforderungs- und Teilhabeziele im Betätigungsbereich eingeschlossen und zudem auch Ziele hinsichtlich der physischen und kulturellen Umwelt – zumindest im Zielbereich der Anforderungen – nicht gänzlich außer Acht gelassen werden.

Wird diesen zentralen Ergebnissen aus fachvergleichender Perspektive gefolgt, so zeigt sich, dass sich die Heilpädagogik im Rahmen des Gegenstandsbereiches durch eine Problemoffenheit mit besonderem Fokus auf soziale bzw. interpersonale Dimensionen auszeichnet und die Leitidee entsprechend weit über die Kompetenz, Sinnerfüllung und das soziale Eingebundensein betroffener Personen definiert wird, wohingegen in der Ergotherapie der Problembereich der Betätigungsausführung und -teilhabe adressiert und in Entsprechung dazu die Leitidee einer kompetenten und zufriedenstellenden Betätigungsausführung und -teilhabe verfolgt wird. Die Heilpädagogik versteht sich demgemäß auch für jegliche inter-/personale Anliegen, die sich auf Basis des problembehafteten Geflechts von Person-, Umwelt- und Anforderungsfaktoren ergeben und hierbei den Rahmen der Regelpädagogik sprengen, als verantwortlich, während die Ergotherapie spezifisch auf den Betätigungsbereich abhebt. Dahingehend ziehen sich die heilpädagogische Unspezifität und die ergotherapeutische Betätigungszentriertheit wie ein roter Faden durch die vergleichende Betrachtung der Heilpädagogik und Ergotherapie und stellen sich für die Klärung ihres Verhältnisses als konstitutiv heraus. Als bedingt erweisen sich die diesbezüglichen Unterscheidungen jedoch insofern, als dass sich (soziale) Betätigungen im Rahmen der Heilpädagogik, wie oben dargelegt, als wesentliches Ausdrucksmedium inter-/personaler Problemlagen herausstellen und sich

somit die Gegenstandsbereiche und analog hierzu auch die Ziele der beiden (disziplinären) Fachgebiete mittelbar vielseitig zu decken scheinen.

Demgegenüber sind die Gemeinsamkeiten sowie die auf facheigenen Charakteristika basierenden Unterschiede der Heilpädagogik und Ergotherapie im Rahmen der dritten Vergleichsgröße, dem *Tätigkeitsbereich*, sogleich augenfälliger abgrenzbar. Überschneidungen ergeben sich hier trotz der vornehmlichen Bezugnahme der Heilpädagogik auf den (pädagogischen) Erziehungs- und der Ergotherapie auf den (medizinischen) Therapiebegriff vor allem im Hinblick auf die Bedeutung, die der Zusammenarbeit beigemessen wird: Denn ebenso wie die heilpädagogische Praxis durchwegs durch einen partnerschaftlichen Beziehungsprozess von Professionellen und Betroffenen und ein diesbezüglich stimmiges Aufeinanderbezogensein charakterisiert wird, wird auch in der Ergotherapie dazu tendiert, zumal im MOHO und CMOP-E ein kooperatives Zusammenwirken von TherapeutInnen und KlientInnen unter einer klientenzentrierten Herangehensweise herausgestellt wird. Gemeinsam ist den (disziplinären) Fachgebieten folglich auch die Sichtweise der Betroffenen als autonome und aktive Subjekte, das Erfordernis der Wertschätzung ihnen gegenüber sowie des Einbezugs der Sicht- und Erlebensweisen, Werte, Bedürfnisse und Möglichkeiten der Betroffenen und bei Bedarf des sozialen Umfeldes. Nuancierungen bestehen hier lediglich aufgrund dessen, dass dieser Beitrag der Betroffenen und der Umwelt in der Heilpädagogik im Unterschied zur Ergotherapie nicht auf die Betätigungsthematik begrenzt wird. Wird der Tätigkeitsbereich der Ergotherapie hingegen über die Fassung des OPMA definiert, so divergiert das Verständnis der Heilpädagogik und Ergotherapie von Grund auf. Denn hiermit werden spezifische Interventionen und Behandlungstätigkeiten der Professionellen in Bezug auf die (Situation der) KlientInnen in den Mittelpunkt gestellt, von denen sich die Heilpädagogik bei der allgemeinen Fassung des Tätigkeitsbereiches grundlegend abzuheben sucht. Jedenfalls geht das Verständnis der Heilpädagogik und Ergotherapie jedoch bei der Art und Bedeutung des Eingebundenseins der Professionellen in das Praxisgeschehen auseinander. Denn die Anforderung an ErgotherapeutInnen besteht hier durchwegs im Einbringen ihrer fachlichen Expertise, um sie mit dem betätigungsbezogenen Wissen und Erleben der Betroffenen zu vereinigen, während sie in der Heilpädagogik darüber hinaus auch unabdingbar am authentisch transparenten Einbringen der Erziehenden festgemacht wird, um einen gemeinsamen Handlungs- und Erfahrungsraum zu eröffnen und mithin die Entwicklung der Kooperations- und Veränderungsbereitschaft der Betroffenen zu

stützen. Weiter reicht die Heilpädagogik im Vergleich zur Ergotherapie zudem mit ihrer Fassung stattfindender Veränderungsprozesse. Denn in beiden (disziplinären) Fachgebieten werden diese zwar Betroffenen selbst zugerechnet und professionelle Tätigkeiten daher als Anregungen und Ermöglichkeiten verstanden. In der Heilpädagogik wird das veränderungsermöglichende Medium dabei vorab jedoch nicht spezifisch eingegrenzt, wie dies in der Ergotherapie mittels des Tätigseins der Betroffenen erfolgt.

Bezüglich der zum Einsatz kommenden *Handlungsformen* lassen sich im Unterschied zu diesen weiten Unterscheidungen hinsichtlich des allgemeinen Tätigkeitsbereiches zunächst eingehende Überschneidungsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie ausmachen.⁶⁰ So stimmen die (disziplinären) Fachgebiete bei den prozesseröffnenden Handlungsformen der Diagnostik und der Abklärung von Zielen und Vorgehensweisen überein, ebenso wie bei den Beratungstätigkeiten und den damit verbundenen Austausch- und Unterstützungsformen. Gemeinsam sind ihnen auch die Handlungsformen zur Beeinflussung und Gestaltung der sozialen, physisch-materiellen und gesellschaftlichen Bedingungen und zur Schaffung angemessener Anforderungen. Kooperative Tätigkeiten in Form der Zusammenarbeit mit Betroffenen, Bezugspersonen und anderen Fachkräften werden dabei ebenfalls eigens in der Heilpädagogik wie in der Ergotherapie als wesentliche Bedingungsgrundlage ausgewiesen. Ein merkliches Differenzierungsfeld der beiden (disziplinären) Fachgebiete eröffnet sich – abgesehen vom ergotherapeutischen Einbezug der Ergebnisevaluation – jedoch aufgrund dessen, dass die Ergotherapie im Kontext des Methodeneinsatzes breiter angelegt ist. Denn obwohl sich die Ergotherapie und die Heilpädagogik auf die Anwendung verschiedener Verfahren beziehen, insbesondere um problembehaftete Personmerkmale aufzuheben, liegt der heilpädagogische Schwerpunkt auf psychischen, kognitiven, sozial-emotionalen, verhaltens- und wahrnehmungsbezogenen Arbeitsweisen, wohingegen in der Ergotherapie darüber hinaus auch körperbezogene Verfahren medizinisch-technischer Ausrichtung eingeschlossen werden. Abgrenzungen aufgrund der Profilierung der Heilpädagogik ergeben sich demgegenüber im Hinblick auf Vermittlungs- und Ausbildungstätigkeiten. Denn während in der Heilpädagogik durchwegs besonderes Gewicht auf die Vermittlung von Werten, Wissensinhalten und

⁶⁰ Der mitschwingende Differenzierungspunkt angesichts der heilpädagogischen Problem- und Zielweite und der ergotherapeutischen Betätigungsspezialisierung ist bei den im Folgenden dargelegten Gemeinsamkeiten mitzudenken.

(Ersatz-)Kompetenzen im außer-/schulischen Handlungsfeld gelegt wird, werden in der Ergotherapie lediglich im CMOP-E Aus-/Bildungstätigkeiten einbezogen und diese zudem auf das Gestalten betätigungsbezogener Lernsituationen begrenzt. Heilpädagogische und ergotherapeutische Fachspezifizierungen liegen zuletzt aber auch darin, dass zum einen in der Heilpädagogik das Abstimmen der Einstellungs- und Verhaltensweisen der Erziehenden auf das Erleben der Betroffenen als eigene Herangehensweise ausgewiesen wird, ohne dass hierzu eine Analogie in der Ergotherapie ausgemacht werden kann, und zum anderen in der Ergotherapie – ohne entsprechende Berührungspunkte mit den heilpädagogischen Handlungsformen – das Entwerfen und Gestalten von Hilfsmitteln, Schienen und Orthesen als wesentliche Handlungsform benannt wird.

Ausgehend von dieser zusammenschauenden Betrachtung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie in Bezug auf ihre Fassungen des Gegenstandsbereiches, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches soll nun im Weiteren eine Diskussion dieser Ergebnisse besonders in Bezug auf die Ausgangsproblematik der unklaren fachlichen Einordnung und Verhältnisbestimmung der Heilpädagogik und Ergotherapie erfolgen, ehe die Auseinandersetzung zum Ende dieses Kapitels mit einigen Folgerungen für interdisziplinäre Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung abgeschlossen wird.

3.5 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der systematisch vergleichenden Analyse der Heilpädagogik und Ergotherapie zeigen, dass sich die Heilpädagogik beim Gegenstandsbereich und weiters auch bei den Leitideen durch eine Offenheit gegenüber der Betätigungszentriertheit der Ergotherapie auszeichnet, durch die sie jegliche personale und soziale Problemlagen Betroffener im Bereich des pädagogisch Unkonventionellen und Zielsetzungen in Bezug auf die Kompetenz, Sinnerfüllung und soziale Eingebundenheit als Ansatz-, Veränderungs- und/oder Zielpunkt einschließt. Zumal der Verantwortungs- und Zielbereich der Heilpädagogik damit uneingeschränkt weit und auch mit Einbezug des Betätigungsfeldes gefasst wird, wohingegen derjenige der Ergotherapie auf die Betätigungsdimension begrenzt wird, schließen die vorliegenden Ergebnisse an Bachs (1999, 117f) allgemein gehaltenen Verweis an, dass sich die verschiedensten

Therapieformen, einschließlich der Ergotherapie, im Unterschied zur Heilpädagogik durch eine Spezialisierung der zu adressierenden Problembereiche charakterisieren. Relativierungen bezüglich dieser Abgrenzung der Heilpädagogik und Ergotherapie anhand der gegenstands- und zielbezogenen Un-/Spezifität wurden in der vorliegenden Arbeit jedoch dadurch ersichtlich, dass problembehaftete (soziale) Betätigungen, wie sie in der Ergotherapie uneingeschränkt als Ausgangspunkt entsprechender Unterstützungsleistungen gelten, in der Heilpädagogik als elementares Ausdrucksmedium inter-/personaler Problemlagen ausgemacht werden konnten. Insofern sich die Reichweite des betätigungsbedingten Überschneidungsfeldes der beiden (disziplinären) Fachgebiete infolgedessen als durchaus ausgeprägt darstellte und mithin der Gegenstand und auch die Zielsetzungen der Heilpädagogik und Ergotherapie (undurchsichtig) vielseitig zusammenzufallen schienen, vermag die in der Problemskizze aufgezeigte Unsicherheit bzw. Unklarheit bei der fachspezifischen Einordnung und Verhältnisbestimmung der Heilpädagogik und Ergotherapie womöglich gerade auch aus diesen festgestellten Interferenzen des Gegenstands- und Zielbereiches der beiden (disziplinären) Fachgebiete hervorzugehen.

Zurückgewiesen werden muss aufgrund der vorliegenden Ergebnisse jedoch Bachs (1999, 117f) Annahme, dass sich die (Ergo-)Therapie im Vergleich zur Heilpädagogik vorwiegend auf „Defizite“ des Menschen konzentriert. Denn wie bei der Heilpädagogik wurde in der angeführten Auseinandersetzung auch bei der Ergotherapie die Bezugnahme auf Problemstellungen deutlich, die aus einem problembehafteten Bedingungsgefüge von person-, umwelt- und anforderungsbezogenen Faktoren resultieren, sodass im Rahmen beider (disziplinärer) Fachgebiete auch die Ansiedelung einzelner Ansatz- und Zielpunkte spezialisiert in Bezug auf diese einzelnen Bedingungsfaktoren in *und* rund um Betroffene in Erfahrung gebracht werden konnte. Bezüglich der Leitideen kann überdies festgehalten werden, dass keine Verbindungslinien zwischen den in der vorliegenden Arbeit festgestellten Unterscheidungen und Überschneidungen der Heilpädagogik und Ergotherapie und Bachs (ebd., 121f) Bestimmungs- bzw. Abgrenzungskriterium der (ergo-)therapeutischen Zielvorgabe der (Wieder-)Herstellung „des Normalen“ bzw. eines „normalen“ Zustandes identifiziert werden können. Denn nach den hier gewonnenen Ergebnissen geht es nicht nur in der Heilpädagogik, sondern auch in der Ergotherapie nicht um das Erlangen eines normativ festgesetzten „Normalen“. Vielmehr stehen in beiden (disziplinären) Fachgebieten individuell mit Betroffenen festgelegte

Kompetenz-, Sinn-/Erfüllungs- bzw. Zufriedenheits- und Teilhabeziele im Vordergrund, die lediglich durch die heilpädagogische Unbegrenztheit und ergotherapeutische Betätigungszentriertheit differieren.

Ebenfalls nicht in (gänzlicher) Übereinstimmung mit Bachs (1999) Bestimmungs- und Abgrenzungsmerkmalen der (Ergo-)Therapie gegenüber der Heilpädagogik stehen die ausgemachten Überschneidungen des allgemeinen Tätigkeitsbereiches der Heilpädagogik und Ergotherapie. Denn während in der vorliegenden Vergleichsanalyse sowohl in der Heilpädagogik als auch in den zwei Ergotherapiemodellen MOHO und CMOP-E eine partnerschaftliche Beziehung als charakteristische Grundlage des Praxisprozesses konstatiert wurde, geht Bach (ebd., 119f) von der Unterscheidung der Heilpädagogik und (Ergo-)Therapie anhand einer (ergo-)therapeutischen Rollenhierarchie, d.h. einer hierarchischen Beziehung fachkompetenter (Ergo-)TherapeutInnen und hilfsbedürftiger KlientInnen aus. Annäherungen der gewonnenen Ergebnisse an diese Abgrenzungen Bachs ergeben sich hierbei jedoch, wenn das OPMA mit seiner Fassung des ergotherapeutischen Tätigkeitsbereiches in den Blick gerät. Denn hier werden im Praxisgeschehen primär spezifische Interventionen und Behandlungstätigkeiten der Professionellen in Bezug auf die (Situation der) KlientInnen in den Mittelpunkt gestellt, von denen sich die Heilpädagogik entschieden zu distanzieren sucht. Gründe für die hier ersichtlichen Divergenzen *innerhalb* der Ergotherapie, die zunächst Berührungs- und sodann Differenzierungspunkte mit der Heilpädagogik zu erkennen geben, könnten damit in Zusammenhang gesehen werden, dass medizinische Denk- und Arbeitsweisen, wie in Kapitel 2.1. vor allem in Anlehnung an Marotzki (2006), Frank (2008) und Götsch (2007a; 2007b) herausgearbeitet wurde, bis (weit) ins 20. Jahrhundert als ausschließlicher Orientierungsrahmen der Ergotherapie galten und vor allem im deutschsprachigen Raum erst seit Anfang der 1990er Jahre eine Hinwendung zu sozialwissenschaftlichen Ansätzen erfolgte. Denn vor diesem Hintergrund scheint es, dass die soeben dargelegten Unterschiede der Ergotherapiemodelle untereinander und zudem zur Heilpädagogik daraus hervorgehen, dass das MOHO und CMOP-E neben der medizinischen Anbindung bereits auch eine sozialwissenschaftliche Grundorientierung aufweisen, während im OPMA im Hinblick auf das Praxisgeschehen noch die ursprünglich medizinische Ausrichtung und die diesbezügliche Autorität der Professionellen angesichts ihrer Fachkenntnisse und -kompetenzen überwiegen.

Abgesehen davon können auch die Ergebnisse hinsichtlich der Art und Bedeutung des Eingebundenseins der Professionellen in den Praxisprozess im Kontext der genuin medizinischen Anbindung der Ergotherapie betrachtet werden. Denn diesbezüglich konnte herausgearbeitet werden, dass Unterschiede der Heilpädagogik und Ergotherapie darauf beruhen, dass die Anforderung an ErgotherapeutInnen durchwegs im Einbringen ihrer fachlichen Expertise besteht, um sie ggf. mit dem betätigungsbezogenen Wissen und Erleben der KlientInnen zu vereinigen, während sie in der Heilpädagogik darüber hinaus auch unabdingbar am authentisch transparenten Einbringen der Erziehenden in ihrem ganzen Person-Sein festgemacht wird, um einen gemeinsam geteilten Handlungs- und Erfahrungsraum zu eröffnen und mithin die Betroffenen bei der Entwicklung ihrer Kooperations- und Veränderungsbereitschaft zu unterstützen.

Weiterhin legen die gewonnenen Ergebnisse der vorliegenden Analyse dar, dass sich die einzelnen Handlungsformen der Heilpädagogik und Ergotherapie – konkret die prozesseröffnende Diagnostik und Zielabklärung, die Beratungstätigkeiten, die Gestaltung der Umweltbedingungen und Anforderungen sowie die grundlegende Kooperation mit Betroffenen, Bezugspersonen und anderen Fachkräften – weitreichend überschneiden.⁶¹ Dies entspricht Sohns (2000, 188) nicht weiter spezifizierten Feststellung der weiten Überlagerungen des heilpädagogischen und ergotherapeutischen Aufgaben- bzw. Tätigkeitsfeldes und Specks (2008, 321) diesbezüglichen Andeutungen, dass die Kompetenzbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie zusammenzufallen vermögen, und kann vor dem Hintergrund der pädagogischen Grundlegung der Heilpädagogik und der zunehmenden sozialwissenschaftlichen Ausrichtung der Ergotherapie betrachtet werden. Die Annahme jedoch, dass dieser Überschneidungsbereich der (disziplinären) Fachgebiete gerade im edukativen Bereich bestehe, da die Ergotherapie unabhängig von ihrer medizinischen Verortung „je nach ihrem Arbeitsschwerpunkt auch dem edukativen Kompetenzbereich zugerechnet werden“ (ebd.) könne, kann in diesem Zusammenhang nicht bekräftigt werden: Die Ergebnisse zeigen, dass zwar in der *Heilpädagogik* der Vermittlung jeglicher Werte, Wissensinhalte und (Ersatz-)Kompetenzen im außer-/schulischen Handlungsfeld durchgehend besondere Bedeutung beigemessen wird, in der Ergotherapie jedoch nur in einem Modell Aus-/Bildungstätigkeiten von ErgotherapeutInnen einbezogen und diese zudem auf die Gestaltung betätigungsbezogener Befähigungs- und Lernsituationen mithilfe des Mediums des Tätigseins der Betroffenen eingegrenzt werden.

⁶¹ Siehe hierzu Fußnote 60

Fachspezifische Nuancierungen konnten darüber hinaus aber auch in Bezug auf die Prozessstruktur der Heilpädagogik und Ergotherapie festgemacht werden, da letztere über die gemeinsamen prozesseröffnenden Handlungsformen hinaus auch die abschließende Ergebnisevaluation einschließt. In Verbindung stehen könnte diese organisiertere Prozessstruktur der Ergotherapie damit, dass sie als Gesundheitsberuf im Medizinalsystem verankert ist (Frank 2008, 9; BGBl Nr. 460/1992 §2) und somit für die (Mit- und Folge-)Finanzierung qualitätssichernde Maßnahmen zu erbringen, die Effektivität der Leistungen nachdrücklich zu überprüfen und zu dokumentieren sowie den Bedarf der KlientInnen an weiteren Maßnahmen explizit und schriftlich festzuhalten hat.

Unter diesem Blickwinkel der medizinischen Einbindung der Ergotherapie einschließlich ihrer genuin medizinisch-technischen Ausrichtung im Unterschied zur Heilpädagogik, lassen sich ferner auch die Differenzen der beiden (disziplinären) Fachgebiete bei den einzusetzenden Behandlungsmethoden betrachten. Denn diesbezüglich konnte festgestellt werden, dass in der Heilpädagogik überwiegend psychische, kognitive, sozial-emotionale, verhaltens- und wahrnehmungsbezogene Arbeitsweisen herangezogen werden, wohingegen in der Ergotherapie nicht zuletzt auch auf körperbezogene Verfahren medizinisch-technischer Bezugsrahmen gesetzt wird.

Gänzlich facheigene Spezifizierungen der Heilpädagogik und Ergotherapie traten im Rahmen der vergleichenden Analyse letztlich bei zwei Handlungsformen auf, zumal für diese im jeweils anderen Fachgebiet keine Entsprechungen ausgemacht werden konnten. So wurden mit der heilpädagogischen Erfahrungsannäherung, die die Abstimmung der Einstellungs- und Verhaltensweisen der Erziehenden auf das Erleben der Betroffenen bezeichnet, und dem ergotherapeutischen Entwerfen und Gestalten von Hilfsmitteln, Schienen und Orthesen zwei unverwechselbar facheigene Herangehensweisen ermittelt. Mit diesen vermag schließlich an dieser Stelle auch der Bogen zum allgemeinen Tätigkeitsbereich der pädagogischen Teildisziplin der Heilpädagogik und des medizinisch-technischen und erst jüngst auch sozialwissenschaftlichen Fachgebiets der Ergotherapie gespannt zu werden – zumal es bei ersterem um ein partnerschaftliches Zusammenwirken und stimmiges Aufeinanderbezogensein von Erziehenden und Betroffenen auf Basis des persönlichen, authentischen und fachkompetenten Einbringens der Erziehenden in ihrem ganzen Person-Sein geht und bei letzterem ein partnerschaftliches Praxisgeschehen zwischen TherapeutInnen und KlientInnen im Mittelpunkt steht, in dem Professionelle ihre

genuin medizinisch-technische Fachkompetenz in Zusammenführung mit dem betätigungsbezogenen Wissen, Können und Erleben der KlientInnen bereithalten.

Mit diesen diskursiven Ausführungen zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie gilt die systematisch vergleichende Auseinandersetzung mit dem Verhältnis der beiden (disziplinären) Fachgebiete in Bezug auf ihre Fassungen des Gegenstandsbereiches, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches als abgeschlossen. Daraus hervorgehende Folgerungen für die praktische, interdisziplinäre Arbeit mit Menschen mit Behinderung sollen nun abrundend am Ende dieses Kapitels angedacht werden.

3.6 Folgerungen für die interdisziplinäre Arbeit mit Menschen mit Behinderung

Im Hinblick auf die Konzeption und Gestaltung interdisziplinär angelegter Unterstützungsleistungen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung steht in Bezug auf die ausgearbeiteten Unterscheidungs- und Überschneidungsfelder der pädagogischen Teildisziplin der Heilpädagogik und des genuin medizinisch-technischen und erst jüngst auch sozialwissenschaftlichen Fachgebiets der Ergotherapie im Vordergrund, die konkreten heilpädagogischen und ergotherapeutischen Fachspezialisierungen im Kontext des Gegenstandes, der Leitideen und des Tätigkeitsbereiches in Form facheigener Verantwortungs-, Kompetenz- und Ressourcenbereiche in ihrer Abstimmung aufeinander zu betrachten. Zunächst ist jedoch in basisbildender Hinsicht festzuhalten, dass sowohl in den heilpädagogischen Systementwürfen als auch in den ergotherapeutischen Grundlagenmodellen auf interdisziplinäre Hilfestellungen in besonderer Weise Bedacht genommen wird. Denn in der heilpädagogischen Konzeption des Tätigkeitsbereiches werden gleichermaßen wie in der ergotherapeutischen Fassung eigens Handlungsformen der Kooperation und Zusammenarbeit integriert, die als unabdingbar für den gesamten Praxisprozess und damit für jegliches professionelle Handeln ausgewiesen werden. Ausgangspunkt und unabweisbare Bedingungsgrundlage für die Initiierung, Entwicklung und Aufrechterhaltung interdisziplinärer Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung werden infolgedessen aufgrund des gemeinsam geteilten Verständnisses der Heilpädagogik und Ergotherapie geschaffen, dass kooperative Austauschformen und Arbeitsweisen nicht nur mit Betroffenen und ihren Bezugspersonen, sondern auch mit

anderen beteiligten Fachkräften unterschiedlicher Fachgebiete und Disziplinen über das gesamte Praxisgeschehen hinweg entscheidend sind, um aufgetretene oder drohende Problemlagen betroffener Personen und ihrer Mitmenschen ganzheitlich zu betrachten, umfassend zu klären und in Folge einen bestmöglichen und für alle Beteiligten annehmbaren Praxisprozess zu gestalten.

Bezüglich des Gegenstandsbereiches und somit der konkreten Ansatzpunkte in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung versteht sich die Heilpädagogik – wie oben aufgezeigt – für jegliche aus dem Rahmen der Regelpädagogik fallende Problemlagen als verantwortlich, mit denen sich betroffene Personen und/oder ihre Mitmenschen vor dem Hintergrund des Person-Umwelt-Anforderungs-Geflechts konfrontiert sehen, während der Hauptbezugspunkt der Ergotherapie hierbei bei Frage- und Problemstellungen der Betätigungsausführung und -teilhabe liegt. In der Praxis gilt es daher, diesen weiten und spezifischen Problemblick einerseits der Heilpädagogik und andererseits der Ergotherapie bei konkret vorliegenden Bedarfs- und Problemlagen Betroffener zu nutzen und hierbei koordiniert zu vereinigen: Im Falle inter-/personaler Schwierigkeiten, die nicht explizit oder vorrangig die Handlungsausführung und/oder -teilhabe betreffen und damit über den Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie hinausgehen, wird sich folglich die Heilpädagogik als wesentlich zum Einsatz kommende Fachrichtung erweisen. Bei Problemstellungen hingegen, die sich schwerpunktmäßig bei oder über die Betätigungsausführung und/oder -teilhabe zeigen, stellt sich zweifelsohne der ergotherapeutische Einsatz als unerlässlich heraus, zumal die Ergotherapie auf diesen Problembereich explizit und umfassend spezialisiert ist. Der Beitrag der Heilpädagogik vermag parallel dazu aber auch sinnvoll zum Tragen zu kommen. Denn in der Heilpädagogik können zum einen auch andere, zugleich bestehende und/oder mit den Handlungsschwierigkeiten in Zusammenhang stehende Problemschwerpunkte, etwa im Erlebensbereich der Betroffenen, in den Fokus und als Ansatzpunkte zielgerichteter Veränderungen in Angriff genommen werden. Interpersonale bzw. sozial-emotionale Probleme sind zudem an dieser Stelle ebenfalls als Ausgangspunkt heilpädagogischer Tätigkeiten zu nennen, zumal sich die Heilpädagogik bei Umwelt- bzw. Teilhabeproblemen schwerpunktmäßig auf die soziale Dimension konzentriert. Zum anderen vermag die Heilpädagogik aber auch – zusätzlich zur Ergotherapie oder alleinig – bei Betätigungsproblemen zum Einsatz zu gelangen. Der Grund hierfür liegt darin, dass sich je nach Art und Ausprägung der oftmals komplexen Problemlagen von Menschen mit Behinderung auch fachlich

unterschiedliche Herangehensweisen, wie sie angesichts der Fachspezifizierungen der Heilpädagogik und Ergotherapie im Rahmen der Tätigkeitsbereiche repräsentiert werden⁶², als erforderlich erweisen können.

Für die Wahl der jeweiligen interdisziplinär angelegten Unterstützungsleistungen und deren Ausgestaltung im Kontext unterschiedlicher Organisations- und Institutionsformen stellen sich infolgedessen die (anamnestisch und diagnostisch fundierte) Klärung vorliegender Problemlagen, ihr Verständnis im Hinblick auf die Lebenswelt Betroffener sowie die Einschätzung ihrer Schwerpunkte und der am dringlichsten zu adressierenden Problembereiche zuvorderst als unabdingbar dar. Neben der Sichtung und Ermittlung bestehender Problemlagen sind Entscheidungen für die Art und Beschaffenheit erforderlicher Hilfestellungen darüber hinaus aber auch an das Wissen um die fachspezifisch angelegten Leitideen und Unterstützungsmöglichkeiten sowie um die jeweiligen Potentiale im Unterschied und zugleich in Ergänzung zu anderen Fachrichtungen gebunden. Im Hinblick auf die (disziplinären) Fachgebiete der Heilpädagogik und Ergotherapie ist dahingehend festzulegen, worin deren originären Ziel- und Kompetenzbereiche im Vergleich zueinander bestehen, um auf Basis dessen abwägen zu können, ob bei vorliegenden Problemlagen Betroffener ein heilpädagogisch ausgerichteter Erziehungsprozess und/oder ein genuin medizinisch-technisch und erst jüngst auch sozialwissenschaftlich orientierter Therapieprozess, womöglich auch in gemeinsamen Angeboten von Professionellen beider Fachrichtungen, zum Einsatz kommen soll(-en). Im Rahmen der Heilpädagogik wird der facheigene Kompetenzbereich hierbei unter der Leitidee der Kompetenz, Sinnerfüllung und sozialen Eingebundenheit betroffener Personen vor allem anhand des Bemühens um eine tragfähige Beziehung zwischen Betroffenen und Professionellen abgesteckt, in das sich letztere authentisch in ihrem ganzen Person-Sein und gerichtet auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Betroffenen einbringen, um einen gemeinsamen und aufeinander abgestimmten Handlungs- und Erfahrungsraum zugunsten von persongebundenen Veränderungen zu eröffnen. Die handlungsbezogene Spezifität heilpädagogischer Angebote liegt angesichts dessen u. a. zentral in der Annäherung der Einstellungs- und Verhaltensweisen der Professionellen an die Erlebensweisen der Betroffenen, weiters in der außer-/schulischen Vermittlung von Werten, Wissensinhalten und (Ersatz-)Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen und

⁶² Auf die fachspezifischen Fassungen der Heilpädagogik und Ergotherapie im Rahmen der Tätigkeitsbereiche wird weiter unter im Text näher eingegangen.

über verschiedene Medien sowie im Heranziehen insbesondere psychischer, kognitiver, sozial-emotionaler, verhaltens- und/oder wahrnehmungsbezogener Methoden. Demgegenüber bewegt sich der Kompetenzbereich der Ergotherapie in Anbetracht der Leitidee einer kompetenten und zufriedenstellenden Betätigungsausführung und -teilhabe im Rahmen der kooperativen Zusammenführung fachlicher Kenntnisse und Fertigkeiten der Professionellen und des betätigungsbezogenen Wissens und Erlebens der Betroffenen, um auf diese Weise Möglichkeiten für das hier veränderungsrelevante Medium der Betätigung/-seingebundenheit zu schaffen. Fachcharakteristische Handlungsformen bestehen dabei vor allem im Entwerfen und Gestalten von Hilfsmitteln, Schienen und Orthesen sowie im Einsatz eines breiten Methodenspektrums, das neben den heilpädagogisch relevanten Arbeitsweisen auch körperbezogene, medizinisch-technisch ausgerichtete Verfahrensweisen umfasst. Durch diese facheigenen Angelegenheiten des heilpädagogischen und ergotherapeutischen Tätigkeitsbereiches vor dem Hintergrund der jeweiligen Leitideen ergeben sich folglich vielfältige Möglichkeiten, die fachspezifischen Beiträge der Heilpädagogik und Ergotherapie entsprechend den Problemlagen und konkreten Zielvorstellungen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen ergänzend zusammenzuführen. Als bedeutsam erweisen könnte sich dies im Weiteren aber auch bei Handlungsformen, die der Heilpädagogik und Ergotherapie gemeinsam sind. Diese liegen in der Diagnostik und Abklärung von Zielen und Vorgehensweisen sowie in Beratungs- und Gestaltungstätigkeiten im Hinblick auf gegebene Umweltbedingungen und Anforderungen. Denn insofern diese aufgrund der Betätigungs/-un-/begrenztheit des Problem- und Zielblicks und der jeweiligen fachlichen Grundlegung und Anbindung der Heilpädagogik und Ergotherapie dennoch zu differieren vermögen, decken sie sich nicht zwangsläufig und sind schließlich auch hier im Sinne bestmöglich (entwicklungs-)unterstützender und begleitender Leistungen für Menschen mit Behinderung koordiniert zu vereinigen.

4. Resümee

Ausgehend von der Relevanz interdisziplinärer Herangehensweisen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung und dem diesbezüglichen Erfordernis einer koordinierten Zusammenführung fachspezifischer Beiträge beteiligter Fachgebiete und Disziplinen wurde in der angeführten Auseinandersetzung aufgezeigt, dass die Einordnung und Kenntnis facheigener Wissens- und Handlungskompetenzen im Vergleich zu anderen zwar als maßgeblich für das Gelingen des interdisziplinären Zusammenwirkens gelten, jedoch im Hinblick auf bestimmte Fachrichtungen Unklarheiten vorliegen. Ersichtlich wurden diese vor allem im Schnittpunkt der Heilpädagogik und Ergotherapie, zumal in theoretischen Auseinandersetzungen zur interdisziplinären Arbeit mit Menschen mit Behinderung und zum Verhältnis der Heilpädagogik und (Ergo-)Therapie uneindeutige Unterscheidungen und Überschneidungen ihrer Zuständigkeits- und Tätigkeitsbereiche in Anbetracht ihrer Handlungsleitnormen, Annahmen und Theoriebezüge ausgemacht werden konnten. Insofern damit das Verhältnis der Heilpädagogik und Ergotherapie als hinterfragenswert identifiziert wurde, wurde in der vorliegenden Arbeit einer systematisch vergleichenden Analyse mit der zugrunde liegenden Fragestellung nachgegangen, inwiefern Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie bestehen. Analyse- und damit zugleich Vergleichskriterien der beiden Fachrichtungen bildeten hierbei der Gegenstandsbereich, die Leitideen und der Tätigkeitsbereich, wobei die facheigenen Fassungen der Kriterien hermeneutisch unter Rückgriff auf drei heilpädagogische Grundlegungsversuche und ergotherapeutische Grundlagenmodelle erarbeitet wurden. Die Klärung des disziplinären Status und der fachlichen Anbindung der Heilpädagogik und Ergotherapie wurde den Fachanalysen im Sinne einer ersten Standortbestimmung dabei jeweils vorangestellt.

Die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung zeigten, dass im Rahmen der Vergleichskriterien wesentliche Berührungs- wie auch Abgrenzungspunkte der Heilpädagogik als pädagogischer Teildisziplin und der Ergotherapie als medizinisch-technisches und erst jüngst auch sozialwissenschaftliches Fachgebiet vorliegen. So kam zum Vorschein, dass Unterschiede der Gegenstandsbereiche darin bestehen, dass heilpädagogische Ansatzpunkte bei jeglichen personalen und sozialen Themen- und Problemstellungen von behindert/beeinträchtigt geltenden Personen liegen, die vor dem Hintergrund des Zusammenwirkens von Person-, Umwelt- und Anforderungsfaktoren die Möglichkeiten der Regelpädagogik überschreiten, während der ergotherapeutische

Verantwortungsbereich spezifisch auf Herausforderungen bei der Ausführung von und Teilhabe an Betätigungen angelegt ist. Gemeinsamkeiten konnten mithin in der – zum einen mitintegrierten und zum anderen speziell akzentuierten – Bezugnahme auf Betätigungsprobleme ausgemacht werden, wobei sich dieses Überschneidungsfeld als ausgeprägt erwies, da sich (soziale) Betätigungen als grundlegende Ausdrucksweise heilpädagogisch relevanter Schwierigkeiten erkennen ließen.

Unterscheidungs- und Überschneidungsbereiche der Leitideen konnten im Weiteren als Fortführungen der gegenstandsbezogenen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie anhand der Betätigungs/-un-/spezifität identifiziert werden. So zeichnete sich ab, dass die Heilpädagogik gleichermaßen wie die Ergotherapie auf die individuell bestmögliche Kompetenz, Erfüllung und Teilhabe betroffener Personen gerichtet ist, dass es diese Zielsetzungen bei ersterer jedoch in jeglicher und vor allem auch sozialer Hinsicht und bei letzterer spezialisiert auf die Betätigungsausführung und -teilhabe zu verfolgen gilt.

Beim Tätigkeitsbereich ergab sich schließlich ein vielseitiges Bild, zumal hier Differenzierungen innerhalb der Ergotherapie selbst sichtbar wurden. Gemeinsamkeiten der (disziplinären) Fachgebiete ließen sich dahingehend feststellen, dass in der Heilpädagogik eine partnerschaftliche Beziehung und ein gegenseitig stimmiges Aufeinanderbezogensein als grundlegend herausgestellt werden, ähnlich wie in zwei Ergotherapiemodellen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit unter klientenzentrierter Herangehensweise akzentuiert wird. Unterschiede traten hingegen beim Vergleich mit dem dritten Modell auf, zumal hier das ergotherapeutische Intervenieren im Zentrum steht. Als gänzlich fachspezifisch verschieden erwies sich jedoch das Eingebundensein der Professionellen in das Praxisgeschehen ebenso wie das Verständnis des veränderungsermöglichenden Mediums, da es in der Heilpädagogik im Unterschied zur Ergotherapie keine Einschränkungen auf das Tätigsein der Betroffenen erfährt.

In Bezug auf die einzelnen Handlungsformen konnte letztlich im Rahmen der vergleichenden Analyse festgestellt werden, dass weite Überschneidungsbereiche der Heilpädagogik und Ergotherapie bestehen. Merkliche Unterschiede gingen jedoch daraus hervor, dass in der Ergotherapie neben der Ergebnisevaluation auch medizinisch-technische Verfahren angewendet und Hilfsmittel, Schienen und Orthesen hergestellt und gestaltet werden, wohingegen in der Heilpädagogik das Gewicht auf Vermittlungs- bzw. Aus-/Bildungstätigkeiten und auf der Annäherung der erzieherischen Einstellungs- und Verhaltensweisen an das Erleben der Betroffenen liegt.

Mit diesen hier knapp umrissenen Ergebnissen der vorliegenden Auseinandersetzung wurden insgesamt eine heilpädagogische Problem- und Zieloffenheit ebenso wie eine ergotherapeutische Betätigungsspezialisierung zum Vorschein gebracht, die im Anschluss an bereits bestehende Abgrenzungstendenzen der Heilpädagogik und (Ergo-)Therapie anhand der Un-/Spezifität der zu adressierenden Probleme (Bach 1999) gesehen werden konnten. Absage erteilt werden musste auf Basis der vorliegenden Ergebnisse jedoch Bachs (ebd.) Unterscheidungen der Heilpädagogik und (Ergo-)Therapie aufgrund einer (ergo-)therapeutischen Konzentration auf „Defekte“ im Menschen, einer entsprechenden Zielvorgabe der (Wieder-)Herstellung des „Normalen“ und einer hierarchischen (Ergo-)TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die daneben im Rahmen des Tätigkeitsbereiches einschließlich der konkreten Handlungsformen ausgemacht wurden, konnten weithin vor dem Hintergrund der fachlichen Anbindungen, d.h. der pädagogischen Einordnung der Heilpädagogik und der genuin medizinisch-technischen und zuweilen auch sozialwissenschaftlichen Ausrichtung der Ergotherapie ausgelegt werden. Specks (2008) diesbezüglicher Verweis auf Berührungspunkte vor allem aufgrund dessen, dass die Ergotherapie neben der medizinischen Einordnung auch im edukativen Kompetenzbereich verortet werden könne, dem auch die Heilpädagogik angehöre, musste dabei jedoch zurückgewiesen werden.

Insofern die Ergebnisse der Analyse mithin neben augenscheinlichen Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie durchwegs auch fachspezifische Unterschiede zeigten, konnte schließlich im Hinblick auf die praktische interdisziplinäre Arbeit mit Menschen mit Behinderung skizziert werden, dass es auf Basis des gemeinsamen Verständnisses der Bedeutsamkeit eines kooperativen Vorgehens darauf ankommt, die jeweiligen Fachcharakteristika im Sinne facheigener Verantwortungs-, Kompetenz- und Ressourcenbereiche koordiniert im Hinblick auf bestehende oder drohende Aufgaben- und Problemstellungen betroffener Personen zu vereinigen. Als wesentlich dafür erschien es, eben diese Herausforderungen Betroffener in ihrer Art und Ausprägung zu klären und in Bezug auf die beiden (disziplinären) Fachgebiete abzuwägen, ob die Heilpädagogik mit ihrem weiten Problem- und Zielblick und dem auf Partnerschaftlichkeit und gegenseitiger Abgestimmtheit basierenden Erziehungsprozess und/oder die Ergotherapie mit ihrem Betätigungsfokus und dem medizinisch-technisch ausgerichteten Therapieprozess unter klientenzentrierter Herangehensweise zum Einsatz kommen soll(-en).

In der Gesamtheit wurde mit dieser Masterarbeit folglich eine hermeneutisch angelehnte Auseinandersetzung mit dem Verhältnis der Heilpädagogik und Ergotherapie auf Basis dreier disziplineigener Grundlegungsversuche der Heilpädagogik und fachgebietsspezifischer Grundlagenmodelle der Ergotherapie vorgelegt, die von fachlichen und fachvergleichenden Unklarheiten im interdisziplinären Zusammenwirken ausging und mit einigen Folgerungen für die interdisziplinäre Arbeit mit Menschen mit Behinderung abschloss. Offen blieb hierbei aufgrund der Fokussierung speziell dieser beiden (disziplinären) Fachgebiete jedoch gänzlich, inwiefern die Verhältnisbestimmung der *Heilpädagogik* und *Ergotherapie* an diejenige der Pädagogik bzw. Erziehung und Therapie im Allgemeinen anschließt. Dies scheint insofern von Interesse zu sein, als dass über „das Verhältnis von Therapie und Erziehung ... eine kaum endenwollende Auseinandersetzung“ (Kobi 2004, 343) im Theoriebereich stattfindet. In welchem Verhältnis stehen daher die vorliegenden Ergebnisse zur Heilpädagogik und Ergotherapie und die weiter gefassten theoretischen Auseinandersetzungen rund um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Pädagogik und Therapie? Entsprechen sie den allgemeinpädagogischen und -therapeutischen Unterscheidungs- und Überschneidungstendenzen oder lassen sich diesbezügliche Abgrenzungen aufgrund der Fachspezifizierungen der *Heilpädagogik* und *Ergotherapie* ausmachen?

Da die vergleichende Analyse der Heilpädagogik und Ergotherapie darüber hinaus ausschließlich theoretisch erfolgte, erscheint es darauf aufbauend im Hinblick auf konkrete Praxisfelder interessant, wie praktisch im interdisziplinären Arbeitsfeld tätige HeilpädagogInnen und ErgotherapeutInnen die Unterscheidungs- und Überschneidungsfelder der Heilpädagogik und Ergotherapie einschätzen. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden (disziplinären) Fachgebiete sehen PraktikerInnen vor dem Hintergrund ihrer fachspezifischen (Aus-)Bildung(-en) und ihrem beruflichen Erfahrungsspektrum in Bezug auf Zuständigkeits- und Ansatzbereiche, Zielpunkte und Handlungsweisen? Und wie gestalten sie ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit auf dieser Basis im Kontext unterschiedlicher Organisations- und Institutionsformen? Miss-/Erfolgsfaktoren ebenso wie Anregungen für die Bereitstellung koordinierter Fachbeiträge (nicht nur) der Heilpädagogik und Ergotherapie könnten aus der empirisch fundierten Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen vornehmlich im Dienste möglichst optimaler Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung gewonnen werden.

Literaturverzeichnis

- Bach, H. (1979). Kooperation. In: Bach, H. (Hrsg.): Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 196-207
- Bach, H. (1985). Grundbegriffe der Behindertenpädagogik. In: Bleidick, U. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik. Band 1 des Handbuches der Sonderpädagogik. Berlin: Marhold, 3-24
- Bach, H. (1999). Grundlagen der Sonderpädagogik. Bern (u.a.): Haupt
- Beyermann, G., Dehnhardt, B., Drees, F. et al. (2001). Grundlagen der Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner
- Biewer, G. (2010). Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2. Auflage
- Brezinka, W. (2000). Pädagogik in Österreich. Die Geschichte des Faches an den Universitäten vom 18. bis zum Ende des 20. Jahrhunderts. Band 1. Wien: Verlag der Österr. Akad. der Wiss.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (BGBl.) (Nr. 460/1992). 460. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz).
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1992_460_0/1992_460_0.pdf
(Download: 28.06.2012)
- Butcher, A., Ranka, J. (2009). Occupational Performance Model of Australia (OPMA). In: Habermann, C., Kolster, F. (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart: Thieme, 2. überarb. Auflage, 90-107
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (1997). Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE
- Chapparo, Ch., Ranka, J. (1997). Towards a model of occupational performance: Model development. In: Chapparo, Ch., Ranka, J. (Hrsg.): Occupational Performance Model (Australia). Monograph 1. Sydney: Occupational Performance Network, 24-44
- Chapparo, Ch., Ranka, J. (2004). Das Occupational Performance Model (Australia): Eine Beschreibung von Konstrukten und Struktur. In: Arbeitskreis Modelle und Theorien Wien (Hrsg.): OPM – Occupational Performance Model (Australia). Darstellung der Theorie. Beispiele aus der Praxis. Idstein: Schulz-Kirchner, 11-51

- Danner, H. (2006). Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. München: Ernst Reinhardt, 5. überarb. u. erweit. Auflage
- Datler, W., Felt, U. (1996). Psychotherapie – eine eigenständige Disziplin? In: Pritz, A. (Hrsg.): Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien: Springer, 45-73
- Davis, J., Craik, J., Polatajko, H. (2007). Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend, E., Polatajko, H.: Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE, 247-272
- Duden online ([2012]): Substituieren. <http://www.duden.de/zitieren/10077531/2.0>, [1f] (Download: 15.06.2012)
- Ellger-Rüttgardt, S. L. (2008). Geschichte der Sonderpädagogik. Eine Einführung. München, Basel: Ernst Reinhardt
- Fisher, A., Kielhofner, G. (2005). Das Subsystem Performanz. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 115-125
- Fornfeld, B. (2004). Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt, 3. aktual. Auflage
- Forsyth, K., Kielhofner, G. (2008a). Communication and Documentation. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 407-441
- Forsyth, K., Kielhofner, G. (2008b). Section II Therapeutic Reasoning Table. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 204-213
- Frank, W. (2008). MTD-Bericht. Erster Bericht über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD). <http://www.mtd-austria.at/mtd-bericht-1>, 1-112 (Download: 28.06.2012)
- Götsch, K. (2007a). Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. In: Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme, 3. überarb. u. erweit. Auflage, 75-89
- Götsch, K. (2007b). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In: Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (Hrsg.): Ergotherapie. Vom

- Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme, 3. überarb. u. erweit. Auflage, 56-64
- Götsch, K. (2007c). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In: Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme, 3. überarb. u. erweit. Auflage, 2-10
- Gröschke, D. (2005). Psychologische Grundlagen für Sozial- und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch zur Orientierung für Heil-, Sonder- und Sozialpädagogen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 3. Auflage
- Haeberlin, U. (2007). Allgemeine Pädagogik im Verhältnis zur Heilpädagogik. In: Bundschuh, K., Heimlich, U., Krawitz, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagwerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 3. überarb. Auflage, 14-16
- Hagedorn, R. (2000). Ergotherapie – Theorien und Modelle. Die Praxis begründen. Stuttgart: Thieme, 2. Auflage
- Hagedorn, R. (2009a). Praxismodelle der Ergotherapie. In: Jerosch-Herold, Ch., Marotzki, U., Stubner, B. et al. (Hrsg.): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer, 3. überarb. Auflage, 15-27
- Hagedorn, R. (2009b). Theorie in der Ergotherapie. Eine konzeptionelle Grundlage für die Praxis. In: Jerosch-Herold, Ch., Marotzki, U., Stubner, B. et al. (Hrsg.): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer, 3. überarb. Auflage, 1-13
- Hochgatterer, R. (1999). Ergotherapie oder Heilpädagogik beim wahrnehmungsgestörten Kind – (k)ein Unterschied? Diplomarbeit an der ehem. Akademie für Ergotherapie Baden (Fachhochschule Wr. Neustadt)
- Irblich, D., Stahl, B. (2005). Resümee und Ausblick: Diagnostik als interdisziplinäre Aufgabe. In: Stahl, B., Irblich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Hogrefe: Göttingen, 455-476
- Jerosch-Herold, Ch., Marotzki, U., Stubner, B. et al. (Hrsg.) (2009). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer, 3. überarb. Auflage
- Kielhofner, G. (2005a). Aktuelle Veränderungen im Model of Human Occupation. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 159-167

- Kielhofner, G. (2005b). Einflüsse der Umwelt auf das Betätigungsverhalten. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 127-157
- Kielhofner, G. (2005c). Einführung in das Modell der menschlichen Betätigung. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 1-10
- Kielhofner, G. (2005d). Die interne Organisation des menschlichen Systems bei Betätigungsverhalten. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 35-49
- Kielhofner, G. (2005e). Das menschliche System. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 11-34
- Kielhofner, G. (2005f). Das Subsystem Habituation (Habituation Subsystem). In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 87-114
- Kielhofner, G. (2008a). Dimensions of Doing. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 101-109
- Kielhofner, G. (2008b). The Dynamics of Human Occupation. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 24-31
- Kielhofner, G. (2008c). Introduction to the Model of Human Occupation. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 1-7
- Kielhofner, G. (2008d). Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage,
- Kielhofner, G. (2008e). Performance Capacity and the Lived Body. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 68-84
- Kielhofner, G., Borell, L., Burke, J. et al. (2005). Das Subsystem Volition. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 51-85

- Kielhofner, G., Forsyth, K. (2008a). Assessment: Choosing and Using Structured and Unstructured Means of Gathering Information. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 155-170
- Kielhofner, G., Forsyth, K. (2008b). Occupational Engagement: How Clients Achieve Change. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 171-184
- Kielhofner, G., Forsyth, K. (2008c). Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 143-154
- Kielhofner, G., Forsyth, K. (2008d). Therapeutic Strategies for Enabling Change. In: Kielhofner, G.: Model of Human Occupation. Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 4. Auflage, 185-203
- Kielhofner, G., Mentrup, Ch., Niehaus, A. (2009). Das ‚Model of Human Occupation‘ (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In: Jerosch-Herold, Ch., Marotzki, U., Stubner, B., Weber, P. (Hrsg.): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer, 3. überarb. Auflage, 55-83
- Kobi, E. E. (2004). Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken. Berlin: BHP-Verlag, 6. bearb. u. erg. Auflage
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A. et al. (2009). Das kanadische Modell der ‚occupational performance‘ und das ‚Canadian Occupational Performance Measure‘. In: Jerosch-Herold, Ch., Marotzki, U., Stubner, B. et al. (Hrsg.): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer, 3. überarb. Auflage, 155-170
- Mais, S. (2003). Ergotherapie, Sonder- und Heilpädagogik. Ergänzungen, Überschneidungen, Abgrenzungen. Idstein: Schulz-Kirchner
- Marotzki, U. (2002a). Einleitung. In: Marotzki, U. (Hrsg.): Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Berlin, Heidelberg: Springer, 1-10
- Marotzki, U. (Hrsg.) (2002b). Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Berlin, Heidelberg: Springer

- Marotzki, U. (2002c). Was Praxismodelle der Ergotherapie sind und was sie nicht sind. In: Marotzki, U. (Hrsg.): Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Berlin, Heidelberg: Springer, 11-19
- Marotzki, U., Mentrup, Ch. (2005). Vorwort. In: Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, Ch. (Hrsg.): Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, VI-XII
- Mentrup, Ch. (2007). Model of Human Occupation (MOHO). In: Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme, 3. überarb. u. erweit. Auflage, 127-137
- Mentrup, Ch., Schulte, D. (2009). Model of Human Occupation: eine psychosoziale Perspektive. In: Kubny-Lüke, B. (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, 2. überarb. Auflage, 34-65
- Moser, V., Sasse, A. (2008). Theorien der Behindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt
- Müller, M. (1991). Denkansätze in der Heilpädagogik. Eine systematische Darstellung heilpädagogischen Denkens und der Versuch einer Überwindung der ‚unreflektierten Paradigmenkonkurrenz‘. Heidelberg: HVA/Ed. Schindele
- o.A. (2009): Zur Geschichte der Ergotherapie in Österreich. In: Ergotherapie (4), 6-7
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (Hrsg.) (2003). Berufsprofil der/des Ergotherapeutin/Ergotherapeuten. Wien: o.V.
- Pätzold, I. (2006). Model of Human Occupation (MOHO). In: Becker, H., Steding-Albrecht, U. (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart: Thieme, 140-145
- Polatajko, H., Cantin, N., Amoroso, B. et al. (2007a). Occupation-based enablement: A practice mosaic. In: Townsend, E., Polatajko, H.: Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE, 177-201
- Polatajko, H., Davis, J., Cantin, N. et al. (2007b). Occupation-based practice: The essential elements. In: Townsend, E., Polatajko, H.: Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE, 203-227
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D. et al. (2007c). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In: Townsend, E., Polatajko, H.: Enabling Occupation II.

- Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE, 13-36
- Prodinger, B., Stamm, T. (2012). The Emergence of Occupational Science in Austria. An Insider Perspective. In: Journal of Occupational Science 19 (2), 127-137
- Ranka, J., Chapparo, Ch. (1997a). Occupational Performance: Curriculum theorising in occupational therapy. In: Chapparo, Ch., Ranka, J. (Hrsg.): Occupational Performance Model (Australia). Monograph 1. Sydney: Occupational Performance Network, 245-256
- Ranka, J., Chapparo, Ch. (1997b). Occupational Performance: A practice model for occupational therapy. In: Chapparo, Ch., Ranka, J. (Hrsg.): Occupational Performance Model (Australia). Monograph 1. Sydney: Occupational Performance Network, 45-57
- Rittelmeyer, Ch., Parmentier, M. (2007). Einführung in die pädagogische Hermeneutik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 3. Auflage
- Schwarz, M. (2007). Bedeutung medizinischen Grundwissens für die Ergotherapie. In: Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Thieme, 3. überarb. u. erweit. Auflage, 65-74
- Sohns, A. (2000). Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland. Handbuch der fachlichen und organisatorischen Grundlagen. Weinheim, Basel: Beltz
- Speck, O. (1985). Aufgabenfelder der Erziehung von Behinderten. In: Bleidick, U. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik. Band 1 des Handbuches der Sonderpädagogik. Berlin: Marhold, 129-151
- Speck, O. (2008). System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München: Ernst Reinhardt, 6. überarb. Auflage
- Stichweh, R. (1994). Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Strachota, A. (2002). Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. Wien: Literas-Universitätsverlag
- Strebel, H. (2006). Canadian Occupational Performance Measure (COPM). In: Becker, H., Steding-Albrecht, U. (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart: Thieme, 145-149

- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z. et al. (2007). Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend, E., Polatajko, H.: Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE, 87-133
- Townsend, E., Polatajko, J. (2007a). Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE
- Townsend, E., Polatajko, H. (2007b). Introduction. In: Townsend, E., Polatajko, H.: Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE, 1-8
- Wagner-Stolp, W. (1999). Aufbau und Organisation der interdisziplinären Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland – Sozialrechtlicher, sozialpolitischer und institutioneller Handlungsrahmen. In: Wilken, E. (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung. Eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 13-33
- Weigl, R. (2002). Das Occupational Performance Model (Australia) (OPMA). In: Marotzki, U. (Hrsg.): Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen. Berlin, Heidelberg: Springer, 55-78
- Wember, F. B. (1995). Interdisziplinäre Forschung, interdisziplinäre Praxis? Anmerkungen zur Identität der Sonderpädagogik als Wissenschaft. In: Heilpädagogische Forschung, Band XXI (4), 194-205

Zusammenfassung

Interdisziplinäre Herangehensweisen werden in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung gemeinhin als unabdingbares Erfordernis anerkannt. Als wesentlich für das Gelingen eines interdisziplinären Zusammenwirkens gilt hierbei die koordinierte Vereinigung der Beiträge beteiligter Fachgebiete und Disziplinen, die grundlegend an das Wissen um fachspezifische Ansatzpunkte, Wissensbereiche und Handlungskompetenzen im Vergleich zu anderen gebunden ist. Bezüglich dieser fachlichen Einordnung scheint es im Schnittpunkt der Heilpädagogik und Ergotherapie jedoch Unklarheiten zu geben, zumal uneindeutige Unterscheidungen und Überschneidungen ihrer Zuständigkeits- und Tätigkeitsbereiche angesichts ihrer Handlungsleitnormen, Annahmen und Theoriebezüge zum Vorschein kommen.

In der vorliegenden Arbeit wird bei diesen Unklarheiten angesetzt. In Anlehnung an ein hermeneutisches Vorgehen wird eine systematisch vergleichende Analyse unter der Frage angestellt, inwiefern Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie bestehen und zwar im Hinblick auf ihren Gegenstandsbereich, ihre Leitideen und ihren Tätigkeitsbereich. Grundlage der fachspezifischen Analysen bilden dabei die heilpädagogischen Grundlegungsversuche von Kobi, Speck und Bach und die ergotherapeutischen Grundlagenmodelle MOHO, CMOP-E und OPMA, wobei die Klärung des disziplinären Status und der fachlichen Anbindung der Heilpädagogik und Ergotherapie im Sinne einer ersten Standortbestimmung jeweils vorangestellt wird.

Die Ergebnisse dieser theoretischen Auseinandersetzung mit dem Verhältnis der Heilpädagogik und Ergotherapie zeigen, dass sich die Heilpädagogik im Rahmen des Gegenstandsbereiches und der Leitideen durch eine Problem- und Zieloffenheit im Unterschied zur Spezialisierung der Ergotherapie auf Probleme und Ziele der Betätigungsausführung und -teilhabe auszeichnet. Beim Tätigkeitsbereich lassen sich wesentliche Gemeinsamkeiten der Heilpädagogik und Ergotherapie besonders in Bezug auf einzusetzende Handlungsformen erkennen. Differenzierungen bestehen hier u. a. jedoch aufgrund der Form des Eingebundenseins der Professionellen in das Praxisgeschehen und können weithin als Ausdruck der pädagogischen Grundlegung der Heilpädagogik und der genuin medizinisch-technischen und erst jüngst auch sozialwissenschaftlichen Ausrichtung der Ergotherapie verstanden werden.

Abstract

In the work with people with disabilities, interdisciplinary cooperation is commonly accepted. Its success derives from coordinated consolidation of involved subjects and disciplines which is fundamentally bound to the knowledge of specialist starting points, knowledge domains and action competences in comparison with others. However, considering the interdisciplinary intersection point of special needs education and occupational therapy, there are still remaining ambiguities regarding this subject-specific positioning, referring to their fields of competences and activity, their guiding principles and perspectives.

This master thesis addresses these ambiguities. Using a hermeneutic approach a systematically comparative analysis is employed which focuses on the differences and similarities of special needs education and occupational therapy particularly with regard to their subject areas, main ideas and fields of action. Kobi's, Speck's and Bach's fundamental work of special needs education as well as the three conceptual models of occupational therapy MOHO, CMOP-E and OPMA are taken here as a basis for specialist analyses; but first, the special needs education's and occupational therapy's disciplinary state and primary reference sciences are considered to define their basic position.

The findings of this comparative analysis show in view of the subject areas and main ideas that the starting and aiming points of special needs education are not confined to particular fields whereas the ones of occupational therapy are specifically limited to the range of occupational performance and engagement. Within the scope of the fields of action, crucial similarities of special needs education and occupational therapy appear especially with reference to their ways of proceeding. Related differences, which arise for example from the kinds of professionals' practice involvement, widely signify the special needs education's pedagogical foundation and the occupational therapy's genuinely medical-technical and only recently social-scientific positioning.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Nicola Michaela Scherz, BA MA
Geburtsdatum: 26. August 1989
Geburtsort: Neunkirchen
Eltern: DI Dr. Wolfgang Scherz, MBA, Geschäftsführer eines Verbandes
VOL Dipl. Päd. Heidemarie Scherz, geb. Henschl,
Volksschullehrerin
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schulbildung und Studium

1995 – 1999 Volksschule in Unter-Aspang
1999 – 2007 Gymnasium Sachsenbrunn in Kirchberg am Wechsel; Reifeprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen
2007 – 2010 Bachelorstudium „Bildungswissenschaft“ an der Universität Wien; mit Auszeichnung bestanden
2008 – 2010 Master-Lehrgang universitären Charakters „Motopädagogik“ am Universitätssportzentrum Wien; mit Auszeichnung abgeschlossen
seit 2010 Masterstudium „Bildungswissenschaft“ mit dem Schwerpunkt „Inklusive Pädagogik bei speziellem Bedarf“ an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeiten

2009 Tutorin am Institut für Bildungswissenschaft an der Universität Wien
Praktikum in der Abteilung für klinische psychomotorische Therapie in der LWL-Klinik in Hamm (Deutschland)
2009 – 2010 Praktikum in einer Schwerstbehindertenklasse der Sonderschule Ternitz
2009 – 2012 Leitung von motopädagogischen Bewegungsstunden für Kinder in Hainburg an der Donau
2011 – 2012 Praktikum in einer heilpädagogischen Kindergartengruppe des Therapieinstituts Keil in Wien
seit 2012 pädagogische Mitarbeit in einer heilpädagogischen Kindergartengruppe des Therapieinstituts Keil in Wien