

Medizinische Sensitivität als notwendiger Bestandteil
professioneller pädagogischer Handlungskompetenz-
eine Konzeptstudie

Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doctor philosophiae (Dr. phil.)

der Philosophischen Fakultät

der Universität Rostock

Vorgelegt von

Rainer Köppe, geboren am 22.07. 1964 in Roßlau / Elbe,

aus Havelberg

Havelberg, Januar 2012

Datum der Verteidigung 15.01.2013

Dekan Herr Prof. Dr. Hans-Jürgen von Wensierski
Dekan der Philosophischen Fakultät der Universität Rostock

Erster Gutachter Herr Professor Dr. Wolfgang Nieke
Universität Rostock, Philosophische Fakultät

Zweiter Gutachter Herr Prof. Dr. Toni Hansel
Universität Rostock, Philosophische Fakultät

Dritter Gutachter Herr Prof. em. Dr. H. G. Homfeld
Universität Trier, Fachbereich I, Abt. Sozialpädagogik I

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	8
1.1 Problemstellung	8
1.2 Zielstellung der Arbeit	18
1.3 Gesellschaftliche, situative und reflexive Bedingungen professioneller Pädagogen	19
1.4 Schule und Gesundheit	23
1.4.1 Vorschule und Gesundheit	29
1.4.2 Allgemeinbildende Schule und Gesundheit	32
1.4.3 Berufliche- und Erwachsenenbildung und Gesundheit	35
1.4.4 Pädagogische Handlungsfelder, Gesundheit und Inklusion	38
1.5 Arbeitsgänge	42
1.6 Methodischer Standpunkt und erkenntnisleitendes Interesse	43
2 Von der Qualifikation zur Kompetenz	48
2.1 Der Qualifikationsbegriff in der Erziehungswissenschaft	48
2.2 Der Kompetenzbegriff in der Erziehungswissenschaft	50
2.2.1 Die Entwicklung des Kompetenzbegriffes	51
2.2.2 Entwicklungen des Kompetenzverständnisses	53
2.2.3 Systematik der Kompetenzen	57
2.2.4 Kompetenztypen	58
2.2.5 Kompetenzklassen	59
2.3 Zusammenfassung	64
3 Lehrerkompetenzen	65
3.1 Lehrerkompetenz – eine Situationsanalyse	65
3.2 Zusammenfassung	70
3.3 Lehrerkompetenzen – Eine Gesellschaftsanalyse	71
3.4 Die Kernkompetenz des Lehrenden	75

3.5	Metakompetenzen professionell Lehrender	75
3.5.1	Unterrichten	76
3.5.2	Erziehen	76
3.5.3	Diagnostizieren, Beurteilen und Evaluieren	76
3.5.4	Berufliche Kompetenz und Schulentwicklung	77
3.6	Standards in der Lehrerbildung	77
3.7	Gibt es „die Lehrerkompetenz“?	80
3.8	Zusammenfassung	81
4	Standards und Kompetenzen	82
4.1	Standards und Kompetenzen der Kultusministerkonferenz– Grundlagen und Ziele einer qualifizierten Lehrerausbildung	82
4.2	Ausgangsbetrachtungen	82
4.3	Standards für Lehrende	83
4.3.1	Situationsdiagnose	86
4.3.2	Selbstreflexion	87
4.3.3	Zusammenfassung	88
4.4	Standards für Institutionen	89
4.5	Standards für die gesellschaftspolitische Ebene	90
4.6	Kritik und Ausblick	91
4.7	Wissenschaftstheoretische Grundlagen zur Kompetenzentwicklung	93
4.7.1	Kompetenzbereich Unterrichten	99
4.7.2	Kompetenzbereich Erziehen	100
4.7.3	Kompetenzbereich Beurteilen	101
4.7.4	Kompetenzbereich Innovation	102
4.8	Das Berufswissen des Lehrers in Bezug auf medizinische Kompetenzen	103
4.8.1	Kasuistisches Wissen	104
4.8.2	Strategisches Wissen	105
4.9	Zusammenfassung und Ausblick	106

5	Medizinische Sensitivität professioneller Pädagogen	107
5.1	Der professionell Lehrende im Kontext gesundheitsfördernder, sozialer und medizinischer Handlungsprozesse	107
5.2	Schule als Lebenswelt	108
5.3	Sozialstruktur und Persönlichkeit	110
5.4	Gesundheitssoziologische Überlegungen zu den pädagogischen Rahmenbedingungen	110
5.4.1	Die bio-psycho-soziale Kompetenz von Lehrenden	111
5.4.2	Medizinische Lehrerkompetenz	115
5.5	Zum Verhältnis von Pädagogik und Medizin	120
5.5.1	Zum medizinischen Verhältnis der Pädagogik	122
5.5.2	Zum pädagogischen Verhältnis der Medizin	124
5.6	Erziehung und Bildung ein neuro- sozio- evolutionsbiologischer Exkurs	127
5.6.1	Neurobiologische Erkenntnisse zur Pädagogik	128
5.6.2	Soziobiologische Erkenntnisse zur Pädagogik	130
5.6.3	Evolutionsbiologische Erkenntnisse zur Pädagogik	130
5.7	Krankheitsmodelle ein Überblick	132
5.7.1	Medizinisches Krankheitsmodell	133
5.7.2	Evolutionsbiologisches Krankheitsmodell	133
5.7.3	Geisteswissenschaftlich determinierte Krankheitsmodelle	134
5.8.	Soziale und Umweltdimension von Krankheit	136
5.8.1	Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky	138
5.8.2	von Uexküll zur Grundlage ärztlichen Denkens und Handelns	144
5.8.3	Selbstwirksamkeitserwartung und Umgang mit Krankheit	147
5.9	Kompetenzkonzept medizinische Sensitivität	151
5.10	Hypothesen	154
6	Struktur Lege Technik Forschungsergebnisse	155
6.1	Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen	155
6.2	Notfälle bei Kindern und Jugendlichen in der Schule	156
6.3	Die Entwicklung problemangemessenen, medizinischen Wissens von Lehrenden	157
6.4	Der Forschungsansatz der Arbeit	159
6.4.1	Forschungsprogramm Subjektive Theorien	161

6.5	Folgerungen für den Forschungsprozess	163
6.5.1	Dialog – Konsens Modell	163
6.5.2	Konstruktion subjektiver Theorien	163
6.5.3	Wissenschaftliche Zielstellung	167
6.5.4	Interviews und Strukturbilder	168
6.5.5	Auswahl der Grundgesamtheit	169
6.6	Interviewdurchführung	170
6.6.1	Interviewleitfaden	170
6.6.2	Die Auswertung der Interviews	171
6.6.3	Anleitung zum Struktur – Lege – Test (SLT)	172
6.6.4	Auswertung der Forschungsergebnisse	173
6.6.5	Einzelfalldarstellung	175
6.6.6	Das Interview	176
6.6.7	Strukturbilder	176
6.7	Auswertung der Forschungsergebnisse	177
6.7.1	Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Anne G.	177
6.7.1.1	Auswertung des Strukturbildes von Anne G.	181
6.7.1.2	Paraphrasierung des SLT von Anne G.	181
6.7.1.3	Auswertung der Subjektiven Theorie von Anne G.	182
6.7.2	Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Franziska L.	182
6.7.2.1	Auswertung des Strukturbildes von Franziska L.	187
6.7.2.2	Paraphrasierung des SLT von Franziska L.	187
6.7.2.3	Auswertung der Subjektiven Theorie von Franziska L.	188
6.7.3	Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Nicole V.	189
6.7.3.1	Auswertung des Strukturbildes von Nicole V.	194
6.7.3.2	Paraphrasierung des SLT von Nicole V.	194
6.7.3.3	Auswertung der Subjektiven Theorie von Nicole V.	195
6.7.4	Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Henriette K.	195
6.7.4.1	Auswertung des Strukturbildes von Henriette K.	198
6.7.4.2	Paraphrasierung des SLT von Henriette K.	199
6.7.4.3	Auswertung der Subjektiven Theorie von Henriette K.	199
6.7.5	Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Susann K.	199
6.7.5.1	Auswertung des Strukturbildes von Susann K.	203
6.7.5.2	Paraphrasierung des SLT von Susann K.	203
6.7.5.3	Auswertung der Subjektiven Theorie von Susann K.	204
6.7.6	Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Sarah K.	204

6.7.6.1	Auswertung des Strukturbildes von Sarah K.	209
6.7.6.2	Paraphrasierung des SLT von Sarah K.	209
6.7.6.3	Auswertung der Subjektiven Theorie von Sarah K.	210
6.7.7	Subjektive Theorien des Forschungsteilnehmers Johannes V.	210
6.7.7.1	Auswertung des Strukturbildes von Johannes V.	214
6.7.7.2	Paraphrasierung	214
6.7.7.3	Auswertung der Subjektiven Theorie von Johannes V.	215
6.8	Ergebnisdarstellung und Hypothesenprüfung	215
6.8.1	Vorwissen der Forschungsteilnehmer	216
6.8.2	Zur Reflexion der Teilnahme an medizinischen Lehrveranstaltungen	217
6.8.3	Sensibilisierung und Widerstände der Forschungsteilnehmer	218
7	Konklusion der theoretischen Diskurse und der subjektiven Theorien	219
7.1	Zentrale Ergebnisse	219
7.2	Das Konzept Medizinische Sensitivität für professionellen Pädagogen Konsequenzen für die praktische Umsetzung	221
7.2.1	Medizinische Sensitivität in der universitären und nachuniversitären Phase	223
7.3	Perspektiven zur weiteren Forschung	235
	Literaturverzeichnis	237
	Abbildungsverzeichnis	253
	Tabellenverzeichnis	254
	Abkürzungsverzeichnis	255
	Abstract	256

1 Einleitung

1.1 Problemstellung¹

Unter dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ beauftragte die Bundesregierung im Jahr 2007 eine interdisziplinär zusammengesetzte Expertenkommission damit, die gesetzliche Verpflichtung nach § 84 SGB VIII zu erfüllen und einen aktuellen Bericht zur Situation der Gesundheit, des sozialen Wohlbefindens und der Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen zu erstellen (veröffentlicht 2009). Der nachstehend erläuterte Sachstand soll in die zu beweisende These der Notwendigkeit medizinischer Sensitivität professioneller Pädagogen einführen.

Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission kommt in ihrem Plädoyer zur Erkenntnis, dass die Chancen auf ein Höchstmaß an Gesundheit nicht für alle Kinder und Jugendlichen gleich ist. So sind es biologische, kulturelle, umweltbedingte, ökonomische und soziale Faktoren, welche die individuelle Gesundheit in unterschiedlichem Maße beeinträchtigen. Unter Bezug auf die Ergebnisse des aktuellen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS 2007) kann festgestellt werden, dass Gesundheitsrisiken in bestimmten Bevölkerungsgruppen und vor allem in Abhängigkeit des elterlichen Bildungsniveaus besonders ausgeprägt und somit auch die Kinder und Jugendlichen aus diesen Milieus den Risiken besonders ausgesetzt sind. Vor allem stressbedingte Krankheiten aber auch chronische und psychosomatische Krankheiten sind hier gehäuft zu finden²³.

Die vorstehenden Aussagen gehen implizit davon aus, dass es bestimmte Faktoren und Indikatoren gibt, deren Summation in der Folge zu Störungen der Gesundheit führt. Erstaunlicherweise wird der Begriff Krankheit in dieser einleitenden Betrachtung völlig ausgeblendet, abschließend jedoch auf Krankheitsbilder rekurriert. Die Diagnose von Krankheiten, die Benennung von Krankheitszeichen und die Aufklärung der Betroffenen sind jedoch nicht die Domäne der Gesundheitswissenschaft, sondern die der Medizin. Es

¹ Auf geschlechtsneutrale Formulierungen wurde aus Lesbarkeitsgründen verzichtet. Im vorliegenden Text sind somit immer beide Geschlechter gemeint. Wo möglich wurde auf eine geschlechterneutrale Formulierung geachtet.

² Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 6, Online im WWW unter URL: <http://www.bmfsfj.de/BMSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=128950.html>. [Stand 28.01.2011].

³ Vgl. KiGGS 2007, Online im WWW unter URL: <http://www.kiggs.de> [Stand 18.12.2007].

stellt sich daher die Frage, welche reflexiven, situativen und analytischen Fähigkeiten die Gesundheitswissenschaften befähigen, Aussagen zu Krankheiten zu treffen.

Wiederum implizit scheint die Bundesregierung zu dem Schluss zu kommen, dass die Betroffenen im Mittelpunkt aller verantwortlichen Teilsysteme stehen und Schnittstellen analysiert werden müssen⁴. Die Gesundheitsförderung kann, ebenso wenig wie die Kinder- und Jugendhilfe oder andere am Bildungs- und Erziehungsprozess Beteiligte, ohne die Medizin auskommen. Wenn man davon ausgeht, dass staatliche Sozialsysteme wie die Kinder- und Jugendhilfe und die Sozialhilfe um die Zuständigkeit für erkrankte, behinderte oder von Krankheit oder Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche konkurrieren, muss zunächst angenommen werden, dass es für die Betroffenen je nach Grad und Art der Krankheit und/oder Behinderung zu unterschiedlichen Modi in der Hilfestellung kommt. Folglich wird es zu Auswirkungen innerhalb der Kategorisierung und letztendlich für die Beteiligten im Bildungsprozess kommen. Unterstellt man für Kinder und Jugendliche eine besondere Fürsorgepflicht in der Bildung und Erziehung, verbunden mit der Tatsache einer dynamischen Persönlichkeitsentwicklung, muss gefragt werden, welcher professionelle Pädagoge diesen Anforderungen entsprechen kann, zumal an keiner Stelle der Bezug zur Medizin sondern lediglich zur Gesundheitsförderung und zur Prävention hergestellt wird. Im Falle der Krankheit oder Behinderung haben genau diese Systeme aber bereits versagt⁵.

Auch wenn es im Bericht der Bundesregierung um Erkrankungen und Behinderungen geht, die in der Folge zu massiven Einschränkungen in den Aktivitäten und der Partizipation der Betroffenen führen, diese also einen Teil der Selbständigkeit verlieren und auf Hilfe angewiesen sind, kann verallgemeinert werden, dass auch weniger problematische gesundheitliche Probleme fürsorglich zu behandeln sind. Dem Grunde nach hat jedes kranke Kind, jeder kranke Jugendliche und selbstverständlich jeder Bildungsteilnehmer Anspruch auf Teilnahme am Bildungsprozess.

Andererseits kommt die Bundesregierung zu dem Schluss, welcher m. E. bestätigt werden kann, dass ärztliche Diagnosen und Therapien häufig nur die körperlichen oder psychischen Symptome des Patienten berücksichtigen, wie es z.B. im Falle von ADHS ist, und ein multimodales Therapieregime oftmals fehlt. Im Fall von ADHS konnten hier

⁴ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 13.

⁵ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 13.

Erfolge verzeichnet werden, die letztendlich auf nicht- medikamentösen Maßnahmen beruhen und mit der Aufklärung von Eltern und ganz besonders Pädagogen einhergehen⁶. Aber auch in diesem Ansatz sind die Grundprobleme nicht gelöst. Die Konzepte versuchen ohne medizinisches Wissen, das über das Bagatellwissen hinausgeht, auszukommen. Es dürfte jedoch eine Binsenweisheit sein, dass die Lösung medizinisch relevanter Probleme auch medizinischen Wissens bedarf.

In einer weiteren Betrachtung kommt die Bundesregierung zu der Erkenntnis, dass weitere Schnittstellen analysiert werden müssten, da es zu steigenden gesundheitlichen Belastungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen kommt. Es wird angenommen, dass es Zusammenhänge zwischen diesen beiden Variablen gibt. Schulische Probleme gehen sehr häufig mit Ausgrenzung, einem Verlust an Partizipation und Einschränkungen der Aktivitäten einher. So kommt der vorliegende Bericht zu dem Schluss, dass eine Lernstörung durchaus zu psychomotorischen Störungen führen kann, und weist auf die Bedeutung ausreichender Förderangebote hin. Dieses Fazit ist von besonderer Bedeutung. Implizit wird hier zusammengeführt, dass professionelles pädagogisches Handeln immer auch in der Abhängigkeit der Kenntnis des Gesundheitszustandes eines Kindes oder Jugendlichen zu sehen ist. Dies bedingt medizinische Kenntnisse. Die cartesianische Denkweise, Körper und Geist in der Betrachtung und Behandlung zu trennen scheint zumindest an dieser Stelle nicht ohne Weiteres anwendbar⁷.

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht betont, „dass der eigene (gesunde) Körper nicht nur Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse darstellt, sondern dass der eigene Körper selbst ein Medium für Bildungsprozesse darstellt“ (Deutscher Bundestag (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht S. 17).

Weiterhin verweist der Bericht der Bundesregierung auf die enge Verbindung von körperlichem und seelischem Wohlbefinden. In besonderem Maße betroffen sind Kinder und Jugendliche in den Einrichtungen für Bildung und Erziehung. Im Zuge der Persönlichkeitsentwicklung kann unterstellt werden, dass wachsende Anforderungen zu effektiven Bewältigungsstrategien führen, jedoch auch dass Stressoren wie persönliche Probleme, familiäre Zwistigkeiten, Geschlechterentwicklung und sich verändernde Rollenverständnisse ein erhebliches Risiko zur Entwicklung von Krankheiten bergen. Weitere Entwicklungschancen können so verzögert oder verhindert werden. Fehlen den

⁶ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 16.

⁷ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 17.

Kindern und Jugendlichen die zur Bewältigung nötigen Kapazitäten, z.B. durch verzögerte Sozialisation, Armut, negative Erlebnisse im Umgang mit Krankheit, Leistungsdruck, sollte die Schule Kompetenzen zur Verfügung stellen, die Betroffenen zu unterstützen, ihre Selbstwirksamkeit zu erhöhen und letztendlich zu verhindern, dass keine Ausgrenzung erfolgt. Dies bedingt allerdings eine medizinisch fundierte Basis⁸.

Valide Untersuchungen, vor allem KiGGS, sehen eine deutliche Zunahme chronisch-somatischer Erkrankungen. Die Besonderheit der chronischen Krankheit liegt in der Nichtheilbarkeit und der häufigen Progredienz. Lediglich symptomatisch behandelbar, führt eine chronische Krankheit zu drastischen Veränderungen im Leben des Betroffenen. Der Schwerpunkt liegt dabei mit 24,4 % aller Untersuchten auf den atopischen Krankheiten, bei 14,6 % auf der chronisch obstruktiven Bronchitis. Zu erwähnen ist jedoch auch, dass praktisch jedes Organ von chronischen Krankheiten betroffen sein kann⁹.

Schüler benötigen unabhängig davon, ob sie gesund, chronisch krank oder behindert sind, Bewegungs-, Erfahrungs- und Bildungsräume, in denen sie sich ihre Lebenswelt aneignen und diese aktiv mitgestalten können. Sie brauchen innerhalb des Bildungssystems ...„Lebens- und Lernbedingungen, in denen sie sich mit ihren Kompetenzen bewähren können und in denen gesundheitliche Risiken und gesundheitsbezogene Aussonderung möglichst ebenso wenig eine Rolle spielen wie Faktoren, die die Lernfreude senken und zu gesundheitlichen Belastungen führen können“ (Deutscher Bundestag (2009), S. 116).

Auch wenn das Gesundheitssystem mit seinen Strukturen nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein wird, wirken sich seine Netzwerke nicht nur auf die Medizin sondern auch auf die Schule aus. Insofern sind einige einführende Bemerkungen nötig und bieten Analogien zum Thema der Arbeit.

Das Gesundheitssystem in Deutschland gliedert sich in unterschiedliche Handlungsfelder, deren übergeordnete Aufgabe mit der Sicherung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Bevölkerung oder einzelner Zielgruppen und der Minimierung von Erkrankungsrisiken sowie der medizinischen Dienstleistung beschrieben werden kann¹⁰.

⁸ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 102.

⁹ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 105.

¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 160.

Damit wird klar, dass auch die Lernenden und Lehrenden innerhalb der Schule eine Zielgruppe des Gesundheitssystems darstellen. Für die Lernenden in der Schule besteht das Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin, welches die „Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie von Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen der Heranwachsenden von der Geburt bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr einschließlich pränataler Erkrankungen“ (Deutscher Bundestag 2009, S. 161) einschließt.

Kontakte zu den Lernenden innerhalb der Schule sind jedoch auf den Fall der gesundheitlichen Anzeige begrenzt. Gleichzeitig wurden die noch vor Jahren üblichen ärztlichen Reihenuntersuchungen auf ein Minimum begrenzt. Die häufigsten Krankheiten (ca. 90%) werden von niedergelassenen Pädiatern und Allgemeinmedizinern behandelt. Schwerpunkte sind die medizinisch-protective Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen, die Behandlung von Bagatellerkrankungen und Impfungen. Die allgemein gute Grundversorgung sichert zunächst einen adäquaten Arzt-Patientenkontakt, unterliegt jedoch der „neuen Morbidität“, hervorgerufen durch sozial bedingte Verhaltensstörungen, welche nach eigenen Aussagen nicht allein durch ärztliche Intervention therapiert werden können¹¹.

Zu ergänzen ist, dass die Kostenträger, vor allem die Krankenkassen, sich primär an den Krankheitsspektren Erwachsener orientieren. Dies wirkt sich bis auf die Forschung der Pharmaindustrie aus. Das heißt, dass die Besonderheiten im Krankheitsverlauf von Kindern und Jugendlichen in Verbindung mit den allgemeinen und speziellen Entwicklungsverläufen nur mangelhaft Berücksichtigung finden. Die Zunahme von psychomotorischen Störungen und chronischen Erkrankungen kann durch die derzeit etablierten Strukturen nicht gewährleistet werden¹².

Derzeit ist festzustellen, dass der Auftrag Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung fest in den Schulen verankert ist und durch die einzelnen Bundesländer in der Schulgesetzen zum essenziellen Bestandteil des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrages erklärt wurde. So findet die Gesundheitsbildung einen prominenten Stellenwert in einzelnen Schulfächern wie Sachkunde, Sport oder Biologie. Auch wenn

¹¹ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 162.

¹² Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 169.

zahlreiche Fortschritte anerkannt werden müssen, stellen die Fakten der Gesundheitssurveys (stellv. KiGGS) den erhofften Erfolg in Frage. Ein wesentlicher Punkt richtet sich dabei an die Gesundheitswissenschaft selbst. Diese glaubt, ohne kritische Reflexion dessen, was ihr essenzieller Gegenpart ist (Krankheit), auszukommen. In der Folge finden sich höfliche Umschreibungen und hilflose Versuche, die Kinder und Jugendlichen vom Wesen der Gesundheit zu überzeugen, ohne zu reflektieren, dass dies nur über die Auseinandersetzung mit der Krankheit möglich ist. Folglich sollte überlegt werden, die Prominenz der Gesundheitsbildung in Schulen durch ein professionelles medizinisches Verständnis zu ergänzen. Dies sichert im Ernstfall nicht nur Aufklärung sondern auch Handlungsfähigkeit zu.

Die Bundesregierung geht in ihrem Bericht davon aus, dass die Kinder- und Jugendhilfe in vielen Fällen von aktuellen medizinischen Indikationsstellungen determiniert wird und die damit verbundenen Empfehlungen übernimmt. In der Folge sollen so Intentionen zur gesunden Lebensführung in die pädagogische Praxis übernommen werden. Wie dies ohne medizinisches Wissen adäquat umgesetzt werden soll, bleibt jedoch ungeklärt. Stroß (Stroß 2006 in: Deutscher Bundestag (2009), S. 244) beschreibt das Vorgehen als den Import medizinisch definierter Ziele in die sich daran orientierende erzieherische, pädagogische und bildende Praxis als „Gesundheitspädagogik erster Ordnung“ und impliziert damit die direkte Verbindung von Medizin und Pädagogik. Gesundheitsbildung wirkt somit auf der Appellebene, Medizin im konkreten Fall. Genau dort liegt das Primat der Wirksamkeit¹³.

Gleichsam ist die Notwendigkeit medizinischer Sensitivität für professionelle Pädagogen auch in der Erwachsenenbildung gegeben. SGB IX, § 33 (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) verweist explizit darauf, die Erwerbsfähigkeit Behinderter oder von Behinderung bedrohter Erwachsener zu verbessern, herzustellen oder wieder herzustellen. Das Maßnahmenpaket umfasst im Besonderen die:

- Berufsvorbereitung
- innerbetriebliche Qualifizierung
- Anpassungsfortbildung
- berufliche Ausbildung.¹⁴

¹³ Vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 244.

¹⁴ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) (2001).

Analog zur vorhergehenden Diskussion scheint es deshalb zunächst plausibel, auch von einem Pädagogen in der Erwachsenenbildung die differenzierte medizinische Kenntnis zu der Person zu besitzen, welche die Bildungsmaßnahme in Anspruch nehmen soll. Die Spezifik der Erwachsenenbildung ist derzeit jedoch nicht konkret abgrenzbar. Tippelt schreibt dazu, dass die Erwachsenenbildung zunächst als Weiterbildung in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens integriert ist, sich damit kohärente Strukturen nicht identifizieren lassen. Insofern kann auch keine Kontinuität im Bildungsprozess dargestellt werden. Verallgemeinernd bleibt festzustellen, dass Erwachsenenbildung in Form von Ausbildung eher dem Bereich der beruflichen Bildung zuzuordnen und daher schulisch institutionalisiert ist. Insofern stellt medizinische Sensitivität hier eine wünschenswerte Erweiterung professioneller pädagogischer Kompetenz dar. Erwachsenenbildung in Form von Aufstiegs- und Anpassungsqualifizierungen, s. g. Weiterbildung, unterliegt wesentlich seltener institutionellem Zwang, was sich auch auf die Auswahl Lehrender auswirkt. Es kann somit keine professionelle pädagogische Kompetenz erwartet werden. Medizinische Sensitivität ist hier eher nicht implementierbar. Im Verlauf der Arbeit wird deshalb Erwachsenenbildung mit beruflicher Bildung assoziiert.¹⁵

Weiterhin muss in der Konsequenz unterstellt werden, dass die Wirksamkeit der Medizin nicht allein auf ärztliches Handeln begrenzt werden kann.

Meyer-Abich führt dazu aus, dass die für eine umfassende Gesundheitspolitik notwendige Kompetenz weit über das medizinische „eigentliche Gesundheitswesen“, das eigentlich keins ist, hinausgeht (WHO 1999 Bericht Gesundheit 21 in: Meyer Abich 2010, S. 51).

„Menschen bleiben gesund, wenn sie zuversichtlich sind, dass sie mit ihrem Leben zurechtkommen und dass ihr Leben einen Sinn hat, wenn sie über entsprechende (geistige, körperliche, seelische, soziale und materielle) Mittel verfügen, um alle an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen. Von Kindheit an muss ein Gefühl des Zusammenhalts und der Zugehörigkeit entwickelt werden.“¹⁶

Krankheiten treten regelhaft mit psychischen und physischen Komponenten auf, die eine existiert, bis auf wenige Ausnahmen, nie ohne die andere. Eine Krankheit einseitig zu unterdrücken, kann demnach einem Patienten schaden. Häufig stellt sich die psychische Komponente als Bedürfnis nach Entlastung und Schonung, aber auch als Vermeidung dar, so wie man dies auch bei allen anderen Lebewesen beobachten kann. Im Gegensatz zu Letzteren wird bei Menschen auch der sekundäre Krankheitsgewinn, z. B. die verstärkte Zuwendung zum Subjekt nachgewiesen. Da zu unterstellen ist, dass der Zustand völliger

¹⁵ Vgl. Tippelt 2010, S. 405.

¹⁶ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 51.

Gesundheit selten zu erreichen ist, verläuft unser Leben mehr oder weniger pathologisch. Meyer-Abich führt dazu aus: Die Medizin gibt diesen pathogenen Situationen Namen, nennt diese Symptome. Das Symptom ist somit nicht nur nähere Bezeichnung einer Krankheit sondern die Krankheit selbst¹⁷.

Der Blickwinkel auf Krankheit hat sich dabei für das Subjekt als auch für die Gesellschaft geändert. Eine Krankheit gilt heute als geheilt, wenn die Symptome der Krankheit erfolgreich bekämpft wurden. Dennoch konnte bereits aufgezeigt werden, dass an Stelle erfolgreich bekämpfter Symptome immer andere treten. So kann heute die KiGGS nachweisen, dass zwar Infektionskrankheiten bei Kindern drastisch abnahmen, gleichzeitig jedoch die Anzahl physisch-chronischer und auch psychisch-chronischer Krankheiten zunimmt.

Im Gegenteil kann bis heute festgestellt werden, dass es der Medizin nicht gelingt, Alltagskrankheiten erfolgreich zu heilen. Kopf- und Gliederschmerzen, Husten und Schnupfen sind heute wie vor hundert Jahren nur begrenzt zu lindern. Erfolgreich ist die Medizin eigentlich nur dort, wo technische Lösungen das Kranksein relativieren oder bestimmte Symptome chemisch unterdrückt werden und Krankheit auf einem akzeptablen Lebensniveau gelebt wird¹⁸.

Neben der symptomatischen Perspektive steht auch die Beziehungsebene zur Kritik. Nicht selten ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Grundsatz auf die gestörte Gesundheit und auf den Einzelfall des Patienten bezogen. Die Betrachtung des Patienten in seinem biographischen Kontext ist unter diesen Bedingungen nicht möglich. Im Gegensatz dazu forderten bereits die Hippokratiker, den Patienten mit seinen Symptomen in seiner sonst üblichen Umwelt zu behandeln, da die Krankheitsentstehung in dessen Umwelt stattfand und letztlich einen Bruch darstellt¹⁹.

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient sollte daher ganzheitlich erfolgen. Die Kompetenz des Arztes macht es diesem möglich, das Krankheitserleben eines Patienten nachzuvollziehen. In den älteren medizinischen Lehrbüchern wird vom kundigen Blick auf die Symptome, von der „Prima vista“-Diagnostik gesprochen. Heute sind diese Fähigkeiten

¹⁷ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 72 f.

¹⁸ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 78.

¹⁹ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 117.

weitestgehend den technisch gestützten Diagnostiken gewichen. Ein einfaches Beispiel soll dies verdeutlichen.

Ein 45-jähriger Patient geht zu seiner Hausärztin. Im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung empfiehlt die Ärztin, ein EKG durchzuführen. Der Patient ist völlig beschwerdefrei, willigt jedoch, da er Raucher ist, ein. Am Abend meldet sich die Hausärztin. Nach Auswertung des EKG stellte sie die zweifelsfreie Diagnose Herzinfarkt. Trotz dringender Mahnung beschloss der Patient, sich nicht einweisen zu lassen, versprach jedoch, einen Kardiologen zu konsultieren. Dieser (schon ältere Arzt) bestätigte nach wenigen Augenblicken die vollständige Gesundheit des Patienten und verordnete dagegen eine bewusste Stressreduktion verbunden mit aktiven Entspannungsübungen²⁰.

Es bleibt festzustellen, dass Krankheit und Gesundheit, die Lebensfähigkeit an sich, nicht ohne Zugehörigkeit zu anderen, zur Familie, zu Freunden, zu Institutionen existiert. Somit kann man sowohl psychisch als auch physisch nicht allein krank sein. Krankheiten, so Meyer-Abich, bestehen zwischen den Menschen, sind Charaktere des Menschen.

Es kann gefolgert werden, dass Krankheit nicht auf die Behandlung mittels ärztlicher Kunst begrenzt werden kann, da Krankheiten unter anderem eine soziale Dimension haben, an der auch andere Menschen teilhaben. Es kann ebenfalls sein, dass ein ärztlich als krank bezeichneter Mensch von seinen Mitmenschen als völlig unauffällig wahrgenommen wird, da die medizinisch fassbaren Zeichen nicht Bestandteil der Lebenswelt sind²¹.

Gesundheit und Krankheit sind via medizinischer Definition gesetzt. Solange dem Arzt die alleinige Kompetenz zur Feststellung von Krankheit zugebilligt wird, müssen der Patient im Speziellen und die soziale Gemeinschaft im Allgemeinen damit leben, dass Krankheiten auf Krankheitszeichen reduziert sind, die in den jeweiligen Fachgesellschaften unterschiedlich bewertet bzw. auf die fachspezifischen Relationen begrenzt werden²².

Die in vielen Veröffentlichungen nachzulesenden Reporte über die Indikationsstellung von Krankheit finden sich unter anderem bei Meyer-Abich. Patienten gehen häufig zum Arzt, weil sie sich nicht wohl fühlen, ohne den unmittelbaren Grund zu erkennen. Die diagnostischen Routinen bringen oft Erstaunliches zu Tage. Indikatoren wie die Zuckerwerte, Cholesterinwerte, Blutdruckwerte, Blutwerte weisen bestimmte Grenzen auf. Werden eine dieser Grenzen überschritten und Einzelfaktoren summiert, wird eine

²⁰ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 118.

²¹ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 244.

²² Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 255.

Krankheit konstruiert, die mit dem eigentlichen Beschwerdebild wie Husten, Kopf- und Gliederschmerzen gar nichts zu tun hat²³. Meyer-Abich schreibt dazu: „Was hier aber zu hoch ist, unterliegt weitgehend der Definitionsmacht der Mediziner – abgesehen davon, dass beim Cholesterin paradoxerweise zwei Werte addiert werden, von denen der eine möglichst niedrig und der andere möglichst hoch sein soll“ (Meyer-Abich 2010, S. 256).

Auch die ökonomischen Aspekte der ärztlichen Medizin verdienen eine angemessene Kritik. Ein wichtiges Merkmal effektiver Kosten-Nutzenrelationen sind opportune Kosten. Opportune Kosten entstehen immer dann, wenn ein bestimmtes Ziel nicht mit der effizientesten Methode erreicht wird und dem Betroffenen dadurch ein Nutzen oder besser Mehrwert verloren geht. Wenn es möglich ist, einem asthmakranken Schüler mittels eines ausgebildeten Pädagogen die bestmögliche Integration in den Schulalltag zu ermöglichen, seinen Mehrwert an Bildung und Sozialisation damit zu erhöhen, ihm eine umfassende Aktivität und Partizipation anzubieten, ist dieser Mehrwert deutlich höher, als wenn der gleiche Schüler aufgrund ärztlicher Konsultationen permanent schulunfähig ist, zu rehabilitativen Zwangsmaßnahmen verpflichtet wird und letztendlich den Anschluss an sein soziales Umfeld Schule verliert. Dabei kann unterstellt werden, dass der Aufwand an pädagogisch-medizinischer Betreuung deutlich kostengünstiger ist als der ärztlich-therapeutische und rehabilitative Aufwand²⁴.

In der Konsequenz kann und soll hier nicht die Schlüsselrolle der Medizin in Frage gestellt werden; deren Leistungen sind unbestritten. Es muss jedoch gefragt werden, inwiefern medizinische Kompetenz den Ärzten allein zusteht. Außerhalb der Medizin und deren pflegerisch-therapeutischen Berufsgruppen sind es professionelle Pädagogen, die im Rahmen von Bildungsprozessen in deutlich größerem Umfang als bisher und nicht nur auf die Gesundheitsbildung begrenzt, medizinische Dienstleistungen erbringen können²⁵. Eine bereits erläuterte Schnittstelle zeigt der aktuelle Bericht zur Situation der Gesundheit, des sozialen Wohlbefindens und der Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf.

²³ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 270.

²⁴ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 270.

²⁵ Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 272.

1.2 Zielstellung der Arbeit

Das Ziel der Arbeit liegt im Nachweis der Notwendigkeit, die pädagogische Kompetenz um die Domäne der medizinischen Sensitivität zu erweitern, und konzeptionell aufzuzeigen, wie und an welcher Stelle des Kompetenzerwerbs das dazu notwendige Wissen zu erlernen und die praktischen Fähigkeiten zu erwerben sind. Dazu wird folgende Kernthese erhoben.

Medizinische Sensitivität wird dabei als die Fähigkeit angenommen, bei Vorliegen kognitiver, emotiver, sozialer oder volitionaler Defizite bei Educanden, mittels medizinisch-diagnostischer Methoden eine fragliche Erkrankung als solche erkennen zu können.

Dabei werden grundlegende Wissenskomponenten der Medizin wie Anatomie, Physiologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre sowie die Fähigkeiten Ätiologie, Pathogenese und Symptome zu einer zumindest experimentellen Diagnose synthetisieren zu können, mit empathischen Fähigkeiten vereint. Medizinische Sensitivität ist somit eine Komponente der sozialen und Selbstkompetenz professioneller Pädagogen.

In der vorliegenden Arbeit soll zuerst eine differenzierte Analyse der Lehrerbildung dazu dienen, den bestehenden Diskurs zwischen Standard, Kompetenz und Qualifikation zu erläutern, sowie Möglichkeiten der Hierarchisierung aufzuzeigen. Dabei sollen die Determinanten aus steuernden Systemen, Institutionen und Individuen in ihrer Wechselwirkung erläutert werden. Die aktuellen Diskurse berücksichtigend werden verschiedene Kompetenzmodelle diskutiert. In der Konsequenz ist die Frage nach „der Lehrerkompetenz“ zu beantworten. Auf dieser Basis erfolgt anschließend die Analyse der von der Kultusministerkonferenz 2004 definierten Standards und Kompetenzen in der Lehrerbildung. Als anschlussfähiges Kompetenzmodell sollen die Standards der Lehrerbildung hinsichtlich der Erweiterung des Kompetenzverständnisses professioneller Pädagogen untersucht werden. Unter Berücksichtigung der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen werden die Gesundheitsstörungen der Kinder und Jugendlichen zum Anlass genommen, Perspektiven und Aspekte der Lehrerkompetenz um die medizinische Sensitivität als notwendigem Bestandteil professioneller pädagogischer Handlungskompetenz zu erweitern und diese zu begründen. Dazu werden die der pädagogischen Kompetenz zugrunde liegenden Determinanten Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose, Selbstreflexion und professionelles Selbstverständnis²⁶ grundlegend analysiert. In einer weiteren Näherung werden die Grenzbereiche der Pädagogik

²⁶ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S. 17.

untersucht und auf die bestehenden Kompetenzdiskurse angewendet. Über das Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) erfolgt die Vernetzung der Erkenntnisse aus Kompetenzforschung, Gesundheitswissenschaften, sowie der Neuro-, Sozio- und Evolutionsbiologie und der Vergleich mit medizinisch intendierten Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Vor allem die Biowissenschaften bieten hierzu in den letzten Jahren Schnittstellen zwischen Pädagogik und Medizin an. Die aus dem theoretischen Diskurs resultierenden Thesen sind sodann durch Forschungsergebnisse, durchgeführt mit angehenden Diplompädagogen der Universität Rostock, zu belegen. Abschließend soll das erörterte Kompetenzkonzept der medizinischen Sensitivität genutzt werden, Realisierungsmöglichkeiten einer auf die pädagogische Professionalität bezogenen Fortbildung aufzuzeigen. Aus dem gegebenen Diskursstand soll als Desiderat die Wirksamkeit medizinischer Sensitivität und bildungswissenschaftlicher Lehrkompetenz bewiesen werden. Die vorliegende Konzeptstudie liefert somit einen Beitrag zur pädagogischen Professionsforschung.

1.3 Gesellschaftliche, situative und reflexive Bedingungen professioneller Pädagogen

Gesellschaftliche Entscheidungen, getragen durch die Bildungsgesetzgebung der Länder sowie diverse Schul-, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, nehmen Einfluss auf pädagogisches Denken und Handeln. Die Auswirkungen erstrecken sich dabei auf Lehrpläne und Lehrziele, die Lehrerbildung, und letztendlich auf die Organisation des Schul- und Lehrbetriebes. Dieser gesamtgesellschaftliche Konstitutionszusammenhang²⁷ von Unterricht und Erziehung bestimmt sich daher über die Regelung sozialen Handelns sowie die Standardisierung und Organisation von Unterrichts- und Bildungsprozessen. Für die Akteure dieser Handlungen ergeben sich daraus Anforderungen, die in der aktuellen Professionsforschung teilweise kontrovers als Lehrerstandards, Lehrkompetenzen und/oder Lehrerqualifikationen definiert werden. Somit wirken sich gesellschaftliche Entscheidungen auf die Bildungsorganisationen und die in ihnen Handelnden aus.

Sowohl allgemeinbildende und berufliche Schulen als auch die Institutionen der Erwachsenenbildung sind als Organisationen legitimiert, Prozesse der Enkulturation und Sozialisation intendiert zu nutzen, um Individuen an tradierte, aktuelle und perspektivische Bildungsinhalte, soziale Normen und Werte heranzuführen. Im Fokus dieser Entwicklung steht in letzter Zeit das Verhältnis zwischen Individualisierung und

²⁷ Vgl. Ulich 1976 in Kron 2009, S. 32

Organisation²⁸. Die Einbindung des Individuums in die organisierte Bildung und Erziehung muss dabei die anthropologischen Voraussetzungen des Einzelnen reflektieren, seine endogenen und exogenen Bedingungen analysieren, welche den pädagogischen Gesamtprozess determinieren. In diesen Gesamtprozess hinein werden zunehmend gesundheitswissenschaftliche Aspekte reflektiert. Erste biologische und professionstheoretische Erkenntnisse gehen soweit, die Forderung nach einer medizinischen Wissensbasis zu explizieren.

Dies führt zu veränderten Anforderungen an die bisherigen Kompetenzen der Lehrenden. So werden heute auch Kompetenzen in Organisation, Administration, Ökonomie und Medizin beschrieben²⁹. Für den Lehrenden ist das insofern wichtig, als dass die gemeinsame Gestaltung des Bildungs- und Erziehungsprozesses zeigt, dass pädagogische Handlungen nicht einseitig möglich sind, sondern sich im Gegenteil erst aus der interdependenten Beeinflussung der Lehrer und der Lernenden ergeben. Damit wird die pädagogische Gesamtkompetenz des Lehrenden immer von der aktuellen Situation abhängig, und in der aktuellen Situation erkennbar bzw. beobachtbar sein. Dies setzt voraus, dass Lehrende über Fähigkeiten, Wissen und Handlungsrouninen verfügen müssen, deren gesamtheitliches Wirken allgemein als Kompetenz zu bezeichnen ist, und deren Wirksamkeit durch Performanz erkennbar wird. Diese interpersonelle Ebene³⁰ steht im Fokus der pädagogischen Professionsforschung. Der Diskurs zwischen der Allgemein- und Berufsbildung auf der einen, und der Erwachsenenbildung auf der anderen Seite findet sich nicht zuletzt durch die unterschiedlichen organisationalen Rahmenbedingungen in der Debatte um Qualifikationen und Kompetenzen sowie deren Bestimmungsgrößen wieder. So wie sich die gesellschaftlichen Entscheidungen auf die Entwicklung der Organisation auswirken, determiniert letztere die interdependente Handlung der Akteure. Bezogen auf die Lehrenden wirken die vorgenannten Prozesse auf diese als handelnde Subjekte. Im selbstreferentiellen, selbstorganisierten Individuum sind die Kapazitäten begründet, die notwendig sind, Qualifikationen und Kompetenzen zu erwerben, um Bildungs- und Sozialisationsprozesse zu bewirken. Es ist somit die Frage nach der Notwendigkeit von Persönlichkeitsstrukturen, Motiven, Eigenschaften, Fähigkeiten, Kenntnissen usw. zu stellen, um die Frage der Kompetenz bzw. Kompetenzentwicklung zu beantworten.

²⁸ Vgl. Merckens 2006 in Kron, 2009, S. 33.

²⁹ Vgl. Giesecke 2007, S. 35.

³⁰ Vgl. Ulich 1976 in Kron 2009, S. 33.

In den letzten 20 Jahren wird die Kompetenz von Lehrenden intensiv diskutiert. Dabei werden jedoch Diskurse auf der Grundlage verschiedener Kompetenzverständnisse geführt. Gemeinsam ist ihnen die Orientierung auf das ganzheitlich lernende Subjekt. Basierend auf den individuellen Kapazitäten werden zunehmend die sozialen Verhaltensweisen, Werthaltungen und innovatorischen Fähigkeiten berücksichtigt, wobei das Ziel in der umfassenden Handlungsfähigkeit der Lehrenden und Lernenden zu sehen ist. Im Gegensatz zur Allgemeinbildung finden sich in der Beruflichen Bildung, v. a. aber in der Erwachsenenbildung wirtschaftlich intendierte Forderungen an die Vermittlung von Bildungsinhalten und erwünschten sozialen Fähigkeiten. Einige Bildungsmaßnahmen haben deshalb mittlerweile den Fokus auf Identitätslernen und von der Bildungsvermittlung gerichtet³¹.

Auch wenn der Kompetenzbegriff den Qualifikationsbegriff als zentralen Begriff der bildungspolitischen Diskussion weitestgehend abgelöst hat, finden sich in der Anwendung der Begriffe häufig synonyme Verwendungen. Der Diskurs zwischen Kompetenz und Qualifikation kann dabei in der Retrospektive auf die pädagogische Anthropologie von Heinrich Roth zurückgeführt werden. Die Typologisierung der Teilbereiche Personal-, Sozial-, Methoden- und Fachkompetenz hat jedoch nicht dazu beigetragen, die Begriffe eindeutig abzugrenzen. In der Folge entstanden Diskussionen um Schlüsselqualifikationen, Kompetenzentwicklung, Standards und Professionalisierung, mit unterschiedlich stark ausgeprägten, wünschenswerten Eigenschaften, die sich in unterschiedlichen Domänen bewegen und zudem begrifflich nicht klar abgrenzbar sind. Prandini (Prandini 2002) führt dazu aus, dass die Abgrenzung des Kompetenzbegriffes über die Dynamik und die Subjektgebundenheit erfolgt. Diesem Begriff steht der eher statische, berufsbezogene Qualifikationsbegriff gegenüber. Kompetenz ist daher eine Determinante der Persönlichkeitsentwicklung.³² Somit kann implizit angenommen werden, dass subjektive Merkmale wie Erfahrungswissen, Dynamik, Handlungsorientierung, sowie Anwendungsfähigkeit und Anwendungswille die Kompetenz bestimmen.

Nieke (Nieke, Lehmann 2000) bezieht die allgemeine Kompetenzaussage domänenspezifisch auf Lehrer und grundlegend auf andere professionelle Pädagogen.³³

³¹ Vgl. Dewe 2005, S. 2

³² Vgl. Prandini 2002, S. 357.

³³ Vgl. Lehmann, Nieke 2000, S.8, Online im WWW unter URL: <http://www.bildung-mv.de/export/sites/lisa/de/publikationen/Handreichungen/text-lehmann-nieke.pdf> [Stand 28.12.2011].

Nach Nieke sollte professionelle pädagogische Kompetenz folgende Strukturmerkmale aufweisen³⁴:

- Die Fähigkeit gegebene Aufgaben sachgerecht zu bewältigen
- Die Verantwortung, gegebene Aufgaben nach geltenden Maßstäben (Standards, Anm. d. V.) effizient und effektiv zu erfüllen
- Die Zuständigkeit für die Erfüllung professionsbezogener Aufgaben auf der Grundlage ethischer Grundsätze.

Im Unterschied dazu führten Erpenbeck, von Rosenstiel (Erpenbeck, von Rosenstiel 2005) den prozessorientierten, wirtschaftsbezogenen Kompetenzbegriff ein. Danach ist Kompetenz die nachgewiesene fachlich-methodische, soziale und persönliche Fähigkeit, Kenntnis und Fertigkeit, die sich aus Lernprozessen ergibt und der beruflichen als auch persönlichen Professionalisierung nützlich ist.³⁵ Dem Kompetenzverständnis nach Nieke, Erpenbeck, von Rosenstiel liegen folglich nicht nur kognitive Elemente zugrunde, wie dem Qualifikationsbegriff immanent, sondern es finden sich auch motivationale, emotionale und volitionale Elemente wieder, deren elementare Einbindung in die subjektiven menschlichen Eigenschaften systemrelevant ist. Die von Weinert (Weinert 2001) als persönliche dispositive Eigenschaften bezeichneten Fähigkeiten³⁶ sind folglich Bestandteil jeglicher kompetenter Handlung. Erpenbeck, von Rosenstiel führen weiterhin aus, dass es kompetentes Handeln erlaubt, in zukünftigen, komplexen und v. a. unsicheren Situationen gegenständlich und gedanklich zu handeln. Kompetenz ist demnach als selbstorganisiertes Handeln zu verstehen, das von Regeln, Werten und Normen und der persönlichen Disposition des Handelnden abhängig ist.³⁷

Tatsächlich hat sich die Trennung zwischen Kompetenz und Qualifikation im Allgemeinen Sprachgebrauch aber kaum durchgesetzt. Selbst in erziehungswissenschaftlichen Texten (vgl. Arnold 1998) werden die Begriffe synonym verwendet.³⁸

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Interdependenz zwischen gesellschaftlichen, organisationalen, handlungsleitenden und individuellen Entwicklungen in ihrer Gesamtheit Einfluss auf die Prozesse der Bildung und Sozialisation nehmen, wobei derzeit eine

³⁴ Vgl. Nieke 2000, In: Lehmann, Nieke 2000, S 8-9.

³⁵ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2005, S. XX.

³⁶ Vgl. Weinert 2001, S. 27 ff.

³⁷ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2005, S. XIX.

³⁸ Vgl. Arnold 1998, S. 502.

verstärkte soziale Hinwendung auf das handelnde Individuum beobachtet werden kann. An die professionellen Pädagogen ergeben sich daraus Forderungen nach einer umfassenden Handlungsfähigkeit. Im Gegensatz dazu birgt die wirtschaftsorientierte Diskussion um Qualifikationen und Standards, die Gefahr der Instrumentalisierung und die Hinwendung zur - Machbarkeit von Kompetenzen.³⁹ Vor dem Hintergrund dieser Gegebenheiten hat es sich die Kultusministerkonferenz (KMK 2004) zur Aufgabe gemacht, die Qualität schulischer Bildung zu sichern, und verbindliche Kompetenzbereiche und Ausbildungsstandards zur Lehrerbildung empfohlen.⁴⁰

1.4 Schule und Gesundheit

Kulturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen des schulischen Lernprozesses basieren auf intrinsischen (Konstitution, Disposition, Intelligenz, Adaption) und extrinsischen (Familie, soziale Systeme, Psyche, physikalisch-chemisch-biologische Umwelt) Bedingungen. Schulerfolg ist von der Einheit der intrinsischen und extrinsischen Faktoren abhängig. Schulerfolge lassen sich deshalb nur unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten erzielen.

Das bedeutet für Kinder und Jugendliche, dass diese einen kompetenten Interaktions- und Interventionspartner in der Schule vorfinden müssen, der diese Bedingungen analysieren, interpretieren und gegebenenfalls gegen diese intervenieren kann.

Hurrelmann und Settertobulte (Hurrelmann, Settertobulte 2007) verweisen anlässlich eines Vortrages an der Universität Bielefeld auf die Notwendigkeit strategischer Gesundheitsförderung.⁴¹ Für Menschen im Allgemeinen, Educanden im Besonderen ist es nach der Auffassung von Hurrelmann, Settertobulte wichtig, Gesundheit als Balance zwischen endogenen und exogenen Anforderungen zu verstehen. Gesundheit bestimmt sich durch das Gleichgewicht dieser Faktoren und bedarf der permanenten Harmonisierung.⁴² Gleichzeitig impliziert diese Erkenntnis, dass zwischen Gesundheit und Krankheit Wechselwirkungen bestehen, deren subjektive Bewältigungsfähigkeit⁴³ für einen nicht vorab definierbaren Zeitraum dazu führt, das Stadium der Gesundheit oder Krankheit zu erreichen. Hurrelmann, Settertobulte haben dazu erläutert, dass sich die Abhängigkeit somit aus dem Maß der

³⁹ Vgl. Harder 2002, S. 1.

⁴⁰ Vgl. KMK 2004, S. 1.

⁴¹ Vgl. Hurrelmann, Settertobulte 2007, Online im WWW unter URL: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/21.11.07.vortrag.hurrelmann.pdf> [Stand 01.08.2010].

⁴² Vgl. Hurrelmann, Settertobulte 2007, S. 3.

⁴³ Vgl. Bandura 1997; Hurrelmann Settertobulte 2007, S. 3.

Anforderung ergibt. Sowie sich ein Übermaß an biologischen, psychologischen oder soziologischen Anforderungen ergibt, verändert sich das Gleichgewicht aus Bewältigungsvermögen und Überforderung, Krankheit kann entstehen. Hurrelmann, Settertobulte beschreiben diesen Zustand als Veränderung in Richtung einer relativen Krankheit.⁴⁴

Die derzeit präferierten präventiven Ansätze für Gesundheitsförderung stehen dieser Imbalance jedoch relativ hilflos gegenüber. Dies resultiert einerseits aus der Tatsache, dass die Gesundheitswissenschaft ohne Reflexion auskommt, andererseits daher, dass diese Wissenschaft sich mit der Prävention begnügt, darüber jedoch die Gegenargumente der Medizin und die resultierende Protektion vergisst. Einen Ausweg bietet der salutogenetisch-protective Ansatz. Dieser erweitert den klassisch pathologischen Ansatz der Humanmedizin um die Bereiche der Aktivität und Partizipation sowie der Kontextfaktoren Umwelt und Persönlichkeit und nähert die Medizin der Gesundheitswissenschaft an. Das Verständnis und die Anwendung dieses erweiterten biomedizinischen Ansatzes lässt es zu, bislang medizinische Verantwortlichkeit auf die Personengruppen zu übertragen, welche in alltäglichen und speziellen, so auch schulischen Problemfeldern, die Verantwortung für den Gesundheitsgestörten übernehmen müssen.

Das Maß von Über- und Unterforderung der Schüler wird durch die Leistungsansprüche der Schule, der eigenen Persönlichkeit und durch das soziale Umfeld geprägt.

Die Schule kann daher als Vermittler zwischen den intrinsischen und extrinsischen Bedingungen gesehen werden. Wenn der Erziehungsauftrag der Schule in der Bildung und Sozialisation des Kindes bzw. Jugendlichen zu sehen ist, dann besteht auch die Notwendigkeit, dass die professionelle pädagogische Erziehung gesundheitsförderndes Handeln einbezieht. Wenn gezielte und bewusste Einflussnahme (in der Erziehung) als Normativ des Bildungsprozesses zu betrachten ist, dann ist auch zu berücksichtigen, dass die gesellschaftlichen Erwartungen, die Schullaufbahn möglichst erfolgreich zu gestalten, zu nachhaltigen psychischen, psychosomatischen und körperlichen Belastungen führen können⁴⁵, die den Status von Krankheit besitzen.

Auch hierfür muss die Schule Strategien der Wahrnehmung und Problemlösung anbieten. Im Unterschied zur Humanmedizin, die Kinder in Einzelfällen und i. d. R. nach Ausbruch von Krankheiten sieht, handelt die Schule in einer sehr großen Schnittmenge aus gesunden und kranken Schülern. Die dazu notwendigen Strategien sind dann effizient

⁴⁴ Vgl. Hurrelmann, Settertobulte 2007, S. 3.

⁴⁵ Vgl. Hurrelmann, Bründel 2003, Hurrelmann, Settertobulte 2007.

umsetzbar, wenn die professionell Handelnden nicht nur über Kenntnisse von Gesundheitsförderung verfügen, sondern wenn auch medizinische Grundkompetenzen vorhanden sind.

Die vorhandenen medizinischen Kompetenzen der professionell Handelnden verlieren sich in der basalen Kenntnis der Ersten Hilfe, wobei hierzu der „Erste-Hilfe-Schein“ zur Führerscheinprüfung häufig als ausreichend angesehen wird.

Vor dem Hintergrund, dass fünfzehn Prozent aller Notfälle an Schulen vorkommen⁴⁶, dass Notfälle wie Asthmaanfälle, Allergien und plötzliche Veränderungen chronischer Krankheiten den Tagesbetrieb in einer Schule determinieren und leider auch menschliche Katastrophen das Geschehen in der Schule beeinträchtigen, ist die Frage zu stellen, ob es nicht auch zum Erziehungsauftrag von Schule gehört, als kompetenter Partner der Ärzte und Notfallversorger zur Verfügung zu stehen. Das Erkennen von krankhaften Auffälligkeiten verlangt eine gemeinsame Sprache zwischen Ärzten, Laienhelfern und Lehrenden⁴⁷. Dies setzt eine professionelle Werthaltung, eine sachbezogene Beurteilungsfähigkeit, die institutionelle Einbindung und letztendlich einen professionellen Ausbildungshintergrund der Handelnden voraus. Dabei kann die notwendige medizinische Kompetenz von Lehrenden nicht als Ersatz für professionelles ärztliches Handeln betrachtet werden, jedoch als Entwicklungshilfe, als „entfaltungsorientierte Intervention“⁴⁸. Gerade Untersuchungen im Jugendbereich zeigen, dass deren Entfaltung gegenwartsorientiert und vor allem freizeitorientiert ist. Ergänzt durch eine mehr oder weniger große Distanz zu den Normen der Familie und der Schule liegen hier besondere gesundheitliche Gefahren, die eine Intervention zur Sicherung des Gesundheitszustandes sinnvoll erscheinen lassen⁴⁹. Dieser Ansatz soll an anderer Stelle weiter vertieft werden. Schulen werden ihrer Funktion als „Generator der Gesellschaft“⁵⁰ vor allem dann gerecht, wenn die dort professionell Lehrenden nicht nur ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag nachkommen, sondern wenn sie die Schule auch schüler- und familienorientiert gestalten⁵¹. Dazu gehört im Besonderen, dass Lernende in der Schule einen Ort finden, an dem sie nicht nur lernen, sondern sich auch zu Hause fühlen⁵². Schule bedeutet für die Lernenden, dass diese hier auch einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen. Die Lernenden müssen demzufolge in der Schule eine gleichmäßige, verlässliche Betreuung

⁴⁶ Vgl. Karutz, H.; Lasogga, F. 2008, S. 7 ff.

⁴⁷ Vgl. Hurrelmann, Bründel 2003, S. 156 ff.

⁴⁸ Vgl. Strauß, Berger, von Troschke 2004, S. 51.

⁴⁹ Vgl. Winkler, Ch. 2005, S. 47.

⁵⁰ Vgl. von Henting 1993.

⁵¹ Vgl. Bulmahn, 2002.

⁵² Vgl. Holtappels 1994, S. 107 ff.

erwarten, welche die physisch und psychisch schwankende Leistungsbereitschaft berücksichtigt und ein besonderes Verständnis der Bedingungen des Aufwachsens der Kinder und Jugendlichen aufweist, nicht nur methodisch-didaktisch gesicherte Betreuung in Unterricht und Freizeit anbietet, sondern auch den Gesundheitszustand des Lernenden einschätzen kann. Somit bietet eine die biomedizinische Grenze überschreitende, komplexe humanwissenschaftliche Perspektive nicht nur medizinisch fundierte Sicherheit für Lehrende, sondern auch Vertrauen für Lernende. Das Erkennen emotionaler Erscheinungen (Angst, Depression, Passivität, Schonung) ist zum Beispiel eine wesentliche Voraussetzung, Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten richtig einschätzen zu können, da diese in der Phase der Progredienz in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt sind⁵³.

Die Kenntnis somatischer Erkrankungen ermöglicht dem Lehrenden die Entwicklung eines Verständnisses darüber, dass die Klagen der Lernenden Ausdruck von Hilflosigkeit, Bitte um Unterstützung aber auch Selbstdarstellung und Identitätsbildung sein können⁵⁴.

Der Lehrer muss also gesundheitliche Krisen im Zweifelsfall einschätzen können. Diese Forderung steht derzeit jedoch noch im Dissens zur geltenden Rechtslage. Hier ist davon auszugehen, dass die Privatsphäre des Lernenden ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten nicht veröffentlicht werden darf. Im Rahmen des pädagogischen Professionsverständnisses ist es durchaus überlegenswert, den Grad der Professionalisierung durch Erweiterung des Kompetenzrahmens eines Lehrers zu entwickeln, dem Lehrenden eine volle Verantwortlichkeit des Tun's zu ermöglichen.

Das bisher propagierte Konzept der Gesundheitsförderung basiert auf der salutogenetischen, lernzielorientierten oder auch projektbezogenen Aufklärung und Prävention gesundheitlicher Risiken. Der präventive Ansatz berücksichtigt jedoch nicht, dass Krankheiten bei Lernenden bereits eingetreten oder lange vorhanden sind. Auch die routinemäßige ärztliche Untersuchung (einmal jährlich) in den Schulen ändert daran wenig.

Vor dem Hintergrund eines mangelnden Gesundheitsbewusstseins vieler Kinder und Jugendlicher, der geringen Effektivität der bisherigen Gesundheitserziehung⁵⁵ und der Zunahme chronischer Krankheiten und bestehender gesundheitlicher Risiken⁵⁶, ist es daher notwendig, dass die derzeitigen gesundheitsrelevanten Kenntnisse der Lehrenden durch Kenntnisse über Krankheiten erweitert werden sollten.

⁵³ Vgl. Strauß, Berger, von Troschke 2004, S. 25.

⁵⁴ Vgl. Strauß et al 2004.

⁵⁵ Vgl. Priebe et al 1993, S.18 ff.

⁵⁶ Vgl. KIGGS 2007.

Die Schule ist Arbeitsplatz, Schülerplatz und Lebensraum für Lernende und Lehrende. In diesem Raum leben einerseits Kinder und Jugendliche, die trotz (oder wegen) des westlichen Lebensstandards alarmierende gesundheitliche Probleme aufweisen.

Dies wurde aktuell durch die repräsentative Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (vgl. KIGGS 2007) zweifelsfrei bewiesen. Andererseits sind in diesem Lebensraum Lehrende tätig, die sich für die Gesundheitserziehung nicht kompetent ausgebildet fühlen⁵⁷ und bis auf autodidaktisch erworbene medizinische Kenntnisse über keine krankheitsbezogenen Kompetenzen verfügen.

Bereits der auffordernde Charakter der WHO, beide Klassifikationen von Gesundheit (ICF) und Krankheit (ICD 10) als praktikable Alltagshilfe zu verwenden, unterstreicht die Notwendigkeit, nicht nur Kenntnisse von Gesundheit anzuwenden, sondern diese auch mit der Kenntnis von Krankheiten zu vergleichen. Informationen über gesundheitliche Störungen bedürfen der Informationen über Krankheiten⁵⁸. Das resultierende Verständnis der mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängenden Faktoren stellt somit eine Hilfe für Anwender, also auch Lehrende dar.

Mit dieser Aussage wird nicht unterstellt, dass Lehrende über ärztliche Fähigkeiten verfügen müssen. Institutionalisierte Gesundheitsförderung ist Sache der Mediziner und Psychologen. Diesen ist es auch überlassen, originäre Tätigkeiten an die Personen zu delegieren, die über das notwendige Maß an Verantwortung und Fachlichkeit verfügen. Wird die anwaltliche Vertretung gesundheitsbezogener Interessen der Kinder und Jugendlichen sowohl im Sinne des umfassenden biopsychosozialen Wohlbefindens als auch die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede, einhergehend mit der individuellen Beachtung der persönlichen Schülerumwelt, darauf bezogen, ist es auch Handlungsauftrag der Schule, medizinisch ausgebildete Lehrende dementsprechend zu bilden. Neben der Förderung der Selbstwirksamkeit von Lernenden ist die Tatsache zu berücksichtigen, dass es dem Arzt nicht möglich sein wird, alle Beobachtungen selbst durchführen zu können, und dass es in der Folge mit dem notwendigen Wissen geschulte Helfer geben sollte, die den Arzt, vor allem bei dessen Nichtanwesenheit, unterstützen oder vertreten können⁵⁹.

Der präventiv intervenierende Ansatz der Gesundheitsförderung⁶⁰ muss deshalb, um die Wechselwirkung von Körperfunktion und Körperstruktur sowie Aktivitäten und

⁵⁷ Vgl. Priebe et al 1993, S. 43 ff.

⁵⁸ Vgl. ICF 2002, Online im WWW unter URL: ICF_endfassung-2005-10-01[01].pdf [Stand: 11.02.2009].

⁵⁹ Vgl. von Uexküll, Wesiack 1998, S. 32.

⁶⁰ Vgl. von Ribnitz et al 2001, S. 40.

Partizipation⁶¹ verstehen zu können, über „grundlegendes Wissen über Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, die Verfügbarkeit wichtiger Fähigkeiten der Selbsthilfe und der Heranziehung von Unterstützung verfügen“⁶². Die Ergänzung um protektive und gegebenenfalls intervenierende medizinische Elemente scheint somit notwendig.

Verbesserte Diagnose- und Therapieverfahren sichern auch vielen Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben. Die Möglichkeiten der ambulanten medizinischen Intervention verhindern weitgehend langwierige Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalte. Die Sonderung der Betroffenen weicht in diesem Zusammenhang dem Besuch und der Integration in eine Allgemeinbildende Schule, häufig bis zum Abitur. In diesem Zusammenhang verweist Lange darauf, dass Leistung und Disziplin bereits hohe Ansprüche an gesunde Schüler stellen, sich im Gegensatz dazu weitaus höhere psychosoziale Krankheitsauswirkungen für chronisch kranke Schüler ergeben. Auf diese Konfrontation werden Lehrkräfte weder im Studium noch in Fort- und Weiterbildungen vorbereitet.⁶³ Weiterhin ist den Ausführungen Langes zu folgen, dass von Lehrenden ein hohes Maß soziale Anpassungsbereitschaft und ein adäquater Umgang mit betroffenen Schülern abverlangt wird. Umfassende Informationen über die relevanten Krankheitsbilder sind dazu unverzichtbar, reichen jedoch, so Lange, keinesfalls aus, um körperliche und oder psychische Aspekte beurteilen zu können.⁶⁴ Eine wesentliche Möglichkeit sieht Lange in der engen Zusammenarbeit zwischen Arzt, Eltern und Lehrern, da letztere ein individuelles Förderkonzept umsetzen, und vor Verunsicherung im Handeln geschützt werden sollen.⁶⁵ Lehrer werden somit zu Erfüllungsgehilfen des Arztes. Vor allem die körperliche Versehrtheit chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, kombiniert mit einer mehr oder weniger häufigen Medikamenteneinnahme, ist häufig nicht sofort erkennbar. Über- aber auch Unterforderung der Betroffenen sind somit vorprogrammiert. Auch wenn LANGE nicht von direkten oder indirekten Handlungseffekten spricht sondern von pädagogischer Beratung im Sinne der einer Einstellungs- und Entscheidungshilfe (was m. E. eine indirekte Handlung ist), so stellt diese Forderung doch einen veränderten Anspruch an die professionelle pädagogische Kompetenz, den Anspruch, dass professionell Lehrende über

⁶¹ Vgl. ICF 2002, S. 13.

⁶² Vgl. von Ribnitz et al 2001, S. 40.

⁶³ Vgl. Lange in: Schmitt, Kammerer, Harms 1996, S. 31.

⁶⁴ Vgl. Lange in: Schmitt, Kammerer, Harms 1996, S. 32.

⁶⁵ Vgl. Lange in: Schmitt, Kammerer, Harms 1996, S. 33.

eine medizinische Sensitivität verfügen sollten.⁶⁶ Zur Umsetzung der Forderung wird an die Schulbehörden die Forderung gestellt, die Lehreraus- und -fortbildung um das Wissen von chronischen Erkrankungen zu erweitern und die Lehrer während ihrer Aus- und Fortbildung zu befähigen, die Kernkompetenzen Didaktik und Methodik an den individuellen Gegebenheiten des Schülers auszurichten (so auch des kranken Schülers) und die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen zu entwickeln.⁶⁷

In den folgenden Kapiteln sollen wesentliche Unterschiede hinsichtlich der gesellschaftlichen, situativen und reflexiven Bedingungen professioneller Pädagogen in den Bereichen Vorschule, Allgemeinbildende Schule, Berufsschule und Erwachsenenbildung näher erläutert und auf die Zusammenhänge zwischen den Schulformen und Krankheiten von Kindern und Jugendlichen analysiert werden.

1.4.1 Vorschule und Gesundheit

Im Vergleich zum professionellen pädagogischen Verständnis an Allgemeinbildenden und Berufsschulen gibt es in der Literatur zwei pädagogische Bereiche, die scheinbar aus ihrem professionellen Selbstverständnis heraus über eine ausgeprägte medizinische Sensitivität verfügen. Zum einen gibt es den Bereich der Sonderpädagogik, der sich mit chronisch kranken, behinderten oder von Krankheit und Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Dort tätige professionelle Pädagogen haben im Regelfall fundierte medizinische Kenntnisse zu typischen Krankheitsbildern, und es finden sich theoretische und praktische Konzepte, medizinisches Wissen in die pädagogische Praxis zu transferieren.

Stellvertretend seien Otto Speck⁶⁸ und Thomas Hülshoff⁶⁹ genannt, die sich wissenschaftstheoretisch mit dieser Domäne auseinandersetzen. Im Verlauf der Arbeit wird darauf Bezug genommen. Die sonderpädagogische Domäne als solche soll jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein, da hierzu bereits reliable und valide Erkenntnisse vorliegen. Die zweite Domäne ist die Vorschulpädagogik, in der Literatur auch als Früh- oder Kindergartenpädagogik bezeichnet.⁷⁰

Im Unterschied zur Allgemeinpädagogik beschäftigt sich die Vorschulpädagogik mit einer exakt definierten Altersgruppe von drei Jahren bis zur Einschulung. Neben dem

⁶⁶ Vgl. Lange in: Schmitt, Kammerer, Harms 1996, S. 34.

⁶⁷ Vgl. Lange in: Schmitt, Kammerer, Harms 1996, S. 36.

⁶⁸ Vgl. Speck, O. 2003: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung.

⁶⁹ Vgl. Hülshoff, T. 2011: Basiswissen Medizin für die soziale Arbeit.

⁷⁰ Vgl. Dollase, R. 1978: Definition und Struktur der Früh- und Vorschulpädagogik.

reformpädagogischen findet vor allem der situationsorientierte Ansatz in den Kindertageseinrichtungen Anwendung. Damit geht der Anspruch einher, chronisch kranke, behinderte oder von Krankheit oder Behinderung bedrohte Kinder situativ in den erzieherischen Alltag zu integrieren.⁷¹ Sohns führt dazu aus, dass der medizinische Fortschritt, v.a. in der Früherkennung und der Neonatologie, in den letzten zwanzig Jahren dazu führte, dass die Anzahl behinderter Kinder deutlich zurückging. Gleichzeitig kann jedoch festgestellt werden, dass Verhaltensauffälligkeiten als Behinderungsform, und zivilisatorische Krankheiten bei Kleinkindern steigen.⁷² Untersuchungen an 6840 Kindergärtnerinnen, Anfang der 1990iger Jahre zeigten eindrucksvoll, dass die Betreuung dieser Kinder mit steigenden Belastungen und Überforderungen des Fachpersonals einhergehen.⁷³ Als gesellschaftliche Reaktion wurden integrative Kindertagesstätten eingerichtet, die in Ostdeutschland ca. 78 %, in Westdeutschland ca. 33 % aller Einrichtungen ausmachen. Des Weiteren wurden heil- und sonderpädagogische Konzepte entwickelt, die eine kindbezogene Alltagsbetreuung in den Mittelpunkt stellen und diese durch spezifische medizinisch-therapeutische Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, aber auch psychomotorische Übungen, begleiten.⁷⁴ Die konzeptionellen Überlegungen basieren auf dem Verständnis von medizinischer Prävention, im Sinne Antonowskys (Siehe Kapitel 5.8.1). Das heißt, nicht nur die Gesundheitswissenschaft kann als Bezugsdisziplin herangezogen werden, da es sich nicht um Verhinderung von Krankheit handelt. Hier geht es vielmehr darum, bestehende Krankheiten von Kindern therapeutisch und daher medizinisch intendiert zu begleiten. Die dafür nötigen Mitarbeiter sind durchweg medizinisch-therapeutisch qualifiziert, verfügen jedoch nur über pädagogische Grundkenntnisse, die sich im Regelfall aus den einschlägigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der jeweiligen Berufsausbildung ergeben.

Die mittlerweile erfolgte Einbindung der Vorschulpädagogik in die Bildungsforschung⁷⁵ hat zudem den Beweis erbracht, dass Prävention und soziale Inklusion behinderter und kranker Kinder, deren Entwicklung nachhaltig stärken und gleichermaßen auch für die Entwicklung gesunder Kinder förderlich sind. Mit der Etablierung der integrativ verstehenden Pädagogik entwickelt sich zudem der Anspruch, für alle Kinder medizinisch

⁷¹ Vgl. Sohns 2007, S. 1, Online im WWW unter URL:
http://www.nordhausen.de/uploads/media/4._Paedagogische_Konzepte_in_Kindertagesstaetten.pdf. [Stand 04.08.2011].

⁷² Vgl. Sohns 2007, S. 1-5.

⁷³ Vgl. Sohns 2007, S. 1.

⁷⁴ Vgl. Sohns 2007, S.9.

⁷⁵ Vgl. Sohns 2007, S. 13.

therapeutische Hilfen zur Verfügung zu stellen, um jede Form von Exklusion kranker oder behinderter Kinder auszuschließen, diese in Regelkindertagesstätten zu erziehen und zu bilden.⁷⁶ Begründet wird der integrative Ansatz mit vor allem sozial erworbenen Motivationsfaktoren und der daraus folgenden verbesserten Aktivität und Partizipation am Leben in der Gemeinschaft, einhergehend mit der Erkenntnis, dass auch kranke oder behinderte Kinder im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Interessen Kompetenzen erwerben, um ihr Leben eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu gestalten.⁷⁷ Das integrativ pädagogische Paradigma verbindet daher die klassische fachpädagogische Ausbildung mit medizinisch-therapeutischen Hilfen und führt konsequenterweise dazu, dass medizinisch-therapeutisches Wissen in den pädagogischen Alltag übernommen wird.⁷⁸ Unfälle und Bagatellerkrankungen, aber auch durchaus häufige Herz- und Lungenerkrankungen werden jedoch auch in der Vorschulpädagogik nicht thematisiert. Betrachtet man die Inzidenzen des von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projektes der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg und der Universitätsklinik Tübingen aus dem Jahr 2004, ist festzustellen, dass von 8307 Grundschulern 1175 (14,14 %) sich selbst als chronisch krank bezeichnen. Dabei untersuchte die Studie nicht die behinderten Kinder, sondern chronische Krankheiten, die bisher scheinbar selten statistisch erfasst werden. Neben Allergien und orthopädischen Erkrankungen finden sich gehäuft Asthma bronchiale und auch Herzerkrankungen. Krankheiten, die nicht in der Grundschule entstehen, sondern im Kleinkindalter und somit auch in Kindertageseinrichtungen auffällig werden müssten.⁷⁹ Ebenso interessant wie auffällig ist der Gesundheitsbericht Kindergesundheit im Vorschulalter der Stadt Köln. Scheinbar sind die Ergebnisse des KIGGS hier nicht bekannt. Im Gesundheitsbericht selbst werden Krankheiten bis auf Adipositas und sensomotorische Störungen schlichtweg nicht thematisiert und gesellschaftlich nicht reflektiert.⁸⁰ Insofern letztgenannte Krankheiten nicht in der Grundschule sondern in aller Regel im Klein- oder Kleinstkindalter entstehen, muss die Frage erlaubt sein, warum die bereits vorhandene medizinische Sensitivität nicht auch auf weitere, häufige Kinderkrankheiten angewendet wird.

⁷⁶ Vgl. Sohns 2007, S. 10.

⁷⁷ Vgl. Sohns 2007, S. 11.

⁷⁸ Vgl. Sohns 2007, S.13.

⁷⁹ Vgl.o.V.,Online im WWW unter URL:

<http://www.interklinischule.de/de/docs/ab/vortrag1.pdf>. [Stand 05.06.2011].

⁸⁰ Vgl. o.V., Online im WWW unter URL:<http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/1-1.pdf>. [Stand 05.06.2011].

1.4.2 Allgemeinbildende Schule und Gesundheit

In den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zu den Standards der Lehrerbildung findet sich ein professionelles Lehrerverständnis, das in dem bildungswissenschaftlichen Kontext aus Bildung und Erziehung zu verorten ist und dabei gleichsam sehr allgemein gehalten wird. Professionelle Lehrertätigkeit bewegt sich dabei im Spannungsfeld aus:

- Schulentwicklung
- Medien
- Kommunikation
- Diagnostik, Beratung und Beurteilung von Lernprozessen
- Leistungs- und Lernmotivation
- Differenzierung, Integration und Förderung
- Lernen, Entwicklung, Sozialisation
- Didaktik, Methodik.⁸¹

Dies sind sicherlich die Schwerpunkte der Ausbildung an Hochschulen und in der Folge des professionellen Selbstverständnisses. Sie zeigen jedoch auch ein mehr oder weniger geschlossenes System, welches sich selbst in die Schranken der Profession drängt und dabei wesentliche Aspekte derjenigen außer Acht lässt, für die Bildung und Erziehung maßgeblich sind; für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, als Educanden im Bildungsprozess. Professionelles Lehrerhandeln, im Kontext der von der KMK formulierten Schwerpunkte ist jedoch immer darauf angewiesen, dass diese Educanden auch bildungsfähig sind. Dies unter pädagogischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist sicherlich möglich. Dies unter dem Gesichtspunkt des umfassenden biopsychosozialen Selbstverständnisses zu beurteilen, dürfte professionellen Ansprüchen jedoch nicht entsprechen.

Schönknecht (Schönknecht 2005) führt in ihrer Analyse zur Innovationskompetenz von Lehrern aus, dass Lehrer ihre pädagogische Arbeit als spannend und befriedigend empfinden. Die Orientierung an langfristigen Zielen in der Entwicklung von Kindern, z.B. in den Bereichen Lern- und Arbeitsverhalten, und nicht an kurzfristigen Erfolgen sind dabei essenziell.⁸² Ebenso wichtig scheint dabei die Autonomie in der Unterrichtsgestaltung, als Voraussetzung für die Entwicklung des eigenen professionellen

⁸¹ Vgl. KMK 2004, S. 5, Online im WWW unter URL: http://www.sowi-online.de/reader/lehrrausbildung/lehrerbildung_kmk.pdf. [Stand 14.10.2010].

⁸² Vgl. Schönknecht 2005, S. 8.

Selbstverständnisses.⁸³ Professionstheoretisch ist dieses Selbstverständnis jedoch nicht fundamentiert. Wahre Professionalität ist nur dann möglich, wenn autonome Entscheidungen umfassend getroffen werden können. Dazu gehört auch das Vermögen, krankheitsbedingte Hemmnisse einschätzen zu können. Schönknecht führt weiter aus, dass Lehrer Hinderungen an der Umsetzung pädagogischer Konzepte als belastende Faktoren bezeichnet. Dazu zählen einerseits Kinder, deren Lernverhalten nicht in die Unterrichtsgestaltung passt. Ebenso groß scheint der Einfluss der eigenen Kinder auf das professionelle Selbstverständnis zu sein. Schönknecht führt dazu aus, dass die Erziehung der eigenen Kinder, das Wissen über Kinder und das Verständnis von deren individueller Entwicklung, die eigene Lehrerprofessionalität erheblich beeinflussen.⁸⁴ Implizit kann daher unterstellt werden, dass Lehrer auch die mehr oder weniger häufigen akuten Krankheiten und sicherlich auch chronischen Krankheiten der leiblichen Kinder in die Gestaltung von Unterricht mit einbringen. Es kann also eine im Einzelfall implizite medizinische Sensitivität angenommen werden. Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist es daher auch, implizite Annahmen über Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen, einer nicht quantifizierbaren Lehrermenge, qualitativ und explizit für professionell tätige Lehrer zu verallgemeinern.

Das Forschungsprojekt der PH Ludwigsburg und der Universität Tübingen erfasste in seiner Umfrage aus dem Jahr 2004 194 Schulen (inklusive Berufsschulen) aus den Landkreisen Reutlingen und Tübingen. Von den 62728 befragten Schülern, konnten 50326 den allgemeinbildenden Schulen zugeordnet werden (ohne Sonderschulen). Auch hier zeigt sich ein den Ergebnissen der Berufsschulen (siehe Kapitel 1.4.3) adäquates Bild. 7412 Kinder und Jugendliche bezeichneten sich selbst als krank. Das entspricht einer Quote von fast fünfzehn Prozent.

Als häufigste Krankheitsbilder werden, wie auch in der Berufsschule, Allergien, orthopädische Erkrankungen, Neurodermitis, Asthma bronchiale, gefolgt von psychischen und Herzerkrankungen genannt.^{85 86} Eine Generalisierung der Daten kann hier zwar nicht vorausgesetzt werden, jedoch ist zu vermuten, dass sich die Ergebnisse auch in beliebigen anderen Landkreisen erheben lassen.

Es kann somit gefolgert werden, dass gesellschaftlich relevante Erkenntnisse zu medizinischen Problemen von Kindern und Jugendlichen bekannt sind. Die Problematik

⁸³ Vgl. Schönknecht 2005, S. 9.

⁸⁴ Vgl. Schönknecht 2005, S. 16.

⁸⁵ o. V., Online im WWW unter URL: <http://www.interklinikschiule.de/de/docs/ab/vortrag1.pdf>. [Stand 02.10.2011].

⁸⁶ Die Daten wurden der im Internet zugänglichen Präsentation entnommen.

wird von professionellen Pädagogen jedoch nicht reflektiert, es sind Ärzte und Sonderpädagogen, die sich der Thematik nähern. Professionelles Handeln ist in fünfzehn Prozent aller Fälle Handlungen mit und an kranken Kindern und Jugendlichen. Situativ wird dies nicht erfasst.

Nieke (Nieke 2000) führt dazu aus, dass pädagogische Aufgaben im gesellschaftlichen Kontext entstehen und ihre Referenz durch die gesellschaftliche Entwicklung erhalten.⁸⁷

Wenn die gesellschaftliche Entwicklung zu der Erkenntnis gelangt, dass ein nicht unerheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen in Bildungseinrichtungen chronisch krank ist, wobei der Anteil akuter Krankheiten deutlich höher sein dürfte, dann müssten auch professionelle Pädagogen dies erkennen und ihr professionelles Selbstverständnis um die medizinische Domäne erweitern. Da es sich um bereits kranke Educanden handelt, kann der präventive Ansatz der Gesundheitsförderung hier nicht geltend gemacht werden.

Zum situativen Handeln führt Nieke aus, dass Situationsdiagnose im pädagogischen Kontext häufig intuitiv und unsystematisch erfolgt. Um in konkreten Situationen, so auch in der Schnittmenge aus gesunden und kranken Kindern, handeln zu können, genügt es nicht, spontane Handlungen zu vollführen. Unterrichtsqualität ist dagegen von einer professionellen Situationsdiagnose, das heißt der direkten Handlungsfähigkeit mit Educanden und der indirekten Handlungsfähigkeit für die eigene Person, abhängig.⁸⁸

Nieke präzisiert seine Ausführungen dahin, dass die Diagnose einer pädagogischen Situation von:

- dem Körper und damit von allen biologischen Merkmalen,
- dem psychischen Apparat und damit dem Selbstkonzept aber auch der Selbstwirksamkeit im Umgang mit Krankheit,
- dem Raum und damit den Gegebenheiten Educanden aktiv und partizipativ zu integrieren und
- der Interaktion und somit von der Möglichkeit, sich über medizinische Sachverhalte zu verständigen, abhängig ist.⁸⁹

Sowohl die Ergebnisse des KIGGS als auch die Ergebnisse der Untersuchung der PH Ludwigsburg und der Universität Tübingen zeigen einen erheblichen Anteil an chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in Allgemeinbildenden Schule auf. In der aktuellen Professionsforschung wird dieses für die pädagogische Arbeit mit den Betroffenen

⁸⁷ Vgl. Nieke in: Lehmann, Nieke 2000, S. 9-13, Online im WWW unter URL: http://www.bildungmv.de/export/sites/lisa/de/publikationen/rahmenplaene/ergaenzende_texte/text-lehmann-nieke.pdf. [Stand 23.08.2011].

⁸⁸ Vgl. Nieke in: Lehmann, Nieke 2000, S. 9-13.

⁸⁹ Vgl. Nieke in: Lehmann, Nieke 2000, S. 9-13.

relevante Thema nicht reflektiert. Die unsystematische Situationsdiagnose, ohne medizinisch relevante Kenntnisse und Handlungsoptionen, lässt den Schluss zu, dass die gesellschaftliche und situationsdiagnostische Relevanz gegeben ist, die professionelle pädagogische Kompetenz um die Domäne der medizinischen Sensitivität zu erweitern.

1.4.3 Berufliche- und Erwachsenenbildung und Gesundheit

Während sich die Allgemeinbildende Schule durch Kontinuität und zweckfreie Bildung auszeichnet, ist die Berufliche Ausbildung im Regelfall durch die Dualität aus theoriegeleiteten und praxisgeleiteten Phasen gekennzeichnet. Darauf bezogen erlebt der Educand die zweckgebundene theoretische Ausbildung in der Berufsschule⁹⁰ und im Gegensatz dazu die erfahrungsbasierte, häufig von der Theorie abweichende Praxis. Rauner bezeichnet dies als Weg vom Nicht-Können zum Können, als individuellen Wachstumsprozess in einer Praxisgemeinschaft.^{91 92}

Im Gegensatz zur Allgemeinbildung kann weiterhin festgestellt werden, dass Berufsausbildung durch Heterogenität und veränderte Sozialstrukturen gekennzeichnet ist.⁹³ Historisch gewachsene Klassenverbände, wie in Grund- und Sekundarschulen üblich, finden sich während der Berufsausbildung nicht mehr. Gleiches kann für den Lehrer als Bezugsperson konstatiert werden. Der typische Klassenlehrer in der Allgemeinbildung kennt seine Schüler über viele Jahre und somit seine Schwächen und Stärken aber auch dessen Neigung zum Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Fachlehrer wechseln im Regelfall zum Schuljahreswechsel. Auch in der Berufsausbildung sind Unterrichtsfächer auf Lehrende verteilt. Bereits der Anspruch innerhalb des Fachgebietes lässt es und das im Einklang mit den Schulgesetzen der Länder jedoch zu, professionelle Pädagogen und semiprofessionelle Pädagogen nebeneinander tätig werden zu lassen. Der Klassenlehrer weicht dem Kursleiter, dessen Aufgabe sich auf die Organisation des Ausbildungsturnus in der Berufsschule begrenzen lässt. Innerhalb der Praxisphase wird die tägliche Anleitung der Berufsschüler über Lehrausbilder oder Praxisanleiter realisiert.

⁹⁰ Berufsschule wird hier synonym für alle in der beruflichen Ausbildung tätigen Schul- und Organisationsformen genutzt. Aufgrund landesrechtlicher Regelungen sind auch weiterführende oder adäquate Begriffe möglich.

⁹¹ Vgl. Rauner 2007, S. 61.

⁹² Im Zuge der derzeitigen noch uneinheitlichen Diskussion in der Erwachsenenbildung kann davon ausgegangen werden, dass die schulischen Formen zu den Ausbildungen in den Berufsschulen adäquat sind und somit der gleichen weiterführenden Argumentation unterliegen. Im Gegensatz dazu werden die vielfältigen dezentralen Angebote zur Aufstiegs- und Anpassungsqualifizierung hier nicht berücksichtigt.

⁹³ Vgl. Peters 2009, S. 114.

Der professionelle pädagogische Anspruch der Praxisanleiter verliert sich in einer wie auch immer gearteten pädagogischen Weiterbildung und dem individuellen Geschick des Anleitenden. Die soziale und emotionale Bindung zwischen Lehrer und Schüler der Allgemeinbildenden Schule weicht in der Berufsausbildung einer pluralen, dezentralen und heterogenen Vermittlung von Bildung. Damit sind Anforderungen an die Auszubildenden verbunden, die sich einerseits aus der steigenden Forderung nach Flexibilität und Mobilität, sowie dem eigenverantwortlichen Umgang mit individuellen und umweltbedingten Risiken ergeben. Andererseits bietet sich dem Lernenden die Chance der privaten, beruflichen bzw. gesellschaftspolitischen Selbstverwirklichung und somit ein entscheidender Schritt hin zu einem selbstbestimmten Leben. Die Berufliche Ausbildung muss diesen Anforderungen gerecht werden und dem Lernenden die dazu notwendigen Lebens- und Erfahrungsräume zur Verfügung stellen.⁹⁴ Ein weiteres heterogen bedingtes Risiko ergibt sich aus den sozialen, familiären und migrationsbedingten Hintergründen. Im Gegensatz zur behütenden Allgemeinbildenden Schule steigt das Risiko der Stigmatisierung oder Exklusion einzelner oder auch mehrerer Auszubildender erheblich an.⁹⁵ Zum Zeitpunkt der Berufsbildung ist der Auszubildende im Regelfall zwischen sechzehn und achtzehn Jahren alt. Soziale Normen und Rollen sind zu diesem Zeitpunkt bereits vorgeprägt und nehmen einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Verhalten in einer, zumindest am Anfang der Ausbildung, neuen heterogenen Gruppe. Zudem erfährt der Auszubildende gerade auch in dieser Zeit, die Vorzüge und Nachteile seiner Körperlichkeit, welche in einem permanenten Konkurrenzkampf zur Biologie anderer Auszubildender steht. Damit einhergehend verfügt der Auszubildende häufig auch schon über eine medizinische Karriere. In Abhängigkeit der Krankheitshäufigkeit, der Krankheitsschwere und der bis dahin resultierenden Selbstwirksamkeit in der Krankheitsbewältigung, können körperlich, sozial und psychisch erfassbare Normabweichungen zur Verstärkung bestehender Stigmata und ggf. zur Exklusion des Betroffenen führen. Für die Berufsschule stellen die dargelegten Sachstände teilweise erhebliche soziale Probleme dar, welche durch Migrationshintergründe durchaus verschärft werden können. Neben den klassischen Bildungszielstellungen Unterricht und Erziehung, müssen die Einrichtungen daher zunächst deutlich mehr darauf achten, allen Educanden gleiche Chancen in der Nutzung der individuellen Bildungsressourcen zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund der gesellschaftspolitischen Relevanz fehlender kompetenter Fachkräfte muss es ebenfalls Ziel der Berufsschule sein, die individuellen

⁹⁴ Vgl. Peters 2009, S. 115.

⁹⁵ Vgl. Peters 2009, S. 115-116.

Potenziale optimal zu nutzen.⁹⁶ Die aktuellen Debatten berücksichtigen die biopsychosozialen Spannungsfelder der Auszubildenden bisher unzureichend und beziehen sich, wie auch in der Allgemeinbildung im Wesentlichen auf Bildungsstandards und die dazu nötigen Kompetenzen auf Seiten der Educanden und Lehrer.⁹⁷ Will die Berufsbildung jedoch Chancengleichheit gewährleisten und anschlussfähige Kompetenzen vermitteln, muss dies gleichermaßen auch für die Educanden mit Krankheiten gelten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Phase der Berufsausbildung für die Educanden mit einer relativen biologischen Stabilität einhergeht. Üblicherweise sind Kinderkrankheiten überwunden. Traumatische Krankheiten werden im Regelfall gut überstanden. Chronische Krankheiten sind zu diesem Zeitpunkt häufig schon manifestiert und in Abhängigkeit der Krankheitsbewältigung durch das Individuum akzeptiert. Die Häufigkeit chronischer Krankheiten bei Berufsschülern lässt jedoch auch die Annahme zu, dass die Medizin heute therapeutische Interventionen anbieten kann, die es auch dem chronisch Kranken erlaubt, eine Berufsausbildung zu absolvieren. Hierzu ist natürlich die fundierte Kenntnis des jeweiligen Krankheitsbildes unerlässlich.

Ein von der Robert-Bosch-Stiftung gefördertes Projekt der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg und der Universitätsklinik Tübingen aus dem Jahr 2004 zeigt dazu eindrucksvolle Ergebnisse auf.⁹⁸ Eine Untersuchung in 194 Allgemeinbildenden Schulen der Landkreise Reutlingen und Tübingen erfasste 62818 Schüler, davon 10721 Berufsschüler. Von den 62818 Schülern meldeten sich 9361 selbst als chronisch krank. Von den 10721 Berufsschülern teilten 1441 eine chronische Krankheit mit. Somit waren ca. dreizehneinhalb Prozent aller Berufsschüler in den untersuchten Landkreisen chronisch krank. Im Ranking finden sich mit weitem Abstand Allergien auf dem vordersten Platz, gefolgt von orthopädischen Erkrankungen, Neurodermitis, Asthma bronchiale, psychischen und Herzerkrankungen. Es kann dazu unterstellt werden, dass sich die Ergebnisse aus beiden Referenzlandkreisen auf die gesamte Bundesrepublik übertragen lassen. Im Ergebnis dieser Untersuchung wurden den Lehrern der Schulen Informationsmaterialien zu den wichtigsten Krankheiten zur Verfügung gestellt.⁹⁹

Es kann im Ergebnis somit festgestellt werden, dass erstens bereits auf die gesellschaftspolitische Relevanz chronisch kranker Schüler hingewiesen und zweitens die Notwendigkeit einer ausführlichen Information für Lehrende erkannt wurde.

⁹⁶ Vgl. Peters 2009, S. 116.

⁹⁷ Vgl. Peters 2009, S. 120.

⁹⁸ Vgl. <http://www.interklinikschule.de/de/docs/ab/vortrag1.pdf>.

⁹⁹ Vgl. <http://www.interklinikschule.de/de/docs/ab/vortrag1.pdf>.

Die Daten wurden der im Internet zugänglichen Präsentation entnommen.

1.4.4 Pädagogische Handlungsfelder, Gesundheit und Inklusion

Giesecke (Giesecke 2007) beschreibt die Grundformen pädagogischer Professionalität als planmäßige zielorientierte Lernhelferhandlung, die sich aufgrund genau dieser Attribute von der laienhaften pädagogischen Intention im alltäglichen Leben unterscheidet.¹⁰⁰ Daraus ist die Frage abzuleiten, was denn der Kern pädagogischer Profession ist. Giesecke stellt dazu fest, dass sich unter dem Begriff Pädagogik kein einheitlich zu bestimmender Berufsstand zusammenfassen lässt. Neben dem Lehrer (als Absolvent eines Lehramtsstudienganges) sind diverse pädagogische Professionen wie die Sozialpädagogik, Freizeitpädagogik, Sonderpädagogik aber auch eher seltene Spezialisierungen wie Religionspädagogik oder Medizinpädagogik zu finden.¹⁰¹ Giesecke schlägt deshalb vor, die gemeinsamen Grundformen pädagogischen Handelns zu bestimmen.

Folgt man den Argumenten Gieseckes besteht die Grundstruktur pädagogischen Handelns aus Zielsetzung, Diagnose, Antizipation, Prüfung und Korrektur, welche sich in fünf pädagogischen Handlungsformen wieder findet:¹⁰²

- Informieren
- Beraten
- Arrangieren
- Animieren und
- Unterrichten.

Analysiert man sowohl Grundstruktur als auch Handlungsform ist festzustellen, dass pädagogische Professionalität nicht auf Lehrerhandeln zu begrenzen ist, sondern alle pädagogischen Domänen verbindet. Im Gegenteil, lediglich die Handlungsform Unterricht kann der Lehrer für sich in Anspruch nehmen. Bei näherer Betrachtung finden sich aber auch bei den anderen pädagogischen Professionen elementare Eigenschaften von Unterricht wieder.

Unterricht so Giesecke, ist nicht von Schule abhängig, sondern von der Planmäßigkeit des Unterrichts. Dies ist auch in anderen Bildungsstätten gegeben.¹⁰³ Somit kann die zu beweisende Notwendigkeit medizinischer Sensitivität, als Bestandteil der Unterrichtsanalyse verallgemeinernd auf alle professionellen Pädagogen bezogen werden.

¹⁰⁰ Vgl. Giesecke 2007, S. 76.

¹⁰¹ Vgl. Giesecke 2007, S. 76.

¹⁰² Vgl. Giesecke 2007, S. 76-77.

¹⁰³ Vgl. Giesecke 2007, S. 79.

Professionelle pädagogische Information ist im Gegensatz zur allgemeinen Information auf eine pädagogische Situation bezogen und sichert im Ergebnis erwartbares Verhalten¹⁰⁴ aber auch Erkenntnisse über den Gesundheitszustand eines Educanden zu.

Pädagogische Beratung ist von der Fähigkeit der Diagnose abhängig. Die Assoziation zur Medizin oder auch Psychologie ist also schon gegeben. Es kann unterstellt werden, dass gerade die professionelle pädagogische Beratung eine Domäne des Pädagogischen, jedoch nicht des Lehrenden ist. Im Gegenteil. Beratung als Lernhilfe findet sich besonders in der Sozialpädagogik wieder. Ein Sozialpädagoge, der im Rahmen der Suchthilfe berät und keine Kenntnis der Abhängigkeitsfolgen also Krankheiten hat, dürfte wohl kaum adäquat beraten können.¹⁰⁵

Während sich Unterrichten, Informieren und Beraten auf den Bildungsprozess beziehen, kann das Arrangieren als pädagogischer Unterstützungsprozess verstanden werden, der dazu dient, technische wirtschaftliche, materielle¹⁰⁶ oder personelle Voraussetzung zu schaffen, um den Bildungsprozess durchführen zu können. Auch wenn Giesecke hier an vielen Stellen seiner Ausführung vage bleibt und der tatsächliche pädagogische Bezug hauptsächlich durch Beispiele belegt wird, spielt das Arrangieren in Bezug auf die medizinische Sensitivität eine erhebliche Rolle. Die Kenntnis der Krankheit eines Educanden, unabhängig in welcher pädagogischen Situation, stellt den Pädagogen vor die grundsätzliche Frage, wie denn der Educand angemessen aktiviert werden kann, wie dessen Partizipation zu realisieren sei. Die Unkenntnis der Krankheit hingegen wird sich nicht in einer konkreten Frage und damit auch nicht in der Berücksichtigung der individuellen Hemmnisse des Educanden widerspiegeln. Gleiches kann für die Initiierung einer Lernsituation, der Animation¹⁰⁷ angenommen werden. Im Gegensatz zum alltäglichen Animationsbegriff ist die pädagogische Animation eine Folge des pädagogischen Arrangements und zielt darauf ab, den beabsichtigten Lernprozess einzuleiten aber auch auf Lernangebote zu verweisen, allgemeiner zu motivieren.¹⁰⁸ Hierzu kann angenommen werden, dass der Animation ein besonderer Stellenwert in der Motivation von gesundheitlich beeinträchtigten Educanden zukommt. Es geht hierbei nicht nur um das wohlmeinende „Kopf hoch“, sondern auch um die essenzielle Frage der Über- oder Unterforderung. Das heißt, der animierende Pädagoge (z.B. im Bereich der

¹⁰⁴ Vgl. Giesecke 2007, S. 84-85.

¹⁰⁵ Vgl. Giesecke 2007, S. 88-89.

¹⁰⁶ Vgl. Giesecke 2007, S. 94.

¹⁰⁷ Vgl. Giesecke 2007, S. 102-103.

¹⁰⁸ Vgl. Giesecke 2007, S. 105-106.

Freizeitpädagogik) kann in Unkenntnis der Krankheit durchaus damit verbundene Risiken falsch einschätzen und im Zweifel den Erkrankten schädigen.

Weiterhin weisen Eberwein, Mand (Eberwein, Mand 2008) in ihren Forschungsergebnissen auf die Besonderheit und auf die Notwendigkeit der inklusiven Pädagogik hin.¹⁰⁹ Auch wenn der wünschenswerte Zustand einer vollständigen Inklusion behinderter Educanden derzeit an der Realität der Segregation scheitert, ist doch ein gesellschaftliches, und vor allem ein Umdenken in der allgemeinen Pädagogik festzustellen.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass integrative Einrichtungen den behinderten Educanden deutlich bessere Aktivierungs- und Partizipationsmöglichkeiten als Sondereinrichtungen bieten können. So können Lernleistungen, Berufs- und Lebenschancen signifikant verbessert werden.¹¹⁰ Von besonderer Bedeutung ist dabei die Lernmotivation. In gesonderten Einrichtungen lernen behinderte Educanden von Sonderpädagogen und ähnlich behinderten Mitschülern. An allgemeinen Schulen lernen sie von Lehrern, Sonderpädagogen und nichtbehinderten Mitschülern.¹¹¹¹¹²

Besonders vor dem Hintergrund der Forderung nach Autonomie eines Menschen ist festzustellen, dass behinderte Educanden unter erschwerten Lebens- und Lernprozessen und häufig unter Versagenserlebnissen leiden. Diese werden innerhalb von Sonderschulen eher gefördert als abgebaut. Denn es werden Individuen zusammengefasst, die unter ähnlichen Bedingungen lernen. Aktivitäten und Partizipation verlieren schnell den motivierenden Charakter, Lernerfolg kann nur am anderen Behinderten gemessen werden. Gleichzeitig besteht die Problematik der Stigmatisierung und Ausgrenzung. In einer heterogenen Gruppe behinderter und nichtbehinderter Educanden wird es sicherlich auch, zumindest anfänglich, zu Diskriminierung und Stigmatisierung kommen, hier liegt es jedoch an der Kompetenz der Lehrer und der sonstigen Pädagogen, professionell zu steuern und zu handeln.¹¹³ Dazu gibt es sicherlich genügend kritische Stimmen, die gegenteiliges behaupten. In diesem Zusammenhang vermutet werden, dass es in der Pflicht des Staates liegt, angemessene Lebens- und Bildungsbedingungen für behinderte Menschen zu schaffen. Boban, Hinz (Boban, Hinz 2008) führen dazu jedoch aus, dass keine Festlegung dessen besteht, wann ein sonderpädagogischer Förderbedarf von Schülern besteht. Festgelegt ist statt dessen, dass der primäre Lernort eines behinderten, genauso wie eines nichtbehinderten Schülers, die Allgemeine Schule ist. Damit wird klar, dass sich Segregation nur auf den Ausnahmefall

¹⁰⁹ Vgl. Eberwein, Mand 2008.

¹¹⁰ Vgl. Eberwein, Mand 2008, S. 7-8.

¹¹¹ Vgl. Eberwein, Mand 2008, S. 8-9.

¹¹² Vgl. Boban, Hinz 2008, S. 412.

¹¹³ Vgl. Boban, Hinz 2008, S. 412.

beschränken sollte. Nach Ausführung von Boban, Hinz scheint dies jedoch der Normalfall zu sein. Insofern kann den Forderungen von Boban, Hinz gefolgt werden:

- Keine weitere Segregation von Behinderten in Sonder- oder Förderschulen
- Integration mit individueller Förderung in Allgemeinbildenden Schulen
- Inklusion der bestehenden Teilsystem Sonderschule und Allgemeinbildende Schule.¹¹⁴

Integrative bzw. inklusive Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderung hat auch nachhaltig positive Auswirkungen auf die pädagogische Arbeit in Einrichtungen, die von ihren Ursprüngen her nicht auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten sind. Professionelle Pädagogen, wie Lehrer, müssen sich daher mit den individuellen Entwicklungswegen auseinandersetzen, passende methodische und didaktische Modelle finden und diagnostische Methoden entwickeln. Dies ist sicherlich anspruchsvoll, bietet jedoch auch interessante Ansätze zur persönlichen Entwicklung des Lehrenden.¹¹⁵

Daraus resultiert aber auch die Notwendigkeit, über die Einführung neuer Standards in der Ausbildung professioneller Pädagogen und somit auch der Lehrer nachzudenken. Dazu gehören sicherlich Methoden zu Aktivierung und Partizipation heterogener Gruppen aus behinderten und nichtbehinderten Educanden.¹¹⁶ Dazu gehört im Besonderen vor allem Wissen über die Besonderheiten im Entwicklungsverlauf und damit auch zu den damit einhergehenden Krankheiten und Krankheitsfolgen der häufigsten Behinderungsformen. Dies wäre eine entscheidende Voraussetzung, die pädagogische Defizitorientierung zu Gunsten der individuell möglichen Förderung aufzugeben.

Medizinische Sensitivität, so die zu beweisende These, ist ein notwendiger Bestandteil professioneller pädagogischer Kompetenz und somit auch Bestandteil der oben aufgeführten pädagogischen Handlungsformen.

Da es im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch unmöglich ist, alle pädagogischen Professionen hinsichtlich der Notwendigkeit medizinischer Sensitivität zu untersuchen und die vorhergehenden Ausführungen geeignet sind die Notwendigkeit auf professionelle Pädagogen zu beziehen, wird der theoretische Exkurs exemplarisch auf Lehrerkompetenzen bezogen und wo nötig auf weitere pädagogische Professionen ausgeweitet. Weiterhin ist somit auch die Begründung gegeben, den Forschungsteil mit angehenden Diplompädagogen durchzuführen, da Grundstruktur und Handlungsform des Diplompädagogen zu denen des Lehrers vergleichbar ist.

¹¹⁴ Vgl. Boban, Hinz 2008, S. 411.

¹¹⁵ Vgl. Eberwein, Mand 2008, S.8.

¹¹⁶ Vgl. Eberwein, Mand 2008, S. 9.

1.5 Arbeitsgänge

Nach der Erläuterung des methodischen Standpunktes und des erkenntnisleitenden Interesses erfolgt die Darlegung der wissenschaftlichen Fragestellung. Im zweiten Kapitel wird der Diskurs um Qualifikation und Kompetenzen retrospektiv und aktuell theoretisch analysiert. Innerhalb der bestehenden Diskurse werden erkenntnistheoretische und phänomenologische Aussagen zum Kompetenzbegriff, aktuelle Perspektiven zum Kompetenzverständnis, sowie Kompetenztypen und Kompetenzklassen systematisiert, um in der Folge auf die zu untersuchende Lehrkompetenz rekurrieren zu können. Das dritte Kapitel beginnt zunächst mit der Situations- und Gesellschaftsanalyse zum pädagogischen Kompetenzbegriff. Die folgende Differenzierung von Kern- und Metakompetenzen von professionellen Pädagogen soll die Frage beantworten, ob eine abschließende Definition der Lehrkompetenz möglich und notwendig ist. Kapitel vier analysiert zunächst die von der Kultusministerkonferenz festgelegten Standards der Lehrerbildung unter Bezug auf die Kompetenzdeterminanten Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose, kritische Selbstreflexion und professionelles Selbstverständnis. Es ist sodann aufzuzeigen, dass die wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Pädagogik die Öffnung bzw. Erweiterung des Kompetenzkonzeptes der KMK zulassen und somit die Anschlussfähigkeit an die Einbindung medizinischer Sensitivität in das Kompetenzkonzept der KMK gegeben ist. Abschließend werden die Kompetenzbereiche und die Grundlagen des Berufswissens eines Pädagogen erläutert und erste Bezüge zur medizinischen Sensitivität professioneller Pädagogen hergeleitet. Das fünfte Kapitel stellt das Hauptkapitel dar und nähert sich der medizinischen Sensitivität professioneller Pädagogen zunächst aus der sozialpädagogischen, gesundheitssoziologischen und biologischen Perspektive. Anschließend folgt eine erste direkte Näherung zwischen Pädagogik und Medizin. Sozio-, neuro- und evolutionsbiologische Erkenntnisse zeigen danach nomothetische Schnittstellen zwischen Pädagogik und Naturwissenschaften auf. Daran schließen sich medizinische intendierte Krankheits- und Gesundheitsmodelle an, die sodann auf pädagogische bzw. geisteswissenschaftliche Schnittstellen untersucht werden. Drei in der Medizin anerkannte geisteswissenschaftlich determinierte Modelle (Salutogenese, Psychosomatik, Selbstwirksamkeit) werden dazu analysiert. Die wissenschaftlichen Thesen beschließen das Kapitel. Im sechsten Kapitel erfolgt die Forschung zur medizinischen Sensitivität. Mittels Struktur-lege-Technik werden subjektive Theorien zum Thema von angehenden Diplompädagogen der Universität Rostock zunächst im Interview erhoben und anschließend mittels Struktur-lege-Technik assoziiert. Die Forschungsergebnisse belegen die wissenschaftlichen Thesen des Theorieteils. Das abschließende siebte Kapitel

dient der Konklusion aus Theorie und Forschung. In der Folge soll zunächst ein differenziertes Kompetenzkonzept konstruiert und die Realisierungsmöglichkeit dieses Konzeptes erläutert werden.

Zur Sicherung urheberrechtlicher Ansprüche Dritter, vor allem aus Medien die dem Internet entnommen wurden, werden alle Quellen mit der Nennung des Verfassers in der Fußnote aufgelistet. Zur Sicherung der Übersichtlichkeit erfolgt dies immer bei der ersten Zitierung. Nachfolgende Zitierungen werden nach Namen, Jahr und Seitenzahl vorgenommen. Weiterhin sind alle Internetquellen im Literaturverzeichnis, dem separierten Quellenverzeichnis und als Textdokument im Anhang (auf CD) hinterlegt. Wörtliche Zitate werden im Kontext dargestellt.

1.6 Methodischer Standpunkt und erkenntnisleitendes Interesse

In den philosophischen Traditionslinien werden die Natur- von den Kulturwissenschaften unterschieden¹¹⁷. Nieke führt dazu aus, dass es derzeit Zweifel an der Wissenschaftlichkeit der Kulturwissenschaften gibt und im europäischen Kontext eine formale Hinwendung zu den erklärenden Wissenschaften zu beobachten ist (Nieke 2011, S. 39). Nieke verweist im Gegensatz dazu auf drei grundlegende Paradigmen hin, die sowohl wissenschaftstheoretisch als auch wissenschaftssoziologisch Wissenschaft determinieren und somit das Primat des quantitativen Wissenschaftsparadigmas entkräften.

- Verstehen von Sinn
- Nachvollziehbarkeit von Argumenten
- Erklären von beobachteten Ereignis-Regelmäßigkeiten durch gesetzmäßige Kausalitätsannahmen (Nieke 2011, S. 39).

Sinn zu verstehen gelingt nach Nieke dann, wenn das absichtsvolle Handeln eines Menschen in einen, für das beobachtende Subjekt relevanten übergreifenden Zusammenhang eingeordnet und erkannt werden kann. Gelingt es dem Subjekt den Sinn der Handlung bzw. des Verhaltens zu rekonstruieren, ist es ihm prinzipiell auch möglich, seine Erkenntnisse sowohl der menschlichen als auch nichtmenschlichen Umwelt mitzuteilen (Nieke 2011, S. 39-40.).

Die Abgrenzung zur umgangssprachlichen Argumentation besteht, so Nieke in dem Vermögen, intersubjektiv nachvollziehbare Wahrheitsaussagen zu generieren und nach

¹¹⁷ Vgl. Nieke 2011. In: Bock, Miethe 2011, S. 39.

logischen Gesetzen der unabhängigen Überprüfung zugänglich zu machen.¹¹⁸ Logische Argumentation ist somit ein Grundparadigma der Erziehungswissenschaft. In der vorliegenden Arbeit wird die von Descartes begründete Dualität zwischen Körper und Geist in einer Diskursanalyse gegenüber gestellt. Dazu werden sowohl pädagogisch als auch medizinisch beobachtbare Ereignisregelmäßigkeiten (vgl. Nieke 2011, S. 41) auf gemeinsame Wirkungen und Bedingungen untersucht und Kausalzusammenhänge hergestellt.

Derzeit existieren in der Erziehungswissenschaft zwei wissenschaftsmethodische Paradigmen. Während das quantitative Paradigma in der empirischen Bildungsforschung etabliert ist und sich an die standardisierte Ergebnisprüfung wie in den Naturwissenschaften üblich orientiert, reduziert sie doch gleichzeitig die Komplexität von Verhalten (ereignisabhängig) und somit von Sinn. Im Gegensatz dazu bieten qualitative Forschungsmethoden Analysemöglichkeiten, soziostrukturelle und soziokulturelle Bedingungen und Gegenstände der Erziehungswissenschaft zu untersuchen, deren Sinn sich zunächst über die Deutung von Verhalten und die Perspektiven einzelner Subjekte ergibt.¹¹⁹ In der vorliegenden Arbeit geht es gerade um indirekt erschließbare soziale Strukturen aus Medizin und Pädagogik. Die Analyse der beiden Wissenschaftsbereiche soll Gemeinsamkeiten in der Verantwortung gegenüber dem kranken Subjekt aufzeigen und zur Erkenntnis führen, dass pädagogisches- und medizinisches Handeln der Vernetzung bedarf, um letztlich dem erkrankten Subjekt effizient helfen zu können. Dazu wird in der vorliegenden Arbeit das Konzept der Subjektiven Theorien genutzt, um die subjektive Perspektive des Untersuchers mit den Deutungen der beteiligten Forschungsteilnehmern zu vergleichen und in der Konsequenz eine kollektiv akzeptierte Orientierung zu konstruieren.¹²⁰¹²¹ Dies ist über zwei, prinzipiell unabhängig voneinander gangbare, im Idealfall aber miteinander verknüpfter Methoden zu erreichen. Zunächst muss in einem Interview die Perspektive des Forschungsteilnehmers mit der primären Sinnkonstruktion des Forschers abgeglichen werden. In einem zweiten Verfahren assoziiert der Forschungsteilnehmer seine Sinnkonstruktion mittels Struktur-lege-Technik (vgl. Groeben, Wahl 1988). Sinnkonstruktion wird somit durch Sinnkommunikation validiert.¹²² Nieke führt dazu aus, dass die Erklärung der Sinnzusammenhänge die Eigenaktivität und Freiheit der Forschungsteilnehmer¹²³ mit einbezieht und daher die Konstruktion einer

¹¹⁸ Vgl. Nieke 2011. In: Bock, Mieth 2011, S. 41.

¹¹⁹ Vgl. Nieke 2011. In: Bock, Mieth 2011, S. 42.

¹²⁰ Vgl. Nieke 2011. In: Bock, Mieth 2011, S. 42.

¹²¹ Vgl. Groeben, Wahl 1988.

¹²² Vgl. Nieke 2011. In: Bock, Mieth 2011, S. 46.

¹²³ Nieke benutzt in seiner Argumentation den Begriff „des Behandelten“ oder Beteiligten.

interaktiven Kausalität impliziert. Die kommunizierten Sinnkonstruktionen der Forschungsteilnehmer begründen folglich Annahmen über Wirkungszusammenhänge, die vorab von Forscher theoretisch empirisch konstruiert wurden. Für die Forschung lässt sich folglich die Validität der Ergebnisse begründen.

Die vorhergehenden Erörterungen zugrunde legend, ist folgend das methodische Vorgehen zu explizieren.

Zunächst basiert die vorliegende Arbeit auf der Analyse empirisch gesicherter Studien und Literatur, sowie den darin erläuterten Gegenständen, Erscheinungen und Prozessen. So ist es folgerichtig, diese Arbeit als deskriptiv zu bezeichnen. Zur Sicherung des wissenschaftlichen Erkenntniswerts wird die deskriptive Methode auf zwei wesentliche Kategorien des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns angewandt. Wie der Einleitung zu entnehmen ist, wird die Allgemeine Pädagogik von unterschiedlichen Phänomenen und Perspektiven determiniert. Den Perspektiven, empirisch gesichert und theoretisch fundiert, stehen Erfahrungen und Erkenntnisse der Lebenswelt des Verfassers gegenüber, welche in der Konsequenz genutzt werden, die vorliegende Literatur zu analysieren und notwendige Diskurse zu führen. Dabei liegt es nahe, die Sinnkonstruktionen phänomenologisch zu begründen. Da es sich um die Beantwortung der Frage nach der medizinischen Sensitivität von Pädagogen, also einer auf Handeln, Verhalten und impliziter Sinnkonstruktion bezogenen Domäne handelt, ist der Erkenntnisgegenstand auf die Lebenswelt bezogen.¹²⁴Nieke führt dazu aus, dass die Phänomenologie des „reinen Bewusstseins“ wie von Husserl begründet in der aktuellen Weiterentwicklung nicht der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit standhält. Zur Sicherung des Forschungsprozesses bedarf es nach Nieke der kommunikativen Validation (Nieke 2011, S. 45). Das Konzept der Subjektiven Theorie¹²⁵ geht davon aus, dass mehrere Forschungsteilnehmer unabhängig voneinander in einem Interview ihre Interpretation der primären Sinnkonstruktion des Forschers entwickeln. Dies kann als Analogie zur Interpretation eines Textes unterstellt werden. Anschließend erfolgt die Assoziation mittels Struktur-lege-Technik. Dies kann der Forscher statt einer gegenseitigen Begründung der Lesart eines Textes nutzen und hat dabei den Vorteil der verringerten subjektiven Einflussnahme. Folglich entsteht nach der Überprüfung der SLT eine intersubjektive kommunikative Validität.¹²⁶

¹²⁴ Vgl. Nieke 2011 In: Bock, Miethe 2011, S. 45.

¹²⁵ Vgl. Groeben, Wahl 1988.

¹²⁶ Vgl. Nieke 2011 In: Bock, Miethe 2011, S. 45.

Als Bindeglied zum empirisch-analytisch gesicherten Forschungsteil gilt es weiterhin, die Bildungs- und Erziehungswirklichkeit aufzuzeigen. Das erkenntnisleitende Interesse ist dabei auf die Aufdeckung von Sachverhalten und strukturellen Zusammenhängen gerichtet. Vor dem Hintergrund der Analyse von Individuen in konkreten Handlungssituationen kann deren Wirklichkeit hier nicht ausschließlich epistemologisch erklärt werden. Zur Darstellung der Sinnhaftigkeit ist es notwendig, phänomenologisch vorzugehen. Dies ist umso wichtiger, da Phänomene auf die Entwicklung von Gesellschaft, Schule und Individuum, Einfluss nehmen.

Bildung und Erziehung sind weder universell noch unveränderlich. Sie werden immer wieder neu konstituiert. Typische Phänomene ergeben sich daher aus den veränderten gesellschaftspolitischen Anforderungen, dem bestehenden Dissens zu den Anforderungen der Wirtschaft und dem internationalen Leistungsdruck, zuletzt veröffentlicht durch die PISA-Studien. Aber auch Piagets genetische Erkenntnistheorie als Basis der bis heute gültigen psychosozialen Betrachtung von Kindern, dem auf der Rothsche pädagogische Anthropologie basierende Postulat von Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz, bis hin zur Systemtheorie Luhmann's mit der Feststellung der Selbstreferenz von Bildungssystemen nehmen unmittelbar Einfluss auf die Entwicklung der Allgemeinen Pädagogik. Hingegen haben auch die Pädagogen selbst, unter anderem der Didaktiker Klafki, mit seinen Bedingungsanalysen des Unterrichts, oder auch die Berliner Schule um Heimann, Otto, Schulz, das Subjekt Schüler in den Mittelpunkt der Professionalisierung von Lehrern gestellt. Die vermutlich wesentlichsten Phänomene entstanden jedoch durch die Nutzung des Internets und seinen globalen Netzwerken, welches nachweislich erhebliche Einflüsse auf die Enkulturations- und Sozialisationsprozesse der Individuen hat. Parallel dazu entwickelte sich, beginnend in den 60iger Jahren des 20. Jahrhunderts, die industriell intendierte Qualifikationsdebatte, deren Auftreten sich in der Beruflichen- und folgend der Allgemeinbildung wieder findet. Insofern ergänzen noch näher zu begründende Phänomene die Diskursanalyse und tragen zur qualitativen Sicherung dieser ideographisch- professionstheoretischen Konzeptstudie bei. Die vorliegende Arbeit lässt sich somit in das aktuelle Paradigma der orientierenden Bildungsforschung verorten. Die Analyse professionstheoretischer Aspekte, unter dem Fokus des Gesundheits-Krankheitskontinuums von Educanden, bietet in der Konklusion rationale Begründungen zur Notwendigkeit medizinischer Sensitivität von professionellen Pädagogen. Die sich daraus ergebenden Grundlagen und konzeptionellen Anregungen, können als Basis bildungsrelevanter Entscheidungen genutzt werden, um auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene Handlungsempfehlungen zum Erwerb medizinischer

Sensitivität abzuleiten. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen ebenfalls Aussagen zur Bedeutung des medizinischen Wissens in schulischen (im weitesten Sinne) Lehr-Lernprozess zu und sind somit bildungspolitisch und bildungstheoretisch wirksam. Es ist davon auszugehen, dass Bildungs- und Erziehungsprozesse dann besonders wirksam sind, wenn die Bedingungsanalysen von Bildung um die Kenntnis gesundheitlicher Probleme von Educanden erweitert werden.¹²⁷

Folgende wissenschaftliche Fragestellungen ergeben sich aus den vorhergehenden Aspekten.

1. Womit ist die Notwendigkeit der Sensitivität für medizinisches Wissen für professionelle Pädagogen zu begründen?
2. Welches medizinische Wissen müssen professionelle Pädagogen haben?
3. Wie müsste pädagogische Kompetenz begründet werden um die Notwendigkeit medizinischer Sensitivität einzuschließen?
4. Wo bzw. wann kann der dazu nötige Wissenstransfer vermittelt werden (Studium, Referendariat, Lehrerbildung)?
5. Wie kann der Wissenstransfer realisiert werden?

¹²⁷

Vgl. Tippelt 2010, S. 9-12.

2 Von der Qualifikation zur Kompetenz

2.1 Der Qualifikationsbegriff in der Erziehungswissenschaft

Im zweiten Kapitel wird zunächst eine Verortung der medizinischen Sensitivität vorgenommen. Dazu ist notwendig, den Exkurs zwischen der Qualifikation als externer Determinante und der Kompetenz zu führen. Medizinische Sensitivität so die Annahme ist ein Bestandteil professioneller pädagogischer Kompetenz und somit nicht extern determiniert.

Wollersheim (Wollersheim 1993) kommt in seinen Ausführungen zur Kompetenzerziehung zu der Auffassung, Qualifikation ist im Gegensatz zur allgemeinen Menschenbildung berufsbezogene, zweckhafte Berufsbildung¹²⁸. Der Begriff Qualifikation als historischer Begriff ist bereits seit der Antike bekannt und wurde 1967 durch Robinsohn erstmals umfassend erweitert¹²⁹. Der erweiterte Qualifikationsbegriff beruht zwar weiterhin auf den Begriffen Bildung und Erziehung, jedoch umfasst dieser jetzt die für die Bewältigung einer Lebenssituation notwendigen Komplexe aus:

- Kenntnissen
- Einsichten
- Haltungen und
- Fertigkeiten¹³⁰.

Die Problematik dieses Clusters liegt auf der Hand. Die klar definierte Zieldimension beruflicher Bildung wich kontrastlosen, globalen Zielvorstellungen, in deren Folge der Qualifikationsbegriff wiederum eingegrenzt bzw. abgegrenzt werden musste. Operationalisierte Lernziele wurden taxonomiert, Schlüsselqualifikationen entstanden. Den übergeordneten Bildungszielen wurden in den Folgejahren Basisqualifikationen, Horizontalqualifikationen usw. untergeordnet. Mit Beginn der 90-iger Jahre fand eine weitere Entwicklung, begründet durch Lenzen (Lenzen 1995) statt.¹³¹

Der nach Lenzen beschriebene Qualifikationsbegriff bezieht sich, wie bei Robinsohn einerseits auf die Gesamtheit der Qualifikationsanforderungen eines Arbeitsplatzes, des Berufs oder Arbeitslebens, andererseits aber auch auf die Gesamtheit der subjektiven Voraussetzungen und Handlungspotentiale, die der Mensch zur Bewältigung von

¹²⁸ Vgl. Wollersheim 1993, S. 78.

¹²⁹ Vgl. Robinsohn 1967 in: Wollersheim 1993, S. 78.

¹³⁰ Vgl. Wollersheim 1993, S. 78 ff.

¹³¹ Vgl. Wollersheim 1993.

Anforderungen besitzt oder benötigt. Somit entsteht eine Begriffsambivalenz. Als sozialwissenschaftlich situierter Begriff versucht dieser, die Schnittstelle von Bildungssystem und Produktionssystem zu bilden¹³². Diese Ambivalenz findet sich daneben in den unterschiedlichen, nicht geregelten Perspektiven wieder. Je nach gesellschaftlichem Stellenwert und Land können Qualifikationen auf Diplome oder Anforderungen des Arbeitsmarktes projiziert werden. Somit sind Qualifikationen grundsätzlich von den gesellschaftlichen Betrachtungen der Funktion und den Hierarchien abhängig¹³³. Bezogen auf die Anforderungen eines Arbeitsplatzes, muss ein Subjekt über bestimmte operative Fähigkeiten (Kapazitäten) verfügen, die avisierte oder ausgeführte Arbeitsstelle ausfüllen zu können, wobei die Kriterien nach Wissen, Komplexitätsgrad und Verantwortung zu klassifizieren sind. Im Fokus steht das Humankapital nicht das Subjekt. Dieses hat sich zu adaptieren. Selbstbestimmung und Selbstreferenz werden nicht berücksichtigt.¹³⁴ Qualifikation ist somit immer von organisationalen Bestrebungen abhängig. Im Weiteren verzichtet der Begriff Qualifikation darauf, sich mit den kapazitiven Fähigkeiten und den Erfahrungen eines Subjektes auseinanderzusetzen. Im Gegensatz dazu bezieht sich Kompetenz genau auf diese Dimensionen, welche letztendlich zu einer deutlich veränderten Autonomie des Subjektes führen, in neuen, teilweise unvorhersehbaren Situationen, handeln zu können.

Während Kompetenz letztendlich eine Abgrenzung zur Qualifikation darstellt, indem der Begriff die Hinwendung zum Subjekt impliziert und die individuelle Bildung und Sozialisation im Kontext des selbstbestimmten Lernens betrachtet, stellt die Qualifikation das Resultat einer Bewertung der Beschaffenheit und des Ergebnisses von (Bildungs-) Prozessen dar. Im Fokus geht es dabei um die Befriedigung der Interessen von Anspruchsgruppen. Qualifikation bezieht sich demzufolge auf verschiedene Professionen übergreifende Fähigkeiten oder Eignungen wie Abstraktionsfähigkeit, Reflexionsfähigkeit oder Kritikfähigkeit.

Dabei entsteht Qualifikation durch externe Ansprüche und stellt eher eine Subsummierung von Wissen und Fertigkeiten dar. Die Begriffe Qualität und Qualifikation sind in der weiteren Folge weitestgehend aus der Berufsbildung in die allgemeine Pädagogik übernommen worden, um die Planmäßigkeit des Bildungsprozesses zu dokumentieren.¹³⁵ Zur Sicherung gesamtgesellschaftlicher Bildungs- und Erziehungsziele ist dies auch richtig. Die plakative Übertragung von qualitativen Anforderungsprofilen wie Kunden- oder

¹³² Vgl. Max 1999, S. 119.

¹³³ Vgl. Naville 1956 in: Max 1999, S.120.

¹³⁴ Vgl. Max 1999, Erpenbeck, Rosenstiel 2006.

¹³⁵ Vgl. Max 1999, Erpenbeck, Rosenstiel 2006.

Outputorientierung, Effizienz und Effektivität berücksichtigt jedoch nicht, dass jedes Subjekt Erfahrungswissen nutzt, um handeln zu können und somit kompetent zu sein. Qualifikationen sind daher keine selbstreferenziellen, sondern „mechanische“ Handlungen, damit Wissens- und Fertigkeitsdispositionen, die nicht auf das Lösen von Problemen ausgerichtet sind, sondern auf das Abarbeiten von externen Anforderungen¹³⁶. Dies ist der entscheidende Unterschied zur Kompetenz. Dies ist auch vor dem Hintergrund wichtig, dass extern vorgegebene, abzuarbeitende normierte Situationen nur den Ist- Zustand von Wissen und Fertigkeit reflektieren. Die Fähigkeit der Selbstorganisierten Handlung eines Subjektes ist so nicht erfassbar.

Nach Arnold (Arnold 1998) bezieht sich Qualifikation deshalb auf die Erfüllung sachverhaltsbezogener Anforderungen, unter Berücksichtigung der jeweiligen Tätigkeit. Demzufolge werden individuelle Handlungsdispositionen mit ihren unbegrenzten Kombinationsmöglichkeiten nicht berücksichtigt¹³⁷. Qualifikation und Kompetenz können folglich nicht synonym verwendet werden. Folglich kann angenommen werden, dass Qualifikation die Voraussetzung für Kompetenz ist. Medizinische Sensitivität ist daher keine bloße Qualifikation. Sondern sie beruht einerseits auf der eigenen Fähigkeit zur Empathie in Verbindung mit Kenntnissen und Fähigkeiten, den Educanden als krank einschätzen zu können und dies mit Kriterien zu belegen, die auf anwendungsfähigem medizinisch-diagnostisches Wissen beruhen.

2.2 Der Kompetenzbegriff in der Erziehungswissenschaft

Der Begriff Kompetenz ist zu einem Alltagsbegriff geworden, der in vielen Situationen des gesellschaftlichen aber auch privaten Lebens verwendet wird.

Vor allem in der Wirtschaft und der Erwachsenenbildung wird er sehr viel gebraucht¹³⁸.

Die Vielfalt seines aus der Qualifikationsdebatte entwickelten Einsatzes resultiert aus seiner „Polyvalenz“¹³⁹. Hinsichtlich seiner Verwendung in der Diskussion um professionelles Lehrerhandeln ist es daher notwendig, den Begriff der Kompetenz, im Sinne der professionellen pädagogischen Kompetenz, konkreter zu bestimmen. Dies ist einerseits notwendig, um einen Konsens in der Bestimmung und Einordnung des Begriffes zu erzielen, andererseits ist die Divergenz bzw. Konvergenz zum Qualifikationsbegriff zu analysieren. Im Gegensatz zur Erwachsenenbildung (hier sind die industrieabhängigen

¹³⁶ Vgl. Erpenbeck, Rosenstiel 2006, S. XIX.

¹³⁷ Vgl. Arnold 1998, S. 88 ff.

¹³⁸ Vgl. Erpenbeck 1996: Kompetenz und kein Ende? In QUEM-Bulletin. H. 1: S. 9.

¹³⁹ Vgl. Reuter, , G. 1997: Qualifikation-Kompetenz. In: DIE, H. 4: S. 40.

Fort- und Weiterbildungsinstitutionen gemeint) aber auch zur Wirtschaft gibt es in der Erziehungswissenschaft eine zunehmende Konformität in der Betrachtung von Kompetenz, ohne hier einen abgeschlossenen Prozess unterstellen zu wollen. Eine besondere Bedeutung kommt hier dem Beschluss Kultusministerkonferenz (KMK) 2004 zu.¹⁴⁰

Mit den Empfehlungen zu den Standards der Lehrebildung wurden elf Kompetenzbereiche durch die KMK formuliert¹⁴¹, welche die Fortschritte in der Kompetenzentwicklung der professionellen Pädagogen auf, wobei die Übertragbarkeit dieser Kompetenzbereiche und der Einzelkompetenzen auf professionell Lehrende kritisch zu hinterfragen ist, denn die meisten Lehrenden erwarten von der Pädagogik, dass sie die kleinen Ideologien, mit denen sie ihre Praxis als gut und richtig rechtfertigen, bestätigt. Sie haben ein gesellschaftliches Monopol und sind vor Wettbewerb auf dem freien Markt geschützt. Die meisten Erziehungseinrichtungen erhalten ihre Kunden nicht deswegen, weil sie besonders gut sind, sondern weil ein gesetzlicher Besuchszwang besteht. Wer von diesem Zustand profitiert, wird detaillierte Untersuchungen darüber, welche Kompetenzen notwendig sind, als Bedrohungen empfinden¹⁴².

2.2.1 Die Entwicklung des Kompetenzbegriffes

Der aus dem lateinischen stammende Begriff *competentia* stammt von Verb *competere* ab und bedeutet so viel wie zusammentreffen, zukommen, zustehen. Das im Römischen Recht gebrauchte Adjektiv *competens* bezog sich dann deutlich konkreter auf die Zuständigkeit für eine Sache, auf die Befugnis bzw. Rechtmäßigkeit, diese eine Sache tun zu können¹⁴³. Seit der Erfassung in Johann Heinrich Zedlers Universallexikon von 1758 wird der Begriff Kompetenz in seiner heutigen Bedeutung der Zuständigkeit und Befugnis gebraucht.¹⁴⁴ Neben der Rechtswissenschaft war es vor allem die Kommunikationswissenschaft, hier hauptsächlich Chomsky (1962), welche die Kompetenz und deren grammatikalische Ausdrucksform, die Performanz, als die Gesamtfähigkeit betrachtete, mittels einer unendlichen Menge von Ausdruckselementen eine ebenso potenziell unendliche Menge von Bedeutungen zu erlangen.¹⁴⁵ Der aus der Motivationspsychologie stammende Kompetenzbegriff subsumiert daher Entwicklungen und Ergebnisse der Professionalität als Fähigkeit, die jedoch nicht das Produkt eines

¹⁴⁰ Vgl. KMK 2004.

¹⁴¹ Vgl. KMK 2004.

¹⁴² Vgl. Brezinka 1971, S. 11 ff.

¹⁴³ Vgl. Erpenbeck, J.; Rosenstiel von, L. (2007): Handbuch Kompetenzmessung. S. XVIII.

¹⁴⁴ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2003.

¹⁴⁵ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2003, Harder 2002.

Reifeprozesses ist, sondern selbstorganisiert durch das Individuum herausgebildet wird¹⁴⁶. Im Unterschied zu Chomsky, der Kompetenz und Performanz eher gleichberechtigt betrachtet, sieht White (Witthe 1959) Kompetenz als Voraussetzung für Performanz.¹⁴⁷

Folglich kann Kompetenz als solche nicht direkt beobachtet werden. Sie wird in einer konkreten Situation durch effektives Verhalten beobachtbar, welche als Performanz definiert wird. Performanz kann somit als Realisierung oder Ausführung einer Arbeit bezeichnet werden, die sowohl quantitativ als auch qualitativ bewertbar ist. In der Folge kommt es zu einer Aktualisierung von erfolgreich angewandtem Wissen und Handeln. Diese Aktualisierung ist Ausdruck individuell neu konstruierter Sinnzusammenhänge, die sich soziokulturell dimensionieren, und führt zur Kompetenzentwicklung. Kompetenz findet ihre Bestimmung daher durch Einbettung in einen übergeordneten kulturellen und sozialen Rahmen, welcher einerseits festlegt, welches Verhalten als kompetent anerkannt wird. Andererseits zeigt sich, dass die Erfassung der Kompetenz durch das Handeln innerhalb eines beobachtbaren Zeitraums und in einer bestimmten Situation von den Determinanten Zeit und Raum abhängig ist¹⁴⁸.

Das heißt aber auch, dass Performanz erst dann möglich wird, wenn der Gebrauch von Kompetenz offensichtlich ist. Daher wird die Anwendung von Kompetenz über Performanz beobachtbar. Die Beobachtung dispositiver physischer und psychischer selbstorganisierter Handlungen ist somit als Kompetenz zu betrachten.

Weinert (Weinert 2001) versteht unter Kompetenz die Bereitschaft und Fähigkeit, Probleme variabel, erfolgreich und verantwortlich lösen zu können.¹⁴⁹ Dabei bezieht sich Weinert wie auch Withe zunächst auf die verfügbaren kognitiven Ressourcen bzw. das erlernbare Wissen, verbindet dies jedoch mit der Bereitschaft und der Fähigkeit gewissenhaft und somit ethisch-moralisch handeln zu können. die dazu notwendigen Fähigkeiten sind nicht nur kognitiv zu begründen. Vielmehr sind dies die sozialen, motivationalen und volitionalen Determinanten von Kompetenz.¹⁵⁰

¹⁴⁶ Vgl. White (1959) In: Erpenbeck, J.; Rosenstiel von, L. (2003): Handbuch der Kompetenzmessung.

¹⁴⁷ Vgl. White (1959) In: Erpenbeck, J.; Rosenstiel von, L. (2003): Handbuch der Kompetenzmessung.

¹⁴⁸ Vgl. Max, Ch. 1999, S.47

¹⁴⁹ Vgl. Weinert 2001, S. 27f.

¹⁵⁰ Vgl. Weinert 2001, S. 27 f, vgl. Nieke 2002.

Kompetenzen beschreiben folglich nichts anderes als die Fähigkeiten eines Subjektes, nicht von Natur aus gegebene Fähigkeiten zu erwerben, die in Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit erfahren wurden, und diese zudem zu determinieren.

Dies sind Fähigkeiten, die einer lebenslangen Kultivierung, Steigerung und Verfeinerung zugänglich sind und somit dem Selbstlernen und der Selbsterkenntnis dienen, um folglich Probleme auch zukunftsorientiert lösen zu können.¹⁵¹

2.2.2 Entwicklungen des Kompetenzverständnisses

Medizinische Sensitivität ist wie im vorhergehenden Abschnitt dargelegt keine bloße Qualifikation. Somit wird es erforderlich, die Erortung innerhalb der Kompetenzbegriffs bzw. Kompetenzverständnisses vorzunehmen. Deshalb wird zunächst eine kurze, nicht abschließende Übersicht der Begriffsdeutungen und Auffassungen von Kompetenz gegeben und wo nötig Analogien zur medizinischen Sensitivität gebildet.

Kompetenz als Grundbedürfnis

Das Streben nach Kompetenz wird nach Deci (1975) und Harter (1978, 1990) als Grundbedürfnis menschlichen Verhaltens betrachtet¹⁵². Demnach entsteht Kompetenz, wenn Menschen intendiert, differenziert und persistierend auf die Umwelt einwirken, um bestimmte Konsequenzen zu erreichen.

Kompetenz als Lebensmeisterung

Im Fokus der verschiedenen Modelle zur subjektiven Selbstevaluation, steht die subjektive Selbsteinschätzung, ob vorhandenes Wissen ausreicht, in einer spezifischen Situation handeln zu können. Der Kompetenz kommt somit eine analysierende und zielorientierende Funktion zu.¹⁵³

Kompetenz als Effektivität des Verhaltens

Im Vordergrund dieses Modells steht das effektive Verhalten eines Menschen in seiner Umwelt, wobei der Zweck nicht die eingesetzten Mittel heiligen darf. Die Angemessenheit des Einsatzes von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bezug zur Außenwelt sind so zu wählen, dass definierte Ziele adäquat erreicht werden können¹⁵⁴.

¹⁵¹ Vgl. Weinert 2001, Erpenbeck, Rosenstiel 2007.

¹⁵² Vgl. Max 1999, S. 65.

¹⁵³ Vgl. Max 1999, S. 65.

¹⁵⁴ Vgl. McClellan 1974, in Max 1999, S. 66.

Fähigkeitsorientierte Kompetenz

Die u. a. von Weinberg entwickelte, fähigkeitsorientierte Definition, dass Kompetenz alle Fähigkeiten, Wissensbestände und Denkmethode beinhaltet, die das Individuum im Lauf seines Lebens erwirbt und betätigt und es sowohl in antizipierten als auch nichtassozierten Situationen handlungsfähig macht, lässt die Frage ungeklärt, wie das Individuum auf diese Fähigkeiten zugreift. Ebenso unbeantwortet bleibt die Frage, wie immer vorhandenes Nichtwissen kompensiert werden kann.¹⁵⁵

Psychologisch orientierte Kompetenz

Harder (Harder 2002) verweist in Anlehnung an Erpenbeck, Heyse, Michel (2002) darauf, dass intrapsychische Prozesse in ihrer Gesamtheit der Regulation von Tätigkeiten dienen. Baitsch und Knöchel beschreiben deshalb Kompetenz als Persönlichkeitsmerkmal, welches die Handlung eines Individuums hinsichtlich der Vernetzung von Werten und Einstellungen mit Motiven und Zielen, welche die Erfahrung prägen und modifizieren und eine Stabilisation und Entwicklung weiterer Fertigkeiten, Fähigkeiten und des Wissens erwarten lassen. Im Gegensatz zum Kompetenzbegriff Weinbergs kann somit gefolgert werden, dass Kompetenz nicht nur handlungsfähig macht, sondern handlungsleitend ist. Die dafür notwendigen psychischen Voraussetzungen werden von Erpenbeck, Heyse, Michel als Selbstorganisationsdisposition verstanden¹⁵⁶.

Die bisher dargestellten, eher psychologisch intendierten Kompetenzauffassungen unterstellen eine Interdependenz von Wissen und Fähigkeiten, im Hinblick auf eine Zeiteinheit. Dabei fällt die Vielfalt der Betrachtungen und Bedeutungszusammenhänge auf. Im Gegensatz dazu rekurriert die medizinische Sensitivität jedoch auch auf die motivationale, emotionale und volitionale Betrachtung. Diese Bezüge fehlen bisher, wie auch die Bezüge zu den Erfahrungen, der kritischen Selbstreflexion und der Selbstorganisation. Diesen Mangel versuchen die strukturdeterminierten oder auch dispositionsorientierten Aspekte zu berücksichtigen.¹⁵⁷

Kompetenz als Strukturdeterminante

Malglaiive (1994) verweist auf die Aspekte von Kompetenz, welche in ihrer Gesamtheit die Handlung determinieren. Ausgehend von theoretischen Kenntnissen, die eine grundlegende Antizipation der Handlung erst möglich machen, wird Methodenwissen

¹⁵⁵ Vgl. Max 1999.

¹⁵⁶ Vgl. Harder 2002, S. 30.

¹⁵⁷ Vgl. Max 1999.

benötigt, um eine Handlung ausführen zu können. Eingebettet in erlernte operative Techniken, notwendige Handlungsschritte erfolgreich zu bewältigen, ist es die praktische Umsetzung der genannten Aspekte, und die damit verbundene Erfahrung, welche eine Handlung zum Erfolg oder aber zum Misserfolg führt. Dabei gestattet es die Reflexionsfähigkeit des Subjektes, die eigenen Erlebnisse und Erfahrungen retrospektiv zu untersuchen und zu ordnen¹⁵⁸. Die Handlung an sich konstituiert sich deshalb aus den Elementen empirisches Können, implizites, kaum formalisierbares Erfahrungswissen, Handlungswissen und Performanz¹⁵⁹.

Empathie, als soziale und individuelle Komponente von Kompetenz kann als implizite, kaum formalisierbare Erfahrung angenommen werden. Ergänzt um medizinisches Anwendungswissen kann also unterstellt werden, dass Handlungswissen konstituiert werden kann. Medizinische Sensitivität ist daher eine Komponente von Kompetenz.

Kompetenz als Selbstorganisationsdisposition

Nach Erpenbeck sind Kompetenzen Dispositionen selbstorganisierten Handelns, sind Selbstorganisationsdispositionen. Im Unterschied dazu sind bloße Qualifikationen Positionen mechanisch abgeforderten Prüfungshandelns, sind Wissens- und Fertigkeitsdispositionen¹⁶⁰. Kompetenz verfügt im Gegensatz zur Qualifikation daher über Kreativität und Schöpferkraft.

Als Beispiel mag folgende Szene dies veranschaulichen:

Ein Schüler, der die Ausbildung zum Physiotherapeuten mit hervorragenden Ergebnissen absolviert, hat somit eine Qualifizierung erhalten. Ob dieser Absolvent aber in der Lage ist, die erlernten Fähigkeiten am Patienten schöpferisch umzusetzen, also auf die kleinen Besonderheiten des Individuums einzugehen, wäre dann Kompetenz.

Das Wesentliche ist also nicht die bloße Qualifikation, sondern die Realisation der Disposition des Subjektes in einem Selbstorganisationsprozess¹⁶¹. Dabei muss jedoch in Kauf genommen werden, dass eine direkte Kompetenzmessung nicht möglich ist. Dies wurde bereits durch McClelland (1973) beschrieben. In der Folge müssen sich Messungen daher auf die Realisation der Disposition und deren Erschließbarkeit bzw. Evaluation

¹⁵⁸ Vgl. Glaserfeld 1997 in Max, 1999, S. 343.

¹⁵⁹ Vgl. Malglaive 1994 in Max 1999, S. 162.

¹⁶⁰ Vgl. Erpenbeck, J.; Rosenstiel von, L. (2007): Handbuch Kompetenzmessung. S. XIX.

¹⁶¹ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2007, Handbuch Kompetenzmessung. S. XIX.

beschränken. Dieser Gedanke findet sich auch in den Festlegungen von Standards in der Lehrerbildung der KMK 2004 wieder¹⁶².

In der soziologischen und pädagogischen Literatur wird der Begriff Disposition nach hier vorliegenden Erkenntnissen zu radikal fokussiert. Schmidt (Schmidt 2005) führt dazu aus, dass unter einer Disposition die ...„Gesamtheit der bis zu einem bestimmten Zeitpunkt entwickelten inneren Voraussetzungen zur psychischen Regulation einer Tätigkeit“ (Schmidt 2005, S. 159-161, In: Das Konzept „Kompetenz“ 2006) verstanden wird. Die Disposition explizit auf die psychologische Kategorie zu minimieren, ist deutlich zu kritisieren. Innere Voraussetzungen, und hier sei die Analogie zur Medizin erlaubt, ergeben sich aus der Körperstruktur, der Körperfunktion, den psychischen Voraussetzungen und den zugrunde liegenden genetischen Merkmalen. Folglich dient die Gesamtheit der dispositiven Merkmale der Auseinandersetzung mit den Umweltfaktoren, den sozialen Faktoren den internen biologischen Regulationsmechanismen und eben auch der psychischen Regulation. Disposition kann nur biopsychosozial betrachtet werden. Insofern ist die Realisation der Disposition grundlegende Voraussetzung dafür, dass sich Individuen in der Auseinandersetzung mit den endogenen und exogenen Bedingungen selbst organisieren können. Somit ist die Disposition ein elementarer Bestandteil der Kompetenz, ein personaler Faktor, der diese grundsätzlich von der Qualifikation als Bezugsgröße für erwartetes und angemessenes Verhalten unterscheidet.

Die bedarfsanalytische und historische Betrachtung des Kompetenzbegriffs ist nicht ausreichend, diesen ausführlich oder gar abschließend zu kennzeichnen. Hierzu müssen soziale, kommunikative und kognitive Aspekte berücksichtigt werden¹⁶³.

Vor dem Hintergrund, dass kompetentes Handeln nur in der Auseinandersetzung mit Individuen und in sozialen Situationen möglich ist, sind Kompetenzen nicht nur selbstorganisiert, sondern auch durch soziales Handeln sowie durch Werte, Haltungen und Normen geprägt. Die Wirksamkeit solcher Kompetenz bedingt daher ständiges Lernen der sozial agierenden Partner.

Da die komplexen Lebenszusammenhänge durch Selbstorganisation, Emergenz und Risikogesellschaft determiniert werden, ist Kompetenz ein Produkt der Bewältigung dieser Bedingungen durch selbstorganisiertes Lernen zur Befähigung des Handelns in sozialen Situationen. Sauer führt dazu aus, dass Kompetenz auch phänomenologisch determiniert wird. Zur Begründung werden vor allem durch die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Globalisierungs-, Differenzierungs- und Spezialisierungsstrategien einerseits, aber auch

¹⁶² Vgl. KMK 2004.

¹⁶³ Vgl. Schmidt 1994 In: Erpenbeck, von Rosenstiel 2007, Handbuch Kompetenzmessung. S. XX.

durch die zunehmende Mündigkeit der Bürger und durch das Versagen des Nationalstaates¹⁶⁴ angeführt. Erpenbeck, von Rosenstiel formulieren diesen Zustand des selbstorganisierten Lernens als neue Lernkultur¹⁶⁵. Diese neue, selbstorganisierte Lernkultur wird daher durch ermöglichungsorientierte Kompetenzen wie Emotion, Motivation, Einstellung, Fähigkeit, Erfahrung und Willensantrieb bestimmt. Kompetenzentwicklung und neues Lernen sind interdependent.

Bezogen auf die These der medizinischen Sensitivität, als notwendigem Bestandteil professioneller pädagogischer Handlungskompetenz kann somit gefolgert werden, dass die vorab erläuterten Bedingungen als elementare Voraussetzung zu betrachten sind, um bei einem Educanden Kompetenzerwerb zu ermöglichen. Sicherlich kann unterstellt werden, dass die komplexen Phänomene, die den Kompetenzbegriff geprägt haben, eine derzeitige Kompetenzdefinition nach bedarfsorientierten, historischen und kulturellen Aspekten nach einheitlichem Verständnis nicht abschließend ermöglichen. Es kann jedoch auf die erläuterten Ausführungen rekurriert werden, um auf dieser Grundlage, die spezifische Betrachtung professioneller pädagogischer Kompetenz zu analysieren.

2.2.3 Systematik der Kompetenzen

Kompetenzen sind keine beliebigen domänenspezifischen Handlungsfähigkeiten.

Kompetenz im Sinne Weinert's ist eine individuelle Disposition, bestimmte Arten von Problemen lösen zu können. Kompetenz ist daher individuell ausgeprägt und tritt in ihren verschiedenen Facetten mehr oder weniger dominant in Erscheinung. Dazu gehören die Fähigkeiten Wissen, Verstehen, Können, Handeln, Erfahrung, Motivation. Insofern sind Kompetenzen Vermittler von Bildungszielen, konkreten Aufgabenstellungen und Anforderungen.¹⁶⁶ Kompetenzen sind daher Dispositionen und Fähigkeiten, die es in nicht vorhersehbaren Situationen erlauben, selbstorganisiert, adäquat und generell zu interagieren, gegebenenfalls zu intervenieren. Dabei muss vorausgesetzt werden, dass verfügbares Wissen nicht immer eindeutig verwendbar ist und so auch eine Handlung bei Unsicherheit möglich sein muss. Der kompetent Handelnde lernt demnach Risiken als autopoietisches System zu bewältigen. Die Zunahme der komplexen, unsicheren Situationen ist ein typisches Kennzeichen der heutigen Risikogesellschaft. Dies fordert, so Sauer¹⁶⁷, eine Lernkultur, welche zu einer Dominanz des selbstorganisierten Lernens

¹⁶⁴ Vgl. Sauer 2000.

¹⁶⁵ Vgl. Erpenbeck, J.; Rosenstiel von, L. (2007): Handbuch Kompetenzmessung. S. XX.

¹⁶⁶ Vgl. Weinert 2001, S. 65 ff.

¹⁶⁷ Vgl. Sauer 2000, S. 5-8.

gegenüber dem fremdgesteuerten oder fremdorganisierten Lernen führt. Im Mittelpunkt dieses Lernprozesses steht das nichtexplizite, wertende Wissen in Form von Motivationen, Emotionen, Einstellungen, Fähigkeiten, Erfahrungen und Willensantrieben sowie internalisierte Werte und Normen. Somit ist dieses Lernen möglichkeitsorientiert, selbstreferenziell, kompetenzorientiert¹⁶⁸. Somit sind Kompetenzen subjektzentriert und lassen sich in der Realisation der Disposition erschließen bzw. prüfen. Folglich existieren Komponenten, die für Kompetenz elementar sind.

Als Komponenten von Kompetenz werden durch Erpenbeck/Heyse folgende Elemente definiert:¹⁶⁹

- Wissen, die Gesamtheit der vom Wert und Handlungskontext relativ ablösbaren geistigen Resultate,
- Werte, als Internalisierung gesellschaftlicher Wertvorstellungen, Normen und sozialer Werte und deren Umformung zu individuellen Emotionen und Motivationen,
- Erfahrungen, als bewertete Komplexe von Wissen und Werten, die erprobt sind und dispositiv nutzbar sind,
- Fähigkeiten, als bewertete Komplexe von Handlungsdispositionen, die zurückliegende Handlungen integrieren,
- Wille, als individuell-psychisches Realisierungsvermögen menschlicher Selbstreferenz mit der Willensfreiheit als deren Emergenzaspekt,
- Kenntnisse, als Gesamtheit von Fakten, Grundsätzen, Theorien und Praktiken in einem Lern- oder Arbeitsbereich,
- Fertigkeiten, als kognitive und praktische Handlungspotentiale.

2.2.4 Kompetenztypen

Die wachsende Komplexität von Prozessen führt zu Handlungsverläufen, deren Lösungsstrategie nicht immer nur einen Lösungsweg zulässt. Insofern ist das Problemlösen ein wesentlicher Prozess für Organisationen und Personen.

Erpenbeck und von Rosenstiel unterscheiden dazu zwei grundsätzliche Lösungsstrategien, die Gradientenstrategie und die Evolutionsstrategie.¹⁷⁰

¹⁶⁸ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2006, S. XX.

¹⁶⁹ Vgl. Erpenbeck, Heyse 1999, S. 161 ff.

¹⁷⁰ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2006, S. XX.

Gradientenstrategie:

Suchstrategie bei impliziter Annahme, dass es einen schnellsten Lösungsweg zu einem eindeutigen Ziel gibt, wobei dieses eventuell schlecht oder unscharf definiert ist. Dabei werden Lösungen auf dem Weg zum Ziel permanent optimiert, die Unsicherheit im Lösungsprozess nimmt ab. Die Lösung entsteht selbstgesteuert.

Evolutionsstrategie:

Sowohl der Lösungsweg als auch das eigentliche Ziel sind oftmals unbekannt, mehrere Lösungen sind möglich, ein Optimum nicht darstellbar. Im Unterschied zur Gradientenstrategie sind Prozesse notwendig, die Struktur, Durchführung und Ergebnis verändern. Die Lösung erfolgt selbstorganisiert.

Kompetentes Handeln erfolgt somit, in Abhängigkeit persönlicher Dispositionen, unter Kenntnis der Zielfunktion und damit selbstgesteuert oder/und in zieloffenen Situationen unter Einsatz von Selbstorganisationsstrategien.

Die erste Strategie, so Erpenbeck und von Rosenstiel, ist vorrangig von fachlich-methodischen Kompetenzen, die zweite von personalen, sozial-kommunikativen und aktivitätsorientierten Kompetenzen abhängig¹⁷¹.

Bezieht man die vorstehenden Ausführungen auf die Notwendigkeit medizinischer Sensitivität, kann somit gefolgert werden, dass kompetentes pädagogisches Handeln in Unkenntnis des Gesundheitszustandes eines Educanden nicht möglich ist. Die Unkenntnis des medizinischen Problems lässt einerseits keinen effizienten Lösungsweg zu. Andererseits kann unterstellt werden, dass ohne medizinisches Wissen keine Zielorientierung möglich ist.

2.2.5 Kompetenzklassen

Kompetenzklassen sind herleitbar, wenn die Tatsache berücksichtigt wird, dass die Auseinandersetzung eines Subjektes entweder mit anderen Subjekten oder der objektiven Umwelt erfolgt. Die reflexive, selbstorganisierte Auseinandersetzung erfolgt dementsprechend durch Aktivitäten oder Willenshandlungen sowie fachliche und methodische Erfassung und Veränderung und wirkt sich auf die soziale Umwelt aus.

Daraus folgend lassen sich nach Erpenbeck und von Rosenstiel verschiedene Kompetenzklassen unterscheiden:¹⁷²

¹⁷¹ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2006, S. XX.

¹⁷² Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2006.

- Personale Kompetenzen als selbstorganisierte, reflexive Dispositionen eines Subjekts
- Aktivitätsbezogene Kompetenzen als Disposition, aktiv, gesamtheitlich und selbstorganisiert zu handeln
- Fachlich-methodische Kompetenz als Disposition eines Subjekts, bei der Lösung von Problemen geistig und physisch selbstorganisiert zu handeln, wobei hier eine Abhängigkeit vom Gesundheitszustand gegeben ist
- Sozial-kommunikative Kompetenz als Disposition, kommunikativ und kooperativ zu handeln¹⁷³.

Andere Autoren, stellvertretend Frey¹⁷⁴, kommen, wenn auch unter Berücksichtigung anderer Phänomene, zu ähnlichen Ergebnissen, sodass die Einteilung Erpenbecks zugrunde legend gefolgert werden kann, dass die auf Roth¹⁷⁵ zurückgehende Gliederung in Fach-, Sozial-, Personal- und Methodenkompetenz, wie sie unter anderem von Frey erörtert wurde, sich darin wieder findet:

- Fachkompetenz als Fähigkeitskonzept, durch permanente Weiterbildung zur Spezialisierung des Lehrenden zu führen
- Methodenkompetenz als Fähigkeit der Analyse, Strukturierung, Reflexion und Weiterentwicklung innerhalb eines definierten Sachbereiches
- Sozialkompetenz als konfliktlösende, kooperative, konstruktive und kommunikative Fähigkeit zur Lösung von Zielkonflikten unterschiedlicher Personen
- Personalkompetenz als Selbstkompetenz zur verantwortlichen, fördernden und zielfördernden Handlung¹⁷⁶.

Bezogen auf die Kompetenzanforderung an Lehrende konkretisiert Nieke (Nieke 2002) die professionelle pädagogische Kompetenz wie folgt:

- Die Fähigkeit, gegebene Aufgaben sachgerecht zu bewältigen (Sach- oder Fachkompetenz)
- Das Bewusstsein von der Verantwortung, die gegebenen Aufgaben nach geltenden Maßstäben korrekt und bestmöglich zu erfüllen (Methoden- und Sozialkompetenz)

¹⁷³ Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2006, S. XXI.

¹⁷⁴ Vgl. Frey 2006.

¹⁷⁵ Vgl. Roth 1966, 1971.

¹⁷⁶ Vgl. Frey 2006, S. 32 ff.

- Die auf der Grundlage der beiden ersten Komponenten zu beanspruchende Zuständigkeit für die Erfüllung bestimmter Aufgaben, die sich aus der spezifischen Fähigkeit und Berufsethik definieren lassen (Selbstkompetenz)¹⁷⁷.

Die Berücksichtigung bzw. Beherrschung der hier vorgestellten Kompetenzklassen führt in der Konsequenz folglich zur umfassenden Handlungskompetenz.

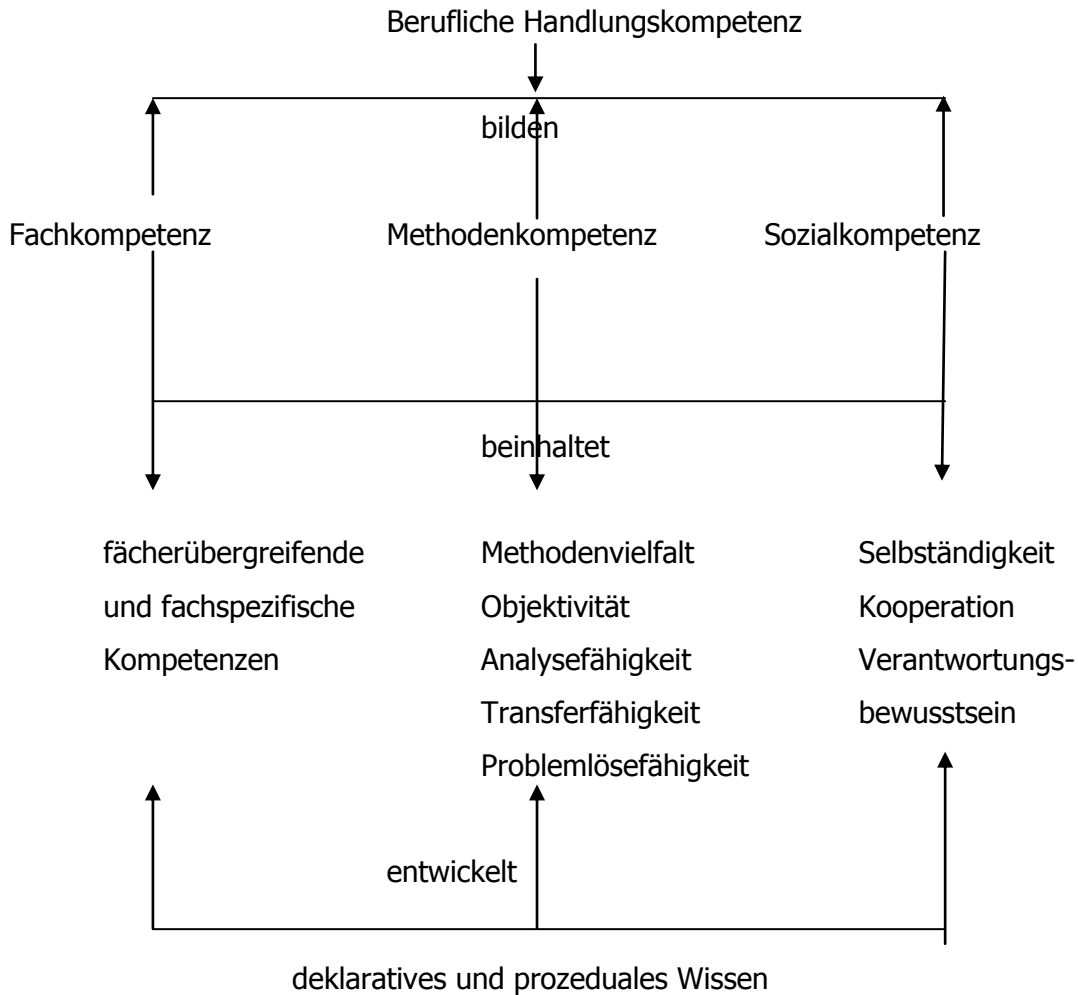
Die aufgeführten Komponenten Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz, Selbstkompetenz sind nicht, so Frey, mit einer hierarchischen Anordnung wie die der Komponenten der Handlungsregulation gleichzusetzen. Vielmehr müssen diese idealtypischen Komponenten als ein Wirkungsgefüge angesehen werden, da sie sich im Prozess der Ausbildung und Entwicklung sowie in der Umsetzung im Handlungsvollzug wechselseitig beeinflussen. Vorausgesetzt werden muss jedoch, dass eine gewisse Rangfolge des Auftretens der Kompetenzen erst eine sinnvolle, zeitlich dimensionierte Handlung ermöglichen.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, S. 15.

¹⁷⁸ Vgl. Frey 1999, S. 37.

Nach FREY kann folgendes Modell beruflicher Handlungskompetenz für die weitere Argumentation zugrunde gelegt werden¹⁷⁹:

Abb. 1 Modell der beruflichen Handlungskompetenz



(Quelle: Frey 1999, 2006)

Die berufliche Handlungskompetenz eines Lehrenden kann, unter Bezug auf Erpenbeck, Heyse und Frey in der Zusammenfassung der bisherigen Erläuterungen wie folgt dargestellt werden:

¹⁷⁹

Vgl. Frey 1999, S. 37.

Tabelle 1 Kompetenzklassen und Einzelkompetenzen

Sozialkompetenz	Kooperation
	Verantwortung
	Selbständigkeit
	Kommunikation
Methodenkompetenz	Methoden / Analyse
	Objektivität
	Reflexion
	Problemlösen/ Transfer
	Erziehungsprozess
	Befähigung zur Selbstreflexion
Übergreifende Fachkompetenz	Erziehungsprozess
	Weiterbildung
	Arbeitsgestaltung
	Informationsbeschaffung
Spezifische Fachkompetenz	Spezifische Fachkomponenten wie Musik, Deutsch, Biologie, Mathematik
Personelle Kompetenz	Selbstreflexion
	effizienter und effektiver Mitteleinsatz
	Gesundheitsförderung
	Psychohygiene
	Soziale Verantwortung
Autopoietische Kompetenz	Selbstreflexion, Selbstorganisation,
	Selbstreferenz

(Quelle: Frey 1999, S. 37, ergänzt durch eigene Angaben)

Ausgangsbasis für die Entwicklung von Standards sind die bereits dargelegten Kompetenzklassen, von anderen Autoren auch als Kompetenzmodelle bezeichnet¹⁸⁰. Dabei bezieht sich die Systematik der Kompetenzen und Standards auf dispositive, fertigungsorientierte Aspekte und versucht damit, eine Abgrenzung zur populären Differenzierung in Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz.

¹⁸⁰ Vgl. Ölkens, Reusser 2008, S. 44, Online im WWW unter URL:
http://www.bmbf.de/pub/bildungsforschung_band_siebenundzwanzig.pdf
[Stand 12.12.2009].

Dies resultiert vor allem aus der Notwendigkeit, die Leistungsdispositionen fächerbezogen zu definieren.

2.3 Zusammenfassung

Im Unterschied zur Qualifikation, welche sich auf die Erfüllung sachverhaltsbezogener Anforderungen, unter Bezug auf eine definierte Tätigkeit bezieht, berücksichtigt der Kompetenzansatz die selbstreferenzielle, selbstorganisierte Handlung des Subjekts. Ausgehend von der fähigkeitsorientierten Betrachtung sind es vor allem motivationale, emotionale und volitionale Aspekte, welche das heutige Kompetenzverständnis determinieren und in der Konsequenz zu der Erkenntnis führen, dass Kompetenzen Selbstorganisationsdispositionen sind. Determinanten dieser selbstorganisierten Handlungen sind Wissen, Werte, Erfahrungen, Fähigkeiten, Wille, Kenntnisse und Fertigkeiten, welche in Kompetenzklassen erfasst werden. Diese Kompetenzklassen resultieren aus der reflexiven, selbstorganisierten Auseinandersetzung des Subjektes mit anderen Subjekten oder der Umwelt.

Es konnte aufgezeigt werden, dass die These der Notwendigkeit medizinischer Sensitivität innerhalb des Kompetenzbegriffs verortet werden kann.

Aus unterschiedlichen Perspektiven heraus lassen sich Personal-, Fach-, Methoden-, Aktivitäts- und Sozialkompetenzen unterscheiden. Ihre Anwendung und Differenzierung ist legitim und für die jeweilige Profession anwendbar. Häufig werden die Begriffe jedoch unkritisch und plakativ genutzt, sodass der eigentliche Erkenntniswert diskreditiert wird.

Folgend sollen die bisher erläuterten Kompetenzen hinsichtlich ihrer Anwendung auf die Spezifika der professionellen pädagogischen Handlungskompetenz erörtert werden sollen.

Da es im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen ist, alle Domänen professionellen pädagogischen Handelns vollumfänglich zu thematisieren, wird in den folgenden Kapiteln exemplarisch die professionelle Lehrerkompetenz thematisiert.

3 Lehrerkompetenzen

3.1 Lehrerkompetenz – eine Situationsanalyse

In den letzten fünfzehn Jahren, vor allem aber in jüngster Zeit, steht die professionelle pädagogische Handlungskompetenz im Fokus der erziehungswissenschaftlichen Diskussion. Oser und Kern (Oser, Kern 2006) führen dazu aus, dass berufliche Handlungskompetenz dann vorliegt, wenn die betroffene Person über automatisierte Handlungsrountinen für wiederkehrende Aufgaben verfügt, sowie Sachwissen vorweist, welches konzeptionell gespeichert ist und bei Bedarf modifiziert und neu konstruiert wird¹⁸¹.

Nach Giesecke (Giesecke 2007) ist folgendes festzustellen:...,„Handeln ist allgemein ein bewusstes und willkürliches menschliches Tun, das auf die Gestaltung der Wirklichkeit gerichtet ist. Der Handelnde verfolgt dabei bestimmte Ziele und hat dafür bestimmte Motive“(Giesecke 2007, S. 21). Für die Bildung gilt demnach, dass pädagogisches Handeln mit dem Ziel, Menschen das Lernen zu ermöglichen, im Kern rational aufklärend und argumentativ ist. Damit ergeben sich für Lehrende besondere Verantwortungen und Verpflichtungen, die sich aus der Vertretung gesellschaftlicher und ethischer Grundsätze ergeben. Klassische Facetten sind die Planung und Durchführung von Unterricht verbunden mit der Aufforderung das Subjekt Schüler zu fördern, zu motivieren und zur Selbständigkeit anzuhalten, bzw. den Schüler auf der Grundlage nachvollziehbarer Bewertungsmaßstäbe zu beurteilen.¹⁸²

Pädagogisches Handeln richtet sich damit auf die zumindest partielle Veränderung von Menschen oder deren Verhältnissen und Gegebenheiten. Des Weiteren sind diese Handlungen an den Handlungen anderer orientiert und damit interdependent. Demzufolge ist pädagogisches Handeln immer auch soziales Handeln. So ist es für einen Lehrenden unabdingbar, dass dieser seine eigene, lebenslange Weiterbildung anleitet und auftretende Schwierigkeiten bzw. Konflikte im Bildungsprozess zu lösen vermag. Politisches Handeln berücksichtigt aufgrund der anwaltlichen Vertretung gesellschaftlicher Interessen, Werte und Normen zur Unterstützung des selbstbestimmten Handelns und Beurteilens an Schüler zu vermitteln.¹⁸³

¹⁸¹ Vgl. Oser, F.; Kern, M. (Hrsg.) 2006, S. 25 ff.

¹⁸² Vgl. Giesecke 2007, S. 21.

¹⁸³ Vgl. Giesecke 2007.

Vor dem Hintergrund dieser Aussagen reicht es nicht mehr aus, dass sich Lehrerhandeln auf die Vermittlung von Lehrinhalten richtet, es ist zweckmäßig und notwendig, Lernhelferhandlungen zusätzlich zum Kerngeschäft, der Lehre, zu erwerben. Diese pädagogischen Lernhilfen können andere Professionen nicht ersetzen und sind daher keine direkten Hilfeleistungen. Indirekt, im Sinne einer Umwelthilfe, Aktivitäts- oder Partizipationshilfe können sie Schüler jedoch in die Lage versetzen, persönliche Defizite oder schwierige soziale Lebenslagen eigenständig zu bewältigen. Denn pädagogisches Handeln stößt immer dort an Grenzen, wo Lernprozesse nicht mehr rational oder argumentativ zugänglich sind. Jede pädagogische Handlung ist somit auch eine soziale Handlung und stellt einen Eingriff in einen komplexen Lebenszusammenhang dar, welcher mit Interpretation, Interaktion und Intervention einhergeht. Lehrerhandeln ist soziales Handeln und kann Menschen und Situationen nur partiell treffen.¹⁸⁴

Daraus folgt, dass Lehrer verschiedene, situationsadäquate soziale Handlungsformen beherrschen sollten. Dazu gehören, so Giesecke, vor allem politische, administrative, ökonomische und medizinische Handlungskompetenz¹⁸⁵.

Dies impliziert weiterhin, dass es für Lehrende neben den Kern- und Metakompetenzen oder auch erweiterte Kompetenzen geben muss, die genau die erörterten Aspekte beinhalten. Die Empfehlungen der KMK zu den Standards der Lehrerbildung berücksichtigen dies in den Rahmenempfehlungen und werden im vierten Kapitel näher erläutert.

Die Beschreibung beruflicher Handlungskompetenz entspringt in weiten Teilen externen Einflüssen aus Gesellschaft und Politik. Determiniert wird die erziehungswissenschaftliche Diskussion dabei von den vor allem politisch gewollten Veränderungen (Bologna Prozess) und der massiv steigenden Wirtschaftsorientierung, die ihren Einfluss auf die Bildungsabschlüsse von Schülern geltend machen (Outputorientierung der Bildung) und somit Kritik am Stand der beruflichen Handlungskompetenz von Lehrern zulassen. In der Folge wurden berufliche Handlungskompetenzen beschrieben¹⁸⁶ und Analyseinstrumente entwickelt, um die Lehrer zu befähigen, den Ansprüchen in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern gerecht zu werden¹⁸⁷. Dazu kann angenommen werden, dass auch die Interpretation einer unvorhersehbaren Situation, die notwendige Interaktion mit dem Subjekt oder der Organisation, und gegebenenfalls die Intervention zur Abwendung von

¹⁸⁴ Vgl. Giesecke 2007, S. 21 ff.

¹⁸⁵ Vgl. Giesecke 2007, S. 33 ff.

¹⁸⁶ Vgl. Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Weiterbildung 1994, 2004.

¹⁸⁷ Vgl. Frey 1999, S. 29-56.

Schäden Fähigkeiten sind, in unterschiedlichen Arbeitsfeldern professionell tätig sein zu können.

Vielfältige Impulse zur Diskussion um professionelle pädagogische Kompetenz kommen aus der Berufsbildung. Ausgehend von der wirtschaftsorientierten Berufsausbildung und deren Kompetenzdefinition...„somit bezeichnen Kompetenzen das von Institutionen geforderte Leistungspotential einer Person zur Bewältigung einer Aufgabe oder beruflichen Situation“(Grothe 1993, S. 232; Frey 1999, S. 30), wurde diese zunächst unkritisch in die Allgemeinpädagogik, Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung übernommen.¹⁸⁸

Darauf bezogen ist Handlungskompetenz demnach die umfassende Zuschreibung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen, die ein Lehrender benötigt, um einen definierten Aufgabenbereich in einem sozialen Handlungsfeld zu beherrschen¹⁸⁹.

Diese idealtypische Definition hält sich noch heute in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, und wird, wie bereits erwähnt, fast schon inflationär im Sinne der Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz gebraucht. Die Ursachen für diese Dilemmata sind in der Professionsentwicklung, konkret in der Debatte um Qualifikation und Kompetenz, wie in Kapitel zwei erläutert, zu sehen.

Neben der Berufsbildung ist der bestehende Deszenz zwischen Qualifikations- und Kompetenzorientierung besonders in der Erwachsenenbildung anzutreffen.

Die Problematik der Erwachsenenbildung aufgreifend ist festzustellen, dass die strukturelle und v. a. die personelle Heterogenität die Anforderungen an eine Profession nicht immer erfüllen. Die damit verbundenen Kriterien, wie wissenschaftliche Standards, akademische Ausbildung, theoretische Wissensbasis, Berufsstand und Autonomie sind nur bedingt auf die Erwachsenenbildung übertragbar, nämlich nur dort, wo gesellschaftspolitische Forderungen die Fort- und Weiterbildung von Erwachsenen vorschreiben, wie dies im Falle der Lehrerbildung der Fall ist. Die sich aus industriellen Bedarfen heraus entwickelnde Erwachsenenbildung oder auch Teile der Volkshochschulbildung können den Anforderungen an Professionalität so nicht genügen. Warum dies so ist, lässt sich aus dem aktuellen Qualifikationsparadigma ableiten. So kann zum jetzigen Zeitpunkt festgestellt werden, dass Erwachsenenbildung von externen Bildungsnachfragen abhängig und auf externe Kundenbedürfnisse fokussiert ist. Die Anforderungen an die Erwachsenenbildung rekrutieren sich aus ökonomischen, politischen und kulturellen Impulsen und werden uneinheitlich aufgenommen bzw. programmatisch

¹⁸⁸ Vgl. Grothe 1993, S. 232; Frey 1999, S. 30.

¹⁸⁹ Vgl. Frey 1999, S. 29-56.

umgesetzt. Auch wenn sich die Besonderheiten der Erwachsenen- und Berufsbildung nicht in jeder Hinsicht auf Lehrerbildung beziehen lassen, lassen sich Grundgesamtheiten herleiten.¹⁹⁰ Bezogen auf die Grundgesamtheiten, muss der Lehrende über bestimmte operative Fähigkeiten verfügen, die avisierte oder auszuführende Anforderung ausfüllen zu können, wobei die Kriterien nach Wissen, Komplexitätsgrad und Verantwortung zu klassifizieren sind. Im Fokus steht somit die Handlungsaufgabe nicht der Lehrende als Subjekt. Die organisationale Struktur gibt daher die benötigte Qualifikation vor und verzichtet darauf, sich mit den kapazitiven Fähigkeiten und den Erfahrungen eines Subjektes auseinanderzusetzen. Im Gegensatz dazu bezieht sich Kompetenz genau auf diese Dimensionen, welche letztendlich zu einer deutlich veränderten Autonomie des Subjektes führen.

So fordern Peters (2004) und Fuhr (1991) Handlungsqualität durch Qualitätsstandards zu sichern, welche u. a. von Fuhr (1991) auch als Mindeststandards bezeichnet werden¹⁹¹(Diese können jedoch allenfalls als Fähigkeiten bestehen). Die u. a. von Weinberg entwickelte, fähigkeitsorientierte Definition, dass Kompetenz alle Fähigkeiten, Wissensbestände und Denkmethode beinhaltet, die das Individuum im Lauf seines Lebens erwirbt und betätigt und es sowohl in antizipierten als auch in nichtassozierten Situationen handlungsfähig macht¹⁹², lässt die Frage ungeklärt, wie das Individuum auf diese Fähigkeiten zugreift. Ebenso unbeantwortet bleibt die Frage, wie immer vorhandenes Nichtwissen kompensiert werden kann.

In der aktuellen, bisher nicht endgültigen Diskussion¹⁹³, werden die Handlungskompetenzen der erziehungswissenschaftlich gebildeten Lehrer hinsichtlich der Komplexität des Unterrichts untersucht, und Standards des professionellen Lehrerhandelns festgelegt. Diese Standards werden in der aktuellen Kompetenzdiskussion jedoch unterschiedlich begriffen. Einerseits stellen Standards die Implikation von Kompetenz dar, andererseits gelten sie als Maß der optimalen Zielerreichung von Kompetenz. Hier werden Standards als definierte, differenzierte und präzisierte Ziele der Lehreraus- und -weiterbildung betrachtet, welche notwendige Fähigkeitsgrade und Anforderungen an Lehrende und Schulen prozesshaft darlegen¹⁹⁴.

¹⁹⁰ Vgl. Giesecke 2007.

¹⁹¹ Vgl. Peters 2004, Fuhr 1991.

¹⁹² Vgl. Weinberg 1996, S. 3

¹⁹³ Vgl. Oser 2002.

¹⁹⁴ Vgl. Terhart 2005.

Standards sind nach Oser das Idealmaß von Lehrerqualität, die auf theoretischer, forschungsbasierter Ebene beruhen und kontextgebunden praktisch-reflexives Handeln realisieren¹⁹⁵. Professionelles Lehren bedeutet daher Handeln unter Anwendung von Standards, die eine professionelle Einflussnahme auf das Lernen von Schülern ermöglichen. Die vorgenannten Aspekte Oser führten in der Folge zu einem Paradigmenwechsel in der theoretischen Konzeption der Lehrerbildung, welche 2004 auf der Kultusministerkonferenz als Standards der Lehrerbildung verbindlich festgelegt wurden. Die Festlegungen, in Form eines strukturierten Kompetenzmodells und elf Kompetenzbereichen, dürften zukunftsweisend für die Professionalisierung der Lehrer sein¹⁹⁶.

Auch wenn es in der aktuellen Diskussion nicht deutlich wird, ist doch festzustellen, dass es Standards schon immer gab. Lediglich die rationale Explikation dieser im Kontext der kognitiven Kompetenzansprüche ist neu. Lehrer, wenn auch um Autonomie bemüht, mussten schon immer die Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen realisieren oder auf die biopsychosozialen Bedingungen der Lernenden reagieren, sowie deren Unterschiede in der Leistungsfähigkeit berücksichtigen¹⁹⁷.

Der bisherige Weg der Professionalisierung in seiner Verteilung aus Studium der Fachwissenschaft, Didaktik, Praxisphase und Referendariat galt, so Nieke (Nieke 2002), bisher als „...hinreichender Ausweis der für erforderlich gehaltenen wissenschaftlichen Ausbildung eines Lehrer“¹⁹⁸. Dies berücksichtigend werden durch operationalisierte Standards Inhalte und Methoden strukturiert, deren Offenheit die permanente Bereitschaft zur Neukonstitution der Pädagogik reflektiert und die damit als innovativ zu bewerten ist.

Die Kompetenzbereiche der Lehrerbildung sind nach Erläuterung durch Nieke: ¹⁹⁹

- Unterrichtsplanung und Durchführung,
- Individuelle Förderung und Motivation,
- Befähigung der Schüler, selbständig zu arbeiten,
- Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Lebensbedingungen der Schüler,

¹⁹⁵ Vgl. Oser (2001), In: Terhart (2002): Standards für Lehrerbildung, Online verfügbar im WWW unter URL: http://miami.unimuenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1151/Standards_fuer_die_Lehrerbildung_Eine_Expertise_fuer_die_Kultusministerkonferenz.pdf. [Stand 22.08.2011].

¹⁹⁶ Vgl. Nieke (2002) In: Rapold 2004, S. 43.

¹⁹⁷ Vgl. Ölkens, J.; Reusser, K. (Hrsg.) 2008, S. 19.

¹⁹⁸ Vgl. Nieke 2002 In: Rapold 2004, S. 43.

¹⁹⁹ Vgl. Nieke 2002a.

- Vermitteln von Werten und Normen zur Unterstützung selbstbestimmten Urteilens und Handelns von Schülern,
- Lösung von Konflikten und Schwierigkeiten in Schule und Unterricht,
- Diagnose von Lernvoraussetzungen und Lernprozessen zur individuellen Förderung,
- Leistungsmessung auf der Grundlage transparenter Bildungsmaßstäbe,
- Professionelle Ethik: der Lehrerberuf als öffentliches Amt mit besonderer Verantwortung und Verpflichtung,
- Management der eigenen lebenslangen Weiterbildung,
- Planung und Umsetzung schulischer Projekte und Vorhaben.

Dabei hat sich die KMK für eine Lösung entschieden, die bereichsspezifische und übergreifende Kompetenzen berücksichtigt. Einerseits sind die formulierten Kompetenzen an bestimmte Schulfächer gebunden und ermöglichen so den weiteren Anschluss an die curriculare Arbeit. Andererseits gestattet der übergreifende Bereich eine Öffnung der Ausbildungs- und Kompetenzstruktur der Lehrer hin zu einer erweiterten Anwendbarkeit und Transferierbarkeit von Denkvermögen, Argumentationsfähigkeit und Problemlösefähigkeit²⁰⁰.

3.2 Zusammenfassung

Professionelles Lehren ist in der Konsequenz eine Handlung, die ihre Wirkung unter vielfältigen Gesichtspunkten zuverlässig, nachhaltig und reflexiv in einer komplexen Situation beweist. Dabei bestehen mehrere Phänomene und Perspektiven. Zunächst bleibt festzustellen, dass sich die Domänen Allgemeinbildung, Berufsbildung und Erwachsenenbildung derzeit nicht einheitlich unter einem Kompetenzbegriff subsumieren lassen. Während in der Allgemeinbildung Standards als erstrebenswertes Kompetenzziel definiert werden, liegt in der Erwachsenenbildung der Fokus in der Qualifikation und dem synonymen Gebrauch des Kompetenzbegriffes.

Insgesamt ist der Argumentation Niekies zu folgen, dass sich die Erziehungswissenschaft nicht selbst beschränken, und den Erkenntnissen anderer Professionen entziehen darf.

Er fordert deshalb von den Erziehungswissenschaftlern Situationsanalyse, Gesellschaftsanalyse und Selbstreflexion, ergänzt durch professionelles Handeln.

²⁰⁰

Vgl. Klieme 2004, S. 10-13, Auszug aus Pädagogik 6-2004.

In der konkreten Handlung kann das unter Umständen bedeuten, dass diese Erkenntnisse auch auf die professionsübergreifende Betrachtung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Störungen anzuwenden sind, da diese kontinuierliche Rahmenbedingungen des Pädagogischen sind. So wie alle Systeme unterliegen auch selbstreferenzielle Systeme der Störung. Diese zu entstören, kann folglich auch die Anwendung medizinischen Wissens voraussetzen. Demnach kann es auch Aufgabe der Bildung sein, das Lernen durch medizinische Kompetenzen der Lernbegleiter zu fördern. Diese Erkenntnis entzieht sich der Erziehungswissenschaft, da bisher keine darauf bezogenen situativen und gesellschaftlichen Analysen durchgeführt wurden.

3.3 Lehrerkompetenzen – Eine Gesellschaftsanalyse

Die in den letzten fünfzehn Jahren geführten Dispute darüber, was pädagogische Professionalität explizit ist, zeigen dass die Auffassungen weit auseinander gehen. Stellt man die Frage nach Professionalität in der Pädagogik, so ist auch zu fragen, ob es diese jemals gegeben hat. Der Bedarf an Handlungs- und Orientierungswissen steigt in dem Maße, wie die Gesellschaft komplexer und die Aufgaben in den gesellschaftlichen Feldern unüberschaubarer werden, was an den steigenden Qualifikationsanforderungen an die Pädagogen ablesbar ist. Der Schwerpunkt verlagert sich immer weiter vom Sach-, Fach- und instrumentellen Handlungswissen zu abstrakten Schlüsselqualifikationen (Erschließungskompetenz), zu allgemeiner Interaktionskompetenz bzw. Interventionskompetenz²⁰¹.

Durch Terhart (Terhart 1996, in Combe 1996) wird die besondere Kompetenz des Lehrerberufs dahingehend thematisiert, einzelne Standards für Lehrerhandeln festzulegen. So sollte professionelles Handeln die historisch-gesellschaftliche Entwicklung (kollektives Bewusstsein) und die berufsbiographische Entwicklung (individuelles Bewusstsein) reflektieren und der Austausch zwischen innerer Berufskultur und Außeneinfluss sollte zentrales Element der Konstitution sein. Weitere Merkmale sind: ²⁰²

- Binnendifferenzierung,
- Fähigkeiten, Einstellungen, Eigenschaften,
- Berufskultur,
- Wahrnehmungsweise und Kommunikationsform,

²⁰¹ Vgl. Wimmer 1996 in: Combe 1996, S. 404 ff.

²⁰² Vgl. Terhart in: Combe 1996.

- Hinwendung von der wissenschaftszentrierten zur personal- und erfahrungszentrierten Kompetenz und ganzheitlichen Konzepten (didaktische Ebene).

Dabei scheint es wichtig, die bisher noch nicht in ausreichendem Maße vorliegenden gesundheitsrelevanten Erkenntnisse der Kindheits- und vor allem Jugendforschung in ihrer Bedeutung für die Schule sowie für die Organisation didaktischer Prozesse fruchtbar zu machen; insbesondere aufgrund der zunehmenden Pluralität jugendlicher Lebensstile bei gleichzeitiger Vergrößerung des Anteils an Lebenszeit, der von immer mehr Jugendlichen in Schulen und Klassenzimmern verbracht wird²⁰³.

Professionelle Pädagogen sind Lernhelfer²⁰⁴, die mit zielorientierten, planmäßigen Maßnahmen kulturelle (Sache) und kommunikative (pädagogischer Bezug) Handlungen vollziehen, die durch differenzierte soziale Kompetenzen, wie psycho-sozio-medizinisches Handeln ergänzt werden. Giesecke führt weiterhin aus, dass pädagogische Handlungen kaum systematisch reflektiert werden. Dies findet sich auch im Theorie-Praxisbezug wieder. Zielorientiertes pädagogisches Handeln ist soziales Handeln und damit eine Intervention innerhalb einer pädagogischen Aufgabenstellung.

Daraus ergibt sich eine Interdependenz zwischen Pädagogen und Educanden, deren Realisation von methodischen und didaktischen Stilmitteln anhängig ist, um Educanden in die pädagogische Handlung einzubeziehen. Systematische Reflexion der pädagogischen Handlung ergibt sich daher nur aus dem Praxisbezug oder besser gesagt dem Realitätsbezug zum Educanden.²⁰⁵

Die wesentlichen Arbeitsaufgaben von Lehrern werden auch in der aktuellen Literatur auf den Unterrichtsprozess fokussiert. So finden sich u. a. bei Bauer (Bauer 2006) Unterrichten, Erziehen, Diagnostizieren und Beurteilen, Beraten und Schule entwickeln. Die dafür notwendigen Kompetenzen lassen sich grob in Allgemein-, Kern- und Metakompetenzen differenzieren.

So differenziert Bauer den Kernprozess „Organisation von Lernprozessen“ und professionelle Metakompetenzen. Dabei wird die Organisation von Lernprozessen weiter gegliedert in:²⁰⁶

²⁰³ Vgl. Terhart in: Combe 1996, S. 448.

²⁰⁴ Vgl. Giesecke 2007.

²⁰⁵ Vgl. Giesecke 2007.

²⁰⁶ Vgl. Bauer 2006.

- Fachliche und fachwissenschaftliche Kompetenz,
- Fachdidaktische Kompetenz,
- Pädagogisch-psychologische Kompetenz.

Im Gegensatz dazu gliedert sich der Erziehungsprozess in Kompetenzen wie Diagnostizieren, Beurteilen, Evaluieren. Es soll an dieser Stelle erlaubt sein, folgende Argumentation anzubieten. Sowohl die pädagogisch-psychologische Kompetenz als auch (subsumiert) die fachwissenschaftliche Kompetenz haben unter Bezug auf die Eigenschaft von Prozessen, in den letzten Jahren eine prozessorientierte Bewertung erfahren. Dies wirkt zunächst innovativ, aber bei kritischer Betrachtung scheint es, als würden die Autoren gleiche Begriffe aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten und bewerten. Wenn von einem Lehrenden die Organisation von Lernprozessen erwartet werden muss und dies im Kontext fachwissenschaftlicher Kompetenzen zu erfolgen hat, ist die Frage zu stellen, inwiefern verantwortliches Handeln möglich ist, wenn körperliche, geistige oder soziale Einflüsse einen zu Erziehenden so stark belasten, dass dieser sich krank fühlt, der Lehrende mangels medizinischer Kompetenz dies aber nicht interpretieren kann. Von weitergehenden Interaktionen gegebenenfalls Interventionen ist demnach ganz abzusehen. Daran ändern auch die immer wieder postulierten Metakompetenzen wie Kooperationsfähigkeit, Lernbereitschaft, Psychohygiene und Gesundheitskompetenz nichts. Gerade die Gesundheitskompetenz bzw. die Gesundheitswissenschaft versuchen, seit Jahren ohne medizinische Kenntnisse auszukommen, was einer Argumentation sich selbst und anderen gegenüber wohl nicht genügt.

Der Kernprozess Schulentwicklung kann ebenfalls nicht der heutigen Auffassung von Prozessorientierung standhalten. Selbstredend sind Kompetenzen wie Moderationsfähigkeit, Teamentwicklung, Konferenzarbeit, Projektarbeit, Zeitmanagement und Leitbildentwicklung für die Schule wesentlich. Schulentwicklung jedoch ist nur in der Auseinandersetzung mit der sich verändernden Umwelt möglich. Dazu gehört auch die Verantwortung der Schule im Sinne des bürgerschaftlichen Engagements.

Pädagogisches Handeln erfolgt überwiegend in komplexen sozialen Situationen, unter Zeitdruck und simultan. D. h., viele Handlungsstränge müssen gleichzeitig aufrechterhalten und miteinander verflochten werden. Das kann nur gelingen, wenn Pädagogen über ein reichhaltiges Repertoire an Handlungsmustern verfügen, die

hochverdichtet unterhalb der Bewusstseinschwelle abgespeichert sind und abgerufen werden können.²⁰⁷

Wenn dies das Verständnis von Professionalität ist, so stellt sich auch an dieser Stelle die Frage, wie professionelles Handeln ohne medizinisches Wissen zu gewährleisten ist.

Der von Oser (Oser 1989) diskutierte ethos-psychologische Ansatz zum pädagogischen Berufsethos kommt zu der Feststellung, dass pädagogisch-didaktisch Kompetenz allein nur zu einer geringen Verbesserung der Unterrichtsqualität führt. Oser führt weiterhin aus, dass weitere (Meta-)Kompetenzen hinzuzufügen sind, die da wären:²⁰⁸

- Erziehungsauftrag,
- Fürsorge,
- Wahrhaftigkeit,
- Gerechtigkeit.

Andererseits muss berücksichtigt werden, dass es die Forderung nach einer Rechenschaftspflicht ist, die dazu führte, die Professionalität der Lehrenden an Kompetenzen und Standards zu koppeln.

Spätestens seit den desolaten Ergebnissen in den Schulleistungsvergleichen werden Diskurse über die elementaren Bildungsziele und darüber, wie man diese erreicht, geführt. Daneben ist die Forderung nach Übernahme und Zuweisung von Verantwortung zu erfüllen. Dies sind die gesellschaftspolitischen Perspektiven, die es rational nachvollziehbar machen, die Einführung von Standards zu diskutieren. Auch wenn Terhart (Terhart 2002) von „de facto“-Standards spricht²⁰⁹, die im Zuge der PISA-Ergebnisse geschaffen wurden, kann dies nicht die alleinige Basis zur Schaffung von Standards sein. Fremde Systeme mechanistisch zu übertragen oder zu kopieren, wird erfolglos bleiben. Vielmehr ist es zwingend, die notwendigen gesellschaftlichen Veränderungen kontinuierlich unter Beteiligung aller Akteure einzuleiten und umzusetzen, wie dies mit dem Beschluss der

²⁰⁷ Vgl. Bauer 2006.

²⁰⁸ Vgl. Oser 1989, S. 61.

²⁰⁹ Vgl. Terhart 2002, Online im WWW unter URL:
http://www.sowi-online.de/reader/lehrausbildung/terhart_standards.htm.
 [Stand 11.11.2011], vgl. Online im WWW unter URL:
http://miami.unimuenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1151/Standards_fuer_die_Lehrerbildung_Eine_Expertise_fuer_die_Kultusministerkonferenz.pdf. [Stand 22.08.2011].

KMK auch erfolgte. Der rationale Kern aus Bildung und Erziehung bezieht sich auf die Umsetzung von Bildungszielen²¹⁰.

3.4 Die Kernkompetenz des Lehrenden

Weinert (Weinert 2001) ist der Auffassung, dass von Kompetenz eines professionellen Pädagogen dann gesprochen werden kann, wenn dieser, wie im vorhergehenden Abschnitt erläutert wurde, alle Facetten der individuellen Disposition des Educanden berücksichtigt.²¹¹ Ein Lehrender handelt demnach professionell, wenn es ihm gelingt, die dem Educanden gegebenen Fähigkeiten und kognitiven Ressourcen zu erkennen, zu nutzen, zu fördern, und den Educanden an Entscheidungen partizipieren zu lassen. Dazu müsste von einem Lehrer verlangt werden, dass dieser sein Handeln kognitiv, motivational, sozial und aktivierend auf die Handlungsmöglichkeiten des Educanden ausrichtet.²¹²

Nach hier vorliegender Auffassung kann die zentrale Kompetenz des Lehrers wie folgt beschrieben werden:

- Organisation von Lehren und Lernen.
- Gezielte Planung, Organisation, Gestaltung und Reflexion von Lehr-Lernprozessen als Kernbereich der Kompetenz von Lehrern.
- Dieser übergeordneten Aufgabe entsprechen die Kompetenzen Unterrichten, Erziehen, Diagnostizieren – Beurteilen - Beraten, sowie berufliche Kompetenz und Schule weiterentwickeln²¹³.

3.5 Metakompetenzen professionell Lehrender

Die Metakompetenzen des Lehrenden lassen sich nach Terhart in Unterrichten, Erziehen, Diagnostizieren, berufliche Kompetenz und Schulentwicklung unterscheiden.²¹⁴ Die Metakompetenzen sollen folgend analysiert werden.

²¹⁰ Vgl. Ölkers, J.; Reusser, K. (Hrsg.) 2008, S. 15

²¹¹ Vgl. Weinert 2001, S. 74.

²¹² Vgl. Stein, Stummbaum 2010, S. 4, Online im WWW unter URL: http://www.pedocs.de/volltexte/2010/3323/pdf/Stein_Stummbaum_2010_berufsrelevante_Kompetenzen_D_A.pdf. [Stand 14.12.2011].

²¹³ Vgl. Terhart 2002, S. 14.

3.5.1 Unterrichten

Unterrichtsgegenstände verlangen fachliche und fachwissenschaftliche Kompetenzen wie die Anbahnung von langfristig angelegten, verständnisvollen und fachwissenschaftlich vertretbaren Lernzugängen. Dies verlangt eine professionelle Vorbereitung, Durchführung und Reflexion des Unterrichtsgeschehens in Verknüpfung mit anschließenden und weiterführenden Bildungsniveaus, in der Einheit mit didaktischer, psychologischer, soziologischer, erziehungswissenschaftlicher und medizinischer Kompetenz²¹⁵.

3.5.2 Erziehen

Erziehung ist die intentionale Einflussnahme auf die Persönlichkeitsentwicklung. Das heißt, Persönlichkeitsentwicklung kann weder unbeabsichtigt noch unbewusst erfolgen (Sozialisation). Zu reflektieren sind also alle Einflüsse, die aus organisatorischen sozialen, psychologischen oder medizinischen Bedingungen resultieren. Voraussetzungen dafür sind psychologische, erziehungswissenschaftliche, soziologische und medizinische Kompetenzen.

Lehrer können nicht problemhaltige Entwicklungen und Defizite reparieren oder gar therapieren, sie müssen jedoch sensibilisiert werden, um diese Probleme zu erkennen, zu bewerten und gezielte Maßnahmen einzuleiten, bis weitere professionelle Hilfe möglich ist (Interpretation, Interaktion, Intervention)²¹⁶.

3.5.3 Diagnostizieren, Beurteilen und Evaluieren

Auch wenn diese Einzelkompetenzen die Lehrtätigkeit nur tangieren, gehören sie zum Standardrepertoire von Lehrern. Sie haben eine bewertende und überprüfende Funktion und dienen der Beurteilung des Lernerfolges, der Lernfortschritte bzw. der Voraussetzungen für Lernerfolg. Dafür muss ein Repertoire an Evaluationsmethoden und daher methodische, soziale, psychologische und medizinische Kompetenzen gegeben sein²¹⁷.

Neben den von vielen Autoren referierten Lehrerkompetenzen, welche als repräsentativ für eine bestimmte Situation angesehen werden, ist es darüber hinaus notwendig, auch nichtstandardisierte Situationen zu analysieren. So ist es durchaus wichtig, dass Lehrende für den Umgang mit gesundheitsgestörten Schülern und Jugendlichen mit entsprechenden

²¹⁴ Vgl. Terhart 2002, S. 14 ff.

²¹⁵ Vgl. Terhart 2002, S. 14.

²¹⁶ Vgl. Terhart 2002, S. 14 ff.

²¹⁷ Vgl. Terhart 2002, S. 14 ff.

Kapazitäten ausgestattet sind, um auch in diesen Situationen kompetent handeln zu können. In der Folge würde auch diese (medizinische) Kompetenz akzeptiert und allgemeingültig werden.

3.5.4 Berufliche Kompetenz und Schulentwicklung

Die berufliche Kompetenz kann auch als Fähigkeit der Vernetzung verschiedener Strukturen in der Organisation Schule verstanden werden. Einerseits gilt es, kollegiale Absprachen zu treffen, die berufliche Zusammenarbeit möglichst fächerübergreifend zu gestalten und damit Kooperationsformen zu wahren. Andererseits ist es das Ziel von Schule, sich qualitativ weiterzuentwickeln. Dazu ist die Koordination aller schulischen Aktivitäten notwendig²¹⁸.

3.6 Standards in der Lehrerbildung

Der Argumentation Osers folgend entwickelte sich die Diskussion um Lehrerstandards in den 1980er und 1990er Jahren sowohl im amerikanischen als auch im deutschen Bildungssystem. Neben COCHRANE-SMITH (2001), und DARLING-HAMMOND (2000) entwickelte der Psychologe SHULMAN eine professionelle Wissensbasis für Lehrer und unterschied²¹⁹:

- fächerspezifisches, inhaltliches Wissen,
- generelles pädagogisches Wissen, im Sinne von Methodik und Didaktik,
- curriculares Wissen,
- pädagogisches Sachwissen zur Umsetzung der curricularen Zielvorgaben,
- Wissen um die Kinder und Jugendlichen als Lernende,
- Wissen um erzieherische Kontexte,
- Wissen um Bildungsabsichten und entsprechende philosophische Kontexte.

Auch wenn sich die amerikanische von der deutschen Terminologie unterscheidet, zeigt sich das Dilemma darin, dass Wissensbestände keine Handlungsgarantie darstellen, dass sich keine Wirksamkeit der möglichen Handlungen ableiten lässt. Shulman versucht, dies in seinem Handlungsmodell aus Verstehen, Transformation, Instruktion, Evaluation und Reflexion zu berücksichtigen²²⁰.

²¹⁸ Vgl. Terhart 2002.

²¹⁹ Vgl. Oser 1997, S. 15.

²²⁰ Vgl. Oser 1997, S. 15 ff, Online im WWW unter URL: http://www.sowi-online.de/reader/lehrausbildung/oser_professionalisierung.htm. [Stand 22.06.2010].
Vgl. Oser 1997, S. 27-29, Beiträge zur Lehrerbildung 15 (1) 1997, Online im WWW unter URL:

Handlungen lassen sich also aus dem Wissensbestand nicht direkt ableiten. Dieses Validitätsproblem versuchten Cochrane-Smith, und Darling-Hammond zu lösen, indem sie die Wirksamkeit der impliziten Lehrerhandlungen anhand definierter, auf das Schülerlernen und Schülerhandeln bezogener Kriterien empirisch untersuchten und so auf Standardisierungen angewiesen waren²²¹.

Einen weiteren Lösungsansatz zeigt Bromme auf, indem er Wissen und Handeln hinsichtlich der impliziten Logik untersucht. So unterscheidet er das kognitiv strukturierte Wissen und das Wissen als Handlungslogik²²², in dessen Folge Handlungswissen entsteht. Insofern ist Handlungswissen in komplexen Handlungssituationen als Leistungstreiber zu sehen, welcher als Norm bzw. Grundanspruch eines festgelegten Qualitätsniveaus gilt. Dies lässt sich nach Erpenbeck, von Rosenstiel (Erpenbeck, von Rosenstiel 2003) als Kompetenz definieren. Lehrerstandards bzw. Kompetenzen sind demnach professionelle Fähigkeiten und gleichzeitig Niveauansprüche, welche Handlungswissen beinhalten, in ihrer situativen Sichtbarmachung.²²³ Oser führt in diesem Sinne weiter aus, dass Standards folgende Fähigkeiten beinhalten:²²⁴

- ▲ theoretisch fundiertes Wissen, welches auf Grundlagenforschung basiert,
- ▲ Kriterien der Evaluation müssen erfüllt sein,
- ▲ Fähigkeiten müssen in der Praxis gelebt werden.

Somit ist festzustellen, dass Standards nicht nur Voraussetzung für professionelles Handeln, sondern auch dessen Ergebnis sind. Dazu führt Oser weiter aus:

...„Standards seien optimal ausgeführte bzw. optimal beherrschte und in vielen Situationen anwendbare Fähigkeiten und Fertigkeiten, die nur von Professionellen Verwendung finden können, aber nicht von Laien oder von Personen anderer Professionen“ (Oser 2006, S. 28).

Standards für Lehrer sind demnach professionelle Kompetenzen bzw. die Voraussetzung, diese zu erreichen oder der erstrebenswerte Zielzustand von kompetentem Handeln.

Standards sind nach Oser²²⁵:

221 http://www.bzi-online.ch/archivdownload/artikel/BZL_1997_1_26-37.pdf [Stand 27.12.2011].

222 Vgl. Cochrane-Smith 2001, Darling-Hammond 2000, in Terhart 2002, S. 11.

223 Vgl. Bromme 1992 in: Oser 1997, S. 15 ff.

224 Vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2003.

225 Vgl. Oser, 2006, S. 28.

225 Vgl. Oser 1997, S. 28 ff, Online im WWW unter URL:

- Lehrer-Schüler-Beziehungen,
- Schülerunterstützendes Handeln und Diagnose,
- Bewältigung von Disziplinproblemen und Schülerrisiken,
- Aufbau und Förderung von sozialem Verhalten,
- Lernstrategien vermitteln und Lernprozesse begleiten,
- Gestaltung und Methoden des Unterrichts,
- Leistungsmessung,
- Medien,
- Zusammenarbeit in der Schule,
- Schule und Öffentlichkeit,
- Selbstorganisationskompetenz der Lehrkraft,
- Allgemeindidaktische und fachdidaktische Kompetenzen.

Erkenntnistheoretisch kann somit festgestellt werden, dass Standards die implizite Wirklichkeitsannahme von Lehrenden formal auf ihre explizite Wirksamkeit beschreiben können. Dabei wird häufig vernachlässigt, dass es implizite Standards schon immer gab. So entwickelten sich auch auf der Ebene der Profession Standards, die als Werkzeuge zur effektiven Lösung von Problemen betrachtet wurden. Diese bezogen sich ebenfalls auf die unterschiedliche Akzeptanz von der Krankheit eines Schülers. So war und ist es bis heute üblich, bestimmte Krankheitserscheinungen zu tolerieren oder auch Verhaltensanweisungen zu geben, bzw. einfache, üblicherweise simplifizierte Prognosen zu stellen²²⁶.

Hinsichtlich der Explikation führt Terhart weiter aus, dass die Einführung und Anwendung von Standards eine empirisch gesicherte Evaluation der Lehrerwirksamkeit zulässt. Des Weiteren ist in der Diskussion zu berücksichtigen, dass veränderte Organisationsstrukturen sich auf den Standardisierungsgrad auswirken. Die Übernahme des „Neuen Steuerungsmodells“ öffentlicher Verwaltungen gibt den Institutionen mehr Handlungsspielraum, aber auch mehr Verantwortung. Dies muss in den Standards für die Bildung genauso berücksichtigt werden wie die Tatsache, dass es „de-facto“-Standards gibt, die sich zwingend aus den Vergleichen innerhalb der Schulleistungsstudien ergeben²²⁷.

Die bisher erläuterten Erkenntnisse und Phänomene wurden in den letzten Jahren reflektiert und fanden ihren vorläufigen Abschluss in der Festlegung der

²²⁶ http://www.uni-landau.de/schulprakt-studien/Vorstellung_REBHOLZ.pdf [Stand 19.10.2011].
Vgl. Ölkens, J.; Reusser, K. (Hrsg.) 2008, S. 21.

²²⁷ Vgl. Terhart 2002, S. 7.

Kultusministerkonferenz 2004, über Standards für die Lehrerbildung. Abschließend bleibt festzustellen, dass sich Standards nicht nur auf das Subjekt Lehrer beziehen dürfen. Terhart argumentiert, dass Lehrende institutionell handeln, und somit auch die Institution sich Standards unterziehen muss. Die Interdependenz zwischen gesellschaftspolitischer Steuerungsebene, Institution und Subjekt, verlangt letztendlich auch von der steuernden Instanz die Anwendung von Standards²²⁸.

3.7 Gibt es „die Lehrerkompetenz“?

Die ambivalente Betrachtung der Kompetenz ist von der Konstruktion des Begriffs durch den Betrachtenden abhängig. Dabei können sehr enge, tubulöse Betrachtungen von komplexen unterschieden werden. In Anlehnung an Max²²⁹ lassen sich folgende Hauptgruppen für Lehrerkompetenz differenzieren:

- Kompetenz in Abhängigkeit von der Zielerreichung,
- Kompetenz als Interaktionsfähigkeit zwischen Subjekten oder Subjekten und Aufgaben,
- Kompetenz als Weg und Ziel persönlicher Entwicklung und Handlungsfähigkeit,
- Kompetenz als Anerkennung von Expertentum,
- Kompetenz als Ergebnis kollektiver Entwicklungen.

Die Vielfalt dieser Gruppen lässt vermuten, dass es weder jetzt, noch in absehbarer Zeit eine endgültige Kompetenzdefinition geben wird, und somit die Frage nach der Lehrerkompetenz unbeantwortet ist. Lehrerkompetenzen können und müssen in Abhängigkeit von den sich verändernden Bildungs- und Erziehungszielen durch Experten erforscht und durch Praxiserprobung umgesetzt werden. Dies führt in der Folge zu sich ändernden Kompetenzauffassungen. Weiterhin muss zur Kenntnis genommen werden, dass die Tatsache der subjektgebundenen Betrachtung eine direkte Beobachtung der Kompetenz unmöglich macht. Das Phänomen Kompetenz als geistiges Konstrukt ist daher mit wissenschaftlichen Standardverfahren kaum zu prüfen. Den epistemologischen Blickwinkel nur auf Fähigkeiten zu lenken, führt dazu, konstituierende Merkmale zu beschreiben. Die Analyse der notwendigen Kapazitäten und intentionalen Aspekte, eine kompetente Handlung zu konstruieren, kann dagegen durch die Anwendung und Evaluation von Standards gesichert werden.

²²⁸ Vgl. Therart 2002, S. 5.

²²⁹ Vgl. Max 1999, S. 132.

3.8 Zusammenfassung

In der Zusammenfassung kann festgestellt werden, dass es keine abschließende Festlegung zu Lehrerkompetenzen geben kann. Die häufig als zu allgemein zitierten Fach-, Sozial-, Methoden- und Personalkompetenzen bilden im Prinzip ein Dach, das durch unterschiedliche Autoren differenziert und bewertet und mit dem systemtheoretischen Paradigma vernetzt wird. Zweifelsfrei kann eine zentrale Kompetenz von Lehrenden beschrieben werden, aber auch diese entwickelt sich aktuell und in der Auseinandersetzung mit der Systemtheorie vom Lehrer zum Lernbegleiter weiter. In der Auseinandersetzung mit der sich global ändernden Welt können vorläufige Metakompetenzen beschrieben werden, die sich auf die aktuellen Erkenntnisse und Phänomene beziehen und die bisher im Fokus stehende Fach- und Methodenkompetenz ablösen und der sozialen Kompetenz das Primat zuschreiben. In dieses Spannungsfeld hinein greift der Beschluss der KMK, die Ausbildungsqualität zu sichern, Standards und Kompetenzen für professionelle Pädagogen zu definieren, und Instrumente der Evaluation zu entwickeln.

4 Standards und Kompetenzen

4.1 Standards und Kompetenzen der Kultusministerkonferenz– Grundlagen und Ziele einer qualifizierten Lehrerbildung

Die Kultusministerkonferenz (KMK 2004) formuliert es als zentrale Aufgabe, die Qualität der schulischen Bildung zu sichern. Dies, so die KMK, ist dann realisierbar, wenn Standards und deren Evaluation die Qualität der schulischen Bildung sichern und weiterentwickeln²³⁰. Standards definieren demnach die Anforderungen an Lehrende, welche durch diese zu erfüllen sind. Dabei bezieht sich der Beschluss der KMK auf die in den Schulgesetzen der Länder definierten Bildungs- und Erziehungsziele. Standards, so die Annahme, formulieren Kompetenzen in der Bildungswissenschaft. Diese sind von besonderer Bedeutung für die berufliche Ausbildung, die Professionalisierung in der täglichen Praxis, und bieten darüber hinaus Anknüpfungsmöglichkeiten für die Fort- und Weiterbildung.²³¹

Die Bildungswissenschaft umfasst dabei die Disziplinen, welche sich mit bildungs- und erziehungswissenschaftlichen Erkenntnissen sowie deren Rahmenbedingungen auseinandersetzen. Mit Beginn des Ausbildungsjahres 2005/2006 sollten die Standards als grundlegende Anforderung für Lehramtsstudiengänge und für den Vorbereitungsdienst sowie die Fort- und Weiterbildung von Lehrern verbindlich implementiert werden. Des Weiteren wurde die regelmäßige Evaluation und Weiterentwicklung der Standards festgelegt²³². Der empfehlende Charakter der KMK wurde bisher durch die Bundesländer nicht umgesetzt.

4.2 Ausgangsbetrachtungen

Reflektiert man den vorhergehenden Abschnitt dieses Kapitels, werden bereits drei Kernbegriffe benutzt, um die Absicht zu explizieren, die Akteure für Bildung und Erziehung im Kontext des bildungspolitischen Auftrags zu professionalisieren, und dies in die Ausbildung von Lehramtsstudenten zu implementieren. Einerseits wird mit der Vorgabe der Länder eine externe Qualitätsforderung umgesetzt, die Forderung, zu sichern, dass die in den Rahmenlehrplänen formulierten Lehr- und Lernziele auch in der

²³⁰ Vgl. KMK 2004, S. 3.

²³¹ M.E. ist an dieser Stelle darauf zu verweisen, dass die Empfehlungen der KMK zwar für die Lehrerbildung ausgewiesen werden. Im Verlauf des Kapitels wird jedoch auch auf die Anknüpfungsmöglichkeiten zu anderen pädagogischen Professionen verwiesen.

²³² Vgl. KMK 2004, S. 1-3.

Hochschulausbildung von Lehrenden Berücksichtigung finden. Somit soll hier die vorab definierte Qualität von Bildung und Erziehung gesichert werden. Andererseits sind die kognitiven Aspekte der Lehramtsstudenten so zu berücksichtigen, dass eine wissens-, fähigkeits- und entfaltungsorientierte Bildung angeboten wird, die geeignet ist, die Kompetenzen des zukünftigen Lehrers zu entwickeln. Es zeigt sich hier wiederholt die Diskussion zwischen externer, lernzielorientierter Qualitätsvorgabe und der kognitiv orientierten Kompetenzentwicklung des Subjekts. Standards sind folglich intersubjektive Elemente. Sie sind Handlungsrahmen oder Messgrößen, die Minimal- und Maximalkriterien enthalten, um Anforderungen und Fähigkeitsgrade der Lehrerbildung zu beschreiben, zu definieren und zu differenzieren²³³. Da diese Standards auch für die Fort- und Weiterbildung Anwendung finden, stellen sie nicht nur die Basis für den Erwerb von Kompetenzen, sondern auch den Grad der Zielerreichung dar. Sie können evaluiert und weiterentwickelt auch zum Maß von Kompetenz werden. Zunächst sind jedoch die Bedingungen zu erläutern, die in ihrer Historie dazu führten, Standards in der Lehrerbildung einzuführen. Weiterhin sind sich ergebene Schnittstellen aufzuzeigen und für die These, dass professionelle Pädagogen, exemplarisch professionell Lehrende, auch über medizinische Sensitivität verfügen sollten, zu explizieren.

4.3 Standards für Lehrende

Die Theoriediskussionen in der Erziehungswissenschaft waren bis in die 60iger Jahre des 20. Jahrhunderts hinein normativ geprägt. Basierend auf der idealistischen Trennung zwischen Volksschullehrern und Gymnasiallehrern existierten idealisierte Leitbilder, welche für sich genommen durchaus als intuitive Standards bezeichnet werden konnten, und formell auf den gleichen Kriterien beruhten. Diese determinierten die pädagogische Ausbildung und Profession. Entscheidungen über die Lehramtslaufbahn bzw. die Einstellung in den Schuldienst wurden ebenfalls durch Standards herbeigeführt, welche durch entsprechende Prüfungsordnungen postuliert wurden²³⁴.

Mit dem Aufgehen der Pädagogik in die Erziehungswissenschaft mussten neue Standards formuliert werden, die dem Anspruch an wissenschaftlich ausgebildete Experten genügten. Einerseits mussten die Anforderung an die Wissensbasis und die dafür notwendigen Kapazitäten, andererseits die beabsichtigten bzw. erwünschten oder auch erhofften Kompetenzen für Unterricht und Erziehung neu beschrieben, definiert und differenziert werden. In der Folge wurden die Ausbildungsinhalte der unterschiedlichen

²³³ Vgl. Terhart 2002, S. 13.

²³⁴ Vgl. Terhart 2002, S. 15.

Lehrerbildungssysteme zusammengeführt. Die pädagogischen Hochschulen gingen in den Universitäten auf. Die Unterschiede zwischen den Lehramtsstudiengängen ergaben sich nur noch nach Graduierung und Gewichtung der Ausbildungsinhalte.

Analysen der Lehrerbildung (stellv. Terhart 2002) weisen kritisch daraufhin, dass die verschiedenen Phasen, sowohl die universitären als auch nachuniversitären, keinen validen Wirkungsanalysen und Evaluationen unterzogen wurden. Es wurde daher vor allem im Kontext amerikanischer Studien²³⁵ der Schluss gezogen, die Wertschöpfungskette von der Lehrerbildung (Input) über das Lehrerhandeln (Transformation und Wertezuwachs) bis hin zum Schülerlernen und Schülerwirken (Outcome) empirisch kontrolliert zu untersuchen. Somit wurde es notwendig, die Wirklichkeit der impliziten Lehrerbildung anhand definierter Kriterien auf ihre explizite Wirksamkeit hin zu evaluieren. In der Folge wurden Standards implementiert, um die zumindest angestrebte Wirksamkeit zu definieren²³⁶. Daneben ergaben sich Überlegungen, dass die Anwendung von Standards dazu beitragen würde, die Vergleichbarkeit (auch international), die Transparenz und die Kommunikation der organisationalen Einheiten untereinander deutlich zu verbessern.²³⁷

Die Grundlagen und Ziele der Diskussionen um Kompetenzen ergaben sich, wie bereits erläutert wurde, aus den bisher unzureichend explizierten und evaluierten Wirksamkeitsnachweisen professioneller pädagogischer Handlungskompetenz. Die erziehungswissenschaftliche Forschung war sich auch dahingehend einig, dass die Vermittlung theoretischen Wissens in institutionalisierten Ausbildungsgängen eher einem Qualifikationsprofil entspricht. Vor dem Hintergrund des professionellen Kompetenzgedankens einhergehend mit dem Erwerb von spezifischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und einer Reflexionsfähigkeit, auch in unvorhersehbaren Situationen adäquat handeln zu können, sind somit weitergehende Kenntnisse zu vermitteln und zu erwerben, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Um dies zu sichern, schlägt Nieke (Nieke 2002) vor, die professionelle pädagogische Kompetenz durch vier essentielle Grundkomponenten zu fundamentieren.

²³⁵ Vgl. Cochrane-Smith 2001, Darling-Hammond 2000, in Terhart 2002, S. 11.

²³⁶ Vgl. Terhart 2002, S. 5.

²³⁷ Vgl. Terhart 2002.

Wesentlich ist dabei, dass in den Komponenten:

- Gesellschaftsanalyse,
- Situationsanalyse,
- Selbstreflexion,
- professionelles Handeln

kognitive, emotive, konative, und volitionale Anteile²³⁸ enthalten sind, deren Dimensionen miteinander vernetzt genau die Voraussetzungen schaffen, welche eine Realisation des professionellen Handelns erst ermöglichen.

Für die universitäre Ausbildung bedeutet dies, dass die Absolventen neben einer wissenschaftlich fundierten Wissensbasis über das zu unterrichtende Fach auch über das Wissen zum Berufsfeld verfügen und somit in der Lage sind, die Perspektiven der Erziehungswissenschaft in all ihren teilweise kontroversen Facetten zu erkennen²³⁹. Dies ist kein Privileg der Lehrer, sondern eine Domäne aller professionellen Pädagogen.

Das bedeutet weiterhin, dass die Absolventen befähigt sind, Sachthemen, die eigene Person und ihre Verbindung zu beruflichen Anforderungen zu reflektieren²⁴⁰. Der pädagogische Handlungsprozess vollzieht sich im Allgemeinen aufgrund intendierter Handlungsroutinen, verlangt vom Handelnden jedoch, diese im Einzelfall, meist dem Normalfall, zu modifizieren. Dazu ist es notwendig, kommunikative und diagnostische Fähigkeiten zu beherrschen, um angesichts pädagogischer Handlungsprobleme urteilsfähig zu bleiben, bzw. Entscheidungen zu treffen²⁴¹. Dies zugrunde legend sind in der Phase des Referendariats oder der beruflichen Einstiegsphase Standards vorzugeben, die geeignet sind, die bereits erworbenen Kompetenzen praktisch zu vertiefen, um so die berufliche Handlungs- und Reflexionsfähigkeit zu entwickeln²⁴². Dazu gehören:²⁴³

- Planung, Durchführung und Auswertung des Unterrichts,
- Erarbeitung eines fachbezogenen und fachverbindenden Methodenrepertoires,
- Erfassung spezifischer Lernbedürfnisse von Schülern,
- Kooperation mit Kollegen zum Zweck der Unterrichts- und Schulentwicklung,
- Kommunikation mit und Beratung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten,
- die Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen.

²³⁸ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S. 17.

²³⁹ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S.71; Terhart 2002, S. 30).

²⁴⁰ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S.71; Terhart 2002, S. 30.

²⁴¹ Vgl. Terhart 2002, S. 30.

²⁴² Vgl. Terhart 2002, S. 30.

²⁴³ Vgl. Nieke 2002, Terhart 2002, Online im WWW unter URL:
http://www.sowi-online.de/reader/lehrausbildung/terhart_standards.htm [Stand 22.07.2009].

Die Beherrschung dieser Standards ist somit der Weg zur Professionalisierung und wird wie bereits ausgeführt von den vier Komponenten Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose, Selbstreflexion und professionelles Handeln determiniert. Handlungsleitend ist vor allem die Ebene der Bildungsziele. Der gesellschaftliche Bildungsauftrag ist die Basis für die Entwicklung des Schulsystems. Schulprofil, Unterrichtsgestaltung, Stoffverteilungsplanung und methodisch-didaktische Umsetzung der Inhalte sind die sich ableitenden Grundlagen für die Implementierung von Standards. Das zugrunde liegende gesellschaftliche Entwicklungskonzept definiert damit die Ebene des gesellschaftlichen Anspruchs, des politisch Wünschbaren, der Korrektur und der Innovationen²⁴⁴. Die aktuellen erziehungswissenschaftlichen Diskurse beziehen sich dabei in aller Regel auf die Phänomene Enkulturation und Sozialisation. Situationsdiagnose und Selbstreflexion zeigen aber auch Schnittstellen zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen auf.

4.3.1 Situationsdiagnose

Professionelle pädagogische Handlungen erfüllen im Kern den Auftrag, auf die Bildung und Erziehung von Schülern intendiert Einfluss zu nehmen. Um zu verhindern, dass Situationen nur intuitiv oder auch unsystematisch beurteilt werden, muss vom Handelnden gefordert werden, die jeweilige Situation zu reflektieren. Damit nähert sich der professionelle pädagogische Anspruch deutlich der Psychologie und der Medizin. Die Erfassung bestimmter psychischer und physischer Merkmale in Verbindung mit dem Verhalten in einer bestimmten Situation führt zu Verdichtung und Kategorisierung solcher Zeichen, allgemein als Diagnose bezeichnet. Somit bedarf die intendierte pädagogische Handlung einer permanenten Situationsdiagnose²⁴⁵. Das Diagnoseverfahren selbst ist derzeit noch nicht endgültig verifiziert. Viele Diagnosetools sind der Psychologie entlehnt. Dies führt allerdings zu einer tubulären Beobachtung und kann die Komplexität der pädagogischen Handlungssituationen nicht annähernd reflektieren. Aus der Medizin heraus beschränken sich die Tools derzeit auf die Erste Hilfe in Notfällen. Daneben sind es die grundlegenden Theorien wie die genetische Erkenntnistheorie Piagets, die anthropologische Erkenntnistheorie Roths, die lerntheoretische Didaktik der Berliner Schule mit der Aufforderung, die soziogenen und anthropogenen Voraussetzungen der Schüler zu prüfen und natürlich die kritisch konstruktive Bildungstheorie Klafkis, die in ihren Bedingungsanalysen des Unterrichts das Subjekt in den Mittelpunkt der Analyse

²⁴⁴ Vgl. Ölkens, J.; Reusser, K. (Hrsg.) 2008, S. 44.

²⁴⁵ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, 18.

stellen. Allen gemein ist die Tatsache, der eigenen Professionen verhaftet zu sein und Schnittmengen zu andern Disziplinen wie den Gesundheitswissenschaften oder der Medizin nicht zu überschreiten. Nieke geht hier den Schritt weiter und bezieht in seine Überlegungen ein, dass die fundamentalen Bedingungen pädagogischen Handelns von den:

- körperlichen Strukturen und Funktionen,
- der Seele und dem psychischen Apparat,
- dem Raum (Sozialraum A. d. V.),
- der Interaktion abhängig sind²⁴⁶.

Ähnlich wenn auch nicht so implizit begründend argumentiert auch Giesecke, der von Lehrern medizinisches Handeln im Sinne der Lernhilfe fordert²⁴⁷.

Die Auffassungen entsprechen weitestgehend auch den Ansichten der Gesundheitswissenschaften, der Internationalen Norm der Funktionseinschränkungen (ICF) und finden sich auch in den Diagnosekriterien (ICD) der Medizin wieder.²⁴⁸ In den folgenden Kapiteln wird darauf noch einzugehen sein.

4.3.2 Selbstreflexion

Berufliche Selbstreflexion, von anderen Autoren auch berufliches Selbstverständnis genannt, ist eine wesentliche Komponente pädagogischer Kompetenz, die nach Nieke aus zwei Dimensionen, dem beruflichen Selbstkonzept und der Selbstbetroffenheit besteht.

Während das Selbstkonzept sich aus der Berufsethik konstituiert und auf die Wirksamkeit und Selbstverwirklichung der eigenen Berufstheorien bezogen ist, referiert sich die Selbstbetroffenheit auf das Ergebnis der Interaktion mit den Schülern. Reflexives Moment der Interaktion ist die Frage der Akzeptanz und der Autorität des Lehrers gegenüber den Schülern²⁴⁹. Auch hier lässt sich die Auffassung vertreten, dass die im Subjekt begründeten biopsychosozialen Abhängigkeiten eine Schlüsselrolle spielen. Akzeptanz und Autorität genießt schließlich der Lehrer bzw. professionelle Pädagoge, der auch in Situationen verantwortlich handeln kann, die mit Abweichungen des Gesundheitszustandes von Schülern einhergehen.

²⁴⁶ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, 19.

²⁴⁷ Vgl. Giesecke 2007.

²⁴⁸ Vgl. ICF 2005.

²⁴⁹ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, 21 f.

4.3.3 Zusammenfassung

Die Anforderungen an professionelle pädagogische Handlungen bestimmen sich zunehmend aus dem Outcome des Bildungs- und Erziehungsprozesses. Analysen zeigten in der Vergangenheit, dass Wirklichkeit (berufliches Selbstverständnis) und Wirksamkeit (Situationsdiagnose, Gesellschaftsanalyse, professionelles Handeln) des Handlungsprozesses nicht ausreichend evaluiert wurden. Dies machte es notwendig, Kriterien zu entwickeln, die es ermöglichen, die gesellschaftlich legitimierten Qualifikationsmaßstäbe für die Lehrenden aufzuschließen und somit Bewertungsrelationen zu schaffen. Die resultierenden Standards basieren auf Komponenten, denen kognitive, emotive, konative und volitionale Anteile implizit sind und die folglich als Kapazitäten verstanden werden, deren Vorhandensein die Explikation von Standards erst ermöglicht. Diese Standards sind allgemein als Basis zu erwerbender aber auch als Ergebnis erworbener Kompetenzen zu betrachten. Im Falle der Lehrerbildung stellen sie phänomenologisch das intersubjektive Element zwischen externer Qualifikationsanforderung und erwünschter Kompetenzentwicklung dar.

Eine erste Analyse zeigt auf, dass die ausschließliche Betrachtung von Enkulturation und Sozialisation als systemimmanente Bestandteile der allgemeinen Pädagogik nicht ausreicht, um alle essentiellen Bedingungen pädagogischer Wirksamkeit zu analysieren.

Weder die Standards der Absolventenphase noch die der Referendariatsphase genügen in ihrer engen Auslegung, um die Bedingungsanalyse von Bildung und Erziehung outcomeorientiert also auf das Schülerlernen bzw. -handeln bezogen beurteilen zu können. Professionelles pädagogisches Handeln bedarf auch der Kenntnisse über die biopsychosozialen Voraussetzungen des Schülers, und des Lehrers über sich selbst.

Es ist im weiteren Verlauf der Arbeit aufzuzeigen, dass die hier offerierte Schnittmenge zur Medizin und zur Psychologie sich zunächst in den Kontext der Gesundheitswissenschaften einfügt. Darüber hinaus ist an dieser Stelle auch die These zulässig, dass es nicht ausreicht die genannten Voraussetzungen zu kennen. Wesentlich wichtiger scheint doch, dass professionelles Handeln nur dann erfolgreich ist, wenn auch die Erkennung und Behandlung von gesundheitlichen Abweichungen in den Handlungsprozess einfließen.

4.4 Standards für Institutionen

Wie in der Einleitung bereits erörtert wurde, sind die Beziehungen zwischen Lehrer, Institution und gesellschaftspolitischer Entscheidungsinstanz interdependent. Nach Terhart (Terhart 2002) wird besonders in den Phasen der universitären Ausbildung und des Referendariats die Interdependenz zugunsten der Dominanz der ausbildenden Instanzen verschoben. Es besteht somit eine Abhängigkeit des Standardisierungsgrades der Lehrer von den Standards der Institutionen. Dass es solche Standards gibt, ist wohl unbestritten. Jedoch ist davon auszugehen, dass Organisationsgrad und Ablaufplanung innerhalb der Universitäten und Studienseminare selbst weder standardisiert noch evaluiert sind²⁵⁰. Zur Begründung können die inhaltlich unterschiedlich strukturierten Studiengänge und die zugeordneten Semesterwochenstunden angeführt werden. Es ist daher denkbar, auch auf institutioneller Ebene Situationsdiagnosen zu betreiben. Unbestritten ist sicherlich, dass gesellschaftspolitische Veränderungen, neue wissenschaftliche Erkenntnisse, und die daraus resultierenden Änderungen in der erziehungswissenschaftlichen Perspektive auf dieser Ebene wohl am effektivsten bewertet werden. Die Realisation und Erschließung der Erkenntnisse scheidet allerdings häufig sowohl in der übergeordneten gesellschaftspolitischen Ebene als auch bei den Lehrenden aufgrund mangelhafter Rezeption. Insofern kann hier nur den Argumenten Terharts gefolgt werden, der die zentralen Forderungen nach Institutionenstandards wie folgt darlegt²⁵¹:

- Hoher Organisationsgrad der Fakultät, in Verbindung mit innovativer Forschung,
- hoher Professionalisierungsgrad bei den Lehrenden der Fachwissenschaft und Fachdidaktik,
- angemessene Berücksichtigung des erziehungswissenschaftlichen Studiums,
- Kerncurriculum für die Lehrerbildung,
- bessere Verknüpfung zwischen Studienseminar und Schule,
- Entwicklung einheitlicher Beurteilungskriterien.

Hinzuzufügen wäre die angemessene Berücksichtigung interdisziplinärer Fachspezifika. Vor dem Hintergrund der Erläuterungen des vorhergehenden Abschnitts kann an dieser Stelle nur darauf verwiesen werden, dass sich die Erziehungswissenschaft den

²⁵⁰ Vgl. Terhart 2002, S. 40.

²⁵¹ Vgl. Terhart 2002, S. 42.

Erkenntnissen aus Gesundheitswissenschaft und Medizin nicht verschließen darf. So ist es auch im Rahmen des bürgerlichen Engagements vorstellbar, dass Institutionen im Rahmen medizinischer Kompetenz mehr Verantwortung für den Schüler zu übernehmen und so dem Gedanken der pädagogischen Professionalität eine weitere Facette hinzufügen.

4.5 Standards für die gesellschaftspolitische Ebene

Bildungsstandards werden seit etwa zehn Jahren in einer lang anhaltenden öffentlichen Debatte thematisiert. Ähnliche Diskussionen finden sich auch in den angrenzenden Ländern Österreich, Schweiz und Luxemburg.²⁵² Das die Diskussion kontrovers geführt wird, hat auch damit zu tun, dass über Bildungsstandards konkret wenig bekannt ist. Ölkers, Reusser (Ölkers, Reusser 2008) erläutern dazu, dass der Begriff mit Assoziationen einhergeht, die eine „Standardisierung“ nach Art einer Industrienorm nahe legen. So könnten bei den Lehrern Assoziationen entstehen, Standards würden die Autonomie des Lehrers eingrenzen und das bürokratisch regulierte System noch mehr belasten. Andererseits liegt es nahe, anzunehmen, dass mit der Standardisierung eine Heilung aller Probleme möglich wäre²⁵³. Da pädagogische Aufgaben im gesellschaftspolitischen Kontext entstehen, ergeben sich Abhängigkeiten. Einerseits werden sie durch die gesellschaftlichen Entwicklungen bestimmt, andererseits wird der Bildungsauftrag durch staatliche Institutionen definiert. Es liegt also nahe, dass damit ein Teil der Problemlösung erreichbar wird, und dies mit präziseren Vorgaben für Lehrende einhergeht. Auf die gesellschaftliche Entwicklung Bezug nehmend führt Nieke (2002) dazu weiterhin aus, dass sich Erziehungswissenschaftler nicht auf ihren disziplinären Kontext beschränken dürfen. Professionelle Kompetenz fordert fachliche Grenzüberschreitung²⁵⁴.

Implizit wird genau dies von der Gesellschaft bereits gefordert, explizit fehlen die dazu notwendigen konkreten Vorgaben. Der Mehrperspektivenansatz und die Forderung nach interdisziplinärem Denken sollten ebenfalls einer Standardisierung unterliegen. Die Implementierung von Standards für die Lehrerbildung sollte somit Teil der gesellschaftspolitischen und der Schulentwicklung sein.

Die wohl berechtigten Forderungen an die Lehrer bzw. professionellen Pädagogen müssen dann damit einhergehen, dass diese vom Nutzen neuer Instrumente und Verfahren überzeugt werden. Die resultierenden komplexen Prozesse führen zum Aufbau von

²⁵² Vgl. Ölkers, Reusser 2008.

²⁵³ Vgl. Ölkers, Reusser 2008, S. 45.

²⁵⁴ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, S. 17-18.

verschiedensten Netzwerken, die eine klassische Top-Down-Verwaltung infrage stellen. Die Forderung nach Evaluation von Lehrerstandards geht daher nicht ohne Evaluation der Steuerungsebene.

4.6 Kritik und Ausblick

Die grundlegende Aufgabe der Erziehungswissenschaft liegt in der bestmöglichen Herausbildung von Persönlichkeitsdimensionen von Educanden. Das Beste, so Nieke, ist gerade gut genug²⁵⁵. Diese Forderung ist wohl eher auf ökonomische Zwänge bezogen. Trotzdem kann sie auch auf eine mögliche Gefährdung pädagogisch notwendiger Spielräume im Handeln von Schulen, Lehrpersonen und anderen professionellen Pädagogen, verursacht durch eine Verengung des Qualitätsdenkens angewendet werden. Dieser wahrscheinlich industriell intendierte Ansatz lässt die grundsätzliche Kosten-Nutzen-Rechnung erkennen und weist damit auf mögliche Gefahren hin. Die Bildungsqualität wird sich durch technologisch-ökonomischen Zwang nicht verbessern lassen²⁵⁶.

Die Umsetzung von Standards bedeutet zunächst eine Ressourcenallokation. Die als Reform des Verwaltungshandelns eingeführten Standards bedeuten in der Folge, dass Schulen wesentlich umfangreicher als bisher in Entscheidungen der Verwaltung eingebunden werden, diese selbst herbeiführen und dafür Verantwortung übernehmen. Weiterhin lässt sich feststellen, dass die Standards selbst Gegenstand der Kritik werden. Zunächst entzieht sich deren Praktikabilität und Zielführung sowie deren Überprüfbarkeit der permanenten Kontrolle. In der Folge ist zu fragen, ob die Anwendung von Standards, einhergehend mit der absoluten Orientierung am Output nicht illusorisch ist. Es stellt sich die Frage, wie und wann solche Anforderungen überhaupt prüfbar sind und wer dafür verantwortlich ist²⁵⁷. Standards in der Lehrerbildung beschreiben extern gewollte, definierte, differenzierte Ziele, die ein Lehrender erreichen muss, um dem Anspruch an professioneller Kompetenz gerecht zu werden. Sie basieren auf gesellschaftspolitisch initiierten Diskursen zum Stand der bisherigen Lehrerbildung. Als Grundlage für Absolventen beschreiben sie Fähigkeiten und Fähigkeitsgrade, als Institutionenstandards beschreiben sie Anforderungen und Prozesse für einen idealtypischen Handlungsrahmen, welcher sich an real erfassbaren Ergebnissen orientiert. Standards weisen die Wirklichkeitsannahmen der Lehrenden anhand der Wirksamkeit der Handlungen nach. Der

²⁵⁵ Vgl. Nieke in: Otto, Rauschenbach, Vogel 2002, S. 16.

²⁵⁶ Vgl. Ölkens, J.; Reusser, K. (Hrsg.) 2008, S. 55.

²⁵⁷ Vgl. Ölkens, J.; Reusser, K. (Hrsg.) 2008, S. 54.

Zusammenhang von Lehrerbildung, Lehrerhandeln, Schülerlernen und Schülerhandeln wird empirisch prüfbar, Lehrerbildung damit begründbar, bewertbar und vergleichbar. In der Folge besteht jedoch die Gefahr, dass die Komponenten professioneller pädagogischer Kompetenz unwirksam werden, da das bestehende plurale, vielgestaltige Leitbild des Lehrers eingeengt wird. Weiterhin ergeben sich Assoziationen der Machbarkeit und beliebigen Erzeugbarkeit von Lehrerkompetenzen. Reformimpulse und Initiativen entfallen zugunsten standardisierter Inhalte und Handlungen. Es besteht die Gefahr einer verminderten Rezeption durch die Einengungen der Perspektiven, so zum Beispiel der medizinischen Perspektive. Dies gilt es zu verhindern. Dazu ist eine kontinuierliche Debatte um die Evidenz der Standards genau so notwendig, wie die permanente Prüfung der Handlungsebenen. Die Anbahnung und Vervollkommnung der beruflichen Fähigkeiten sollte damit einhergehen, dass Standards revidiert, ergänzt und erweitert werden. Dazu gehört auch, die empirische Forschung über die Grenzen der Erziehungswissenschaft hinweg auszudehnen.

4.7 Wissenschaftstheoretische Grundlagen zur Kompetenzentwicklung

Die vorhergehenden Erläuterungen zur Kompetenz zugrunde legen, gilt es nun, ein anschlussfähiges Kompetenzkonzept zu erörtern, um auf die Notwendigkeit der medizinischen Sensitivität von Pädagogen rekurrieren zu können. Dies ist notwendig, um die psychologischen, soziologischen und strukturgenetischen Determinanten von Kompetenz mit dem Phänomen Erfahrung als konstituierendem Merkmal von Kompetenz zu vernetzen. Es ist davon auszugehen, dass eine wie auch immer zu gestaltende medizinische Sensitivität als Bestandteil professioneller pädagogischer Kompetenz letztendlich genau auf diesen Konstrukten basiert²⁵⁸. Letztendlich handelt der Mensch und somit auch der professionelle Pädagoge auf der Grundlage intrapsychischer Prozesse, mittels der Erkenntnis, im gesellschaftlichen Kontext und der handlungsleitenden Erfahrung. Dies sind nach Kron die wesentlichen wissenschaftstheoretischen Grundlagen für Pädagogen. Kron bezieht sich in seiner Wissenschaftstheorie für Pädagogen auf die:²⁵⁹

- Konstruktionspsychologie von G. KELLY
- strukturgenetische Forschung von J. PIAGET
- Konstruktion der Lebenswelt von BERGER und LUCKMANN
- Erfahrung als Zusammenhang von Denken und Handeln von J. DEWEY.

²⁵⁸ Vgl. Kron 1999, S. 27.

²⁵⁹ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 11.

Kelly geht davon aus, dass der menschliche Erkenntnisprozess alltäglich und erfahrungsbezogen ist. Dabei wird der Prozess nicht extern stimuliert, sondern entsteht im Tun, der reflexiven Handlung und nicht primär durch Verhalten. Somit sind typische Verhaltensmuster auch nicht vor der Handlung erkennbar. Kelly geht weiterhin davon aus, dass Menschen Handlungen erkenntnisbasiert konstruieren. Die Effizienz der Handlung ist dabei von Strukturdeterminanten wie Emotion, Kognition, Volition des Menschen abhängig²⁶⁰. Übertragen auf die Rolle eines professionellen Pädagogen ist dessen Handeln dann effizient, wenn die Handlungsfähigkeit in einer pädagogischen Situation auch Alternativkonstrukte beinhaltet²⁶¹. Professionelles Handeln zeichnet sich ja besonders dadurch aus, dass dieses unter unsicheren Bedingungen möglich ist. Ein konstitutives Element jeder pädagogischen Situation ist durch das mehr oder weniger kranke Subjekt gegeben. Die Erkenntnis des Pädagogen ist sicherlich soweit gegeben, ein Subjekt hinsichtlich der pauschalen Einschätzung von Gesundheit und Krankheit beurteilen zu können. Es leitet sich jedoch keine effiziente Handlungsfähigkeit ab. Neben der Anteilnahme am Genesungsprozess (emotionales Strukturelement) bedarf es des medizinischen Wissens (kognitives Strukturelement) um volitional zu agieren und den Bildungsprozess subjektbezogen realisieren zu können.

Piaget geht in seiner genetischen Erkenntnistheorie vom Prozesscharakter der Erkenntnis aus. Erkenntnis entsteht dabei durch vier fundamentale Kategorien:

- Entwicklung
- Handeln und Denken
- Operation
- Struktur und Funktion²⁶².

Unterstellend, dass die physische und psychische Entwicklung eines professionellen Pädagogen wohl abgeschlossen sein dürfte, geht der kategoriale Ansatz Piaget's deutlich weiter und bezieht in die Entwicklung auch die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt ein. Umweltdeterminaten werden in diesem Sinne subjektiv organisiert, konstruiert und konzeptualisiert²⁶³. Wird dieser Zusammenhang vor dem Hintergrund einer professionellen Lehr-Lernsituation betrachtet, entwickelt der Pädagoge in dieser Situation auch ein Konzept zum Umgang mit kranken oder gesunden Lernteilnehmern. Die Umsetzung folgt unter Anwendung der zweiten Kategorie, Denken und Handeln. Dabei sind es im

²⁶⁰ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 13 ff.

²⁶¹ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 14.

²⁶² Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 17.

²⁶³ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 17.

Unterschied zu einfachen isolierten Handlungen vor allem die koordinierten Handlungen, die mit dem Erkenntnisprozess verbunden sind. Erkenntnis entsteht demnach im Handeln. Antizipation als Ergebnis der Handlung ist ein somit konstitutives Element der Erkenntnis. Da es dem professionellen Pädagogen ohne medizinische Sensitivität bzw. ohne medizinisches Wissen nicht möglich ist, situativ adäquat zu handeln, kann unterstellt werden, dass die Erkenntnis über das jeweilige Subjekt in der pädagogischen Situation nicht vollständig ist. Die aktive Auseinandersetzung mit der medizinisch realen Situation ist nicht vollständig möglich. Damit ist der pädagogische Prozess insgesamt nicht auf die notwendigen Wechselbeziehungen anwendbar. Operationen, die dritte fundamentale Kategorie, sind dann darauf begrenzt, Inhalt und Gegenstand des Pädagogischen nur eingeschränkt zu erkennen. Wesentliche Relationen des Erkenntnisprozesses bleiben verborgen, pädagogische Situationen können nicht umfassend diagnostiziert werden. Logische Annahmen über Wirkungszusammenhänge sind nicht zugänglich. Letztendlich können Struktur und Funktion nicht fortentwickelt werden. Da der Pädagoge als Individuum subsumiert Teile der Gesellschaft vertritt, kann daher gefolgert werden, dass auch gesellschaftlich intendierte Normen und Regeln, diese Einschränkungen des pädagogischen Erkenntnisprozesses zulassen. Daraus resultiert zum einen die Einschränkung der notwendigen professionellen Situationsdiagnose, zum anderen ist die kritische Selbstreflexion des Pädagogen erheblich eingeschränkt.

Berger und Luckmann verweisen in ihrer Erkenntnistheorie auf das Primat der Gesellschaft²⁶⁴. Die Fähigkeit zur Gesellschaftsanalyse ist somit wesentliche Voraussetzung für professionelle pädagogische Arbeit. Wie jedoch schon in der Einleitung erläutert wurde, sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen durch die Sozialgesetzgebung ja gegeben. Sie entziehen sich jedoch der Erkenntnis und damit der kritischen Reflexion durch den bzw. die Pädagogen selbst, da kein gesellschaftlicher Diskurs erfolgt oder der Gegenstand anderweitig thematisiert wird. Folgt man dieser Erkenntnis, kann vielmehr behauptet werden, dass Pädagogen, bezogen auf medizinische Kenntnisse, über gesellschaftlich determiniertes medizinisches Wissen verfügen müssen, um koordiniert Handeln zu können. Das bisherige Rollenverständnis von Pädagogen wird durch das gesellschaftlich bedingte Alltagshandeln determiniert²⁶⁵. Da medizinische Sensitivität für professionelle Pädagogen weder gesellschaftlich typisiert noch strukturell vorgegeben ist, kann das Rollenverständnis somit nicht erfüllbar sein. Berger und Luckmann gehen in ihrer phänomenologischen Analyse der Lebenswirklichkeit weiterhin davon aus, dass

²⁶⁴ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 22.

²⁶⁵ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 22.

gesellschaftlich bedeutsame Annahmen (das betrifft sowohl die Retrospektive, den Status präsens als auch die Perspektive) intentional auf den konstruktiven Prozess der Erkenntnis des Individuums einwirken. Wissen ist somit gesellschaftlich determiniertes, alltägliches Wissen, welches prinzipiell allen Individuen zugänglich ist und aufgrund des normativen Charakters relative Konfliktfreiheit gewährleistet²⁶⁶.

Normatives Alltagswissen steht jedoch der wissens- und erfahrungsbasierten Entwicklung dialektisch entgegen. Folglich ist es erklärbar, dass verschiedene Schnittstellen der Erziehungswissenschaft, zum Beispiel zur Biologie oder der Medizin, zwar wissenschaftstheoretisch thematisiert werden (Soziobiologie, Neurobiologie, Gesundheitswissenschaften), deren Umsetzung in Alltagswissen jedoch an Konventionen und Traditionen scheitert²⁶⁷. Insofern leistet auch die vorliegende Arbeit einen Beitrag, den gesellschaftlichen Diskurs weiter zuführen. Im Gegensatz zur Wissenschaft ist die Lebenswirklichkeit durch die ...„symbolische Interaktion auf mikrosozialer bzw. situativer Ebene“ (Kron 1999, S. 23) geregelt.

Daraus ergeben sich gesellschaftlich und kulturell normierte Regeln und Rollen für die beteiligten Individuen. Diese Objektivationen prägen sowohl die Struktur als auch die Prozesse und Verfahren des Subjektes und der Organisation²⁶⁸. Berger und Luckmann gehen davon aus, dass die Objektivation selbst zur Wirklichkeit wird und somit der subjektiven Wirklichkeit gegenübersteht. In der Konsequenz ergibt sich eine Dialektik zwischen der subjektgebundenen Selbstverwirklichung und der zweckgebundenen Objektivation, die letztendlich Einfluss auf das Wissen, Handeln und Verhalten des Subjektes nimmt. Objektivation, erfassbar durch Regeln und Normen, ist somit konstitutiv für die Kompetenzentwicklung des Subjekts²⁶⁹. Emotive, kognitive und volitionale Elemente von Kompetenz sind letztendlich gesellschaftlich determiniert. Insofern verwundert es nicht, dass gerade die medizinische Sensitivität professioneller Pädagogen bisher nicht Gegenstand gesellschaftlichen Wissens war. Folglich besteht eine Dialektik zwischen Gesellschaftsanalyse und Situationsdiagnose, deren Auflösung von der kritischen Reflexionsfähigkeit und der Professionalität des Pädagogen abhängig ist. Medizinische Sensitivität leistet einen Erkenntnisgewinn, welcher stimulierend auf das gesellschaftliche Wissen wirken kann.

²⁶⁶ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 23.

²⁶⁷ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 23.

²⁶⁸ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 24.

²⁶⁹ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 24 f.

Dewey's wissenschaftstheoretischer Ansatz geht davon aus, dass Erkenntnis aus Erfahrung resultiert²⁷⁰. Unterstellt man dem professionellen Pädagogen, dass dieser in einer heterogenen Lerngruppe auch immer kranke Teilnehmer hat, kann implizit von der resultierenden Erkenntnis ausgegangen werden, dass Lernteilnehmer am weiteren Lernprozess zumindest partiell nicht teilnehmen können und der Lernerfolg damit in Frage steht. Aufgrund einer fundierten, medizinisch unterlegten Beurteilung könnte dies jedoch konkreter eingeschätzt und entsprechende individuelle Lernpläne entwickelt werden. Dewey's erfahrungsorientierter Ansatz grenzt sich jedoch vom reaktiven Erfahrungsbegriff des Behaviorismus ab. Grundlage seine Hypothese ist daher nicht das Verhalten sondern, in Annäherung zu Berger und Luckmann, die koordinierte Handlung. Die koordinierte Handlung ist das konstitutive Element, mit dem das Subjekt auf die Umwelt einwirkt und im Gegenzug Stimuli aus der Umwelt erhält²⁷¹. Diese Hypothese findet sich ebenfalls in Bandura's Selbstwirksamkeitskonzept und in von Uexkülls psychosomatischer Medizin wieder. Subjekt und Umwelt interagieren und führen reflexiv zur Konstruktion bzw. Rekonstruktion von Erkenntnis. Bezieht man diese Aussagen auf Pädagogen, resultieren aus deren Reflexion und Interaktion in Lehr-Lernsituationen, Handlungen und Erkenntnisse, die im Ergebnis dazu führen, unsichere Situationen professionell und erfolgreich zu gestalten. Der Erfolg ist dabei sowohl individuell als auch gesellschaftlich bedeutsam. Medizinische Sensitivität für Pädagogen führt demnach einerseits zur Erkenntnis, Lehr-Lernsituationen erfolgreicher einschätzen zu können, und andererseits zu einer Veränderung der gesellschaftlichen Wahrnehmung.

Dewey verweist weiterhin darauf, dass Situationsbewältigung in fünf Phasen abläuft, deren Anwendung auch die professionelle pädagogische Kompetenz grundlegend bestimmt²⁷². Folgend sollen die fünf Phasen der Situationsbewältigung den Struktur determinanten von professioneller pädagogischer Kompetenz am Beispiel eines erkrankten Schulkindes gegenüber gestellt werden. Die Struktur determinanten von Kompetenz sind nach NIEKE Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose, kritische Selbstreflexion und professionelles Selbstverständnis²⁷³.

²⁷⁰ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 26.

²⁷¹ Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 27.

²⁷² Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 29-30.

²⁷³ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S. 17.

Tabelle 2 Situation und Struktur determinante

Pädagogische Situation	Phasen der Situationsbewältigung nach Dewey	Struktur determinanten nach Nieke
Ein bisher unauffälliger, guter Schüler kommt in der aktuellen Lehr-Lernsituation den Anweisungen des Pädagogen nicht nach.	Unbestimmtheit der Situation	Professionelles Selbstverständnis, Kritische Selbstreflexion, Situationsdiagnose, Gesellschaftsanalyse.
Die vorab konstruierte Handlung (Anweisung) des Pädagogen stößt auf Schwierigkeiten und dient als Basis zur Erarbeitung von Lösungen.	Situative Problembearbeitung	Situationsdiagnose Kritische Selbstreflexion
Bewertung der aktuellen und zukünftigen Lehr-Lernsituation auf der Grundlage von Begriffen, Urteilen und Schlussfolgerungen.	Tatsachenüberprüfung	Kritische (Selbst)Reflexion
Erarbeitung von Lösungsansätzen und Handlungskonzepten	Entwicklung von Problemlösungen und Strategien	Professionelles Selbstverständnis
Evaluation der einzelnen situativen Lösungsschritte, Erarbeitung von Alternativen, Theoriebildung und Erkenntnisgewinn.	Prüfung der Problemlösung und Strategien	Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose, Selbstreflexion, Professionelles Selbstverständnis.

(Quelle: Eigene Darstellung unter Bezug auf Nieke und Kron^{274/275})

274

Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S. 17.

275

Vgl. Kron, F.W. 1999, S. 29-30.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die erörterten wissenschaftstheoretischen Grundlagen eine Erweiterung des pädagogischen Kompetenzbegriffs zulassen. Folgend gilt es, ein anschlussfähiges Kompetenzkonzept zu nutzen, um die Notwendigkeit medizinischer Sensitivität von Pädagogen zu vertiefen. Aufgrund der Pluralität in der erziehungswissenschaftlichen Diskussion werden verschiedene, bereits erläuterte Kompetenzmodelle favorisiert, so dass es notwendig wird, ein Modell zu nutzen, welches die Teilbereiche der Erziehungswissenschaft, die Erwachsenenbildung, Berufsbildung, Allgemeinbildung und deren Spezifika berücksichtigt. Der Versuch, die unterschiedlichen Perspektiven zu vereinheitlichen und konkrete Kompetenzstrukturen zu schaffen, ist vor allem dem erheblichen Einfluss der OECD Expertise Weinert's zu verdanken (Weinert 1999, 2001). Weinert geht in seinen Überlegungen davon aus, dass Kompetenz eine kognitive Disposition darstellt, aber auch erlernbar ist und von weiteren Phänomenen tangiert wird. Dazu gehören vor allem motivationale und soziale Kompetenz, Handlungskompetenz, Schlüsselkompetenz, und Metakompetenz. In die Diskussion, welche dieser Kompetenzen für Bildungsprozesse relevant sind, haben sich vor allem kognitive Aspekte, die wissensbasiert sind, ergänzt durch motivationale, emotionale, konative und volitionale Facetten, durchgesetzt, die sich letztendlich auch im Beschluss der Kultusministerkonferenz, Standards für die Lehrerbildung einzuführen, wieder finden²⁷⁶. Auch wenn die Beschlüsse nicht bindend sind, stellt dieses Kompetenzkonzept die m. E. bestmögliche Anschlussfähigkeit dar. Der Beschluss der Kultusministerkonferenz basiert neben der Expertise Terhart's (Terhart 2002) auf den vorgenannten Diskursen und Phänomenen. Aus pragmatischen Erwägungen wurde die Unterscheidung einzelner Kompetenzbereiche nicht ausdifferenziert. Die graduelle Unterscheidung, welche Wissensbestände und Handlungsrelationen zu welchem Zeitpunkt vorhanden sein müssen, wurde stattdessen durch Standards für theoretische und praktische Ausbildungsabschnitte fixiert, schwerpunktartig erfasst und aufeinander bezogen. Folgend sollen die elf Kompetenzen zusammenfassend vorgestellt und die Schnittstellen zur Gesundheitswissenschaft und Medizin kritisch reflektiert werden.

²⁷⁶ Vgl. KMK 2004, Online im WWW unter URL: <http://www.kmk.de> [Stand 14.06.2009], vgl. Online im WWW unter URL: http://www.sowi-online.de/reader/lehrrausbildung/lehrerbildung_kmk.pdf. [Stand 18.08.2011].

4.7.1 Kompetenzbereich Unterrichten

Der Kompetenzbereich Unterrichten umfasst die Kompetenzen:

- 1 Sach- und fachgerechte Unterrichtsplanung und Durchführung,
- 2 Unterstützung bei der Gestaltung von Lernsituationen; Motivation und Befähigung der Schüler, Zusammenhänge herzustellen und Gelerntes zu nutzen,
- 3 Förderung von Schülerfähigkeiten zum selbstbestimmten Lernen und Arbeiten.²⁷⁷

Diesen Kompetenzen werden Standards zugeordnet, die sich in ihrer Gesamtheit eng auf die erziehungswissenschaftliche Perspektive beziehen, wobei selbst die kanalisierte Perspektive geeignet ist, einen wissenschaftlichen Exkurs zu wagen.

Es ist anzunehmen, dass die Kenntnis der Bildungstheorien sowie der allgemeinen und Fachdidaktik sich in letzter Instanz auf das Subjekt Schüler bezieht. In dieser Konstellation ist es sicherlich richtig, bildungs- und erziehungstheoretische Ziele abzuleiten sowie die Planung, Durchführung und Evaluation des Unterrichts zu erlernen. Jedoch ist die Kenntnis der Grenzen von Bildungs- und Erziehungsarbeit sowie der Didaktik des Unterrichtens wiederum nur dann vollkommen, wenn auch die gesundheitlichen Grenzen des Schülers erkennbar sind. Die Forderung der lerntheoretischen²⁷⁸ und auch der kritisch konstruktiven Didaktik zeigen dazu die Richtungen auf, indem sie auf die Berücksichtigung der anthropogenen, soziogenen und subjektiven Bedürfnisse des Schülers verweisen. Hier findet sich die Analogie zu den Ansätzen der Gesundheitswissenschaft, welche die biopsychosoziale Problematik der Schüler aber auch Lehrer untersuchen und gravierende Mängel feststellen. An dieser Stelle ist zu unterstellen, dass die biopsychosoziale Sichtweise nicht ausreicht, auch Störungen des Gesundheitszustandes von Schülern zu erkennen. So ist ein Motivationsmangel oder ein Versagen trotz individueller Förderung durchaus erziehungswissenschaftlich erklärbar. Dafür werden entsprechende Standards während der Ausbildung und daran anschließend vermittelt. Die Tatsache, dass eine gesundheitliche Störung ursächlich verantwortlich sein kann, ist aufgrund der in Studium, Referendariat und Weiterbildung vermittelten Standards jedoch nicht erfassbar.

²⁷⁷ Vgl. KMK 2004, S. 7.

²⁷⁸ Vgl. Nieke in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg) 2002, S. 18.

4.7.2 Kompetenzbereich Erziehen

Zum Kompetenzbereich Erziehen gehören folgende Kompetenzen:

- 4 Lehrer kennen die sozialen und kulturellen Lebensbedingungen von Schülern und nehmen im Rahmen der Schule Einfluss auf deren individuelle Entwicklung.
- 5 Lehrer vermitteln Werte und Normen und unterstützen selbstbestimmtes Urteilen und Handeln von Schülerinnen und Schülern.
- 6 Lehrer finden Lösungsansätze für Schwierigkeiten und Konflikte in Schule und Unterricht.²⁷⁹

Grundlegende Standards, um die vorgenannten Kompetenzen zu erreichen, beinhalten die Kenntnis pädagogischer, soziologischer und psychologischer Theorien der Entwicklung und Sozialisation von Kindern und Jugendlichen. Analog zu der internationalen Klassifikation der Funktionen (ICF) und der Forderungen der Gesundheitswissenschaften ist hier zu hinterfragen, warum die Kenntnis (pädo)biologischer Theorien nicht zu den Standards gehört. Davon ausgehend, dass nur die gesamtheitliche Erfassung des Subjekts eine vollständige Interpretation des Lernprozesses oder eine Benachteiligung desselben ermöglicht und die Entfaltung der Persönlichkeit, auch in Abhängigkeit des Geschlechts und des sozio-kulturellen Hintergrundes, gegebenenfalls auch von Interaktion oder Intervention durch den Lehrenden abhängig ist, sollten Kenntnisse von Gesundheit und Krankheit ebenfalls zum Standard gehören. Es kann im Gegenteil davon ausgegangen werden, dass pädagogische Professionen wie die Sozialpädagogik, Sonderpädagogik oder Freizeitpädagogik, sich aus ihrem Selbstverständnis heraus implizit deutlich intensiver mit dieser Thematik auseinandersetzen.

Die Konfrontation des professionellen Pädagogen mit persönlichen Krisen des Schülers fordert von diesem, dass er situativ verantwortlich handelt und urteilt. Damit geht einher, dass Schüler sich an diesem (positiven) Lehrerverhalten orientieren. Situativ verantwortliches Handeln muss daher auch in medizinischen Fällen, z.B. Notfällen, gegeben sein. Auch hier muss ein Schüler erwarten können, dass ein Lehrer seiner Vorbildfunktion gerecht wird. Dies ist jedoch von medizinischen Kenntnissen abhängig.

Analogien stellen sich zu den Gefahren im Umgang mit Drogen, dem Internet und dem Freizeitverhalten. Die Kenntnis der Risiken, Präventionsmaßnahmen und Gefahren gehört

²⁷⁹ vgl. KMK 2004, S. 9, Deperrois, Bodensohn (ohne Datum), Online im WWW unter URL: http://www.uni-landau.de/schulprakt-studien/KOSTA_Grafiken_Kohortenvergleich_100428.pdf [Stand 11.12.2011].

zu den Standards der Lehrerbildung. Viele dieser Gefahren sind jedoch häufig nur dann erkennbar, wenn es zu auffälligen, meist akuten Problemen kommt. Die Kenntnis wichtiger Symptome könnte hier bereits frühzeitige Interventionen ermöglichen. Andererseits führt der begangene Abusus mitunter zu drastischen, lebensbedrohlichen Krankheitszeichen. Die Kenntnis letzterer ist dann besonders wichtig, wenn der Lehrende im Rahmen der Notfallkompetenz entsprechende lebensrettende Maßnahmen einleiten muss.

4.7.3 Kompetenzbereich Beurteilen

Der Kompetenzbereich Beurteilen enthält folgende Einzelkompetenzen:

- 7 Lehrerinnen und Lehrer diagnostizieren Lernvoraussetzungen und Lernprozesse von Schülerinnen und Schülern; sie fördern Schülerinnen und Schüler gezielt und beraten Lernende und deren Eltern.
- 8 Lehrerinnen und Lehrer erfassen Leistungen von Schülerinnen und Schülern auf der Grundlage transparenter Beurteilungsmaßstäbe.²⁸⁰²⁸¹

Die Standards zur Sicherung der diagnostischen Kompetenz des Lehrers und dessen Fähigkeit zur Leistungsanalyse beziehen sich auf die Erkenntnisse der Psychologie, teilweise der Sozialpädagogik und der Erziehungswissenschaft. Dabei beziehen sich die zu erwerbenden und anzuwendenden Kenntnisse und Fähigkeiten auf den Lernprozess, und seine prädisponierenden Faktoren. Diese Faktoren dienen nach bisherigen Erkenntnissen der Ermittlung von individuellen Lernvoraussetzungen, wie Begabungen oder auch Lernstörungen, Lernpotentialen, Lernumfeld und Lernmöglichkeiten. Werden diese im Fokus der lerntheoretischen, kritisch konstruktiven oder auch konstruktivistischen Didaktik analysiert, stimmen die Faktoren im Kern zunächst mit den didaktischen Forderungen überein. Die didaktische Grundforderung nach der Betrachtung des Subjektes (Schülers) als Mittelpunkt des Bildungs- und Erziehungsprozesses geht mit der Kenntnis der anthropogenen und soziogenen Bedingungen (lerntheoretisch), der subjektorientierten Bedingungsanalyse (kritisch konstruktiv), und der Analyse der individuellen Kapazitäten an Kognition und Affektion (konstruktivistisch) einher. Diese Analyse erfolgt jedoch aus der

²⁸⁰ Vgl. KMK 2004, S. 11.

²⁸¹ Vgl. o.V., Online im WWW unter URL: <http://studienseminar-eschwege.de/WebServerSTS/filebase/Seminar/Materialien/KMK%20Kompetenzen.pdf> [Stand 22.09.2010].

Beobachterperspektive und führt zu komplexitätsreduzierenden Betrachtungen. Dies führt dazu, dass Selbst- und Fremdwahrnehmung selten identisch sind, sondern meist divergieren.²⁸² Dieser Verlust an sensorischer und kognitiver Wahrnehmung ist damit zu begründen, dass externe Impulse zwar strukturdeterminierend sind, vom Subjekt aber unter Nutzung physischer, psychischer, kognitiver und emotionaler Netzwerke umgewandelt werden. Die anthropogenen, soziogenen, kognitiven und sonstigen Konstruktionen des Schülers sind damit nur in Teilen, d.h. in zufällig übereinstimmenden Merkmalen, durch den Lehrenden erfassbar. Es ist somit eine Einschränkung in der Diagnose- und Beurteilungsfähigkeit eines Lehrenden zu erwarten, da die Anwendung der Diagnose- und Beurteilungskriterien die Reflexion aller konstituierenden Merkmale erfordert. Wird dazu unterstellt, dass seitens der Lehrenden keine Kapazitäten an medizinischem Wissen vorhanden sind, kann die eingeschränkte Sicht des Lehrenden auf den Schüler zu einer echten Bedrohung für diesen werden. Aufgrund der Nichtlinearität des Enkulturationsprozesses sind zirkumduktive und reflexive Kriterien²⁸³ unter Berücksichtigung medizinischen Wissens notwendig.

4.7.4 Kompetenzbereich Innovation

Der Kompetenzbereich Innovation bezieht sich nach Darstellung der KMK auf die Entwicklung der professionellen pädagogischen Kompetenz des Lehrenden. Demnach soll der Lehrende über folgende Einzelkompetenzen verfügen:

- 9 Lehrerinnen und Lehrer sind sich der besonderen Anforderungen des Lehrerberufs bewusst. Sie verstehen ihren Beruf als ein öffentliches Amt mit besonderer Verantwortung und Verpflichtung.
- 10 Lehrerinnen und Lehrer verstehen ihren Beruf als ständige Lernaufgabe.
- 11 Lehrerinnen und Lehrer beteiligen sich an der Planung und Umsetzung schulischer Projekte und Vorhaben.²⁸⁴²⁸⁵

²⁸² Vgl. Siebert 2005, S. 8.

²⁸³ Vgl. Siebert 2005, S. 9.

²⁸⁴ Vgl. KMK 2004, S. 12.

²⁸⁵ Vgl. Deperrois, Bodensohn 2010., Online im WWW unter URL:
http://www.uni-landau.de/schulprakt-studien/KOSTA_Grafiken_Kohortenvergleich_100428.pdf
 [Stand 16.04.2011].

Pädagogische Aufgaben entstehen im gesellschaftspolitischen Kontext. Sie können als hoheitliche Aufgaben nicht isoliert betrachtet und angewendet werden. Deshalb ist es für den professionell handelnden Lehrer essenziell, in der konkreten Situation Standards anzuwenden, die der hoheitlichen Verantwortung gegenüber anderen Personen, der Organisation und der eigenen gegenüber Person gerecht werden. Nicht zuletzt ist es die physische Präsenz der in die pädagogische Handlung Einbezogenen, die, wenn bisher eher ungenügend, so doch zukünftig berücksichtigt werden muss²⁸⁶.

Die dazu notwendigen Standards gehen mit der Kenntnis der rechtlichen Einbindung des Bildungssystems und seinen Strukturen, der Anwendung ethischer Grundsätze und der Selbstreflexion des Gesundheitszustandes einher. Dieser wünschenswerte Zustand soll auch dadurch erreicht werden, dass die Ergebnisse der Bildungsforschung erkannt und bewertet werden und in der kognitiven Reflexion zu einer Kompetenzentwicklung führen. Dabei sind die Kenntnisse von Fremd- und Selbstreflexion anzuwenden. Letztendlich sind Standards nötig, um die Fähigkeiten der Lehrenden, in der persönlichen und organisatorischen Entwicklung zu fördern bzw. beide Entwicklungen zu koordinieren und zu vernetzen. In der Konsequenz ist es der Kompetenzbereich Innovation, dem eine Schlüsselrolle zukommt. Die bereits an anderer Stelle aufgezeigten gesellschaftlichen und daraus resultierenden organisatorischen Veränderungen verlangen von den Lehrenden mehr Engagement, mehr Selbstreflexion und die Hinwendung zum erweiterten professionellen Selbstverständnis, welches sich nicht mehr nur auf die erziehungswissenschaftliche Perspektive begrenzen lässt. Bereits die vorab ansatzweise erläuterten Kompetenzbereiche zeigen die Perspektiven aus Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose und Selbstreflexion allgemein und im Bezug auf die noch weiter zu analysierende medizinische Metakompetenz auf.

In den folgenden Kapiteln sollen die gesellschaftsanalytischen, situativen und reflexiven Kompetenzen im Kontext der sozialen Kompetenz und der medizinischen Metakompetenz des Lehrenden erörtert werden.

4.8 Das Berufswissen des Lehrers in Bezug auf medizinische Kompetenzen

Die aktuelle Diskussion zur Professionalität des Lehrerhandelns ist uneinheitlich, enthält jedoch Grundgesamtheiten. Nach berufssoziologischen Kriterien muss die Professionalisierung unter dem Aspekt der Prozessorientierung betrachtet werden. Dabei

²⁸⁶

Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, S. 18-19.

können zwei Perspektiven voneinander unterschieden werden. Einerseits bezieht sich Professionalisierung auf den gesamten Berufsstand der Lehrenden, andererseits auf die subjektbezogene Entwicklung hin zur Verbesserung des eigenen beruflichen Ansehens²⁸⁷. Nach einheitlicher Auffassung wird von einem professionell tätigen Menschen gefordert, dass dieser seine speziellen Fähigkeiten, seine stark ausgeprägte Entscheidungsautonomie, in komplexen Situationen kompetent handeln zu können, seine ausgeprägte Hinwendung zum Subjekt, seine vertieften Kenntnisse um Inhalte und Verfahren kritisch reflektiert und sich dabei entwickelt²⁸⁸. Was bedeutet dies in der Perspektive für die medizinische Kompetenz des Lehrenden?

Als empirisch gesichert gilt derzeit die Klassifikation in:

- Fachdidaktisches Wissen,
- pädagogisches Wissen,
- curriculares Wissen,
- propositionales Wissen,
- kasuistisches Wissen,
- strategisches Wissen²⁸⁹.

Ohne im Weiteren auf alle aufgezählten Wissensarten eingehen zu wollen, ist es dennoch sinnvoll, das kasuistische und strategische Wissen, vor dem Hintergrund medizinisch intendierter Handlungen näher zu analysieren.

4.8.1 Kasuistisches Wissen

Davon ausgehend dass jede pädagogisch intendierte Situation ein Ereignis darstellt, welches sich nur in Grundgesamtheiten vorausplanen lässt, wird doch jede Situation von Subjekten mit unterschiedlichen impliziten oder expliziten Theorien determiniert. Insofern ist die pädagogische Professionalisierung an die Kasuistik des Einzelfalls gebunden. Die einzelfallbezogene Betrachtung eines Schülers, eines Auszubildenden, eines Erwachsenen geschieht dabei in Abhängigkeit seiner anthropologischen Voraussetzungen. Die Differenzierung in endogene (Körperstruktur, Körperfunktion, Psyche), und exogene (Soziales, Umwelt) Voraussetzungen impliziert, dass der Lehrende über Kapazitäten verfügen muss, genau diese Voraussetzungen prüfen zu können. Bezogen auf soziale und

²⁸⁷ Vgl. Hörner; Schulz, Wollerseim (Hrsg) 2002, III.

²⁸⁸ Vgl. Hörner, W.; Schulz, D.; Wollerseim, H.-W. (Hrsg) 2002, III.

²⁸⁹ Vgl. Hörner, W.; Schulz, D.; Wollerseim, H.-W. (Hrsg) 2002.

Umwelteinflüsse sowie die Psyche sind diese Kapazitäten durch Erwerb von Wissen und Erfahrungen sicherlich ausreichend vorhanden. Für Struktur und Funktion kann dies nicht angenommen werden. Somit ist die Frage der Profession, im Sinne der Autonomie in der Gestaltung der Arbeit infrage gestellt²⁹⁰. In Anlehnung an die medizinisch orientierte Definition von Kasuistik, als Beschreibung einer Krankengeschichte²⁹¹, ist weiterhin zu vermuten, dass selbst die Kenntnis von Körperstruktur- und Funktion nicht ausreicht, das Subjekt im Einzelfall zu beurteilen, da neben der Psyche, den sozialen und Umweltfaktoren, auch Struktur- und Funktionsstörungen gesundheitliche Folgen haben. Insofern muss der Lehrende über anwendungsbereite medizinische Kenntnisse verfügen.

4.8.2 Strategisches Wissen

Die Erkenntnis des vorhergehenden Abschnittes zugrunde legend sind es gerade die gesundheitlichen Inkompatibilitäten des zu Bildenden, welche die Anwendung anderer Wissensarten im Einzelfall und prinzipiell begrenzen. Somit ist die strategische Herangehensweise, komplexe Bildungs- und Erziehungssituationen als Lehrender zu determinieren, notwendig, um adäquat reagieren zu können²⁹². Medizin als Sozial- und Naturwissenschaft kann demzufolge dazu beitragen, die Reflexionsfähigkeit des Lehrenden deutlich zu verbessern. Dies führt in der Konsequenz zu einer Neureflexion der Bezugswissenschaften der Lehrerbildung²⁹³. Der strukturtheoretische Ansatz Oevermann's (Oevermann 1996) kommt dann auch zu der Erkenntnis, dass der Lehrerberuf professionalisierungsbedürftig und -fähig ist, auch wenn es, so Oevermann, prinzipiell unmöglich ist, diese Dilemmata ganzheitlich zu lösen. Ein Meilenstein zur Lösung dieser Aussage kann die vertiefte Aneignung von medizinischem Wissen sein²⁹⁴, stellvertretend expliziert durch Giesecke (Giesecke 2007), der bereits die medizinische Kompetenz der Lehrenden forderte²⁹⁵.

²⁹⁰ Vgl. Meyer, H. in: Hörner, W.; Schulz, D.; Wollerseim, H.-W. (Hrsg) 2002, V.

²⁹¹ Vgl. Kondakow, N. I. (1978) , S. 246.

²⁹² Vgl. Hörner, W.; Schulz, D.; Wollerseim, H.-W. (Hrsg) 2002, IV.

²⁹³ Vgl. Hörner, W.; Schulz, D.; Wollerseim, H.-W. (Hrsg) 2002, IV.

²⁹⁴ Vgl. Oevermann 1996, in Hörner, W.; Schulz, D.; Wollerseim, H.-W. (Hrsg) 2002, V.

²⁹⁵ Vgl. Giesecke 2007.

4.9 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt die Bezüge auf, welche die Wende hin zur Kompetenzorientierung von professionell Lehrenden determinieren. Hierzu wurde erläutert, dass sich weder Kernkompetenzen noch Metakompetenzen abschließend definieren lassen, sondern sich im Fokus der phänomenologischen und epistemologischen Diskussion weiterentwickeln. Dabei konnte ein deutlicher Trend hin zum Primat der Sozialkompetenz dargestellt werden. Es wurden unterschiedliche Aspekte der Betrachtungsweise von Kompetenz beschrieben, in deren Resultat Kompetenzen somit Dispositionen und Fähigkeiten sind, die es in nicht vorhersehbaren Situationen erlauben, selbstorganisiert, adäquat und generell zu interagieren, ja zu intervenieren, und damit eine höhere Entwicklungsstufe als die synonym diskutierte, exogen determinierte Qualifikation darstellt. Die Festlegung von Kompetenzen als erstrebenswertes Ziel im Sinne von Standards rundete den Exkurs ab. Dazu wurden verschiedene Kompetenzmodelle analysiert und auf einen gemeinsamen Nenner gebracht. Die essenziellen Grundelemente der pädagogischen Kompetenz wurden unter Bezug auf Niekke reflektiert. Die Kenntnis und Anwendung gesellschaftlicher Phänomene, die Beherrschung der Situationsdiagnose und der kritischen Selbstreflexion determinieren den professionell handelnden Lehrer. Vor allem die Situationsdiagnose stellt sich dabei als probates Mittel dar, die Professionsgrenzen zu überschreiten und erste Bezüge zu medizinischen Aspekten aufzuzeigen.

5 Medizinische Sensitivität professioneller Pädagogen

5.1 Der professionell Lehrende im Kontext gesundheitsfördernder, sozialer und medizinischer Handlungsprozesse

Soziale Kompetenz lässt sich nach Weinert (Weinert 2001) nicht als ein einheitliches Persönlichkeitsmerkmal fassen. Soziale Kompetenz ist vielmehr eine facettenreiche und vielschichtige Handlungskompetenz, die durch verschiedene Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissensstrukturen, motivationale Tendenzen, Einstellungen, Präferenzen usw. bestimmt wird. Sie resultiert aus dem erfolgreichen Zusammenspiel dieser Faktoren in sozialen Situationen, wobei als „erfolgreich“ solche Konstellationen bezeichnet werden, die es einer Person erlauben, ihre persönlichen Ziele zu erreichen und dabei gleichzeitig positive Beziehungen zu unterhalten.²⁹⁶

„Eine grundlegende kognitive Voraussetzung sozial kompetenten Verhaltens, die in nahezu jeder Interaktionssituation eine wichtige Rolle spielt, ist die Fähigkeit, Perspektiven anderer Personen zu übernehmen“(Weinert 2001, S. 215ff.)²⁹⁷.

Damit ist die Fähigkeit gemeint, Situationen aus der Sicht einer anderen Person zu sehen und die mit dieser Situation zusammenhängenden Reaktionen dieser Person (Handlungen, Gedanken, Gefühle, Gesundheit) zu verstehen. Die Einbeziehung sozialer Kompetenzen in die gezielte Schülerentwicklung hat dabei folgende Funktionen:

- ⤴ Präzisere Einschätzung des aktuellen biopsychosozialen Schülerverhaltens und damit Interpretation von Schülerverhalten.
- ⤴ Basis zur Anwendung spezifischer Diagnostik und daher Hilfe und Unterstützung von in ihrer Individualität beeinträchtigten Schülern, somit Interaktion.
- ⤴ Berücksichtigung von Wechselwirkungen aus Störung des biopsychosozialen Gleichgewichtes und der Anforderungen an die Schülerentwicklung und somit Grundlage der Intervention zugunsten der Schüler²⁹⁸.

Es reicht also nicht aus, dass der professionell Lehrende didaktische Methoden und Modelle benutzt, um letztendlich gesellschaftspolitisch standardisierte Unterrichtsinhalte

²⁹⁶ Vgl. Weinert 2001, S. 215 ff.

²⁹⁷ Vgl. Weinert 2001, S. 215 ff.

²⁹⁸ Vgl. Weinert 2001, S. 215 ff.

zu vermitteln. Dies würde zu einer grundsätzlichen Eingrenzung der im lernenden Individuum begründeten konstitutiven Merkmale einerseits und der uniformen Betrachtung des Einzelnen in einer Gruppe mit dem Verlust an personenzentrierter Interaktion andererseits führen. In der Folge würde es zu einem permanenten Reflexionsverlust kommen, der sich dadurch subsumiert, dass es dem Lehrenden nicht möglich ist, die konstituierenden Elemente des Lernenden unter dem Aspekt von Gesundheit und Krankheit zu analysieren. Der Lehr-Lernprozess lässt sich daher aufgrund herkömmlicher handlungstheoretischer, didaktischer Modelle allein nicht erklären. Folglich gilt es, den Rahmen der pädagogischen Profession zu erweitern, Schnittstellen zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen zu suchen. Im Gegensatz zur Erziehungswissenschaft in ihrer Abgeschlossenheit (vgl. Nieke 2002 a, 2002 b) finden sich in anderen, teilweise angrenzenden, teilweise grundlegenden Wissenschaften interdisziplinäre Dialoge die in ihren Grundlagen aus nichtdeterministischen Theorien resultieren. Dies findet sich so in der Systemtheorie der Gesundheitssoziologie, den Theorien der Biowissenschaften und auch der Gesundheitswissenschaften wieder. Auch wenn es bisher keine elaborierten Theorien zu einer interdisziplinären Konstitution von Sinnzusammenhängen gibt, können wiederholt Vorstöße in die Richtung der Pädagogik aufgezeigt werden. Fundierte Importversuche anderer Theorien finden sich bereits in den Gesundheitswissenschaften, der Systemtheorie, der Evolutionstheorie oder auch der Chaostheorie wieder. Folgend sollen die Schnittstellen zwischen Pädagogik, Gesundheitssoziologie und Medizin (im weitesten Sinne) näher erörtert werden.

5.2 Schule als Lebenswelt

Betrachtet man die soziale Kompetenz des Lehrenden etwas genauer, fällt auf, dass die gesundheitliche Perspektive der Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend professionell reflektiert werden kann. Vor dem Hintergrund der Feststellung ständig neuartiger somatischer, psychosomatischer und psychosozialer Krankheiten und Beschwerden, welche sich durch klassische medizinische Indikation bzw. Klassifikation nicht immer sofort und exakt bestimmen lassen, fällt es auf, dass das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden großer Teile der Kinder nicht ausreichend gewährleistet ist²⁹⁹³⁰⁰. Folglich ergibt sich Handlungsbedarf, um die Chancen zur Mitgestaltung des Bildungsprozesses

²⁹⁹ Vgl. Gahr 1994.

³⁰⁰ Vgl. Wilk, Bacher 1994, S. 197.

hinsichtlich des Wohlbefindens des zu Erziehenden näher zu analysieren. Dies soll folgend für die Determinanten Zeit und Raum betrachtet werden.

Schulische Zeitvorgaben, d.h. die Übernahme industrieller Zeitorganisation, widerspricht der Orientierung an menschlichen Bedürfnissen und Selbstorganisation. Das betrifft den Lernaufwand, die Unterrichts- und Pausenstruktur. Schulräume, als Spezialisierung von Lebensräumen, u. a. zur Kontrolle kindlicher Tätigkeiten, stehen im Dissens zur Abnahme multifunktionaler Räume. Schulräume bieten zwar einen höheren Spezialisierungseffekt, multifunktionale Räume bieten aber zahlreiche und individuelle Handlungsmöglichkeiten³⁰¹.

Vor dem Hintergrund, dass es eine Anzahl von Kindern gibt (ca. 10%), denen im Ernstfall durch andere Kinder und Erzieher nicht geholfen wird³⁰², müssen die biopsychosozialen Folgen durch professionell Lehrende reflektiert werden können. Für die Akzeptanz und Wertschätzung der Lehrer von Seiten der Schüler zählt im positiven Sinne v. a. die Qualität der direkten Interaktion und mit deutlichem Abstand die Art der Unterrichtsführung und das Niveau der Leistungsanforderungen. Soziale Kompetenz hat damit den gleichen Stellenwert wie die methodische Kompetenz. Interaktion und Intervention sind im Kontext psychosozialen und medizinischen Wissens zu betrachten.

Kinder vertrauen ihren Lehrern in der Annahme, dass dieses Vertrauen (Urvertrauen) durch umfassende Kenntnisse des Lehrenden abgesichert ist. Diese Kapazitäten sind jedoch nicht vorhanden. Positives Befinden (Gesundheit) der Schüler verstärkt den Einfluss der Schule auf angestrebte Lernziele, aber die Schulfreude nimmt mit der Schuldauer kontinuierlich ab, der Schulstress nimmt zu, Schulangst ist möglich. Lehrer unterschätzen die Ängste und Überforderungen der Schüler und überschätzen deren Wohlbefinden. Schule tendiert dazu, immer mehr außerschulische Zeit der Kinder zu besetzen. Die lehrplanmäßig vorgesehenen Unterrichtsstunden, Ganztagsbetreuung oder häusliche Nacharbeit zusammen mit den Zeiten für den Schulweg ergeben für Schüler eine zeitliche Belastung, die nicht weit von der Arbeitszeit Erwachsener entfernt ist³⁰³.

...„Auch wenn der außerschulische Lernaufwand eher zur Selbstverständlichkeit geworden zu sein scheint, so stellt sich hier doch die Frage, ob ein solches Ausmaß an zeitlicher Bindung durch die Schule für das Aufwachsen von Kindern sinnvoll und medizinisch vertretbar ist“ (Wilk, Bacher 1994, S. 197).

³⁰¹ Vgl. Wilk, Bacher 1994, S. 197.

³⁰² Vgl. Karutz 2004, Karutz, Lasogga 2008.

³⁰³ Vgl. Wilk, Bacher 1994, S. 197 ff.

5.3 Sozialstruktur und Persönlichkeit

Soziale Rollen determinieren somit die Sozialstruktur der zu Erziehenden und Lehrenden. Diese Phänomene wurden u. a. durch Parsons (Parsons 1997) untersucht.

Eine Schulklasse definiert sich demnach als Sozialisationsinstanz mit dem Ziel der Motivation und der geistig-körperlichen Entwicklung hin zum Erwachsenen. Der Eintritt des Kindes in das System formaler Beziehung (Schule) ist daher der erste Schritt aus der primären Bindung der Herkunftsfamilie hinaus³⁰⁴.

Gesundheit und Krankheit sind in die institutionalisierte Rollenstruktur der Gesellschaft eingebaut. Krankheit ist die Beeinträchtigung des Individuums, soziale Rollen effektiv zu erfüllen und damit Rollenerwartungen nicht zu entsprechen. Dies führt zu Zuständen ungenügender Motivation und Leistungsbereitschaft, welche von anderen sozialen Problemen unterscheidbar sein müssen. Krankheit ist ein legitimer Zustand, in dem von anderen Personen und Organisationen Hilfe, Mitgefühl und Unterstützung erwartet werden kann, was impliziert, dass gerade der professionell Lehrende genau diese Kenntnisse haben muss, um interagieren, interpretieren oder intervenieren zu können. Erforderlich ist die Übereinstimmung des Persönlichkeitssystems des Kindes und der Struktur der sozialen Organisation³⁰⁵.

5.4 Gesundheitssoziologische Überlegungen zu den pädagogischen Rahmenbedingungen

Die professionsübergreifende Betrachtung von gesundheitlichen Störungen, wie Nieke³⁰⁶ sie fordert, ist schon deshalb wichtig, da diese nicht nur temporäre Störungen darstellen, sondern kontinuierliche Rahmenbedingungen des Pädagogischen sind. Insofern ist es zweckmäßig, die medizinisch begründete Handlungsfähigkeit eines Lehrers im Sinne der von Giesecke³⁰⁷ geforderten Lernhilfe in einem ersten Schritt gesundheitssoziologisch zu kategorisieren. In einem zweiten Schritt wird es dann notwendig, medizinisches Handeln als Lernhilfe zu analysieren. Es scheint unvermeidbar, dass ein kundiger Blick auf die Symptome gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Störungen im Rahmen des pädagogischen Prozesses ein Bestandteil von Lehrerkompetenz sein sollte und somit eine

³⁰⁴ Vgl. Parson 1997, S. 161 ff.

³⁰⁵ Vgl. Parsons 1997, S. 140 ff.

³⁰⁶ Vgl. Nieke 2002 a, 2002 b.

³⁰⁷ Vgl. Giesecke 2007.

Vorstufe medizinischen Handelns darstellt. Um die Komplexität des pädagogischen Prozesses beschreiben zu können, müssen die beabsichtigten Veränderungsprozesse auch unter Bezug auf die biopsychosozialen und umweltbezogenen Determinanten reflektiert werden. In der Folge wird es vermutlich möglich, die gesellschaftspolitischen, situationsanalytischen und selbstreflexiven Komponenten der Lehrenden auf einer höheren Orientierungsebene zu definieren und neue Möglichkeiten der Anwendung zu schaffen. Die Reflexion pädagogischer Handlungen kann unter dieser Prämisse in neuen Varianten beobachtbar oder beschreibbar werden bzw. es entsteht eine Projektionsebene, welche der Erziehungswissenschaft eine neue Dimension zur Erklärung komplexer Sachverhalte aufzeigt. In der hier vorliegenden Prämisse geht es nicht darum, Erkenntnisse der Medizin, Soziologie oder Gesundheitswissenschaft analog oder reduktionistisch auf die Pädagogik zu übertragen. Dies wäre unzulässig und scheitert nicht zuletzt an der klassischen Trennung von Leib und Seele, welche v.g. Wissenschaften klar von der Pädagogik abtrennt. Hier geht es um die interdisziplinäre Betrachtung biopsychosozialer Voraussetzungen und ihre Relevanzen bei Störungen derselben, die sich letztendlich in Beeinträchtigungen und Störungen der Gesundheit äußern. Insofern ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Gegenständlichkeit der Pädagogik um eine Dimension des Beobachtens zu erweitern. Dazu wird dort, wo es nötig ist, auf biopsychosoziale und Umwelttheorien sowie deren Anwendung in der Medizin rekurriert³⁰⁸. Weiterhin ist die Tatsache zu berücksichtigen, dass jedes System sich aus seiner Funktion konstituiert. Die Betrachtung des Individuums im Bildungs- und Erziehungsprozess wird daher kontingent. Die Reduktion auf eine, im Regelfall erziehungswissenschaftlich begründete Ursache weicht der multifaktoriellen, nichtdeterministischen Betrachtung des Individuums. Dies ist umso interessanter, weil die bisherige gegenständliche Betrachtung des pädagogischen Prozesses durch biopsychosoziale Grundlagen ergänzt wird, welche eine Beobachtung des Subjektes, seiner Strukturen und Funktionen, seiner Sozialbeziehungen und der Umwelt möglich machen³⁰⁹.

5.4.1 Die biopsychosoziale Kompetenz von Lehrenden

Der Handlungsauftrag, die Schüler durch individuelle Förderung und Motivation, Lösung von Schwierigkeiten und Konflikten in Schule und Unterricht zu begleiten, fordert vom

³⁰⁸ Vgl. Scheunpflug 2001, S. 45.

³⁰⁹ Vgl. Scheunpflug 2001, S. 25-30.

Lehrenden eine umfassende pädagogische Kompetenz³¹⁰. Professionelle pädagogische Kompetenz braucht deshalb qualitative Merkmale, um das Handeln begründen und legitimieren zu können.

Ausgehend vom derzeit noch mehrheitlichen Konsens, dass effektive Erziehung und Bildung die wesentlichsten Voraussetzungen für die Sozialisation der Kinder und Jugendlichen darstellen, ist die Frage zur Professionalisierung der Pädagogen im Kontext der sozialen Kompetenz zu thematisieren³¹¹. Didaktisch strukturierter Unterricht führt zwar zu einer Verbesserung der Lernleistungen, effizient wird Bildungsarbeit aber erst, wenn Lernprozesse im Kontext sozialer Handlungen unter Berücksichtigung der internen und externen Ressourcen der Schüler vollzogen werden.

Wie wichtig diese Erkenntnisse sind, machen die aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen deutlich. Sowohl aus der physischen, sozialen als auch psychischen Umwelt werden die Schüler mit immer mehr Störimpulsen konfrontiert. Werden diese Impulse nicht berücksichtigt, wird eine ungehinderte Bildungsarbeit nicht möglich sein und die Erfolge der Schüler werden sich nicht durchgreifend verbessern³¹². Physische, soziale und psychische Umweltfaktoren sind konstituierende Merkmale der Sozialisation. Diese Faktoren bestimmen jedoch auch den Zustand von Gesundheit und Krankheit. Jede pädagogische Handlung stellt somit eine Intervention in den sozialen und damit gesundheitlichen Lebenszusammenhang der Schüler dar³¹³. Dabei kann eine Unterscheidung von direkter oder indirekter pädagogischer Handlung vorgenommen werden. Die indirekte, umweltbezogene pädagogische Handlung versetzt den Schüler in die Lage, mit persönlichen gesundheitlichen Defiziten oder schwierigen Lebenslagen effizienter umzugehen, und bietet daher auch keinen Dissens zur direkten medizinischen Intervention. Stattdessen strebt sie eine Stärkung der Persönlichkeit, Beförderung der alltäglichen Kompetenzen, Ertüchtigung zu pädagogischen Lernprozessen und damit die Befähigung, individuelle gesundheitliche und soziale Probleme selbständig zu lösen, an. Eine medizinisch begründete pädagogische Intervention wird immer dann notwendig, wenn der Schüler in seiner Einschätzung des Gesundheitszustandes überfordert ist. Wenn Schüler ab einem bestimmten Punkt nicht in der Lage sind, eigene Entscheidungen zu treffen, müssen Lehrende im öffentlichen Interesse die Aufgaben der Erziehung der Schüler wahrnehmen. Medizinische Kenntnisse helfen dabei, die Reflexionsfähigkeit der Pädagogen zu verbessern. Dies ist der Kern der pädagogischen Profession: „Reflexion

³¹⁰ Vgl. KMK 2004.

³¹¹ Vgl. Giesecke 2007.

³¹² Vgl. Hurrelmann 2007.

³¹³ Vgl. Giesecke 2007.

dessen was man tut³¹⁴. Jede Unwissenheit des Pädagogen würde damit zur Unsicherheit im professionellen Handeln führen. Professionelles pädagogisches Handeln ist deshalb darauf angewiesen, in ein grundlegend reflexives Verhältnis zum eigenen professionellen Handeln, seinen Bedingungen und Konsequenzen treten zu können. Demzufolge ist es notwendig, medizinisch fundierte professionelle Kapazitäten zu schaffen, sonst ist Reflexion nicht möglich. Medizinisches Handeln durch Pädagogen ist deshalb im Sinne der sozialen Kompetenz zu betrachten³¹⁵.

Auch in der anthropologischen Betrachtung von Sach-, Selbst- und Sozialkompetenz wird die wechselseitige Abhängigkeit von Handlungskompetenz und Selbstreflexion als Befähigung zur professionellen Intervention bzw. Interpretation medizinischer (gesundheitlicher) Probleme von Schülern deutlich. Wenn Sachkompetenz die Fähigkeit zur Urteils- und Handlungsfähigkeit ist, dann sind Intervention und Interpretation erforderlich, wenn die Lebensführung des Schülers erschwert ist und folglich Beratung, Begleitung und Hilfe erforderlich sind. Sozialkompetenz, als Fähigkeit, sozial und gesellschaftlich zuständig sein zu können, ...„verlangt eine kontinuierliche, auf jedes Individuum ausgerichtete Konzentration mit hohem Einfühlungsvermögen“ und die Kenntnis der Zustände von Krankheit und Gesundheit (Koch- Riotte 1999, In: Hurrelmann, Settertobulte, Punkt 3.). Wenn Selbstkompetenz als Fähigkeit, selbst verantwortlich zu handeln, betrachtet wird, dann muss vom Handelnden Effektivität und Effizienz in der individuellen Beurteilung des Leistungsvermögens von Schülern verlangt werden³¹⁶. Die kritische Reflexion von Schülerverhalten im und außerhalb des Unterrichts ist eine Voraussetzung für systematischen Unterricht und damit eine Voraussetzung für Gesundheit.

Die Analyse der aktuellen gesellschaftlichen Situation zeigt hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen gravierende Mängel.

Gesellschaftlich betrachtet muss die Schule ihrer Teilautonomie dahingehend gerecht werden, die pädagogischen Kompetenzen der Lehrer zu erweitern, die notwendig sind, eine Performanz aus Interaktion und Intervention mit den Lernenden gesundheits- und krankheitszentriert zu gestalten³¹⁷. Diese unter anderem von Klafki als Mehrperspektiven-

³¹⁴ Vgl. Prange 1991.

³¹⁵ Vgl. Giesecke 2007.

³¹⁶ Vgl. Roth 1971.

³¹⁷ Vgl. Klafki 2002.

schema andiskutierten Aspekte fordern dazu auf, bisher ungenutzte Ressourcen pädagogischen Handelns kritisch zu reflektieren.

Die Diskussionen zur therapeutischen und diagnostischen Kompetenz von Pädagogen bezieht sich bisher auf die Hilfe bei sozialen und/oder psychischen Verhaltensauffälligkeiten. Wie an anderer Stelle gezeigt werden konnte, sind diese Verhaltensauffälligkeiten nur dann professionell reflektierbar, wenn der medizinische Kontext berücksichtigt wird. Die Qualität von professionellem Handeln und Selbstreflexion gilt somit als Voraussetzung zur professionellen Interpretation und Interaktion. Die Prozessqualität hängt entscheidend vom situativ realisierbaren Wissen und Können der Professionellen ab. Wenn diese Situation den Stellenwert einer Krankheit besitzt, sollte ein professioneller Pädagoge medizinische Kenntnisse besitzen.

Auch die Kritiker der Erziehungswissenschaft (vgl. Oevermann 1981) gehen davon aus, dass pädagogische Prozessqualität von Wissen, Normen und therapeutischer Handlungsfähigkeit abhängig ist. Therapie, so eine Interpretationsmöglichkeit, dient hier der Hilfe und Erweiterung der Identitätskonstitution, welche die „evolutionstheoretischen und anthropologischen Voraussetzungen humanen Handelns und Lernens“ und damit auch die gesundheitlichen Bedingungen des Schülers berücksichtigen muss³¹⁸.

Ein Ausschnitt aus dem Heilmittelreport der Barmer GEK vom 08. Oktober 2010 mag dies unterstreichen:³¹⁹

...„Er ist die häufigste Einzeldiagnose, der alltäglich millionenfach zuschlagende Quälgeist "Rückenschmerz". Rund 21 Millionen Menschen plagen sich jedes Jahr mit den Folgen eines Kreuzleidens. Nicht nur Erwachsene, zeigt der jetzt vorgestellte Heil- und Hilfsmittelreport 2010 der Ende 2009 fusionierten Barmer GEK. 47 Prozent aller Heilmittelverordnungen für Kinder bis 13 Jahren mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wurden wegen Rückenschmerzen ausgestellt. "Höchst fragwürdig", bewertet der stellvertretende Vorsitzende der Ersatzkasse, Rolf-Ulrich Schlenker, den massenhaften physiotherapeutischen Einsatz bei frühkindlichen Rückenmalaisen. Seit Jahren beklagen die Bremer Sozialwissenschaftler den steigenden Versorgungsgrad mit Heilmitteln bei Kindern. Rückenschmerzen bedeuteten immer auch "Reflex auf das psychosoziale Umfeld und einen veränderten Lebensstil", vermutet Kassenchef Schlenker. An krankhafte Prozesse mag er nicht recht glauben. Fest stehe dagegen:..."Unsere Kinder bewegen sich

³¹⁸ Vgl. Oevermann 1981 in Combe 1996.

³¹⁹ Vgl., o.V., Online im WWW unter URL: <http://www.physio.de/php/meldung.php3?id=7395>. [Stand 19.04.2011].

immer weniger". Bewegungsförderung sei aber eine Aufgabe, bei der zuerst Eltern, Erzieher und Lehrer gefragt sind. Die Behandlung von Rückenschmerzen sei ein Beispiel dafür, wie Fehlentwicklungen im Kindesalter pathologisiert und in den Behandlungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) "verschoben" werden. Der Heilmittelreport stellt weiterhin fest, dass ein anderer Leistungsbereich weitaus häufiger das ärztliche Ordnungsverhalten bestimmt. 51 Prozent der kindlichen Kreuzlahmen werden mit Schmerzmitteln versorgt – Ibuprofen, Diclofenac oder Paracetamol³²⁰. In der Konsequenz ein Ergebnis, dass weder für ärztliche Leistungserbringer befriedigend sein kann und sehr klare Bezüge zur Verantwortung von Lehrenden aufzeigt. Eine vom Autor des Heilmittelreports als Pathologisierung bezeichnete Kasuistik ist die Folge eines nicht erkannten biopsychosozialen Problems, welches in der Häufigkeit Kritik an der Wirksamkeit der Gesundheitsförderung zulässt. Gesundheitsförderung kann nur dann effizient sein, wenn die Lehrenden auch die medizinischen Grundlagen verstehen und anwenden können.

5.4.2 Medizinische Lehrerkompetenz

Gesundheit steht an der Spitze der persönlichen Wünsche des Einzelnen und bezeichnet doch nur eine erwünschte Befindlichkeit. Kaum jemand ist in der Lage den Begriff präzise zu qualifizieren. Üblicherweise beschränken wir uns auf etwas Angenehmes oder die diffusen Vorstellungen über Krankheit. Fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit, die in weiten Teilen unser tägliches Leben determinieren, werden selten zur Kenntnis genommen.

Ein Beispiel mag das verdeutlichen. Eine sehr häufige Krankheit schulpflichtiger Jungen ist der „Morbus Osgood Schlatter“. Diese aseptische Osteonekrose der Tuberositas tibiae, so die genauere medizinische Bezeichnung, geht mit belastungsabhängigen Schmerzen am bzw. unterhalb des Kniegelenkes einher und tritt regelmäßig an beiden Kniegelenken auf. Für die Jungen bringt diese Krankheit bis auf sehr seltene Fälle keine nennenswerten Einschränkungen mit sich. Die Knie sind bei Sprüngen und Läufen oder in gebeugter Zwangshaltung (lange Autofahrten) schmerzbelastet manchmal geschwollen. Trotzdem können die Jungen jede Sportart betreiben, so sie den Schmerz tolerieren. Unter

³²⁰ Vgl., o.V., Online im WWW unter URL: <http://www.physio.de/php/meldung.php3?id=7395>. [Stand 19.04.2011].

normalen Bedingungen sind keine Beschwerden vorhanden, die Jungen fühlen sich gesund. Das Beispiel mag verdeutlichen, dass eine bestehende Krankheit ohne wesentliche gesundheitliche Störungen ablaufen kann, die Übergänge damit fließend sind. Gesundheit ist somit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern der Zustand des Wohlbefindens einer Person. Hurrelmann (Hurrelmann 2006) führt dazu weiter aus, dass dieses Wohlbefinden von folgenden Faktoren abhängig ist:

- Körperlicher, psychologischer und sozialer Einklang mit den gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen,
- Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt neu konstruiert werden muss.

So dies der betreffenden Person gelingt, sind deren dispositive und autopoietischen Eigenschaften ausreichend, Kompetenzen zu entfalten und sich gesellschaftlich zu integrieren³²¹.

Neben den biologischen (konstitutionellen, genetischen) Bedingungen besteht also eine verhaltensbedingte individuelle Abhängigkeit zu den Lebens- und Gesundheitsverhältnissen. Im Wesentlichen sind das die kulturellen, wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Bedingungen, die entscheidend für die individuelle Gesundheit sind³²². Es ist demnach nicht ausreichend, medizinische Erkenntnisse auf biomedizinische Ursachen zu beschränken. Gerade die Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und Lebensweisen auf der einen und der Entstehung bestimmter, vor allem chronischer Krankheiten auf der anderen Seite, zeigen die ungenügende Berücksichtigung soziologischer, psychologischer, pädagogischer, ökonomischer und ökologischer Erkenntnisse. Die aktuelle sozialwissenschaftliche Forschung zeigt dazu auf, dass ein großer Teil der gesundheitlichen Störungen auf Fehlanpassungen zwischen körperlichen und psychischen Ressourcen und den externen Umwelтанforderungen zurückzuführen sind. Typische Beispiele sind Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Burnout Syndrome³²³, wie sie zunehmend schon bei Kindern und Jugendlichen zu finden sind. Es ist folglich wichtig, die Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit zu differenzieren.

³²¹ Vgl. Hurrelmann 2006, S. 7.

³²² Vgl. Hurrelmann 2006, S. 8.

³²³ Vgl. Hurrelmann 2006, S. 20-21.

Hurrelmann unterteilt dazu drei Gruppen von Faktoren:

- Personale Faktoren wie genetische Disposition, bio-psychische Konstitution und ethnische Zugehörigkeit,
- Verhaltensfaktoren wie Essgewohnheiten, Bewältigungskompetenz, körperliche Aktivität, Genussmittelkonsum,
- Verhältnisfaktoren wie sozioökonomischer Status, Bildungsangebote, wirtschaftliche Verhältnisse, Migration, Umweltfaktoren³²⁴.

Besonders chronische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters sind durch die vernetzte Wirkung mehrerer Gene allein nicht zu begründen. Gleiches gilt für eine Vielzahl monogenetischer Defekte. Die Disposition zur Krankheit ist von Umweltbedingungen und Verhaltensfaktoren wie Ernährung, sportlicher Aktivität und medizinischer Versorgung abhängig. Asendorpf schreibt dazu: ...„Offenbar müssen genetische Disposition, neuronale Aktivität, individuelles Verhalten und Umwelt in einem dynamisch-interaktionistischen Wechselspiel gesehen werden“ (Asendorpf 2005, in: Hurrelmann 2006, S. 23). Hurrelmann verweist in diesem Zusammenhang weiterhin auf die besondere Bedeutung der Verhaltensfaktoren, da diese die Verknüpfung zwischen personalen und Verhältnisfaktoren bilden. Gesundes Verhalten ist damit abhängig von der Aufmerksamkeit, dem Erleben, der Informationssuche, der Handlungsintention und der Handlungsausführung des Menschen mit dem Ziel, die körperliche und psychische Unversehrtheit sowie das subjektive Wohlbefinden zu erhalten bzw. Gesundheitsstörungen und Krankheiten zu verhindern³²⁵. Bezieht man die vorstehenden Aussagen auf die Basisaussagen zur Kompetenz, kann festgestellt werden, dass der Mensch über Gesundheitskompetenz verfügt bzw. diese anstreben sollte. Die kategorialen Unterscheidungen zwischen Gesundheitssoziologie und Pädagogik werden an späterer Stelle erörtert.

Einen wesentlichen Beitrag zum Gesundheitsverhalten leistet die Bildung. Als Voraussetzung für die berufliche Perspektive, den Aufbau weiterer Kompetenzen und letztendlich der Persönlichkeitsentwicklung ist sie ein wesentlicher Indikator für die subjektive Lebenszufriedenheit und die gesundheitliche Lebensqualität. Bildung ist somit eine wesentliche Ressource für Gesundheit. Es ist deshalb umso wichtiger bereits im Kindes- und Jugendalter die kognitiven, emotiven und sozialen Fähigkeiten zu fördern. Hurrelmann weist dazu wissenschaftlich belegte Studien verschiedener Autoren nach, welche die Erkrankungsrisiken hinsichtlich des erreichten Bildungsgrades und der damit

³²⁴ Vgl. Hurrelmann 2006, S. 22.

³²⁵ Vgl. Hurrelmann 2006, S. 23.

einhergehenden körperlichen Aktivitäten, der kritischen Selbstreflexion des Gesundheitsstatus, der Informationserschließung und der Abhängig zur Lebensdauer nachweisen³²⁶. Dies zugrundeliegend sollte der Lehrende somit auch über Kompetenzen verfügen, die neben Kenntnissen der Prävention auch die Erkennung der Behandlungsnotwendigkeit eines in seiner Gesundheit beeinträchtigten Menschen ermöglichen; einerseits um sich selbst in seiner Gesundheit zu erhalten und sich selbst zu verwirklichen, andererseits und im Sinne der vorliegenden Arbeit um die Lernenden in ihrer Bildung und Erziehung zu unterstützen. Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung sind unbestrittene pädagogische Aufgaben, welche häufig im Zusammenhang mit dem Biologieunterricht oder der Sexualpädagogik vermittelt werden. Angeboten werden jedoch eher Information und Imitationen zur gesundheitserhaltenden Lebensführung. Dies reicht in der täglichen Praxis und im Rahmen der Forderung nach Selbstreflexion, Situationsdiagnose und professionellem Handeln der Lehrenden jedoch nicht aus. Es ist nicht ausreichend, Lernende zur Reflexion des Gesundheitsverhaltens anzuhalten und diese in evtl. Notfällen zu unterstützen oder zu versorgen. Wichtig ist der kundige Blick auf Symptome von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Störungen des pädagogischen Prozesses, nämlich des Kompetenzaufbaus (Schülerkompetenz). Giesecke formuliert dies sehr vorsichtig und nicht weiter ausführend als Lernhilfe. Lernhilfe kann somit auch als Vorstufe medizinischen Handelns verstanden werden, als Pendant zur ärztlichen Rolle. Professionelle Lernhilfe sollte medizinisches Handeln im Sinne einer Vorstufe zu ärztlichem Handeln beinhalten. Dazu notwendig wäre die Fähigkeit, experimentelle Diagnosen und Interventionsempfehlungen explizieren zu können. So wären drei medizinische Handlungsebenen im Umgang mit einem gesundheitlich beeinträchtigten oder kranken Lernenden denkbar:

- Interpretation des Gesundheitszustandes durch Beobachten, Nachfragen, experimentelle Diagnose,
- Interaktion durch gezielte Hinweise,
- Intervention zur Sicherung des Informationsflusses gegebenenfalls der Gefahrenabwehr gegenüber dem Elternhaus oder dem Arzt.

Dabei verbietet sich die Analogie, ein Pädagoge müsse ärztliche Fähigkeiten besitzen, genauso wie die Aussage, Ärzte müssen über Lehrerkompetenzen verfügen. Trotzdem lassen sich Domänen aufzeigen, welche die Schnittstelle zwischen den Kenntnissen über Kategorien gesundheitsrelevanten Verhaltens einerseits und der Klassifizierung von

³²⁶ Vgl. Hurrelmann 2006, S. 39-40.

Symptomen und Befunden zur Inzidenz, Morbidität, Letalität und Mortalität von Bevölkerungsteilen andererseits bilden. Prävention und Feststellung von Behandlungsbedarf bei Vorhandensein einer Krankheit sind keineswegs dem Arzt vorbehalten, sondern sind eine Forderung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF),³²⁷ die hier die Schnittstelle zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) bildet.

Dabei stehen die Prävention (Schnittstelle Gesundheitsförderung) genauso wie die "Feststellung des Behandlungsbedarfs des Patienten"³²⁸ (Schnittstelle Medizin) als differenzierende Indikatoren der Kategorien von Körperstruktur, Körperfunktion zur Verfügung. Im Gegensatz zur ICD 10 der Medizin sieht die ICF allerdings vor, weitere, kontextgebundene Kategorien der Aktivitäten und Partizipation mitzubetrachten. Und dies sind genau die Faktoren, die Pädagogen in ihrer täglichen Arbeit vorfinden. Eine erste Näherung an die ärztliche Medizin wird dadurch erreicht, dass die Kategorien Aktivität und Partizipation in Domänen unterteilt werden, welche dann aufgrund von Leistungsbeobachtungen und Leistungseinschätzungen (Kapazitäten) näher beurteilt werden können. Die Differenzierung der Domänen ist nicht erweiterbar und bildet alle Lebensbereiche so auch die schulischen ab. Folgende Übersicht zeigt alle Domänen auf:

- Lernen und Wissensanwendung,
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
- Kommunikation,
- Mobilität,
- Selbstversorgung,
- häusliches Leben,
- interpersonelle Interaktion und Beziehungen,
- bedeutende Lebensbereiche,
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.³²⁹³³⁰

Diese Domänen werden gemeinsam mit den Kategorien der Körperstruktur und Körperfunktion in weitere Kontextfaktoren eingebunden, welche den Lebenshintergrund

³²⁷ Vgl. ICF 2004.

³²⁸ Vgl. ICF 2004, S. 19.

³²⁹ Vgl. ICF 2004, S. 20.

³³⁰ Vgl. Carraro, Hintringer 2010, 2.3, Online im WWW unter URL:
<http://bidok.uibk.ac.at/library/carraro-interaktion-dipl.html>. [Stand 01.12.2011].

jedes Menschen bilden. Einerseits finden sich kontinuierlich Situationen, die durch das entsprechende individuelle Verhalten tendenziell gesundheitliche Risiken bergen. Erst die Reflexion dieses Verhaltens führt zum Abbau oder zur Vermeidung der Risiken. Diese Umweltfaktoren werden als personenbezogene Faktoren bezeichnet. Andererseits bestehen immer verhältnisabhängige Wechselwirkungen innerhalb sozialer Strukturen. Diese Strukturen werden als gesellschaftliche Faktoren bezeichnet³³¹.

Daneben darf nicht unerwähnt bleiben, dass die ICD 10 zwar einen Diagnoseschlüssel für Ärzte darstellt, aber lediglich eine begrenzte Anzahl von Intervention tatsächlich ärztliche Leistungserbringung erfordert. Es gibt keine normative Grenze dessen, was der ärztlichen Tätigkeit vorbehalten und was delegierbar ist. So ist es denkbar, dass bestimmte Aufgaben an nichtärztliches Personal delegiert werden können, solange

- die Anordnungsbefugnis beim Arzt bleibt,
- fachliche Qualifikation vorhanden ist,
- Kontrolle möglich und
- die Sorgfaltspflicht gewahrt ist³³².

Mit geeigneten Fort- und Weiterbildungen sollte es folglich möglich sein, auch professionelle Pädagogen medizinisch zu schulen.

5.5 Zum Verhältnis von Pädagogik und Medizin

Das Verhältnis zwischen Pädagogik und Medizin wird in beiden wissenschaftlichen Teilsystemen kaum thematisiert. Näherungen finden sich über die Gesundheitssoziologie, die Gesundheitspsychologie, die Medizinpädagogik und die Heilpädagogik, die als interdisziplinäre Schnittstellen sowohl Teil der Medizin als auch Teil der Pädagogik sind. Eine weitere Schnittstelle findet sich in der erstmals in der Ottawa Charta festgeschriebenen Aufgabe, Gesundheitsförderung für alle Teile der Bevölkerung eines Staates durchzusetzen. Dies sind jedoch schwache Argumente dafür, dass professionell Lehrende über medizinische Kompetenzen verfügen sollten. Es ist der Randbereich der Pädagogik, die Heilpädagogik, die sich, im Unterschied zu sonstigen pädagogischen Fachbereichen, aus ihrem professionellen Selbstverständnis heraus, der Medizin nähert.

³³¹ Vgl. ICF 2004, S. 22.

³³² Vgl. Bundesärztekammer 2008, Online im WWW unter URL:
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3225> [Stand 08.01.2012].

Insofern scheint es sinnvoll, dort Analogien zu suchen und mit der allgemeinen Pädagogik zu verknüpfen. In einem zweiten Schritt sind in den Systemen gemeinsame Grundlagen aus den Wissenschaften Biologie, Soziologie und Psychologie zu analysieren. Sowohl die Medizin als auch die Pädagogik haben den Menschen im Fokus ihrer Intention, Interpretation und Intervention. Dies kann nur, zumindest implizit, durch Nutzung gleicher Grundlagen geschehen. Im dritten Schritt der Analyse ist die Frage nach den Krankheitsmodellen zu stellen, welche, wie noch darzustellen, nicht nur Mediziner sondern eben auch andere professionelle Helfer einbinden, um letztendlich umfassend und erfolgreich Krankheiten oder gesundheitliche Störungen erkennen und behandeln zu können.

Die Descartes zugeschriebene Unterscheidung von Leib (*res extensa*) und Seele (*res cogitans*) findet sich bis heute in der Dualität der wissenschaftlichen Lehre wieder. Die sich aus der cartesianischen Lehre ergebene Unterscheidung von Körper und Geist wurde in der Folge zu einer Trennung von Körper und Geist. Die Biowissenschaften (inkl. der Medizin) widmeten sich fortan dem Körper, die Pädagogen sehen die Entwicklung des Geistes im Fokus des professionellen Handelns. Aus dem Phänomen wurde ein Problem. Zumindest aus pädagogischer Sicht wurde dieses Problem erkannt und findet unter anderem in der Waldorfpädagogik oder auch dem problembasierenden Lernen seine Konklusion (Lernen mit Kopf, Herz und Hand).

Will man jedoch genau das, Lernen mit Kopf, Herz und Hand, zur pädagogischen Maxime erheben, dann ist die Reduktion wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die bisherige Spezialisierung von Lehrenden nicht ausreichend, um dies zu erreichen. Der umfassende Bildungsanspruch kann nur dann eingelöst werden, wenn auch biologische Erkenntnisse und resultierendes medizinisches Wissen angemessene Berücksichtigung finden. Dies findet seine Begründung nicht zuletzt in zahlreichen Grundwerten, den Menschenrechten und ethischen Appellen zur Gesundheitsaufklärung.

Betrachtet man die biologischen Grundlagen der menschlichen Entwicklung, so finden sich prinzipiell für alle Menschen die gleichen genetischen Anlagen. Als natürliche Grundlage findet die Entwicklung grundsätzlich in der Auseinandersetzung mit individuellen, sozialen, und umweltbedingten Faktoren statt. Dieser Entwicklungsprozess stößt dabei auf unterschiedliche Hindernisse, die zu einem großen Teil durch Pädagogen begleitet werden. Als professionelle Gestalter von Bildung und Erziehung bietet sich der Pädagogik doch genau hier die Chance, Schülern mit medizinischen Problemen eine effiziente

Entwicklung anzubieten. Es stellt sich die Frage, welche der medizinischen Grundlagen von pädagogischer Bedeutung sind und unter welchen Bedingungen diese die Erziehung determinieren. Die Grundlage dafür wäre medizinisches Wissen³³³.

5.5.1 Zum medizinischen Verhältnis der Pädagogik

Wie bereits erläutert, findet die aktuelle Debatte um pädagogische Kompetenz nicht zuletzt ihren Grund in deren unzureichend explizierten und evaluierten Wirksamkeit. Der Erwerb spezifischer Fähigkeiten, Fertigkeiten und des professionellen Handelns ist für die institutionalisierte Ausbildung von Lehrern wohl ausreichend. Die adäquate Handlung in unvorhersehbaren Situationen - dem Alltag in einem Klassenzimmer - bedarf weitergehender Kenntnisse, um dem Anspruch an Professionalität gerecht zu werden. Nieke definiert dazu die essentiellen Grundkomponenten der pädagogischen Kompetenz:

- Gesellschaftsanalyse,
- Situationsanalyse,
- Selbstreflexion,
- Professionelles Handeln³³⁴.

Diese Komponenten beinhalten kognitive, emotive, konative³³⁵ und volitionale Anteile, deren Dimensionen miteinander vernetzt genau die Voraussetzungen schaffen, welche eine Realisation des professionellen Handelns erst ermöglichen. Für den professionell Lehrenden bedeutet es, dass dieser neben einer wissenschaftlich fundierten Wissensbasis über das zu unterrichtende Fach auch über das Wissen zum Berufsfeld verfügen muss und somit in der Lage ist, die Perspektiven der Erziehungswissenschaft in all ihren teilweise kontroversen Facetten zu erkennen³³⁶. Dazu gehören auch das Wissen und das Verständnis um Wirkungen bestimmter Krankheiten oder gesundheitlicher Störungen. Letztendlich muss der Lehrende in wenigen Sekunden entscheiden, ob ein Schüler zum Arzt gehen oder im Unterricht bleiben soll. Das bedeutet weiterhin, dass die Lehrenden befähigt sind, Sachthemen, die eigene Person und ihre Verbindung zu beruflichen Anforderungen zu reflektieren³³⁷. Der pädagogische Handlungsprozess vollzieht sich im Allgemeinen aufgrund intendierter Handlungsrouninen, verlangt vom Handelnden jedoch, diese im Einzelfall, meist dem Normalfall, zu modifizieren. Dazu ist es notwendig

³³³ Vgl. Speck, O. 2003, S. 131-133.

³³⁴ Vgl. Nieke 2002 in: Rauschenbach

³³⁵ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S.17.

³³⁶ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S.71; Terhart 2002, S. 30.

³³⁷ Vgl. Nieke 2002, in Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002 S.71; Terhart 2002, S. 30.

kommunikative und diagnostische Fähigkeiten zu beherrschen, um angesichts pädagogischer Handlungsprobleme urteilsfähig zu bleiben bzw. Entscheidungen zu treffen³³⁸. Die diagnostischen Fähigkeiten beziehen implizit auch medizinische Diagnosestellungen mit ein.

Um zu verhindern, dass Situationen nur intuitiv oder auch unsystematisch beurteilt werden, muss vom Handelnden gefordert werden, die jeweilige Situation professionell zu reflektieren. Damit nähert sich der pädagogische Anspruch deutlich der Psychologie, der Soziologie und deren medizinischen Schnittstellen an. Die Erfassung bestimmter psychischer und physischer Merkmale in Verbindung mit dem Verhalten in einer bestimmten Situation führt zu der Verdichtung und Kategorisierung solcher Zeichen, allgemein als Diagnose bezeichnet. Somit bedarf die intendierte pädagogische Handlung einer permanenten Situationsdiagnose³³⁹. Nieke geht hier den Schritt weiter und bezieht in seine Überlegungen ein, dass die fundamentalen Bedingungen pädagogischen Handelns von den

- körperlichen Strukturen und Funktionen,
- der Seele und dem psychischen Apparat,
- dem Raum [Sozialraum, A. d. V.],
- der Interaktion abhängig sind³⁴⁰.

Die Auffassungen entsprechen weitestgehend auch den Ansichten der Gesundheitswissenschaften, der Internationalen Norm der Funktionseinschränkungen (ICF) und finden sich in den Diagnosekriterien (ICD) der Medizin wieder.

Reflexives Moment der Interaktion ist die Frage der Akzeptanz und der Autorität des Lehrers gegenüber den Schülern³⁴¹. Auch hier lässt sich die Auffassung vertreten, dass die im Subjekt begründeten biopsychosozialen Abhängigkeiten eine Schlüsselrolle spielen. Akzeptanz und Autorität genießt der Lehrer, der auch in Situationen authentisch handeln kann, die mit Abweichungen des Gesundheitszustandes von Schülern einhergehen. Das hier zugrunde liegende Selbstwirksamkeitskonzept geht auf die noch zu erörternden Aussagen Bandura´s zurück.

³³⁸ Vgl. Terhart 2002, S. 30.

³³⁹ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, 18.

³⁴⁰ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, 19.

³⁴¹ Vgl. Nieke 2002 in: Otto, Rauschenbach, Vogel (Hrsg.) 2002, 21 f.

5.5.2 Zum pädagogischen Verhältnis der Medizin

Die erziehungswissenschaftliche Näherung an dieses Thema kann, wenn überhaupt, nur interpretativ erfolgen. Diskurse innerhalb der Medizin finden sich unter anderem bei Ueküll und dem salutogenetischen Gesundheitsmodell von Antonovsky. Soziologisch wird die Medizin vor allem durch die Selbstwirksamkeitstheorie Bandura´s beeinflusst.

Erläuterungen werden dazu in den folgenden Abschnitten vorgenommen. Die nachstehenden Argumentationen basieren auf einem Vortrag von Ch. Gaedt zur Thematik „Die Macht der Ärzte und das Verhältnis der Pädagogik zur Medizin“, aus dem Jahr 1986.³⁴² Nach intensiver Bearbeitung des Themas kann m. E. festgestellt werden, dass die aktuellen Aspekte des Jahres 1986 auch heute, und im Wesentlichen unverändert, ihre Gültigkeit haben.

Der Arzt gilt als Hüter der Gesundheit. Seine Legitimation beruht auf gesellschaftlich gewollter Toleranz und dem beruflichen Selbstverständnis, dass es dem medizinischen Laien nur sehr begrenzt möglich ist, ärztliches Wissen zu verstehen und anzuwenden.³⁴³

So scheint es auch plausibel, dass der Arzt, lediglich durch die Auflagen der Krankenkassen determiniert, Diagnostik, Intervention und Therapie frei wählt und für den Patienten einen Bedarf einschätzt, der sich an einer exklusiven Situation und selten an der Lebenswirklichkeit des Patienten orientiert. Besonders in der Einschätzung des Krankheitszustandes von Kindern und Jugendlichen dürfte der tatsächliche medizinische Bedarf häufig nicht die Realität des Alltags reflektiert. Dazu ein alltägliches Beispiel.

Mit Beginn der Pubertät entwickeln sich bei Mädchen und Jungen sekundäre Geschlechtsmerkmale. Mädchen mit voluminösem Brustwachstum finden dies vor allem in dieser Zeit häufig als peinlich, fühlen sich den primitiven Bemerkungen der Jungen ausgeliefert. Ein typisches Verhalten liegt im Verbergen der körperlichen Merkmale. Dies geht jedoch nur in krummer Körperhaltung. In der Konsequenz entwickeln sich meist schmerzhafteste Rückenprobleme. Der Arzt verordnet in diesen Fällen Physiotherapie, s. g. Haltungsschulung. Eigentlich braucht das betroffene Mädchen aber keine Physiotherapie sondern psychotherapeutische Intervention und eine ausgewogenen Sozialstruktur in der Schule.

Unbenommen sind die Erfolge der Medizin. Vor allem in der Akutmedizin und in der Behandlung schwerer Krankheiten können die apparategestützte Diagnostik als auch

³⁴² Vgl. Gaedt 1986, Online im WWW unter URL: http://www2.initiative-bs.de/doc/NB2_9.doc [Stand 18.10.2009].

³⁴³ Vgl. Meyer-Abich 2010.

minimal invasive Interventionsverfahren Leben auf einem bemerkenswert hohen Niveau erhalten oder wieder herstellen.

Im Gegensatz dazu sind die medizinischen Fortschritte in der Volksgesundheit bzw. bei der Therapie oder Bekämpfung von chronischen Krankheiten eher marginal. So ist es nicht verwunderlich, dass gerade der Bereich der Prävention nicht medizinisch dominiert wird. Stattdessen ist dies eine Domäne der Gesundheitswissenschaften geworden.³⁴⁴

Hier verliert sich der gesellschaftlich gewollte Einfluss der Medizin. Aber auch die Verbesserung der Lebensqualität für chronisch Kranke, welche sich im Schulalltag wieder findet, ist keine primäre Domäne der Medizin. Diese Vernachlässigung der präventiven und der betreuenden Aufgaben hat seine Auswirkung auch auf die Bildung. Eine Umorientierung ist hier besonders wichtig, da die Gesundheit und damit die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen weit mehr von deren Lebensbedingungen als von spezifischen medizinischen Interventionen abhängen. Genau diese Klientel leidet an gesundheitlichen Störungen, die eine ärztliche Betreuung notwendig machen.

Orthopädische Probleme sind z. B. häufig durch Progredienz gekennzeichnet. Neben der konservativen Behandlung bedarf es häufig der operativen Intervention. Folglich ergeben sich gravierende Einschnitte in die Lebensweise von Educanden. Neben der Hospitalisierung ergeben sich Pflege- und Betreuungsaufwendungen, die nicht nur die Familie sondern auch die professionellen Pädagogen überfordern. Spätestens hier muss die ärztliche Medizin kapitulieren, da derartige Aufwendungen sowohl die Ziele als auch die Möglichkeiten ärztlichen Handelns überschreiten. Somit kann gefolgert werden, dass Erhalt und Verbesserung des Gesundheitszustandes von Educanden eine medizinübergreifende Problematik darstellt. Im Rahmen der Volksbildung wird hierauf schon lange reagiert. So gibt es zahlreiche Kurse, die es ungelern Pflgenden ermöglichen, professionelle Standards im Umgang mit ihren Angehörigen zu erlernen. Warum sollte dies nicht auch für Pädagogen Anwendung finden?³⁴⁵

Eine weitere Problematik ergibt sich aus der wachsenden Unmündigkeit im Umgang mit Krankheit. Die umfassende Präsenz von Ärzten (auch wenn es in einigen ländlichen Gegenden zu einer regionalen Unterversorgung kommt) macht es dem Kranken möglich, diese Leistungen auch permanent in Anspruch zu nehmen. In der Folge kann es zur Absenkung der Toleranzschwelle in der Selbstbewertung von Krankheit kommen. Die

³⁴⁴ Vgl. Meyer-Abich 2010.

³⁴⁵ Vgl. Gaedt 1986, S. 3.

damit einhergehende Möglichkeit der Selbst- oder Laienbehandlung, die häufig völlig ausreicht, wird nicht genutzt.³⁴⁶

Wie bereits dargelegt, verfügt der Arzt nicht über die vollumfängliche medizinische Verantwortung. Die ärztliche Aufgabe liegt in der medizinischen Prävention, Intervention (Therapie) und Kuration. Die damit verbundenen Wirksamkeitsaussagen beziehen sich daher auf Risikoeinschätzung, Prognose und die Suche nach Standardtherapieverfahren bzw. Alternativen. Es ist jedoch nicht die Aufgabe und Fähigkeit des Arztes, die besondere Lebenssituation eines Lernenden in allen Facetten zu kennen.³⁴⁷

Den Educanden kann eine verminderte Selbstwirksamkeit unterstellt werden. So ist anzunehmen, dass sich Organisationsfähigkeit und Verantwortlichkeit noch in der Persönlichkeitsentwicklung befinden. In diesem Zusammenhang ist auch die begrenzte Fähigkeit zum Umgang mit medizinischen Problemen zu sehen. In der Familie gehört es zu den typischen Pflichten des Erziehungsberechtigten für das kranke Kind zu entscheiden. In der Bildung sollte es daher als pädagogische Aufgabe betrachtet werden, dem Educanden bei medizinischen Problemlagen mit medizinischem Sachverstand zur Seite zu stehen. Professionelle Pädagogen sind, in Erweiterung der Aussagen Gieseckes³⁴⁸, Lernhelfer mit medizinische Kenntnissen, die sich nicht nur auf die Hilfe im Notfall beziehen, sondern als tägliche Begleiter des Bildungsprozesses kompetent für das Wohl des Educanden entscheiden können. Medizinische Sensitivität professioneller Pädagogen übernimmt daher auch den Auftrag zur Vermittlung zwischen krankem Subjekt und externen medizinischen Einrichtungen. Dies ist umso wichtiger, da genau diese Schnittstelle zwischen der Verantwortung des Pädagogen für das kranke Subjekt und der Zuständigkeit der Medizin bisher nicht definiert ist. Zumindest ist hier keine klassische medizinische Aufgabe darstellbar.³⁴⁹

Sowohl Medizin als auch Pädagogik sollten sich an den Interessen der Educanden orientieren. Es kann doch davon ausgegangen werden, dass pädagogische Zielsetzungen durch bio-, psycho-, soziale Einschränkungen der Lernenden beeinflusst werden. Somit kann von professionellen Pädagogen auch die notwendige medizinische Sensitivität erwartet werden, Entwicklungspotenziale durch medizinische Maßnahmen zu unterstützen.

³⁴⁶ Vgl. Gaedt 1986, S. 4.

³⁴⁷ Vgl. Gaedt 1986, S. 5.

³⁴⁸ Vgl. Giesecke 2007.

³⁴⁹ Vgl. Gaedt 1986, S. 5-6.

Die Bedeutung der medizinischen Aufgaben wird erkennbar, wenn man bedenkt, dass Lernende sowohl in ihrer Lebenswelt als auch von den pädagogischen Zielstellungen her stets alle Ressourcen mobilisieren müssen, um den Alltag zu bewältigen. Die medizinische Sensitivität ist daher eine entscheidende Determinante in der Einschätzung gesundheitlicher Risiken, um dem Lernenden die Teilhabe am Bildungsprozess zu ermöglichen. Die Anforderung an den professionell Lehrenden erfordert daher die Kompetenz an differenziertem diagnostisch-therapeutischem Wissen.³⁵⁰

5.6 Erziehung und Bildung - ein neuro-sozio-evolutionsbiologischer Exkurs

Otto Speck (Speck 2005) formulierte in seiner „biotechnischen Betrachtung des Menschen“, dessen biologischen Spielraum als „Allgegenwart genomischer Anomalien“³⁵¹. Dies bedeutet nichts anderes, als dass jeder Mensch über genetische Unzulänglichkeiten verfügt und eine spezifische Untersuchung früher oder später zur Diagnostik irgendwelcher, genetisch determinierter Krankheiten führt. Lediglich der Beginn einer jeden Krankheit ist individuell verschieden und von Umweltfaktoren abhängig. Die Evolutionsbiologie hat in den letzten Jahren genetische Erkenntnisse gewonnen, deren Auswirkung auch von unmittelbarer Bedeutung für die Schule und die in ihr Lehrenden und Lernenden sind. Es sei an dieser Stelle jedoch darauf verwiesen, dass hier keine analoge Übernahme biologischer Erkenntnisse in die Pädagogik erfolgen soll. Sowohl die evolutionärbioologisch als auch neurobiologisch orientierten Pädagogen bewegen sich allenfalls auf einer metadidaktischen Ebene, die hier nicht Diskussionsgegenstand sein soll. Wesentlich ist jedoch die Tatsache, dass trotz gleichen Genpools ein Teil der Gene entsprechend ihres Bedarfs produktiv ist oder auch nicht. Dabei ist die Umweltanforderung für die Funktion und nicht das Gen als Struktur entscheidend. So kann es durchaus sein, dass ein Gen, welches beim Menschen die Cystische Fibrose auslöst, in anderen Erdteilen eine erhöhte Resistenz gegenüber Typhus ermöglicht. Pflanzen an dunklen Standorten entwickeln große Blätter, während die gleichen Pflanzen an sonnigen Standorten kleine Blätter entwickeln. Wie reagieren unsere Gene auf Umweltgefahren, auf die Allgegenwart veränderter Lebensmittel und diverser

³⁵⁰ Vgl. Gaedt 1986, S. 6-8.

³⁵¹ Vgl. Speck 2005, S. 119.

Chemikalien?³⁵² Auch die Hirnforschung wurde in den letzten Jahren deutlich fortentwickelt. Die Erkenntnisse dürften für Pädagogen von Interesse sein. Es sind nicht mehr nur die Hirnerkrankungen, die untersucht werden, sondern Erkenntnisse zur Motivation, Emotion, Kognition, also genau jenen Grundbausteinen die NIEKE als Basis jeder Kompetenz definiert. Wurde Erziehung in den letzten Jahrzehnten durch soziologische und psychologische Erklärungsmodelle determiniert, zeigen neue soziobiologische Erkenntnisse, dass menschliches Verhalten biologisch begründet wird. Dies ist deshalb für Pädagogen interessant und in der Folge zu berücksichtigen, weil es Lehrende in der Schule permanent mit sozialen Entwicklungsverläufen zu tun haben, die häufig der pädagogischen Hilfe bedürfen. In den folgenden Abschnitten sollen die vorstehenden Aussagen näher analysiert und Ansätze zur medizinischen Lehrerkompetenz herausgearbeitet werden.

5.6.1 Neurobiologische Erkenntnisse zur Pädagogik

Handlung und Entwicklung des Menschen sind neben der Funktion zahlreicher Gewebe und Organsysteme vor allem von der Hirnfunktion abhängig. Je differenzierter das Gehirn arbeitet, desto besser können emotive, kognitive, volitionale und soziale Fähigkeiten ausgeprägt werden. Dies wiederum ist die wesentliche Grundlage, sich mit natürlichen und kulturellen Aufgaben effizient auseinander zu setzen. Bewusstsein, Kommunikation und Interaktion sind nur durch Denkopoperationen möglich. Selbstreferenz, Selbstregulation und individuelle Entwicklung sind die Folge. Selbst die Schädigung eines Teilsystems z.B. aufgrund einer Parese des Nervus abduzens, in deren Folge ein Auge schielt, oder einer Skoliose, in deren Folge sich die gesamte Körperstatik ändert, die in irgendeiner Weise das Gesamtsystem beeinträchtigt, regt den Organismus zur Selbstregulation an. Der Körper entwickelt Ausgleichsfunktionen und Überlebensstrategien. Dies ist jedoch von verschiedenen Umständen wie der Kompensationsfähigkeit der Strukturen, funktionellen Kapazitäten aber auch äußeren Lebensbedingungen abhängig. Bezogen auf Schulen und deren Akteure setzt sich der Organismus des Lernenden in komplexer Wechselwirkung unter anderem auch mit den Lehrenden auseinander. Adäquate Reaktionen des Lehrenden sind in solchen Situationen genau dann professionell, wenn diese die Kompensationsfähigkeit des Lernenden sowie die wirkenden Umwelteinflüsse einschätzen

³⁵²

Vgl. Speck 2005, S. 119.

können. Dies setzt jedoch medizinische Kompetenzen voraus³⁵³. Davon ausgehend dass das Nervensystem aufgrund seiner Plastizität einer ständigen Strukturveränderung unterliegt, führt dies in der Folge zur permanenten Änderung des individuellen Verhaltens. Weiterhin impliziert diese Erkenntnis, dass sich sowohl die Umwelt als auch jegliche soziale Interaktion nicht im Sinne einer Projektion innerhalb irgendwelcher Hirnareale vollzieht und somit eine Abbildung der Außenwelt darstellt, sondern die strukturelle Kopplung des Hirns mit der Außenwelt einerseits führt zur Konstruktion der Welt an sich innerhalb des Bewusstseins. Der damit verbundene Begriff der Perturbation, verstanden als positive Störung, beschreibt relativ exakt, dass das Gehirn als Sitz des „Ichs“ und des „Seins“ bestimmt, aufgrund welcher Konfigurationen welche Wirklichkeit im Gehirn abgebildet wird. Lernen ist somit ein autonomer, autopoietischer Prozess, der sich dem Beobachter, so auch dem Lehrenden weitgehend entzieht. Es ist lediglich die strukturierte Interaktion des Beobachteten, so auch des Lernenden, die sich der Erkenntnis des Beobachters präsentiert.

Gerade diese strukturierten Interaktionen werden zu Kriterien zusammengefasst, welche es ermöglichen, zu interpretieren oder zu intervenieren. Dies führt zur Implikation, dass solche Kriterien nur dann umfassend verstanden werden, wenn auch Kriterien von Gesundheit und Krankheit - Symptome - erkannt werden können. Letztendlich stellt der Pädagoge genau wie der Mediziner eine Diagnose. Was liegt also näher, als beide Diagnosen einander zu nähern, um das professionelle Handeln zu verbessern³⁵⁴? Sowohl Lehrende als auch Lernende handeln autonom, reflexiv und intentional, wobei die Autonomie relativ zu sehen ist. Im Gegensatz zum Lernenden, dem zu unterstellen ist, dass dessen Bewusstsein auf einer niedrigeren reflexiv-intentionalen Ebene agiert, dessen Autonomie noch relativ eingeschränkt ist, sollte vom Lehrenden verlangt werden, dass dieser die Aktivitäten von Hirn und Bewusstsein und den resultierenden Störungen, z.B. durch Migräne oder Drogenkonsum, reflektiert und zu intentionalen Handlungen führt³⁵⁵. Erkenntnisgewinn beim Lernenden setzt somit medizinische Kompetenzen beim Lehrenden voraus.

³⁵³ Vgl. Speck 2003, S. 137.

³⁵⁴ Vgl. Speck, O. 2003, S. 137-138.

³⁵⁵ Vgl. Speck, O. 2005, S. 138-141.

5.6.2 Soziobiologische Erkenntnisse zur Pädagogik

Die Tatsache, dass der Mensch als Lebewesen den biologischen Gesetzmäßigkeiten unterliegt, impliziert, dass die biologische Determinante auch das Sozialverhalten bestimmt.

Die Soziobiologie geht davon aus, dass soziales Verhalten immer auch und prinzipiell zuerst biologisches Verhalten ist, welches durch genetische Funktionen begründet wird. Dies trifft somit auch auf die emotiven, kognitiven, konativen und volitionalen Grundbestandteile jeder Kompetenz zu. In einer professionellen pädagogischen Handlung spielen vor allem kognitive und emotive Elemente, als Basis des erzieherisch-fürsorglichen Handelns eine wesentliche Rolle. Dies sind jedoch uns unbewusste biologisch determinierte Verhaltensweisen. Wenn die biologischen Prozessebenen nicht normal funktionieren (krank sind), wird dies Auswirkungen auf die Verhaltensebenen haben. Sowohl Lehrende als auch Lernende werden ihr Verhalten aufgrund biologischer Fehlfunktionen ändern. Implizit kann gefolgert werden, dass *res extensa* und *res cogitans* als Einheit zu betrachten sind. In der pädagogischen Konsequenz ergibt sich das Lernen mit Kopf, Herz und Hand. Die Unkenntnis der wesentlichen Grundaspekte, so auch der biologisch-medizinischen, wird in der Konsequenz zu semiprofessionellen Handlungen führen. Eine weitere Implikation ergibt sich aus der stetig steigenden Medienflut und der zunehmenden Pluralität aller Lebensbereiche, mit zunehmender Divergenz der grundlegenden Normen und Werte. Dies führt zu sozialen und damit biologischen Überforderungen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Pädagogen müssen hier intendiert handeln, um Verhaltensstörungen, Überforderungen und Schädigungen des Organismus abzuwenden.

5.6.3 Evolutionsbiologische Erkenntnisse zur Pädagogik

Auch wenn diverse Studien (zuletzt HBSC, KiGGS) daraufhin weisen, dass sich der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren verbessert hat, muss insgesamt davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Erkrankungen besorgniserregend zugenommen hat³⁵⁶. Vor allem der Anteil umweltbedingter Krankheiten wie Neurodermitis, Asthma bronchiale und Allergien, aber auch Magersucht und Bulimie

³⁵⁶

Vgl. Speck, O. 2005, S. 125.

nehmen stetig zu. Zu ergänzen sind die Folgen von Verkehrsunfällen und sportlicher Fehlbelastung.

Speck stellt in seiner Abhandlung der biotechnischen Machbarkeit des Menschen klar, dass die Vorstellungen von Gesundheit und Unversehrtheit eine Perversion aus Anspruchshaltung und Individualismus des Menschen darstellt und in der Illusion endet, dass die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ausreicht, die Gesundheit zu erhalten. Hilfe ist jedoch keine käuflich erwerbbarer Dienstleistung, sondern basiert auf der sozialen Ebene des aufmerksamen Miteinander, Füreinander und des Ichs. Dies sind auch die elementaren Grundregeln des erzieherischen Auftrags einer Schule³⁵⁷.

In der pädagogischen Literatur finden sich erste zaghafte Veröffentlichungen über neurosozio-evolutionsbiologische Themen, jedoch werden diese eher nicht zur Kenntnis genommen. Der Paradigmenwechsel hin zur Leitwissenschaft Biologie hat allerdings erhebliche Auswirkungen auf das traditionelle pädagogische Verständnis. Stand im Fokus der Pädagogik bisher die Erziehung als soziales Element der intendierten Veränderung von Schülern, weist der evolutionsbiologische (genetisch determinierte) Weg daraufhin, dass Lernende nicht eine Erziehungsumwelt benötigen, sondern ihren genetisch bedingten Verhaltensvariablen entsprechend individueller Lösungen bedürfen. Die Phalanx von Methodik und Didaktik müsste dann einerseits individuell angepasst werden, wenn sie die positive Entwicklung des Lernenden berücksichtigen will, andererseits sind biologische und medizinische Kenntnisse nötig, um die gerade im Schulalter auftretenden Entwicklungsstörungen erkennen, begründen und behandeln zu können³⁵⁸.

Entscheidend ist dabei der Aspekt, dass die Gene als Erbprogramme zwar die Grundlage der menschlichen Entwicklung absichern, dies in der letzten Konsequenz jedoch nur dann erfolgreich funktioniert, wenn genetische Merkmale und Umwelteinflüsse interagieren. Das heißt, dass jeder Lernende nicht nur ein Individuum an sich darstellt, sondern auch einen Phänotypen aus genetischen Merkmalskombinationen, die nicht nur die Physis sondern auch die psychosoziale Komponente des Ichs determinieren. Dieser Phänotyp sucht in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und den sozialen Bedingungen genau die aus, die ihn auf eine akzeptierte Handlungsebene führen, oder er meidet diese. Dieses phänotypische Verhalten steht damit im Dissens zum einheitlichen methodisch-didaktischen Vorgehen und zu den zentralen Vorstellungen der Machbarkeit von Erziehung³⁵⁹. Im Fokus steht im Gegensatz dazu die Frage nach der biologischen

³⁵⁷ Vgl. Speck 2005, S. 126.

³⁵⁸ Vgl. Speck 2005, S. 134-139.

³⁵⁹ Vgl. Speck 2005, S. 139.

Unterstützung und selbstverständlich auch die Frage nach den Konsequenzen bei biologischer Invarianz (siehe 1.4.4, Inklusion). Die Hinwendung zu einer biologischen Betrachtungsweise der Pädagogik geht allerdings auch mit kritischen Argumenten einher. Die primäre Berücksichtigung des Phänotyps des Lernenden führt dazu, dass der soziale Selektionsdruck wächst. Lernende könnten anhand ihres Erbgutes bewertet werden. Leistungsfähige Schüler würden bevorteilt, sozial oder biologisch benachteiligte Schüler würden stigmatisiert. In der Folge verstärkt sich die soziale Diskriminierung, geringere Lernleistungen sind die Folge³⁶⁰. Daneben könnte die Gabe lern- und/oder verhaltensfördernder Pharmaka eine zunehmende Rolle spielen. Auch hier müssten Pädagogen als Lernbegleiter und Anwälte des Educanden profunde Kenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen derselben haben. Ein weiteres Phänomen der sozialen Selektion ergibt sich aus der steigenden Leistungsanforderung. Leistungsstarke Lernende werden begehrte, gut bezahlte Berufe erlernen, benachteiligte Lernende werden in unattraktive Berufe oder die Arbeitslosigkeit abgedrängt³⁶¹.

5.7 Krankheitsmodelle im Überblick

Eine etwas zugespitzte biomedizinische Aussage lautet, gesund ist, wer keine ärztlich festzustellende Krankheit hat, d. h. wenn keine Diagnose feststellbar ist. Bei differenzierter Betrachtung fällt jedoch sehr schnell auf, dass diese Betrachtung die Komplexität der Wirklichkeit erheblich reduziert. Einerseits muss der objektivierte, häufig technisch gestützte ärztliche Befund akzeptiert werden. Andererseits finden sich etliche gesundheitliche Störungen oder auch Befindlichkeiten, die weder symptomatisch, radiologisch noch funktionsdiagnostisch erklärbar sind. Dazu gehören Rückenbeschwerden genauso wie die weit verbreiteten Kopfschmerzen, Erschöpfungserscheinungen u. v. m.³⁶². Neuere medizinische Paradigmen distanzieren sich von der klassischen ärztlichen Analyse. Im Mittelpunkt stehen Wechselwirkungen zwischen psychischen, neurophysiologischen und endokrinologischen Prozessen. Zwischen den Systemen werden zahlreiche Verbindungen und Zusammenhänge angenommen, die durch die soziale und biologische Umwelt determiniert werden³⁶³.

Folgend sollen die wesentlichen Krankheitsmodelle im Überblick dargestellt werden.

³⁶⁰ Vgl. Speck 2005, S. 138.

³⁶¹ Vgl. Speck 2005, S. 133.

³⁶² Vgl. Hülshoff 2005, S.40.

³⁶³ Vgl. Hülshoff 2005, S. 42.

5.7.1 Medizinisches Krankheitsmodell

Die in der Medizin vorherrschende Auffassung postuliert Krankheit als einen regelwidrigen Funktionszustand körperlicher Organe. Ätiologie, Pathogenese, Symptome, Verlauf und Prognose basieren auf naturwissenschaftlich begründeten Abweichungsanalysen. Nur tangierend und teils widerwillig wird zur Kenntnis genommen, dass Krankheit auch von sozialen, psychischen und pädagogischen Aspekten geprägt ist³⁶⁴. Die zugrunde liegende Selbstverständlichkeit ergibt sich aus dem nichtreflexiven Professionsverständnis. Kranke können nur im Medizinsystem adäquat behandelt werden. Keine andere Profession verfügt über die notwendigen Diagnosekriterien und Therapiemittel. Diese Aussage mag richtig sein. Ein Pädiater weiß nach Erhebung der Symptome, diese in einen kausalen Zusammenhang zu bringen, z. B. die Kausalkette: Husten – Auswurf – Fieber – leichtes Unwohlsein. Sodann wird es zur Diagnose der „akuten Bronchitis“ kommen. Eine autonome Entscheidung, die keine andere Profession in Frage stellt. Ob jedoch die mit der autonomen Entscheidung einhergehenden Therapien erfolgreich sein werden, kann in vielen Fällen nicht garantiert werden. Genauso ist nicht in Abrede zu stellen, dass die Gesundung immer auch von anderen, wenn auch unspezifischen Effekten abhängig sein wird. Genau diese unspezifischen Effekte können aufgrund der engen professionstheoretischen Grenzen oftmals nicht erkannt werden. Das Medizinsystem handelt somit immer unter unsicheren Bedingungen und nimmt in Kauf, sich explizit an beobachtbaren, messbaren Kriterien zu orientieren. Somit wird das Nichtwissen über psychologische soziale, ökologische und ökonomische Zusammenhänge unreflektiert hingenommen.³⁶⁵

5.7.2 Evolutionsbiologisches Krankheitsmodell

Auch wenn sich die Evolutionsbiologie als die *conditio sine qua non* etabliert und ihre Ausläufer bereits die Pädagogik infiltrieren, kann dies nicht über eine sehr einseitige Betrachtung von Krankheit hinwegtäuschen. Die menschliche Beschaffenheit, so die Aussage, hat sich über Hunderttausende von Jahren evolutionär entwickelt. Unterschieden werden proximate, unmittelbar genetische Ursachen, die in der Folge zu definierten Krankheiten führen, von ultimativen, evolutionär bedingten Prozessen, in deren

³⁶⁴ Vgl. Hülshoff 2005, S. 42.

³⁶⁵ Vgl. Hülshoff 2005.

Folge sich genetische Defekte vererben können, weil die Lebens- und technischen Bedingungen besser geworden sind³⁶⁶.

Die Frage, warum wir krank werden, beantwortet die Evolutionsbiologie beispielhaft wie folgt. Abwehrmechanismen wie Husten und Schnupfen sind keine krankhaften Symptome, sondern eine vielleicht sinnvolle Möglichkeit, Keime zu bekämpfen. Eine antibiotikagestützte Förderung der körpereigenen Abwehr wird nur vorübergehend zum Erfolg führen, da die pathogenen Keime sich weiterentwickeln und adaptieren. Veränderte Umweltbedingungen führen unter Umständen dazu, dass evolutionär entwickelte körperliche Parameter zunehmend dysfunktional werden (Essen großer Fleischmengen, Süßigkeiten). Überlebenswichtig unter Mangelbedingungen werden die gleichen Gene in der Überflusgesellschaft zur Ursache von Krankheiten. Krankheitspotenziale werden solange weiter vererbt, wie die genetischen Merkmale eine Vermehrung zulassen. Insofern können z.B. Krebsrisiken vererbt werden. Weiterentwicklung ist in der Konsequenz nur durch Kompromisse möglich (Designer-Kompromiss, nach Hülshoff). Die Entwicklung vom Affen über den Hang-Greif-Kletterer zum Menschen basiert u. a. auf den gleichen muskulo-skelettalen Voraussetzungen³⁶⁷. So sind die Fußknochen bis heute in ihrer Anzahl und Struktur gleich. Der aufrechte Gang jedoch fordert eine andere biomechanische Belastung als das Greifen. In der Folge senken sich die Füße mit zunehmendem Menschenalter ab. Es entstehen Senk-Spreiz- oder Plattfüße. Eine weitere Folge sind muskuloskelettale Veränderungen mit funktionellen und strukturellen Auswirkungen auf die gesamte Körperstatik.

5.7.3 Geisteswissenschaftlich determinierte Krankheitsmodelle

Neben den naturwissenschaftlich-pathologisch begründeten Krankheitsmodellen finden sich zunehmend geisteswissenschaftlich determinierte Krankheitsmodelle, die in den letzten Jahren die Medizin infiltrieren und mittlerweile auch zu veränderten Denkansätzen innerhalb des Medizinsystems führen. So finden sich zunehmend medizinische Spezialisierungen (Sozialmedizin, Arbeitsmedizin, Psychosomatik), deren Bezüge zu anderen Professionen deutlich erkennbar sind. Folgende Krankheitsmodelle tangieren dabei die Medizin:

³⁶⁶ Vgl. Hülshoff 2005, S. 43.

³⁶⁷ Vgl. Hülshoff 2005, S. 43.

- Psychosomatisches Krankheitsmodell,
- Salutogenese- und Stress- Coping Modell,
- Biopsychosoziales Krankheitsmodell der ICF,
- Soziologische Krankheitsmodell,
- Risikofaktorenmodell,
- Theologische und philosophische Modelle.

Gemeinsam ist diesen Krankheitsmodellen die psychosoziale Dimension und das resultierende Rollenverhalten des Patienten, welches sowohl mit positivem als auch negativem Krankheitsgewinn einhergeht. Daneben berücksichtigen diese Modelle, dass viele v. a. chronische Krankheiten zu einer Stigmatisierung des Erkrankten führen, da bestimmte Rollenerwartungen nicht mehr erfüllt werden können. In der Folge nehmen Schuldgefühle und Krankheitsrisiken zu. Andererseits kann die Überwindung einer Krankheit besonders im Kindesalter auch zu positiven Auswirkungen auf die biologische und psychische Entwicklung führen. So finden sich in der Literatur gerade bei infektiösen Kinderkrankheiten Aussagen zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der Verbesserung der immunologischen Abwehr.

Im Kontext von Gesundheit und Krankheit wird immer wieder die Frage gestellt, was Gesundheit ist und was Krankheit. Dabei stehen sich verschiedene Krankheitsmodelle paradigmatisch gegenüber. Für den Betroffenen kann dies im Ernstfall dazu führen, dass bestimmte gesundheitliche Störungen oder Krankheiten nicht erkannt werden. Sinnvoller wäre es deshalb - im Gegensatz zur klassisch medizinischen Ansicht -, die Frage zu stellen, welches der Modelle geeignet ist, bestimmte Abweichungen zu erklären und damit zum „ganzheitlich orientierten Heilungsprozess“ beizutragen³⁶⁸. Im Lebensalltag und ganz besonders dem von Schulkindern sind es neben den biologischen und psychischen Gegebenheiten soziale und Umweltfaktoren, die Kinder beeinträchtigen, dazu zählen die zeitlichen und räumlichen Dimensionen von Schule (stellv. Niece), aber auch die Stigmatisierung durch andere Schüler und Lehrer, die eine Teilhabe am alltäglichen Leben einschränken. Aus der Beeinträchtigung kann dann unter ungünstigen Umständen Krankheit oder gar Behinderung entstehen.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. In den Industrieländern zeigen sich seit Jahrzehnten stetig steigende Zahlen asthmakrankter Kinder (HBSC, KiGGS). Die betroffenen Kinder leiden über anfallsweise Atemnot, chronischen Husten, häufig in Abhängigkeit von Pollen, Schimmel und Hausstaub: Probleme, die auch vor und in Schulen nicht Halt machen. Der

³⁶⁸ Vgl. Hülshoff 2005, S. 45-48.

zeitliche und räumliche Kontakt mit diesen Agenzien kann und wird das Asthma verstärken, was zu störenden Hustenattacken führt und unter Umständen zu Hänseleien der Mitschüler. Der resultierende psychische Druck verstärkt die bestehenden Symptome. Das im Einzelfall betroffene Kind kann in den Status asthmaticus fallen, was in der Folge zur tiefen Bewusstlosigkeit und Sauerstoffmangel im Großhirn führt. Soweit keine suffiziente Nothilfe erfolgt, wird das Großhirn innerhalb von weniger als fünf Minuten irreparabel geschädigt, während sauerstoffunempfindliche Gehirnteile (Hirnstamm) noch funktionsfähig bleiben können. In der weiteren Folge verfällt der Betroffene in eine Enthirnungsstarre, das s. g. Apallische Koma. Üblicherweise verbleiben die so Erkrankten für den Rest ihres Lebens in diesem Zustand der vollständigen Behinderung³⁶⁹. Sicherlich ist dies ein durchkonstruiertes Beispiel, aber dennoch denkbar. Fraglich ist, wie diese Situation ohne professionelle Hilfe vor Ort zu beherrschen ist. Sinnvoll wäre, so wie von Speck gefordert, das Assistenzprinzip als paradigmatischer Fortschritt. „(Heil)Pädagogen, Ärzte, Heilerziehungspfleger und andere Berufsgruppen wurden nun zunehmend als professionelle Dienstleister verstanden, die von Menschen mit Behinderung [aber auch Krankheit und sonstigen gesundheitlichen Störungen, A. d. V.] in Anspruch genommen werden konnten“³⁷⁰.

5.8. Soziale und Umweltdimension von Krankheit

Im Folgenden soll die soziale Dimension von Krankheit näher analysiert werden.

Das vorgenannte Beispiel zeigt drei Dimensionen von Krankheit auf. Einerseits finden sich, völlig unübersehbar biologische (zelluläre, genetische, infrastrukturelle) Komponenten. Die Stigmatisierung des Betroffenen führt zu massiver psychischer Deprivation (Angst, Hoffnungslosigkeit, subjektive Sensationen) verbunden mit sozialer Isolation (Verlust an Aktivität und Partizipation). Die Compliance des Betroffenen ist neben den endogenen und exogenen Faktoren von der eigenen Biographie, innerhalb seiner Umwelt sowie den folgenden Heilungs- und Problemlösefähigkeiten abhängig. Es stellt sich die Frage, wie und ob ein solches gesundheitliches Problem in der Schule gelöst werden kann, auch wenn zu unterstellen ist, dass ein nicht unerheblicher Teil von Krankheiten auch ohne jegliche Hilfe bewältigt werden kann. Trotzdem steht jeder Lehrende täglich einer Menge potentiell kranker Schüler gegenüber und dies, bevor ein Arzt intervenieren kann. Das

³⁶⁹ Vgl. Hülshoff 2005, S. 48.

³⁷⁰ Hülshoff 2005, S. 49.

betrifft im Ernstfall beispielsweise Epilepsien, Asthmaanfälle, Kreislaufbeschwerden, offene und geschlossene Wunden. Wesentlich häufiger sind Kopfschmerzen, gynäkologische Beschwerden, Infekte und stressbedingte Symptome. Im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung finden sich zahlreiche Informationen zur Vorbeugung und auch zur Erkennung von Zivilisationskrankheiten. Eine intentionale Einflussnahme auf Betroffene findet jedoch nicht statt. So ist in den Konzepten der Gesundheitsförderung der Umgang mit asthmakranken Kindern nicht vorgesehen. Nicht einmal die korrekte medizinische Hilfe bei Nasenbluten kann bei Lehrenden und auch Mitschülern vorausgesetzt werden. Das die Nutzung von Taschentüchern wohl ein Ausdruck adäquaten Benehmens, aber bei Sinusitis kontraproduktiv ist, dürfte ebenso unbekannt sein. Schüler mit dieser sehr häufig auftretenden Krankheit werden eher diszipliniert³⁷¹. Die Aufgabe der Humanmedizin ist und bleibt es, Krankheiten zu diagnostizieren und therapeutisch zu intervenieren entweder, um zu heilen, zu lindern oder zu erhalten. In der Schule wie auch jeder anderen Organisation geht es jedoch um Mobilisation von Handeln, Fähigkeiten und Wissen und dies in der täglichen Auseinandersetzung mit Menschen, die mehr oder weniger krank sind. Folglich ist zu unterstellen, dass diese Auseinandersetzung für den Betroffenen in Abhängigkeit der vorhanden biopsychosozialen Selbsthilfekräfte irgendwann die Adaptationsfähigkeit überschreitet. In diesen Situationen ist die Frage zu stellen, über welche Kompetenzen ein Lehrender verfügen muss, um adäquat interpretieren, interagieren oder ggf. intervenieren zu können³⁷². Im Kapitel Kompetenzen wurden die Klassifikation von Kompetenzen in Kompetenztypen, Kompetenzklassen usw. ausführlich analysiert. Es sind zunächst und allgemein die Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz, die hier zugrunde zu legen ist. Fachkompetenz beinhaltet das instrumentelle medizinische Basiswissen. Selbstkompetenz stellt die eigene Persönlichkeit des Lehrenden im Sinne der Verantwortlichkeit und des bewussten Bewältigens einer unvorhersehbaren Situation in den Fokus. Sozialkompetenz beinhaltet die ethisch-moralische Verpflichtung zum Helfen, aber auch die Wahrnehmung der Führungs- und Helferrolle sowie die Notwendigkeit, intervenieren zu können³⁷³. Dabei sind die für die Kompetenzdiskussion handlungsleitenden Aspekte aus Gesellschaftsbezug, organisationalem Handeln und Berücksichtigung von Individualität des Schülers auch in der biopsychosozialen Diskussion anwendbar. Auf der individuellen Ebene können Lehrende mit medizinischen Kompetenzen einem Schüler in einer gesundheitlich gestörten Situation assistiv zur Seite stehen. Dies kann die Einschätzung eines akuten

³⁷¹ Vgl. Hülshoff 2005, S. 56.

³⁷² Vgl. Hülshoff 2005, S. 56-62.

³⁷³ Vgl. Hülshoff 2005, S. 61.

Krankheitszustandes genauso betreffen, wie die Begleitung eines Rekonvaleszenten, Behinderten oder chronisch kranken Schülers.

Auf der Ebene der Organisation gehört es bereits jetzt zu den Aufgaben des Lehrenden, jedem Schüler die Partizipation am Schulalltag zu ermöglichen, ihn zu aktivieren und zu integrieren. Im Fokus medizinischen Wissens, wird es sowohl für Lehrende und im Besonderen für den betroffenen Schüler möglich, die Integration in den Schulalltag zu ermöglichen. Auf der Gesellschaftsebene können Lehrende ihrer Multiplikatorfunktion gerecht werden und Aufklärung über sich ändernde gesundheitliche Risiken, Umweltbedingungen sowie biopsychosoziale Aspekte und daraus resultierende Relevanzen für Schüler betreiben. Dass dies bereits praktiziert wird, zeigt das Projekt der Universität Heidelberg.³⁷⁴ Unter dem Motto „Medizinische Kompetenz für Pädagogen, pädagogische Kompetenz für Mediziner“ werden in einem bisher einzigartigen EU-Projekt Schüler über Hautkrankheiten, vor allem Akne vulgaris, aufgeklärt.³⁷⁵

5.8.1 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

Im Salutogenese-Modell wird eine entwicklungsfähige Rahmentheorie gesehen, die neue Disziplinen der Medizin und der Gesundheitswissenschaft entscheidend mitgeprägt hat. Locher (Locher 2000) führt dazu aus, dass der wesentliche Fortschritt in der durch Antonovsky veränderten medizinischen Forschungsperspektive besteht.³⁷⁶ Antonovsky kehrt die Frage nach der Krankheitsentstehung (Pathogenese) um, indem er nicht wie die Medizin Ursachen erforscht, sondern nach der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit fragt. In diesem Zusammenhang führte Antonovsky den Begriff der "Salutogenese" ein. Salutogenese setzt sich aus dem lateinischen Begriff "Salus" (Unverletztheit, Heil, Glück) und dem griechischen Begriff "Genese" (Entstehung) zusammen. Unter "Gesundheit" versteht Antonovsky eine dynamische Interaktion zwischen belastenden und entlastenden Faktoren. Die Ausprägung des Gesundheitszustandes eines Individuums resultiert demnach aus dem Wechselverhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren.³⁷⁷ Damit eignet sich das Modell, um komplexe Zusammenhänge von Einflussfaktoren einer Krankheitsgefährdung und Möglichkeiten der Interpretation, Interaktion und Intervention im Kontext der Schule systemtheoretisch darzustellen.

³⁷⁴ Vgl. o. V., Online im WWW unter URL: <http://paedimed.org> [Stand: 17.07.2010]

³⁷⁵ Vgl. Hülshoff 2005, S. 62.

³⁷⁶ Vgl. Locher 2000, S. 97, Online im WWW unter URL: <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2001/1769/pdf/blocher1.pdf>. [Stand 2008].

³⁷⁷ Vgl. Locher 2000, S. 97.

Das salutogenetische Modell hat seinen Eingang in die Diskussion um Gesundheit und Krankheit hauptsächlich als Stressmodell gefunden. Dies wird dem ganzheitlichen Ansatz dieses Modells jedoch nicht gerecht. Das salutogenetische Paradigma betrachtet nicht allein die biologisch-medizinische Ebene sondern gewichtet salutogene und psychosoziale Belastungen als Kofaktoren von Krankheit und Gesundheit. Insofern findet sich Stress sehr häufig als Auslöser von Krankheit und wird mit dem Modell der Salutogenese assoziiert. Es finden sich jedoch gesicherte Hinweise darauf, dass die Entwicklungen parallel verlaufen³⁷⁸.

Höge (Höge 2002) führt weiterhin aus, dass Antonovsky's salutogenetische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit auf die dichotome pathogenetisch-medizinische Sichtweise verzichtet.³⁷⁹ Vielmehr wird angenommen, dass die physischen und psychischen Veränderungen eines zunächst Gesunden dazu führen, diesen an einer spezifischen Stelle innerhalb eines Krankheits-Gesundheitskontinuums zu lokalisieren. Dabei besteht eine Abhängigkeit des Individuums von den zeitlichen, personalen und sozialen Ressourcen. Dies lässt im Einzelfall eine Lokalisation in der Nähe von Krankheit oder auch Gesundheit zu.³⁸⁰

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen.

Jedes Jahr im Herbst beginnt die s. g. Grippesaison, die neben der echten Influenza im Regelfall mit banalen grippalen Infekten einhergeht. Der Kontagiositätsindex liegt bei ca. 75%. Die Inzidenz zu erkranken liegt dagegen deutlich niedriger, bei ca. 40%. Bezogen auf eine Schulklasse heißt dies, dass etwa die Hälfte aller mit dem Virus infizierten Schüler erkranken, der Rest nicht. Selbst unter den Erkrankten gibt es dann noch erhebliche Unterschiede in der Bewältigung des Krankheitsgeschehens. Einige Schüler zeigen wenige Symptome, andere werden das Bett hüten. Krankheit und Gesundheit sind somit höchst individuell und von deutlich mehr Faktoren abhängig als nachweisbaren Symptomen. Dies kann, auf die Quantität der Gesamtschülerzahl bezogen, kein ärztliches System analysieren. Hier geht es um die Kenntnis der Verortung des oder der Betroffenen. Die Analyse der Verortung, hin zur Krankheit oder zur Gesundheit mit allen in einer Schule anfallenden Kofaktoren ist die Aufgabe eines Lehrers.

³⁷⁸ Vgl. Höge 2001, S. 26, Online im WWW unter URL: http://www.deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=964586185&dok_var=d1&dok_ex=pdf&filename=964586185.pdf. [Stand 16.06.2009].

³⁷⁹ Vgl. Höge 2001, S. 26.

³⁸⁰ Vgl. Höge 2001, S. 26-27.

Höge führt weiterhin aus, dass das salutogenetische Modell jedoch noch einen Schritt weiter geht und aufzeigt, welche Kofaktoren direkt auf die Stärkung der Gesundheit Einfluss nehmen und nicht nur substituierend wirken.³⁸¹ Aufgrund der untersuchten Parallelitäten zwischen körperlichen und psychischen Stressoren postulierte Antonovsky, dass es in der klassisch-medizinischen Begründung von Krankheit und Gesundheit Kontingenzen gibt. Die Invarianzen zwischen Struktur und Funktion auf der einen und des Stressors auf der anderen Seite führen nicht per se zur Krankheit. Das heißt, die Verortung innerhalb des Gesundheits-Krankheitskontinuums ist von individuellen Ressourcen, sozialen Netzen, Überzeugungen, aber auch materieller Sicherheit abhängig. Antonovsky formulierte, nach Ausführung von Höge, hierzu das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen (general resistance resources GRR).³⁸²

Dies führt zu der Frage, welche gesundheitsfördernden Ressourcen die generalisierten Widerstandsressourcen bündeln. Dazu entwickelte Antonovsky das Konzept des Kohärenzsinn (Sense of Coherence SOC)³⁸³. Antonovsky definiert Kohärenzsinn wie folgt:

“...a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring thought dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one’s internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement” (Antonovsky 1987, p. 19, in: Höge 2001, S. 28.).

Somit kann formuliert werden, dass die generalisierten Widerstandsressourcen durch drei Determinanten bestimmt werden:

- Verstehbarkeit, als die Fähigkeit strukturiert, perspektivisch und kognitiv zu Handeln,
- Handhabbarkeit, als die Fähigkeit aufgrund des vorhandenen Verständnisses eine realistische Einschätzung hinsichtlich der Bewältigung einer Krankheit treffen zu können,
- Bedeutsamkeit, als die Fähigkeit zur Investition in die Krankheitsbewältigung bzw. als Beschreibung Problemlösungsfähigkeit.

Höge führt dazu aus, dass zunächst die kognitive Komponente angesprochen wird. Individuen die in der Lage sind, Informationen definiert bzw. strukturiert aufzunehmen

³⁸¹ Vgl. Höge 2001.

³⁸² Vgl. Höge 2001.

³⁸³ Vgl. Höge 2001, S. 27.

und zu verarbeiten, verfügen über eine ausgeprägte Verstehbarkeit endogener oder exogener Einflüsse und können ihre generalisierten Widerstandsressourcen einerseits bündeln und anwenden, andererseits auch zukünftige Ereignisse in gewissen Grenzen voraussagen.³⁸⁴

Hier finden sich klare Bezüge zur Lehrer-Schülerbeziehung. Während dem Schüler zu unterstellen ist, dass dieser noch nicht in der Lage ist, eine hohe Verstehbarkeitskomponente vorzuhalten, kann dies von einem Lehrer in einer professionellen Anleitungssituation verlangt werden.

Zur Handhabbarkeit finden sich bei Höge folgende Ausführungen.

Handhabbarkeit kann auch mit dem zu erwartenden Umgang in einer medizinisch relevanten Situation übersetzt werden. Von Individuen mit hoher Handhabbarkeit ist daher zu erwarten, dass diese nicht Zweckoptimismus sondern Wahrscheinlichkeit in der Prognose einer Krankheit zugrunde legen. Grundlage der Handhabbarkeit ist daher die realistische Einschätzung zwischen verfügbaren Ressourcen und zu bewältigenden Anforderungen.³⁸⁵ Unter Bezug auf Bandura´s Theorie der Selbstwirksamkeit³⁸⁶ können diese Ressourcen auch durch Bezugspersonen kontrolliert, stabilisiert und verstärkt werden. Das können Familienangehörige, Partner oder auch professionelle Pädagogen sein.³⁸⁷ Die Kontrolle über die Ressourcen der Educanden kann daher insbesondere in Bildungseinrichtungen durch legitimierte und spezialisierte professionelle Pädagogen ausgeübt werden.

Im Gegensatz zu den kognitiven und volitionalen Komponenten ist die Bedeutsamkeit eine emotional-motivationale Komponente. Höge beschreibt dies als Sinnhaftigkeit des Lebens in einer (medizinisch, A. d. V.) relevanten Situation.³⁸⁸ Eine ausgeprägte Bedeutsamkeitskomponente sichert somit auch die Problemlösefähigkeit. Höge führt dazu aus, dass auch extrem kritische Lebensereignisse als Herausforderung betrachtet werden können.³⁸⁹

Für Bildungseinrichtungen, v. a. Schulen bedeutet dies einerseits professionelle Pädagogen zu finden die über solche Komponenten verfügen bzw. wäre es sinnhaft diese Komponenten nachhaltig zu stärken, andererseits wäre es wichtig diese besonderen

³⁸⁴ Vgl. Höge 2001, S. 28.

³⁸⁵ Vgl. Höge 2001, S. 28.

³⁸⁶ Vgl. Bandura 1997.

³⁸⁷ Vgl. Höge 2001, S. 28.

³⁸⁸ Vgl. Höge 2001, S. 29.

³⁸⁹ Vgl. Höge 2001, S. 29.

Stärken eines Schülers zu erkennen und zu fördern. Dies kann zweifelsfrei nicht Aufgabe eines Arztes oder sonstigen Mediziners sein. Dies ist innerhalb der Schule Aufgabe eines Lehrenden.

Davon ausgehend dass Educanden kein stabiles SOC besitzen, kann gefolgert werden, dass es kultureller Rahmenbedingungen bedarf, die kognitiven, emotiven und sozialen Elemente intendiert zu begleiten. Schule als Lebenswelt bietet einen solchen kulturellen Rahmen, der durchaus geeignet ist, die Ressourcen des Lernenden so zu fördern, dass in der Konsequenz eine höhere Selbstwirksamkeit entsteht. Antonovsky spricht in diesem Zusammenhang von „generalisierten Widerstandsquellen“³⁹⁰. Diese Quellen oder Ressourcen zu entwickeln, führt einerseits zu einem lebenslangen Lernprozess, andererseits können solche Ressourcen in spezifischen oder auch kritischen Situationen adäquat eingesetzt werden und können somit als Grundlagen medizinischer Kompetenz betrachtet werden. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass eine starke Ausprägung dieser Ressourcen eine höhere Wirksamkeit in der Auseinandersetzung mit Krankheit zulässt³⁹¹. Lehrende können als Bezugspersonen innerhalb des sozialen Netzes Schule diese generalisierten Widerstandsressourcen fördern. Dazu gehört die Förderung von:³⁹²

- Kognitiven Ressourcen wie Intelligenz, Ich-Identität, Selbstwertgefühl
- Emotionale Ressourcen wie Hoffnung, Angst, Aufregung
- Sozialen Ressourcen wie Unterstützung der Aktivitäten, Einbindung, Partizipation im Schulalltag, aber auch professionelle Hilfe und Beratung
- Körperlichen Ressourcen, durch Sport und Vermittlung eines positiven Körpergefühls.

Die dazu notwendigen Bewertungsstrategien sind bei Lernenden nicht in dem Maße ausgeprägt, wie sie von Erwachsenen erwartet werden können. Lehrende sind hier gefordert, dies für den Lernenden zumindest anteilig zu übernehmen.

Unter Bagatellbedingungen wird die Selbstbewertung des Betroffenen ausreichen, sich mit der Krankheit auseinander zu setzen. Wird die Bagatellebene jedoch überschritten, können die endogenen oder exogenen Anforderungen nicht mehr kompensiert werden. Das relative Gleichgewicht zwischen Gesundheit und Krankheit wird zugunsten der

³⁹⁰ Vgl. Locher.S. 104.

³⁹¹ Vgl. Locher. S. 104.

³⁹² Vgl. Locher. S. 104.

Krankheit soweit verschoben, dass es „nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“³⁹³.

Das salutogenetische Modell erfährt seine breite Akzeptanz derzeit hauptsächlich in den Gesundheitswissenschaften und deren risikoorientiertem Präventionsansatz. Im Gegensatz dazu ist jedoch festzustellen, dass die Wirksamkeit dieses Modells vom Einsatz protektiver und intervenierender Faktoren abhängig ist. Dies ist nicht die Domäne der Gesundheitswissenschaften, sondern die Schnittstelle zur Medizin. Bereits der Mehrperspektivenansatz aus primärer, sekundärer und tertiärer Prävention zeigt die Probleme sehr deutlich auf. Zunächst basieren die Annahmen der Gesundheitswissenschaft auf der Verkündung zukünftiger Ereignisse, deren Potenz tatsächlich zur Krankheit führen kann. Die Ableitung auf das konkrete aktuelle Handeln basiert jedoch auf allgemeinen, unspezifischen und motivational begründeten Handlungsaufforderungen in der Gegenwart. Ein weiteres Phänomen, welches sowohl die Gesundheitswissenschaft als auch die Medizin tangiert, beruht auf statistischen Annahmen. Die Evaluation historischer Ereignisse wird auf die Gegenwart übertragen und die scheinbaren Risikogruppen unter Generalverdacht gestellt. Aussagen zum Einzelfall sind, im Gegensatz zur Handlungslogik der Medizin, nicht möglich. Die Effizienz der Gesundheitswissenschaft kann somit in Frage gestellt werden.

Zudem scheint der salutogenetische Ansatz den Gesundheitswissenschaften als eigenständige Disziplin gegenüber den medizinischen Fakultäten erst Sinn und Identität zu geben. Sicherlich kommt deren präventiver Ansatz den Visionen der Ottawa Charta am nächsten, eine Untersuchung der empirischen Basis zeigt jedoch auf, dass hier keine gesamtgesellschaftliche Entwicklung abgeleitet werden kann³⁹⁴. Die Beschäftigung mit verschiedenen Domänen der Gesundheit erinnert eher an Hilferufe, dass Nichtstun zu beenden, vergleichbar einer Aufklärungsbroschüre in einer Arztpraxis, bzw. als Kommunikationsmittel, den Werdegang von Krankheit plausibel zu begründen. Echte Alternativen hat die Gesundheitswissenschaft somit nicht zu bieten³⁹⁵. Zu verweisen ist auch auf die Tatsache, dass die Medizin ebenfalls über präventive Ansätze verfügt. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der Einsatzbreite. Hinsichtlich der Wirksamkeit dürften letztere deutlich effizienter sein. Beispielsweise ist die Schutzimpfung deutlich effizienter als die Aufklärung, sich in der nasskalten Jahreszeit entsprechend zu kleiden³⁹⁶.

³⁹³ Vgl. Locher.S. 109.

³⁹⁴ Vgl. Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 63 ff.

³⁹⁵ Vgl. Fuchs 1992.

³⁹⁶ Vgl. Vogd 2002, S.294-315.

5.8.2 von Uexküll zur Grundlage ärztlichen Denkens und Handelns

Eine sich von der Salutogenese Antonovsky's abgrenzende Theorie setzt sich kritisch mit der technokratisch orientierten und den Menschen auf die bloße Biologie reduzierenden Medizin auseinander. Thure von Uexküll entwickelte in Fortführung der Theorien seines Vaters, Jakob von Uexküll, gemeinsam mit Wolfgang Wesiak eine Theorie der Humanmedizin unter Einbeziehung der Psyche und kommt in der Konsequenz zur Begründung der psychosomatischen Medizin oder auch psycho-physischen Integrität³⁹⁷. Folgend sollen die theoretischen Überlegungen Thure von Uexküll's erläutert und auf die medizinische Kompetenz von Lehrenden bezogen werden.

Fischer (Fischer 2009) führt aus, dass Lebewesen im Allgemeinen, Menschen im Speziellen autopoietische Systeme sind, da sie grundsätzlich in der Lage sind, sich selbst aktiv zu reproduzieren. Dies ist der essentielle Gegensatz zur Natur reaktiver Systeme. Aktiv reproduzierende Systeme sind dabei nicht auf den Körper zu begrenzen, sondern existieren durch Aktivität und Partizipation innerhalb einer Lebensumwelt.³⁹⁸

Uexkülls Theorie, so Fischer, basiert auf der Annahme, dass sich das Subjekt interpretativ mit dieser Lebensumwelt auseinandersetzt, wobei Rezeption und Determination als Grundlagen der Erkennung von Bedeutungszusammenhängen gelten. Die Kombination interpretierter Bedeutungsmerkmale wird demnach als Problemerkennung begriffen, die Handlung oder Determination als Prozess der Problemlösung oder auch Bedeutungsverwertung³⁹⁹.

Dieses Modell ist insofern bedeutsam, da es die allein auf biologische Merkmale begrenzten Annahmen der Medizin um die Tatsache erweitert, dass ein Subjekt nicht auf Soll/Ist-Werte oder hierarchische Strukturen zu begrenzen ist. Umwelt wird demnach nicht nur assimiliert, sondern konstruiert. Subjekt und Umwelt befinden sich in einer komplementären Interaktion. Uexküll folgerte daraus die unzertrennliche Einheit von Subjekt und dessen Umgebung. Die endogene Aktivität des Subjekts und die Aktivität der Umwelt beeinflussen sich in einem andauernden Regulationsprozess gegenseitig⁴⁰⁰.

³⁹⁷ Vgl. Fischer 2009, S. 6, Online im WWW unter URL: http://www.edoc.ub.uni-muenchen.de/10695/1/Fischer_katrin.pdf. [Stand 27.10.2010].

³⁹⁸ Vgl. Fischer 2009, S. 9., Online im WWW unter URL: http://www.edoc.ub-muenchen.de/10695/1/Vgl._Fischer_Katrin.pdf. [Stand 27.10.2010].

³⁹⁹ Vgl. Fischer 2009, S. 9-10.

⁴⁰⁰ Vgl. Fischer 2009, S. 9-11.

Dies impliziert für die Medizin, dass diese als Umweltdeterminante nur dann erfolgreich intervenieren kann, wenn sie das Subjekt in seiner Gesamtheit erfassen kann. Der klassisch biomedizinische Ansatz lässt dies nur für biologische Merkmale des Subjektes zu. Der umfassende Zugang zum Subjekt ist jedoch nur dann möglich, wenn alle, insbesondere die psychologisch-sozialen Merkmale, medizinisch bewertet werden. Dies ist in der Konsequenz ärztlich nicht abschließend möglich. Im Gegensatz zur Offensichtlichkeit von motorischen, sensiblen oder vegetativen Störungen, bleiben psychologisch-soziale Störungen vor allem in der Kürze der medizinischen Beobachtung und Konsultation im Bereich der Spekulation⁴⁰¹.

Spekulativ ist auch die Annahme, Mediziner könnten das Verhalten eines kranken Subjektes neutral und unabhängig von der eigenen Perspektive analysieren. Dies ist ein grundsätzlicher Irrtum, da sich Rezeption und Determination der Umwelt subjektabhängig unterscheiden. In der Psychologie wird dies als subjektive Theoriebildung bezeichnet. Die komplementäre Interaktion von krankem Subjekt und Umwelt kann daher nicht von der Erkenntnis des Arztes isoliert werden. Der Mediziner wird Teil der Subjektinteraktion, die somit vom Subjekt Arzt rezipiert und determiniert wird. In der Folge werden die Interpretation einer Krankheit und die resultierende Intervention ebenfalls subjektiv gelenkt sein⁴⁰².

Fischer führt weiterhin aus, dass es einem Beobachter nicht möglich ist, das Innenleben eines Individuums vollständig zu erkennen. Selbst die Frage nach dem Gegenstand der Untersuchung, so auch der medizinischen Untersuchung, kann hinsichtlich der Zeit nicht beantwortet werden. In der Konsequenz ist die Erkenntnis in einer Situation von der Perspektive des Beobachters abhängig. Soweit das ein Arzt ist, wird sich dessen Perspektive nur im Rahmen der Sprechstunde, Konsiliartätigkeit oder Notfallversorgung, ergeben.⁴⁰³

Für den Arzt bedeutet dies, sich von der scheinbar neutralen Perspektive zu verabschieden und die eigene Abhängigkeit im medizinischen Interventionsprozess einzugestehen. Dies lässt ebenfalls die Implikation zu, dass es dem Arzt nicht möglich sein wird, alle Beobachtungen selbst durchführen zu können, und dass es in der Folge mit dem notwendigen Wissen geschulte Helfer geben sollte, die den Arzt - vor allem bei dessen Nichtanwesenheit - unterstützen oder vertreten können⁴⁰⁴.

⁴⁰¹ Vgl. Fischer 2009, S. 9-11.

⁴⁰² Vgl. Fischer 2009, S. 35.

⁴⁰³ Vgl. Fischer 2009, S. 36.

⁴⁰⁴ Vgl. Fischer 2009, S. 36 f.

Da es nicht möglich ist, einem beobachteten Subjekt, z. B. dem erkrankten Schüler in einer Lernsituation, die eigene Problemerkfassung als objektive Erkenntnis zu unterstellen, muss in diesem Fall der Lehrende nicht nur den methodischen Gang des Unterrichts analysieren, er benötigt medizinisches Fachwissen, um die inneren und äußeren Beeinträchtigungen des Lernenden rekonstruieren zu können.

Auch wenn von Uexküll in seiner Theorie der Humanmedizin die biomedizinische nur um die Dimension der Psyche erweitert, kann doch unterstellt werden, dass, wie an anderer Stelle gezeigt werden konnte, auch die soziale Dimension mit zu berücksichtigen ist.

Dies ist notwendig, um sich selbst als auch andere vor Fehlannahmen zu schützen. Die Erkennung von Krankheiten kann somit in der Konsequenz nur dann vollständig sein, wenn neben der biomedizinischen auch die psychische und die soziale Dimension eines Erkrankten berücksichtigt und damit das Subjekt in seiner ganzen Wirklichkeit erkennbar wird⁴⁰⁵.

Es kann weiterhin gefolgert werden, dass die genetischen Grundprogramme, eine adäquate Auseinandersetzung mit der Umwelt ermöglichen, letztere jedoch die Varianz der genetisch determinierten Prozesse beeinflusst. Konstitutive, dispositive und adaptive Merkmale prägen daher das äußere Erscheinungsbild im Gesundheits-Krankheitskontinuum, welches in seiner Gesamtheit als lernendes System begriffen werden kann. Andererseits kann die nichtadäquate Auseinandersetzung zwischen biologischem Substrat und Umwelt als gescheiterten, mit abnormen biopsychosozialen Reaktionen einhergehenden Problemlösungsversuch begriffen werden.

Fischer führt weiter aus, dass dies eine Basis ist, neue Programme zu entwickeln und Problemlösungsprozesse zu initiieren⁴⁰⁶. Dieser Prozess kann in seiner Gesamtheit, bis auf wenige, meist sehr ernst zu nehmende Krankheitsverläufe, weder durch die Medizin eingeschätzt noch begleitet werden. In diesen Prozess der Gesamteinschätzung, bzw. Gesamtbeobachtung sollten genau die Menschen eingebunden werden, die in der Verantwortung im Umgang mit Menschen stehen. Dies trifft für Lehrende und Lernende in vollem Umfang zu. Vor allem vor dem Hintergrund der eingeschränkten Handlungsfähigkeit von Schülern ist auch zu unterstellen, dass diese zwar Gesundheit und Krankheit voneinander unterscheiden können, jedoch über keine professionellen Handlungsstrategien verfügen, die resultierenden Probleme selbst lösen zu können.

⁴⁰⁵ Vgl. Fischer 2009, S. 36 f.

⁴⁰⁶ Vgl. Fischer 2009, S. 39.

Weiterhin spricht Uexküll nach Beschreibung durch Fischer von einer zweiten „psychosozialen“ Haut, welche die Beziehung zwischen Subjekten oder Subjekt und Objekt hinsichtlich möglicher Einwirkungen schützt.⁴⁰⁷ Diese „psychosoziale“ Haut ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Erhaltung und Entwicklung des Subjekts und für dessen Wohlbefinden. Diese „zweite Haut“ entzieht sich weitgehend der Beobachtung durch die Medizin. Wesentliche Gründe dafür sind in der biomedizinischen kurzen Kontaktzeit zwischen Arzt und Patient und der Tatsache zu sehen, dass die Hauptbezugspersonen neben der Familie und den sozialen Netzen hauptsächlich Mitschüler und Lehrer sind. Sofern also dem erkrankten Subjekt kein geeignetes Programm zur Bewältigung einer Schädigung, Beeinträchtigung oder sonstigen Hinderung zur Verfügung steht, wird dessen „zweite Haut“ beschädigt.

Dies ist ein Zustand, den wohl jeder Lehrende kennt und häufig mit der synonymen Frage nach der „Laus, die über die Leber gelaufen ist“ hinterfragt. Krankheit beschränkt sich in diesem Sinne nicht nur auf die Ausbildung allgemeiner und spezieller Symptome, sondern stellt einen Dissens zur relevanten Lebensumwelt dar. Krankheitssymptome sind dann nicht mehr nur der Grund für „merkwürdiges“ Verhalten sondern die Folge eines oder mehrerer missglückter Kompensationsversuche⁴⁰⁸.

Es stellt sich somit die Frage nach dem Primat der Erkenntnis. Die ersten Erkenntnisse über das Gesundheits-Krankheitskontinuum eines Lernenden sind sicherlich in der eigenen Familie zu finden, dann ist es in der Regel die Schule, sind es die Lehrenden in der konkreten Situation; und im Regelfall vor dem Arzt. Folglich muss wiederholt die Forderung gestellt werden, dass Lehrende über medizinische Kompetenzen verfügen sollten.

5.8.3 Selbstwirksamkeitserwartung und Umgang mit Krankheit

Sowohl Antonovsky als auch von Uexküll nehmen in ihren Theorien Bezug auf die Notwendigkeit erfolgreichen Verhaltens eines Subjektes zur Bewältigung einer Krankheit. Grundlage des erfolgreichen Verhaltens ist einerseits die Tatsache, eine Krankheit real einschätzen zu können. Andererseits ist erfolgreiches Verhalten von der Einschätzung des eigenen Vermögens abhängig. Nach Erläuterung durch Schnoor (Schnoor 2005) determinieren diese beiden Variablen die Selbstwirksamkeitstheorie von Albert Bandura

⁴⁰⁷ Vgl. Fischer 2009, S. 49- 58.

⁴⁰⁸ Vgl. Fischer 2009, S. 57.

(1977).⁴⁰⁹ Als zentraler Teil seiner sozial- kognitiven Theorie findet sie Beachtung in der Gesundheitsforschung und der Medizin. Schnoor geht davon aus, dass menschliches Handeln vor allem von Erwartungen geleitet wird. Unabhängig voneinander differenziert er zwei grundsätzliche Erwartungen:

- Konsequenzerwartung als Voraussetzung, ein erwartetes Handlungsergebnis einschätzen zu können.
- Selbstwirksamkeitserwartung als die eigene Fähigkeit, ein erforderliches Verhalten auszuführen zu können⁴¹⁰.

Bandura geht nach Erläuterung durch Schnoor weiterhin davon aus, dass die Effektivität der (Krankheitsbewältigung) Problembewältigung dann besonders hoch ist, wenn beide Voraussetzungen gegeben sind. Dabei ist es unerheblich, ob das Subjekt über das notwendige Wissen des Problems verfügt. Wichtig ist die Erfahrung der Wirksamkeit des eigenen Verhaltens. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist dabei nicht ausschließlich von eigenen Soll-Ist-Vergleichen abhängig. Es genügt durchaus, Überzeugungen anderer Personen anzunehmen. Folgend sollen die Erfahrungen mit der höchsten subjektiven Gewissheit kurz skizziert werden. Anschließend werden Analogien zur medizinischen Kompetenz von Lehrenden abgeleitet⁴¹¹.

Authentische Erfahrungen sind nach Bandura die am höchsten zu bewertenden Erfahrungen, da diese damit einhergehen, dass bestimmte Anforderungssituationen gemeistert werden. Das Subjekt erhält nicht nur Informationen über die erforderliche Kompetenz sondern auch über die Konsequenz. Dies führt zur Abschätzung von eigenen Fähigkeiten und Nicht-Fähigkeiten. Bei der Beurteilung der eigenen Selbstwirksamkeit werden zusätzlich die Schwierigkeiten, das Ausmaß der Anstrengung, das Ausmaß der externen Hilfen sowie situative Umstände berücksichtigt⁴¹².

Für Lernende in der Schule wird diese Erfahrung sicherlich zum täglichen Erleben gehören. Vor allem Bagatellerkrankungen sind geeignet, eigene Fähigkeiten zu entwickeln bzw. Selbstwirksamkeitskompetenz zu erwerben. Die Begleitung dieser Bagatellen durch einen Lehrenden ist sicherlich gerechtfertigt, medizinische Sensitivität jedoch nicht notwendig.

⁴⁰⁹ Vgl. Schnoor 2005, S. 9, Online im WWW unter URL: http://www.ges_y_72.pdf. [Stand 17.08.2010].

⁴¹⁰ Vgl. Schnoor 2005, S. 9-10.

⁴¹¹ Vgl. Schnoor 2005, S. 10.

⁴¹² Vgl. Schnoor 2005, S. 10.

Indirekte Erfahrungen sind dagegen vom erfolgreichen Verhalten einer Modellperson abhängig. In Fokus steht die Authentizität, ein ähnliches Problem erfolgreich verarbeitet zu haben. Das erfolgreiche Verhalten von Modellpersonen dient somit dem sozialen Vergleich, die Schlussfolgerungen werden auf das betroffene Subjekt selbst bezogen⁴¹³.

Innerhalb des Schulalltags finden sich solche Situation im direkten Vergleich mit anderen Schülern oder Lehrenden. Berichte über ähnlich durchlebte Situationen, wie z.B. leichte Unfälle, Treppenstürze, aber auch die typischen Allergien oder die Menstruationsprobleme heranwachsender Mädchen prägen indirekte Erfahrungen. Wenn Lehrende in solchen Situation Vorbild sein wollen oder sollen, ist der eigene Erfahrungsschatz sicherlich wichtig, birgt jedoch auch eigene Fehler in der Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit. Fundiertes medizinisches Wissen wäre hier die Grundlage, authentisch wirksam zu werden.

Symbolische Erfahrungen resultieren aus Überzeugungen. Wenn es einer anderen Person gelingt, das betroffene Subjekt zu beeinflussen, kann dies zum erfolgreichen Verhalten führen. Dabei ist der Grad der Beeinflussung wiederum von der Authentizität der überzeugenden Person abhängig.⁴¹⁴

Im Schulalltag finden sich immer auch Schnittmengen kranker und gesunder Lernender. Die fürsorgliche Begleitung durch Lehrende aber auch der kritische Blick auf vermeintliche Symptome wird für die Lernenden zu einer deutlichen Verbesserung des erfolgreichen Verhaltens führen. Die Voraussetzung dafür ist eine authentische Handlung des Lehrenden. Hier genügt es jedoch nicht mehr, eigenes Erfahrungswissen mit medizinischem Wissen zu kombinieren. Fehler in der Einschätzung einer Notfallsituation oder auch einer chronischen, sich verschlechternden Krankheit könnten schwerwiegende Folgen haben. Authentizität in der Begleitung und Fürsorge erkrankter oder auch verunfallter Lernender fordert von einem Lehrenden medizinische Sensitivität. Dies umso mehr, da einem Lernenden sicherlich unterstellt werden darf, dass dessen Selbstwirksamkeitskompetenz sich erst in der Entwicklung befindet und in diesem Sinne besonders kompetent begleitet und unterstützt werden sollte. Selbstverständlich lässt sich dieser exemplarische Exkurs auch auf weitere professionelle pädagogische Handlungssituationen anwenden.

⁴¹³ Vgl. Schnoor 2005, S. 10.

⁴¹⁴ Vgl. Schnoor 2005.

Neben den Erfahrungen können auch Erregungen das Verhalten beeinflussen und in der Folge zur Erfahrung führen. Es ist anzunehmen, dass geringe Erregungen eher zu erfolgreichem Verhalten führen als ein ausgeprägter Erregungszustand. Die Erregung beeinflusst daher die Erfahrung, wie sich Erregtheit auf das Verhalten auswirkt. Insofern beeinflusst der Grad der Erregung die Selbstwirksamkeitserwartung.⁴¹⁵

Es wird unterstellt, dass ein Lernender im Umgang mit einer bedrohlichen Situation, so auch einer Krankheit oder einem Notfall, nur geringe Kompetenzen in der Selbstwirksamkeit aufgebaut hat. Erregungszustände, die durchaus psychologisch-soziale Auswirkungen haben (Lernender grenzt sich ab, isoliert sich), sind die Regel. Die Auswirkungen werden den Schulalltag determinieren. Genau hier sind professionelle Handlungen der Lehrenden wichtig. Ohne medizinische Kompetenzen kann der Anspruch an professionelles Handeln nicht erfüllt werden.

Schnoor geht unter Bezug auf Bandura weiterhin davon aus, dass die Selbstwirksamkeitserwartung von der Schwierigkeit und Unvorhersehbarkeit eines Problems, der Stärke des Problems und der Generalisierung eines Problems abhängig ist⁴¹⁶.

Das Problem determiniert somit das Verhalten in einer bestimmten Situation. Die erfolgreiche Bewältigung einer Situation lässt nicht zwingend den Schluss zu, dass andere, auch ähnliche Situationen erfolgreich bewältigt werden. Selbstwirksamkeitserwartungen können somit nicht nur verstärkt, sondern auch gelöscht werden, Resistenzen bilden sich aus. Hinzu kommen motivationale Aspekte. Bedrohliche Situationen werden eher zu Fluchtgedanken führen, im Vordergrund steht die Passivität. Hohe Selbstwirksamkeit wird dagegen mit Angriff und Aktivität assoziiert sein. Die Auswahl der Situation ist somit motivational determiniert.⁴¹⁷ Gleiche Folgerungen sind für die Volition, die Kognition, die Emotion und die Konation denkbar. Im vorhergehenden Kapitel konnte auf die Ausführungen Niekies bezogen⁴¹⁸ bereits erörtert werden, dass dies Aspekte der professionellen pädagogischen Kompetenz sind, welche miteinander vernetzt genau die Voraussetzungen schaffen, welche eine Realisation des professionellen Handelns erst ermöglichen. Es kann hier eine übereinstimmende Aussage hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung und der professionellen pädagogischen Kompetenz abgeleitet werden. Da pädagogisches Handeln, wie bereits ausgeführt, unter unsicheren

⁴¹⁵ Vgl. Schnoor 2005, S. 10.

⁴¹⁶ Vgl. Schnoor 2005, S. 10.

⁴¹⁷ Vgl. Röder 2009, S 13 ff, Online im WWW unter URL: http://01_Selbstwirksamkeitsfoerderung_durch_Motivierung_von_Schuelern.pdf. [Stand 12.11.2010].

⁴¹⁸ Vgl. Nieke in: Otto, Rauschenbach 2002.

Bedingungen erfolgt und Lehr-Lern-Situationen auch durch Krankheit der Lernenden determiniert werden, ist wirksames Handeln möglich, wenn Lehrende über medizinische Kompetenzen verfügen.

Lehrenden ist zu unterstellen, dass diese über deutlich höhere Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen als Lernende. Die von Bandura auch als Kompetenzüberzeugung bezeichnete subjektive Gewissheit eine Handlung beherrschen zu können, kann für den adäquaten Umgang mit kranken Lernenden ohne medizinische Kompetenzen nicht gefolgert werden. Lernende erwarten jedoch genau das. Aufgrund der Konsequenzerwartung der Lernenden kann hier ein wünschenswertes Ergebnis unterstellt werden. Dem Lernenden ist es dabei relativ egal, wer die notwendige Handlung ausführt. Für die Ergebniserwartung ist somit unbedeutend, inwiefern sich der Lernende selbst in der Lage sieht, die jeweilige Handlung auszuführen. Am Beispiel eines erkrankten Schülers, der weiter die Schule besuchen möchte, umfasst die Selbstwirksamkeitserwartung die subjektive Gewissheit des Schülers, in ausreichendem Maße auf medizinische Hilfe zugreifen zu können. Die Ergebniserwartung beschreibt hingegen, mit welcher Wahrscheinlichkeit die medizinische Hilfe auch dazu führen wird, weiterhin die Schule besuchen zu können.⁴¹⁹ Daneben sind Lernende affektiv in das Erleben einer Krankheit eingebunden. Es kann unterstellt werden, dass in Abhängigkeit der Ausprägung von Selbstwirksamkeitserwartungen bedrohliche Situationen zu Ängsten führen.⁴²⁰ So kann ein Schüler angesichts einer im Prodromalstadium befindlichen Krankheit, der er sich nicht gewachsen fühlt und der er sich aber auch nicht entziehen kann, mit ängstlicher Erregung reagieren. In diesem Fall wirkt sich die Lernumwelt auf das Erleben des Schülers aus.

5.9 Kompetenzkonzept medizinische Sensitivität

Der Diskurs zur medizinischen Kompetenz von professionell Lehrenden konnte sowohl phänomenologische als auch epistemologische Perspektiven aufzeigen, die in ihrer Gesamtbetrachtung ein theoretisches Fundament bilden, die medizinische Kompetenz von Lehrenden zu begründen. Von der Tatsache ausgehend, dass wirksames Lehrerhandeln dann möglich ist, wenn dieses zuverlässig, nachhaltig, reflexiv in komplexen Situationen anwendbar ist, kann unterstellt werden, dass die Beschränkung auf bisherige

⁴¹⁹ Vgl. Röder 2009, S. 13.

⁴²⁰ Vgl. Röder 2009, S. 15.

Professionsgrenzen nicht den aktuellen und perspektivischen gesellschaftlichen, situativen und reflexiven Erfordernissen genügt. Dies betrifft im Rahmen der vorliegenden Arbeit insbesondere die Berücksichtigung des Lernenden als stets nur relativ gesundes Subjekt und dessen Schulumwelt. Professionelle pädagogische Kompetenz ist dagegen auf die Entwicklung zu höherer Selbstwirksamkeit, Selbstorganisation und Selbstdisposition gerichtet. Der Kern des pädagogischen Selbstverständnisses sollte deshalb Professionsgrenzen überwinden und den Lernenden ganzheitlich unter Berücksichtigung von Krankheit und Gesundheit betrachten. Dazu ist es notwendig, die sozialen und medizinischen Kenntnisse deutlich zu vertiefen, medizinische Standards zu legen und darauf basierende Kompetenzen zu erwerben.

Den sozialen Kompetenzbereich als Basis nutzend wurde erläutert, dass die Einschätzung des Schülerverhaltens im Krankheitsfalle mit den zur Verfügung stehenden diagnostischen Mitteln nicht möglich ist. Sowohl didaktische als auch methodische Prozesse reichen nicht aus, das Krankheitsverhalten eines Lernenden hinreichend zu reflektieren, da dies voraussetzt, Gesundheit und Krankheit voneinander abgrenzen zu können. Weiterhin konnte aufgezeigt werden, dass es bereits Vorstöße der Biowissenschaften in Richtung der Pädagogik gibt, die vor allem den Aufbau sozialer Kompetenz bei Lehrenden und Lernenden determinieren. Weiterhin wurde festgestellt, dass die Handlungskompetenz des Lehrenden von dessen Selbstreflexionsfähigkeit und Situationsdiagnostik abhängt. Beide Fähigkeiten sind unter aktuellen Bedingungen nicht vollständig gegeben, da die Differenzierung von Gesundheit und Krankheit nicht möglich ist, obgleich der Schulalltag von zahlreichen Krankheiten und Notfällen bei Lernenden tangiert wird. Medizinische Kompetenz wäre somit eine notwendige und nicht nur wünschenswerte Eigenschaft professioneller Pädagogen. Daneben wurde aufgezeigt, dass der Kompetenzaufbau bei Lernenden vom professionellen Selbstverständnis der Lehrenden profitiert. Lernende erwarten von Lehrenden schlicht einen kundigen Blick auf Krankheitssymptome. Des Weiteren wurden die aktuellen neuro-, sozio- und evolutionsbiologischen Erkenntnisse und deren Schnittstellen zur Pädagogik expliziert. Es konnte aufgezeigt werden, dass die gesundheitswissenschaftliche Domäne mit ihrem präventiven Ansatz nicht ausreicht, unter aktuellen Erfordernissen Handlungsfähigkeit herzustellen. Protektion und Intervention im Krankheitsfalle sind klar der Medizin zuzuordnen. Damit verbunden wurde aufgezeigt, dass sich das bio-pathologische Paradigma der Medizin langsam öffnet und psycho-soziale Theorien berücksichtigt. Somit kann postuliert werden, dass genau diese Veränderung des medizinischen Paradigmas dazu führt, dass es dem Arzt nicht möglich ist, alle Faktoren

und Bedingungen von Krankheit zu erkennen. Medizinische Handlungen sind somit Handlungen unter unsicheren Bedingungen. Demgegenüber besteht die Notwendigkeit, Krankheitsbewältigung zu fördern, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Lernenden zu erzeugen. Dies kann unter Alltagsbedingungen kein Arzt. Da Alltag auch Schulalltag ist, sind hier die Lehrenden mit ihrem professionellen Selbstverständnis gefragt.

Die erkenntnistheoretischen und phänomenologischen Diskurse lassen die begründete Vermutung zu, dass medizinische Sensitivität professioneller Pädagogen die Fähigkeit ist, bei Vorliegen kognitiver, emotiver, sozialer oder volitionaler Defizite bei Educanden, mittels medizinisch- diagnostischer Methoden eine fragliche Erkrankung als solche erkennen zu können.

Die im ersten Kapitel dargelegten Spezifika im Umgang mit kranken, behinderten oder von Krankheit und Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen konnten aufzeigen, dass akute Krankheiten und Traumata unabhängig vom Alter des Betroffenen auftreten können. Chronische Krankheiten entwickeln sich in aller Regel während der Vorschulzeit und erfahren ihre Ausprägung während der Allgemeinbildenden und Beruflichen Schulausbildung. Letztendlich gilt dies auch für Erwachsene. In der Konsequenz wird der professionell Lehrende mit Verlaufsformen und Stadien einer Krankheit konfrontiert, wobei es scheinbar statistische Häufungen im Bereich der allergischen, orthopädischen, internistischen und psychosomatischen Krankheiten gibt. Daneben existieren praktisch alle bekannten Krankheiten in geringer bis seltener Ausprägung, bis hin zu sehr seltenen und zeitlich nicht immer zu begrenzenden genetischen oder autosomalen Krankheiten. Für eine noch darzustellende Lehreraus- und -fortbildung wäre es demnach sinnvoll, grundlegende Wissenskomponenten der Medizin, wie Anatomie, Physiologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre der gängigen Krankheiten, sowie die Fähigkeiten Ätiologie, Pathogenese und Symptome zu einer zumindest experimentellen Diagnose synthetisieren zu können und unabhängig von der Fach- bzw. Schulspezifik zu vermitteln. Seltene Krankheitsbilder, die im Regelfall mit spezifischen individuellen Einschränkungen einhergehen, müssten dann in Aufbaukursen vermittelt, vertieft und vermutlich praktisch erprobt werden.

5.10 Hypothesen

Die empirisch-deskriptiven Analysen und Schlussfolgerungen zugrunde legend werden folgende Hypothesen abgeleitet und im anschließenden Forschungsteil geprüft.

Null-Hypothese

Professionell Lehrende benötigen keine medizinische Kompetenz.

Hypothese 1

Professionell Lehrende benötigen medizinische Kompetenzen.

Hypothese 2

Professionell Lehrende verfügen nicht über die notwendigen Wissensressourcen, um Krankheiten und Notfälle in der Schule professionell reflektieren zu können.

Hypothese 3

Professionell Lehrende verfügen nicht über das Grundverständnis, dass professionelles Handeln von medizinischer Kompetenz abhängig ist.

Hypothese 4

Professionell Lehrende benötigen medizinisches Wissen über Krankheiten und Notfälle, um im Krankheits- oder Notfall professionell handeln zu können.

Hypothese 5

Die Fortbildung von Lehrenden zu medizinischen Themen erhöht das professionelle Selbstverständnis und leistet einen Beitrag zur medizinischen Kompetenz von Lehrenden.

6 Forschungsergebnisse

6.1 Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen

In den letzten Jahren wurden die gesundheitlichen Risiken von Kindern und Jugendlichen verstärkt untersucht. Unterschiedliche Studien zeigen ein diffuses Bild⁴²¹ vom Gesundheitszustand der Untersuchten.

Untersuchungen an Grundschulen in der Hansestadt Hamburg machen deutlich, dass der Gesundheitszustand vieler Kinder so schlecht ist, dass eine kontinuierliche Therapie indiziert ist. So befinden sich 33% der Kinder in ständiger Physiotherapie, Logotherapie oder Psychotherapie. Dauerstress im Grundschulalter führt zu vorzeitigen Verschleißerscheinungen an vegetativ gesteuerten Organen⁴²².

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS 2007) bestätigen frühere Untersuchungen in Berlin (HBSC 2010)⁴²³ und Hamburg⁴²⁴.

So kann eine Abnahme der Inzidenz für gefährliche virale und bakterielle Krankheiten beobachtet werden. Dies ist vor allem dem Hygieneregime und den Schutzimpfungen zu verdanken.

Festgestellt wurden jedoch zunehmende psychische Probleme, deren Prävalenz so hoch eingeschätzt wird, dass Empfehlungen zur Entwicklung von Schutzfaktoren ausgesprochen wurden. Im Bereich der somatischen Krankheiten wird auf gehäuft auftretende Probleme im Bereich der pneumologischen Erkrankungen (inkl. Allergien), der gastrointestinalen Krankheiten, Epilepsien und Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates verwiesen. Ebenso problematisch stellen sich die Toleranz und der Erwerb von Schmerzen dar.

Immerhin 71% der untersuchten Kinder hatten oder haben regelmäßige Schmerzerlebnisse. Etwa 22% der Untersuchten zeigen dauerhafte Essstörungen.

Dies sind Indizien und Symptome dafür, dass die bisherige Gesundheitsförderung auf einem richtigen Ansatz basierend nicht ausreicht, um das Verhalten der Kinder und Jugendlichen dauerhaft zu ändern. Dies lässt sich unter anderem durch die Betrachtung des salutogenetischen Ansatzes erklären. Der Verzicht auf den präventiven,

⁴²¹ Vgl. KiGGS 2007.

⁴²² Vgl. Beyer, Knöpfel, Stork 2002, S. 3 ff.

⁴²³ Vgl. o. V., Online im WWW unter URL: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/whocc/studien/hbsc.html> [Stand 27.12.2011].

⁴²⁴ Vgl. Beyer, Knöpfel, Stork 2002.

krankheitszentrierten Ansatz hat auch einen Verlust an krankheitsrelevanten Informationen zur Folge⁴²⁵.

Pädagogen sollen den Kindern appellierend gesundheitsbewusstes Verhalten vermitteln, haben gleichzeitig keine fundierten Kenntnisse zu den resultierenden Krankheitsfolgen und sind im Berufsalltag mit einer Fülle von krankhaften Störungen konfrontiert.

Es lässt sich neben der Forderung nach medizinischen Kenntnissen von Lehrenden somit auch die Forderung nach einer differenzierten Anwendbarkeit dieser Kenntnisse stellen. Neben basalen Grundlagen für alle Lehrenden scheint das profunde und v.a. anwendungsbereite bzw. fallbezogene Wissen ausgewählter Lehrer analog denen eines Vertrauenslehrers durchaus sinnvoll.

6.2 Notfälle bei Kindern und Jugendlichen in der Schule

Notfälle in Schulen sind alltägliche Ereignisse. Gerade deshalb ist eine professionelle Hilfeleistung der anwesenden Zeugen und Helfer dringend notwendig und entscheidend für die Schadensbegrenzung, das Überleben und eventuelle Folgeschäden.

Der Begriff Notfall steht dabei nicht nur für die unmittelbare Lebensbedrohung, sondern auch für mittelbare, individuell erfahrene soziale, psychische und / oder somatische Gefahren, die für den Betroffenen einen Zustand der Hilflosigkeit bedeuten.

Notfälle bei Kindern und Jugendlichen sind häufig traumatischer Genese, aber auch asthmatische Krankheiten, Allergien und chronische Geschehen können zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Unfälle im Kindesalter machen den Großteil aller Todesursachen aus⁴²⁶.

Jährlich werden eine Million Schulunfälle gemeldet, die der ärztlichen Intervention bedürfen. Dazu gehören unter anderem Gewalt auf dem Schulhof, Mobbing, Nasenbluten, Scham, Angst, Unglücke auf Klassenfahrten und mehr oder weniger banale Infektionen, deren Risiken viel zu häufig unterschätzt werden.

Gerade die pädagogischen Handlungen in einer großen, heterogenen Schnittmenge aus gesunden und kranken Kindern bzw. Jugendlichen macht den Pädagogen zum Helfer aber auch zum Betroffenen. Wie kann ein Pädagoge den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden? Kenntnisse der Gesundheitsförderung und der Ersten Hilfe

⁴²⁵ Vgl. Schwenkmezger, Schmidt 1994.

⁴²⁶ Vgl. Fleischhackl et al 2006.

reichen dazu nicht aus. Einheitliche Notfallrichtlinien gibt es im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nicht.

Die Änderungen der Ausbildungsrichtlinien in der Ersten Hilfe werden weder systematisch vermittelt noch umgesetzt. Die vorhandenen Kenntnisse beschränken sich auf Techniken des Verbandwechsels und der Lagerung. Anzumerken ist auch, dass Erste-Hilfe- und Notfallkompetenz nur den Notfall als Ernstfall berücksichtigen; aber nicht den „Normalfall – das Nichtvorhandensein von Gesundheit“.

Aber selbst die Betreuung von chronisch kranken oder risikobehafteten Schülern erfordert eine qualifizierte Nächstenhilfe, die mehr als nur Laienhilfe vermag.

Die hierfür notwendigen medizinischen Kenntnisse könnten der Risikominimierung und der Gesundheitsförderung dienen.

6.3 Die Entwicklung problemangemessenen, medizinischen Wissens von Lehrenden

Professionelle pädagogische Arbeit vollzieht sich in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Entwicklung unter dem öffentlichen Druck, immer mehr Erziehungsaufgaben übernehmen zu müssen und gleichzeitig der Steigerung der Leistungsfähigkeit von Schülern gerecht zu werden. Dieser soziale Auftrag verlangt zunehmend die Berücksichtigung steigender Gesundheitsbelastungen sowie einen professionellen Hintergrund bei der Interpretation und Intervention von Notfällen und gesundheitlichen Einschränkungen.

Deshalb sollte das pädagogische Handeln der Fachkräfte in Schulen neben der Fachlichkeit auch durch medizinisches Wissen qualifiziert werden.

Schulen müssen, wie bereits erläutert, die persönliche Umwelt der Schüler in der Schule berücksichtigen. Die Schülerumwelt ergibt sich aus der Wechselwirkung von Körperfunktion und Körperstruktur sowie den Aktivitäten und der Partizipation⁴²⁷. Wird der salutogenetische Ansatz berücksichtigt, so muss ebenfalls beachtet werden, dass Schule auch krank machen kann. Hierzu gibt es jedoch keine Bewältigungsstrukturen⁴²⁸.

Die Ursachen für Gesundheitsstörungen (Krankheiten) sind vielfältig und zum großen Teil durch das mangelhafte Gesundheitsbewusstsein der Betroffenen zu begründen⁴²⁹. Dies sollte die Kritik an der Effektivität der bisherigen Gesundheitsförderung /

⁴²⁷ Vgl. ICF 2002.

⁴²⁸ Vgl. Hurrelmann et al 1993, S. 18 ff.

⁴²⁹ Vgl. Priebe et al 1993, S. 7.

Gesundheitserziehung erlauben. Die enge Betrachtung von Gesundheit und deren Prävention hat sich m. E. zu sehr von der Medizin und deren Krankheitsorientierung abgewendet⁴³⁰.

Das biopsychosoziale Modell der ICF fordert deshalb, Gesundheits- und Krankheitswissenschaften miteinander zu verknüpfen. Letztendlich kann Erziehung und Hilfe für Lernende nur dann erfolgreich sein, wenn die Grundlagen von Krankheit verstanden sind. Erst dann können Gesundheitsargumente greifen⁴³¹.

Es scheint daher notwendig, die Paradigmen von Krankheit und Gesundheit konzeptionell zu integrieren und als gemeinsame Wissensbasis an Pädagogen zu vermitteln.

Lernende verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in einer Schule. Gerade die dort tätigen Lehrer werden auf Änderungen oder Einschränkungen des Gesundheitszustandes von Schülern zuerst aufmerksam. Es ist jedoch anzunehmen, dass Lehrende dies nicht aus dem veränderten Leistungsvermögen der Lernenden ableiten können. Deshalb ist es sinnvoll, Daten und Fakten einer Krankheit zu kennen, um kausale Beziehungen herstellen zu können.

Die Erkenntnis der Reformpädagogik, dass Lernen durch Kopf, Herz und Hand erfolgt, setzt voraus, dass diese auch funktionieren. Schüler sollten deshalb eine medizinische Begleitung erfahren, die idealerweise durch eine Schulkrankenschwester, wie in französischen oder auch russischen Schulen oder durch einen Arzt, so die Vorstellung von Hurrelmann, ermöglicht wird. Dass es in absehbarer Zeit so nicht kommen wird, muss nicht weiter vertieft werden. Eine genaue Beurteilung der psychischen, sozialen und körperlichen Voraussetzungen ist wichtig, damit eine Lehrkraft einen Schüler angemessen fordern und fördern kann. Hierzu gehört auch, dass Lehrkräfte, die mit beeinträchtigten, behinderten oder chronisch kranken Kindern arbeiten, wissen, wie sie damit umgehen.

Die Weiterentwicklung der pädagogischen um medizinische Kompetenzen ist somit sinnvoll und notwendig, ...„weil das Aufschließen der Entwicklungs- und Lernpotentiale eben auch voraussetzt, die körperlichen und physiologischen Ausgangsbedingungen für Lernen und Entwicklung zu berücksichtigen“⁴³².

⁴³⁰ Vgl. Hurrelmann et al 1993, S. 3 ff.

⁴³¹ Vgl. Hurrelmann 1993, S. 3 ff.

⁴³² Vgl. Hurrelmann, Settertobulte 2007.

Im Rahmen der Ersten-Hilfe-Ausbildung muss die Notfallkompetenz deutlich verstärkt werden. Wenn Schule und die in ihr Handelnden zur Ersten Hilfe verpflichtet sind, so kann verlangt werden, dass die Laienhilfe kontinuierlich professionalisiert wird.

Im Unterschied zum medizinischen Laien, sollte ein Pädagoge in der Lage sein, vorurteilsfrei und unvoreingenommen einen Notfall einschätzen zu können. Dazu muss eine Notsituation exakt begründet werden, dies kann ein Laie nicht. Ebenso wichtig wäre der Ausschluss affektiver oder stereotyper Handlungen⁴³³.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die pädagogische Professionalität von Lehrern um medizinische Kompetenz und Notfallkompetenz erweitert werden sollte. Medizinische Kompetenzen sind dabei nicht auf somatische Beschwerden zu begrenzen. In Anlehnung an die Sozial-, Heil- und Sonderpädagogik sind auch medizinisch-psychologische und medizinisch-soziale Kenntnisse zu vermitteln.

Somit ergibt sich ein Forschungsgegenstand, der in einer ersten, explorativen Studie zu untersuchen ist. Dazu wird in dieser Arbeit die Notwendigkeit medizinischer Lehrerkompetenz aus der Sicht angehender Erziehungswissenschaftler untersucht.

6.4 Der Forschungsansatz der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit werden quantitative und qualitative Forschungsmethoden miteinander kombiniert, um die aktuellen Diskussionen zur Kompetenzforschung hinsichtlich der medizinischen Kompetenz von professionell Lehrenden zu ergänzen.

Dabei werden die qualitativen und quantitativen Methoden anhand des verwendeten Datenmaterials unterschieden.

Der quantifizierende Ansatz berücksichtigt extern evaluierte Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit sowie die Erkenntnisse der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen.

Dazu werden die in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KiGGS 2007), der Internationalen Klassifikation der Funktionsstörungen (ICF) und die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften⁴³⁴ genutzt, um die subjektiven Theorien von Studenten der Erziehungswissenschaften aus deren Innenperspektive heraus zu untersuchen. Diese Untersuchungen wurden bereits angeführt, im Rahmen der Arbeit jedoch nicht weiter expliziert.

⁴³³ Vgl. Fertig 1993.

⁴³⁴ Vgl. Hurrelmann, Settertobulte 2007.

Die Forschungsarbeit verfolgt dabei das Ziel, Abläufe, Handlungsmuster und Strukturmerkmale aus der Sicht professioneller Pädagogen bzgl. einer medizinischen oder einer Notfallsituation zu analysieren, um so auf die Notwendigkeit der medizinischen Lehrerkompetenz folgern zu können⁴³⁵.

Die Kombination der beiden häufig polarisierten Forschungsmethoden wird gewählt, um eine umfassende Exploration des bisher nur durch Giesecke⁴³⁶ postulierten Gegenstandsbereiches zu ermöglichen. So formuliert Giesecke:...,„muss jeder beruflich tätige Pädagoge auch andere soziale Handlungsformen mit deren je eigentümlichen Zielsetzungen beherrschen, nämlich zumindest die folgenden: [...] 4. Medizinisches Handeln, das zum Ziele hat, Krankheiten zu erkennen und zu heilen“(Giesecke 2000, S. 35).

Die Ergebnisse quantitativer Untersuchungen lassen vor allem die Frage offen, wie medizinische Probleme, die in besonderer Häufung in Schulen oder anderen pädagogischen Einrichtungen vorkommen, von den Lehrenden reflektiert werden und wie bzw. ob eine wirksame Vorbereitung der zukünftigen und tätigen Pädagogen auf diesen Gegenstandsbereich erfolgt.

Was in den „Köpfen“ der Studenten und professionell Lehrenden wirklich vor sich geht, kann durch massenstatistische Untersuchungen nicht validiert werden⁴³⁷.

Der qualitative Ansatz kann daher genutzt werden, das alltägliche Erfahrungswissen, hier von Studenten der Erziehungswissenschaften, im Umgang mit medizinischen und Notfallsituationen zu erforschen und darüber hinaus zu analysieren, wie sich dieses Wissen auf Einstellungen, Überzeugungen und Handlungen auswirkt. Die Berücksichtigung subjektiver Sichtweisen von Studenten und deren Intentionen, zu handeln, ist als „subjektiv-interpretative Beschreibungen“⁴³⁸, in der qualitativen Forschung der „subjektiven Theorie“ zuzuordnen.

Die vorliegende Arbeit verweist auf quantitativ erhobene Daten anderer Studien, um die Notwendigkeit der medizinischen Kompetenz von Lehrern zu begründen.

Dabei entsteht eine Triangulation zwischen den Studien, welche den Nachweis des ernstzunehmenden Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen erbringen (HBSC, KiGGS), den validierten Analysen der

⁴³⁵ Vgl. Flick 2000, S. 14.

⁴³⁶ Vgl. Giesecke 2007

⁴³⁷ Vgl. Köck 1998, S. 186.

⁴³⁸ Vgl. Groeben, Wahl, Scheele, Schlee 1988, S. 15.

Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann et al) und der Exploration des Forschungsgegenstandes mittels Interview und Struktur–Lege–Technik (Groeben,Wahl, Scheele, Schlee 1988) nach dem Konzept der subjektiven Theorie.

6.4.1 Forschungsprogramm Subjektive Theorien

Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien (FST, Abkürzung im Original)⁴³⁹ wurde in den 1970er und 1980er Jahren von der Forschergruppe Groeben, Wahl, Schlee und Scheele in Deutschland entwickelt und basiert auf drei Standardwerken aus der Psychologie:

- Kellys Psychology of Personal Constructs (1955),
- Heiders Psychology of Interpersonal Relations (1958),
- Laukens Naive Verhaltenspsychologie (1974)⁴⁴⁰.

Die Grundannahme des Forscherteams um Groeben beruht auf der Tatsache, dass die bisherigen, behavioristischen Forschungsansätze auf Vorentscheidungen und theoretischen Postulaten basieren, deren wissenschaftliche Methode keinen neutralen Zugang zum Untersuchungsgegenstand sichert. Die theoretische Konstruktion der zu untersuchenden Merkmale führt daher zu einer eingeschränkten Abbildung des Gesamtgegenstandes, bzw. zur Vernachlässigung behavioristisch nicht erfassbarer Merkmale⁴⁴¹.

Bezugnehmend auf Wahl (1991) soll daher die Interpolation von Quantität und Qualität zugunsten von beobachtendem Erklären und verstehenden Beschreiben definiert werden (Wahl 1991, in: Seelig 2000, S. 14-15).⁴⁴²

Qualität hat ihre systematische Berechtigung vor allem in der Explorationsphase des Forschungsprozesses. Dies ist folgerichtig vor dem Hintergrund, dass Wirklichkeit nur dann validiert werden kann, wenn die Vorbedingungen des Forschungsansatzes kommuniziert, also qualitativ erhoben wurden. In der weiteren Folge kann die quantitative Explikation, die Einbindung in die Außenperspektive erfolgen (Wahl 1991, S. 23, In: Seelig

⁴³⁹ Vgl. Groeben, Wahl, Scheele, Schlee 1988.

⁴⁴⁰ Vgl. Meyer 2002, S. 110, Online im WWW unter URL: [http:// www.ub-dok.uni-trier.de/diss/diss45/20021118/20021118.pdf](http://www.ub-dok.uni-trier.de/diss/diss45/20021118/20021118.pdf). [Stand 03.02.2008].

⁴⁴¹ Vgl. Groeben et al 1988, S. 11.

⁴⁴² Vgl. Seelig 2000, S. 14-15, Online im WWW unter URL: [http:// www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/278/pdf/Seelig_Diss.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/278/pdf/Seelig_Diss.pdf). [Stand 08.09.2008].

2000, S. 15). Differenziert man diese Aussagen weiter, so ergibt sich für die kommunikative Validierung die Besonderheit, dass es nicht ausreichend ist, die Innenperspektive des Handelnden verstehend zu beschreiben. Es muss die Forderung erhoben werden, das Explanandum zunächst im Dialog-Konsens-Verfahren zu erfassen, um anschließend die Innensichtperspektive des Handelnden beobachtend zu erklären. Insofern können quantitative und qualitative Methoden innerhalb der Erkenntnistheorie nicht als Hierarchie betrachtet werden sondern eher als zwei Pole des Erkenntnisgewinns. Die gemeinsame Schnittmenge ist das Subjekt, die Forderung der Wissenschaft damit nicht die Objektivität sondern Intersubjektivität.⁴⁴³

Die vorliegende Forschungsarbeit will die behavioristisch nicht erfassbaren Merkmale des Verhaltens einer Zielgruppe in einer definierten, hier medizinisch relevanten Situation untersuchen. Verhalten und Handeln in definierten Situationen sind höchst subjektive Eigenschaften, deren Abbildung durch behavioristische Beobachtungskriterien so nicht möglich ist. Die jeder rationalen Handlung implizite kognitive Konstruktion aus Wissen und Erfahrungen führt zu absichtsvollem und sinnhaftem Verhalten⁴⁴⁴. Unter Berücksichtigung des Forschungsparadigmas der Intersubjektivität ist somit das Verhalten einer objektiven Untersuchung zugänglich. Die Handlung basiert im Gegensatz dazu auf der Fähigkeit zur symbolischen Restrukturierung, der Modellierung kognitiver Konstruktionen⁴⁴⁵, um sich in einer umweltbezogenen Situation verhalten zu können. Das Verhalten stellt somit die Außenperspektive von Handeln dar. Die Untersuchung der Handlung in einer definierten Situation ist als solche auch deshalb von einem Verhalten in einer definierten Situation zu unterscheiden, da die Verhaltensmessung erst während der eingetretenen Situation oder retrospektiv untersuchbar ist, jedoch nicht perspektivisch. Handlungen zeichnen sich dagegen durch Intentionalität aus, welche sich nicht auf Zeitmessung begrenzt, sondern Merkmale der Reflexion von Sinnzusammenhängen, der Wahl von Handlungsalternativen, der Planung von Handlungsabläufen und der Performanz von Zieldimensionen des Erkenntnisgegenstandes⁴⁴⁶ enthält. Es ist folgerichtig, zu unterstellen, dass diese Merkmale das Subjekt nicht nur zum berechtigten Glauben über die Richtigkeit des Tuns, sondern auch zur Realisierung eines der Forschung adäquaten Prozesses befähigen.

⁴⁴³ Vgl. Groeben, Wahl, Schlee, Scheele 1988, S. 70-73.

⁴⁴⁴ Vgl. Groeben, Wahl, Schlee, Scheele 1988, S. 12.

⁴⁴⁵ Vgl. ebd. S.13.

⁴⁴⁶ Vgl. Groeben, Wahl, Scheele, Schlee 1988, S. 15.

Handlungen sind somit keine objektiv beobachtbaren Größen, sondern subjektiv-interpretative Beschreibungen⁴⁴⁷.

6.5 Folgerungen für den Forschungsprozess

6.5.1 Dialog-Konsens-Modell

In der vorliegenden Arbeit sollen subjektive Theorien über die medizinische Kompetenz der Lehrer von angehenden Erziehungswissenschaftlern konstruiert werden. Dazu ist ein angemessenes methodisches Vorgehen zu entwerfen. Da es zur explizierten Forschungsfrage noch keine fundierten Untersuchungen gibt, scheidet eine Evaluation von Beobachtungsdaten aus⁴⁴⁸. So bleibt die Selbstinterpretationsmethode, welche die subjektiv-theoretischen Vorstellungen und Überzeugungen der Probanden zu erschließen sucht. Die Aufgabe des Untersuchers ist hierbei die Ableitung der Intentionen der Probanden bezogen auf eine konstruierte Handlung.

Als Zugang der Überprüfung von subjektiven Situationen wird daher das Dialog-Konsens-Modell gewählt, da es die Selbstauskunft des Erkenntnisobjektes hinsichtlich der Perspektive der Handlungswirksamkeit angemessen berücksichtigt.

6.5.2 Konstruktion subjektiver Theorien

Bei der Erhebung subjektiver Theorien sind einige der bereits genannten Aspekte für eine subjektzentrierte Vorgehensweise zu berücksichtigen. Im Gegensatz zur behavioralen Auffassung der Determination des Subjektes durch die Umwelt, ging die Forschergruppe um Groeben, Wahl, Scheele und Schlee von der Konstruktionspsychologie Kellys aus und konstruierte die „Psychologie des reflexiven Subjektes“. Somit entstand ein epistemologisches Forschungsmodell, welches die kognitiven, emotiven, motivationalen, reflexiven und autopoietischen Elemente menschlicher Erkenntnis berücksichtigt und folglich als kompetenzorientiert bezeichnet werden muss.⁴⁴⁹

⁴⁴⁷ Vgl. ebd. S. 16.

⁴⁴⁸ Vgl. Groeben, Wahl, Scheele, Schlee 1988, S. 24.

⁴⁴⁹ Vgl. Seelig 2000, S. 28, Online im WWW unter URL: http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/278/pdf/Seelig_Diss.pdf. [Stand 08.09.2008].

Zur Sicherung dieser Kompetenz schlägt Groeben als Forschungsmethode die Struktur–Lege–Technik (SLT) vor, die dem Subjekt die Möglichkeit gibt, den Untersuchungsgegenstand zu rekonstruieren.

Im Dialog-Konsens-Verfahren werden die Rekonstruktionen von Forscher und Probanden (Beforschem) evaluiert und kommunikativ validiert. Die dadurch entstehende Interaktion ist bezogen auf die Erfassung der subjektiven Theorie nicht nur sinnvoll sondern notwendig. Wenn Menschen explizite und implizite Theorien über ihre Umwelt besitzen, dann muss davon ausgegangen werden, dass jeder einzelne aus seiner Theorie Schlussfolgerungen zieht und diese an der Realität prüft.⁴⁵⁰⁴⁵¹

...„Wir antizipieren Ereignisse und Erlebnisse wir „konstruieren“ unsere Realität, und wir finden unsere Konstruktionen schließlich validiert – bestätigt – oder invalidiert und dementsprechend behalten wir sie bei oder wir verändern sie“(Scheer 1996, S. 13-17).⁴⁵²

Für den Menschen heißt das, dessen Konstruktionen zu erheben, zu erfragen, und diese in Relation zum Gegenstand der Untersuchung zu setzen. Für den Forscher ergibt sich somit die Möglichkeit, die jeweiligen Konstrukte des Beforschten im Bezug zur Umwelt zu erkennen. Daraus ergibt sich die Folgerung, dass die eigene Forschungsfrage valide sein könnte, wenn sie mit den Konstruktionen der Realität des Beforschten übereinstimmt. Dies ist vor dem Hintergrund, dass die Einordnung der Theorien in ihre Umwelt von einer gemeinsamen, beschreibenden Charakteristik der Merkmale abhängt, weiter zu differenzieren. Es ist davon auszugehen, dass der Mensch während des Konstruktionsprozesses dichotome Merkmale benötigt, die es ihm ermöglichen, unterschiedliche Dinge miteinander zu vergleichen.

Dazu Scheer,...„Oberflächlich gesehen ist ein Konstrukt ein verbales Etikett. Aber dieses Etikett repräsentiert eine begriffliche Unterscheidung, die ein Individuum vornimmt. Wir sind es gewohnt, in Kontrasten zu denken“(Scheer 1996, S. 13-17).

So existiert der Begriff „Gesundheit“ nicht ohne den Begriff „Krankheit“. Konstrukte sind aber mehr als nur Etiketten im Sinne einer Strukturierungsgrundlage. Konstruktionen dienen vielmehr der Identifikation von Zusammenhängen und somit der Konstruktion der

⁴⁵⁰ Vgl. Groeben, Wahl, Schlee, Scheele 1988.

⁴⁵¹ Vgl. Seelig 2000.

⁴⁵² Vgl. Scheer 1996, S.13-17, Online im WWW unter URL:
<http://www.pcp-net.de/papers/einfuehr.htm> [Stand 23.08.2009].

subjektiven Realität. Konstrukte sind nicht nur Überzeugungen, Einstellungen und Begriffe, sondern vielmehr Werkzeuge zur Schaffung von Zusammenhängen⁴⁵³.

Dies lässt die Annahme zu, dass Konstrukte hierarchisch, vom übergeordneten Allgemeinen zum Speziellen, angeordnet sind.

Diese Hierarchie von Konstrukten finden wir auch in der subjektiven Theorie wieder. Je nach Stellenwert in der subjektiven Theorie des einzelnen können übergeordnete, zentrale, periphere und Kernkonstrukte unterschieden werden. Insofern der Stellenwert dieser Konstrukte von der persönlichen Einschätzung der Umweltsituation bzw. des Gegenstandes abhängt, werden Konstruktsysteme unterschiedlich angeordnet. Weiterhin ergeben sich erfahrungs- und zeitabhängige Veränderungen. In der Konsequenz kann die objektive Bewertung eines Gegenstandsbereiches durch einen Menschen nicht wiedergegeben werden, sondern die auf einen Begriff, ein Element bezogene persönliche Sichtweise, die vorhandene Erfahrung und die Hierarchie der Konstrukte. Konstruktionen werden zueinander in Relationen gesetzt.

Begriffe und Elemente sind dabei vielfältig zu fassen. Letztendlich geht es um die Relation von Dingen, Sachverhalten, Zuständen, anderen Menschen, etc., die in irgendeiner Weise den Betroffenen kontaktieren und somit Umweltausschnitte repräsentieren.

Die SLT bietet dazu die Möglichkeit, die subjektive Theorie eines Beforschten zu explizieren. Nachdem zunächst zentrale Begriffe, als Erklärungseinheit von Konstrukten, erstellt wurden, werden diese geordnet (sortiert), benannt, systematisch verglichen und in ein Konstruktsystem eingebracht. Anschließend erfolgt die Bewertung des Systems, indem die Begriffe zueinander in Relation gesetzt werden.

Zur Explikation der jeweiligen subjektiven Theorie müssen folgende Wege gegangen werden.

A) Auswahl der Grundgesamtheit (Beforschten)

Zunächst ist zu unterstellen, dass jeder Mensch eine subjektive Theorie zu einem beliebigen Konstrukt haben wird. Um jedoch deren subjektive Sichtweise zu qualifizieren, wurden zunächst Probanden ausgewählt, die sich mit der Forschungsfrage professionell auseinandersetzen können. Dies kann von Studenten der Erziehungswissenschaften im sechsten Semester erwartet werden.

⁴⁵³

Vgl. Seelig 2000, S. 31.

B) Sammeln der Begriffe

Um die Forschungsfrage zu strukturieren, wurden zunächst valide Begriffe des Forschungsgegenstandes gesucht. Dazu wurden die zentralen Begriffe der ICF verwendet, deren Norm als derzeit valide angesehen werden kann. Diese zentralen Begriffe wurden mit der aktuellen Literatur zur Gesundheitswissenschaft verglichen. Die zentralen Begriffe wurden auch hier erhoben (vgl. Hurrelmann et al) und mit denen der ICF verglichen. Die so reflektierten Begriffe wurden zu den zentralen Begriffen eines Interviewleitfadens.

Im Leitfadeninterview werden die Beforschten ihre implizite subjektive Theorie konstruieren und dabei die strukturierten Begriffe in eine Beziehung bzw. Relation setzen.

C) Erhebung der Begriffe und Kategorien

Die Auswertung der Leitfadeninterviews erfolgte nach dem Modell von Meusel und Nagel⁴⁵⁴, da dieses auf die Kategorisierung und damit auf die Erhebung von Begriffen abzielt und nicht die hermeneutische Interpretation des Interviews in den Fokus stellt. In der Auswertung der Interviews wurden die vorab erhobenen Begriffe und Kategorien mit denen der Beforschten verglichen und eine vorläufige subjektive Theorie konstruiert.

D) Struktur–Lege-Technik

Die implizite Konstruktion subjektiver Theorien sollte abschließend durch die Beforschten expliziert werden, um letztendlich eine Übereinstimmung mit den Annahmen des Forschers zu erhalten.

Daher wurden die übereinstimmenden Begriffe aus den Interviews auf Kärtchen übertragen. Diese mussten durch die Probanden zueinander in Relation gebracht werden. Die Technik wurde durch den Forscher unterstützt und die Probanden aufgefordert, das strukturierte Legen zu kommentieren. Das begleitende Interview wurde nicht mehr transkribiert sondern nur wichtige Paraphrasierungen zum SLT übernommen.

E) Auswertung

Die Verwendung von gleichen Begriffen durch unterschiedlich erhobene Verfahren, verbunden mit der Explikation und Relation dieser Begriffe lässt in der Schlussfolgerung die Richtigkeit der Forschungsfrage bzw. des Forschungsgegenstandes zu.

⁴⁵⁴ Vgl. Weyers 2006, Online im WWW unter URL: http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/personen/weyerss/10_Leitfadeninterview.pdf. [Stand 15.01.2008].

6.5.3 Wissenschaftliche Zielstellung

Bisherige Quer- und Längsschnittuntersuchungen betrachten die Biographie von Lehrenden in ihrer Sozialisation, der subjektiven Selbstkompetenz, der Problemwahrnehmung und deren Bewältigung und selbstverständlich den Fortschritt der Unterrichtsmethodik⁴⁵⁵. Auch die physisch-psychische Belastung der Lehrenden war Gegenstand von Untersuchungen⁴⁵⁶.

Der teilweise besorgniserregende Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in der Schule wurde durch langjährige, kontinuierliche Untersuchungen⁴⁵⁷, aktuell durch den Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KiGGS 2007), sehr fundiert untersucht.

Die Notfallkompetenz von Lehrenden und Schülern wurde durch die Universitätsklinik Wien mit dem Ergebnis evaluiert, dass eine qualitativ hochwertige Erste-Hilfe-Ausbildung die Notfallkompetenz deutlich verbessert⁴⁵⁸.

Ausgehend vom nicht zufrieden stellenden Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Schulen und der Tatsache, dass Notfallkompetenz nur laienhaft praktiziert wird, wurde in der vorliegenden Arbeit zunächst eine Analyse und Bewertung des Standes der Umsetzung von Konzepten und Wirkungen der Gesundheitsförderung und Notfallkompetenz in Schulen dargestellt. Bisherige Untersuchungen sahen den Schwerpunkt in den Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit von Schülern und Lehrern. Unter Bezug auf die mehr oder weniger allgemeinen Forderungen soll - im Gegensatz dazu - die Notwendigkeit der medizinischen Lehrerkompetenz untersucht werden. Folgende wissenschaftliche Fragestellungen sind zu bearbeiten:

- Über welche Kompetenzen in der Interpretation gesundheitlicher Störungen, der Ersten Hilfe und der Notfallintervention verfügen Lehrende in Schulen?
- Wird seitens der Lehrenden die Notwendigkeit einer medizinischen Professionalisierung reflektiert?
- Wie würde sich die Entwicklung medizinischer Kompetenzen aus der Sicht der Lehrenden auf die Professionalität im pädagogischen Handeln auswirken?
- Welche Kenntnisse von Gesundheit und Krankheit sind notwendig, um eine nachweisbare medizinische Professionalisierung von Pädagogen zu erreichen?

⁴⁵⁵ Vgl. Terhart 2002.

⁴⁵⁶ Vgl. Spanhel und Hüber 1995.

⁴⁵⁷ Vgl. Hurrelmann 2007.

⁴⁵⁸ Vgl. Fleischhagl et al 2006.

6.5.4 Interviews und Strukturbilder

In dieser Arbeit sind vor allem die individuellen Einstellungen, Argumentationen, Überzeugungen und Erfahrungen der Beforschten von Interesse. Hinterfragt wird in diesem Zusammenhang das Orientierungs- und Bedingungswissen der Studenten. Änderungswissen⁴⁵⁹ als Grundvoraussetzung für Verhalten in einer definierten Situation, ist mit dem gewählten methodischen Vorgehen nicht messbar. Es ist in diesem Zusammenhang auch zu unterstellen, dass ein für die medizinische Lehrerkompetenz notwendiges Änderungswissen derzeit nicht verfügbar ist. Die Anwendung der Interviewtechnik, im Dialog–Konsens-Verfahren stellt ein gesichertes Instrument dar, die jeweiligen subjektiven Theorien herauszuarbeiten. In einem zweiten Schritt soll die subjektive Theorie reflektiert und explikativ rekonstruiert werden.

Auf eine vorhergehende schriftliche Befragung der Teilnehmer wurde aufgrund der Kleinheit der Gruppe verzichtet. Auch die regelmäßigen Reflexionen zwischen Studenten und Forscher ließen die Notwendigkeit einer vorhergehenden Befragung als nicht notwendig erscheinen. Außerdem wäre es möglich, dass zusätzliche Forschungsinstrumente die subjektive Theorie des Einzelnen beeinflussen.

In Anlehnung an Meyer⁴⁶⁰ wurde zunächst der primäre Sinnzusammenhang konstruiert, welcher die Beforschten und den Forscher im aktuellen Geschehen berücksichtigt. Der sekundäre Sinnzusammenhang ergab sich einerseits durch die in den Interviews erhobene Eigenperspektive der Interviewten und im zweiten Schritt aus der Explikation durch die SLT und das Nachgespräch, welche mit der Fremdperspektive des Forschers verglichen wurden. Die tertiären Sinnzusammenhänge erschlossen sich aus der Interpretation der Forschungsergebnisse, wobei die Reflexion dazu führte, dass aus der Fremdperspektive des Forschers dessen Eigenperspektive wurde. Dies erscheint wichtig, da es bei der wissenschaftlichen Reflexion auch um Verstehen und Deuten geht, was aus Sicht des Konstruktivismus die Frage aufwirft, inwiefern eine Kompatibilität des kommunikativen Austauschs gegeben ist⁴⁶¹.

⁴⁵⁹ Vgl. Kaminski 1978.

⁴⁶⁰ Vgl. Meyer 2002, S.116.

⁴⁶¹ Vgl. Glaserfeld 1997, S.232.

6.5.5 Auswahl der Grundgesamtheit

Im Wintersemester 2008/2009 wurden im Rahmen von Lehrveranstaltungen an der Universität Rostock, Institut für Allgemeine Pädagogik und Sonderpädagogik, Seminare zum Thema Gesundheitsbildung von Erziehungswissenschaftlern genutzt, um einerseits gesundheitliche und Krankheitsaspekte von Kindern und Jugendlichen zu vermitteln. Andererseits war es Ziel, während der reflexiven Phasen der Seminare die individuellen Einstellungen, Argumentationen, Bezüge und Überzeugungen zum Gesundheitsverständnis von angehenden Erziehungswissenschaftlern zu erheben, die vorhandene Wissensbasis der Teilnehmer einzuschätzen und ihre Handlungsintentionen im Fall einer gesundheitlichen Störung zu erfahren. Die Gestaltung der Seminare erfolgte unter Anwendung bzw. auf der Grundlage der international gültigen ICF- Norm. So wurde während der gesamten Seminarphasen ein auf gleichen Grundannahmen basierender Dialog gesichert, sodass die individuelle Konstruktion und Konzeption durch die Teilnehmer in einem Dialog-Konsens-Verfahren mit dem Dozenten kommuniziert werden konnte und ein vergleichbares Kategoriensystem existiert.

Als grundlegende Aussage der ICF gilt, dass der Mensch nicht nur im klassisch medizinischen Sinn krank oder gesund ist, sondern Faktoren berücksichtigt werden müssen, die einerseits auslösendes Agens einer Krankheit sein können, andererseits diagnostisch gesicherte Krankheiten nicht zwingend Krankheitswert besitzen müssen. Die ICF bietet hierzu folgende Grundbetrachtungen, die als Grundlage der Seminargestaltung genutzt wurden:

- Die Kenntnis der Körperstruktur und deren Störungen.
- Die Kenntnis der Körperfunktion und deren Störungen.
- Die Kenntnis der Partizipation und deren Störungen.
- Der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Umwelteinflüsse.

Das Seminar wurde von insgesamt neun Studierenden der Erziehungswissenschaften im sechsten Semester besucht, wobei diese Grundgesamtheit variierte, da nicht immer alle Studierenden die Veranstaltungen besuchen konnten. Vor dem Hintergrund dieser kleinen Grundgesamtheit ergab sich nicht die Notwendigkeit, eine Auswahl zu treffen bzw. Stichproben zu ziehen. So wurden die Studierenden gebeten, alle am Forschungsprozess mitzuwirken, was durch sieben Studenten realisiert wurde.

6.6 Interviewdurchführung

Die Interviews wurden als Leitfadeninterviews geführt. Dies ist damit zu begründen, dass die Befragten ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Ansichten möglichst frei artikulieren können. Gleichzeitig ermöglicht das Leitfadeninterview dem Forscher, Fragen offen zu formulieren, diese dem Gesprächsverlauf anzupassen und Nachfragestrategien zu entwickeln. Die Interviewsituationen waren weder auffällig noch für die Durchführung von Belang, sodass weder auf die Beschreibung des persönlichen Eindrucks noch auf die äußeren Bedingungen eingegangen werden muss.

Die Interviews begannen mit einleitenden Fragen, um eine entspannte Atmosphäre zu schaffen und Vertrauen aufzubauen. Dabei wurden Fragen zum Studium, zur Berufsvorstellung und zum Seminar Gesundheitsbildung besprochen. Akzeptanzprobleme, auch in der Anwendung des Diktiergerätes gab es nicht. Der Einstieg in den Hauptteil erfolgte mit der Frage nach der Zuständigkeit von Lehrern für die gesundheitlichen Probleme der Schüler. Die sehr offene, weit interpretierbare Einstiegsfrage diente dabei auch der Reflexion, ob die Befragten von sich aus die medizinische Kompetenz von Lehrern mit den Inhalten der Seminare in Verbindung bringen. Die Fragen des Hauptteils bezogen sich auf die zentralen Begriffe der Seminare bzw. der ICF-Norm.

Die Interviews verliefen aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung und des jeweiligen Wissens sehr unterschiedlich. So mussten auch die Nachfragen der Interviewsituation entsprechend variiert werden und die Reihenfolge der Leitfragen geändert werden.

6.6.1 Interviewleitfaden

Frageteil A (einleitender und allgemeiner Fragenteil, ca. 5 Minuten)

1. Studium, Studiendauer, Semester
2. Berufliche Zielvorstellung
3. Vorbereitung auf späteren Einsatz (Rüstzeug)
4. Grund für die Teilnahme am Seminar Gesundheitsbildung

Fragenteil B (spezielle Fragen, ca. 30 Minuten)

5. Wie sehen Sie die Zuständigkeit von Lehrenden für medizinische Probleme der Schüler?
6. Wie sind Sie als zukünftige Erziehungswissenschaftler auf Notfallsituationen vorbereitet?
7. Gibt es Vorkenntnisse und / oder Vorerfahrungen?
8. Welche Kenntnisse und Vorerfahrungen sind zur Körperstruktur vorhanden?
10. Welche Kenntnisse und Vorerfahrungen sind zu den Änderungen von Aktivitäten und Partizipation vorhanden?
11. Welche Kenntnisse und Vorerfahrungen sind zu Umwelteinflüssen vorhanden?
12. Wie sind Sie auf den Umgang mit medizinischen Problemen von Schülern und Jugendlichen vorbereitet?

Fragenteil C (ausleitende Frage, ca. 5 Minuten)

13. Sehen Sie eine Notwendigkeit, Lehrer zukünftig medizinisch zu bilden?

Weitere zunächst enthaltene Fragen wurden nach dem Probeinterview herausgenommen, da der Kenntnisstand der Befragten nicht zur Beantwortung führen konnte.

Am Ende der Interviews wurde mit den Befragten ein zweiter Termin vereinbart. Dieser fand vier Wochen später statt. Die verbleibende Zeit wurde genutzt, die Interviews zu transkribieren, um zentrale Begriffe zu erheben und eine vorläufige subjektive Theorie zu konstruieren. Die Aussagen aus den Interviews sollten zum zweiten Termin mittels SLT expliziert werden. In Vorbereitung der Explikationsphase erhielten alle Teilnehmer die Transkription zur Prüfung und einen Leitfaden zum SLT.

6.6.2 Die Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an das von Meusel und Nagel⁴⁶² vorgeschlagene sechsstufige Verfahren. Dieses Verfahren erwies sich zeitlich weniger aufwendig als hermeneutisch orientierte Verfahren und hat die eigentliche Darstellung der Inhalte im Fokus. Folgend sollen die Stufen kurz skizziert werden.

⁴⁶² Vgl. Weyers 2006.

1. Stufe: Lesen und Markieren der Antworten auf die Leitfragen im transkribierten Text.
2. Stufe: Wiederholtes Lesen und Einordnung der passenden Textstellen in das vorab entwickelte Kategorien- bzw. Begriffeschema mittels Tabellierung.
3. Stufe: Herstellen einer subjektiven Theorie durch Vergleich und Zuordnung der Interviewaussagen.
4. Stufe: Beschreibung der subjektiven Theorie in Textform.
5. Stufe: Zuordnung der jeweiligen Interviewausschnitte zu einem zusammenfassenden Text.
6. Stufe: Darstellung der Ergebnisse in der Forschungsarbeit.

6.6.3 Anleitung zum Struktur–Lege–Test (SLT)

In Anlehnung des Vorgehens von Meyer (Meyer 2002) wurden aus den Transkriptionen die zentralen Begriffe und Argumentationen der Interviewteilnehmer expliziert und deren vorläufige subjektive Theorie konstruiert.

Die Theorien wurde kategorisiert und die Kategorien bzw. Begriffe auf Kärtchen übertragen. Diese Begriffe und Kategorien wurden während des Tests zueinander in Relation gelegt (auf Zeichenkarton A 3). Der Proband wurde während des Legens gebeten, seine Überlegungen zu kommentieren.⁴⁶³

- | | |
|----------------|---|
| Kategorie A: | Zentraler Begriff (quadratisches gelbes Kärtchen). |
| Kategorie A 1: | Kategorien, die in einem Wirkungs- oder Abhängigkeitsverhältnis stehen (rote und blaue Kärtchen). |
| Kategorie B: | Formale Beziehungen zwischen Kategorien, Begriffen, Erklärungen, nachfolgend als Relationen bezeichnet (schmale grüne Kärtchen). ⁴⁶⁴ |

Die Relationen verbinden die einzelnen Kategorie und / oder Begriffskärtchen.

Folgende Relationen werden angeboten:

- Definition,
- Ober-, Unterbegriff,

⁴⁶³ Vgl. Meyer 2002, S. 127.

⁴⁶⁴ Vgl. Meyer 2002, S. 128, vgl. Groeben, Wahl, Schlee, Scheele 1988, Anleitung zur Strukturlegetechnik.

- Ziel, Zweck, Absicht,
- Voraussetzung, Bedingung,
- Ursache, Grund,
- Merkmal,
- Folge, Konsequenz,
- Wechselwirkung.⁴⁶⁵

Kategorien- und Begriffskärtchen, die nebeneinander oder untereinander stehen, wurden im Sinne einer „und“- Verbindung, also als eine Relation bewertet.

Es stand jedem Probanden frei, weitere Kategorien und Begriffe zu bestimmen bzw. Relationen festzulegen. Es mussten nicht alle vorgegebenen Begriffe, Kategorien und Relationen verwendet werden. Das Legen des Strukturbildes wurde durch den Untersucher begleitet. Hilfestellungen durch den Untersucher waren möglich. Die Erläuterungen des Probanden wurden aufgezeichnet um die sich anschließende Paraphrasierung durchführen zu können. Das erstellte Strukturbild wurde abschließend fixiert und fotografiert.⁴⁶⁶⁴⁶⁷ Pro Untersuchung standen 30 Minuten Zeit zur Verfügung.

6.6.4 Auswertung der Forschungsergebnisse

Ausgehend von der Annahme, dass jeder Mensch eine subjektive Theorie zu einer bestimmten Aussage besitzt, werden zunächst die subjektiven Theorien der Teilnehmer in nachstehender Tabelle dargestellt.

Die Erhebung der subjektiven Theorien stellte sich als schwer durchführbar heraus, da die Zuordnung der sehr persönlichen Theorien der Interviewten nicht ohne weiteres zu den vorab entwickelten Kategorien passte. Es konnte dabei festgestellt werden, dass die Übergänge zwischen den subjektiven Theorien sowohl in einer Person als auch im Vergleich mehrerer Personen nicht strikt getrennt werden können. Das heißt, die subjektive Theorie des Einzelnen kann in der Theorie des Anderen in Verbindung mit weiteren Kategorien und Begriffen vorkommen. Deshalb können die nachstehenden Kategorien der Interviewten nicht scharf abgegrenzt werden.

⁴⁶⁵ Vgl. Meyer 2002, S. 128.

⁴⁶⁶ Vgl. Meyer 2002, S. 128.

⁴⁶⁷ Die Originale sind auf Zeichenkarton A 3 fixiert und damit zur Anlage ungeeignet. Die Fotos befinden sich in der Anlage. In der Arbeit wurden die Ergebnisse in das Format Powerpoint 2003 übertragen.

Tabelle 3 Zuordnung der subjektiven Theorien zu Kategorien

	Kategorie und Begriffe der subjektiven Theorie	Zuordnung der Interviewten
1	Professionell tätige Pädagogen brauchen medizinische Kompetenzen.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
2	Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
3	Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an Hochschulen gehören.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Johannes V., Henriette K., Nicole V.
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Nicole V.
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Johannes V., Nicole V.
7	Die Kenntnisse der Ersten Hilfe reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen gedeutet werden.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
9	Vor allem für Ganztagschulen stellt die medizinische Kompetenz (wenigstens) eines Verantwortlichen einen wesentlichen, notwendigen Teil der Betreuungsleitung dar.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht	Sara K., Susann K., Franziska L.,

	ausreichend bekannt.	Anne G., Henriette K., Nicole V.
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
12	Veränderungen in den Aktivitäten und der Partizipation können erkannt, aber nicht zugeordnet werden.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.
14	Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse sollte Grundbestandteil des Studiums sein.	Sara K., Susann K., Franziska L., Anne G., Henriette K., Johannes V., Nicole V.

(Quelle: In Anlehnung an Meyer 2002, S. 129 ff.)

6.6.5 Einzelfalldarstellung

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit ist es beabsichtigt, die subjektiven Theorien der sieben Teilnehmer vorzustellen, die impliziten und expliziten Aussagen miteinander zu vergleichen und auszuwerten. Es erwies sich im Interviewverlauf, dass die Fragen nach der Notfallkompetenz und der medizinischen Kompetenz durch die Interviewten nicht so klar getrennt wurden wie laut Interviewleitfaden erwartet. Deshalb stellte sich schon bald heraus, dass einige Fragen nicht wiederholt gestellt werden mussten. Daher finden sich die Fragen zur Körperstruktur und -funktion, Aktivitäten und Partizipation sowie der Umwelt nur einmal wieder. In der Explikation der subjektiven Theorie erklärt sich dieses Phänomen durch die Konstruktion von Wechselwirkungen.

Die Einzelfalldarstellungen erfolgen entsprechend dem nachstehenden Schema⁴⁶⁸.

⁴⁶⁸

Vgl. Meyer 2002 S. 131.

6.6.6 Das Interview

Die subjektiven Theorien der Interviewten werden den erhobenen Kategorien zugeordnet. Auf eine vorwegnehmende Beschreibung und Einschätzung der jeweiligen subjektiven Theorie der Teilnehmer wird verzichtet, da auch dies zu einer Veränderung der Sichtweise führen würde. Ebenso wird auf eine Beschreibung der einleitenden Interviewfragen verzichtet, da die Eingangsfrage des Hauptteils als Grundfrage verstanden wird und in den folgenden Fragen eine Hierarchie in der subjektiven Theorie des Interviewten vermutet wird. Die Zuordnung der subjektiven Theorien zu zentralen Kategorien und Begriffen erfolgt dabei unter folgenden Aspekten:

- Darstellung persönlicher Erfahrungen,
- Darstellung der Wissensbasis,
- Eigenständigkeit in der Explikation während des Interviews,
- wiederholter Gebrauch gleicher Begriffe oder Metaphern⁴⁶⁹.

Die Interviews wurden zur besseren Lesbarkeit abgerundet, unwichtige Passagen, Wiederholungen und Füllwörter werden nicht wiedergegeben. Die Aussagen der Interviewteilnehmer werden im Indikativ dargestellt. Die Beteiligten werden mit dem Vornamen und dem ersten Buchstaben des Nachnamens angegeben.

6.6.7 Strukturbilder

Im Verlauf des Strukturlegens erläutern die Teilnehmer die Konstruktion ihres Strukturbildes. Dabei soll der Fokus in der selbständigen Erarbeitung liegen. Alle Strukturbilder werden in der Arbeit dargestellt und die Vorgehensweise beschrieben.

Die Teilnehmer wurden gebeten, ihre Gedanken während des Legens zu äußern.

In einer abschließenden Zusammenfassung sollte das Strukturbild präsentiert werden.

Die Aussagen wurden für die vorliegende Arbeit paraphrasiert.

Abschließend erfolgt eine vergleichende Betrachtung zwischen Übereinstimmungen und Widersprüchen von Interview und Strukturbild.

⁴⁶⁹ Kallenbach 1996, S. 97, In: Meyer 2003, S. 132.

6.7 Auswertung der Forschungsergebnisse

6.7.1 Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Anne G.

Tabelle 4 Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff

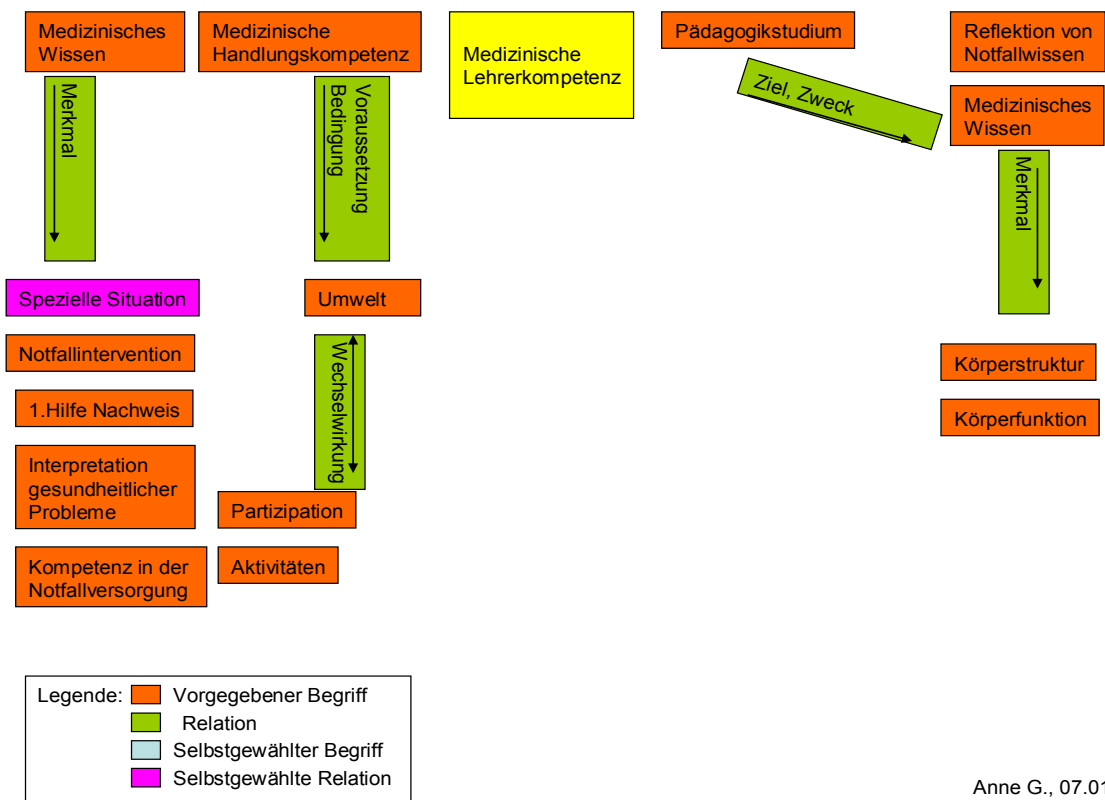
Lfd. Nummer	Kategorien und zentrale Begriffe	Interviewinhalt
1	<p>Professionell tätige Pädagogen benötigen medizinische Kompetenzen.</p>	<p>Ja, auf jeden Fall. Nicht nur im täglichen Umgang. Unser Beruf ist ja auch viel in Beratungseinrichtungen tätig und da fällt bestimmt auch mal die ein oder andere medizinische Frage an, die man in Ansätzen schon mal beantworten oder einschätzen können sollte, ob ein Arztbesuch empfehlenswert wäre oder ob man mit einfachen Tipps weiterkommen könnte, weil vielleicht die Hemmschwelle, zum Arzt zu gehen, bei manchen groß ist, vielleicht sogar niedriger als zu Erziehungsberatungsstellen zu gehen. Weiß man ja nicht. Deswegen denke ich, dass das durchaus wichtig ist.</p>
2	<p>Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.</p>	<p>Außer das Seminar von Ihnen bisher gar nicht, wenn ich mich da so richtig erinnere. Finde ich eigentlich auch schade. Deswegen finde ich das auch sehr interessant.</p>
3	<p>Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an Hochschulen gehören.</p>	<p>Es müssen jetzt nicht alle eine komplette Ausbildung in Medizin haben, aber immer wieder aufzufrischende Kenntnisse sollten sie haben. Nicht nur in der Ganztagschule. Aber gerade in der Ganztagschule sollte es schon so</p>

		sein, dass ein Schularzt oder zumindest in der Nähe ein niedergelassener Arzt da sein sollte. Die Kinder sind da eben den ganzen Tag. Obwohl natürlich zuhause auch nicht immer ein Arzt um die Ecke ist. Aber wenn da so viele Kinder auf einmal sind und da auch so viel passieren kann und wahrscheinlich auch wird, sollte das schon schnell zugänglich sein.
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	Allgemeinwissen würde ich sagen, aber sonst keine Scheine oder ähnliches. Aber nicht so, dass ich mich in der Lage fühlen würde, tatsächlich mit medizinischen Problemen umgehen zu können. Nur das typische Laienwissen, dieses gefährliche Halbwissen.
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Fühle ich mich nicht wirklich vorbereitet. Also ich habe auch keinen zusätzlichen Kurs gemacht, bis auf den üblichen für den Führerschein.
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	Sofern, dass ich den Notarzt rufen würde. Solches Restwissen, das ich noch in meinem Kopf habe, von stabiler
7	Die Kenntnisse der Ersten Hilfe reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Seitenlage, Blutungen stoppen, notdürftig verbinden, Erste Hilfe machen. Aber selbst da bin ich mittlerweile unsicher geworden, weil es jetzt schon sieben Jahre her ist, dass ich meinen Führerschein gemacht habe.
8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen	Das liegt einfach an dem Verhalten der Person. Wenn ich täglich mit den Personen zu tun habe, würde ich schon sagen, dass ich soweit sensibilisiert bin,

	gedeutet werden.	dass ich eine stärkere Persönlichkeitsänderung durchaus wahrnehmen würde. Würde ich mir zutrauen.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht ausreichend bekannt.	Grundlegendes ja, aber ich würde mich hier nicht hinstellen und ihnen sagen, dass ich die komplette Anatomie referieren könnte.
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	Gerade Nasenbluten, da gibt es ja...das ist wieder dieses tolle Halbwissen, wo man mal hier und mal da was gelesen hat. Mal hört man, man soll den Kopf zurück legen und das Blut hereinfließen lassen, dann sagt irgendwer, das ist total verkehrt, man sollte es eher herausfließen lassen.
12	Veränderungen in den Aktivitäten und der Partizipation können erkannt aber nicht zugeordnet werden.	Wenn es nicht eine Schulklasse ist, wo es 35 Kinder gibt und man eine Schulstunde hat, ich bin ja nun keine Lehrer, aber ich könnte mir vorstellen, dass es schwierig ist, auf jedes Kind einzeln einzugehen.
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	Die Gruppe auf jeden Fall mit einbeziehen. Dass das Kind nicht allein da steht und von allen angestarrt wird. Dass man dem Kind erklärt, was passiert ist und sagt, dass er oder sie nicht alleine sein sollte und dass alle sich ein bisschen kümmern sollten und gucken, wie das Kind gerade so drauf ist: Vielleicht möchte es auch gerade allein sein, vielleicht nicht komplett aber

		auch nicht so, dass noch 20 andere Kinder drum herum stehen und es anstarren. In Interaktion mit dem Kind und der Gruppe stehen. Zusammenarbeiten und schnell einschätzen können, was jetzt wirklich vom Kind in dieser Situation benötigt wird.
14	Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse während des Seminars sollte Grundbestandteil des Studiums sein.	Auf jeden Fall ist es sinnvoll, so etwas wie in Ihrer Vorlesung ins Studium zu integrieren, also medizinisches Wissen meine ich.

Abb. 2 Strukturbild von Anne G.



Anne G., 07.01.2009

6.7.1.1 Auswertung des Strukturbildes von Anne G.

Anne G. legt ihr Strukturbild sehr zielorientiert, scheinbar impulsiv. Sie bezieht sich zunächst jedoch kaum auf ihre eigene Theorie aus dem Interview. Sie beginnt damit, die ungeordneten Begriffs- und Relationenkärtchen zu ordnen, zu kategorisieren.

Zunächst positioniert sie die medizinische Lehrerkompetenz zentral im Strukturbild und legt die Begriffe Pädagogikstudium, medizinisches Wissen und medizinische Handlungskompetenz in einer und-Verbindung nebeneinander. Sie konstruiert somit eine Einheit, in der das Studium der Pädagogik auch medizinisches Wissen enthalten soll. Ziel dieser Überlegung ist es, mittels der Kenntnisse von Körperstruktur und Körperfunktion medizinisches und Notfallwissen im Anwendungsfall besser reflektieren zu können. Das medizinische Wissen ist für sie weiterhin wichtig, weil in speziellen Situationen eine Kompetenz in der Notfallversorgung gegeben ist, gesundheitliche Probleme interpretierbar sind und eine Notfallintervention erfolgen kann.

Wichtig war Anne G. dabei die selbstgewählte Relation „spezielle Situation“, um den Nutzen des medizinischen Wissens nochmals hervorzuheben.

Insgesamt sieht Anne G. die Notwendigkeit der medizinischen Handlungskompetenz als Voraussetzung, um Veränderungen der Umweltsituation einerseits und die Wechselwirkung zu den Aktivitäten und der Partizipation andererseits erklären zu können.

6.7.1.2 Paraphrasierung des SLT von Anne G.

Anne G. ordnet sich zunächst die Begriffe „Körperstruktur“ und „Körperfunktion“ zu und bezeichnet beide als Merkmale. Danach wendet sie sich den Begriffen „medizinisches Wissen“ und „medizinische Handlungskompetenz“ zu und erklärt, dass diese wichtig seien, um Umwelteinflüsse einschätzen bzw. auf spezielle Situationen reagieren zu können. Gleichzeitig sieht sie diese Begriffe als Merkmale von medizinischer Lehrerkompetenz an.

Im Pädagogikstudium sollte man die Möglichkeit erhalten, medizinisches Wissen vermittelt zu bekommen, führt sie weiterhin aus, woraufhin die Frage gestellt wurde, ob sie damit den Begriff „Partizipation“ verbindet, was sie bejahte.

Durch den Forscher wurde der Begriff „Partizipation“ nochmals im Zusammenhang mit dem Modell der ICF strukturiert. Daraufhin ordnet sie den Begriff der „Partizipation“ der „Interpretation gesundheitlicher Probleme“ und der „Notfallkompetenz“ zu. Gleiches tat sie mit dem Begriff „Aktivitäten“. Sie brachte dabei zum Ausdruck, dass ihr die enge

Verbindung aller genannten Begriffe (und–Relation) wichtig ist. Das Pädagogikstudium ist für sie damit verbunden, dass Kenntnisse von Körperstruktur und -funktion zu medizinischem Wissen führen. Anschließend beschreibt sie ihre Irritation durch den Begriff „Reflexion von Notfallwissen“. Dies zum Anlass nehmend wurden Anne G. nochmals die adäquaten Inhalte aus dem Interview verlesen. Anschließend überlegte sie kurz und formulierte, die „Reflexion von Notfallwissen“ und medizinisches Wissen gehörten im Sinne einer und–Relation zusammen.

In einer abschließenden Reflexionsrunde überprüfte Anne ihr Strukturbild und befand es für gut.

6.7.1.3 Auswertung der subjektiven Theorie von Anne G.

Nach anfänglicher Skepsis bzgl. der Übereinstimmung von Implikation und Explikation, gelingt es Anne G., die Aussagen des Interviews im Wesentlichen zu strukturieren. Sowohl die Aussagen des Interviews als auch der SLT stimmen hinsichtlich der konstruierten Kategorien / Begriffe überein. Medizinische Lehrerkompetenz ist für sie an das Pädagogikstudium gekoppelt und führt dazu, dass weitere Kompetenzen resultieren, die wesentlich für das Handeln in medizinischen oder Notfallsituationen bzgl. der schülerbezogenen Aktivitäten, der Partizipation und der Berücksichtigung von Umwelteinflüssen sind.

6.7.2 Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Franziska L.

Tabelle 5 Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff

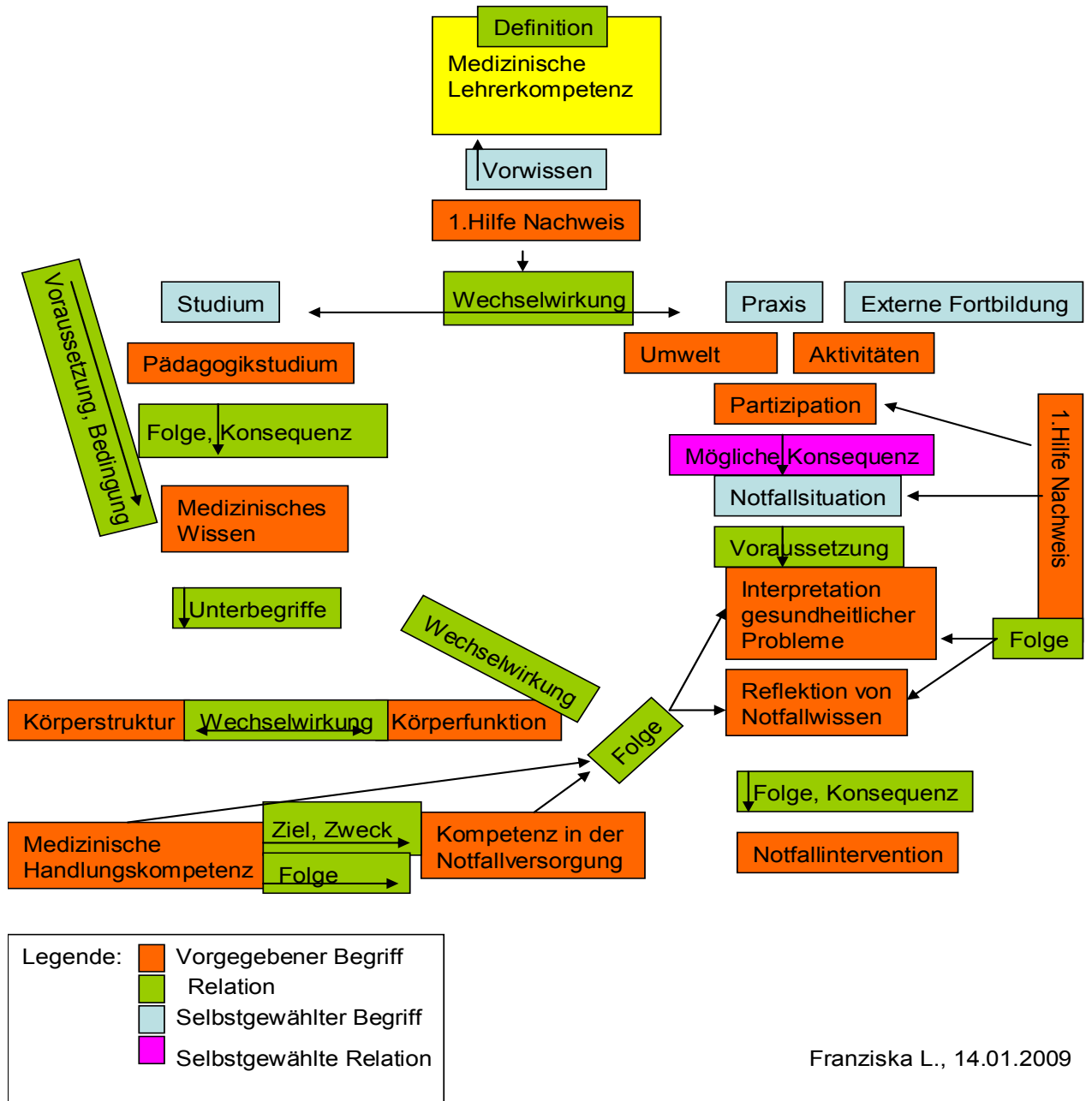
Lfd. Nummer	Kategorien und zentrale Begriffe	Interviewinhalt
1	Professionell tätige Pädagogen brauchen medizinische Kompetenzen.	Kompetenzen haben auf jeden Fall. Natürlich nicht in dem Rahmen eines Arztes, ganz klar, aber man sollte über die Erste Hilfe hinaus handeln können und auch Dinge selbst erkennen, ohne dass jemand auf einen zukommt und sagt: „Mir tut das und das weh!“. Das

		finde ich gerade für einen Pädagogen, weil der ja mit den Menschen agiert, worum es ja hauptsächlich geht, wichtig, dass dieser dann dementsprechend reagieren kann.
2	Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.	Außer jetzt in Ihrer Veranstaltung hatte man mal in Psychologie zwei, drei Sachen, die damit auch zusammenhängen, aber ansonsten gar nicht.
3	Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an Hochschulen gehören.	Dadurch, dass viele Kinder übergewichtig werden, was auf die Konzentrationsfähigkeit zurückgeht und was da sonst noch alles hereinspielt. Darüber sollte man Kenntnisse habe
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	Dass ich von bestimmten Fällen gar keine Ahnung habe oder in bestimmten Fällen, wie wir sie jetzt behandeln, gar nicht reagieren könnte oder gar nicht wüsste, was es ist. Und es eigentlich wichtig ist für Pädagogen, die gerade mit Menschen zusammen arbeiten und ungefähr eine Ahnung haben sollten.
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Also ich habe mal einen Ersten-Hilfe-Kurs gemacht. Aber ich habe vor ein, zwei Tagen mal darüber nachgedacht, was ich denn davon wirklich noch weiß. Und habe mich mit Leuten unterhalten
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	und festgestellt, dass ich zwar Sachen wir stabile Seitenlage und andere grobe Sachen noch weiß, aber ob ich sie in so einer Situation durchführen könnte, wage ich zu bezweifeln.
7	Die Kenntnisse der Ersten Hilfe	Ich denke, es ist schwierig aus dem

	reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Stegreif zu wissen, was man da machen muss. Also natürlich erst einmal für Erste Hilfe sorgen, obwohl man sich da schon fragt: „Was mach ich denn jetzt als erstes?“, also außer jetzt einen Notarzt rufen und solche Sachen.
8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen gedeutet werden.	Ich würde versuchen, beruhigend auf das Kind einzuwirken, ganz klar und erst einmal versuchen, ihm die Angst zu nehmen, weil es wahrscheinlich absolut panisch ist: „Mutti ist tot“. Man kann natürlich nicht sagen: „Mit Mutti ist alles gut!“, aber man sollte versuchen, das Kind zu beruhigen und sagen, dass gleich jemand kommt und hilft. K: Sehen sei eine Notwendigkeit Lehrer zukünftig zu bilden?
9	Vor allem für Ganztagschulen stellt die medizinische Kompetenz (wenigstens) eines Verantwortlichen einen wesentlichen, notwendigen Teil der Betreuungsleitung dar.	Eigentlich schon, aber eigentlich würde ich da auch andere Menschen mit hinein nehmen, die medizinisch tätig sind, da es auch Sozialpädagogen gibt, die zwischendurch mal die Betreuung übernehmen. Also es gehört auf jeden Fall dazu. Wir hatten das auch öfter mal in der Schule, das ein Kind Medikamente nehmen muss und dann wurde den Lehrern erklärt, dass es um eine bestimmte Uhrzeit die Medikamente nehmen muss, sie aber meist gar nicht wissen, warum. Sie machen es zwar, weil es ihnen gesagt wurde, es kann ja trotzdem mal was passieren. Vor allem in Ganztagschulen. Und auch zum Beispiel hyperaktive Kinder müssen ihre Medikamente bekommen und wenn ein

		Lehrer so etwas nicht weiß, denke ich, dass das auch oft zu Schwierigkeiten führt. Gerade weil die Kinder dann nicht mehr so hören.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht ausreichend bekannt.	Was außerhalb vom Biologieunterricht behandelt wurde oder aus persönlichen Erfahrungen.
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	
12	Veränderungen in den Aktivitäten und der Partizipation können erkannt aber nicht zugeordnet werden.	Denn es gibt ja auch viele andere Ursachen, die hinter stehen und warum jemand sich verhält, wie er sich verhält, und das muss nicht unbedingt krankheitsbedingt sein. Aber gerade durch ihr Seminar wird man ja darauf sensibilisiert, dass man auf solche Dinge noch mal anders achtet. Wenn zum Beispiel jemand in der Schule mit Bauchschmerzen ankommt, da sollte man sich nicht nur sagen: „Der hat keine Lust auf Mathe!“. Da sollte man sich trotzdem fragen, ob der nicht wirklich was hat.
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	
14	Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse während des Seminars sollte Grundbestandteil des Studiums sein.	Noch gar nicht wirklich, würde ich sagen. Und ich denke auch nicht, dass ich nach der Veranstaltung behaupten würde, alles zu wissen. Theoretisch müsste man schon eine minimale Anzahl von Ausbildung im medizinischen Studium haben.

Abb. 3: Strukturbild von Franziska L.



6.7.2.1 Auswertung des Strukturbildes von Franziska L.

Franziska L. legte ihr Strukturbild zunächst relativ ungeordnet und wurde vom Forscher gebeten, das Interview nochmals zu lesen. Daraufhin legte sie zwei Spalten an. Auf der einen Seite erfasste sie das Pädagogikstudium, auf der anderen Seite wurden die selbstgewählten Begriffe Praxis und externe Fortbildung übergeordnet. Zwischen beiden Spalten entstand dabei eine Wechselwirkung. Medizinisches Wissen als Oberbegriff für die Kenntnisse von Körperstruktur und Körperfunktion, ist für sie Voraussetzung für medizinische Handlungskompetenz, welche wiederum eine Kompetenz in der Notfallversorgung zur Folge hat.

In der Folge verknüpfte sie den Begriff der Notfallkompetenz mit der Fähigkeit zur Interpretation gesundheitlicher Probleme und der Reflexion von Notfallwissen, welches als Voraussetzung für eine Notfallintervention betrachtet wird. Sie geht jedoch davon aus, dass die Kenntnisse von der Praxiserfahrung abhängig sind, da die Zusammenhänge zwischen Umwelt, Aktivität und Partizipation erst durch die praktische Tätigkeit erkannt werden können. Dabei nutzt sie auch das Erste-Hilfe-Wissen aus externen Fortbildungen. Abschließend definiert sie die medizinische Lehrerkompetenz als übergeordnete Kategorie und macht die Wechselwirkungen zu beiden Spalten deutlich. Auf die Frage des Forscher hin macht sie dabei deutlich, dass sich das Pädagogikstudium nicht der medizinischen Lehrerkompetenz unterordnen soll.

6.7.2.2 Paraphrasierung des SLT von Franziska L.

In unserem Fall fängt meine Überlegung mit dem Pädagogikstudium an, so die erste Aussage von Franziska L. Dieses ist, so führt sie weiter aus, die Voraussetzung zur Erlangung medizinischen Wissens. Jedoch ergibt sich dieses Wissen auch als Folge aus dem Pädagogikstudium. Sie beschreibt weiter, dass Kenntnisse der Körperstruktur und -funktion notwendig sind, um zu medizinischer Handlungskompetenz zu gelangen. Daraus ergibt sich dann auch eine Notfallkompetenz. Franziska L. wörtlich: „Es wäre schön, wenn sich aus dem Wissen irgendwann eine medizinische Kompetenz ergeben würde und eigentlich sollte man dann auch kompetent in der Notfallversorgung sein“. Dann verlangt sie ein neues Begriffskärtchen, bildet den Begriff Studium und ordnet diesen oberhalb des Pädagogikstudiums an. Dies ist für sie deshalb wichtig, weil sie einerseits den Begriff

Pädagogikstudium zu eng sieht, andererseits die Wechselwirkung zur Praxis besser herausstellen will. Sie fordert neue Begriffe: Praxis und externe Fortbildung.

Sie beschreibt dann die Reflexion von Notfallwissen als Reflexion dessen, was man wissen sollte, was dazu führt, in der Praxis auftretende Gesundheitsprobleme besser interpretieren zu können. Auch eine verbesserte Notfallintervention kann sie sich vorstellen.

Die Aktivität, Partizipation und die Umwelt beschreibt sie als Begriffe, die in der Praxis auftauchen und erst dann bewusst bewertet werden können. Den Erste-Hilfe-Nachweis sieht sie einerseits als eine Voraussetzung für medizinische Lehrerkompetenz und ordnet den Begriff dann nochmals dem selbstgewählten Begriff der externen Fortbildung zu.

Sie formuliert dann, dass Körperstruktur und -funktion Unterbegriffe des medizinischen Wissens sind. Anschließend erläutert sie nochmals die Folgen und ordnet die Relationen zu. Sie erklärt anschließend einen weiteren Begriff: Notfallsituation und die Relation mögliche Konsequenz einordnen zu wollen. Sie berichtet, dass die Aktivitäten [und Partizipation, Anm. des Verf.] in einer Umwelt möglicherweise zu einer Notfallsituation führen können, was, so führt sie weiter aus, voraussetzt, dass resultierende gesundheitliche Probleme interpretiert werden können bzw. dies abhängig von der Reflexion des Notfallwissens ist.

Abschließend erläutert sie den Zusammenhang nochmals dahingehend, dass medizinische Lehrerkompetenz dann entsteht, wenn während des Studiums theoretische Kenntnisse vermittelt werden, die in der Praxis reflektiert werden und dazu führen, dass verantwortliches Handeln in einer gesundheitsgefährdenden oder Notfallsituation entsteht.

6.7.2.3 Auswertungen der subjektiven Theorie von Franziska L.

Die subjektive Theorie von Franziska L. kann im Interview zunächst mehr überzeugen als die Aussagen mittels SLT. Trotzdem ergibt sich auch hier eine signifikante Übereinstimmung. Franziskas Theorie zur medizinischen Lehrerkompetenz zeigt eine klare Gliederung zwischen Theorie und Praxis, wobei die medizinische Lehrerkompetenz einen übergeordneten Stellenwert einnimmt. Sie strukturiert jedoch zu Recht, dass die Vermittlung theoretischer Kenntnisse während des Studiums durch das praktische Tun und Erleben in der Praxis ergänzt werden muss, um letztendlich von Kompetenz sprechen zu können.

6.7.3 Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Nicole V.

Tabelle 6 Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff

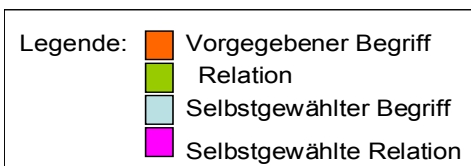
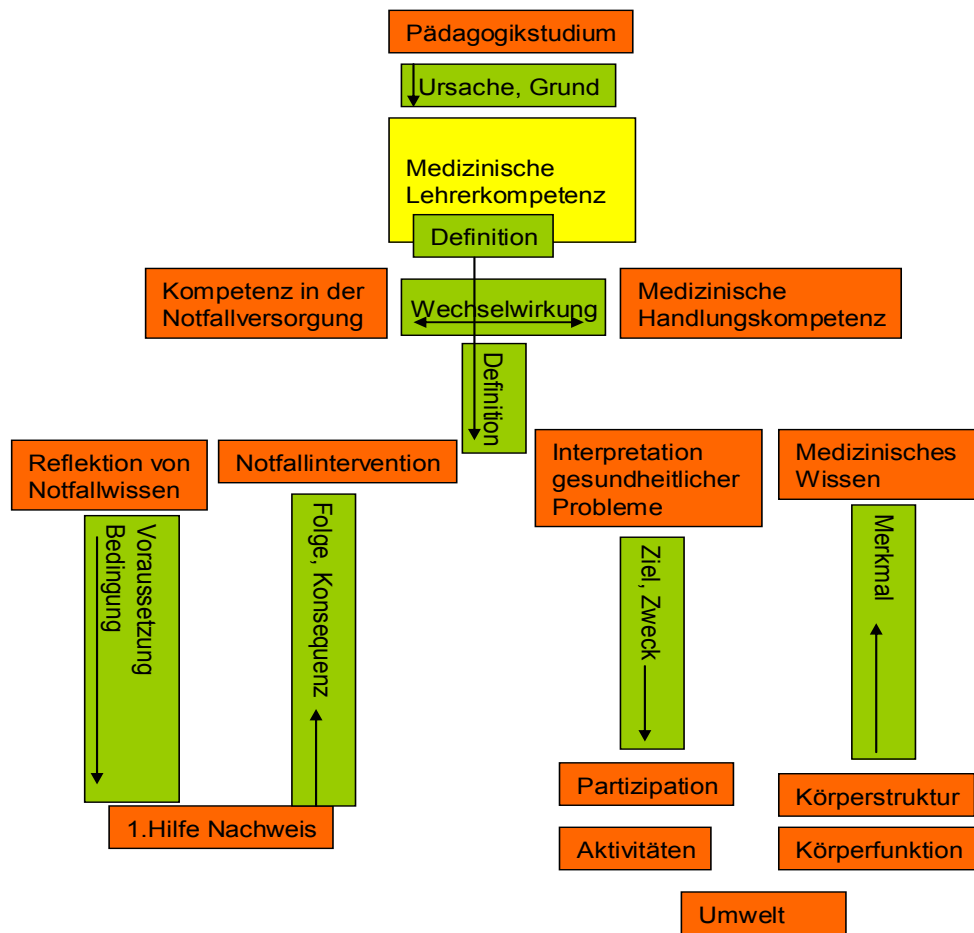
Lfd. Nummer	Kategorien und zentrale Begriffe	Interviewinhalt
1	Professionell tätige Pädagogen brauchen medizinische Kompetenzen.	Wir sind ja keine Medizinpädagogen, aber wir sollten schon einen gewissen Blick dafür entwickeln können und wirklich sehen können, stimmt was mit dem Kind nicht oder ist da alles in Ordnung.
2	Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.	Also auf den Ernstfall in der KITA werden wir gar nicht vorbereitet, generell auf den Ernstfall im Berufsleben werden wir nicht vorbereitet. Es fängt jetzt gerade an, dass wir so ein, zwei Seminare bekommen, in denen dann so praxisrelevante Sachen diskutiert werden. Es ist ganz deutlich so, dass wir da einen Blick für haben müssen, wir kommen einfach nicht drum herum. Wir sind tagtäglich mit den Kindern zusammen oder mit den Erwachsenen, je nachdem in welche Richtung man geht. Und da ist es in meinen Augen ganz wichtig, einen Blick dafür zu haben, ganz klar. Natürlich können wir nicht alles wissen, darum geht es bei uns auch gar nicht.
3	Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an	Ich habe jetzt insgesamt zwei SWS Medizin gemacht und ich denke, das sollte noch ausgebaut werden.

	Hochschulen gehören.	
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	Ich möchte nicht sagen, dass ich konkret weiß, wenn das Kind so hustet, dann hat es das und das. Aber ich kann bestimmt an einigen Sachen doch erkennen, dass irgendwas nicht stimmt, da guck ich dann mal genauer hin.
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Ich habe Anfang des Jahres einen DRK-Kurs, diesen Ersthelferkurs gemacht mit sechzehn Stunden, weil ich nebenbei auch als Babysitter arbeite. Und was ich mir noch vorgenommen habe ist, dass ich einfach noch mal diese Erste Hilfe mache, weil das einfach noch mal ein bisschen anders ist. Im DRK-Kurs gab es auch Sachen, die wir damals...äh damals, oh Gott,...zum Führerschein gelernt haben, heute gar nicht mehr gültig sind.
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	Aus dem DRK-Kurs keine. Ich sage ihnen so, wie es ist. Aber es ist natürlich logisch, dass man relativ ruhig bleiben muss, um denjenigen auch nicht in Panik zu versetzen. Also man muss sich auch andere Leute mit heran zitieren, das weiß ich auch noch
7	Die Kenntnisse der Ersten Hilfe reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Also ich kann mich noch daran erinnern, wie man Verbände macht, das weiß ich noch. Ich weiß auch, wie man die stabile Seitenlage anwendet, das habe ich mir Gott sei Dank gemerkt. Ansonsten wie man in Schocksituationen zu handeln hat oder bei Verbrennungen und solche Sachen.

8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen gedeutet werden.	Ein Beispiel aus der KITA: Da war ein Junge, bei dem der Verdacht nahe lag, dass er misshandelt wird, weil er blaue Flecke hatte. Und da wäre es für mich einfach wichtig zu wissen, wo können durch einen Sturz noch blaue Flecke entstehen, wo müsste ich jetzt aufpassen, den Verdacht einer Misshandlung zu äußern. Und das zieht sich wahrscheinlich durch alle Bereiche, die wir abdecken. Von daher finde ich das einfach wichtig, einen Blick dafür zu haben.
9	Vor allem für Ganztagschulen stellt die medizinische Kompetenz (wenigstens) eines Verantwortlichen einen wesentlichen, notwendigen Teil der Betreuungsleitung dar.	Ich erinnere mich dunkel an früher, dass mindestens ein Notfallhelfer in der Schule oder KITA war. Dass wenn was gewesen ist, jemand da war und wusste, was zu tun ist. Und das muss heute auch sein. Es sind ja nicht weniger Gefahren geworden. Die KITAS sind mitten in den Wohngebieten, wo Autos lang fahren. Es muss klar geregelt sein, wer aufpasst und wer was macht.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht ausreichend bekannt.	Natürlich habe ich im Hinterkopf gewisse Kenntnisse, die ich anwenden kann und anwenden sollte. Ich kann immer nur hoffen, dass ich im Notfall meinen Kopf erst einmal ausschalte und handle und dann im Nachhinein nicht über alles nachdenke oder ins Grübeln komme.
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	
12	Veränderungen in den Aktivitäten	Also ich hatte ein Beispiel in einer KITA.

	und der Partizipation können erkannt aber nicht zugeordnet werden.	Da war ein Junge, bei dem Autismus vermutet wurde. Ganz klar, man weiß, dass es eine Störung aus dem Hirn ist, dass man nicht genau sagen kann, welche Ursache sie hat. Natürlich wirkt sie sich auf sein Verhalten aus, und natürlich auf das Verhalten, was wir ihm gegenüber an den Tag legen können, müssen, dürfen. Aber das sind auch Sachen, die man aus dem alltäglichen Handeln heraus für sich entdeckt
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	Ganz klar das Elternhaus, immer wieder. Ganz klar auch die Einrichtung, in die das Kind geht oder nicht geht. Die ganzen Sozialisationsinstanzen, die ganzen Gleichaltrigengruppen, mit denen das Kind in Kontakt kommt. Früher oder später, je nachdem.
14	Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse während des Seminars sollte Grundbestandteil des Studiums sein.	Also ich sehe da ganz klar die Notwendigkeit, denn im alltäglichen Umgang mit Menschen, egal welchen Alters, egal welche Größe, ist es wichtig, zu wissen, wie man im Notfall handelt. Also wenn es zum Notfall kommen sollte. Natürlich auch bei Kleinigkeiten. Man muss z.B. wissen, dass wenn ein Kind Schnupfen hat, ich mir danach nicht mit der Hand durchs Gesicht gehe, wenn man dem Kind gerade die Nase abgewischt hat. Solche Sachen müssen wir einfach wissen. Deswegen ist es wichtig, so etwas beigebracht zu bekommen. Natürlich müssen wir nicht die tiefgründigsten Medizinkenntnisse haben.

Abbildung 4 Strukturbild von Nicole V.



Nicole V., 14.01.2009

6.7.3.1 Auswertung des Strukturbildes von Nicole V.

Nicole V. war bereits während des Interviews dahingehend aufgefallen, dass sie im Vergleich zu den anderen Teilnehmern eine besonders tief und konkret strukturierte Theorie zur medizinischen Kompetenz im Allgemeinen und zu der von Lehren im Speziellen aufwies.

Auf Nachfrage erklärte sie dies mit persönlicher Betroffenheit. So explizierte sie das Strukturbild auch sehr konzentriert und kommt der Grundannahme dieser Arbeit am nächsten.

Medizinische Lehrerkompetenz ist für sie ein Bestandteil des Pädagogikstudiums. Diese medizinische Lehrerkompetenz besteht dabei aus zwei Begriffen (Elementen). Einerseits soll eine Kompetenz in der Notfallversorgung resultieren, andererseits die Kompetenz in medizinisch relevanten Situationen. Beide Kompetenzen sind für sie wichtig, um im Notfall intervenieren und in medizinischen Fällen interpretieren zu können. Dabei sieht sie für die Notfallintervention auch die Voraussetzung des Erste-Hilfe-Nachweises als gegeben an. Die Konstruktion von Sinnzusammenhängen ist möglich durch die medizinischen Kenntnisse von Umwelt, Körperstruktur und -funktion, Aktivität und Partizipation.

6.7.3.2 Paraphrasierung des SLT von Nicole V.

Lehrerkompetenz sieht Nicole V. als übergeordnete Kompetenz zur Notfallkompetenz und Handlungskompetenz, sie bezeichnet letztere als untergeordnete Begriffe. Dabei sieht sie die Lehrerkompetenz [medizinische Lehrerkompetenz, A. d. V.] als Teil des Pädagogikstudiums, beschreibt eine umfassende Klammer. Notfallkompetenz und Notfallintervention beschreibt sie als zusammengehörend, da die Kompetenz ohne Intervention nicht sinnvoll ist. Die Interpretation gesundheitlicher Probleme gehört für sie zur medizinischen Handlungskompetenz und setzt voraus, dass medizinisches Wissen vorhanden ist. Sie beschreibt die Kenntnisse von Struktur, Funktion, Partizipation und Aktivität im Zusammenhang mit einwirkenden Umwelteinflüssen, deren Kenntnis einerseits Merkmale medizinischen Wissens sind, andererseits das eigentliche Ziel der Interpretation gesundheitlicher Probleme. Sie betont, dass die Interpretation gesundheitlicher Probleme notwendig ist, um dem Kind eine optimale Partizipation und Aktivität im Schulleben zu ermöglichen. Den Nachweis der Ersten Hilfe beschreibt sie als Konsequenz und als Voraussetzung für die medizinische Lehrerkompetenz. Zuletzt beschreibt sie die Wechselwirkungen zwischen Notfall- und medizinischer

Handlungskompetenz und formuliert, dass die Wechselwirkungen eigentlich überall zu finden sind.

6.7.3.3 Auswertung der subjektiven Theorie von Nicole V.

Die Interviewaussagen und die Ergebnisse der SLT stimmen bei Nicole V. besonders gut überein. Dies resultiert aus ihrer persönlichen Betroffenheit, die sie dazu bewog, besonders intensiv über die medizinische Lehrerkompetenz nachzudenken. Ihre Struktur kommt der Fremdperspektive des Forschers am nächsten. Sie gliedert die medizinische Kompetenz unter das Pädagogikstudium und strukturiert zwei in Wechselwirkung stehende Teilkompetenzen, die medizinische Handlungskompetenz und die Notfallkompetenz.

6.7.4 Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Henriette K.

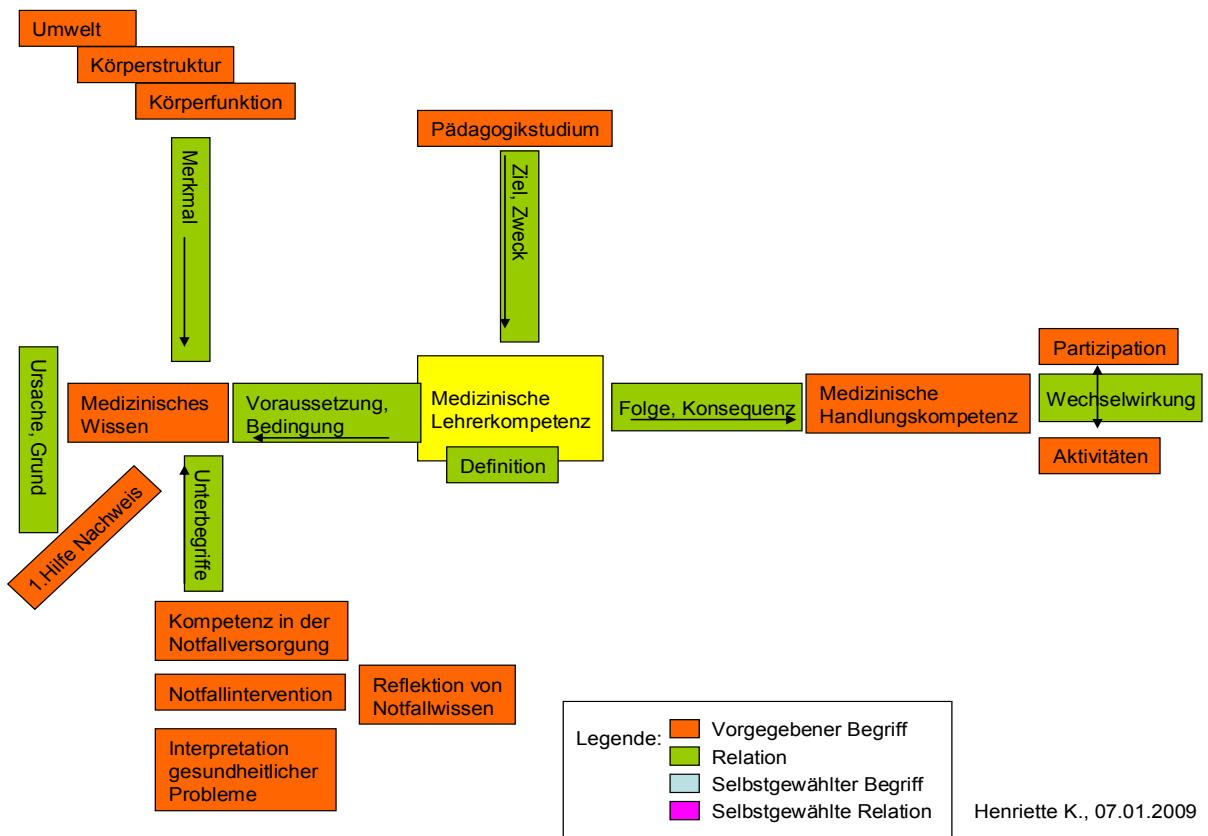
Tabelle 7 Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff

Lfd. Nummer	Kategorien und zentrale Begriffe	Interviewinhalt
1	Professionell tätige Pädagogen brauchen medizinische Kompetenzen.	Gerade weil der Pädagoge die erste Person ist, die verfügbar ist, wenn es zu einer Notfallsituation kommt. Von daher ist die Relevanz natürlich enorm.
2	Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.	Neben ihrer Vorlesung gibt es keinen Anteil....(undeutlich) gar nicht!
3	Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an Hochschulen gehören.	Es reicht ja jetzt nicht einfach, Führerschein wäre ja jetzt das gleiche Beispiel. Da wird ein Erste-Hilfe-Kurs gemacht und das war's dann. Und das ist dann nicht ausreichend. Und da muss man dann nicht nur quantitativ das wiederholen, sondern auch wirklich wissen, was dahinter steckt und die

		Kenntnisse dann auch anwenden.
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	Es kommt natürlich darauf an, was die Problemlage ist. Natürlich kann man dann auch als Mittler eintreten und sagen: „Pass auf!“ oder auch mit den Eltern sprechen und ihnen da andere Hilfen an die Hand geben, wie Kinder und Jugendhilfe oder einfach einen Arzt oder dass man mit denen Kontakt herstellt. Das ist ja auch in erste Linie Aufgabe des Pädagogen, also zu vermitteln.
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Ich bin gerade in der Ausbildung zum Rettungshundeführer und da läuft parallel auch die Erste-Hilfe-Ausbildung, Sanitätshelfer und so was.
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	
7	Die Kenntnisse der Erste Hilfe reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Also ich möchte mal behaupten, dass man in einer Notsituation schon auf sein Wissen zurückgreift und versucht, da irgendwie Hilfe zu leisten. Inwieweit das natürlich gelingt, ist eine andere Frage. Vorbereitung darauf kann man nie genug haben, denke ich.
8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen gedeutet werden.	Muss man ja zwangsweise, da bleibt einem ja gar nichts anderes übrig. Also ich finde das gerade wichtig.
9	Vor allem für Ganztagschulen stellt die medizinische Kompetenz (wenigstens) eines	Wenn das nicht schon längst der Fall ist, ne? Denn die Erste-Hilfe-Ausbildung wird ja auch nur sporadisch an Schulen

	Verantwortlichen einen wesentlichen, notwendigen Teil der Betreuungsleitung dar.	durchgeführt. Also in manchen Ländern ist das Gang und Gebe und ich als Rettungshundeführerin habe eine bessere Ausbildung als mancher Lehrer. Und die haben einfach jeden Tag ein Kind, was da irgendwelche Probleme hat.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht ausreichend bekannt.	Im Rahmen meiner Hundeführerausbildung wird darauf
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	auch schon eingegangen, also das kommt schon vor. Und wenn eigenes Interesse besteht, liest man sich auch was an. ... Ich habe gut im Biounterricht aufgepasst und meine Oma ist Krankenschwester.
12	Veränderungen in den Aktivitäten und der Partizipation können erkannt aber nicht zugeordnet werden.	Da versuche ich erst einmal, Kontakt zu dem Kind aufzunehmen, was denn überhaupt nun Phase ist. Sich da etwas herantasten. Ob ich da jetzt eine Diagnose stellen kann...wahrscheinlich nicht in jedem Fall.
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	Gerade aus so einer Notsituation heraus... also ich sage mal, es wäre schön, so viele Leute wie möglich mit einzubeziehen. Gerade auch die Eltern sind so wichtig.
14	Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse während des Seminars sollte Grundbestandteil des Studiums sein.	Also ich bin immer wieder erstaunt darüber, wie viele Lehrer nichts wissen, wenige Kenntnisse haben, die kaum ein Pflaster an den Finger kriegen.

Abb. 5 Strukturbild von Henriette K.



6.7.4.1 Auswertung des Strukturbildes von Henriette K.

Henriette K. kann als Gegenpol zu Nicole V. betrachtet werden. Sie ist eine junge, eher desillusionierte Frau, die sich über ihren Lebensweg wenig Gedanken macht. So gestaltete sich auch das Interview. Die Befürchtungen, dass sich Henriette so expliziert, wie sie ihre Implikation kommunizierte, blieben jedoch aus und es entstand ein Strukturbild, welches zeigt, dass Henriette K. eine subjektive Theorie zur medizinischen Kompetenz von Lehrern hat.

Sie betrachtet medizinische Lehrerkompetenz als ein Ziel des Pädagogikstudiums, welches zur Folge hat, dass medizinische Handlungskompetenz entsteht und damit die Wechselwirkungen von Partizipation und Aktivität erklärbar werden. Voraussetzung dafür ist medizinisches Wissen, dass sich einerseits durch Kenntnisse der Körperstruktur und -funktion und der Umwelt konstituiert, andererseits Erste-Hilfe-Wissen und Kompetenzen über das Verhalten bei Notfällen beinhaltet.

6.7.4.2 Paraphrasierung des SLT von Henriette K.

Henriette K. beginnt ihre Beschreibung des Strukturbildes mit der Aussage, dass „medizinische Lehrerkompetenz für sie das Erstrebenswerte sei“, eine Folge ist dann medizinische Handlungsfähigkeit, was sich in Wechselwirkung auf die Partizipation und die Aktivitäten ihrer Schüler auswirkt. Die Lehrerkompetenz beschreibt sie als Ziel bzw. Zweck des Pädagogikstudiums. Voraussetzung dafür ist medizinisches Wissen, das sich in die Begriffe „Kompetenz in der Notfallversorgung“, „Notfallintervention“, Interpretation gesundheitlicher Probleme“ und die „Reflexion von Notfallwissen“ gliedert. Merkmale des medizinischen Wissens sind Körperstruktur und -funktion; medizinisches Wissen baut darauf auf.

6.7.4.3 Auswertung der subjektiven Theorie von Henriette K.

Bei Henriette K. stimmen die Interviewaussagen und der SLT nicht überein. Trotzdem gelingt es auch ihr, eine subjektive Theorie zur medizinischen Lehrerkompetenz zu konstruieren, die mit der Fremdperspektive des Forschers in wesentlichen Teilen übereinstimmt. Sie ordnet die medizinische Lehrerkompetenz dem Pädagogikstudium zu, strukturiert sehr klar die Voraussetzungen und Folgen. Etwas unkritisch geht sie mit den Begriffen von Kompetenz und Wissen um, die sie auch fehlerhaft unter- bzw. überordnet. Insgesamt entspricht die Kernstruktur jedoch den Annahmen des Forschers.

6.7.5 Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Susann K.

Tabelle 8 Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff

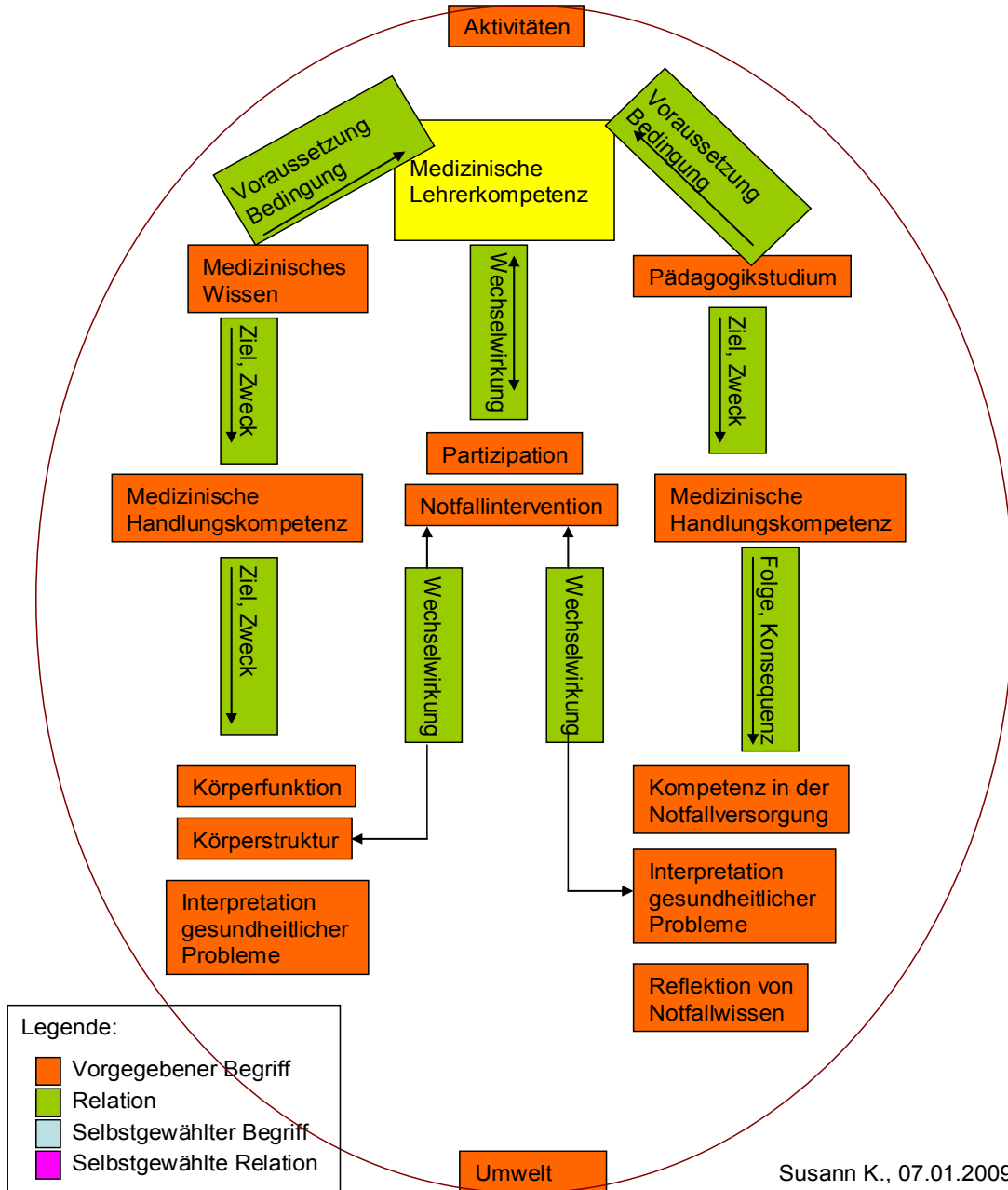
Lfd. Nummer	Kategorien und zentrale Begriffe	Interviewinhalt
1	Professionell tätige Pädagogen brauchen medizinische Kompetenzen.	Pädagogen müssen sowieso ein großes Allgemeinwissen haben und da darf das medizinische Wissen auf keinen Fall fehlen.
2	Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.	

3	Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an Hochschulen gehören.	Wir arbeiten nun mal mit Menschen und da besteht auch die Möglichkeit, dass was passiert. Man muss immer darauf vorbereitet sein. Oder wenn sie einfach in Seminare gehen, wo sie Selbstbewusstsein kriegen, den Mut haben, einzugreifen. Das sollte jeder haben.
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Während der Ausbildung wurde die Erste-Hilfe-Ausbildung noch mal wiederholt und durch die Erfahrung und durch die positive Verstärkung, die man von anderen bekommt, wenn was gut gelaufen ist.
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	
7	Die Kenntnisse der Ersten Hilfe reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Ich habe als Physiotherapeutin in einer Handballmannschaft gearbeitet. Da gab es einige Notfallsituationen. Zum Beispiel hat sich da mal jemand den Arm ausgekugelt und ist ohnmächtig geworden und dadurch wurde ich auch schon ein wenig geschult.
8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen gedeutet werden.	
9	Vor allem für Ganztagschulen stellt die medizinische Kompetenz (wenigstens) eines	Ich finde, dass in jede Schule medizinisches Personal gehört, wie eine Krankenschwester. Das ist wichtig, die

	Verantwortlichen einen wesentlichen, notwendigen Teil der Betreuungsleitung dar.	optimale Lösung. Und ansonsten sollte man sicherstellen, dass es jemanden gibt, der Ahnung hat.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht ausreichend bekannt.	
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	
12	Veränderungen in den Aktivitäten und der Partizipation können erkannt aber nicht zugeordnet werden.	
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	
14	Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse während des Seminars sollte Grundbestandteil des Studiums sein.	

Die Auswertung kann hier nur unvollständig erfolgen, da während des Interviews technische Probleme auftraten.

Abb. 6 Strukturbild von Susann K.



6.7.5.1 Auswertung des Strukturbildes von Susann K.

Leider ließen die technischen Schwierigkeiten während des Interviews es nicht zu, die impliziten Annahmen von Susann K. so wiederzugeben, wie sie diese im Strukturbild explizierte.

Susann K. hat im Unterschied zu den anderen Teilnehmern eine medizinische Vorgeschichte, sie hat Physiotherapeutin gelernt. So unterscheidet sich ihr Strukturbild von den anderen hinsichtlich der gesamtheitlichen Betrachtung, die Susann K. durch den Kreis deutlich macht.

Insgesamt nimmt sie sich mehr Zeit als die anderen Teilnehmer und strukturiert ihr Bild dreimal. Zunächst sondert sie die Begriffe Aktivität und Umwelt aus und erklärt auf Nachfrage, dass dies der Handlungsrahmen sei, indem sich der Pädagoge verhalten muss. Sie ordnet dann die Begriffe Pädagogikstudium und medizinisches Wissen der medizinischen Lehrerkompetenz unter, sieht beides als Voraussetzung für diese an. Medizinische Lehrerkompetenz steht dabei in der Wechselwirkung zur Notfallintervention und medizinischer Handlungskompetenz, welche wiederum als Wechselwirkung auf den Begriffen medizinischer Kenntnisse von Körperstruktur und -funktion als auch Notfallwissen zu betrachten sind.

6.7.5.2 Paraphrasierung des SLT von Susann K.

Medizinisches Wissen beschreibt Susann K. zunächst als Oberbegriff und bezieht dies auf ihre eigene Vorbildung, zu der sie im Verlauf des SLT Stellung bezieht und darauf verweist, dass sie ausgebildete Physiotherapeutin sei. Für sie ist es anfänglich am schwersten, die medizinische Lehrerkompetenz einzuordnen. Nach wiederholten Änderungen ihrer gelegten Struktur formuliert sie die Aussage, dass Lehrer über medizinische Handlungskompetenzen verfügen müssen, welche Bestandteil des Pädagogikstudiums sein sollten. Dies betrachtet sie in einem übergeordneten Zusammenhang von Umweltbezug und Aktivitäten des Schülers und betont, dass dieser Gesamtzusammenhang wichtig sei, um Schüler angemessen einschätzen zu können. Sie verweist darauf, dass sie dies zum Schluss legt, um das Strukturbild damit abzuschließen, und bittet den Forscher, den Kreis auf der Präsentation einzufügen. Medizinische Handlungskompetenz beinhaltet das Wissen über Körperstruktur und -funktion, wobei sie die Wechselwirkung zur Interpretation gesundheitlicher Probleme genauso wie zur

Notfallintervention sieht. Anschließend führt sie aus, dass nicht das ganze Studium sich der medizinischen Komponente unterordnen darf. Sie führt weiterhin aus, dass auch die Notfallkompetenz zur Interpretation gesundheitlicher Probleme gehört und daraus die Reflexion von Notfallwissen resultiert, was in der Wechselwirkung zu einer Stärkung der Notfallkompetenz führt. Letztendlich ordnet sie den Begriff der medizinischen Lehrerkompetenz übergeordnet an und erklärt, dass das Pädagogikstudium in der Kombination mit der Vermittlung medizinischer Kenntnisse zu dieser Kompetenz führt.

6.7.5.3 Auswertung der subjektiven Theorie von Susann K.

Leider lässt das Interview mit Susann K. keinen kompletten Vergleich mit dem Strukturbild zu. Die Aussagen lassen jedoch den Schluss zu, dass sich Susann K. in besonderer Art und Weise mit dem Thema auseinander gesetzt hat. Ihre vorhergehende Profession als Physiotherapeutin ermöglicht es ihr, die subjektive Theorie zur medizinischen Lehrerkompetenz unter anderen Bedingungen zu betrachten. So weicht ihr Strukturbild hinsichtlich der Umfang und der Gliederung bzw. Hierarchie von denen der anderen Teilnehmer ab. Auch sie kommt zur Erkenntnis, dass medizinische Lehrerkompetenz notwendig ist und die Voraussetzungen einerseits in einem Pädagogikstudium, andererseits in der Vermittlung medizinischen Wissens begründet ist. Sie sieht ebenfalls die Tatsache, dass ein Pädagogikstudium zu medizinischer Handlungskompetenz führen sollte, um gesundheitliche Probleme von Schülern besser beurteilen zu können.

6.7.6 Subjektive Theorien der Forschungsteilnehmerin Sarah K.

Tabelle 9 Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff

Lfd. Nummer	Kategorien und zentrale Begriffe	Interviewinhalt
1	Professionell tätige Pädagogen brauchen medizinische Kompetenzen.	Wie Sie ja selber in der Vorlesung gesagt haben, wird da wenig gemacht. Aber meine Verantwortung ist die, zu beobachten, wahrzunehmen und das, was ich wahrnehme, weiterzuleiten und dann, wenn ich weiß, dass das

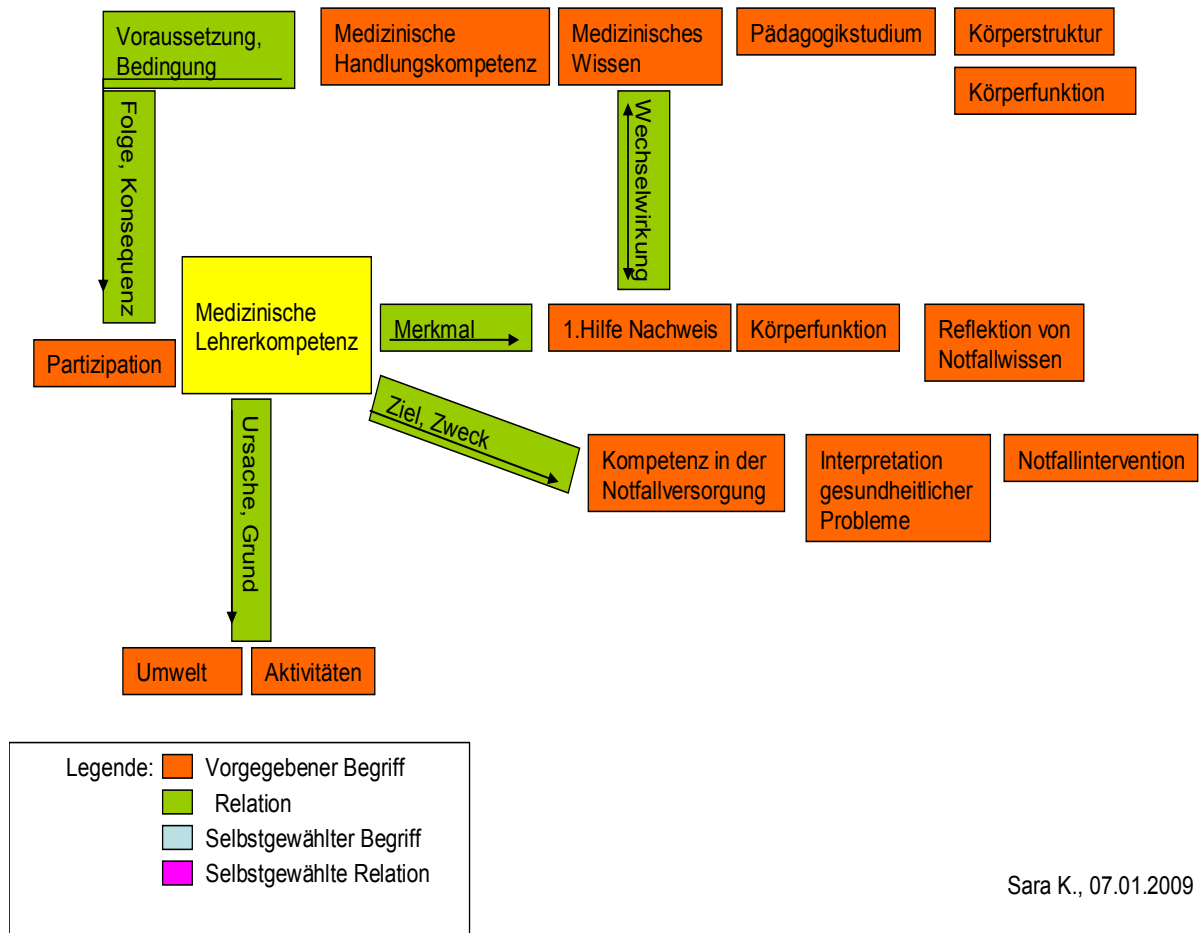
		Elternhaus sich nicht drum kümmern kann, eine weitere Kontaktstelle aufzusuchen. Dann zu gucken, dass das Kind in weitere Behandlung kommt.
2	Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.	Also es ist jetzt in dieser Veranstaltung das erste Mal, dass mir medizinisches Wissen vermittelt wird.
3	Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an Hochschulen gehören.	Unsere pädagogischen Tätigkeiten sind ja auf allen Feldern sehr begrenzt. Wir haben ja meist nur eine Vermittlungsfunktion. Medizinisches Wissen kann etwas Abhilfe schaffen.
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	Was mir sehr fehlt, was ich neulich auch mal geäußert habe, ist, dass es an der Zeit ist, Ernährung für Pädagogen anzubieten. Also beizubringen, was ist vernünftige Ernährung, weil wir fast alle außerschulisch arbeiten werden. Die wenigen Schulsozialarbeiterstellen sind ganz schnell weg und überall da, wo es außerschulisch ist, geht es um Ernährung.
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Ich habe einen Rettungsschwimmerschein, ich habe mittlerweile schon drei Erste-Hilfe-Kurse gemacht, ich hab auch noch speziell zu meiner erlebnispädagogischen Ausbildung...
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	Aber eigentlich ist es etwas, was man sich selber nebenbei aneignen muss. Und ich merke, dass man das immer wieder auffrischen muss. Denn sonst bricht sich mal einer den Arm und man ist doch wieder unsicher. Und ich finde auch, dass es an der Zeit ist, Erste-Hilfe-

		Kurse zu machen, die sich auf Basics beziehen, auf der Straße.
7	Die Kenntnisse der Ersten Hilfe reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Und mein Erste-Hilfe-Kurs ist auch schon wieder eine Weile her. Da gibt es dann so Sachen wie, dass ich ungefähr weiß, wie die stabile Seitenlage geht. Bei Brüchen geht's ums Schienen. Und dann geht es in erster Linie natürlich immer darum, den Krankenwagen zu rufen. Es gibt Druckverbände, wie man Blutungen stoppt, bei Fremdeinwirkungen, also irgendwelchen Gegenständen, diese nicht entfernen, sondern Wunde stabilisieren und drin lassen, so was halt.
8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen gedeutet werden.	Ich habe mal den Fall gehabt, dass eine Gruppe da war und es war gerade Freizeit, also keine Betreuungssituation und die Jugendlichen sind die verbotene Treppe zum See runter gelaufen, obwohl dort Verbotsschilder standen, aber die pubertierenden Jungs haben das eben trotzdem gemacht. Und da waren scharfkantige Rohre neben der Treppe und die Jungs sind nicht die Treppe runter gelaufen sondern auf dem Gefälle daneben und der kleinste, dickste ist natürlich irgendwann hingefallen und hat sich im Unterschenkel ein tiefe Schnittwunde zugezogen. Und dann sind zwei der Jungs hochgekommen und haben mich geholt, wir sind dann wieder runter, ich habe mir das angeguckt und ich hatte kein Erste-Hilfe-Pack dabei, doch ich

		hatte eins dabei, ich habe einen Druckverband gemacht, hab Hilfe geholt, wir haben den da hochgetragen, weil ich ihn allein nicht tragen konnte und dann kam der Krankenwagen und wir sind ins Krankenhaus gefahren.
9	Vor allem für Ganztagschulen stellt die medizinische Kompetenz (wenigstens) eines Verantwortlichen einen wesentlichen, notwendigen Teil der Betreuungsleitung dar.	Für das Gesamtangebot Schule, ja, und dort, wo Schule ganztags betrieben wird. Ich hoffe, dass das umfassend passiert.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht ausreichend bekannt.	Weiß ich nicht, bei Kindern wachsen Knochen relativ schnell und bei alten Menschen kaum noch.
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	
12	Veränderungen in den Aktivitäten und der Partizipation können erkannt aber nicht zugeordnet werden.	Mein Wissen ist eher, dass ich bei Persönlichkeitsänderungen auf psychische Krankheiten schließen würde. Wenn es mit Schmerzen einhergeht natürlich, das ist was, das man nachfragen kann: „Ey, geht es dir nicht gut?“ Daraus resultiert das dann, dass da gesundheitlich was vorliegt und ein Bild, was mir spontan in den Kopf kommt und was man ja immer hört ist, dass wenn die Persönlichkeit total durcheinanderkommt, soll man gucken, ob ein Gehirntumor vorliegt.
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	
14	Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse während des Seminars sollte Grundbestandteil des Studiums sein.	Ich glaube schon, dass ein gewisser Anteil an Kenntnissen darüber, wie ein Kinderkörper funktioniert und was Hinweise auf Krankheiten sind, plus ebenso ein Reaktionsverfahren in

		<p>Unfallsituationen auf jeden Fall zur Ausbildung gehören. Jede gute Schule verfügt ja über eine Schulkrankenschwester. Und wenn es das nicht gibt, muss es natürlich jemanden geben, der sich um so was kümmern kann.</p>
--	--	---

Abb. 7 Strukturbild von Sarah K.



Sara K., 07.01.2009

6.7.6.1 Auswertung des Strukturbildes von Sarah K.

Im Gegensatz zu den Aussagen im Interview war Sarah K. eher nicht interessiert ihre Theorie zu explizieren, was sich auch im Strukturbild reflektiert. Eigentlich wolle sie niemanden hängen lassen, so ihre Aussage. Entsprechend kurz verlief der Test. Medizinische Lehrerkompetenz und Partizipation gehören für Sarah K. zusammen und Merkmale der Lehrerkompetenz sind dann der Nachweis der Ersten Hilfe, Kenntnisse über Körperfunktionen und die Reflexion von Notfallwissen. Hier wurde m. E. nicht konstruiert, sondern versucht, den Versuch schnell zu beenden. Mehr oder weniger isoliert stehen die Begriffe medizinische Handlungskompetenz, medizinisches Wissen, Pädagogikstudium, Körperstruktur und -funktion.

Diese und-Relationen lassen keine Hierarchien und Zusammenhänge erkennen. Auch die Relationen zur Lehrerkompetenz sind widersprüchlich. So wie im Interview lässt sich jedoch eine Aussage ableiten: So sieht Sarah K. tatsächlich die Notwendigkeit der medizinischen Lehrerkompetenz, welche einerseits Resultat, andererseits Bedingung für ein Pädagogikstudium sein sollte.

6.7.6.2 Paraphrasierung des SLT von Sarah K.

Sarah K. beginnt die Beschreibung ihres Strukturbildes mit der Nennung von Merkmalen für medizinische Lehrerkompetenz und benennt Erste-Hilfe-Nachweise, Körperfunktion und Reflexion von Notfallwissen. Anschließend beschreibt sie die Ziele bzw. den Zweck der medizinischen Lehrerkompetenz, um Kompetenzen in der Notfallversorgung und der Notfallintervention zu haben bzw. gesundheitliche Probleme erkennen zu können. Die Begriffe Umwelt, Aktivitäten und Partizipation ordnet sie zunächst der Lehrerkompetenz zu. Sie beschreibt diese Begriffe als Ursachen, die zur Lehrerkompetenz beitragen. So entsteht für sie die Lehrerkompetenz als Ergebnis der Teilnahme [Aktivitäten und Partizipation, A. d. V.] an medizinischen Bildungsveranstaltungen. Auf Anregung des Forschers, dass dies schülerzentrierte Begriffe seien, lässt sie die Begriffe trotzdem so stehen und wendet sich neuen Begriffen zu. Sie erklärt im weiteren Verlauf des Strukturbildes, dass die Kenntnisse von Körperstruktur und -funktion in ein Pädagogikstudium gehörten, da sowohl medizinisches Wissen als auch medizinische Handlungskompetenz nur so entstehen könnten und die medizinische Lehrerkompetenz nur in diesem Zusammenhang zu betrachten sei.

6.7.6.3 Auswertung der subjektiven Theorie von Sarah K.

Die Auswertung der subjektiven Theorie von Sarah K. kann nur bedingt erfolgen. Einerseits belegen die Interviewaussagen, dass sie die Notwendigkeit der medizinischen Lehrerbildung erkennt. Andererseits kann ihr Strukturbild nicht darüber hinwegtäuschen, dass ihre subjektive Theorie zur medizinischen Lehrerkompetenz nur orientierend gewertet werden kann.

6.7.7 Subjektive Theorien des Forschungsteilnehmers Johannes V.

Tabelle 10 Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff

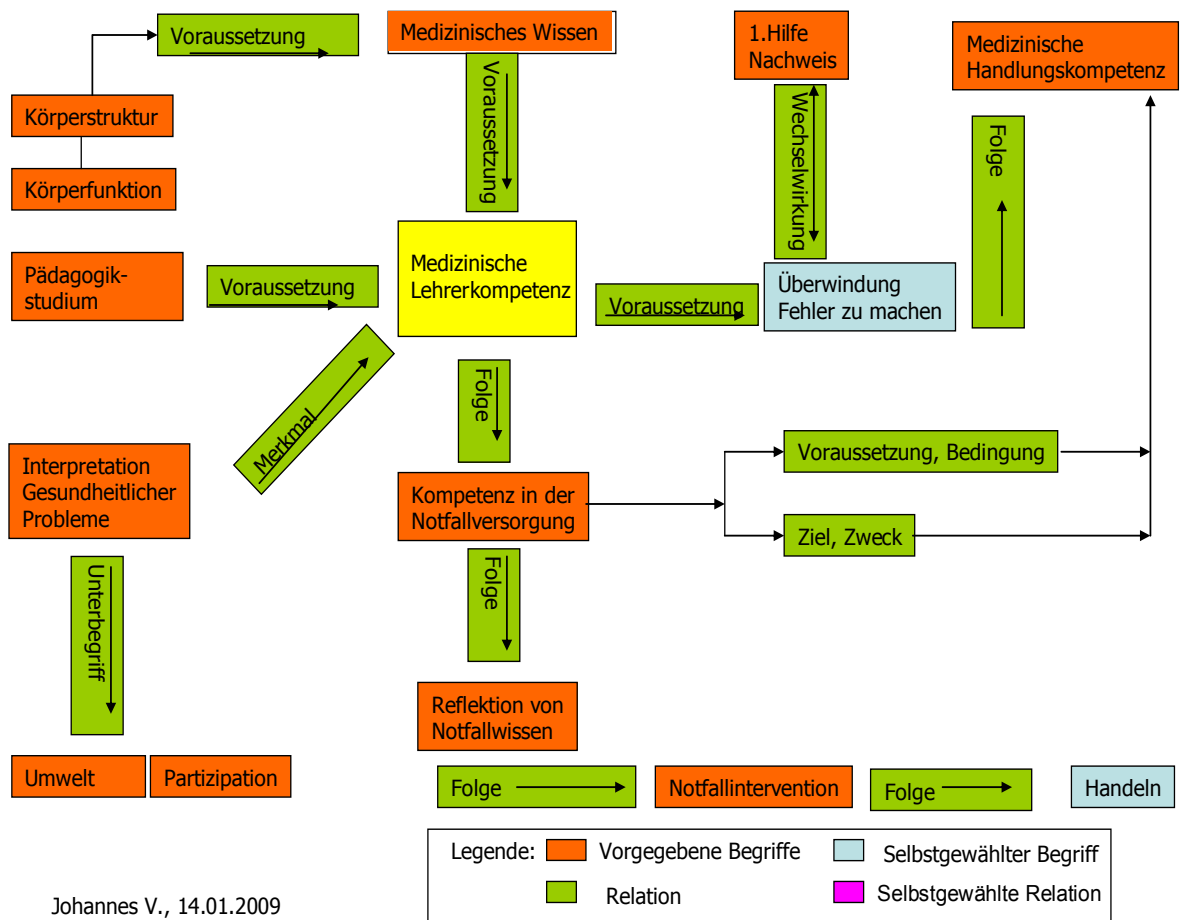
Lfd. Nummer	Kategorien und zentrale Begriffe	Interviewinhalt
1	Professionell tätige Pädagogen brauchen medizinische Kompetenzen.	So würde ich sagen nein, aber ich würde sagen, dass man allgemeine, offensichtliche Symptome erkennen können und sie in eine gewisse Richtung deuten können sollte.
2	Während des Studiums erfolgt keine ausreichende medizinische Wissensvermittlung.	Gar nicht. Das müsste ich mir autodidaktisch aneignen, wenn ich den Wunsch dafür hege.
3	Die Vermittlung medizinischen Wissens sollte zum Pflichtteil der pädagogischen Ausbildung an Hochschulen gehören.	In diesem Bereich, finde ich, sollten Pädagogen ausgebildet werden. Im Studium würde ich dafür, von meiner Erfahrung her, was so alles hängen bleibt, acht SWS einplanen. Um es ins Verhältnis zu setzten: unsere Beifächer Psychologie und Soziologie umfassen sechzehn SWS. Ich tendiere eher dazu, zehn SWS pflichtgemäß zu investieren.
4	Vorhandenes Schulwissen reicht nicht aus, um in relevanten medizinischen Situationen angemessen handeln zu können.	Viele wissen gar nicht, dass einfach nur die Hand auf der Schulter wichtig ist oder auch auf dem Bein, die Körperstelle ist soweit egal.

		Menschlicher Kontakt ist wichtig, das muss ihnen bewusst gemacht werden.
5	Die Vorbereitung auf den Umgang mit Notfallsituationen erfolgt durch selbständigen Erwerb des Erste-Hilfe-Nachweises zur Führerscheinprüfung.	Johannes V. verfügt nicht über eine Erste-Hilfe-Ausbildung (Anm. des Verfassers).
6	Notfallwissen wird schnell vergessen und sollte regelmäßig aufgefrischt werden.	
7	Die Kenntnisse der Ersten Hilfe reichen aus, um eine Notfallversorgung durchführen zu können oder zu organisieren.	Keine Scheu davor haben in offene Wunden zu fassen, um die Blutung zu stoppen. Dann sollte man darauf achten, dass der Rachenraum frei ist, von Schleim und dass die Züge zurück geholt wird, gucken ob die Atmung soweit funktioniert. Also ich würde sagen, dass ich den Schock soweit unterdrücken kann, um handeln zu können, um die ersten Präventivmaßnahmen zu machen.
8	Eine Änderung im Verhalten eines zu Erziehenden kann im Zusammenhang mit medizinischen Problemen gedeutet werden.	Vermittelt wurde mir, dass wenn der körperliche Zustand es zulässt, ich körperlichen Kontakt zur Opferperson aufbaue, beruhigend auf sie einspreche oder einfach nur tief summe. Ein tiefer Ton, der dem Opfer ein beruhigendes Gefühl vermittelt. Körperlicher Kontakt mit streicheln, wenn es auf dem Boden liegt, den Arm drum legen, immer Kontakt halten, damit kein Schock...also ein Schock tritt wahrscheinlich so oder so auf, aber dass er gemäßigte Auswirkungen hat.

9	Vor allem für Ganztagschulen stellt die medizinische Kompetenz (wenigstens) eines Verantwortlichen einen wesentlichen, notwendigen Teil der Betreuungsleitung dar.	Unbedingt. Da ein Kind den größten Teil des Tages und seines Lebens dort verbringt, muss dafür auch vorgesorgt werden, weil Kinder, wie wir wissen, sich sehr häufig verletzen.
10	Kenntnisse der Körperstruktur sind nicht ausreichend bekannt.	Ich weiß, wo alle Organe sitzen, ich habe mir diverse medizinische Bücher angeguckt, weiß wie verschiedene Muskeln aussehen, kann sie aber namentlich nicht benennen. Die ganze Knochenstruktur habe ich bildlich auch vor Augen, weiß wo die Milz anzusiedeln ist, dass die Leber nicht auf dem Rücken sitzt. Solche Dinge habe ich schon gehört, dass das Herz hier sitzen soll. So grobe Kenntnisse habe ich, aber nie etwas abgeprüft.
11	Kenntnisse der Körperfunktion sind nicht vorhanden oder basieren auf Erfahrungen.	
12	Veränderungen in den Aktivitäten und der Partizipation können erkannt aber nicht zugeordnet werden.	Wichtig ist, dass darauf reagiert werden kann. Wenn das Kind sich stößt, muss der Kopf ruhig gehalten werden, damit keine Spätfolgen entstehen, weil sonst permanente Kopfschmerzen auftreten können, weil vielleicht Nerven geschädigt wurden. Auch ein Schlag gegen die Schläfe kann sehr gefährlich sein, vor allem wenn das Kind danach noch herumspringt. Daher sollte eine Schule über geschultes Personal verfügen, damit entsprechend vorgesorgt werden kann. Es sollte auch ein Bewusstsein bei den Lehrern geschaffen werden, solche Kleinigkeiten auch zu melden.
13	Umwelteinflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand aus.	

<p>14</p>	<p>Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse während des Seminars sollte Grundbestandteil des Studiums sein.</p>	<p>Im Rahmen der Ersten Hilfe, ungefähr doppelt so viel wie bei einem Erste-Hilfe-Schein und das jedes Jahr. Im Studium sollten Theoriekenntnisse im Rahmen von zehn SWS vermittelt werden. Ganz wichtig: mit Leistungsschein, nicht nur mit Teilnahmechein, was dank des modernen Studiums auch nicht mehr möglich sein wird.</p>
-----------	---	--

Abb. 8 Strukturbild von Johannes V.



6.7.7.1 Auswertung des Strukturbildes von Johannes V.

Johannes V. kam sehr aufgeregt zum angesetzten Termin und benötigte so auch mehr Zeit, um sich auf sein Strukturbild vorzubereiten. Auch er strukturierte wiederholt um, präsentierte aber eine entschlossene subjektive Theorie zur medizinischen Kompetenz von Lehrenden.

Die medizinische Lehrerkompetenz wird durch ihn zentralisiert und zu allen weiteren Begriffen werden Beziehungen (Relationen) hergestellt. Als einziger Teilnehmer konstruiert er seine Theorie mit neuen Begriffen. So liegt sein Stellenwert, adäquat zur Aussage im Interview vor allem in der [medizinischen, A. d. V.] Handlungsfähigkeit wofür er die Begriffe „Handeln“ und „Fehler überwinden“ einführt, die als Folge einer medizinischen Lehrerkompetenz zu sehen sind.

Die Vermittlung von Kenntnissen der Körperstruktur und -funktion sind für ihn mit dem Pädagogikstudium verbunden, welches er als Voraussetzung für medizinische Lehrerkompetenz sieht. Diese Kompetenz ist der zentrale Begriff, der dazu führt, dass gesundheitliche Probleme interpretiert werden können, eine handlungsfähige Notfallintervention erfolgt und letztendlich medizinische Handlungskompetenz entsteht, die auch Notfallkompetenz einschließt.

6.7.7.2 Paraphrasierung des SLT von Johannes V.

Die Ausführungen von Johannes V. beginnen mit einer Diskussion um den Begriff Aktivitäten, den er nicht zuordnen konnte. Weiterhin wurde Johannes beziehend auf die Interviewaussagen nochmals erklärt, welche Aussagen aus dem Interview extrahiert wurden.

Anschließend bringt er seine Überlegungen zum Ausdruck, dass medizinische Lehrerkompetenz und Pädagogikstudium miteinander in Beziehung stehen müssten. Johannes V. beginnt dann, seine persönliche Lebensgeschichte zu erzählen, was nach wenigen Minuten höflich aber bestimmt beendet wird. Er stellt einige Fragen zur Verwendung weiterer Begriffe und Relationen und reflektiert die vorliegenden Begriffe. Dann bittet er um fünf Minuten Pause, um sich zu konzentrieren. Nach der Pause beginnt er zügig, sein Strukturbild zu entwickeln. Zunächst beschreibt er, dass medizinisches Wissen und Pädagogikstudium Voraussetzung sind, um zu medizinischer Lehrerkompetenz zu gelangen. Dabei ist es ihm wichtig, dass die Kenntnisse von Körperstruktur und -

funktion Bestandteile des Pädagogikstudiums sein müssten. Weiterhin führt er aus, dass die medizinische Lehrerkompetenz notwendig ist, um gesundheitliche Probleme im Bezug zur Umwelt und der Partizipation des Schülers interpretieren zu können. In der Verbindung mit dem Nachweis der Ersten Hilfe führt medizinische Lehrerkompetenz zur, hier bittet er um ein neues Begriffskärtchen, Überwindung, Fehler zu machen [im Sinne des Versagens bei Notfällen, A. d. V.], was in der Folge zur medizinischen Handlungskompetenz führt. Anschließend beschreibt er einen weiteren Gedankengang, den er vorab als Handlungsfähigkeit expliziert. Er führt dazu aus, dass Kompetenz in der Notfallversorgung eine Folge medizinischer Lehrerkompetenz sei, was eine verbesserte Reflexion von Notfallwissen in weiterer Folge nach sich zieht und über die Möglichkeit der verbesserten Notfallintervention zur eigentlichen Handlungsfähigkeit führt. Er bittet abschließend um ein neues Kärtchen, mit dem Begriff Handlung.

6.7.7.3 Auswertung der subjektiven Theorie von Johannes V.

Johannes V. war sowohl im Interview als auch während des SLT von der Notwendigkeit medizinischer Lehrerkompetenz überzeugt. Seine Aussagen und der SLT gehen über die Fremdperspektive des Forschers hinaus und haben einen wesentlichen Beitrag zur Übereinstimmung der Fremdperspektive mit der der Teilnehmer beigetragen.

6.8 Ergebnisdarstellung und Hypothesenprüfung

Hypothese 1 Professionell Lehrende benötigen medizinische Kompetenzen.

Die Ergebnisse der SLT zeigen auf, dass es zur Frage der medizinischen Lehrerkompetenz eine gemeinsame Auffassung gibt, nämlich, dass diese notwendig ist und bereits innerhalb des Studiums vermittelt werden sollte. Die subjektiven Theorien der Teilnehmer und des Forschers stimmen in wesentlichen Annahmen überein. Die wissenschaftliche Fragestellung ist somit beantwortet, lässt aufgrund der kleinen Grundgesamtheit jedoch keine Generalisierung der Aussagen zu. Dennoch sind so wie im Interview, Unterschiede nachweisbar. Jeder Befragte konstruiert seine subjektive Theorie zum Forschungsgegenstand anders, sodass Unterschiede in der Betrachtung des Stellenwertes, des Inhaltes und der Zuordnung von Begriffen und Relationen entstanden sind. Es war

auch nicht zu erwarten, dass die Perspektive für alle Befragten gleich sei, wurden doch auch vom Untersucher Vorannahmen zur subjektiven Theorie der Befragten getroffen. Diese ökonomische Gestaltung (Seelig 2000, S. 20) ist letztendlich auch die Voraussetzung für Kommunikation gleich welcher Art, insofern gilt es, im Forschungsprozess die Fragen vorab so präzise wie möglich festzulegen. Dennoch sind Missverständnisse oder fehlerhafte Interpretationen im Dialog-Konsens-Verfahren nicht auszuschließen.

Andererseits bietet dieses Wissen dem Untersucher die Möglichkeit, sich über die Möglichkeit von Nachfrage oder nicht, hinsichtlich der bewussten Entscheidung des Befragten für oder gegen eine subjektive Theorie zu differenzieren.

Es ist zu unterstellen, dass sich Handelnde in einer bestimmten Situation unbewusst auf ihre Innenperspektive beziehen, um Handeln zu optimieren. Dabei kommt es zunächst zu einem Soll-Ist-Vergleich, indem die kognitiven und sicherlich auch emotionalen Ist-Werte mit der Realität abgeglichen werden. So kann eine dynamische, situationsadäquate Handlung vollzogen werden, in deren Ergebnis die Handlung analysiert und reflektiert wird und somit zur Grundlage der Modifizierung neuer subjektiver Theorien wird.

Insofern ist Kompetenz, hier die medizinische Kompetenz von Lehrern, Ergebnis einer individuellen subjektiven Theorie, welche beinhaltet, dass ein gemeinsames Grundverständnis zu unterschiedlichen Handlungsergebnissen führt.

6.8.1 Vorwissen der Forschungsteilnehmer

Hypothese 2 Professionell Lehrende verfügen nicht über die notwendigen Wissensressourcen, Krankheiten und Notfälle in der Schule professionell reflektieren zu können.

Hypothese 3 Professionell Lehrende verfügen nicht über das Grundverständnis, dass professionelles Handeln von medizinischer Kompetenz abhängig ist.

Übereinstimmend kann festgestellt werden, dass medizinisches Wissen nur rudimentär und auf den persönlich erlebten Einzelfall bezogen expliziert werden kann. Anknüpfungspunkte ergaben sich nur begrenzt. Die Biologiekenntnisse der gymnasialen

Bildung sind ausreichend, um eine allgemeine Diskussion um Krankheit und Gesundheit führen zu können. Darüber hinausgehende Kenntnisse können für einzelne Aspekte wie Infektionskrankheiten dargestellt werden. Weitere konkrete Aussagen der Teilnehmer beschränken sich auf vereinzelte Anmerkungen, die sich aus Erfahrungen und dem „Hören–Sagen“ herleiten. Die Konstruktion einer notfallbezogenen Handlung kann aus Gründen vorhandenen basalen Grundwissens der Ersten Hilfe, wenn auch sehr unkonkret, expliziert werden. Die Konstruktion einer angemessenen medizinischen Intention ist nicht möglich. Aufgrund von Erfahrungen einiger Forschungsteilnehmer können emotional determinierte Aussagen zum Verhalten, im Falle der medizinisch notwendigen Interaktion, gegebenenfalls Intervention, expliziert werden.

Bezogen auf einen professionell tätigen Lehrer kann somit geschlussfolgert werden, dass Erfahrungswissen im Umgang mit persönlich erlebten Beeinträchtigungen der Gesundheit nicht ausreicht, um eine Einschätzung des Gesundheitszustandes von Schülern oder Jugendlichen vornehmen zu können. Zur Bildung einer primären, medizinisch begründeten Intention, müssen Lehrende über medizinische Kapazitäten verfügen und medizinische Kompetenzen erwerben.

6.8.2 Zur Reflexion der Teilnahme an medizinischen Lehrveranstaltungen

Hypothese 5 Die Fortbildung von Lehrenden zu medizinischen Themen erhöht das professionelle Selbstverständnis und leistet einen Beitrag zur medizinischen Kompetenz von Lehrenden.

Übereinstimmend kann festgestellt werden, dass die Teilnahme an den medizinischen Lehrveranstaltungen für die Studenten einen Erkenntnisgewinn brachte. Zunächst reflektierten die Teilnehmer, dass Kenntnisse von Körperstruktur und -funktion die Voraussetzung sind, Kinder und Jugendliche mit Störungen der Gesundheit oder in Notfallsituationen adäquat betreuen zu können. Daneben wurde das Verständnis, Störungen von Aktivität und Partizipation sowie Umwelteinflüsse auf den Schüler zu erkennen, umfassend vertieft.

Mehrere Teilnehmer forderten darüber hinaus eine Vertiefung medizinischer Kenntnisse, bereits während des Studiums. Ein Student bezifferte dazu die Mindeststundenzahl. Schlussfolgernd kann demnach festgestellt werden, dass die Teilnahme an medizinischen

Lehrveranstaltungen für Lehrende notwendig ist, da diese bisher keine ausreichenden Kenntnisse vorgenannter Determinanten von Gesundheit haben.

6.8.3 Sensibilisierung und Widerstände der Forschungsteilnehmer

Hypothese 4 Professionell Lehrende benötigen medizinisches Wissen über Krankheiten und Notfälle, um im Krankheits- oder Notfall professionell handeln zu können.

Im Rahmen der dieser Forschungsarbeit zugrundeliegenden medizinischen Lehrveranstaltungen, konnte eine Sensibilisierung der Forschungsteilnehmer erreicht werden. Die teilnehmenden Studenten kamen übereinstimmend zu dem Schluss, dass medizinische Kompetenz von Lehrern sinnvoll und notwendig ist, um professionell pädagogisch handeln zu können. Eine pädagogische Situation kann demnach nur dann umfassend situativ eingeschätzt werden, wenn die bisher explizierten Wissensarten durch medizinische Kenntnisse über Struktur, Funktion, Partizipation, Aktivitäten, Umwelteinflüsse, die die Gesundheit beeinflussen, ergänzt und angewendet werden. Die Kenntnis häufiger Krankheiten sollte Basiswissen professionell Lehrender sein. Daneben besteht bei einigen Teilnehmern die Vorstellung, dass es ausgewählte Lehrer geben könnte, die über anwendungsbereites Wissen auf dem Niveau einer Schulkrankenschwester verfügen sollten.

Es soll jedoch der Widerstand nicht vernachlässigt werden. Die Überlegung, medizinische Lehrveranstaltungen über das bisher vorgehaltene, an Hochschulen übliche Maß anzubieten, führt in der Konsequenz zu einer deutlich höheren Belastung der Studierenden. Insofern wurden auch Überlegungen angestellt, solche Lehrveranstaltungen zum Gegenstand des Referendariats oder ergänzender Fort- und Weiterbildungen zu machen.

7 Konklusion der theoretischen Diskurse und der subjektiven Theorien

7.1 Zentrale Ergebnisse

1. Medizinische Sensitivität ist eine Komponente professioneller pädagogischer Kompetenz.
2. Neuro-, sozio- evolutionsbiologische und medizinische Erkenntnisse weisen auf diverse Schnittstellen der Pädagogik (als Kulturwissenschaft) zur Naturwissenschaft hin und zeigen die Widersprüchlichkeit der cartesianischen Lehre auf.
3. Medizin kann das kranke Subjekt (Educanden) nicht in seiner komplexen Lebenswelt behandeln. Professionelle Pädagogen, als Teil der Lebenswelt, müssen erkrankte Educanden ohne medizinische Kenntnisse bilden und erziehen.
4. Medizinisches Wissen sollte bereits während des Studiums vermittelt und während der beruflichen Tätigkeit vertieft werden.

Die im ersten Kapitel dargelegten Spezifika im Umgang mit kranken, behinderten oder von Krankheit und Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen konnten aufzeigen, dass akute Krankheiten und Traumata unabhängig vom Alter des Betroffenen auftreten können. Der Diskurs zur medizinischen Sensitivität professioneller Pädagogen konnte sowohl phänomenologische als auch epistemologische Perspektiven aufzeigen, die in ihrer Gesamtbetrachtung ein theoretisches Fundament bilden, die medizinische Sensitivität professioneller Pädagogen zu begründen. Von der Tatsache ausgehend, dass wirksames pädagogisches Handeln dann möglich ist, wenn dieses zuverlässig, nachhaltig, reflexiv in komplexen Situationen anwendbar ist, kann unterstellt werden, dass die Beschränkung auf bisherige Professionsgrenzen nicht den aktuellen und perspektivischen gesellschaftlichen, situativen und reflexiven Erfordernissen genügt.

Den sozialen Kompetenzbereich als Basis nutzend wurde erläutert, dass die Einschätzung des Schülerverhaltens im Krankheitsfalle mit den zur Verfügung stehenden diagnostischen Mitteln nicht möglich ist. Folglich reichen didaktische als auch methodische Prozesse nicht aus, das Krankheitsverhalten eines Educanden hinreichend zu reflektieren, da dies voraussetzt, Gesundheit und Krankheit voneinander abgrenzen zu können. Medizinische Sensitivität wäre somit eine notwendige und nicht nur wünschenswerte Eigenschaft

professioneller Pädagogen. Die Forschungsergebnisse belegen ebenfalls die Notwendigkeit medizinischer Sensitivität professioneller Pädagogen. Die Konstruktion einer angemessenen medizinischen Intention bei erkrankten Educanden ist im Ergebnis nicht möglich. Lediglich erfahrungsbasierte, emotional determinierte Aussagen zum Verhalten sind gegeben und unterstreichen die empathische Komponente. Bezogen auf einen professionell tätigen Pädagogen kann somit geschlussfolgert werden, dass Erfahrungswissen im Umgang mit persönlich erlebten Beeinträchtigungen der Gesundheit nicht ausreicht, um eine Einschätzung des Gesundheitszustandes von Schülern oder Jugendlichen vornehmen zu können. Zur Bildung einer primären, medizinisch begründeten Intention, müssen Pädagogen über medizinische Kapazitäten verfügen und medizinische Kompetenzen erwerben. Die Forschungsergebnisse lassen folglich den Schluss zu, dass medizinische Kompetenz von Lehrern sinnvoll und notwendig ist, um professionell pädagogisch handeln zu können. Eine pädagogische Situation kann demnach nur dann umfassend situativ eingeschätzt werden, wenn die bisher explizierten Wissensarten durch medizinische Kenntnisse über Struktur, Funktion, Partizipation, Aktivitäten, Umwelteinflüsse, die die Gesundheit beeinflussen, erweitert und anwendbar werden.

Für die anschließend darzustellende Aus-, Fort- und Weiterbildung für professionelle Pädagogen wäre es demnach sinnvoll, grundlegende Wissenskomponenten der Medizin, wie Anatomie, Physiologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre der gängigen Krankheiten, sowie die Fähigkeiten Ätiologie, Pathogenese und Symptome zu einer zumindest experimentellen Diagnose synthetisieren zu können und unabhängig von der Fach- bzw. Schulspezifik zu vermitteln. Seltene Krankheitsbilder, die im Regelfall mit spezifischen individuellen Einschränkungen einhergehen, müssten dann in Aufbaukursen vermittelt, vertieft und vermutlich praktisch erprobt werden.

Im folgenden Kapitel wird ein anschlussfähiges Curriculum, unter Berücksichtigung des wissenschaftstheoretischen und wissenschaftsdidaktischen Anspruchs, entwickelt.

7.2 Das Konzept Medizinische Sensitivität für professionellen Pädagogen Konsequenzen für die praktische Umsetzung

Terhart (Terhart 2002) verweist in seiner Expertise zu den Standards der Kultusministerkonferenz bereits darauf, dass keine aussagekräftigen Evaluationen und Wirkungsanalysen zum professionellen Lehrerhandeln vorliegen und empfiehlt die Professionalität des Lehrers anhand festgelegter Standards und Kriterien zu prüfen.⁴⁷⁰

Der Expertise folgend verabschiedete die Kultusministerkonferenz 2004 Standards für die Lehrerbildung. Trotz des nach wie vor empfehlenden Charakters konnte im Verlauf der Arbeit aufgezeigt werden, dass dieses Kompetenzkonzept einerseits geeignet ist, die gesamte Breite professionell Lehrender einzubeziehen, andererseits stellt das Konzept die Anschlussfähigkeit und Offenheit dar, die es dem Anwender ermöglicht, der grundsätzlichen Forderung nach Kompetenzentwicklung zu genügen, nämlich sich permanent weiterzuentwickeln. Standards, so die Definition, stellen die Voraussetzung aber auch das Ergebnis von Kompetenzentwicklung dar. Vor diesem Hintergrund ist es somit möglich, die medizinische Sensitivität von professionellen Pädagogen zu begründen. Folgt man den Ausführungen Terharts weiter, ist es notwendig, Standards konkret und handhabbar zu machen.⁴⁷¹ Hierzu werden zwei Möglichkeiten aufgezeigt. Einerseits können Curricula und Ausbildungspläne (Basisstandards) genutzt werden, um das zur Kompetenzentwicklung wesentliche Wissen zu vermitteln. Andererseits muss das erworbene Wissen Anwendung in der Praxis finden, was sich in Ergebnisstandards und nachweisbaren Effekten feststellen lässt.⁴⁷² Bezogen auf die medizinische Sensitivität wird diese zum Bestandteil professioneller pädagogischer Tätigkeit, wenn medizinisches Wissen vermittelt und in Praxisphasen, dem Referendariat und der professionellen Tätigkeit Anwendung findet. Unter Bezug auf die weitere Argumentation Terharts und die in der Einleitung erläuterten gesellschaftlichen Determinanten könnten die zu erwartenden positiven Effekte das Schulsystem wirkungsvoll unterstützen und die Teilhabe des Educanden am Lernprozess verbessern.⁴⁷³ In der Kompetenzdiskussion wäre die medizinische Sensitivität zunächst ein Novum. Betrachtet man jedoch die derzeitigen Versuche, Standards über nationale und internationale Vergleiche, wie Schulleistungsstudien zu definieren, kann man eher von intuitiver „de-facto“-Implementierung

⁴⁷⁰ Vgl. Terhart 2002, S. 5, Online im WWW unter URL: http://miami.unimuenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1151/Standards_fuer_die_Lehrerbildung_Eine_Expertise_fuer_die_Kultusministerkonferenz.pdf. [Stand 22.08.2011].

⁴⁷¹ Vgl. Terhart 2002, S. 5-8.

⁴⁷² Vgl. Terhart 2002, S. 5-8.

⁴⁷³ Vgl. Terhart 2000, 2002.

ausgehen. Besser und im Sinne der vorliegenden Arbeit wünschenswert ist eine eigenständige, an der epistemologischen und phänomenologischen Realität orientierten Implementierung von Standards.⁴⁷⁴ Die vorliegende Arbeit konnte erkenntnistheoretisch und phänomenologisch nachweisen, dass die Ableitung spezieller Kompetenzen, wie die der medizinischen Sensitivität, aus den Vorstellungen zu allgemeinen Lehrkompetenzen möglich ist und sich daraus Bildungskonzepte entwickeln lassen. Terhart führt weiter aus, dass auch Lehrerleitbilder dazu dienen, entsprechende Kompetenz abzuleiten.⁴⁷⁵

Bezogen auf die medizinische Sensitivität sollen einige Passagen aus Lehrerleitbildern zur Illustration dienen:

Der sokratische Eid (v. Henting 1985)⁴⁷⁶

Als Lehrer und Erzieher verpflichte ich mich, [...] für seine [des Kindes, Anm. d. V.] körperliche und seelische Unversehrtheit einzustehen.

Die Standesregeln des Schweizer Lehrerverbandes (1998)⁴⁷⁷

Die Lehrperson sorgt für eine ausgewogene Förderung der Lernenden zu Sachkompetenz, Selbstverantwortung und Gemeinschaftsfähigkeit [...]. Lehrpersonen arbeiten mit Erziehungsberechtigten, Spezialdiensten, Behörden und anderen an der Schule Beteiligten zusammen.

Interstate New Teacher Support and Assessment Consortium (INTASC 1992)⁴⁷⁸

Ein Lehrer weiß, wie Kinder lernen und sich entwickeln und kann Lerngelegenheiten schaffen, die die intellektuelle, soziale und persönliche Entwicklung unterstützen.

Es kann also gefolgert werden, dass die aus Lehrerleitbildern oder allgemeinen Kompetenzbeschreibungen intuitiv ableitbare medizinische Sensitivität, begründet durch erkenntnistheoretische und phänomenologische Diskurse geeignet ist, professionelle Lehrerhandlungen anzubahnen, „...„zu befördern und möglichst weitgehend sicherzustellen, welche dann auf Seiten der Schüler zu den allgemein gewünschten Wirkungen in kognitiver, sozial-moralischer und ästhetisch-expressiver Hinsicht führt“

(Terhart 2002, S. 11).

⁴⁷⁴ Vgl. Terhart 2002, S. 8.

⁴⁷⁵ Vgl. Terhart 2002, S. 10.

⁴⁷⁶ Vgl. Terhart 2002, S. 60.

⁴⁷⁷ Vgl. Terhart 2002, S. 59.

⁴⁷⁸ Vgl. Terhart 2002, S. 62.

Folgend sollen deshalb die Rahmenbedingungen analysiert werden, die notwendig sind, die medizinische Sensitivität professionell Lehrender durch Basisstandards und Ergebnisstandards zu sichern.

7.2.1 Medizinische Sensitivität in der universitären und nachuniversitären Phase

In seiner Expertise für die Kultusministerkonferenz führt Terhart weiter aus, dass Standards in drei Phasen formuliert, vermittelt und evaluiert werden sollten:⁴⁷⁹

- Absolventenstandards
- Institutionenstandards
- Systemstandards.

Folgend sollen die Absolventenstandards der universitären und nachuniversitären Phase näher analysiert und zunächst hinsichtlich der medizinischen Wissensvermittlung und weitergehend hinsichtlich der medizinischen Kompetenzentwicklung bewertet werden. Dabei kommt es vor allem darauf an, das Kompetenzkonzept nicht nur curricular und fachdidaktisch zu implementieren. Der Kompetenzansatz muss stattdessen Bezüge zur vorhandenen pädagogischen Professionalität setzen und diese um die medizinische Kompetenz erweitern. In seinen Begründungen zur Wissenschaftsdidaktik betont Nieke, dass sich Professionalität durch die Fähigkeit entwickelt, neues wissenschaftliches Wissen zu generieren. Vor dem Hintergrund der zukünftigen exponierten Stellung eines Pädagogen kann die Reduktion der Bildungswissenschaft auf bloße Fachdidaktik und Fachwissenschaft den gesellschaftlichen Anforderungen nicht genügen. Im Gegenteil dazu unterscheidet sich der wissenschaftsdidaktische vom hochschuldidaktischen Ansatz durch ein offenes Verständnis von Bildungswissenschaft, welches sich darin versteht, mehrdimensionale Zugänge zu Bedingungen und Untersuchungen von Lernprozessen zu nutzen.⁴⁸⁰ Dies lässt somit auch zu, Konzepte zu medizinischer Sensitivität von Pädagogen, zu entwickeln. Dabei muss beachtet werden, dass nicht die Inhaltsvermittlung medizinischen Wissens im Mittelpunkt des Konzeptes steht sondern typische Situationen aus dem Schulalltag oder konstruierte Fälle, welche konkret auf einen medizinisch relevanten Prozess bezogen sind und die Entwicklung von Problemlösungsstrategien

⁴⁷⁹ Vgl. Terhart 2002, S. 14-20.

⁴⁸⁰ Vgl. Nieke 2008, Online im WWW unter URL: http://www.ewft.de/files/13_%20EWFT-Pvs_-Protokoll%20Anlage%202-Wissenschaftsdidaktik%20mit%E2%80%A6.pdf [Stand 16.09.2011].

zulassen.⁴⁸¹ Ein Fallbeispiele aus dem Seminar Gesundheitsbildung für Studenten des Diplomstudienganges Pädagogik an der Universität Rostock, sollen die Gedankengänge illustrieren. Das Fallbeispiel muss dabei dem Anspruchsniveau von angehenden Diplompädagogen entsprechen und wurde deshalb Case Problem Study aufgebaut.

Case Problem in einer Schule:

Eine Schülerin kommt nach der Mittagspause zum Lehrer und berichtet über Bauchschmerzen.

Fallkonfrontation: Szenario 1

Die Schülerin macht auf Sie einen recht munteren Eindruck. Auf ihre Nachfrage hin kann sie die Schmerzen nicht lokalisieren.

Szenario 2

Die Schülerin zeigt Hautblässe und sieht leidend aus, sie lokalisiert die Schmerzen und berichtet über Übelkeit.

Szenario 3

Die Schülerin berichtet, diese doch sehr ziehenden Schmerzen schon seit einigen Tagen zu haben, kann diese aber nicht lokalisieren. Auf Ihre Nachfrage hin berichtet sie über einen bevorstehenden Vorsorgetermin beim Gynäkologen.

Informationsbeschaffung zur Problemlösung:

Welche Körperstrukturen bzw. Körperfunktionen könnten betroffen sein?

Wie könnte sich die Problematik auf den folgenden Unterricht (auch in den nächsten Tagen) auswirken? Welches weitere Verhalten des Schülers erwarten Sie?

Welche Schädigung vermuten Sie (bezogen auf das jeweilige Szenario)?

Exploration:

Diskutieren Sie die Lösungsmöglichkeiten!

Bieten Sie Alternativlösungen!

⁴⁸¹ Vgl. o.V., Online im WWW unter URL: <http://www.didaktisches-coaching.de/wissenschaftsdidaktik.html>. [Stand 16.09.2011].

Resolution, Disputation:

Treffen und verteidigen Sie Ihre Entscheidung!

Kollation:

Vergleichen Sie Ihre Lösung mit der medizinischen Wirklichkeit!

Absolventenstandards

Absolventenstandards beziehen sich zunächst auf die im Grund- und Hauptstudium erworbenen Wissensinhalte zum beruflichen Handlungsfeld. Auch wenn sich Terhart in seiner Expertise explizit auf Lehramtsstudenten bezieht,⁴⁸² kann doch angenommen werden, dass seine Ausführungen allgemeingültiger Natur sind und mindestens auch auf vergleichbare pädagogisch ausgerichtete Studienrichtungen Anwendung finden. In der folgenden tabellarischen Übersicht sind die von Terhart formulierten Lehr-Lernziele aufgelistet. Diesen werden die für die medizinische Sensitivität notwendigen Lehr-Lernziele zugeordnet. Dabei wird angenommen, dass zunächst Erklärungswissen, d.h. handlungsleitendes wissenschaftliches Wissen⁴⁸³, aus medizinischen Bezugsdisziplinen übernommen werden kann. Von einer Differenzierung in Grund- und Hauptstudium wird aus drei Gründen abgesehen. Zunächst wäre es reine Spekulation, hier eine adäquate Zuordnung treffen zu können, auch wenn es aus pragmatischen Überlegungen heraus nachvollziehbar wäre, medizinische Grundlagen wie Anatomie und Physiologie in das Grundstudium zu implementieren, Krankheitsbilder dagegen in das Hauptstudium. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Neuorientierung der Universitäten in Bachelor und Masterstudiengänge derzeit noch im Aufbau begriffen ist und bisher wenige valide Untersuchungen vorliegen, die eine Verortung der medizinischen Sensitivität von Pädagogen zulassen. Entscheidendes Kriterium ist jedoch die Orientierung am Zusammenwirken verschiedener Fachwissenschaften und der Kompetenzentwicklung von Pädagogen, im Verlaufe des Studiums und der nachuniversitären Phase. Die bloße Eingruppierung von Vorlesungen und Seminaren innerhalb der Fächer oder der Fachdidaktik reicht daher nicht aus. Sinnvoller ist es, Lernfelder anzubieten, die aufeinander bezogen eine tatsächliche Sensitivierung der Studenten zulassen und eine grundsätzlich Anschlussfähigkeit für eine zukünftige Vertiefung und Spezialisierung ermöglichen. Adäquate Aussagen lassen ebenfalls die Forschungsergebnisse zu. So finden die Schlussfolgerungen aus Hypothese 2 und 3 Anwendung, dass Erfahrungswissen von

⁴⁸² Vgl. Terhart 2002, S. 30 ff.

⁴⁸³ Vgl. Jahnke, Wild 2011, S. 74.

Pädagogen nicht ausreicht, den Gesundheitszustand des Educanden einschätzen zu können. Ein weiterer Beleg findet sich in der Schlussfolgerung aus Hypothese 4 und 5. Mehrere Forschungsteilnehmer assoziierten, dass eine Vertiefung medizinischer Kenntnisse bereits während des Studiums notwendig ist.

Tabelle 11 Absolventenstandards zur der medizinischen Sensitivität

Standards für Absolventen nach Terhart	Lernfelder zur medizinischen Sensitivität	Handlungsfeld
Wissensbasis für und über das spätere Berufsfeld.	Das Wesen von Gesundheit und Krankheit kennen lernen	Krankheit und Gesundheit erkennen, Definition Gesundheit, Krankheit, Normen der ICIDH, ICF, ICD 10 Pathogenese, Ätiologie, Statistik, Salutogenese.
		Krankheitsursachen, Verlauf und Symptome, belebte, unbelebte Krankheitsursachen, allg. und spezielle Krankheitszeichen.
Reflexionsfähigkeit über Sachthemen, aber auch über die eigene Person in Verbindung mit den Anforderungen des beruflichen Feldes.	Strukturen und Funktionen kennen lernen. Divergenzen zwischen Umwelt und Individuum einschätzen können. Möglichkeiten der Interaktion mit einem erkrankten Kind / Jugendlichen erwerben.	Den Heilungsverlauf im Körper verstehen. Entzündungsverläufe und Entzündungsarten erkennen.
		Allgemeine Herz- Kreislauf und Atemwegsstörungen erlernen, Risikofaktoren kennen lernen, Ursachen Verstehen (Adipositas, Diabetes, Hypertonie)

		Die Wahrung der Immunität Grundlagen der Immunologie Allergie, Unverträglichkeit, Immundefekte, Autoimmunkrankheiten, Anaphylaktische Reaktionen.
Kommunikationsfähigkeit über Inhalte, Strukturen und Probleme des unterrichtsfachlichen, pädagogisch–didaktischen und schulbezogenen Bereiches.	Biopsychosoziale Dysfunktionen reflektieren können. Grundlagen der Interpretation von Krankheit bei Kindern / Jugendlichen erlernen.	Wachstum, Pubertät, Adoleszenz, Wachstumsparameter, biologische, soziale und psychische Entwicklung
Urteilsfähigkeit angesichts pädagogischer Handlungsprobleme und Entscheidungsfragen.	Aktivitäten und Partizipationsfähigkeiten vor dem Hintergrund biopsychosozialer Probleme beurteilen können. Möglichkeiten der Interventionsmöglichkeiten bei kranken Kindern / Jugendlichen beurteilen können.	Anamnese zur Familie, dem sozialen Umfeld und der eigenen Entwicklung Ärztliche, psychologische, soziale Diagnostik. Sonstige diagnostische Möglichkeiten.

(Quelle: Terhart 2002, S. 30, eigene Darstellung, in Anlehnung an Speer, Gahr 2001)⁴⁸⁴⁴⁸⁵

Die sich dem Hauptstudium anschließende Phase des Referendariats (für Lehramtsstudenten) oder der beruflichen Praxis schließt die weitere Kompetenzentwicklung der Absolventen ein. Allgemein dient diese Phase der Entwicklung und Erprobung der eigenen beruflichen Professionalisierung. Gleichzeitig hat sich während des Studiums und während der Berufseinstiegszeit bereits Erfahrungswissen gebildet. Die Absolventen verfügen somit über Erfahrungen, die Fähigkeit zur Reflexion sowie der

⁴⁸⁴ Zugrunde liegen jahrelange Erfahrungen des Verfassers als Lehrkraft, Schulleiter und Hochschuldozent im Bereich der nichtakademischen und akademischen Gesundheitsberufe.

⁴⁸⁵ Vgl. Gahr 1994, Speer, Gahr 2001.

systematischen Interpretation.⁴⁸⁶ Im Mittelpunkt steht die Verbesserung der Fähigkeiten Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose und der kritischen Selbstreflexion.⁴⁸⁷ Für das Referendariat formuliert Terhart folgende Ziele zur Entwicklung und Erprobung:⁴⁸⁸

- Erfassung spezifischer Lernbedürfnisse von Schülern
- Kooperation mit Kollegen zum Zweck der Unterrichts
- Kommunikation und Beratung von Eltern
- Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen.

Beispielhaft sollen die vorgenannten Ziele der Ausbildung von Lehramtsstudenten während des Referendariats der Entwicklung der medizinischen Sensitivität professioneller Pädagogen gegenüber gestellt werden. Ausgehend von der Tatsache, dass nicht jeder Absolvent eines erziehungswissenschaftlich geprägten Studiengangs ein Referendariat absolviert, wird dabei unterstellt, dass die Entwicklung der medizinische Sensitivität auch Bestandteil von Fortbildungen sein kann. Für die Differenzierung der Lernfelder und Lernsituationen wird hierbei erfahrungsbezogen auf die Häufigkeit des Auftretens gesundheitlicher Störungen rekuriert.

So wird angenommen, dass der Schulalltag zunächst von Bagatellerkrankungen, Notfällen und Infektionskrankheiten geprägt wird. Folgt man den Ergebnissen des KIGGS, stellen jedoch auch psychosomatische Krankheiten, Allergien, Veränderungen des muskuloskeletalen Systems und auch Stoffwechselkrankheiten ein zunehmendes Krankheitsrisiko dar (vgl. auch KIGGS 2002). Daneben spielen vor allem im Jugendalter die zahlreichen Hauterkrankungen, wenn auch nicht als krankmachend, so doch als kosmetisches Problem eine echte Herausforderung in der Schule dar. Somit sollten diese Krankheitsdomänen auch Bestandteil der Fortbildungen innerhalb des Referendariats oder vergleichbarer Angebote sein. Die Folgerungen aus Hypothese 4 unterstreichen die Notwendigkeit. Neben der Kenntnis häufiger Krankheiten in der Art eines Basisniveaus, sollten Pädagogen anwendungsbereites Wissen auf dem Niveau einer Schulkrankenschwester haben.

⁴⁸⁶ Vgl. Jahnke, Wildt 2011, S. 75.

⁴⁸⁷ Vgl. Nieke a.a.O.

⁴⁸⁸ Vgl. Terhart 2002, S. 30

Tabelle 12 Referendariat als Möglichkeit der vertiefenden Fortbildung der medizinischen Sensitivität

Entwicklung und Erprobung der Handlungs- und Reflexionsfähigkeit	Lernfelder zur medizinischen Sensitivität	Handlungsfeld
<p>Erfassung spezifischer Lernbedürfnisse von Schülern.</p> <p>Kooperation mit Kollegen zum Zweck des Unterrichts.</p> <p>Kommunikation und Beratung von Eltern.</p> <p>Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen.</p>	Kinder / Jugendliche mit Beeinträchtigungen des Muskuloskelettalen Systems.	Unfälle im Schulalltag. Veränderungen der Wirbelsäule, der Hüfte, der Füße.
	Schule und (meldepflichtige) Infektionskrankheiten.	Angeborene, erworbene Immunkompetenz, Immuntoleranz, Immunitätsformen und Impfungen, banale und meldepflichtige Infektionskrankheiten, Bundesseuchenschutzgesetz, meldepflichtige Infektionen, sonstige aggressive Infektionen
	Kinder /Jugendliche mit mentalen Beeinträchtigungen, sozialen und psychischen Benachteiligungen, eingetretener oder drohender Behinderung.	Psychologische Probleme von Krankheit, Operation und Hospitalisation, seelische Kindesmisshandlung, Neurosen, Psychosen und Autismus, psycho-somatische Störungen, Gesundheitserziehung und Gesundheitsschutz, Sport-, Schul- u. Berufsfähigkeit, Risikokinder,

		Interaktionsstörungen, Kindesmisshandlungen, Vernachlässigung, Sexueller Missbrauch
	Kinder / Jugendliche mit Beeinträchtigungen des Stoffwechsels	Störungen des Kohlehydratstoffwechsels, Diabetes Mellitus Typ I Diabetes Mellitus Typ II, Störungen des Eiweißstoff-wechsels, Hyperphenylalaninämien Ahornsirupkrankheit, Störungen des Fettstoffwechsels, Hyperlipoproteinämien Hypercholesterinämien.
	Kinder / Jugendliche mit Beeinträchtigungen der Haut und deren Anhangsgebilden, Allergien	Infektionen der Haut. Pilzkrankungen der Haut, Ekzeme, allergische Hautreaktionen.
Vertiefende Praxis	Kinder / Jugendliche mit Krankheiten im klinischen oder rehabilitativen Alltag erleben.	Hospitationen und Praktika unter Anleitung eines Arztes ggf. in heilpädagogischen Einrichtungen oder Begegnungsstätten.

(Quelle: Terhart 2002, S. 30, Eigene Darstellung in Anlehnung an Speer, Gahr 2001)⁴⁸⁹

Es kann an dieser Stelle keine Antwort auf die Durchführbarkeit der praktisch-klinischen Phase gegeben werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit würde die dazu notwendige Auseinandersetzung mit der geltenden Rechtslage, dem Anspruch an die Komplexität des Themas nicht genügen. Insofern ist die tabellarische Darstellung eher Wunsch als Realität. Folgt man jedoch den Grundbedingungen zur Kompetenzentwicklung, würde erst die Kombination aus Wissen und Fähigkeit in Verbindung mit der individuellen Disposition,

⁴⁸⁹

Vgl. Gahr 1994, Speer, Gahr 2001.

also die praktische Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen, zu tatsächlicher Kompetenzentwicklung führen. Vor dem Hintergrund einer wünschenswerten medizinischen Spezialisierung einzelner professioneller Pädagogen wäre dies zudem zwingend erforderlich. Letztendlich kann nicht erwartet werden, dass jeder studierte Pädagoge neben einer grundsätzlichen medizinischen Sensitivität diese soweit vertieft, dass die daraus folgende Legitimation einen Status schafft, sich interpretativ oder experimentell-diagnostisch gegenüber Mitarbeitern, Behörden, medizinischem Personal oder den Erziehungsberechtigten zu artikulieren bzw. Interventionsvorschläge zu unterbreiten. Pädagogen haben zu diesem Zeitpunkt bereits internalisierte Normen und Werte verinnerlicht, Überzeugungen gebildet, Lehr-Lernkonzepte geprüft und eine gefestigte Selbstwirksamkeit entwickelt. Es handelt sich somit um Orientierungswissen.⁴⁹⁰ Dies soll und wird einigen wenigen Pädagogen vorbehalten bleiben. Für diesen Personenkreis muss es demnach weitergehende, institutionell und gesellschaftlich tolerierte Fortbildungen geben. Neben der vertiefenden Vermittlung von Krankheiten sind hier Praxisphasen, möglichst mit klinischer Prüfung durch einen Arzt, ggf. einer Landesbehörde, analog der Heilpraktikerprüfung⁴⁹¹ unbedingt erforderlich. Folgend sollen die aus der gängigen pädiatrischen Literatur⁴⁹² entnommenen Inhalte in Lernfeldern formuliert und Handlungsfeldern zugeordnet werden.

Tabelle 13 Spezialisierende Fortbildungen zur medizinischen Sensitivität für professionelle Pädagogen

Lernfeld	Handlungsfeld
Das Kind / der Jugendliche mit Beeinträchtigungen des Blutes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erkrankungen des Knochenmarkes 2. Erkrankungen der Erythrozyten 3. Erkrankungen der Blutstillung
Das Kind / der Jugendliche mit onkologischen Beeinträchtigungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leukämien 2. Lymphome 3. Sonstige Tumore

⁴⁹⁰ Vgl. Jahnke, Wildt 2011, S. 75.

⁴⁹¹ Vgl. Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung, Online im WWW unter URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html>. [Stand 13.09.2011].

⁴⁹² Vgl. Gahr 1994, Speer, Gahr 2001

<p>Das Kind / der Jugendliche mit Beeinträchtigungen des Verdauungssystems</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erkrankungen der Speiseröhre 2. Erkrankungen des Magens Akute Gastritis Chronische Gastritiden 3. Erkrankungen des Darms Akute und chronische Erkrankungen Zöliakie M. Hirschsprung M. Crohn Colitis ulcerosa 4. Erkrankungen von Leber und Galle 5. Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse
<p>Das Kind / der Jugendliche mit Allergien</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Allergien Allergene Allergische Reaktionen Klinische Manifestation 2. Unverträglichkeiten Lebensmittel Arzneimittel
<p>Das Kind / der Jugendliche mit Beeinträchtigung der Atmung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krankheiten der oberen Atemwege Anatomie und Physiologie Rhinitis Sinusitis 2. Erkrankungen der mittleren Atemwege Anatomie und Physiologie Bronchitis Asthma bronchiale 3. Erkrankungen der unteren Atemwege Anatomie und Physiologie Pneumonie Zystische Fibrose (Mukoviszidose)

<p>Das Kind / der Jugendliche mit Beeinträchtigung des Herz-Kreislauf- Systems</p>	<p>1. Erkrankungen des Herzens Kardiomyopathie Endokarditis Myokarditis Herzinfarkt Herzinsuffizienz</p> <p>2. Erkrankungen des Arterio-venösen Kreislaufs Hypertonie Hypotonie</p> <p>3. Erkrankungen des Lymphsystems</p>
<p>Das Kind/der Jugendliche mit Beeinträchtigung des urogenitalen Systems</p>	<p>1. Erkrankungen der Niere Anatomie und Physiologie Glomerulonephritis</p> <p>2. Erkrankungen der harnableitenden Organe Anatomie und Physiologie Harnwegsinfekte Harnblasenstörungen</p> <p>3. Genitale und gynäkologische Erkrankungen Anatomie und Physiologie Erkrankungen der äußeren Genitale Erkrankungen der inneren Genitale Spezifische Störungen der Menstruation</p>
<p>Endokrinologische Störungen des Kindes und Jugendlichen</p>	<p>1. Wachstumsstörungen 2. Erkrankungen der Schilddrüse 3. Erkrankungen der Nebenniere 4. Erkrankungen der Gonaden 5. Störungen der Pubertät</p>
<p>Immunologische Störungen des Kindes und Jugendlichen</p>	<p>1. Primäre Immundefekte 2. Sekundäre Immundefekte 3. AIDS</p>

Rheumatische Krankheiten des Kindes und Jugendlichen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juvenile rheumatoide Arthritis 2. Spondylarthritis 3. Rheumatisches Fieber 4. Sonstige rheumatische Erkrankungen
Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen der Haut und deren Anhangsgebilden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angeborene und erworbene Hauterkrankungen 2. Infektionen der Haut 3. Pilzkrankungen der Haut 4. Ekzeme 5. Allergische Hautreaktionen
Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen des Nervensystems	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neuromuskuläre Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> - Muskelatrophien - Muskeldystrophien 2. Traumatische Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> - Schädelhirntraumata - Frakturen der Extremitätenknochen 3. Infektionen des Zentralnervensystems <ul style="list-style-type: none"> - Bakterielle Meningitis - Virale Krankheiten 4. Zerebralparesen 5. Epilepsien
Der Jugendliche mit Geschlechtskrankheiten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Typische Geschlechtskrankheiten im Jugendalter 2. Geschlechtskrankheiten mit Migrationshintergrund

(Quelle: Speer, Gahr 2001)

Auch die spezialisierende Fortbildung zur medizinischen Sensitivität kann nur wirksam werden, wenn die Lernfelder einer praktischen Lernphase vorgeschaltet werden. Die praktische Lernphase ließe sich durch Hospitationen in medizinischen oder sozialpädiatrischen Einrichtungen, ggf. auch Förderschulen, realisieren.

7.3. Perspektiven zur weiteren Forschung

Die vorliegende Konzeptstudie zur medizinischen Sensitivität professioneller Pädagogen konnte epistemologische und phänomenologische Befunde zur Notwendigkeit der Implementierung aufzeigen und durch qualitative Untersuchungsergebnisse bestätigen. Aufgrund der thematischen Eingrenzung auf die Exploration des Forschungsfeldes kann an dieser Stelle nicht von generalisierbaren Erkenntnissen ausgegangen werden. Folglich ist es notwendig weitere Studien mit dem Ziel der Verifikation oder auch Falsifikation der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit durchzuführen. Innerhalb des Diskurses um das Primat wissenschaftlicher Signifikanz wird der Stellenwert qualitativer Studien zu Gunsten quantitativer Ergebnisse immer wieder in Frage gestellt. Auch wenn in der vorliegenden Arbeit darauf verwiesen werden konnte, dass die Wirksamkeit medizinischer Sensitivität verhaltensabhängig und situationsbezogen ist, wird die gewählte methodische Herangehensweise Anlass zur Diskussion geben. Insofern würde eine Wirksamkeitsuntersuchung des Konzeptes „medizinische Sensitivität“ innerhalb einer randomisierten kontrollierten Studie zu einer quantitativen Datenerhebung führen und darüber hinaus den Nachweis der Evidenz erbringen.

Im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie konnten die Schnittstellen zur Biologie und zur Medizin nur fragmental berücksichtigt werden. Auch wenn es bereits theoretische Studien und empirische Ergebnisse zur Neurodidaktik, auf der Grundlage neuro-, sozio- und evolutionsbiologischer Erkenntnisse gibt, kann doch davon ausgegangen werden, dass die Forschung hier noch in den Anfängen steckt. Folglich dürfte auch hier Potenzial für weiteren Forschungsbedarf angenommen werden.

Juristische Schnittstellen konnten bis auf wenige Verweise nicht berücksichtigt werden. So müsste zunächst die Inklusion des Konzeptes in die Schulgesetze der Länder geprüft werden. Weiterhin wäre ein juristischer Diskurs zur Umsetzbarkeit des Konzeptes essenziell. Letztendlich muss die Frage der Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen geklärt werden. Dies ist derzeit selbst für die Delegation auf medizinisches Fachpersonal ungeklärt und dürfte für die Delegation auf nichtmedizinische Fachkräfte, erheblichen Streitwert innerhalb der juristischen Profession besitzen. Zum jetzigen Zeitpunkt bietet nur das Heilpraktikergesetz einen Ausweg aus dem Dilemma.

Nicht zuletzt bietet die vorliegende Studie, innerhalb der philosophischen Paradigmen, eine Verortung bzw. Hinwendung zum Idealismus an. Es konnte epistemologisch und phänomenologisch nachgewiesen werden, dass die vorherrschende These des Dualismus

von Körper und Geist zumindest im Rahmen der vorliegenden Erkenntnisse nicht aufrecht zu erhalten ist. Ein weiterer Beweis der hier vorliegenden monistischen Betrachtung bedarf jedoch der Untersuchung des medizinischen Standpunktes. Somit scheint es sinnvoll, neben der medizinischen Sensitivität von professionellen Pädagogen auch die pädagogischen Sensitivität von Ärzten, insbesondere Pädiatern zu untersuchen.

Literaturverzeichnis

- AEBLI, H. (1981): Denken das Ordnen des Tuns, Band III: Denkprozesse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Weilers, Landpresse.
- Asendorpf, J. B. (2005): Umwelteinflüsse auf die Entwicklung aus entwicklungs-genetischer Sicht. Zeitschrift für Soziologie der Sozialisation und Erziehung 25, 118-132.
- Bandura, A. (1997): Self-Efficacy. The Exercise of Control. W. H. Freeman and Company, New York.
- Bauer, K. O. (2002): Kompetenzprofil: LehrerIn. In: Otto, H. U. (Hrsg.) (2002): Erziehungswissenschaft: Professionalität und Kompetenz. S. 49-63.
- Baumert, J. (2006): Zur Entwicklung und Situation der Berufsbildungsforschung im deutschsprachigen Raum. Vortrag, gehalten am 3. Februar anlässlich der Emeritierung von Herrn Prof. Dr. Helmut Fend. Zürich: Universität Zürich.
- Beyer, K.; Knöpfel, E.; Stork, Ch. (2002): Pädagogische Kompetenz: die Basiskompetenz im 21. Jahrhundert. Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Boban, I.; Hinz, A.: Sonderpädagogische Förderung in der Allgemeinen Schule (Integration) und in Sonderschulen. In: Arnold, K.-H.; Graumann, O.; Rakhochkine, A. (Hrsg.) (2008): Handbuch Förderung. Grundlagen Beriche und Methoden der individuellen Förderung von Schülern. Weinheim/Basel: Beltz, 410-419.
- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.; Hrsg. (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden, VS Verlag, 2. Auflage.
- Bock, K.; Miethe, I. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Methoden in der sozialen Arbeit. Verlag Barbara Budrich. Opladen & Farmington Hills, MI 2010.

- Bollnow, O. F. (1966): Krise und neuer Anfang. Beiträge zur pädagogischen Anthropologie. Heidelberg.
- Bollnow, O. F. (1984): Existenzphilosophie und Pädagogik. Versuch über unstetige Formen der Erziehung. Urban, Stuttgart, Berlin, Mainz, Köln.
- Brenzinka, W. (1963): Erziehung als Lebenshilfe. Wien.
- Cambell, E. (2003): The ethical teacher. Buckingham: Open University Press.
- Carle, Ursula (2002): Kernkompetenzen von Lehrerinnen und Lehrern – empirische Befunde als Basis für Lehrerbildungsstandards, Referat auf der Bremer Expertentagung Lehrerbildung am 08.-10.11.2002.
Verfügbar im WWW unter URL: <http://www.grundschulpaedagogik.unibremen.de>
Verfügbar am 02.03.2009.
- Combe, A.; Helsper, W. (Hrsg.) (1996): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Damon, W. (1995): Greater expectations: Overcoming the culture of indulgence in our homes and schools. New York: The Free Press.
- Darling-Hammond, L. (2006): Powerful Teacher Education. Lessons from Exemplary Programs. San Francisco: Jossey Bass.
- Deutscher Bundestag (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Verfügbar im WWW unter URL: <http://www.bmfsfj.de/BMSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=128950.html>. Verfügbar am 28.01.2011.
- Dieckmann, A. (2007): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg, Rowolth, 17. Auflage.
- Dollhase, R. (1978): Definition und Struktur der Früh- und Vorschulpädagogik. Handbuch der Früh- und Vorschulpädagogik.

Verfügbar unter URL:

<http://repositories.ub.uni-bielefeld.de/biprints/volltexte/2009/3221>.

Verfügbar am 15.08.2011.

Eberwein, H.; Mand, J. (Hrsg.) (2008): Integration konkret. Begründung, didaktische Konzepte, inklusive Praxis. Verlag Julius Klinkhardt Bad Heilbrunn.

Erpenbeck, J./Heyse, V. (1999): Kompetenzbiographie – Kompetenzmilieu Kompetenztransfer, QUEM Report 62. Berlin.

Erpenbeck, J.; Heyse, V.; Michel, L.. (2002). Lernkulturen der Zukunft, QUEM Report 74, Berlin.

Erpenbeck, J.; ROSENSTIEL v., L. (2003): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.

Fischer, K. (2009): Die evolutionäre Entwicklung der Psyche in Thure von Uexkülls „Theorie der Humanmedizin-Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“. Dissertation. Verfügbar unter URL: http://www.edoc.ub.uni-muenchen.de/10695/1/Fischer_katrin.pdf. Verfügbar am 27.10.2010.

Fleischhagl, R.; Nürnberger, A.; Schönberg, Ch.; Habart, T.; Urso, T.; Strz, F. (2006): Erste Hilfe in Bewegung. learn it – teach it – do it. Verfügbar unter URL: [http://www.evaluiierungsbericht\[1\].pdf](http://www.evaluiierungsbericht[1].pdf). Verfügbar am: 12.02.2008.

Flick, U (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa- Verlag, Weinheim.

Frey, Andreas (1999). Aufbau beruflicher Handlungskompetenz – Theoretische Vorstellungen und diagnostisches Instrumentarium. In: Empirische Pädagogik 1, S. 29 – 56.

- FREY, A. (2006): Methoden und Instrumente zur Diagnose beruflicher Kompetenzen von Lehrkräften – eine erste Standortbestimmung zu bereits publizierten Instrumenten. Zeitschrift für Pädagogik, 51. Beiheft, S. 30-46.
- Fuchs, P. (1992): Die Erreichbarkeit der Gesellschaft. Zur Konstruktion und Imagination gesellschaftlicher Einheit. Frankfurt/ Main: Suhrkamp.
- Fuhr, Th. (1991): Kompetenzen und Ausbildung des Erwachsenenbildners. Eine Studie zur Professionalisierung der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn.
- Gaedt, Ch. (1986): Die Macht der Ärzte und das Verhältnis Pädagogik und Medizin. Verfügbar unter: http://www2.initiative-bs.de/doc/NB2_9.doc
Verfügbar am 05.03.2010.
- Gahr, M. (1994) Pädiatrie. Walter de Gruyter, Berlin, New York.
- Giesecke, H. (2007): Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns. Juventa Verlag Weinheim, München, 9. Auflage.
- Groeben, N.; Scheele, B. (1977): Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag Darmstadt.
- Groeben, N.; Wahl, D.; Schlee, J.; Scheele, B. (1988): Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. A. Francke Verlag GmbH Tübingen.
- Hamann, B. (1993): Pädagogische Anthropologie. Bad Heilbrunn/ Obb.
- Harder, S. (2002): Befähigung zum kompetenten Handeln – Das Kompetenzkonzept in der Erwachsenenbildung. Diplomarbeit.
- Hascher, Tina (2004); Professionelle Entwicklung von Lehrpersonen, in: journal für lehrerInnenbildung 1, S. 4450.
- HBSC-Team Deutschland (2011): Studie Health Behavior in School-aged Children-

Faktenblatt "Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen".
 Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
 Verfügbar unter URL: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/whocc/studien/hbsc.html>. Verfügbar am 27.12.2011.

Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M., Weinert, F. E. (1987): Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin: Springer.

Henting v., H. (2003): Die Schule neu denken. Eine Übung in pädagogischer Vernunft. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Hering, T. (2002): Der Settings- Ansatz am Beispiel Kindergarten.
 Zugänglich unter: <http://www.Diplomarbeiten.de/21754/pdf>.
 Verfügbar am: 12.11.2007.

Hinz, A. (2008): Inclusive Education-inklusive Modelle in der Schnittstelle Schule und Beruf. In: VBS (Hrsg.): Teilhabe gestalten. XXXIV. Kongress des VBS, 14.-18. Juli 2008 in Hamburg. Würzburg: Edition Bentheim, 241-257.

Höge, Th. (2001): Arbeitsbelastung, salutogene Persönlichkeit und Beanspruchung. Eine Untersuchung zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf den Stressprozess. Dissertation. Verfügbar unter URL: http://www.deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=96486185&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=964586185.pdf. Verfügbar am 16.06.2009.

Hörner, W.; Schulz, D.; Wollersheim, H.-W. (Hrsg) (2002): Berufswissen des Lehrers und Bezugswissenschaften der Lehrerbildung. Leipziger Universitätsverlag.

Huber, L. (2002): Standards und Individuen, in: Neue Sammlung 4. S. 531 – 556.

Hülshoff, Th. (2005): Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik. Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Hurrelmann, K. (1994): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale

Risikofaktoren im Lebenslauf. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Hurrelmann, K.; Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Hurrelmann, K.; Bründel, H. (2003): Einführung in die Kindheitsforschung. Beltz Verlag Weinheim, Basel, Berlin. 2., vollständig überarbeitete Auflage.

Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag Weinheim und München. 4., vollständig überarbeitete Auflage.

Hurrelmann, K. (2007): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa Verlag Weinheim und München. 9., aktualisierte Auflage.

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. 2., überarbeitete Auflage.

Hurrelmann, K.; Settertobulte, W. (2007): Die Schule als Chance oder als Bedrohung? Warum moderne Strategien der Gesundheits- und Sicherheitsförderung notwendig sind. Verfügbar im WWW unter URL: <http://www.gesundheits.de/downloads/21.11.07.vortrag.hurrelmann.pdf>. Verfügbar am 01.08.2010.

ICF (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization Genf.
Verfügbar unter URL: [http://www.ICF_endfassung-2005-10-01\[01\].pdf](http://www.ICF_endfassung-2005-10-01[01].pdf)
Verfügbar am 11.02.2009

- Jäger, Reinhold S (2002). Notwendige Kompetenzen von Lehrkräften – erfassen und trainieren, aber wie? In: Seminar 3. S. 27 – 38.
- Jahnke, I.; Wildt, J.; Hrsg. (2011): Fachbezogene und fachübergreifende Hochschuldidaktik. Deutsche Gesellschaft für Hochschuldidaktik.
- Jansen, Dieter, Stiller, Edwin (2003). Standardorientierung in der Lehrerbildung, in: Seminar 2. S. 520.
- Karutz, H. (2004): Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen. LIT Verlag Münster, Band 19. Dissertation.
- Karutz, H.; Lasogga, F. (2008): Kinder in Notfällen. Psychische Erste Hilfe und Nachsorge Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey, Edewecht.
- Kesslering, T. (1981): Entwicklung und Widerspruch. Ein Vergleich zwischen Piagets genetischer Erkenntnistheorie und Hegels Dialektik. Frankfurt: Suhrkamp.
- KIGGS, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. (2007)
Zugänglich unter: <http://www.kiggs.de>.
Verfügbar am: 18.12.2007.
- Kimmig, A. (2006): Chronisch kranke Kinder in Allgemeinbildenden Schulen.
Verfügbar unter URL: <http://www.interklinischule.de/de/docs/ab/vortrag1.pdf>.
- Kindergesundheit im Vorschulalter, o. V. (2009): Gesundheitsbericht 2009.
Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2004-2007.
<http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/1-1.pdf>.
- Klieme; Eckhard u.a.(2003). Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards – Eine Expertise. Berlin 18.2.2003. Verfügbar unter URL:
<http://www.mendeley.com/research/zur-entwicklung-nationaler-bildungsstandards-expertise-1>. Verfügbar am 13.12.2011.
- Klieme, Eckhard (2004). Was sind Kompetenzen und wie lassen sie sich messen?
In: Pädagogik 6/2004. S. 1013.

Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes NordrheinWestfalen (2004).

Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen.
Leske und Budrich.

Kondakow, N. I. (1978): Wörterbuch der Logik.
VEB Bibliographisches Institut Leipzig.

Kron, F. W. (2009): Grundwissen Pädagogik.
Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Kron, Friederich W. (1999): Wissenschaftstheorie für Pädagogen.
Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Kultusministerkonferenz (2004): Standards für die Lehrerbildung. Bildungswissenschaften.
Verfügbar unter URL: http://www.sowi-online.de/reader/lehrerausbildung/lehrerbildung_kmk.pdf. Verfügbar am 14.10.2010.

Landoldt, M. A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters.
Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

Lange, J.-M.: Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen in der Schule – grundsätzliche Überlegungen zum Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern. In: Schmitt, G. M.; Kammerer, E.; Harms, E. (1996): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung. Verstehen und Bewältigung von Belastung und Bedrohung.
Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 31-38.

Lasogga, F.; Gasch, B. (2004): Notfallpsychologie.
Stumpf + Kossendey m. b. H., Edewecht.

Lehmann, G.; Nieke, W. (2000): Zum Kompetenzmodell.
Verfügbar unter URL: http://www.bildungmv.de/export/sites/lisa/de/publikationen/rahmenplaene/ergaenzende_texte/text-lehmann-nieke.pdf.

Verfügbar am 23.08.2011.

Locher, B. (2000): Zwischen "Feuchtbiotop", "Dritter Halbzeit" und "Heiler Welt":
Notwendigkeit und Möglichkeit suchtpreventiver Maßnahmen im Interventionsfeld
des jugendlichen Vereinssports. Dissertation. Verfügbar unter
URL: [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2001/1769/pdf/
Blocher1.pdf](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2001/1769/pdf/Blocher1.pdf). Verfügbar am 29.04.2008.

Max, Ch. (1999): Entwicklung von Kompetenz – ein neues Paradigma für das
Lernen in Schule und Arbeitswelt.
Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, München.

Mayring, Ph. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse.
Beltz Verlag Weinheim und Basel.

Mertz, T. (1997): Krisis der Bildung. Zur Postmoderne-Rezeption in der
bildungstheoretischen Diskussion.
Verlag Die Blaue Eule, Monographie.

Meyer, Ch. (2002): Bedeutung, Wahrnehmung und Bewertung des bilingualen
Geographieunterrichts. Studien zum Erdkundeunterricht (Englisch) in
Rheinland-Pfalz. Dissertation. Verfügbar unter URL: [http://www.ub-dok.uni-
trier.de/diss/diss45/20021118/20021118.pdf](http://www.ub-dok.uni-trier.de/diss/diss45/20021118/20021118.pdf). Verfügbar am 03.02.2008.

Meyer-Abich, Klaus Michael (2010): Was es bedeutet, gesund zu sein.
Philosophie der Medizin. Hanser.

Mildenberger, F. (2007): Umwelt als Vision. Leben und Werk Jakob von Uexkülls.
Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Nieke, W (2002 a): Kompetenz. In: Otto, H- U.; Hrsg (2002): Erziehungswissenschaften.
Band II, Band III. Opladen.

Nieke, W. (2002 b): Professionelle pädagogische Handlungskompetenz zwischen Qualifikation und Bildung. In: Rapold, M (2004): Pädagogische Kompetenz, Identität und Professionalität. Dissertataion.

Nieke, W. (2008): Was ist exzellente Lehre. die Antwort der Erziehungswissenschaft. Wissenschaftsdidaktik statt Hochschuldidaktik.
Verfügbar unter URL: <http://www.ewft.de/files/08-%20Exzellenz%20der%20Lehre%20-%20>. Verfügbar am 07.07.2011.

Weresch-Deperrois, I.; Bodensohn, R.: KOSTA[®] Teilergebnisdarstellung.
Verfügbar unter URL: http://www.uni-landau.de/schulpraktstudien/KOSTA_Grafiken_Kohortenvergleich_100428.pdf. Verfügbar am 11.12.2011.

Oelkers, J. (2002). Die Entwicklung von Standards in der Lehrerbildung. Vortrag Göttingen 10.12.2002, Verfügbar unter URL: <http://www.paed.unizh.ch/ap/vortraege.html>. Verfügbar am 30.05.2009.

Ölkers, J.; Reusser, K. (Hrsg.) 2008: Expertise:Qualität entwickeln – Standards sichern – mit Differenz umgehen. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Referat Bildungsforschung. Verfügbar unter URL: http://www.bmbf.de/pub/bildungsforschung_band_siebenundzwanzig.pdf
Verfügbar am: 12.12.2009.

Orthey, F. M. (2002): Der Trend zur Kompetenz, Online Manuskript:
Verfügbar unter URL: http://www.ortheys.de/Veroeffentlichungen/Trend_zur_Kompetenz.pdf.104. Verfügbar am 19.12.2002.

Oser, Fritz: Standards in der Lehrerbildung. Teil 1: Berufliche Kompetenzen, die hohen Qualitätsmerkmalen entsprechen. In: Beiträge zur Lehrerbildung 15 1997, S. 26– 37. Teil 2: Wie werden Standards in der schweizerischen Lehrerbildung erworben? Erste empirische Ergebnisse. In: Beiträge zur Lehrerbildung 15 (2). 1997. S. 210 – 228. Verfügbar unter URL: <http://www.bzl-online.ch>. [Stand 19.03.2009]; verfügbar unter URL: http://www.sowi-online.de/reader/lehrrausbildung/osser_professionalisierung.htm. [Stand 22.06.2010].

- Oser, F. (2002). Standards in der Lehrerausbildung. Entwurf einer Theorie kompetenzbezogener Professionalisierung. In: *journal für lehrerinnenund lehrerbildung* 1/, S. 8 – 19.
- Oser, F.; Oelkers, J. (Hrsg.) (2001). *Die Wirksamkeit der Lehrerbildungssysteme: von der Allrounderbildung zur Ausbildung professioneller Standards*. Chur / Zürich.
- Oser, F. (2001): Standards: Kompetenzen von Lehrpersonen. In: F. Oser & J. Oelkers (Hrsg.): *Die Wirksamkeit der Lehrerbildungssysteme. Von der Allrounderbildung zur Ausbildung professioneller Standards*. S. 215-342. Zürich: Rüegger Verlag.
- Oser, F.; Oelkers, J. (2001): *Die Wirksamkeit der Lehrerbildungssysteme. Von der Allrounderbildung zur Ausbildung professioneller Standards*. Zürich: Rüegger Verlag.
- Oser, F.; Kern, M. (Hrsg) (2006): *Qualität der beruflichen Bildung – Eine Forschungsbaustelle*. h.c.p. verlag ag.
- Ostermeier, Ch.; Prenzel, M. (2002): Standards in der Lehrerinnenund Lehrerbildung. In: *journal für lehrerinnenund lehrerbildung* 1/, S. 55 – 60.
- Otto, H.-U.; Rauschenbach, T.; Vogel, P. (Hrsg.) 2002: *Erziehungswissenschaft: Professionalität und Kompetenz*. Leske+Budrich, Opladen 2002.
- Peters, K. (2009): *Bildungsstandards und der Umgang mit Heterogenität in der beruflichen Bildung – Chancen, Widersprüche, Konsequenzen*. Berufsbildungswissenschaftliche Schriften Leuphana-Seminar-Schriften zur Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Band 1: Heterogenität: Herausforderungen für die berufliche Bildung ISSN 1864-3485 S. 107-134. Verfügbar unter URL: http://bwp-schriften.univera.de/Band1_09/peters_Band1_09.pdf. Verfügbar am 04.06.2010.
- Peters, R. (2004): *Erwachsenenbildungs – Professionalität. Ansprüche und Realitäten*. Bielefeld.

- Pflügel, R. (2005): Ganztagschule, Chancen und Risiken für die Gesundheit.
Verfügbar unter URL: <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/58954.html>.
Verfügbar am: 12.11.2007.
- Piaget, J. (1973): Einführung in die genetische Erkenntnistheorie. Frankfurt:
Suhrkamp.
- Posner, G. J.; Strike, K. A.; Hewson, P. W.; Gertzog, W. A. (1982):
Accommodation of a Scientific Conception: Toward a Theory of Conceptual
Change, Science Education 66, p. 211-227.
- Priebe, B.; Georg, I.; Hurrelmann, K.; Hrsg. (1993): Gesunde Schule.
Gesundheitserziehung, Gesundheitsentwicklung, Schulentwicklung.
Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Rapold, M (2006): Pädagogische Kompetenz, Identität und Professionalität.
Baltmannsweiler: Schneiderverlag Hohengehren. Dissertation.
- Rauner, F. (2007): Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz
Europäische Zeitschrift für Berufsbildung Nr. 40 – 2007/1 – ISSN 1977-0243.
Verfügbar unter URL: [http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/
Information_resources/Bookshop/468/40_de_rauner.pdf](http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/468/40_de_rauner.pdf).
Verfügbar am 28.04.2009.
- Reibnitz v., Ch.; Schnabel, P.-E.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient.
Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im
Gesundheitswesen. Juventa Verlag Weinheim und München.
- Röder, B. (2009): Selbstwirksamkeitsförderung durch Motivierung von Schülern.
Dissertation. Verfügbar unter URL: [http://01_Selbstwirksamkeits
foerderung_durch_Motivierung_von_Schuelern.pdf](http://01_Selbstwirksamkeitsfoerderung_durch_Motivierung_von_Schuelern.pdf).
Verfügbar am: 12.11.2010.

- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.
- Roth, H. (1966): Pädagogische Anthropologie. Band 1: Bildsamkeit und Bestimmung. Hannover: Schrödel Schulbuchverlag.
- Roth, H (1971): Pädagogische Anthropologie. Band 2
Entwicklung und Erziehung. Bühl.
- Rüting, T. (2004): Historie and significance of Jakob von Uexküll and his institute in Hamburg. In: Sign Systems Studies 32.1/2, 2004.
- Sauer (2000) in: Erpenbeck, J.; Rosenstiel v., L. (2003): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Scheer, J. W. (1996): Eine kurze Einführung in die Psychologie der persönlichen Konstrukte. Verfügbar im WWW unter URL:
<http://www.pcp-net.de/papers/einfuehr.htm>. Verfügbar am 23.08.2009.
- Scheunpflug, A. (2001): Evolutionäre Didaktik. Unterricht aus system- und evaluationstheoretischer Perspektive. Beltz Verlag Weinheim Basel.
- Scheunpflug, A.; Wulf, Ch. (Hrsg.) (2006): Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. Biowissenschaft und Erziehungswissenschaft. VS Verlag Beiheft 5-06.
- Schleiermacher, F. (1826): Pädagogische Texte. Die Vorlesungen aus dem Jahre 1826 (Herausgegeben von Erich Weniger, 1. Aufl. 1957). Düsseldorf/München: Verlag Helmut Küpper vormals Georg Bondi.
- Schmidt, S. J. (2005): Lernen, Wissen, Kompetenz, Kultur. Vorschläge zur Bestimmung von vier Unbekannten. Carl-Auer Systeme, Heidelberg.
Verfügbar unter URL:
<http://www.carl-auer.de/programm.php?isbn=3-89670-496-6>.
Verfügbar am 13.04.2010

- Schnoor, M. (2005): Der Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das Trainingsverhalten von Frauen und Männern beim Gesundheitssport am Beispiel des Nordic Walking. Diplomarbeit. Verfügbar unter URL: http://www.ges_y_72.pdf . Verfügbar am 17.08.2010.
- Schütz, A.; Lückmann, Th. (2003): Strukturen der Lebenswelt. UVK Verlagsgesellschaft mbh Konstanz.
- Schwenkmezger, P; Schmidt, L. R. (1994): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Enke-Verlag, Stuttgart.
- Seelig, H. (2000): Subjektive Theorien über Laborsituationen. Methodologie und Struktur subjektiver Konstruktionen von Sportstudierenden. Dissertation. Verfügbar unter URL: http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/278/pdf/Seelig_Diss.pdf. Verfügbar am 08.09.2008.
- Shulman, L. S. (1986): Those who understand: Knowledge growth in teaching. *Educational Leadership*, 15, pp. 4-14.
- Shulman, L. S. (1987): Knowledge and teaching: Foundations of the new reform. *Harvard Educational Review*, 57, pp. 1-21.
- Siebert, H. (2003): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. Kluver, Luchterhand, 4. Auflage.
- Siebert, H. (2005): Pädagogischer Konstruktivismus. Lernzentrierte Pädagogik in Schule und Erwachsenenbildung. Beltz, Weinheim und Basel.
- Sohns, A. (2007): Pädagogische Konzepte in Kindertagesstätten. Veröffentlicht in: Stein, R. & Orthmann, D. (Hrsg.): Basiswissen Sonderpädagogik. Schneider-Verlag, Baltmannsweiler. Verfügbar unter URL: http://www.nordhausen.de/uploads/media/4._Paedagogische_Konzepte_in_Kindertagesstaetten.pdf. Verfügbar am 04.08.2011.

Sohr, S.; Bonse- Rohrmann, M. (Hrsg.) (2005): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. 2. Bielefelder Fachtagung.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) (2001): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Verfügbar unter URL:
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf.
Verfügbar am: 04.08.2011.

Speck, O. (2003): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung
Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Speck, O. (2005): Soll der Mensch biotechnisch machbar werden?
Eugenik, Behinderung und Pädagogik
Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Speer, C. M.; Gahr, M. (2001): Pädaiatric
Springer- Verlag, Berlin und Heidelberg.

Stein, M.; Stummbaum, M. (2010): Entwicklung eines Instrumentariums zur Diagnose berufsrelevanter Kompetenzen bei Schulabgängerinnen und -abgängern.
peDocs. Verfügbar unter URL:
http://www.pedocs.de/volltexte/2010/3323/pdf/Stein_Stummbaum_2010_berufsrelevante_Kompetenzen_D_A.pdf. Verfügbar am 14.12.2011.

Terhart, Ewald (Hrsg) (2000). Perspektiven der Lehrerbildung in Deutschland.
Abschlussbericht der von der KMK eingesetzten Kommission, Weinheim u. Basel.

Terhart, E. (2002): Standards für die Lehrerbildung. Eine Expertise für die Kultusministerkonferenz. Institut für Schulpädagogik und Allgemeine Didaktik.
Wesfälische Wilhelms-Universität Münster.
Verfügbar unter URL: http://www.sowi-online.de/reader/lehrausbildung/terhart_standards.htm. Verfügbar am 11.11.2011.
Verfügbar unter URL:

http://miami.unimuenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1151/Standards_fuer_die_Lehrerbildung_Eine_Expertise_fuer_die_Kultusministerkonferenz.pdf. Verfügbar am: 22.08.2011.

Terhart, Ewald (2004); Standards für die Lehrerbildung, in: Berntzen/Gehl, S. 1730.

Tippelt, R.; Schmidt, B. (Hrsg.) (2010): Handbuch Bildungsforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010. 3., durchgesehene Auflage.

Uexküll v., T.; Wesiack, W. (1998): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Weinert, F. E. (2001): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F. E. (Hrsg.): Leistungsmessung in Schulen. Weinheim: Beltz, S. 17-31.

Weyers, St. (2006): Das Leitfadeninterview.
Verfügbar unter URL:
http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/personen/weyerss/10_Leitfadeninterview.pdf
Verfügbar am 15.01.2008.

Wiesner, G.; Wolter, A.; Hrsg. (2005): Die lernende Gesellschaft. Lernkulturen und Kompetenzentwicklung in der Wissensgesellschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Wilk, L.; Bacher, J.; (Hrsg.) 1994: Kindliche Lebenswelten. Leske+Budrich, Opladen.

Wissenschaftsdidaktik, o. V., Verfügbar unter URL: <http://www.Wissenschaftsdidaktik%20statt%20-Hochschuldidaktik.pdf>. Verfügbar am 08.09.2011.

Wollersheim, H-W (1993): Kompetenz – Erziehung: Befähigung zur Bewältigung. Peter Lang, Fankfurt am Main.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Modell beruflicher Handlungskompetenz	S. 62
Abbildung 2	Strukturbild von Anne G.	S.180
Abbildung 3	Strukturbild von Franziska L.	S. 186
Abbildung 4	Strukturbild von Nicole V.	S. 193
Abbildung 5	Strukturbild von Henriette K.	S. 198
Abbildung 6	Strukturbild von Susann K.	S. 202
Abbildung 7	Strukturbild von Sarah K.	S. 208
Abbildung 8	Strukturbild von Johannes V.	S. 213

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Kompetenzklassen	S. 63
Tabelle 2	Situation und Struktur determinante	S. 97
Tabelle 3	Zuordnung der subjektiven Theorien zu Kategorien	S. 174
Tabelle 4	Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff von Anne G.	S. 177
Tabelle 5	Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff von Franziska L.	S. 182
Tabelle 6	Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff von Nicole V.	S. 189
Tabelle 7	Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff von Henriette K.	S. 195
Tabelle 8	Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff von Susann K.	S. 199
Tabelle 9	Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff von Sarah K.	S. 204
Tabelle 10	Zuordnung von Interview und Kategorie / Begriff von Johannes V.	S. 210
Tabelle 11	Absolventenstandards zur der medizinischen Sensitivität	S. 226
Tabelle 12	Referendariat als Möglichkeit der vertiefenden Fortbildung der medizinischen Sensitivität	S. 229
Tabelle 13	Spezialisierende Fortbildungen zur medizinischen Sensitivität für professionelle Pädagogen	S. 231

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
A. d. V.	Anmerkung des Verfassers
ca.	circa
ebd.	ebenda
EKG	Elektrokardiogramm
et al	und andere
EU	Europäische Union
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ggf.	gegebenenfalls
FST	Forschungsprogramm Subjektive Theorie
HBSC	Studie Health Behavior in School-aged Children
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KMK	Kultusministerkonferenz
m. E.	meines Erachtens
SGB	Sozialgesetzbuch
SLT	Struktur Lege Technik
SOC	Sense of Coherence
stellv.	stellvertretend
u. v. m.	und vieles mehr
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

Abstract

Thema der Arbeit

Medizinische Sensitivität als notwendiger Bestandteil professioneller pädagogischer Handlungskompetenz, eine Konzeptstudie.

Die vorliegende Konzeptstudie erbringt den Nachweis der Notwendigkeit medizinischer Sensitivität für professionelle Pädagogen. Im Ergebnis der Arbeit wird ein Curriculum zur Vermittlung und Vertiefung medizinischen Wissens, für das Studium der Pädagogik oder des Lehramtes, die Referendariats oder Praktikumsphase und die beruflichen Fortbildungen entwickelt.

Kernthese

Medizinische Sensitivität wird als die Fähigkeit angenommen, bei Vorliegen kognitiver, emotiver, sozialer oder volitionaler Defizite bei Educanden, mittels medizinisch-diagnostischer Methoden eine fragliche Erkrankung als solche erkennen zu können. Die Fähigkeit der experimentellen Diagnose ergänzt dabei die empathischen Fähigkeiten des professionellen Pädagogen. Empathie ist ein zentraler Bestandteil von Selbst- und Sozialkompetenz. Medizinische Sensitivität ist somit eine Komponente der sozialen und Selbstkompetenz professioneller Pädagogen.

Die Relevanz der Problematik wird derzeit weder gesellschaftlich noch durch die Pädagogen selbst zur Kenntnis genommen. Die professionelle pädagogische Gestaltung krankheitsdeterminierter Situationen ist somit nicht umsetzbar, Educanden werden im pädagogischen Alltag gesondert. Die von einem Pädagogen zu erwartenden Reflexion des Tun's ist nicht gegeben, professionelles pädagogisches Handeln folglich nur eingeschränkt möglich.

Nach Nieke (2002) sind Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose und Selbstreflexion Determinanten professioneller pädagogischer Kompetenz. Aufgrund der vorliegenden Befunde ist diese Kompetenz im Falle kranker Educanden nicht vollständig gegeben.

Die vorliegende Arbeit greift deshalb zunächst die Debatte um Lehrer- bzw. professionelle pädagogische Kompetenzen auf und beantwortet anhand eines anschlussfähigen Kompetenzkonzeptes und der Schnittstellenanalyse zur Medizin und Biologie die

Notwendigkeit medizinischer Sensitivität professioneller Pädagogen. Anschließend wird die Frage zum Umfang des medizinischen Wissens und des Wissenstransfers beantwortet.

Der empirische Teil bietet eine Diskursanalyse zum allgemeinen Kompetenzverständnis, der professionellen pädagogischen Kompetenz und verweist innerhalb des Kompetenzkonzeptes der Kultusministerkonferenz (2004) auf die möglichen Schnittstellen zu den Naturwissenschaften. Die sich anschließende Analyse der psycho-sozialen, biologischen und medizinischen Paradigmen verknüpft die theoretischen Exkurse.

Da aufgrund der fehlenden gesellschaftlichen und professionstheoretischen Reflexion der Thematik anzunehmen ist, dass eine explizite Kompetenzbasis professioneller Pädagogen nicht gegeben ist und daher ein behavioraler Forschungsansatz der Problematik nicht entspricht, wird die explorative Teilstudie kommunikativ validiert. Hierzu wird das Konzept der subjektiven Theorie (stellv. Groeben 1988) genutzt. Die Forschungsergebnisse bestätigen die Kernthese. Im Ergebnis ist festzustellen, dass professionelle Pädagogen nicht über das notwendige medizinische Grundverständnis im Umgang mit kranken Educanden verfügen. Weiterhin sollten medizinische Grundlagen bereits während des Studiums vermittelt und im Anschluss vertieft werden.

Schlussfolgernd wird ein den Standards der Lehrerbildung (Terhart 2002) entsprechendes Curriculum begründet. Auf der Grundlage der Empfehlungen Terharts zu den Standards für Absolventen, den Referendaren und Institutionen werden problemorientierte Lernfelder entwickelt und medizinische Handlungsfelder zugeordnet. Die Konzeptstudie wird durch weitere Forschungsperspektiven abgerundet. In diesem Zusammenhang wird die praktische Erprobung des Curriculums im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie empfohlen.