

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
1 Kunst und Kunsttherapie .....	7
1.1 Was ist Kunsttherapie? .....	7
1.1.1 Versuche einer begrifflichen Annäherung .....	7
1.1.2 Allgemeine Überlegungen zu Zielen, Geschichte und Richtungen der Kunsttherapie .....	9
1.1.3 Die <i>Pädagogische Kunsttherapie</i> nach H. G. RICHTER (1984).....	12
1.1.4 Die <i>rezeptive Kunsttherapie</i> nach A. LEUTERITZ .....	15
1.1.5 Das <i>Begleitete Malen</i> nach B. EGGER .....	16
2 Medizinische und rehabilitative Voraussetzungen .....	20
2.1 Das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) und seine Folgen .....	20
2.1.1 Klassifikation .....	21
2.1.2 Remissionsphasen .....	23
2.1.3 Medizinische und neuropsychologische Beeinträchtigungen nach einem Schädel-Hirn-Trauma .....	30
2.2 Die Bedeutung der Rehabilitation .....	32
2.2.1 Definition, Zielsetzung und Formen der Rehabilitation.....	32
2.2.2 Die neurologische Rehabilitation.....	34
2.2.3 Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk Gailingen.....	37
3 Kunst und Kunsttherapie in der Krankenhausschule .....	45
3.1 Die Kunstwerkstatt in der Krankenhausschule .....	46
3.2 Die drei Arten des Malens .....	50
3.2.1 Das ästhetische Malen.....	50
3.2.2 Das therapeutische Malen .....	65
3.2.3 Das akademische oder lehrplanorientierte Gestalten.....	70
3.3 Didaktisch-methodische Überlegungen zur Kunstwerkstatt .....	74
3.3.1 Zur Wahl der Materialien und Verfahren.....	74

---

3.3.2	Problemstellung.....	75
3.3.3	Das Modell der didaktischen Farben.....	76
3.3.4	Weiterführende Überlegungen.....	81
4	Anhang.....	90
4.1	Literaturverzeichnis .....	90

## Abkürzungsverzeichnis

GHS	Grund- und Hauptschule
SfK	Schule für Körperbehinderte
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
WfB	Werkstatt für Behinderte
WHO	World-Health-Organization
ZNS	Zentralnervensystem

## Abbildungsverzeichnis

Bild 1: „Der Baum des Lebens“ .....	4
Bild 2: Blick in ein Malatelier .....	18
Bild 3: Ansicht des Jugendwerks aus der Vogelperspektive .....	38
Bild 4: Das Unterrichtsangebot der Wilhelm-Bläsig-Schule .....	42
Bild 5: Blick in die Kunstwerkstatt .....	47
Bild 6: Kleisterbild eines 10jährigen Jungen .....	52
Bild 7: Frottage .....	54
Bild 8: Blaue Hundeknoche collage .....	55
Bild 9: „Mona Lisa“ .....	56
Bild 10: Frottage „Papa“ .....	57
Bild 11: Die Treppenhausgalerie .....	57
Bild 12: Titelblatt der PATZ.....	60
Bild 13: „Die Tage der 100 Gesichter“ .....	61
Bild 14: „Mein-Steine“ .....	62
Bild 15: Die „Mein-Steine“ auf dem Gelände des Hegau-Jugendwerks .....	63
Bild 16: „Die Wunde“ .....	65
Bild 17: Bild eines 15jährigen Rehabilitanden .....	67
Bild 18: „Gesicht“ .....	69
Bild 19: „Kinderhaus“ .....	71
Bild 20: „Van-Gogh-Kopie“ .....	71
Bild 21: Das Modell der didaktischen Farben .....	76
Bild 22: Einordnung einzelner Bilder in das Modell der didaktischen Farben .....	77
Bild 23: Schwammbild .....	79
Bild 24: Bleistiftkopie „Nackte“ .....	79

## Tabellenverzeichnis

Tab.1: Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation .....	36
---	----

## Einleitung



*Bild 1: „Der Baum des Lebens“*

„Kunst und Rehabilitation“ – so lautet der Titel eines im Rahmen der Schriftenreihe des Hegau-Jugendwerks erschienenen Beitrags (RINNINSLAND 1998b), auf den ich im Sommer 2001 während einer Exkursion zum Hegau-Jugendwerk in Gailingen aufmerksam wurde.

Angesichts der hier vorgenommenen Verknüpfung von Kunst und Rehabilitation stellt sich zunächst die Frage, was Kunst und Rehabilitation miteinander verbindet. Dass der Kunst bereits seit der Antike heilende Wirkung zugeschrieben wird und diese Feststellung auch heute noch Gültigkeit besitzt, wird angesichts der unzähligen kunsttherapeutischen Ansätze und Konzepte, die es gegenwärtig gibt, deutlich. Das Ineinandergreifen von Kunst und Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk, einem überregionalen neurologischen Krankenhaus und Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, lässt sich in der so genannten Kunstwerkstatt beobachten. Die Bezeichnungen ‚Kunstwerkstatt‘ oder ‚Kunstangebot‘, wie der Kunstunterricht der Krankenhausschule im Rehabilitationszentrum genannt wird, deuten bereits darauf hin, dass in dieser

Einrichtung kein gewöhnlicher Kunstunterricht stattfindet. Denn neben der Orientierung an den Lehrplänen der Heimatschulen der Rehabilitanden sowie deren individuellen Voraussetzungen basiert das Konzept der Kunstwerkstatt auf kunsttherapeutischen Prinzipien. Hier stellt sich zunächst die Frage, warum man diese kunsttherapeutischen Prinzipien im Unterricht mit Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Problemen einsetzen sollte, und vor allem, in welcher Weise dies geschehen kann. Die Beantwortung dieser Frage stellt die Grundlage und den Kerngedanken dieser Arbeit dar, deren Ziel es ist, die Bedeutung und den Wert dieses Modells für die Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk darzustellen, als auch die Möglichkeiten und Konsequenzen, die sich daraus für weitere sonderpädagogische Handlungsfelder ergeben könnten, zu beleuchten.

Anhand der Konzeption der Kunstwerkstatt des Hegau-Jugendwerks soll also eine mögliche Realisationsform der Verbindung von Kunst und Rehabilitation vorgestellt und im Hinblick auf ihren Nutzen für die Schule wie auch für die Rehabilitation betrachtet werden. Denn genau hier wird ein Spannungsfeld deutlich: Lassen sich Unterricht und Therapie verbinden und kann bzw. sollte ein Lehrer gleichzeitig therapeutisch wirken? Des Weiteren soll die Allgemeingültigkeit bzw. Generalisierbarkeit eines solchen Ansatzes thematisiert werden.

Um angemessen mit dem Konzept der Kunstwerkstatt verfahren zu können, ist es notwendig, die Voraussetzungen der Kunstwerkstatt genauer zu betrachten. So werden zunächst neben der Definition und der Darstellung allgemeiner Grundlagen der Kunsttherapie, drei kunsttherapeutische Ansätze exemplarisch für die Weite der Kunsttherapielandschaft vorgestellt. Dabei erfährt der Ansatz des *Begleiteten Malens* nach BETTINA EGGER besondere Beachtung auf Grund der Tatsache, dass sich das Konzept der Kunstwerkstatt primär an diesem Ansatz orientiert. Im Anschluss daran werden die medizinischen und rehabilitativen Voraussetzungen dargelegt: Das Hegau-Jugendwerk ist ein neurologisches Krankenhaus und Rehabilitationszentrum, in dem vielfältige neurologische Erkrankungen und Schädigungen behandelt werden. Diese äußern sich beispielsweise in Form von Schädel-Hirn-Verletzungen, entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems, raumgreifenden Tumoren oder Ertrinkungsunfällen. Da sich diese Formen jedoch nicht alle darstellen lassen, beschränke ich mich in dieser Arbeit exemplarisch auf das Schädel-Hirn-Trauma (SHT). In der Entscheidung für die Darstellung des SHTs wurde ich wesentlich durch die Häufigkeit des Auftretens beeinflusst: So

erleiden jährlich etwa 300 000 Menschen Hirnverletzungen überwiegend infolge von Verkehrs-, Haushalts- und Sportunfällen. Jedes fünfte Unfallopfer ist ein Kind unter 15 Jahren, und insgesamt 40 % aller Unfallopfer sind Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von bis zu 25 Jahren (vgl. GÉRARD ET AL 1996, 9). Der Stellenwert der Kenntnisse über die Auswirkungen eines SHTs auf die Arbeit in der Kunstwerkstatt und generell auf die des Sonderschullehrers ist daher von großer Bedeutung.

Im Anschluss an die Aspekte des SHTs wird die Rehabilitation aufgegriffen, um den strukturellen Hintergrund des Hegau-Jugendwerks und damit auch der Kunstwerkstatt zu klären.

In der darauf folgenden Darstellung der Kunstwerkstatt beziehe ich mich vor allem auf die Eindrücke meiner zweiwöchigen Hospitation in der Kunstwerkstatt bei JÖRG RINNINSLAND, der das Konzept der Kunstwerkstatt entwickelte. Neben den Informationen, die ich in den zahlreichen offenen Gesprächen mit ihm sowie über die teilnehmende Beobachtung im Unterricht der Kunstwerkstatt sammeln konnte, fließen außerdem auch die Veröffentlichungen von RINNINSLAND im Rahmen der Schriftenreihe Jugendwerk und auf deren Internetseiten mit ein. Darüber hinaus hatte ich die Möglichkeit, an einem Workshop im Rahmen der zweiten neuropädagogischen Tagung im April 2002 teilzunehmen, in welchem RINNINSLAND den konzeptionellen Hintergrund der Kunstwerkstatt erläuterte.

Abschließend möchte ich noch auf einige formale Dinge hinweisen: In dieser Arbeit wird vorwiegend von „Rehabilitanden“, und weniger von „Schülern“ gesprochen. Dies beruht darauf, dass die Schule hier als – wenn auch wichtiger – Teil der Rehabilitation angesehen wird und die Kinder und Jugendlichen in erster Linie Rehabilitanden sind. Des Weiteren haben viele von ihnen bereits einen Schulabschluss oder eine Berufsausbildung, weshalb die Bezeichnung als Schüler nicht immer angemessen wäre.

Problematisch ist die Wortwahl gerade auch hinsichtlich des therapeutischen Malens in der Kunstwerkstatt, wenn vom Lehrer als Therapeuten gesprochen wird. Um die Diskrepanz dieses in der folgenden Darstellung deutlich werdenden Spannungsfeldes auszudrücken, habe ich daher in Kontexten, in denen mir dies angemessen erschien, beide Bezeichnungen parallel verwendet.

# 1 Kunst und Kunsttherapie

## 1.1 Was ist Kunsttherapie?

### 1.1.1 Versuche einer begrifflichen Annäherung

Setzt man sich mit Kunsttherapie auseinander, drängt sich zunächst die Frage nach dem Inhalt, dem Gegenstand und somit dem Kern dieser Therapieform auf, der ja bereits in der Bezeichnung enthalten ist: die Kunst. Was jedoch ist Kunst? Lässt sie sich als eine rein handwerkliche Meisterschaft bezeichnen, wie in der Antike, als von Kunst gesprochen wurde, wenn eine Arbeit gelungen war? Ist Kunst die „Gesamtheit der Objekte, die ästhetische Erfahrungen hervorrufen?“ (MÄCKLER 2000, 75). Ist sie als Dienstleistung im Kontext von Religion, Wissenschaft, Politik oder Wirtschaft zu sehen oder ist sie zweckfrei? Lässt sich überhaupt eine einheitliche Definition finden und macht sie Sinn? Die unzähligen Versuche, eine Definition für Kunst zu finden, müssen letztlich zu der Einsicht führen, dass es keine einheitliche Definition von Kunst geben kann, da sie kultur- und zeitgebunden ist und jeder seine eigene Definition finden muss, was SCHUSTER wie folgt zum Ausdruck bringt:

*„Streit über Kunst rührt zumeist aus dem sehr subjektiven Charakter des Kunstbegriffs.“ „Die Reaktionen von Menschen auf Kunstwerke sind individuell verschieden. Die Bewertung erfolgt gewöhnlich auf der Grundlage biographischer Erfahrungen und kulturell vermittelter Wissensstrukturen.“*

(SCHUSTER 1997, 14 nach RINNINSLAND 1998b, 9).

Angesichts der Tatsache, dass der Kunstbegriff und damit der Gegenstand der Kunsttherapie nicht allgemeingültig zu definieren ist, verwundert es nicht, dass sich auch für die Kunsttherapie selbst nur schwer eine Definition finden lässt. Schon der Begriff ist missverständlich: Schließlich soll weder die Kunst selbst therapiert noch Kunst produziert werden. BAUKUS stellt daher fest: „Kunsttherapie hat mit Kunst zunächst nichts zu tun“ (BAUKUS nach LEUTERITZ 1997, 276), und auch ARNO STERN bezeichnet die Bilder seiner Klienten im Malort nur als „Ausflüsse“, da Kunst seiner Meinung nach ästhetische Reflexion verlange, diese jedoch bei seinen Klienten nicht

Reflexion verlange, diese jedoch bei seinen Klienten nicht gegeben sei. (vgl. LEUTERITZ 1997, 276).

Auf Grund dessen wurde beispielsweise von FRANZKE (1983) der Begriff „Gestaltungstherapie“ vorgeschlagen, daneben existieren aber auch Bezeichnungen wie „kreative“ oder „expressive Therapien“ (vgl. SCHUSTER 1991, 10). Des Weiteren unterscheiden DUNKEL und RECH (1990) vier Auslegungsweisen des Kunsttherapiebegriffs: „Kunsttherapie ist automatisch Therapie – Kunsttherapie nutzt das Wissen der Psychoanalyse – Kunsttherapie ist Psychotherapie unter Zuhilfenahme von künstlerischen Medien und Methoden – medizinische Psychotherapie ist die Basis kunsttherapeutischer Arbeit“ (DUNKEL und RECH (1990) nach DANNECKER 1994, 4). DANNECKER zufolge ist diese mangelnde Differenzierung gerade in der deutschsprachigen Literatur durchgängig bemerkbar (vgl. DANNECKER 1994, 4).

Auch bei den beiden im deutschen Sprachraum führenden beruflichen Fachverbänden, der ‚Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie‘ sowie der ‚Deutschen Gesellschaft für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien e.V.‘ ist diese Uneindeutigkeit der Begrifflichkeiten spürbar. Beide verstehen sich als Dachverbände für „alle, die mit kreativen Mitteln therapeutisch tätig sind“ (DANNECKER 1994, 6), unterscheiden intern jedoch wieder in Kunst- und Gestaltungs-, Musik-, Tanz-, Drama- und Poesietherapeuten, wobei die Gruppe der Kunsttherapeuten diejenigen mit einschließt, die künstlerisch-visuelle Medien verwenden. DANNECKER folgert in Anlehnung an DUNKEL und RECH (1990) daraus, dass sich in der kunsttherapeutischen Bewegung allmählich die Einstellung durchsetzt, Kunsttherapie als „Oberbegriff für verschiedene Schulen und Ansätze“ zu bezeichnen (DANNECKER 1994, 7). Dies geschieht jedoch ohne eine deutliche Kennzeichnung der zugrunde liegenden theoretischen Konzepte, weder hinsichtlich der Kunst noch der Therapie, wodurch eine Erklärung der begrifflichen Herkunft stets notwendig wird.

Um im weiteren Verlauf dieser Arbeit möglichst eindeutig über Kunsttherapie sprechen zu können, werde ich Kunsttherapie in Anlehnung an LEUTERITZ als „Therapie durch bildnerisches Gestalten“ (LEUTERITZ 1997, 276) ansehen, die im Kontext der anderen Ausdruckstherapien, zu denen die Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie sowie das Psychodrama, die Biblio- und Poesietherapie zählen (vgl. KRAUS 1998, 11), zu sehen



ist. In Abgrenzung zu ihm werde ich für diese Therapieform jedoch die Bezeichnung ‚Kunsttherapie‘ beibehalten, da diese in der von mir verwendeten Literatur nicht zu umgehen ist, obwohl ich seinen Vorschlag, diese Bezeichnung ganz abzuschaffen und in Anlehnung an den allgemeineren englischen Begriff „expressive therapies“ durch „Ausdruckstherapien“ zu ersetzen, sehr sinnvoll finde.

### **1.1.2 Allgemeine Überlegungen zu Zielen, Geschichte und Richtungen der Kunsttherapie**

Das uneinheitliche Bild der Kunsttherapielandschaft und die Vielzahl an Ansätzen machen es unmöglich, diese im Rahmen meiner Arbeit so darzustellen, das man jedem einzelnen Ansatz gerecht würde. Dies ist hier nicht zu leisten und würde zudem den zentralen Gedanken dieser Arbeit verfehlen. Daher beschränke ich mich zunächst darauf, einen kurzen Überblick über die Wurzeln, sowie über verschiedene Richtungen der Kunsttherapie zu geben, um die aktuelle Situation der Kunsttherapie in Deutschland darzustellen. Im Anschluss daran werden drei aktuelle Konzepte herausgegriffen, anhand derer einerseits die Mannigfaltigkeit der kunsttherapeutischen Ansätze exemplarisch dargestellt werden soll und die andererseits für die Darstellung der Kunstwerkstatt von Bedeutung sind. So werden zunächst die *Pädagogische Kunsttherapie* nach RICHTER (1984) sowie die *rezeptive Kunsttherapie* vorgestellt, um anschließend den Ansatz des *Begleiteten Malens* nach BETTINA EGGER zu erläutern. Der letztgenannte Ansatz ist für die Darstellung und das Verständnis der Kunstwerkstatt im Hegau-Jugendwerk besonders wesentlich, da sich die kunsttherapeutische Arbeit dort hauptsächlich am *Begleiteten Malen* orientiert. Daher wird auf den Ansatz des Begleiteten Malens nach EGGER besonders ausführlich eingegangen.

Dass Kunst therapeutische Bedeutung hat, ist bereits seit der Antike bekannt. So wurde schon in den Tempelanlagen von Delphi und Olympia der Betrachtung sakraler Bildnisse heilende Wirkung zugeschrieben, ein Phänomen, das auch in der christlichen Tradition sowie den anderen großen Weltreligionen zu finden ist. Dies wird beispielsweise anhand des *Isenheimer Altars* in Colmar deutlich, der im ausgehenden Mittelalter von

MATTHIAS GRÜNEWALD geschaffen wurde, um unheilbar Kranken durch die Begegnung mit dem Heilmysterium Kräfte zum Ertragen ihrer Krankheit zu vermitteln (vgl. QUESTER/DUCKWITZ 1997, 16).

Die Entstehung der Kunsttherapie zu Beginn des 20. Jahrhunderts als eigene Behandlungsform wurde besonders durch Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychologie, der Psychotherapie, der Psychiatrie sowie der Pädagogik, besonders der Kunstpädagogik, geprägt. (vgl. <http://www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-artikel-kt-entwicklung.htm>, 03.06.02). Voraussetzung für ihre Entstehung war einerseits ein zunehmendes Interesse an der 'Bilderei der Geisteskranken', wie der Titel eines von HANS PRINZHORN im Jahre 1922 veröffentlichten Buches lautet. Er sammelte Bilder, Zeichnungen und andere von psychisch kranken Menschen geschaffene Objekte, da er in diesen Arbeiten einen wichtigen Zugang zur Psyche dieser Menschen sah (vgl. THOMAS 1998, 16). Die Veröffentlichung dieser Bilder hatte zudem entscheidenden Einfluss auf die Kunst und führte zu der von DUBUFFET geprägten Konzeption der ‚art brut‘ (‚rohe Kunst‘), unter der DUBUFFET eine ‚von äußeren Einflüssen unabhängige, von jeder Technik freie, an kein bestimmtes Material gebundene Kunst unvoreingenommener ‚Autodidakten‘‘ (THOMAS 1998, 17) verstand.

Von vielleicht noch größerer Bedeutung waren jedoch die Entwicklungen in der Psychotherapie, hier wurde besonders durch C.G. JUNG der zeichnerischen Gestaltung eine wesentliche Position eingeräumt, aber auch S. FREUD sowie F. PERLS, der Begründer der Gestalttherapie setzten die Bildsprache ein (vgl. QUESTER/LIPPERT-GRÜNER 1997, 1). Der Einfluss der Psychologie und der Psychotherapie auf die Kunsttherapie wird vor allem in der Tatsache deutlich, dass meist tiefenpsychologisch-psychoanalytische sowie humanistische Theorien und Konzepte als theoretisches Bezugssystem herangezogen werden.

Klassisches Einsatzfeld der Kunsttherapie war zunächst die Behandlung depressiver und schizophrener Patienten in den psychiatrischen Kliniken. Dieses wurde jedoch später durch die Therapie von Drogenabhängigen und Delinquenten ergänzt und gerade in den letzten Jahren auf den Einsatz in seelischen Ausnahmesituationen ausgeweitet (vgl. QUESTER/LIPPERT-GRÜNER 1997, 1). Zu dieser speziellen Personengruppe lassen sich

neben Menschen mit begrenzter Lebenserwartung, Operationsängsten und ähnlichem auch Personen in der Rehabilitation nach einem Schädel-Hirn-Trauma zählen.

Neben der großen Anzahl kunsttherapeutischer Ansätze, die sich an der Psychoanalyse S. FREUDS, der Gestalttherapie F. PERLS, der Antroposophie oder der analytischen Psychologie C.G. JUNGES orientieren, gibt es zahlreiche weitere Richtungen, die sich aus kognitiven, verhaltenstherapeutischen oder entwicklungspsychologischen Konzeptionen ableiten. Neuerdings gewinnt auch die systemische Erkenntnistheorie zunehmend an Bedeutung (vgl. MENZEN 2001, 117-139). Des Weiteren dienen die Heilpädagogik und die ästhetische Erziehung zur theoretischen Fundierung von kunsttherapeutischen Ansätzen, deren Einsatzfelder primär in Schule und Pädagogik zu finden sind (vgl. <http://www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-artikel-kt-entwicklung.htm>, 03.06.02). Hier ist auch die *Pädagogische Kunsttherapie* nach RICHTER anzuführen, auf die im folgenden Kapitel ausführlich eingegangen wird.

Neben diesen zahlreichen Ansätzen, die alle vorwiegend von der therapeutischen Wirkung des gestalterischen Umgangs mit bildnerischen Mitteln ausgehen und diesen als Ausgangspunkt ansehen, existiert ferner die „rezeptive Kunsttherapie“, die der Betrachtung der Kunst therapeutische Wirkung zuschreibt (vgl. Kap. 1.1.4).

Die Ausrichtungen der einzelnen Ansätze sind stark abhängig vom jeweiligen Einsatzfeld, so kommen im klinischen Bereich eher psychodynamische und humanistische Modelle zum Tragen, während in pädagogischen Kontexten wie z.B. der Schule heilpädagogischen Ansätzen mehr Bedeutung zukommt (vgl. [www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-artikel-kt-entwicklung.htm](http://www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-artikel-kt-entwicklung.htm), 03.06.02).

WERNER KRAUS beschreibt die derzeitige Situation der Kunsttherapie sehr treffend, wenn er davon spricht, dass es „(fast) so viele Kunsttherapien wie Kunsttherapeuten“ gibt (KRAUS 1998, 9). Viele Ansätze gehen auf einzelne Personen zurück, die aus ihren Erfahrungen und Arbeitsweisen ein Konzept entwickelten. Die Wirkungsweisen der Kunsttherapie sind jedoch trotz der zahlreichen sichtbaren Erfolge noch kaum erforscht und theoretisch fundiert (vgl. RINNINSLAND 1998b, 4), und ein allgemeineres, die verschiedenen Erkenntnisse und Konzepte integrierendes Konzept, fehlt PETER PETERSEN zufolge bislang noch (vgl. <http://www.geistesleben.com/diedrei/drei999/kunst.html> 11/06/02).

### 1.1.3 Die *Pädagogische Kunsttherapie* nach H. G. RICHTER (1984)

Der Ansatz der *pädagogischen Kunsttherapie* ist relativ komplex und lässt sich nur schwer in der hier notwendigen Kürze darstellen. Trotzdem soll dies versucht werden, da es gerade für den schulischen Bereich und somit auch für die Betrachtung der Kunstwerkstatt von Bedeutung ist.

Richter unterscheidet zunächst vier Einsatzmöglichkeiten ästhetischer Mittel in therapeutischer Absicht:

1. curricular organisierbare Aktivitäten
2. extracurriculare Aktivitäten
3. außerschulische sozialpädagogische Aktivitäten
4. kunsttherapeutischer Bereich (psychologisch/psychotherapeutisch/psychiatrische Nutzung kreativer Arbeitsweisen).

Das Einsatzfeld der *pädagogischen Kunsttherapie* ist vor allem der schulische Bereich, Rückwirkungen der psychologisch orientierten Ansätze der Kunsttherapie auf die *pädagogische Kunsttherapie* sieht er jedoch als selbstverständlich an (vgl. RICHTER 1984, 18).

Ausgangspunkt der von RICHTER konzipierten *Pädagogischen Kunsttherapie* ist die Auffassung, dass es keine „kunsttherapeutischen Aktivitäten ‚an sich‘ gibt“ (RICHTER 1984, 10), weder in Form von pädagogisch noch psychologisch orientierten Verfahren. Stattdessen müssen pädagogisch begründete kunsttherapeutische Bemühungen stets in eine feste Beziehung zu einem Konzept der ästhetischen Erziehung gebracht werden und einen bestimmten Adressaten haben, um nicht in „ein unreflektiertes Hantieren mit ‚bewährten therapeutischen Mitteln‘“ (RICHTER 1984, 11) zu münden und in diesem Sinne „kunsttherapeutisches Aspirin“ (RICHTER 1984, 180) zu sein.

Das Konzept der *Pädagogischen Kunsttherapie* gründet auf einem subjektorientierten Unterrichtsmodell und stellt eine Umstrukturierung bzw. Weiterführung sach- und themenzentrierter kunstdidaktischer Positionen für das sonderpädagogische Arbeiten dar (vgl. DOMMA 1993, 12). Den therapeutischen Wert von Kunst sieht RICHTER vor allem in den Elementen „*Offenheit der ästhetischen Sache*“ und „*Synkretismus der ästhetischen Erfahrung*“ begründet, die den erzieherisch-bildenden Wert der Kunst übersteigen und im Folgenden kurz umrissen werden sollen:

*Offenheit der ästhetischen Sache* nach RICHTER besagt, dass ästhetisches Gestalten weder vorgegeben Lösungsmöglichkeiten (richtig-falsch) noch objektiven Beurteilungskriterien genügen muss und ferner alle natürlichen Ausdrucksweisen genutzt werden können. Ein weiterer Bestandteil dieser Offenheit ist die stets enthaltene symbolische Botschaft oder Bedeutung eines Bildes (vgl. RICHTER 1984, 83ff).

Als *Synkretismus* (Vermengung, Vermischung gegensätzlicher Eigenschaften) *der ästhetischen Erfahrung* wird an dieser Stelle eine Vermischung unbewusster und bewusster Mechanismen und Prozesse bezeichnet, die als solche ein spezifisches Merkmal bildnerischen Gestaltens ist. So können in einem Bild beispielsweise früh erworbene neben reiferen Gestaltungsformen enthalten sein, ebenso wie unbewusst enthaltene Anteile neben willentlichen Bedeutungszuschreibungen (vgl. DOMMA 1993, 14). Grundlegend zum Verständnis des Synkretismus sind entwicklungspsychologische Kenntnisse, insbesondere zur Entwicklung der kognitiven Funktionen sowie der sprachlichen und bildnerischen Symbolik, da sich RICHTER in Bezug auf den Synkretismus vor allem auf PIAGET beruft (vgl. RICHTER 1984, 87ff). Die therapeutische Bedeutung eines so verstandenen ästhetischen Gestaltens lässt sich darin sehen, dass durch therapeutisch gelenkte ästhetische Erfahrungen in Form „synkretistische[r] Materialerfahrung und Symbolgestaltung“ (DOMMA 1993, 15) sowie deren angemessene verbale Begleitung ein Ausgleichen bzw. Revidieren früherer negativer Erfahrungen möglich wird. Zudem soll die Fähigkeit zum positiven Erleben aufgebaut bzw. gestärkt werden (vgl. DOMMA 1993, 15).

RICHTER zufolge bilden diese beiden Elemente den Rahmen für einen subjektzentrierten Umgang mit Kunst, welcher, im Gegensatz zu einem sach- und gegenstandsorientierten Kunstunterricht, mittels des Spektrums der bildnerischen Möglichkeiten dem Ausgleich von Lern- bzw. Persönlichkeitsstörungen dienen soll (vgl. RICHTER 1984, 128). Die Subjektorientierung steht folglich im Mittelpunkt und begründet damit eine Umstrukturierung von Inhalt-Ziel-Verbindungen in therapeutischer Absicht. Diese Umstrukturierung muss sich an den Notwendigkeiten und Bedürfnissen des beeinträchtigten Individuums orientieren, weshalb nach RICHTER eine Übertragung der von ihm geforderten Grundsätze einer allgemeinen kunsttherapeutischen Didaktik auf spezielle Formen von Behinderungen bzw. Benachteiligungen erforderlich wird (vgl. RICHTER 1984, 141).

Zu diesen von RICHTER postulierten allgemeinen Grundsätzen gehören unter anderem

- Instruktionserhöhung bei der Vermittlung
- Komplexreduktion der Inhalte
- Individualisierung
- Verstärkte Zuwendung und Substitutionen

(vgl. RICHTER 1984, 128ff)

Darüber hinaus misst er auch der Auswahl der gewählten Inhalte für die Konstruktion von Fördersequenzen große Bedeutung zu, die sich im nicht wie in der Regelschule an dem repräsentativen Charakter der ausgewählten Motive orientieren kann. Dies würde die Bedürfnisse der spezifischen Schülerschaft nicht genug berücksichtigen und wäre daher ausschließlich sachbezogen, daher muss sich die Auswahl kunsttherapeutischer Inhalte anhand der Grundsätze des Kombinatorischen, des Polyästhetischen und des Grenzüberschreitenden orientieren (vgl. RICHTER 1984, 131). Kombinatorisch bezeichnet in diesem Zusammenhang eine „behinderungsspezifisch organisierte Zusammenfügung (u. U. weit entlegener) Motive/Probleme des engeren Fachbereichs der ästhetischen Erziehung“ (RICHTER 1984, 131), während das Polyästhetische im Hinblick auf das Miteinbeziehen weiterer „ästhetischer“ Felder wie Literatur, Tanz, Sport usw. zu verstehen ist. Der Grundsatz des Grenzüberschreitenden schließlich umfasst die pädagogische Nutzung von Verfahren, die aus psychologisch orientierten Kunsttherapien stammen, wie beispielsweise das *Katathyme Bilderleben* (vgl. RICHTER 1984, 131).

Anhand dieser Grundsätze erweitert RICHTER das „Feld möglicher kunsttherapeutischer Inhalt-Ziel-Verbindungen um die Motive anderer ästhetischer Ausdrucks- und Verstehensbereiche und erprobter, pädagogisch formulierbarer psychologischer Verfahren“ (RICHTER 1984, 131).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die von Richter konzipierte pädagogische Kunsttherapie meiner Ansicht nach ein allgemeines Rahmenkonzept darstellt, in welches sich andere, auf bestimmte Gruppen zugeschnittene Konzepte einordnen lassen.

### **1.1.4 Die *rezeptive Kunsttherapie* nach A. LEUTERITZ**

Der Ausdruck „rezeptive Kunsttherapie“ lässt sich auf ALBRECHT LEUTERITZ zurückführen. Dieser führte ihn mit der Intention ein, die Erkenntnis ins Bewusstsein zu rücken, dass neben dem gestalterischen Umgang mit den bildnerischen Verfahren „auch das bloße Wahrnehmen und Empfangen von Kunst und die bewusste Auseinandersetzung mit ihr überhaupt ein kunsttherapeutischer Vorgang sein kann“ (LEUTERITZ 1996, 261). Auch der Heilpädagogin BARBARA WICHELHAUS zufolge entfaltet sich die therapeutische Bedeutung der Kunst sowohl durch die „ästhetische[n] Erfahrungen in der kreativen Produktion“ (WICHELHAUS 1996, 12) als auch in der Rezeption von Kunstwerken.

Wie eingangs dargestellt, ist diese Erkenntnis nicht neu, denn bereits in der Antike wurde der Betrachtung von Kunstwerken therapeutische Wirkung beigemessen (vgl. Kap. 1.1.2). Wird heutzutage der Kunstrezeption heilende Wirkung zugeschrieben, so basiert dies RINNINSLAND zufolge primär auf einem Denkansatz, der „die körperliche, geistige und seelische Befindlichkeit als eine Einheit sieht“ (RINNINSLAND 1998b, 40).

Wegweisend für die Entwicklung einer rezeptiven Kunsttherapie, die heute in zahlreichen Krankenhäusern ihren Platz gefunden hat (vgl. QUESTER/DUCKWITZ 1996, 22) war vor allem das 1970 von Professor GERHARD HEINRICH OTT ins Leben gerufene Modellprojekt am Waldkrankenhaus in Bonn-Bad Godesberg. OTT untersuchte die heilsame Wirkung von aktuellen Kunstwerken auf Patienten anhand der Platzierung von Kunstwerken in Kranken- und Wartezimmern sowie auf Gängen. Dabei kam er zu dem Ergebnis, dass Patienten vielfach eine herabgesetzte Reizschwelle gegenüber Licht, Ton, Farben und Bewegungen haben. Infolgedessen seien beispielsweise in Krankenzimmern auf Grund der Unumgänglichkeit der Betrachtung monochrome und pastellfarbene gegenüber grellen Bildern, ebenso wie abstrakte gegenüber szenarischen Darstellungen zu bevorzugen. Im Gegensatz dazu könnten jedoch auf Fluren und in Warteräumen kritische und dem aktuellen Zeitgeist entsprechende analysierende Darstellungen platziert werden, wie auch Darstellungen von Tod, Angst und Wut (vgl. QUESTER/DUCKWITZ 1996, 19; OTT 1997).

### **1.1.5 Das *Begleitete Malen* nach B. EGGER**

Die kunsttherapeutische Richtung, deren Prinzipien im Rahmen der Kunstwerkstatt des Hegau-Jugendwerks zum Tragen kommen, ist das Begleitete Malen nach BETTINA EGGER. Dieses Konzept, welches sich seit 1965 ständig verdichtet hat, zählt zu den humanistischen Kunsttherapieformen, und entstand, von der Gestaltpädagogik beeinflusst, in Anlehnung und Weiterentwicklung des Konzeptes von ARNO STERN, bei dem EGGER die Ausbildung zur Malleiterin absolvierte.

Das Begleitete Malen stellt eine eigenständige Therapieform dar, lässt sich aber auch als Ergänzung einer Gesprächstherapie nutzen (vgl. EGGER 1997, 196). Dabei dient jedoch das Bild im Gegensatz zu zahlreichen anderen Konzepten der Kunsttherapie nicht nur als Gesprächsanlass, vielmehr hat das Gespräch hier nur unterstützende Funktion.

Wesentliches Prinzip des Begleiteten Malens ist die Bedeutung des Malprozesses und die Auseinandersetzung mit dem Bild, nicht das fertige Bild als solches (vgl. RINNINS-LAND 2002a). Die therapeutische Arbeit findet demzufolge auch unmittelbar während des Malprozesses durch direktes Eingreifen des Malleiters in den Entstehungsprozess statt und nicht in einem sich anschließenden, nachträglich interpretierenden Gespräch. Da der Malende selbst über Inhalte und Form dessen, was er malt, entscheidet, hat er so Einfluss auf Richtung und Tempo des therapeutischen Prozesses. (vgl. RINNINS-LAND 2002a).

EGGERS Annahme, dass während des Malprozesses bekannte Lebensmuster ablaufen, wie z.B. das Ausweichen vor Problemen und der Realität, die Zurückhaltung eigener kreativer Impulse oder die Zuweisung eigener Blockaden auf die Umwelt (vgl. Egger 1997, 196) ist von grundlegender Bedeutung für das therapeutische Konzept. Denn hier bietet sich ihr zufolge eine wirkungsvolle Lernsituation, da das Gehirn nicht zwischen „der Handlung in der sozialen Realität und der Handlung in der dargestellten Realität unterscheiden“ (EGGER 1997, 197) kann.

Da die Bilder nicht für Dritte gemalt werden, entfällt der Druck, etwas „Schönes“ schaffen zu müssen. Dies und die Tatsache, dass die entstehenden Bilder weder gewertet noch interpretiert werden, ermöglicht die Konzentration auf sich selbst und den Malprozess. Durch das Malen und die aktive Auseinandersetzung mit dem Bild entsteht eine



„Beziehung, die sich wie das Bild selbst beim Malen wandelt“ (RINNINSLAND 2001a, 1). Die Äußerung BETTINA EGGERS „Ich bin der Überzeugung, dass der Malende nicht zuerst sieht und dann malt, sondern dass er zuerst malt, und dann sieht“ (EGGER 1996, 137) beleuchtet den Prozess des Malens, in dem es nicht darum geht, bewusste Symbole für etwas zu finden, sondern die Bilder als Metaphern anzusehen:

*„Metaphorische Bilder entstehen vor dem Denken. Sie sind in sich geschlossene Bilder mit einer eigenen Bildlogik, die beim Malen einzuhalten ist. Metaphorische Bilder werden langsam gemalt, die Malenden kümmern sich um das Auftragen von Farbe auf Papier, beschäftigen sich mit der Geschichte, die im Bild entsteht und die durch das Malen deutlicher wird. Die Umgebung einer Sache ist ebenso bedeutsam wie die Sache selbst.“*

(EGGER 2001, <http://www.kunsttherapie.ch/publikationen/artikel.html> (10.07.02))

Das Begleitete Malen nach BETTINA EGGER stellt folglich die „Aufmerksamkeit für das Bild und die Hingabe ans Malen, ans Auftragen der Farbe auf Papier“ (EGGER 1997, 200) in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses.

Im Umgang damit bietet sich dem Malenden die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit sich selbst, zur Verarbeitung, zum Selbsta Ausdruck sowie zur Veränderung von Sichtweisen. Dies wird möglich, da sich ihm am Bild und in diesem Prozess sein Verhalten angesichts der Herausforderungen des täglichen Lebens widerspiegelt oder sich ihm ein „Übungsfeld für neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet“ (RINNINSLAND 2001a, 1).

Einen besonderen Stellenwert in diesem Prozess nimmt die dienende Rolle des Malleiters ein. EGGER bezeichnet die Anwesenheit des Malleiters im Atelier als „unaufdringlich und wirksam“ (EGGER 1996, 77). Der Malleiter ist da, wenn man ihn braucht und unterstützt durch seine Gegenwart. Er achtet darauf, dass die Beziehung des Malenden zum Bild nicht verloren geht und begleitet ihn in diesem Prozess. „Lob, wie Kritik, macht abhängig“ (EGGER 1996, 81) daher werden die Bilder vom Malleiter nicht bewertet, jedoch kann er seine Empfindungen angesichts des Bildes sowie seine Wertschätzung zum Ausdruck bringen (EGGER 1996, 122). Des Weiteren sorgt er dafür, dass der Malende in seiner Auseinandersetzung mit dem Bild nicht gestört wird, wie beispielsweise durch äußerliche Probleme wie fehlende Materialien oder Lärm. Dem Malenden wird quasi jeder Wunsch erfüllt, bevor dieser nur geäußert werden muss – beispielsweise

se beim Umsetzen der Nägel. Für STERN ist diese dienende Haltung – „zum Unterschied von so vielen Beschäftigungen in unserer Gesellschaft – eine beglückende Tätigkeit, die nie zur Routine erschläft“ ([http://www.arnostern.com/de/dienende\\_rolle.htm](http://www.arnostern.com/de/dienende_rolle.htm); Stand: 10.07.02).

Wesentlich für diese Form der Ausdrucksmalerei ist neben der Rolle des Malleiters auch der Raum in dem gemalt wird. Dieser „Malort“ wurde bereits vor über 50 Jahren von ARNO STERN mit Bezug auf MARIA MONTESSORI in Paris entwickelt und



*Bild 2: Blick in ein Malatelier*

als „closlieu“ betitelt. Da das Malen ein innerer Prozess ist, „in dem schon

Verinnerlichtes Ausdruck findet“ (EGGER 1996, 14), bedarf es keiner Anregung von außen, weshalb in einer fensterlosen Umgebung gemalt wird. Der Malort hat die Funktion eines Schonraums, der alle Ablenkung von außen wie auch von innen ausschließen möchte, um den „Fluss der Gedanken und Gefühle“ (EGGER 1996, 14) nicht zu unterbrechen, daher ist der Raum so leer wie möglich. Zudem herrschen immer die gleichen Bedingungen hinsichtlich der Einrichtung, dem Licht und den Stimmungen, was den Übergang vom täglichen Leben zur Konzentration auf sich selbst erleichtert.

Gemalt wird auf großen Blättern, die durch Anhängen neuer Blätter wachsen können, und im Stehen an der Wand, wobei jeder für sich steht und auf diese Weise nicht durch die anderen Malenden abgelenkt wird. Zum Gruppenerlebnis wird das Malen trotz allem durch die wortlose Begegnung am gemeinsamen Palettentisch, dem „sozialen Zentrum des Raumes (EGGER 1996, 18). Bestehend aus 21 leuchtenden und gut deckenden Gouache-Farben, die schon beim Eintritt ins Atelier bereitstehen und zum Malen anregen, erfüllt der Palettentisch „einen wichtigen Teil der unaufdringlichen Motivation“ (EGGER 1996, 18). Die Anordnung der Farben, von der jede über ihre eigenen zwei Pinsel sowie ein Wasserglas verfügt, sowie der Ablauf des Farbeaufnehmens und Pinselspülens sind festgelegt um durch diese Spielregeln (STERN sprach vom „Malspiel“ vgl.

<http://www.arnostern.com/de/malort.htm> (11.07.02)) einen äußeren Rahmen zu bilden, „innerhalb dessen eine persönliche Entfaltung möglich ist“ (EGGER 1996,20). Zu den weiteren Spielregeln bzw. Prinzipien des Malortes zählen

- Das Verbleiben der Bilder im Atelier, um sie nicht außerhalb des Schonraumes Interpretationen oder Bewertungen auszusetzen
- das Bemalen der gesamten Bildfläche
- die Verantwortlichkeit jedes Einzelnen für die Sauberkeit der Farben auf Grund der gemeinsamen Benutzung
- Das Malen jedes Einzelnen für sich selber
- Es darf weder gelobt noch kritisiert werden, ebenso wenig wie man Fragen über die Bilder des Anderen stellt
- Kein Bild wird zerstört, da mit den Farben ein deckendes Übermalen möglich ist und um jedes Bild gerungen wird, bis es stimmt
- Im Atelier herrscht eine gewisse Ruhe

(EGGER 1996, RINNINSLAND2002a)

Die Darstellung dieses kunsttherapeutischen Ansatzes lässt die Möglichkeiten, die sich daraus für die Rehabilitation ergeben, bereits erahnen. Da sich jedoch das therapeutische Malen in der Kunstwerkstatt gerade mit diesen Möglichkeiten befasst, werde ich an dieser Stelle nicht genauer auf die Bedeutung für die Rehabilitation eingehen, sondern verweise auf die Darstellung der Kunstwerkstatt (vgl. Kap.3).

## 2 Medizinische und rehabilitative Voraussetzungen

### 2.1 Das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) und seine Folgen

Der Begriff Schädel-Hirn-Trauma bezeichnet eine durch Gewalteinwirkung von außen erworbene Hirnschädigung. Abzugrenzen ist das Schädel-Hirn-Trauma von angeborenen bzw. frühkindlich erworbenen Hirnschädigungen, wie sie beispielsweise durch Sauerstoffmangel während der Geburt (Hypoxie) entstehen, sowie von Hirnschädigungen infolge von Hirntumoren, Stoffwechselstörungen oder degenerativen Prozessen (vgl. GÉRARD/LIPPINSKI/DECKER 1996, 25,26).

Schädel-Hirn-Traumata lassen sich zunächst in offene oder geschlossene Verletzungen differenzieren. Während die Gewalteinwirkung bei einem offenen SHT zu einer Schädelfraktur und einer direkten Verletzung der harten Hirnhaut (dura mater) sowie des Hirngewebes führt, was die Gefahr zusätzlicher Komplikationen durch bakterielle Infektionen birgt, bleibt die Schädeldecke beim geschlossenen SHT intakt. Vielmehr kommt es zu Verletzungen des Hirngewebes innerhalb der Schädelhöhle bei intakter dura mater, was sich in Kontusionen, Zerreißen oder Reibungsverletzungen äußern kann. Ein besonderes Risiko stellt bei geschlossenem SHT die rasche Hirndrucksteigerung auf Grund von Blutungen oder Hirnödemen mit der Gefahr sekundärer Stammhirnläsionen dar (vgl. HEUBROCK/PETERMANN 2000, 131). Des Weiteren ist die Impressionsfraktur zu nennen: Sie stellt eine Sonderform zwischen offenem und geschlossenem SHT dar, bei der ein Stück des Schädelknochens abgebrochen ist und direkt auf die Hirnoberfläche drückt, ohne jedoch die äußere Hirnhaut zu verletzen (vgl. GÉRARD et al. 1996, 27).

Abhängig von der Art der Gewalteinwirkung auf den Kopf zeigen sich unterschiedliche Verletzungsfolgen: Bei punktueller Gewalteinwirkung auf den ruhenden Kopf, wie z.B. bei einem Hammerschlag, sind meist nur begrenzte Regionen des Hirns betroffen. Kommt es jedoch zu einem Beschleunigungs- bzw. Bremsstrauma (vgl. GÉRARD 1996, 28), bei dem der Kopf zunächst eine Beschleunigung von außen erfährt und dann auf eine ihn bremsende Fläche trifft wie beispielsweise bei einem Auffahrunfall, so wird

das Gehirn an mehreren Stellen geschädigt: An der Aufprallstelle und an der ihr gegenüberliegenden Schädelseite, da die Erschütterungswelle durch das gesamte Gehirn läuft und von der gegenüberliegenden Schädelwand zurückgeworfen wird. In diesem Zusammenhang wird von der „Coup-/Contre coup-Symptomatik“ (vgl. HEUBROCK/ PETERMANN 2000, 131) gesprochen, bei der eine sofortige Bewusstlosigkeit eintritt, welche auch als „primäre Bewusstlosigkeit“ bezeichnet wird (vgl. GÉRARD et al. 1996, 29). Kommt es erst nach Minuten oder Stunden zu Bewusstlosigkeit, so handelt es sich um eine „sekundäre Bewusstlosigkeit“. Erklären lässt sich das verspätete Eintreten mit dem sich erst allmählichen Bilden von Hämatomen und Ödemen.

Diese Bildung traumatisch bedingter Ansammlungen von Gewebeflüssigkeit (Ödembildung) und Hirnblutungen stellt eine häufige Folge des Schädel-Hirn-Traumas dar.

Infolge eines intrakraniellen Druckanstiegs auf Grund des raumfordernden Charakters der Ödeme und Blutungen kommt es zur Hirndrucksteigerung und einer damit verbundenen sekundären Hirnschädigung, welche auch als „compressio cerebri“ bezeichnet wird. Diese kann zum Hirntod führen, wenn keine Druckentlastung geschaffen wird. (vgl. STADLER in KALLENBACH 2000, 86).

Weitere Folgen einer Verletzung des Hirngewebes sind meist in Abhängigkeit von der Lokalisation der Schädigung zu sehen. So sind nach Stadler „Ort und Ausmaß der zerstörten Nervenzellen“ (STADLER in KALLENBACH 2000, 86) das Bestimmende einer Hirnschädigung. Diese können zwar in ihren Funktionen kompensiert, aber nicht durch Heilungsprozesse ersetzt werden.

### **2.1.1 Klassifikation**

Der Schweregrad eines Schädel-Hirn-Traumas hängt von vielfältigen Faktoren ab. Bedeutsam sind hier vor allem das Ausmaß der erlittenen Verletzung sowie die Dauer der Bewusstlosigkeit (vgl. GÉRARD et al. 1996, 31). Eine Hilfe zur Einschätzung stellt die „Glasgow Coma Scale“ dar, die in der Frührehabilitation verwendet wird und mittels der Kriterien „Augenöffnen“, „sprachliche Antwort“ sowie „beste motorische Reaktion“ die Kooperations- und Reaktionsfähigkeit erfassen soll (vgl. DEPPE in Freivogel 1997,

28). Daneben existiert noch die Einteilung in „commotio cerebri“ und „contusio cerebri“, wie sie vor allem in der medizinischen Fachliteratur noch gebräuchlich ist (vgl. MASUHR/NEUMANN 1998, 333):

**Commotio cerebri** (Gehirnerschütterung) stellt eine durch Schädelprellung verursachte akute neuronale Funktionsstörung des Gehirns dar und ist durch eine kurz andauernde Bewusstseinstörung gekennzeichnet. Nachfolgende Beschwerden wie Übelkeit, Erinnerungslücken, Kopfschmerzen, Schwindel, leichte Erschöpfung und Reizbarkeit bilden sich gut zurück und hinterlassen keine Dauerschädigung.

Eine **Contusio cerebri** (Gehirnprellung) bezeichnet eine meist lokalisierbare substantielle Hirnschädigung, bei der es neben Erschütterungen auch zu Prellungen und Quetschungen gekommen ist, die wiederum zur Bildung von Hirnödemen führen können. Der Hirnschaden entsteht durch die Zerstörung von Nervenzellen und Narbenbildung. Kennzeichnend ist vor allem die anhaltende Bewusstlosigkeit mit einer Dauer von über einer Stunde. Diese Art der Klassifikation des Schädel-Hirn-Traumas ist heute nicht mehr ganz korrekt, da infolge der modernen bildgebenden Verfahren deutlich wurde, dass es auch ohne längere Bewusstlosigkeit zu substantiellen Hirnschädigungen kommen kann (vgl. DEPPE in FREIVOGEL 1997, 26).

In den 50er Jahren entwickelten TÖNNIS und LOES im deutschsprachigen Raum eine rein auf klinisch beobachtbaren Kriterien beruhende Klassifizierung, in welcher der Dauer der Bewusstseinsstörung eine zentrale Rolle zukam. So unterteilte man das Schädel-Hirn-Trauma in drei Schweregrade: SHT 1. Grades (leicht), SHT 2. Grades (mittelschwer) sowie SHT 3. Grades (schwer). Mit den Fortschritten in der Akutbehandlung und Intensivmedizin, welche eine steigende Anzahl von überlebenden Patienten mit schwerem SHT zur Folge hatten, erschien es sinnvoll, die bestehende Klassifizierung weiter zu differenzieren und vom schweren SHT das schwerste SHT abzugrenzen (vgl. DEPPE in FREIVOGEL 1997, 26). Parallel zu dieser Form der Klassifizierung entwickelten JENNETT und TAESDALE einen ähnlichen Ansatz, der neben der Dauer der Bewusstseinsstörung Art und Umfang von cerebralen Herdsymptomen sowie das Vorhandensein und die Dauer von Hirnstammfunktionsstörungen berücksichtigt. DEPPE zufolge lässt dieser Ansatz zuverlässige Rückschlüsse auf die weitere Verlaufsprognose sowie die längerfristige Entwicklung zu und stellt die derzeit brauchbarste Klassifikation nach

rein klinischen Kriterien dar (vgl. ebenda, 26). In neuerer Zeit entwickelte Klassifikationen berücksichtigen neben klinischen Befunden immer mehr bildgebende und elektrophysiologische Untersuchungsverfahren wie beispielsweise die Computer- und Kernspintomographie oder die Elektroencephalographie. Als Vertreter dafür ist beispielsweise das Modell Soykas mit einer Einteilung nach sechs Schweregraden zu nennen (vgl. DEPPE in FREIVOGEL 1997, 27).

Die gängigste Klassifizierung des Remissionsverlaufs eines Schädel-Hirn-Traumas, welches typische Phasen aufweist, stellt das 1967 von GERSTENBRANDT entwickelte Phasenmodell dar, welches zwar umstritten ist, sich jedoch für das therapeutische Vorgehen bewährt hat (vgl. PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 57). In diesem Modell unterscheidet GERSTENBRANDT frühe Remissionsphasen, zu denen die Akutphase mit Mittelhirnsyndrom (Apallisches Syndrom), die Phase der primitiven Psychomotorik, die Phase des Nachgreifens sowie die Klüver-Bucy-Phase gehören, denen sich die späten Remissionsphasen anschließen. Zu diesen zählen die Korsakow-Phase (Reorientierungsphase), das Integrationsstadium sowie das Defektstadium (vgl. PIORRECK in FREIVOGEL 1997,57).

Im Folgenden wird nun ein Überblick über die einzelnen Phasen gegeben, deren Übergänge jedoch oft fließend und somit nicht eindeutig feststellbar sind. Zudem werden die genannten Phasen nicht immer komplett durchlaufen, vielmehr ist ein „Stehenbleiben“ auf einer Stufe der Remission ebenso möglich wie das Verbleiben von Restschäden im so genannten Defektstadium oder eine (fast) vollständigen Wiederherstellung.

## **2.1.2 Remissionsphasen**

### **Akutphase (Komaphase)**

In dieser Phase, die meist mit Bewusstlosigkeit bzw. Koma verbunden ist, sind zunächst eine rasche und effektive Akutversorgung am Unfallort sowie die sofortige Überleitung in eine entsprechend ausgerüstete Klinik von Bedeutung. Primäres Ziel ist der Kampf um das Überleben und die Vermeidung sekundärer Hirnschädigungen, daher geht es vorerst um die Erhaltung lebenswichtiger Funktionen wie Atmung und Kreislauf. Die

Akutversorgung umfasst darum die Intubation und künstliche Beatmung vor Ort bis zur Versorgung in der Klinik, sowie eine rasche Schockversorgung auch während des Transports. In der Klinik werden im Anschluss anhand von bildgebenden Verfahren wie Röntgenuntersuchungen oder Computertomographien diagnostische Aussagen getroffen, sowie operative und intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt (vgl. GOBIET 1991, 5). Typische Kennzeichen während der Komaphase sind neben der gesteigerten Reflextätigkeit die Enthemmung vegetativer Funktionen wie Anstieg von Temperatur, Puls, Atemfrequenz, Blutdruck und Transpiration sowie Pupillenstörungen (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH et al. 1997, 109).

Gezielte rehabilitative Maßnahmen sind in dieser Phase, in der das Überleben im Vordergrund steht, noch nicht möglich (vgl. GOBIET 1991, 5).

### **Apallisches Syndrom**

An die Phase tiefer Bewusstlosigkeit kann sich das Apallische Syndrom anschließen. Der Ausdruck „Apallisches Syndrom“ leitet sich von der lateinischen Bezeichnung „pallium“ ab, was so viel wie ‚(Hirn)-Mantel‘ bedeutet. Apallisch beschreibt demzufolge einen Zustand „ohne Hirnmantel“, also ohne die Funktion des Teils der Großhirnhemisphären, welcher den Hirnstamm umschließt. REHN et al. zufolge kommt es zu einer „funktionale[n] Trennung zwischen Hirnstamm [...] und Großhirn“ (ebenda, 16).

Die Ursachen und Symptome des Apallischen Syndroms, auch „coma vigile“ oder Wachkoma genannt, wurden das erste Mal im Jahre 1940 von KRETSCHMER beschrieben. Zur Entstehung dieses Zustands kommt es nach heutigen Erkenntnissen entweder auf Grund einer generellen Hirnatrophie, d.h. strukturell bedingt durch Rückbildung der Hirnsubstanz, oder infolge einer funktionellen Trennung der Cortex und Hirnstamm verbindenden efferenten und afferenten Bahnen (vgl. SCHWÖRER 1995, 4; PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 57). Im Gegensatz zu einer generellen Atrophie, bei der keine Hoffnung auf Veränderung des Zustands besteht, ist diese bei einer funktionalen Trennung durchaus gegeben (vgl. PIORRECK in FREIVOGEL, 58).



GOBIET zufolge ist das Apallische Syndrom im Ablauf der Remissionsphasen bei der überwiegenden Zahl der Patienten als Durchgangsphase und nicht als Endstadium anzusehen, sofern diese frühzeitig und angemessen therapiert wurden (vgl. GOBIET 1991, 22). Daher plädiert er dafür, den Begriff „Apallisches Syndrom“, der oft mit therapeutischer Resignation besetzt ist, durch die Bezeichnung „Apallisches Durchgangsstadium“ (GOBIET 1991, 22) zu ersetzen, um so die in diesem Begriff enthaltenen hoffnungsvollen Aspekte schon durch die Wortwahl deutlich zu machen. Die Dauer des Apallischen Syndroms kann jedoch zwischen Tagen und Monaten variieren, wobei die Gefahr, dass dieser Zustand dauerhaft anhält, steigt. Wesentliche Kennzeichen des Apallischen Syndroms sind nach GOBIET

- „Bewusstlosigkeit, jedoch Augenöffnen ohne Fixieren möglich
- Zunehmende Stabilisierung vegetativer Funktionen
- Fortbestehen von Streck- bzw. Beugemechanismen mit erhöhtem Muskeltonus
- Auf Schmerzreize höchstens Massenbewegungen, keine sicheren Abwehrmechanismen
- Fehlen von einzelnen oder Gruppen von Hirnstammreflexen bzw. Auftreten pathologischer Hirnstammreflexe
- Orale Schablonen wie Kauen, Schmatzen und Schlucken“.

(GOBIET 1991, 22)

Zudem besteht noch kein tageszeitlich-, sondern vielmehr ein belastungsgebundener Schlaf-Wach-Rhythmus (vgl. GLAUNING in Fröhlich et al. 1997, 110).

In dieser Merkmalsbeschreibung des Apallisches Syndroms wird eine sehr medizinische Sicht der Symptome deutlich, die auf einer Definition beruht, welche Bewusstsein als „wach sein“, ‚ansprechbar sein‘ und ‚intellektuell angemessen reagierend‘“ auffasst (vgl. SALOMON in BIENSTEIN et al. 1994, 32). Bewusstlosigkeit in diesem Sinne stellt einen Mangel dieser Fähigkeiten dar und entspricht folglich einer rein defizitären Beschreibung (ebenda, 32). Angesichts zahlreicher Erlebnisberichte, wie sie beispielsweise von HANNICH und SALOMON geschildert werden (vgl. ebenda, 30f; 51f), drängt sich jedoch die Annahme auf, dass Komapatienten den Unfall, den Transport zur Klinik sowie den Aufenthalt auf der Intensivstation ‚irgendwie registrieren und wenigstens im Unterbewusstsein speichern, auch wenn die Erinnerung daran ausgelöscht scheint‘ (eben-

da, 112). Dafür sprechen auch die Ergebnisse der Studien von SCHNAPER (1975) und TOSCH (1988): Sie interviewten ehemalige erwachsene Koma-Patienten, von denen sich 40-50% an diese Zeit erinnern konnten und sie negativ empfanden. Dabei wurden Gefühle des Gefangenseins, der Todesbedrohung, des Ausgeliefertseins sowie des Sich-nicht-äußern-Könnens besonders oft genannt (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH et al. 1997, 112).

Dem Neuropsychiater VON CRAMON zufolge darf man „aus dem Verlust prüfbarer Hirnleistungen [...] keinesfalls den Schluss ziehen, dass bei dieser Bedingung sämtliche Faserverbindungen mit sämtlichen kortikalen Arealen unterbrochen sind. Vielmehr muss immer ein elementares Bewusstsein bei Patienten angenommen werden, welches im Sinne des ‚passiven Erlebens‘ wirksam ist“ (VON CRAMON (1979) nach HANNICH, 52). Die Tatsache, dass Bewusstlosigkeit nicht mit Erlebnislosigkeit und Wahrnehmungslosigkeit gleichzusetzen ist, sollte gerade im Hinblick auf die Betreuung von Menschen in der Komaphase oder mit Apallischem Syndrom besondere Beachtung finden. So vertritt SALOMON die Ansicht, dass der Begriff „Bewusstlosigkeit“ ein Deutungsversuch unsererseits ist, um den Mangel an Rückkopplung zu uns als Handelnden zu beschreiben und unsere Grenzen, einen Zugang zu dem Patienten zu finden, charakterisiert. Als Defizitbegriff erfasse er unseren Mangel und laste diesen auf Grund dieser Grenzen dem Patienten an (vgl. SALOMON, 32).

### **Phase der primitiven Psychomotorik**

Die Phase der primitiven Psychomotorik ist durch ein langsames Erwachen aus dem Koma und ein erstes Reagieren auf die Umwelt gekennzeichnet. So kommt es erstmals zu einem optischen Fixieren, es gelingt dem Patienten jedoch noch nicht, Bewegungen zu verfolgen. Akustische und taktile Reize können zu einem Innehalten und Lauschen führen, manchmal ist auch das Drehen des Kopfes zur Reizquelle möglich (vgl. SCHWÖRER 1995, 6; GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 110; PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 58). Ein besonderes Merkmal stellt die phasenweise auftretende psychomotorische Unruhe dar, die sich in Massen- und Strampelbewegungen, Transpirieren, Anstieg von Puls, Blutdruck und Atmung sowie Schreien und Stöhnen äußern kann (vgl. GLAUNING

in FRÖHLICH 1997, 110). Oft kommt eine Zunahme der Spastik hinzu. Erste mimische Äußerungen werden gerade im Zusammenhang mit den Unruhephasen beobachtet, diese äußern sich beispielsweise in einem ängstlichen oder gestressten Gesichtsausdruck. Freundliches Zureden und intensiver Körperkontakt können GLAUNING zufolge helfen, die Patienten zu beruhigen. Aufgrund der Tatsache, dass diese Unruhephasen bei Kindern ohne anwesende Bezugsperson im Vergleich zu Kindern, die intensive Zuwendung erhielten, verstärkt auftraten, vermutet GLAUNING, dass es sich bei diesen Unruhephasen nicht um „vegetative Fehlfunktionen handelt, sondern dass der Patient eine erste Ahnung seiner total veränderten Situation bekommt und mit Panik auf sie reagiert, weil er sie sich nicht erklären kann und sich alleingelassen fühlt“ (GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 115).

In den auftretenden Ruhephasen stabilisieren sich die vegetativen Funktionen des Körpers zusehends, dann senkt sich auch der erhöhte Tonus, wodurch ein allmähliches Auflösen der starren Haltungsmuster möglich wird (FREIVOGEL 1997, 103).

### **Phase des Nachgreifens**

In der Phase des Nachgreifens wird ein optisches Verfolgen von Personen oder Gegenständen möglich, zunächst horizontal, dann vertikal. Das zunehmende Greifen nach Gegenständen ist teilweise begleitet von In-den-Mund-Stecken oder Wegwerfen. Neben der Anpassung des Schlaf-Wachrhythmus an die Tageszeit und einer Abnahme der Spastik zeigt sich ein beginnendes Situationsverständnis. So erfolgen beispielsweise erste Abwehrversuche bei unangenehmen Maßnahmen. Auf angenehme Reize (akustisch, vestibulär, taktil, optisch) wird mit zunehmender Entspannung reagiert. Die weitere Differenzierung der Mimik erlaubt es, positive emotionale Reaktionen zu äußern: Gegen Ende der Phase zeigt sich bereits der Beginn eines Lächelns, Sprachverständnis ist jedoch noch nicht vorhanden.

Während des Übergangs zur Klüver-Bucy-Phase beginnen die Patienten zunehmend, mit Gegenständen zu hantieren und diese zu untersuchen; ein situationsgerechter Einsatz ist jedoch noch nicht möglich (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 110; SCHWÖRER

1995, 7; PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 58). Sprechen keine medizinischen Gründe dagegen, kann zunächst mittels ehemalige Lieblingsspeisen von breiartiger Konsistenz mit der Reaktivierung der normalen Nahrungsaufnahme begonnen werden (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 116). Dabei steht jedoch zunächst das Geschmackserleben im Vordergrund.

### **Klüver-Bucy-Phase**

Die Klüver-Bucy-Phase stellt die letzte der frühen Remissionsphasen dar. Hier kehrt das Sprachverständnis zurück, beispielsweise werden erste Aufforderungen wie „Gib mir“ befolgt und Ja/Nein-Signale erlernt (vgl. PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 59). Erste Laute werden geäußert, Sprechen an sich ist jedoch nicht möglich. Diese Phase ist durch ein sehr wechselhaftes Affektverhalten gekennzeichnet, was GLAUNING darauf zurückführt, dass die Patienten ihre Lage besser überblicken und sehen, was sie nicht mehr so wie früher können (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 117). Des Weiteren werden in der Literatur motorische Schablonen wie Handkuss- bzw. Begrüßungsschablonen und eine ausgeprägte Esssucht beschrieben. (Vgl. PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 59) Dieses erklärt sich dadurch, dass in dieser Phase die meisten Patienten wieder in der Lage sind, Nahrung über den Mund zu sich zu nehmen. Infolge der langen Sondierung und der damit verbundenen von außen bestimmten Nahrungsmenge, ist ihnen jedoch das Sättigungsgefühl abhanden gekommen, das sich nun erst wieder einpendeln muss (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 117). Daneben werden das Ausführen einfacher Handlungen und die Beschäftigung mit einfachsten Spielen wieder möglich. Auch eine Verbesserung der Bewegungskoordination ist erkennbar (vgl. ebenda, 117).

### **Korsakow-Phase (Reorientierungsphase)**

Die Korsakow-Phase ist durch den Beginn des Sprechens gekennzeichnet. Sprache wird zunächst noch echolalisch, dann jedoch zunehmend sinnbezogen gebraucht, wenn keine aphasischen Störungen vorliegen, und nähert sich langsam wieder dem Altersniveau des

Patienten an (vgl. ebenda, 118). Vorherrschend ist jedoch noch eine zeitliche, örtliche und personelle Desorientierung, wobei letztere zuerst zurückgeht. Mit zunehmender Orientierung wird die eigene Situation immer deutlicher, es kommt zu einer ersten Auseinandersetzung mit dem Unfall und den erlittenen Beeinträchtigungen. Folge dieser Konfrontation sind häufig Depressionen, die sogar in spontanen Suizidversuchen münden können. Da in den gesamten therapeutischen Maßnahmen kein Sinn mehr gesehen wird, nimmt die Bereitschaft zur Mitarbeit in dieser Phase oft ab. Darüber hinaus werden in der Korsakow-Phase die neuropsychologischen Symptome sichtbar: Die meisten Patienten sind leicht ablenkbar und zeigen eine verkürzte Konzentrationsspanne; hierbei kommt der Strukturierung der äußeren Umstände und Aufgaben große Bedeutung zu, da die Merkfähigkeit noch eingeschränkt ist. (vgl. ebenda, 118; 111).

### **Integrationsstadium**

Erreicht ein Patient das Integrationsstadium, so entspricht er in seinem Verhalten wieder seinem Lebensalter und hat die volle Orientierung im personellen, zeitlichen und örtlichen Bereich wiedererlangt. Abhängig von der Lokalisation der Verletzung ist das Vorhandensein neuropsychologischer und/oder motorischer Restsymptome sowie von Hirnnervenausfällen möglich, in den meisten Fällen sogar wahrscheinlich. Da der Patient jedoch im Vergleich zum vorangegangenen Stadium eine deutlich positivere Einstellung zu sich selbst und seiner Behinderung zeigt, spiegelt sich dies auch in der aktiveren Mitarbeit in den Therapien, in denen diese Probleme angegangen werden. Des Weiteren ist der Patient wieder in der Lage, seine Fähigkeiten und Schwierigkeiten abzuschätzen, mit ihnen umzugehen und planend zu handeln. Neben einem gesteigerten Umweltinteresse stehen die Zukunftsplanung und die damit verbundene Entscheidung über eine den neuen Möglichkeiten angepasste Schul- bzw. Berufswahl im Mittelpunkt des Interesses (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 118; SCHWÖRER 1995, 8; PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 60).

## **Defektstadium**

Das von GERSTENBRANDT beschriebene Defektstadium wird, möglicherweise auf Grund der im Titel implizit enthaltenen Defizitorientierung, nicht mehr in der gesamten Fachliteratur erwähnt. Der Vollständigkeit halber soll es hier dennoch Erwähnung finden:

GLAUNING zufolge bezeichnet das Defektstadium die Stufe, auf der Patienten, die trotz intensiver Förderung so schwerwiegende Behinderungen haben, dass sie nicht mehr an ihr prätraumatisches Niveau anschließen können, stehen bleiben (vgl. GLAUNING in FRÖHLICH 1997, 119). In dieser Phase ist keine weitere Remission zu beobachten. Typisch ist jedoch das Auftreten von Sekundärveränderungen wie beispielsweise muskulären Kontrakturen, Hüftluxationen oder Verhaltensveränderungen (vgl. PIORRECK in FREIVOGEL 1997, 60).

Problematisch ist der Begriff „Defektstadium“ daher, da er die bereits gemachten Fortschritte nicht würdigt, sondern sich nur an den verbleibenden Beeinträchtigungen orientiert. Zudem beschreibt er einen Status quo, ohne die Fortschritte, die auf Grund langfristiger Förderung erreicht werden können, zu berücksichtigen.

### **2.1.3 Medizinische und neuropsychologische Beeinträchtigungen nach einem Schädel-Hirn-Trauma**

Die Auswirkungen eines Schädel-Hirn-Traumas sind individuell unterschiedlich und können sich aus einer Vielzahl von medizinischen und neuropsychologischen Symptomen zusammensetzen. Dabei ist das Störungsbild abhängig von einer Vielzahl von Faktoren wie beispielsweise der Art, Ausdehnung und Lokalisation der Hirnverletzung, der Persönlichkeit des Patienten, den Reaktionen der Umwelt, der medizinischen Behandlung in der Akutphase, den Rehabilitationsmaßnahmen sowie der Erholung des Gehirns (vgl. STADLER in KALLENBACH 2000, 88).

Eine ausführliche Darstellung des gesamten Symptompektrums würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Die Kenntnis dieser Vielzahl von Symptomen ist jedoch für die schulische Arbeit von elementarer Bedeutung, da man als Lehrer die Voraussetzun-

gen seiner Schüler kennen muss, um angemessen und erfolgreich mit ihnen arbeiten zu können. Ganz besonders gilt dies für Schüler nach einem SHT, deren Probleme oft in Bereichen liegen, die nicht so offensichtlich sind wie motorische oder sprachliche Beeinträchtigungen, diese gut zu umgehen wissen und dadurch möglicherweise in Teilbereichen überschätzt werden. Dies wiederum birgt die Gefahr der Überforderung und kann sich durch frustrierende Erlebnisse negativ auf den gesamten Rehabilitationsverlauf auswirken.

Daher wird im Folgenden ein kurzer Überblick über die möglichen Störungen gegeben, um die Vielfalt der Beeinträchtigungsmöglichkeiten und damit der zu beachtenden möglichen Lernvoraussetzungen zu verdeutlichen.

Zu den medizinischen und neuropsychologischen Störungen, die infolge eines SHT auftreten können, zählen:

**Vegetative Beeinträchtigungen:**

Kopfschmerzen, Überempfindlichkeit gegen thermische, akustische, und optische Reize (z.B. Wärme, Licht, Lärm, TV), Transpirieren, Tachykardie, vasomotorischer Schwindel etc.

**Motorische Beeinträchtigungen:**

Hemiparesen/-plegien, Tetraparesen/-plegien, Ataxien, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, spastische Störungen, selten Athetosen, etc.

**Hirnnervenschäden:**

Anosmie (Geruchlosigkeit), Sehstörungen, Augenmuskelstörungen, Trigeminusstörungen (Gefühlsstörungen im Gesicht), Gesichtsnervenlähmungen, Hör- und Gleichgewichtsstörungen etc.

**Sensible Störungen:**

Störungen der Oberflächen- und Tiefensensibilität, trophische Störungen.

**Wahrnehmungsstörungen:**

visuelle Wahrnehmungsstörungen wie z.B. Figur-Grund-Wahrnehmung, Konstanz- und Gestaltwahrnehmung, Störungen der räumlichen Wahrnehmung und des räumlichen Denkens, Störungen der Körperwahrnehmung, Neglect etc.

**Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen:**

Vigilanzstörungen, Verlangsamung der kognitiven Prozesse, Beeinträchtigungen der phasischen und tonischen Alertness, erhöhte Ablenkbarkeit, erschwerte geteilte Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsschwankungen, reduzierte Ausdauer.

**Sehstörungen**

**Gedächtnisdefizite:**

retrograde und anterograde Amnesie, Störungen des Arbeitsgedächtnisses, der Encodierung, Beeinträchtigungen des Kurz- oder Langzeitgedächtnisses, Abrufschwierigkeiten etc.

**Beeinträchtigungen des problemlösenden Denkens:**

Handlungsplanung, Flexibilität, Kreativität, etc.

**Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit:**

Beeinträchtigungen des schlussfolgernden Denkens, des Abstraktionsvermögens, der Kategorienbildung, des Erkennens von Wesentlichem, etc.

**Sprech- und Sprachstörungen:**

Aphasien, Dysarthrie, Dysarthrophonie, Dyslexie, Dysgraphie etc.

**Störungen der Bewegungsabläufe:**

Apraxien.

**Epileptische Anfälle**

**Veränderungen der Affektivität, Stimmungslage und Verhaltenssteuerung:** Verlangsamung, reduzierte Umstellfähigkeit, reduzierter Antrieb, Mangel an Eigeninitiative, Veränderungen im Gefühlswesen wie affektive Labilität, depressive Verstimmungen, Ängste oder erhöhte Reizbarkeit etc.

(Vgl. SCHELLIG in MICHELS 1996, 252; STADLER in KALLENBACH 2000, 88/89; GÉRARD et al. 1996,60-134).

## 2.2 Die Bedeutung der Rehabilitation

### 2.2.1 Definition, Zielsetzung und Formen der Rehabilitation

Um Rehabilitation ihrem Wesen nach erfassen und definieren zu können, ist die Definition von Behinderung normalerweise unerlässlich, da Menschen mit einer Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen die Zielgruppe der Rehabilitation darstellen.



An dieser Stelle soll die Definition von Behinderung der WHO (1980) jedoch vorausgesetzt und daher direkt zum Begriff der Rehabilitation übergegangen werden.

Der Ausdruck „Rehabilitation“ leitet sich vom lateinischen „habilis“ „passend“, „tauglich“ ab und bezeichnet im Allgemeinen eine Wiederherstellung bzw. Eingliederung. Nach der Definition der WELTGESUNDHEITSORGANISATION von 1980 versteht man unter Rehabilitation „alle Maßnahmen, die das Ziel haben, das Einwirken jener Bedingungen, die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen“ (VDR 1991, Bd. III, 8 nach PETERMANN 1997, 29). Rehabilitation soll diesem umfassenden Verständnis zufolge also nicht nur darauf abzielen, den Rehabilitanden zu einer Anpassung an die Umwelt zu führen, und demzufolge nur auf der individuellen Ebene bleiben wie z.B. durch das Ziel der Besserung des Gesundheitszustands, der Vermeidung eines Fortschreitens des Krankheitsprozesses oder einer adäquaten Krankheitsverarbeitung. Vielmehr umfasst Rehabilitation hier auch Maßnahmen, die sich in Form von Interventionen und Vermittlung sowohl auf die unmittelbare Umwelt als auch auf die Gesamtgesellschaft beziehen und die soziale Integration der Rehabilitanden, also die Eingliederung in ein angemessenes schulisches oder berufliches Umfeld sowie in Familie und Freundeskreis erleichtern und fördern sollen. Die letztgenannten Maßnahmen dienen also der Festlegung eines äußeren Rahmens, in dem die Leistungen zur Rehabilitation, die primär auf der individuellen Ebene ansetzen, erfolgen können (vgl. PETERMANN 1997, 29).

Rehabilitationsmaßnahmen sind für Menschen mit einer Behinderung von großer existenzieller Bedeutung, daher ist das Recht auf Rehabilitation auch in der BRD gesetzlich verankert: Dem § 10 des SGB I zufolge hat jeder Mensch, der

*„körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder [d]em eine solche Behinderung droht, [...] unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, 2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“* (SGB I; § 10).

Die sich aus diesem Recht ergebenden Eingliederungsleistungen, welche im § 29 SGB I näher beschrieben werden, lassen sich grob in medizinische, berufliche, schulische und soziale Leistungen einteilen.

Zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen zählen u.a. ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungs- Sprach- und Beschäftigungstherapie, Hilfsmittelversorgung sowie Belastungserprobungen und Arbeitstherapie. An berufsfördernden Leistungen sind beispielsweise die Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie die Möglichkeit zur Ausbildung, Fortbildung und Umschulung zu nennen, während Leistungen zur Ermöglichung und Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt und einer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit und des seelischen Gleichgewichts Beispiele für Leistungen sind, die der allgemeinen sozialen (schulischen und vorschulischen) Eingliederung dienen (SGB I; §29).

Darüber hinaus existieren ergänzende Leistungen wie beispielsweise Übergangs- oder Krankengeld, Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung oder Haushaltshilfen.

Nach dieser allgemeinen Ausführung zum Thema Rehabilitation werden nun kurz die Ziele, Prinzipien sowie der Verlauf einer neurologischen Rehabilitation dargestellt, bevor speziell die neurologische Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk thematisiert wird.

### **2.2.2 Die neurologische Rehabilitation**

*„Ohne Behandlung droht eine Chronifizierung der Symptome auf schlechterem Niveau, da die Spontanremission weit hinter den Behandlungsergebnissen zurückbleibt“*

*(SCHELLIG in MICHELS 1996, 253.)*

Diese Erkenntnis POPPENREUTERS aus dem Jahre 1917 wird für viele Bereiche durch die neuere Forschung zur Therapieeffizienz gestützt und bestätigt. Betrachtet man zudem

die Erfahrung, dass sich unbehandelte Patienten mit neurologischen Problemen oft falsche Strategien im Umgang mit ihrer Behinderung angewöhnen und dadurch die funktionalen Beeinträchtigungen vergrößern, etwa durch ein falsch antrainiertes Gangbild bei einer Hemiparese oder durch den Versuch, Aufmerksamkeitsdefizite durch enorme Anstrengungen beispielsweise in Form von Überstunden (vgl. SCHELLIG in MICHELS 1996, 253) zu kompensieren, wird die Bedeutung der neurologischen Rehabilitation deutlich. Hieraus und aus der bereits erwähnten allgemeinen Definition von Rehabilitation lässt sich die Zielsetzung der neurologischen Rehabilitation ableiten:

- Reduktion der Funktionsdefizite
- adäquate Krankheitsverarbeitung
- Eingliederung in ein angemessenes schulisches oder berufliches Umfeld sowie in Familie und Freundeskreis

(vgl. SCHELLIG ebenda, 253)

Zu Beginn einer Behandlung erfolgt eine umfassende klinisch-neurologische, psychopathologische, neuropsychologische, funktionsbezogene und psychosoziale Diagnostik, aus der sich die individuelle Problematik und Fragestellung ergibt. Im Rehabilitations- und Therapieplan werden dann die notwendigen medizinischen fachtherapeutischen, schulischen und vorberuflichen Maßnahmen festgelegt (SCHRIFTENREIHE 11, 9).

An der Umsetzung des Rehabilitationsplanes, sind zahlreiche Personengruppen der unterschiedlichen Fachbereiche beteiligt. Zu diesen Bereichen gehören Pflegedienst, ärztlicher Dienst, Sozialpädagogischer Dienst, Sozialdienst, Krankengymnastik, Ergotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Logopädie, Krankenhausschule sowie Berufstherapie (vgl. SCHELLIG in MICHELS 1996, 263-264).

Die Schwerpunkte der Rehabilitation müssen während des Rehabilitationsverlaufes immer wieder verändert und an den individuellen Stand des Patienten angepasst werden. So können beispielsweise zu Beginn der Rehabilitation körperorientierte Behandlungen wie Krankengymnastik, Sport- und Bewegungstherapien im Mittelpunkt stehen, während in der sich anschließenden Phase dem kognitiven Bereich mehr Bedeutung zukommen kann und die Schwerpunkte daher auf dem neuropsychologischen Training und der Schule liegen (vgl. ebenda, 262).

### Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation

Zur Beschreibung des Rehabilitationsverlaufs bietet sich die von SCHUPP (1995) erweiterte Version des 1994 von der Arbeitsgruppe „Neurologische Rehabilitation“ des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger entwickelten Konzepts zur Beschreibung des Rehabilitationsverlaufs an. SCHUPP (1995) erweiterte das Phasenmodell für die gesamte neurologische Rehabilitation. Im Gegensatz zu der ansonsten gebräuchlichen Einteilung in „Frührehabilitation“, „postprimäre Rehabilitation“ und „Heilverfahren“, ist dieses Konzept HUMMELSHEIM zufolge (HUMMELSHEIM 1998, 297) besser zur Beschreibung des Rehabilitationsverlaufes geeignet, da es den individuellen funktionellen Zustand der Patienten sowie die sich daraus ergebenden Maßnahmen zugrunde legt (vgl. HUMMELSHEIM 1998, 297).

Rehabilitationsphase	Aufgaben und Methoden der Rehabilitation
A	<b>Akutbehandlung</b> (Erstversorgung)
B	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensiv medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen ( <b>Frührehabilitation</b> )
C	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen. ( <b>Stabilisierungsphase/Frühmobilisation</b> )
D	Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation ( <b>weiterführende Rehabilitation</b> )
E	Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation ( <b>nachgehende Rehabilitation</b> )
F	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und /oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind

*Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation (In: Heubrock/Petermann 2000, 444; Markierung durch A.N.)*

## **Prinzipien der neurologischen Rehabilitation**

PROSIEGEL zufolge stellen Restitution, Kompensation und Adaptation allgemeine Prinzipien der neurologischen Rehabilitation dar.

**Restitution** bezeichnet die komplette bzw. partielle Wiederherstellung einer Hirnleistung wie z.B. die Verbesserung sprachlicher Leistungen durch spezielle Sprachtherapie.

Mit **Kompensation** wird der Einsatz von Ersatzstrategien oder das Ausnützen erhalten gebliebener Restfunktionen charakterisiert, während man unter **Adaptation** die Anpassung der Umwelt an die individuellen Bedürfnisse des Patienten in Form von externen Hilfsmitteln wie Großdruckbüchern oder der Anpassung eines Arbeitsplatzes an die besonderen Bedürfnisse versteht (vgl. PROSIEGEL 1991, 25f).

Von Bedeutung für einen gelungenen Rehabilitationsverlauf sind darüber hinaus

- die oben bereits erwähnte interdisziplinäre Zusammenarbeit
- die individuelle Betreuung des Patienten in diagnostischer, therapeutischer und sozialer Hinsicht
- eine ganzheitliche Betrachtungsweise
- die Einbeziehung der Bezugspersonen in das Therapiekonzept
- die Belastungserprobung der Patienten, für die eine berufliche Wiedereingliederung in Frage kommt
- sozialtherapeutische Weiterbetreuung bezüglich familiärer, beruflicher und sonstiger sozialer Probleme auch nach der Entlassung
- Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung eigener Mitarbeiter

(vgl. PROSIEGEL 1991, 30)

### **2.2.3 Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk Gailingen**

#### **Beschreibung des Hegau-Jugendwerks**

Das Hegau-Jugendwerk ist ein überregionales neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bis einundzwanzig Jahre. Es wurde 1972 als



*Bild 3: Ansicht des Jugendwerks aus der Vogelperspektive. (In: Schriftenreihe Jugendwerk 11, 8).*

bundesweite Modelleinrichtung gegründet und ist seit 1999 Teil des Gesundheitsverbundes Hegau. Als Einrichtung zur stationären oder teilstationären Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen oder Verletzungen des Nervensystems, gliedert es sich in die Bereiche Akutneurologie, Frührehabilitation, Frühmobilisation und allgemeine, d.h. schulische und berufliche Rehabilitation (vgl. SCHRIFTENREIHE 11, 7,8).

Das diagnostische und therapeutische Angebot ermöglicht somit eine nahtlose und kontinuierliche Rehabilitationsbehandlung von der Übernahme aus der Akutklinik bis zur schulisch-beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Da die meisten Rehabilitanden im Schulalter oder in der Berufsausbildung sind, bildeten Schule bzw. Ausbildung meist einen zentralen Punkt ihres prätraumatischen Lebens. Daher nehmen die Krankenhaus-  
schule, welche im Folgenden gesondert dargestellt wird, die berufstherapeutische Abteilung sowie die enge Zusammenarbeit mit dem medizinisch-therapeutischen Bereich einen besonderen Stellenwert in der Rehabilitation ein. In Einzelfällen, in denen eine spezielle berufliche Fragestellung im Vordergrund steht, werden Patienten bis zum Alter von 25 Jahren aufgenommen. Das Hegau-Jugendwerk bietet Platz für ca. 222 Rehabili-

tanden, wobei 12 Krankenhausbetten in der Frührehabilitation, 28 Plätze in der Frühmobilisation sowie 182 Plätze in der allgemeinen Rehabilitation (einschließlich Kinderhaus für Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre mit 44 Betten) zur Verfügung stehen. Aufnahme und Zuteilung in die verschiedenen Abteilungen sind von Zeitpunkt und Art der erworbenen Schädigung, dem aktuellen Zustand sowie der individuellen Zielsetzung abhängig.

Die **neurologischen Probleme** der Rehabilitanden im Hegau-Jugendwerk sind Folgen von Schädel-Hirn-Verletzungen, Gefäßinsulten (z.B. nach Schlaganfällen), entzündlichen Erkrankungen des ZNS (z.B. Hirnhautentzündungen), raumgreifenden Tumoren, Asphyxien (z.B. Atemstillstand nach Ertrinken) und frühkindlichen Hirnschädigungen.

**Übergeordnetes Ziel** der neurologischen Rehabilitation ist, „Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zur Rückkehr in Familie, Schule oder Beruf und soziales Umfeld zu verhelfen“ (SCHRIFTENREIHE 11, 8). Dazu bedarf es im Einzelnen der Verminderung oder Beseitigung der angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigungen, deren Kompensation durch den Erwerb von Ersatzstrategien und/oder den Einsatz von Hilfsmitteln, sowie eine Reduzierung der Auswirkungen der jeweiligen Einschränkungen auf ein Minimum. Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk hat vor allem das Ziel, die veränderte Situation zu bewältigen und neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Hinter dieser Zielsetzung steht ein Rehabilitationskonzept, welches von einem umfassenden ganzheitlichen Ansatz ausgeht und Rehabilitation als „Lern- und Entwicklungsprozess“ (SCHRIFTENREIHE 11, 9) ansieht. Grundlegend ist neben der Berücksichtigung der gesundheitlichen Problematik auch die Biographie der Rehabilitanden, d.h. die familiäre und soziale Situation, die bisherige schulische oder berufliche Entwicklung und die damit verbundenen Zielsetzungen, sowie alters- und entwicklungsbedingte Schwierigkeiten (vgl. insgesamt SCHRIFTENREIHE 11, 9.) Der engen interdisziplinären Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Fachtherapeuten, Lehrern und Pädagogen in Form des ‚Case-Managements‘ kommt daher große Bedeutung zu.

## **Die Krankenhausschule**

Die Wilhelm-Bläsig-Schule des Hegau-Jugendwerks ist eine staatlich anerkannte Privatschule mit Grund- und Hauptschulzweig, die zusätzlich über eine Abteilung für Schwermehrfachbehinderte und einen angegliederten Schulkindergarten für Körperbehinderte verfügt. Aufgenommen werden nur Rehabilitanden, die sich in stationärer oder teilstationärer Behandlung befinden. Konzipiert als Ganztageschule ist sie zugleich Ganzjahresschule, da die Schule nie geschlossen ist und nur die Lehrer zu verschiedenen Zeiten Ferien haben. Etwa 40 Erzieher, Fachlehrer und Lehrer aller Schularten unterrichten an 5 Tagen pro Woche im Schnitt 190 Rehabilitanden. Die Anzahl der Unterrichtsstunden variiert – abhängig von Leistungsfähigkeit, Bedarf und Schwerpunkt der Rehabilitationsziele – zwischen drei bis zu 20 Unterrichtsstunden pro Woche.

Vorrangiges Ziel der schulischen Rehabilitation ist stets die Rückkehr in die vorherige Schule oder Ausbildungsstätte. Daher geht es zunächst um die Anbahnung und Wiederherstellung grundlegender Fähigkeiten und Fertigkeiten durch individualisierte und differenzierte Förderung. Im weiteren Verlauf der Rehabilitation wird der Unterricht dann den sich abzeichnenden, teilweise geänderten bzw. neuen Ausbildungsperspektiven und Lernmöglichkeiten angepasst (Vgl. SCHRIFTENREIHE 11, 19).

Ein Hauptanliegen der schulischen Rehabilitation stellt die Heranführung an selbstständiges Arbeiten in der Gruppe trotz Behinderung dar, da alle sich anschließenden Ausbildungsformen – ob im Rahmen eines Studiums oder einer WfB – letztlich im Rahmen einer Gruppe stattfinden.

Weitere Schwerpunkte einer „gezielten, individuellen und möglichst effektiven schulischen Rehabilitation“ (Schriftenreihe 11, 16) sind:

- Diagnostik bestehender Kompetenzen
- Förderung der Kulturtechniken
- Minderung der Teilleistungsstörungen
- Vermittlung von Schlüsselqualifikationen
- Vorbereitung zur Rückschulung im regelschulorientierten Gruppenrahmen
- Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs



- Verbesserung der Ausbildungschancen
- Erarbeitung von Perspektiven für die Zeit nach der Rehabilitation

(vgl. SCHRIFTENREIHE 11, 23)

Innerhalb dieses Arbeitsfeldes lassen sich pädagogische Schwerpunkte setzen (vgl. SCHRIFTENREIHE 11, 20):

Im Unterricht, der von basaler Förderung bis hin zu lehrplanorientiertem Unterricht und von Einzelunterricht bis zum Unterricht in Kleingruppen reicht, zählt neben der Beachtung minimaler Restschädigungen und neuropsychologischer Einschränkungen auch die emotionale Förderung durch Bestätigung und Ermutigung. Spaß am Unterricht, die Stärkung des Selbstvertrauens sowie der Abbau der Versagensängste sind wesentliche Schwerpunkte im Unterricht, die durch die Orientierung an den individuellen Interessen und Fähigkeiten der Patienten angestrebt werden (vgl. <http://www.hegau-jugendwerk.de> (11.07.02)) Genauso wesentlich wie diese Einzelfallorientierung sind die im Unterricht eingesetzten, speziell auf die Probleme der Schüler abgestimmten Materialien sowie klare und eindeutige sprachliche Ausdrucksweisen und Darbietungsformen. Die Vermittlung des Prinzips intensiver Übung und konsequenter Arbeit als Voraussetzung, um leichte Merkschwächen auszugleichen, aber auch später wieder intensiv lernen zu können, ist ebenso von Bedeutung wie auch der Umgang mit Zeit- und Leistungsdruck und die Vermittlung allgemeiner Arbeitstechniken. Darüber hinaus ist angesichts der vielen und oft wechselnden Rehabilitanden und ihren individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen eine große Flexibilität erforderlich.

Um den vielfältigen und individuellen Voraussetzungen und Bedingungen der Rehabilitanden gerecht zu werden und jeden Einzelnen adäquat fördern zu können, ist ein breit gefächertes **Unterrichtsangebot** notwendig:

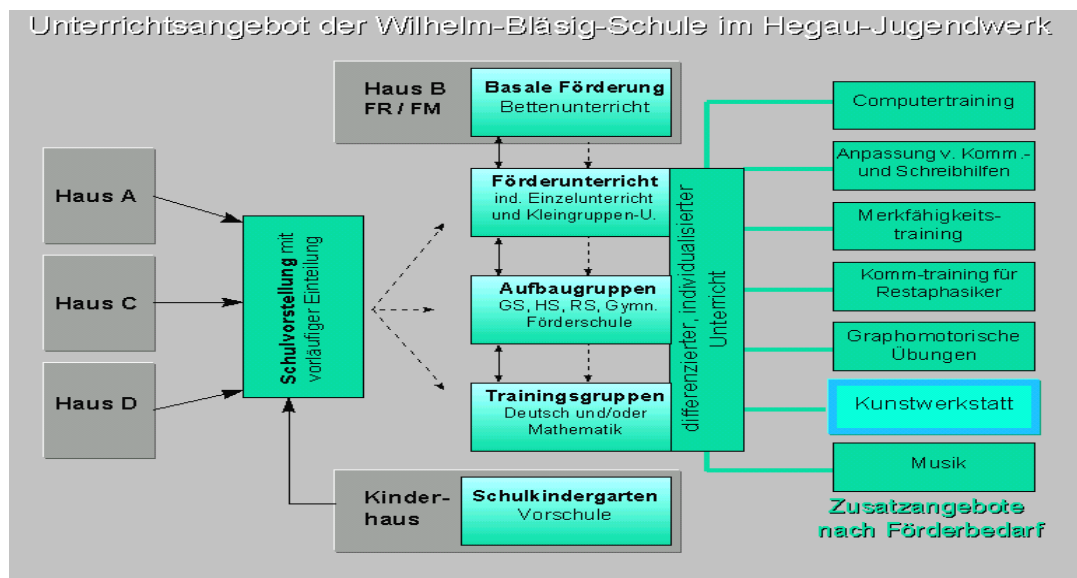


Bild 4: Das Unterrichtsangebot der Wilhelm-Bläsig-Schule. (In: Schriftenreihe 11, 22f)

Wie Bild 4 zu entnehmen ist, gliedert sich das Unterrichtsangebot der Wilhelm-Bläsig-Schule primär in die Bereiche basale Förderung, Förderunterricht, sowie die Aufbau- und Trainingsgruppen. Die Zuteilung zu den einzelnen Gruppen ist abhängig von der individuellen Leistungsfähigkeit, dem gesamten Rehabilitationsplan sowie der Belastbarkeit der einzelnen Rehabilitanden. Die große Zahl der Rehabilitanden, die Flexibilität des Angebotes sowie das Prinzip der inneren und äußeren Differenzierung ermöglichen es, in kleinen, in Alter und Leistung relativ homogenen Gruppen zu unterrichten.

Der **basale Förderunterricht** hat seinen Platz im Bettenhaus B, in dem die Frührehabilitation und -mobilisation beherbergt ist. Schule ist hier in den Stationsalltag in Form von Einzelförderung und der Arbeit in Kleingruppen integriert. Besonderes Gewicht wird dieser bereits sehr früh einsetzenden Förderung daher beigemessen, da sich Schweregrad der Gehirnverletzung und die Gesamtprognose neueren Studien zufolge durch den frühzeitigen Einsatz von geeigneten Stimulationsmaßnahmen positiv beeinflussen lassen (vgl. SCHRIFTENREIHE 11 2000, 70).

**Der Förderunterricht**, dessen Schwerpunkt auf den Kulturfächern liegt, findet ebenfalls in Einzelförderung oder in Kleingruppen bis zu 5 Schülern statt, da fehlende Gruppenfähigkeit, sei es infolge körperlicher oder neuropsychologischen Beeinträchtigungen oder auf Grund von Einschränkungen im Verhalten, das wesentliche Kriterium zur Einstufung in den Förderunterricht ist. Daraus ergibt sich dann auch das erklärte Ziel des Förderunterrichts: Durch ständigen Motivationsaufbau sowie die Orientierung der

Förderunterrichts: Durch ständigen Motivationsaufbau sowie die Orientierung der Inhalte und Methoden an den Interessen und Lernmöglichkeiten der Schüler anstatt an den Lehrplänen, wird die Teilnahme am Unterricht im Rahmen einer größeren Gruppe angestrebt. Dazu bedarf es sowohl einer entsprechenden Leistungsfähigkeit im kognitiven Bereich als auch im Sozial- und Arbeitsverhalten (Schriftenreihe 11 2000, 49).

Daneben existieren aber auch nach Alter und Leistungsniveau differenzierte Gruppen, in denen in Anlehnung an die Lehrpläne der **Grund-, Haupt- und Realschule** sowie des Gymnasiums unterrichtet wird. Das Fächerangebot ist eingeschränkt und umfasst die Fächer Deutsch, Mathematik, Englisch, Französisch, Sachunterricht, Informatik und ITG. Der in diesem Rahmen stattfindende Unterricht will durch „die Simulation eines realistischen Unterrichtsgeschehens“ (SCHRIFTENREIHE 11 2000, 19) einerseits den Schonraum für neue Lernerfahrungen bieten, andererseits wird dadurch aber auch Raum für eine Art „Probelauf“ (SCHRIFTENREIHE 11 2000, 20) geschaffen, um sich auf die Zukunft vorzubereiten.

**Die Trainingsgruppen** bieten Rehabilitanden mit abgeschlossener Schul- oder Berufsausbildung die Möglichkeit, an Trainingsgruppen in Deutsch und Mathematik teilzunehmen. Ziel dieser Gruppen ist es, die notwendigen fachlichen und sozialen Kompetenzen wieder zu vermitteln bzw. zu festigen, um im Anschluss an die Rehabilitation den Beginn oder die Fortsetzung einer Ausbildung bzw. die Integration ins Berufsleben zu erleichtern.

Diese grundlegenden Bereiche der schulischen Rehabilitation werden durch **zusätzliche Unterrichtsangebote** wie z.B. Merkfähigkeitstraining, Schreibtraining, Deutsch als Fremdsprache, Computertraining oder Kommunikationstraining ergänzt. Angeboten wie Musikgruppen und der Kunstwerkstatt kommt auf Grund ihrer Auswirkungen auf Motivation und Selbstvertrauen eine besondere Bedeutung zu. Da sich diese Arbeit primär mit der Kunstwerkstatt und den dort umgesetzten Prinzipien befasst, wird diese an anderer Stelle ausführlich dargestellt.

Neben dem regulären Unterrichtsangebot existieren zahlreiche **außerunterrichtliche Aktivitäten** wie die Patientenzeitung Patz, jährlich stattfindende Projektstage, das

---

Spaßmixprojekt sowie die junge Galerie, auf die ich im Zusammenhang mit der Kunstwerkstatt im folgenden Kapitel noch zu sprechen komme.

### 3 Kunst und Kunsttherapie in der Krankenhausschule

In diesem Kapitel werde ich nun genauer auf die Kunstwerkstatt, wie RINNINSLAND den Kunstunterricht an der Wilhelm-Bläsig-Schule nennt, eingehen. Das Konzept dieses spezifischen, an kunsttherapeutischen Prinzipien orientierten Kunstunterrichtes wurde im Laufe der Jahre von JÖRG RINNINSLAND entwickelt, der als Sonderschullehrer seit 13 Jahren an der Wilhelm-Bläsig-Schule unterrichtet und gemeinsam mit der GHS-Lehrerin MIRIAM KOCH die Kunstwerkstatt, auch als Kunstangebot bezeichnet, betreut. Lange Jahre an der Kunsttherapie interessiert, begann er berufsbegleitend die Ausbildung zum Kunsttherapeuten am Institut für humanistische Kunsttherapie in Zürich bei BETTINA EGGER und schloss diese im Frühjahr 2002 ab. Die doppelte Qualifizierung als Sonderschullehrer und Kunsttherapeut spiegelt sich im Konzept der Kunstwerkstatt, das eine Art Synthese aus Kunstunterricht und Kunsttherapie darstellt, wieder.

In Kapitel 3.1 werde ich zunächst die Rahmenbedingungen sowie das Aufgabenfeld der Kunstwerkstatt beschreiben, bevor ich in Kapitel 3.2 auf das zugrunde liegende Konzept der drei Arten des Malens eingehe. Daran schließen sich neben didaktisch-methodischen Konsequenzen und Überlegungen zum konzeptionellen Hintergrund der Kunstwerkstatt (Kapitel 3.3) auch eine kritische Betrachtung einiger Teilaspekte der Kunstwerkstatt sowie ein Ausblick hinsichtlich des Stellenwertes und der Einordnung dieser Konzeption an.

In der Darstellung der Kunstwerkstatt beziehe ich mich einerseits auf die Beobachtungen, die ich während meiner zweiwöchigen Hospitation in Form einer teilnehmenden Beobachtung in der Kunstwerkstatt machte, als auch auf die zahlreichen offenen Gespräche, die ich in dieser Zeit mit JÖRG RINNINSLAND führte. Im Verlauf dieser Hospitation hatte ich zudem die Möglichkeit zur Teilnahme an einem von ihm geleiteten Workshop mit dem Titel „Über die drei Arten des Malens“, welcher im Rahmen der 2. Neuropädagogischen Tagung im Hegau-Jugendwerk am 12. und 13. April 2002 angeboten wurde. Die Präsentation zum konzeptionellen Hintergrund der Kunstwerkstatt, die im

Verlauf dieses Workshops stattfand, sowie die Veröffentlichungen im Rahmen der Schriftenreihe des Jugendwerkes und auf den Internetseiten des Hegau-Jugendwerks ergänzen meine persönlichen Beobachtungen und dienen der schriftlichen Fundierung dieser Darstellung. An dieser Stelle sei jedoch angemerkt, dass die älteren Texte (vgl. Kunst und Rehabilitation 1998b) eine Orientierung an den nicht-direktiven Verfahren der psychoanalytischen Kunsttherapie erkennen lassen, welche im aktuellen Konzept keinerlei Berücksichtigung mehr findet.

Radikale Auswirkungen dieses, aus der Ausbildung bei EGGER resultierenden theoretischen Umbruchs ergaben sich für die Umsetzungsprinzipien in der Kunstwerkstatt nicht. Da sich RINNINSLAND zuvor an den nichtdirektiven Verfahren der Psychoanalyse orientiert hatte und diese durchaus Parallelen zum Begleiteten Malen nach Egger aufweisen, erfuhren die Umsetzungsprinzipien lediglich geringfügige Änderungen sowie einen veränderten Stellenwert im Gesamtkonzept.

## **3.1 Die Kunstwerkstatt in der Krankenhausschule**

### **3.1.1 Rahmenbedingungen und Setting**

Die Kunstwerkstatt ist im Hauptgebäude der Wilhelm-Bläsig-Schule gelegen. Im Gegensatz zu den anderen Schulräumen, die sich hauptsächlich im ersten Stock des Gebäudes befinden, sind die Räume der Kunstwerkstatt im Erdgeschoss zu finden. Diese machen bereits durch das über ihrer Tür in großen farbigen Buchstaben geschriebene „Kunstwerkstatt“ auf sich aufmerksam. Die Kunstwerkstatt selbst besteht aus zwei kleinen, nicht spezifisch als Kunstwerkstätten eingerichteten Räumen, in denen vormittags Deutsch unterrichtet wird, während das Kunstangebot selbst nachmittags von Montag bis Donnerstag stattfindet. Das formale Unterrichtsprinzip der mit 22 Unterrichtsstunden angebotenen und dem Förderunterricht zuzurechnenden Kunstwerkstatt stellt die Einzelförderung dar. Diese findet im Rahmen von Kleingruppen von bis zu 7 Schülern statt, wobei Anzahl und Zusammensetzung der anwesenden Schüler stündlich, täglich

und wöchentlich variieren. Zurückführen lässt sich diese hohe Fluktuation auf die wöchentlich wechselnden individuellen Rehabilitationspläne, die seit einiger Zeit nur noch von einem Computerprogramm erstellt werden können.

Zu den Schülern der Kunstwerkstatt zählen hauptsächlich Rehabilitanden aus der allgemeinen, d.h. schulischen und beruflichen Rehabilitation, die weitgehend mobil sind. Für Rehabilitanden der Frührehabilitation und Frühmobilisation wird eine von der Kunstwerkstatt unabhängige und direkt vom Haus B organisierte Kunstgruppe angeboten.

Die Kunstwerkstatt stellt ein Angebot meist auf freiwilliger Basis dar, was die hier herrschende Atmosphäre positiv beeinflusst, da disziplinäre Schwierigkeiten so von vorne herein weitgehend ausgeschlossen sind. Die Anzahl der Stunden, welche die



*Bild 5: Blick in die Kunstwerkstatt*

Rehabilitanden wöchentlich in der Kunstwerkstatt verbringen, variiert in der Regel zwischen ein bis drei Schulstunden an maximal drei Tagen, in Ausnahmefällen können es jedoch auch mehr sein.

### **3.1.2 Das Konzept der Kunstwerkstatt:**

#### **Im Spannungsfeld von Kunstunterricht und Kunsttherapie**

Grundlage des im Rahmen der Kunstwerkstatt stattfindenden Kunstunterrichts stellt keinesfalls nur die Orientierung an curricularen und kunstdidaktischen Ansätzen dar. Zu nennen wäre hier beispielsweise der themenzentrierte, gegenstandsorientierte oder subjektzentrierte Kunstunterricht (vgl. Richter 1984, Kap. V.2), wie man ihn oft an Regelschulen findet. Diese zwar notwendigen Leit- und Richtlinien würden angesichts der spezifischen Schülerschaft im Hegau-Jugendwerk mit ihren vielfältigen individuellen

Problemen und Einschränkungen jedoch zu kurz greifen und reichen daher nicht aus, um die allgemeinen Ziele der schulischen Rehabilitation zu erfüllen (vgl. Kapitel 2.2.3).

So begründet RINNINSLAND den Einsatz kunsttherapeutischer Grundsätze und Verfahren auch aus der Bedeutung der Krankenhausschule für die Rehabilitation: Als schulisches Angebot stelle auch die Kunstwerkstatt einen Teil der Rehabilitationsbehandlung dar und sollte daher in ihren Angeboten „natürlich auch kunsttherapeutisch orientiert“ (RINNINSLAND 2002b, 1) sein.

Ebenso wie eine ausschließlich an schulischen Gesichtspunkten orientierte Konzeption wäre eine einzig an kunsttherapeutischen Gesichtspunkten ausgerichtete Grundhaltung in der Kunstwerkstatt fehl am Platz. Auch wenn eine reine Kunsttherapie im Kontext der Rehabilitation von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten gerade im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung und die Eröffnung neuer Perspektiven sicherlich sinnvoll wäre, wie zahlreiche Untersuchungen belegen (vgl. LIPPERT-GRÜNER/QUESTER 1996) würde dies dem schulischen Kontext der Kunstwerkstatt widersprechen.

Man könnte die Kunstwerkstatt folglich als eine Art Synthese aus schulischen und kunsttherapeutischen Mitteln, Grundsätzen, Aufgaben und Zielsetzungen betrachten.

Die Anforderungen, die sich aus diesem Spannungsfeld zwischen Kunstunterricht im klassischen Sinn und der kunsttherapeutischen Orientierung ergeben, werden in der folgenden Darstellung der drei Arten des Malens noch genauer umrissen.

### **3.1.3 Zum Kunstverständnis der Kunstwerkstatt**

An dieser Stelle soll das der Kunstwerkstatt zugrunde liegende Kunstverständnis Erwähnung finden, welches grundlegende Auswirkungen für den Umgang mit den Bildern der Rehabilitanden hat.

Einerseits leitet sich das Kunstverständnis aus der bereits erwähnten Subjektivität und Allgemeingültigkeit von Kunst (vgl. Kap. 1.1.1) angesichts der modernen Malerei ab, die die Unterteilung in ‚richtige‘ und ‚falsche‘ Kunst nicht länger gestattet und Kunst als Ansichtssache definiert. Des Weiteren liegt ihm aber auch der erweiterte Kunstbeg-



riff von JOSEPH BEUYS zugrunde, dem zufolge jeder Mensch ein Künstler sei. Maßgeblich für die Kunstwerkstatt ist hier die Äußerung von HEINER STACHELHAUS: „Wenn BEUYS sagt, daß jeder Mensch ein Künstler sei, dann meint er damit nicht, jeder Mensch sei ein Maler oder ein Bildhauer. Er meint vielmehr, daß jeder Mensch kreative Fähigkeiten besitze, die anerkannt und ausgebildet werden müssen“ (STACHELHAUS 1993, 78 nach THOMAS 1998,13).

### 3.1.4 Aufgaben der Kunstwerkstatt

Die vielfältigen Aufgaben, die die Kunstwerkstatt im Rahmen der Krankenhausschule übernimmt, lassen sich aus der allgemeinen Zielsetzung der Krankenhausschule, als auch aus den besonderen Möglichkeiten, die bildnerisches Gestalten eröffnet, ableiten. So umfasst der Aufgabenkomplex der Kunstwerkstatt

- **diagnostische Aspekte** (kognitiv, neuropsychologisch, motorisch, psychisch)
- **psychische Entlastung, Krankheitsverarbeitung**
- **Motivationsaufbau**
- **Kommunikationsunterstützung** (Aphasiker, Sprechpraktiker)
- **Trainingsaspekte** (kognitiv, neuropsychologisch, motorisch)
- **Wissensvermittlung** (Talentförderung, Rückkehr in den Kunstunterricht der Schule)

(vgl. RINNINSLAND, 2002a)

Die einzelnen Aufgaben und die daraus resultierenden Ziele werden in der folgenden Darstellung noch aufgegriffen und genauer umrissen.

Aus den jahrelangen Erfahrungen im Kunstunterricht mit den Rehabilitanden und den unterschiedlichen Zielsetzungen der Kunstwerkstatt heraus ergeben sich für RINNINSLAND drei idealtypische Arten des Malens in der Kunstwerkstatt. So unterscheidet er

- **Das ästhetische Malen oder möglichst eigenständige Gestalten mit einem möglichst ästhetischen Ergebnis**

- **das therapeutische Malen oder möglichst offene Gestalten nach kunsttherapeutischen Grundsätzen**
- **das akademische oder lehrplanorientierte Gestalten.**

(vgl. RINNINSLAND 2002a)

Diese Differenzierung der Mal- und Gestaltungsweisen in der Kunstwerkstatt ist als Konsequenz der unterschiedlichen Voraussetzungen der Schüler hinsichtlich ihrer sozialen, motivationalen, motorischen und kognitiven Kompetenzen und der damit verbundenen individuellen Zielsetzungen anzusehen. Was nun genau unter diesen drei Arten des Malen zu verstehen ist, soll im Folgenden ausführlich dargestellt werden, da sich diese in ihren Techniken und Zielsetzungen stark unterscheidenden und sich teilweise sogar widersprechenden Gestaltungsweisen den wesentlichen Gedanken dieses Konzeptes und die Basis für weitere Überlegungen bilden.

## **3.2 Die drei Arten des Malens**

### **3.2.1 Das ästhetische Malen**

„Nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg“, so lautet die Maxime, mit der Rinninsland seinen Artikel „Kunst als Schlüssel für neue Erfolgsszuversicht“ (RINNINSLAND 2000b, 32) einleitet. Dieser Aphorismus soll darauf hinweisen, dass erste Erfolge wesentlich für das „Anstoßen einer positiv motivierenden Lern-Erfolgs-Spirale“ (RINNINSLAND 2000b, 32) sind, welcher besonders in sonderpädagogischen Kontexten eine erhebliche Bedeutung zukommt. Denn gerade hier mangelt es Kindern und Jugendlichen, die auf körperlicher, kognitiver und eventuell sozialer Ebene eingeschränkt sind, an motivierenden Erfolgserlebnissen, die zum Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes und damit zu einer tragfähigen, für stabile Lernerfolge notwendigen Lern- und Arbeitsmotivation unerlässlich sind (vgl. RINNINSLAND 2000b, 32).

Der angeführte Begriff des positiven Selbstkonzeptes ist für die Konzeption des ästhetischen Malens von grundlegender Bedeutung. Daher werde ich an dieser Stelle zunächst darstellen, wie RINNINSLAND den Begriff des Selbstkonzeptes definiert und welche

Konsequenzen diese Definition seiner Ansicht nach für die Umsetzung in der Kunstwerkstatt und damit für das ästhetische Gestalten hat.

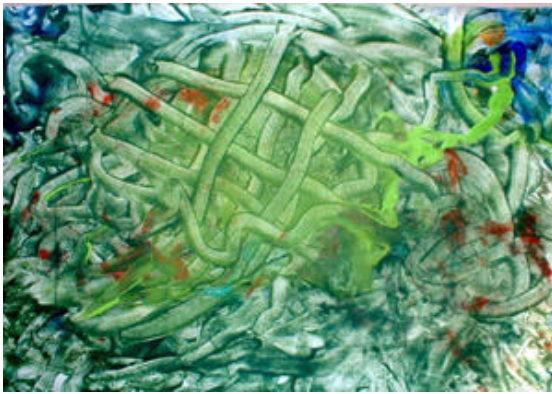
### **Das positive Selbstkonzept**

In der Psychologie existieren zahlreiche Ansätze, die sich mit der Definition und dem Entstehen des Selbstkonzeptes, des Selbst und der Identität befassen. Während der Begriff des Selbst auf JAMES (1890/1950) zurückgeht, wurde der Identitätsbegriff von ERIKSON eingeführt (vgl. OERTER/DREHER in OERTER/MONTADA 1995, 347). Das Selbstkonzept wird von OERTER und DREHER (1995) allgemein als Selbsterkenntnis und Selbstwahrnehmung für die eigene Identität und den „Sinn für das, was man ist bzw. was man sein will“ (OERTER/DREHER ebd.1995, 346) definiert und als Teil eines allgemeinen Identitätsbegriffes angesehen.

RINNINSLAND orientiert sich in seinem Begriffsverständnis an NEUBAUER (1976), der das Selbstkonzept als Sammelbegriff für eine Fülle von Konzepten bezeichnet, die ein Mensch bezüglich seiner eigenen Person hat, die sich gegenseitig mehr oder weniger bedingen und eine „kognitive Repräsentation der eigenen Person“ darstellen (NEUBAUER 1976, 36 nach RINNINSLAND 1998a, 32). Dieses Konzeptsystem beinhaltet Informationen aus allen Erfahrungsbereichen, die in Beziehung zur eigenen Person stehen. So gehören neben Informationen über den eigenen Körper, eigene Fähigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensweisen auch Kenntnisse über „die relative Wertschätzung jener Gegebenheiten innerhalb der individuell verfügbaren diversen Bezugssysteme“ (RINNINSLAND 1998a, 32), die unwillkürlich von der sozialen Umgebung übernommen werden. Selbstkonzept und Umweltkonzept bedingen sich folglich gegenseitig, allerdings integrieren sich die Bewertungen der eigenen Leistung nur dann in das Selbstkonzept, wenn sie von sozial relevanter Seite geäußert werden.

Verfügt jemand über ein positives Selbstkonzept, so erlebt er sich als autarker „Verursacher seines Handelns“ (RINNINSLAND 1998a, 32), der mit Misserfolgen umgehen kann und sich gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen der Umwelt gegenüber gewachsen sieht. Dabei ist sein Handeln am Erfolg orientiert, während jemand, der über ein negativ ausgerichtetes Selbstkonzept verfügt, sich selbst nur wenig zutraut und vor-

wiegend fremdbestimmt erlebt. Demzufolge wird er die Umwelt als übermächtig empfinden und ständig mit Misserfolgen rechnen (vgl. RINNINSLAND 1998a, 2).



*Bild 6: Kleisterbild eines 10-jährigen Jungen*

Betrachtet man in diesem Sinne die Situation von Kindern und Jugendlichen nach einem Schädel-Hirn-Trauma, so wird die Bedeutung eines „eingebrochenen und nicht mehr stimmigen Selbstkonzeptes“ (RINNINSLAND 2000b, 32) besonders deutlich. Oft sind die Folgen eines SHTs so schwerwiegend, dass an alte Lebensperspektiven und -inhalte, wie z.B.

die Wiedereingliederung in die alte Schule, nicht mehr zu denken ist. Durch den Verlust dieser Perspektiven und damit der gewohnten Normalität werden die Betroffenen mit Fragen nach dem Sinn ihres Lebens und damit auch ihrer Zukunft konfrontiert (vgl. LIPPERT-GRÜNER/QUESTER 1996, 4 nach RINNINSLAND 2000b, 32). Zusätzlich frustrierend wirken die Misserfolgerlebnisse in den verschiedenen Therapien, wenn beispielsweise nach anfänglichen raschen Fortschritten im Verlauf der weiteren Rehabilitation trotz intensiven Übens nur noch geringe Fortschritte erkennbar sind. Erschwerend kommt bei Kindern und Jugendlichen hinzu, dass sie zum Zeitpunkt des Traumas noch nicht über ein ausgebildetes stabiles Selbstkonzept verfügen. Gerade in der Pubertät, wenn sich die Frage stellt, wer man ist bzw. sein möchte und welchen Platz man in der Gesellschaft einnehmen will, zerstört ein Unfall jede schon gefundene Ordnung und Strukturierung der Chancen und Perspektiven (vgl. RINNINSLAND 2001b).

Die daraus resultierende Unsicherheit führt RINNINSLAND zufolge oft zu Tabuisierung und einem nicht Wahrnehmen dieser Themen, was sich wiederum in der „Abwehr von Leistungsanforderungen, unmotiviertem Teilnehmen an Therapien und Unterricht, Opposition bis hin zu destruktivem Verhalten und offener Provokation“ (RINNINSLAND 2000b, 32) äußern kann. Da eine stabile Motivationslage jedoch Grundvoraussetzung weiterer Rehabilitationserfolge ist, ist das Schaffen von positiven Erfolgserlebnissen für Kinder und Jugendliche nach einem SHT von elementarer Bedeutung und Dringlichkeit.

Dem STAATSIINSTITUT FÜR SCHULPÄDAGOGIK UND BILDUNGSFORSCHUNG IN MÜNCHEN zufolge kommt der Förderung von Kreativität in diesem Kontext hervorgehobene Bedeutung zu, da sie „die Voraussetzung für gesteigerte Motivation zum Lernen“ (1995, 63) schafft. Denn gerade im Kunstunterricht bietet sich die Möglichkeit, den Aufbau von Selbstbewusstsein und Erfolgszuversicht zu fördern bzw. durch erste gestalterische Erfolge in Gang zu setzen, was zum Teil aus der modernen Kunst und ihrem Kunstbegriff resultiert. Des Weiteren hat Kunst für viele Menschen auf Grund ihres musischen Charakters nichts mit dem Ernst des Lebens zu tun, weshalb ein ‚Versagen‘ vor den eigenen Ansprüchen“ (RINNINSLAND 2001b, 4) in diesem Bereich erträglicher und daher riskierbarer ist. Und schließlich soll künstlerisches Gestalten die Kreativität stimulieren, was sich auch in der kreativen Lebensführung widerspiegelt (vgl. RINNINSLAND 2001b, 4).

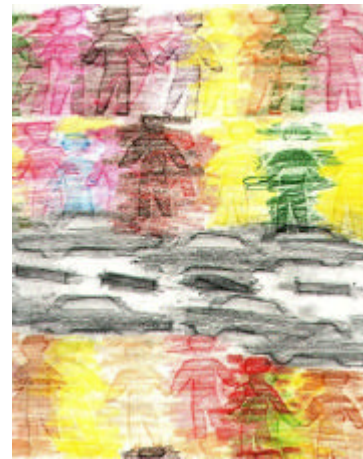
Resultierend aus diesen Voraussetzungen entstand das ästhetische Malen mit dem Ziel, mittels einfacher Techniken und Themen zu einem möglichst ästhetischen Ergebnis zu gelangen und damit zur psychischen Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen sowie zum Aufbau neuer Erfolgszuversicht beizutragen. Die Umsetzung erfolgt in der Kunstwerkstatt teilweise über den Einsatz bestimmter Techniken und Materialien, vor allem jedoch durch die Präsentation der von den Schülern gestalteten Bilder.

### **Wahl der Methoden und Verfahren**

RINNINSLAND stellt den Schülern Techniken und Themen zur Verfügung, mittels derer sie trotz vorhandener motorischer und/oder kognitiver Einschränkungen zu „einfache[n], aber akzeptable[n] und ästhetisch befriedigende[n] Gestaltungsergebnisse[n]“ (RINNINSLAND 1998a, 31) gelangen können. Durch diese ersten gestalterischen Erfolge sollen die Schüler zu weiteren Versuchen motiviert und so die oben beschriebene Lern-Erfolgs-Spirale in Gang gesetzt werden.

An Verfahren, die einfach anzuwenden sind und keine größeren Vorkenntnisse erfordern, sind beispielsweise aleatorische Verfahren wie z.B.

- **Tropfbilder**
- **Murmelmaler**
- **Spritztechniken**
- **Kleisterbilder (vgl. Bild 6)**
- **Schwammtechniken**
- **Frottagen (vgl. Bild 7)**
- **Monotypien**
- **Collagen**



*Bild 7: Frottage*

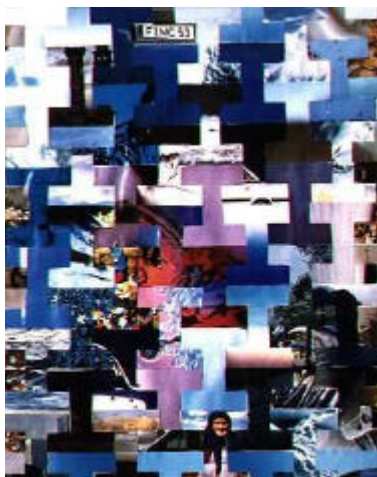
zu nennen. Große Bedeutung kommt dabei dem möglichst eigenständigen Gestalten zu: Dabei werden trotz der intendierten Umsetzung eigener Ideen jedoch immer wieder Hilfestellungen von Lehrerseite, sowohl auf inhaltlicher als auch formaler Ebene, notwendig. Sind Hilfestellungen unumgänglich, sollten diese dergestalt sein, dass ein Schüler trotzdem nach Fertigstellung seines Bildes das Gefühl hat, dass er selbst und nicht der Lehrer dieses Bild gestaltet hat.

Umgehen lässt sich diese Problematik, indem man den Schülern nur Vorschläge, und diese immer in Verbindung mit Alternativen, macht, so dass sie selbst die Entscheidung über die weitere Gestaltungsweise treffen. Zudem sollten Skizzen oder Vorschläge zur Verdeutlichung immer auf einem gesonderten Blatt und nie direkt im Bild des Schülers gemacht werden, da man ihn damit ein Stück weit seiner gestalterischen Freiheit berauben würde. Entscheidungen des Schülers sind zu akzeptieren, selbst wenn damit „aus Sicht des Lehrers ästhetisch positive Ansätze im Werk zunichte [ge]macht“ (RINNINSLAND 2000b, 36) oder Bilder ganz abgebrochen werden.

Sind Schüler beispielsweise auf Grund einer Spastik oder Ataxie motorisch so eingeschränkt, dass das Halten von Stift oder Pinsel oder kontrollierte Strichführungen nahezu unmöglich werden, so ist es die Aufgabe des Lehrers, sich dem Schüler als Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, indem er ihm die eigene Hand leiht (vgl. RINNINSLAND 2000b, 36).

Als problematisch erweist sich die Umsetzung jedoch beim Malen eines Bildes, da sich die bildlichen Vorstellungen der Schüler sprachlich nie genau so umsetzen lassen, wie es notwendig wäre, um die automatisch in das Bild einfließenden Vorstellungen und

Angewohnheiten des Hilfestellung gebenden Lehrers gänzlich auszuschließen. Zudem wird die Kommunikation durch die nach einem Schädel-Hirn-Trauma häufig anzutreffenden Sprach- und Sprechstörungen wie Aphasien oder Dysarthrien oft zusätzlich erschwert (vgl. RINNINSLAND 2000b, 36)



*Bild 8: Blaue Hundeknochen-collage*

Ein Verfahren, das sich in der Kunstwerkstatt bewährt hat, ist die Collage. Hier lassen sich konkrete Anweisungen in einfachen Worten oder über Gesten vermitteln, wodurch der Lehrer in die Lage versetzt wird, das Bild den Vorstellungen des Schülers entsprechend umzusetzen. Dem Schüler wird auf diese Weise ermöglicht, das Gelingen eines aussagekräftigen Bildes ganz auf sich selbst und seine Ideen zurückzuführen, auch wenn eine andere Person die notwendigen Tätigkeiten wie Kleben und Schneiden übernommen hat (vgl. RINNINSLAND 2000b, 36). Die Collage-Technik ermöglicht verschiedene Vorgehensweisen, welche sich in Aufwand und Einsatzfeld unterscheiden.

Ein besonders für die Arbeit mit motorisch und/oder kognitiv stärker beeinträchtigten Rehabilitanden geeignetes Collageverfahren ist das systematische Collagieren. Hier lassen sich die Hilfestellungen des Lehrers durch den Einsatz von Schablonen minimieren, da diese vom Schüler nur noch auf die auszuschneidende Stelle geschoben werden müssen. Gleichzeitig lassen sich mit dieser Technik eindrucksvolle und ansprechende Ergebnisse erzielen, wie Bild 8 verdeutlicht.

Die Streifentechnik stellt eine weitere Form der Collage dar: Anhand dieses Verfahrens lassen sich beachtliche Bilder herstellen, indem beispielsweise durch zuvor mittels aleatorischer Verfahren gestaltete Bilder in Streifen geschnitten und diese neu angeordnet werden. Eine recht anspruchsvolle Variante der Streifentechnik entsteht, wenn jedes Motiv in neunfacher Ausführung zur Verfügung steht, wie das Beispiel der Mona Lisa (vgl. Bild.9) verdeutlicht. Da diese Variante jedoch ein hohes Maß an Strukturiertheit erfordert, ist sie nicht für alle Rehabilitanden geeignet.

Möchte man als Lehrer den Schülern ästhetisch ansprechende und aussagekräftige Ergebnisse anhand des Collagierens ermöglichen, sind in der Unterrichtsvorbereitung einige zu beachtende Punkte unerlässlich:

So sollte genügend Material vorhanden sein, um den Schülern eine Auswahl nach ihren individuellen Interessen und Ideen zu ermöglichen. Das Material ist jedoch vom Lehrer beispielsweise nach Themen oder

Farben vorzustrukturieren. Dies hat zeitliche Gründe, dient jedoch zusätzlich der Erleichterung der Auswahl, um die Schüler nicht durch eine unüberschaubare Masse an Material zu überfordern.

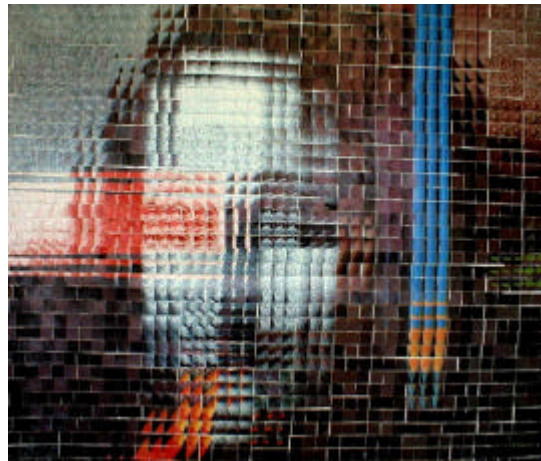


Bild 9: „Mona Lisa“.

### **Präsentationen**

Neben der Wahl der Verfahren und Materialien sowie dem Prinzip der Eigenständigkeit kommt im Konzept der Kunstwerkstatt der Präsentation der Kunstwerke ein hohes Maß an Bedeutung zu, da die Bewertungen der eigenen Leistungen wie erwähnt nur dann positiv erlebt werden, wenn sie von sozial relevanter Seite geäußert werden. Im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen in der Kunstwerkstatt sind dies vor allem die Eltern bzw. die Familie, alte Freunde sowie die Personen, die mit der aktuellen Lebenssituation verbunden sind wie Ärzte, Lehrer oder Mitpatienten. Das Wahrnehmen sowie die Anerkennung der Bilder durch diese Personengruppen stellen daher wesentliche Faktoren für die motivierende und psychisch stabilisierende Wirkung des Kunstangebotes dar. (vgl. RINNINSLAND1998a, 32). RINNINSLAND sieht in der Präsentation der Bilder eine Parallele zu dem der Projektmethode in der Reformpädagogik entlehnten Gedanken, dass die Anstrengungen der Schüler Auswirkungen auf ihre Lebenswirklichkeit haben sollten. Im Laufe der Zeit sind daher mehrere Möglichkeiten der Präsentation entstanden, die im Folgenden vorgestellt werden sollen.



### ? Geschenke für zu Hause

Soziale Relevanz haben für Kinder und Jugendliche wie erwähnt vor allem die Eltern bzw. die Familie, daher ist nicht verwunderlich, dass viele Rehabilitanden des Öfteren den Wunsch äußern, Bilder für ihre Eltern zu malen bzw. ihnen gelungene Werke zu schenken. So konnte



*Bild Frottage „Papa“*

ich während meines Aufenthalts in der Kunstwerkstatt miterleben, wie Bilder bereits mit der Intention entstanden, sie zu verschenken, andererseits aber ließ sich diese Absicht anhand von Widmungen auch in archivierten Bildern vermuten, wie beispielsweise das Bild einer 15jährigen Rehabilitandin (vgl. Bild 10).

### ? Die Treppenhaus-Galerie der Rehabilitanden

Neben der Familie bilden Ärzte, Lehrer, Therapeuten und Mitpatienten eine weitere relevante Bezugsgruppe für die Kinder und Jugendlichen in der neurologischen Rehabilitation des Hegau-Jugendwerks. Die *Treppenhausgalerie* bietet eine Möglichkeit, genau diesem Personenkreis die eigenen Werke und Bilder zu präsentieren. Angelegt ist sie in einem der größten Gebäude des Jugendwerks, in welchem sich neben dem Großteil der



Unterrichtsräume der Wilhelm-Bläsig-Schule auch die Arzträume befinden. Hier hängen in einem durch große Fenster hell und freundlich wirkenden Treppenhaus 21 schwarzgefasste Wechselrahmen mit dem Format 50\*70cm.

Die Bilder, die in der Kunstwerkstatt entstehen und hier ausgestellt

*Bild 11: Die Treppenhausgalerie*

werden, sind der persönliche Besitz der Rehabilitanden und als solcher nur Leihgaben. Die Rehabilitanden entscheiden selbst, ob und wie lange ihre Bilder in der *Treppenhaus-Galerie* ausgestellt werden sollen. Von Bedeutung ist neben der Frage nach der namentlichen Kennzeichnung der Bilder auch der Platz, an dem diese hängen sollen. Ein Großteil der Rehabilitanden möchte, dass ihre Bilder zwischen Erdgeschoss und erstem Stock ausgestellt werden, da sich dort die Unterrichtsräume befinden und so sichergestellt ist, dass Lehrer und Mitpatienten die Bilder auf ihrem Schulweg sehen. Einige bevorzugen jedoch eine Platzierung ihrer Bilder zwischen erstem und zweitem Stockwerk, auf dem sich die Arzträume befinden. Es lässt sich annehmen, dass auf diesem Wege der Wunsch, über ihre Werke positiven Einfluss auf die Personen nehmen zu wollen, die über Dauer und Ablauf des Rehabilitationsaufenthalts entscheiden, realisiert wird.

Einen Nachteil der *Treppenhausgalerie* stellt die Tatsache dar, dass Rollstuhlfahrer die Bilder nur von den Treppenabsätzen aus betrachten können. Auf Grund dessen werden die Bilder von Rehabilitanden, die im Rollstuhl sitzen oder am Rollator gehen, möglichst an diesen zugänglichen Plätzen aufgehängt, um sie so in die Lage zu versetzen, sowohl ihre Bilder als auch die Reaktionen der Betrachtenden zu sehen und zu erleben.

Im Kontext der *Treppenhaus-Galerie* wird dem Vorgang des Rahmens besondere Bedeutung beigemessen. Sowohl die verbesserte Wirkung eines gerahmten Bildes als auch der Akt des Rahmens an sich, der „eine Bekundung der Wertschätzung als solcher“ (RINNINSLAND 1998b, 37) darstellt, wirken sich positiv auf das Selbstwertgefühl aus (vgl. RINNINSLAND 2000b, 37; 1998b, 36f; 1998a,32).

### ? **Das *artcafe*, die Internet-Galerie der Rehabilitanden**

**[www.artcafe-hegau-jugendwerk.de](http://www.artcafe-hegau-jugendwerk.de)**

Eine weitere Möglichkeit der Präsentation und damit der Anerkennung der gestalteten Bilder von sozial relevanter Seite stellt die Internet-Galerie der Rehabilitanden, das so genannte *artcafe* dar. Ein virtueller Rundgang ermöglicht die Betrachtung von 30 in der Kunstwerkstatt entstandenen Kunstwerken. Das *artcafe*, seit Sommer 1999 Teil des Prä-

Präsentationskonzepts der Kunstwerkstatt, stellt eine „Verlängerung der Treppenhaus-Galerie der Rehabilitanden in ihre Heimatorte hinein“ (RINNINSLAND 2001b, 4) dar.

Das deutschlandweite Einzugsgebiet des Hegau-Jugendwerks macht die dauerhafte Anwesenheit der Eltern der Rehabilitanden und damit das Verfolgen der Fortschritte ihrer Kinder häufig unmöglich. Es bietet sich daher an, das Internet als Kommunikations- und Präsentationsmedium einzusetzen. Mit Hilfe einer Digitalkamera, mittels derer ohnehin sämtliche Bilder festgehalten und archiviert werden, lässt sich ein Kunstwerk direkt nach Fertigstellung ins Internet stellen und kann somit von Eltern, Mitschülern und Freunden im Heimatort betrachtet werden. Zudem beinhaltet das Medium Internet an sich bereits eine Anerkennung und Würdigung der eigenen Leistung: Die Tatsache, dass die ganze Welt das selbst gemalte Bild betrachten kann, stellt einen ungeheuren Motivationsfaktor dar, wobei nebensächlich ist, wie viele Internetnutzer die Seite wirklich besuchen. Es zählt allein die Tatsache, die selbst geschaffenen Werke den Menschen zugänglich zu machen, die den Rehabilitanden wichtig sind sowie deren positive Rückmeldung (vgl. RINNINSLAND 2001b, 5).

### **? Die *Galerie Trau-Dich* im Freizeithaus**

Das Freizeithaus, in dem sich die *Galerie Trau-Dich* untergebracht ist, stellt einen offenen Bereich zur Freizeitgestaltung von Rehabilitanden und ihren Angehörigen dar. Sozialpädagogen bieten hier Projekte wie Tanz, Theater oder Spiel sowie Werkangebote wie Seidenmalerei, Holzarbeiten u.a. auf freiwilliger Basis an. Gleichzeitig umfasst das Angebot die Möglichkeit zur Veranstaltung von Geburtstagspartys, Kickerturnieren und andere Aktivitäten und Feiern.

Im zentralen Raum des Freizeitbereiches befindet sich die *Galerie Trau-Dich*. Diese besteht aus fünf Wechselrahmen und ermöglicht den Rehabilitanden kleine Einzelausstellungen. Dieses Angebot ist vor allem für Rehabilitanden gedacht, die gerne und gut zeichnen und malen und sich dieser Tatsache durchaus bewusst sind, weshalb die *Treppenhaus-Galerie* für sie nur wenig Aufforderungscharakter hat. Die Perspektive, eine eigene kleine Ausstellung mit Vernissage zu organisieren, bildet einen höheren Anreiz und erfordert einiges an Mut. Die Auseinandersetzung mit der Gestaltung der Vernissage, die einen Schwerpunkt im Konzept der *Galerie Trau-Dich* darstellt, führt zur Ausei-

nersetzung mit der sozialen Umgebung und letztendlich zu einem „Zugewinn an sozialer Kompetenz und Selbstbewusstsein“ (RINNINSLAND 2000b, 38).

Zur Zeit sind in der *Galerie Trau-Dich* leider keine Ausstellungen möglich, da nicht genügend Sozialpädagogen vorhanden sind, um der Galerie und den anfallenden zeitlichen Anforderungen gerecht zu werden.

### Die PATZ

Die PATZ, wie die Patientenzeitschrift der Rehabilitanden im Hegau-Jugendwerk genannt wird, existiert seit 1996. Ins Leben gerufen wurde sie von einem interdisziplinären Mitarbeiterteam als Reaktion auf die zahlreichen Patientenzeitungen, die zuvor von einzelnen Rehabilitanden herausgegeben wurden. Auf Grund der hohen Fluktuation und der im kürzer werdenden Aufenthalte im Jugendwerk verschwanden diese Zeitungen meist wieder mit ihren Herausgebern, wenn diese entlassen wurden. Um eine kontinuierliche Patientenzeitschrift zu ermöglichen, übernahmen daher



Bild 12: Titelblatt der PATZ

Mitarbeiter unterschiedlichster Fachbereiche wie Sonderschullehrer, Therapeuten und Sozialpädagogen die logistischen Strukturen wie z.B. das Sammeln der Beiträge, die Vervielfältigung sowie die Verteilung der PATZ. Die Beiträge in Text und Bild stammen von den Rehabilitanden und entstehen in Freizeit sowie in Schule und Therapie. Das Themenspektrum reicht von Gedichten und Witzen über Ausflugsbeschreibungen bis zu der Wiedergabe persönlicher Eindrücke vom Jugendwerk oder der erlebten Unfälle. Die PATZ stellt somit ein „Kaleidoskop der Themen und Niveaus“ (RINNINSLAND 1998b, 38) dar, in welchem alle Beiträge und Leistungsniveaus gleichberechtigt sind und allein der Einsatz des Autors zählt. Sie ist gleichzeitig der „Versuch, die positiven Motivationsmechanismen, die sich im Kunstangebot gezeigt haben, auf andere therapeutische Bereiche und Schulangebote zu übertragen“ (RINNINSLAND 1998b, 38), da es auch im Deutschunterricht wesentlich motivierender ist, etwas in dem Bewusstsein zu schreiben, dass es veröffentlicht wird.

Mit einer Auflage von ca. 400 Stück erscheint die PATZ viermal im Jahr, jeweils etwa in einem Umfang von 20 Seiten. Damit ist sie groß genug, um eine, wenn auch eingeschränkte, Öffentlichkeit und vor allem die relevanten Bezugsgruppen der Rehabilitanden wie Mitpatienten, Ärzte oder Eltern zu erreichen. Der Erfolg, den eigenen Namen in der Zeitung zu lesen, sowie positive Feedbacks der Leser motivieren oft zu weiteren Anstrengungen und stabilisieren gleichzeitig das meist angeschlagene Selbstwertgefühl infolge des Bewusstseins der eigenen Leistung.

Ebenso wie die *Treppenhause Galerie* und das *artcafe* bildet also auch die PATZ eine „Verlängerung des Therapie- und Unterrichtsangebots nach außen“ (SCHRIFTENREIHE 11 2000, 73) und hat sich als solche etabliert.

### ? Projekte im Rahmen der Kunstwerkstatt

Ausgehend von der Kunstwerkstatt wurden bereits mehrere Projekte mit dem Ziel initiiert, einerseits die Routine und den Alltag des Jugendwerkes aufzubrechen und andererseits aus der relativen Abgeschlossenheit des Rehabilitationszentrums heraus einen Weg an die Öffentlichkeit und damit eine Anbindung an das „reale“ alltägliche Leben zu schaffen. In diesem Kontext sind u.a. die Aktionen *„die Tage der hundert Gesichter“* und *„Mein-Steine“* zu sehen.

#### *Die Tage der 100 Gesichter*

Im März 1999 fand im Hegau-Jugendwerk die Ausstellung *„Die Tage der 100 Gesichter“* statt. 14 Tage lang hingen an den Laternen auf dem Gelände des Jugendwerks 100 Bilder im DIN A1 Format, auf denen selbst gemalte oder geklebte Gesichter zu sehen waren. Ziel dieser Kunstaktion



Bild 13: *Die Tage der 100 Gesichter*

war es, durch die Präsentation von Kunst außerhalb der üblichen Räume wie den Galerien oder Foyers die alltägliche Routine zu durchbrechen und die gewohnten Wege von Rehabilitanden und Mitarbeitern

neu zu erleben bzw. beleben. Die Bilder entstanden im Rahmen der Kunstwerkstatt im Laufe von neun Monaten. Neben den Rehabilitanden in der Kunstwerkstatt waren auch die Mitarbeiter des Jugendwerkes aufgefordert, Bilder beizusteuern. Da jeder so malen konnte und sollte, wie er wollte, entstand eine Vielzahl an Techniken, Stimmungen und Botschaften, welche die Individualität und die Einzigartigkeit jedes einzelnen Malenden herausstellte, egal ob Rehabilitand oder „scheinbar Gesunder“. Infolge der Tatsache, dass die 100 ausgestellten Bilder namentlich nicht gekennzeichnet waren und sich die Bilder folglich nicht zuordnen ließen, boten diese verstärkt Anlass zum Nachdenken darüber „ob nicht alle Menschen irgendwo und irgendwie behindert sind – oder positiv formuliert, ob wir nicht alle unsere Fähigkeiten und starken Seiten haben“ ([http://www.artcafe-hegau-jugendwerk.de/Projekte/100\\_gesichter.htm](http://www.artcafe-hegau-jugendwerk.de/Projekte/100_gesichter.htm) Stand 16.06.02).

### **Die *Mein-Steine***

Die Mein-Steine waren Teil des "Jugend macht Kunst"- Projektes, welches die Gailinger Künstlerin und Kunsttherapeutin CHRISTINE GRIMM für die Landesgartenschau 2000 in Singen ins Leben rief. In der Kunstwerkstatt hatten die Rehabilitanden ab



*Bild 14: Mein-Steine*

Sommer 1999 die Möglichkeit, einen ca. handballgroßen Kieselstein ihren individuellen

Vorstellungen entsprechend zu gestalten, wenn sie an diesem Projekt teilhaben wollten. Doch auch zuvor wurde der Gegenstand ‚Steine bemalen‘ in der Kunstwerkstatt thematisiert, da Steine auf Grund ihrer Charakteristik – „Sie sind hart, trotzig und unerschütterlich über die Jahrtausende hinweg“ (RINNINSLAND 2001c, 1) und zugleich individuell in Form, Struktur und Oberfläche – Eigenschaften repräsentieren, die nach RINNINSLAND die Rehabilitanden in dieser Lebenssituation auch gerne besitzen würden. Zugleich bilden sie eine Analogie zu den im Hegau-Jugendwerk auf Grund ihrer persönlichen Lebensgeschichte bunt zusammen gewürfelten Persönlichkeiten (vgl. RINNINSLAND, Mein Steine 2001). Diese Analogie von Steinen und Patienten wurde im *Mein-Stein*-Projekt aufgegriffen, in dem jeder Stein die Funktion einer Visitenkarte eines Patienten übernehmen sollte, um dessen Platz in einem übergeordneten Gefüge zu



symbolisieren. Im Laufe von 8 Monaten entstanden in der Kunstwerkstatt über 120 Steine, wobei sich die hohe Identifikation der Schüler mit den Steinen sowohl in dem Einsatz an Mühe und Zeit, den sie in das Bemalen der Steine investierten, als auch in der häufigen Frage „Wo ist mein Stein?“ widerspiegelte und sich automatisch in der Namensgebung der *Mein-Steine* auswirkte.

Nachdem im Frühjahr 2000 die *Mein-Steine* in Form einer Spirale als Symbol eines organischen, nie abgeschlossenen Wachstums auf dem Gelände der Gartenschau installiert wurden, bot sich in einer Aktion Besucher-Kindern die Möglichkeit, ebenfalls *Mein-Steine* zu bemalen und der Spirale hinzuzufügen, um somit den Gedanken einer von kranken und gesunden Kindern geschaffenen, weiter wachsenden Ganzheit, zu symbolisieren.

Mittlerweile sind die *Mein-Steine* ins Hegau-Jugendwerk zurückgekehrt und liegen meist in einem dafür angelegten Quadrat vor den Fenstern der Kunstwerkstatt. Während meines Aufenthaltes jedoch hatten sie das Quadrat verlassen und lagen für 14 Tage als Linie im Gelände (vgl. Bild 15), was von Mitarbeitern und Rehabilitanden anerkennend wahrgenommen und kommentiert wurde. Dieser Ausflug sowie die Tatsache, dass auch weiterhin Steine hinzukommen werden, erhält die *Mein-Steine* als ein sich veränderndes Gefüge am Leben.



Bild 15: Die *Mein-Steine* auf dem Gelände des Hegau-Jugendwerks

### ? Die *junge Galerie*

1996 wurde von JÖRG RINNINSLAND im Foyer des Verwaltungsgebäudes die *junge Galerie* ins Leben gerufen. Die hier zur Verfügung stehenden 50m Wand werden genutzt, um jährlich vier jungen engagierten Künstlern der Region eine Ausstellung ihrer Bilder ohne finanziellen Aufwand zu ermöglichen.

Die Präsentation des Schaffens aktueller Künstler im Hegau-Jugendwerk neben der Kunst der Rehabilitanden strebt die Auseinandersetzung mit der zeitgenössischen Kunst an und ist pädagogisch und therapeutisch motiviert.

Da die Vernissagen in der *jungen Galerie* gut besucht sind und in der lokalen Presse erwähnt werden, stellen sie eine Verbindung des in sich relativ abgeschlossenen Rehabilitationszentrums zur Öffentlichkeit und damit zur Außenwelt dar. Dies wirkt sich positiv auf die Atmosphäre der Einrichtung, als auch auf die Rezeption und das Bild der Einrichtung in der Öffentlichkeit aus. Die Vernissagen werden zeitlich meist so gelegt, dass möglichst viele Rehabilitanden daran teilnehmen können und werden in ihrem Ablauf so geplant, dass sie sowohl dem kunstinteressierten Publikum von außerhalb als auch den Rehabilitanden mit ihren spezifischen Schwierigkeiten gerecht werden. Dieses Teilnehmen an sozialen Ereignissen, die tags darauf in der Zeitung zu lesen sind, wirkt auf die Rehabilitanden meist aufbauend und motivierend, da sie so ein Stück weit wieder mit dem ‚richtigen‘ Leben in Berührung kommen.

Ein weiterer therapeutischer Aspekt liegt RINNINSLAND zufolge „in den Möglichkeiten, die die Rezeption aktueller Kunst für die Auseinandersetzung mit eigenen Lebensfragen bietet“ (RINNINSLAND 1998a, 33). Die Begegnung mit den „bildhafte[n] Auseinandersetzungen mit der Welt und ihren Facetten“ (RINNINSLAND 1998a, 33) gleichaltriger Künstler kann bei den Rehabilitanden zu Denkanstößen und neuen Sichtweisen führen und ihnen möglicherweise neue Perspektiven eröffnen, da immer wieder Bilder darunter sind, welche allgemeine Lebensfragen thematisieren und zum Ausdruck bringen.

In der Konzeption der *jungen Galerie* wird eine Anlehnung an der *rezeptiven Kunsttherapie* (vgl. Kap. 1.1.4) klar erkennbar, so orientiert sich Rinninsland beispielsweise an der auf Ott zurückgehenden qualitativen Unterscheidung der Ausstellungsorte. Der Ausstellungsraum der *jungen Galerie*, das Foyer des Verwaltungsgebäudes, ist vom Speisesaal aus leicht zu erreichen, der Besuch und damit die Auseinandersetzung mit dieser Form der Kunst ist jedoch nicht so unumgänglich wie bei der *Treppenhausgalerie*. Die *junge Galerie* ist vielmehr nur als Angebot an die Rehabilitanden gedacht, die Entscheidung, ob und in welcher Form sie dieses Angebot nutzen, bleibt jedem Rehabilitand selbst überlassen.



### 3.2.2 Das therapeutische Malen

Eine weitere Art des Malens in der Kunstwerkstatt stellt das möglichst offene Gestalten nach kunsttherapeutischen Grundsätzen mit dem Ziel der Selbstreflexion bzw. der Traumaverarbeitung dar. Das Gestalten soll den Rehabilitanden ermöglichen, sich selbst und ihren Gefühlen, Befindlichkeiten und Problemen näher zu kommen. Wie oben bereits im



Bild 16: „Die Wunde“

Zusammenhang des ästhetischen Gestaltens und des positiven Selbstkonzeptes angesprochen wurde, sind Schädel-Hirn-Traumata wie JÖRG RINNINSLAND es formuliert, „mit ihren vielfältigen und tiefgreifenden Auswirkungen schwere Daseinskrisen“ (RINNINSLAND 2001b, 4), welche nicht nur körperlich, sondern auch psychisch verarbeitet werden müssen. Bestimmende Gefühle während des langen Rehabilitationsverlaufes sind neben der Ambivalenz von Hoffen auf einen wesentlichen Fortschritt und Hoffungslosigkeit in den Phasen, in denen kaum Erfolge sichtbar sind, die Ungewissheit der aus dem möglichen Verlust alter Zukunftsperspektiven resultierenden ‚neuen‘ Zukunft, um nur einige zu nennen. Dies kann sich in Trotz, Angst oder Unbekümmertheit angesichts einer ungewissen Zukunft äußern, oder sich in Tabuisierung und „Auslagerung“ ins Unbewusste manifestieren (vgl. RINNINSLAND 2001b, 4).

Die dem *Begleiteten Malen* nach BETTINA EGGER verwandte Form des therapeutischen Malens in der Kunstwerkstatt soll nun näher ausgeführt werden. Um jedoch längere, sich aus der Nähe der Konzepte zwingend ergebende Wiederholungen zu vermeiden, sollen sowohl die Gemeinsamkeiten als auch die bestehenden Unterschiede der Konzeptionen unter Voraussetzung der in Kapitel 1.1.5 ausführlich dargestellten spezifischen Begrifflichkeiten erläutert werden.

#### **Die Kunstwerkstatt als Schonraum/Malprozess statt Bildorientierung**

Ausgehend von dem von ARNO STERN entwickelten und von EGGER übernommenen Malort, stellt die Kunstwerkstatt einen Freiraum dar, in dem jeder Malende sein eigenes

Tempo gehen darf, um seinen individuellen gestalterischen Ausdruck und damit sich selbst durch das Malen zu finden. Das Malen in der Kunstwerkstatt entspricht somit dem Grundsatz des Begleiteten Malens, demzufolge selbstbestimmtes Gestalten als „Akt der psychischen Selbstorganisation bzw. Reorganisation“ (RINNINSLAND 2000a, 2) aufgefasst wird.

Der hier geschaffene Schonraum soll den Rehabilitanden die Gelegenheit zur Entspannung und Ablenkung bieten, ihnen jedoch ebenso ein ihren individuellen Bedürfnissen entsprechendes Arbeiten ermöglichen. Kennzeichnend ist die entspannte, aus der Abwesenheit von Zwängen und Leistungsbewertungen resultierende Atmosphäre, die in der Kunstwerkstatt spürbar ist. Da im Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses anstatt des fertigen Bildproduktes der Gestaltungsprozess sowie die Auseinandersetzung mit dem Bild stehen, können sich die Rehabilitanden Zeit lassen und die Kunstwerkstatt auch ohne Ergebnis verlassen. Für viele Rehabilitanden ist diese Erfahrung neu, da sie sich an dem ihnen bekannten schulischen Verständnis von Kunst orientieren und mit der Haltung in die Kunstwerkstatt kommen, dass Kunst gekonnt und schön sein zu sein hat. Die Vermittlung des hier zugrunde liegenden Kunstverständnisses (vgl. Kapitel 3.1) bietet den Schülern jedoch die Möglichkeit, sich von den alten, möglicherweise die Kreativität beeinträchtigenden und blockierenden Vorstellungen zu lösen. Und mit dem Wissen, dass sie die hier entstehenden Bilder nicht für Dritte malen, entfällt der Druck, etwas „Schönes“ schaffen zu müssen. Dies und die Tatsache, dass die entstehenden Bilder weder gewertet noch interpretiert werden, ermöglicht die Konzentration auf sich selbst und den Malprozess. Hier wird bereits die Diskrepanz zwischen den Prinzipien des ästhetischen und des therapeutischen Malens, besonders hinsichtlich des Ausstellens bzw. „Beschützens“ der Bilder, spürbar. Diese Gegensätzlichkeit der postulierten Gestaltungsweisen stellt einen zentralen Punkt im Konzept der Kunstwerkstatt dar und wird daher an gesonderter Stelle genauer aufgegriffen. Ebenso die sich daraus ableitende Frage, ob sich die drei Malweisen, die offensichtlich sehr unterschiedliche Verhaltensweisen und Reaktionen des Lehrers zur Entfaltung ihrer intendierten Wirkung erfordern, im Alltag der Kunstwerkstatt wirklich erkennen und differenzieren lassen.



*Bild 17: Bild eines 15jährigen Rehabilitanden*

Die Bedeutung des Schonraums Kunstwerkstatt wird am Beispiel eines Jungen deutlich, der im gesamten Verlauf seiner viermonatigen Rehabilitation zweimal wöchentlich in die Kunstwerkstatt kam und dort stets an einem einzigen Bild arbeitete (vgl. Bild 17). Der Junge, der sowohl motorisch als auch allgemein in seinem Denken, Planen und Reagieren

verlangsamt war, wirkte RINNINSLAND zufolge immer gestresst und erschöpft, da das Mithalten und Durchhalten der Therapien und des Alltags ihn sehr viel Kraft und Energie kosteten. Während der Arbeit an seinem Bild, an dem er konzentriert und so vertieft arbeitete, dass er alles um sich herum vergaß und welches pro Stunde nur um wenige Farbflächen wuchs, wirkte er jedoch entspannt und gelöst. Das Malen ermöglichte ihm sein eigenes Tempo und eine Art „Auszeit im täglichen Kampf ums Mitkommen“ (RINNINSLAND 2000a). Hier wird außerdem die Bedeutung der „Aufmerksamkeit für das Bild und die Hingabe ans Malen, ans Auftragen der Farbe auf Papier“ (EGGER 1997, 200), die wie bereits in Kap. 1.1.5 ausgeführt einen zentralen Gedanken im Konzept des Begleiteten Malens und auch in der Umsetzung in der Kunstwerkstatt darstellen, deutlich.

Im Unterschied zum Begleiteten Malen nach EGGER sind die Räume der Kunstwerkstatt jedoch nicht wie ein Atelier eingerichtet. Dies ist auf Grund der räumlichen, strukturellen und individuellen Voraussetzungen nicht möglich und würde zudem die anderen Formen des Malens und Gestaltens in der Kunstwerkstatt beeinträchtigen. Die wesentlichen Prinzipien des Malortes gelten jedoch auch in der Kunstwerkstatt, wie z.B.

- das Bemalen der ganzen Bildfläche (allgemein gültig)
- das Malen jedes Einzelnen für sich selber (allgemein gültig)
- das Ringen um jedes Bild (allgemein gültig)
- das Ausbleiben von Lob und Kritik, als auch von Fragen zu den Bildern der Anderen (gültig für das therapeutische Malen)

- das Verbleiben der Bilder in der Kunstwerkstatt, um sie nicht außerhalb des Schonraumes Interpretationen oder Bewertungen auszusetzen (gültig für das therapeutische Malen)

(vgl. RINNINSLAND 2002a)

Ein letzter, zur entspannten Atmosphäre beitragender Faktor sei hier genannt: der Einsatz von Musik im Rahmen des Kunstangebotes. Sind alle Anwesenden einverstanden, so läuft manchmal im Hintergrund das Radio sowie von den Rehabilitanden selbst mitgebrachte Musik. Die daraus resultierende entspannte und gemütliche Atmosphäre, wirkt sich positiv das Wohlbefinden der Rehabilitanden aus und erleichtert ein in Gedanken versunkenes und intensives Arbeiten, was sich durchaus in einer gesteigerten Ausdauer und Konzentration bemerkbar macht. Zudem fühlen sich RINNINSLAND zufolge manche Rehabilitanden weniger beobachtet, wenn Musik im Hintergrund läuft. Er führt die Tatsache, dass sie sich dann dem Blick des Lehrers weniger ausgesetzt fühlen als in ruhiger Atmosphäre auf Grund von Äußerungen einiger Rehabilitanden auf ihre schulischen Vorerfahrungen zurück.

### **Die Rolle des Lehrers/Malleiters**

Neben der Bedeutung des Malprozesses sowie des Malortes als Schonraum hat JÖRG RINNINSLAND die Funktion des Malleiters aus dem Konzept des *Begleiteten Malens* übernommen. So nimmt der Lehrer in der Kunstwerkstatt die dienende Rolle des Malleiters als „im Hintergrund wirkender Begleiter der Schüler auf dem Weg zum gelungenen Kunstwerk“ (RINNINSLAND 2000b, 35) ein, wenn er mit tendenziell therapeutischer Zielsetzung mit den Rehabilitanden malt. Er ist nur da, wenn er gebraucht wird, stellt jedoch Materialien und Techniken zur Verfügung und „verwöhnt“ die Schüler durch seine dienende Haltung.

Maßgeblich für die Einstellung und Aufgabe des Lehrers/Therapeuten ist RINNINSLAND zufolge EGGERS Vergleich des Malleiters mit einer Hebamme, deren Aufgabe vor allem die Kenntnis vom Prozess ist:

*„Sie wissen, wann zu drücken und wie zu atmen, wo zu massieren ist, wie der Prozess erleichtert werden kann. Sie wissen, was man alles vorbereiten muss, wann es beendet ist und wie man das Kind empfängt und pflegt. Sie sind sich bewusst, dass*

*sie zwar für den Geburtsprozess hilfreich und angstvermindernd, aber nicht unerlässlich sind. Das gleiche gilt für das Bilderschaffen. Die Bildhebamme weiß, wie sie den Malraum vorbereiten muß und welches Material nötig ist. Sie kennt die Ängste und das Zögern der Malenden. Ihre Arbeit steht aber vorwiegend im Dienst der Bilder und der Malprozesse, nicht der Malenden“*

(EGGER 1997, 200).

Wie erwähnt werden die Bilder weder positiv noch negativ bewertet, dies gilt sowohl für andere Schüler als auch für den Lehrer/Therapeuten. Von Seiten der Schüler lässt sich dies nicht immer vermeiden, so sind oft Kommentare zu hören wie „Dein Bild ist aber gut“ etc., der Lehrer/Therapeut beschränkt sich jedoch darauf, dem Bild gegenüber eine wertfreie Haltung einzunehmen und seine Wertschätzung für den Schüler, seinen Malprozess und sein Bild durch seine dienende Haltung zu signalisieren. Im Gegensatz zu vielen kunsttherapeutischen Richtungen, in denen das Bild als Gesprächsanlass fungiert, vertritt RINNINSLAND die Ansicht, dass man den Schülern diese Gespräche nicht aufdrängen sollte. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Rehabilitanden reden, wenn sie das möchten, bietet er ihnen durch beiläufiges Nachfragen wie beispielsweise die während dem Aufräumen gestellte Frage, ob sie fertig sind, die Möglichkeiten zum Einlenken. Suchen die Rehabilitanden das Gespräch, so steht er ihnen selbstverständlich zu Verfügung, ansonsten dominiert aber der absolute Respekt vor dem Bild seine Haltung.



Bild 18: „Gesicht“

Trotz aller Wertfreiheit gibt es jedoch Bilder, die zu unwillkürlichen Interpretationen beim Betrachter führen, wie beispielsweise das Bild einer 18jährigen Rehabilitandin mit einem sich in Schüben entwickelnden inoperablem Tumor im Kleinhirnbereich verdeutlicht (vgl. Bild 18). Die psychischen Belastungen, denen die Abiturientin infolge ihrer Erkrankung ausgesetzt war, sind in diesem Bild durchaus spürbar, während sie in ihrem alltäglichen Verhalten und ihren Interaktionen jedoch immer offen und gut gelaunt erschien.

Angesichts so eines Bildes stellt sich automatisch die

Überlegung, ob man in der Case-Besprechung darauf zu sprechen kommen sollte. Die ‚Veröffentlichung‘ des Bildes in einer Besprechung mit Vertretern aller Therapiebereiche könnte jedoch dazu führen, dass die Rehabilitandin von anderer Seite auf das Bild angesprochen wird. Der Schonraum Kunstwerkstatt wäre dadurch zunichte gemacht, und es stellt sich die Frage, ob und inwieweit andere Malaktivitäten und das „In sich hinein sehen“ dadurch beeinflusst würden.

Während der Sichtung des Bildarchivs der Kunstwerkstatt, in welchem alle in der Kunstwerkstatt entstandenen Bilder mittels Digitalkamera dokumentiert werden, sind mir viele ebenso eindruckliche Bilder begegnet, die nicht einfach nur „schön“ waren, sondern bei denen ich mich unwillkürlich fragte, was wohl in den Malern vorgegangen sein mag. Meines Erachtens nach kann es durchaus sinnvoll sein, aus den Bildern vorsichtige Schlüsse zu ziehen, so lange man diese nur als Ansatzpunkte für das weitere didaktische und methodische Vorgehen und Verhalten gegenüber dem Rehabilitanden nimmt und dies keinerlei Auswirkung auf den Rehabilitanden und seine Ausdrucksweise hat.

### **3.2.3 Das akademische oder lehrplanorientierte Gestalten**

Neben den bisher beschriebenen Malweisen, deren Ziele im Bereich der Motivation und der Selbstreflexion zu sehen sind, hat die Kunstwerkstatt auch die Aufgabe und Funktion des schulischen Kunstunterrichts. In diesem Sinne orientiert sich der Unterricht an den Lehr- und Bildungsplänen der einzelnen Bundesländer mit dem Ziel, Anschluss an die schulischen Inhalte zu halten. Besondere Bedeutung kommt der akademischen, lehrplanorientierten Gestaltungsweise bei den Schülern zu, die den Hauptschulabschluss an der Krankenhausschule anstreben und Kunst als Prüfungsfach wählen. Hier bilden Benotung und Vorbereitung auf die Prüfung wesentliche Elemente des Unterrichts.

Klassische Inhalte, die hier im Sinne eines schulisch orientierten Kunstunterrichts zum Tragen kommen, sind z.B.

- Materialerkundung
- Perspektive
- Farbenlehre
- Stilrichtungen nachempfinden  
(vgl. Bild 20)
- der Blick aus dem Fenster  
(vgl. Bild 19)



Bild 19: „Kinderhaus“

Neben der Lehrplanorientierung und dem „Kunstunterricht im schulischen Sinne“ hat das akademische Gestalten eine weitere Funktion:

So gibt es immer wieder Rehabilitanden, die die Schule bereits abgeschlossen haben und bei denen die Möglichkeiten des Kunstangebotes im Sinne des ästhetischen oder therapeutischen Malens im Gesamtkonzept der Rehabilitation nicht vorrangig sind (vgl. RINNINSLAND 1998b, 34), die aber eine außergewöhnliche Begabung zeigen oder in deren Leben Kunst eine große Rolle spielt. Auf ihren Wunsch hin können sie ebenfalls am Kunstangebot teilnehmen, welches hier die Funktion der Wissens- und Handwerksvermittlung sowie der Talentförderung übernimmt. Die inhaltlichen Schwerpunkte setzen die Rehabilitanden selbst, so werden beispielsweise oft neue Verfahren oder Techniken ausprobiert, individuelle Spezialthemen gewählt oder auch kunsttheoretische Exkurse gemacht.

So befasste sich beispielsweise während meines Aufenthalts ein junge Frau mit dem Nachempfinden von Stilrichtungen, um sich im Anschluss an die Rehabilitation mit ihrer Mappe für einen künstlerisch orientierten Studiengang zu bewerben, wie sie das vor ihrem Unfall bereits versucht hatte.

RINNINSLAND misst diesem auf Talentförderung basierendem akademischen Malen die Chance bei, den Rehabilitanden so das Gefühl geben zu können, dass ihre persönlichen Interessen im Verlauf der langen Rehabilitati-



Bild 20: „van-Gogh-Kopie“



on nicht zu kurz kommen, und ihnen so den Aufenthalt zu erleichtern (vgl. RINNINS-LAND 1998b, 34).

Neben den Aufgaben und Zielen der Kunstwerkstatt, die im Rahmen der drei Arten des Malens Erwähnung fanden, (psychische Entlastung, Krankheitsverarbeitung Motivationsaufbau, Wissensvermittlung) sollen hier auch die übrigen Aufgaben, also die diagnostischen, kommunikativen sowie die Trainingsaspekte, die sich nicht speziell auf eine Art des Malen beziehen, kurz erläutert werden.

### **diagnostische Aspekte**

In einer Studie über Erwartungen, die an Lehrer der Schule für Kranke gestellt werden, führt ANSELM-SEYDLER (1988) unter anderem auch die Aufgabe „Hilfe des Lehrers bei Diagnose/Therapie durch Hinweise, die er im Unterricht erhält“ (ANSELM-SEYDLER 1988, 37 nach STAATSINSTITUT FÜR SCHULPÄDAGOGIK UND BILDUNGSFORSCHUNG MÜNCHEN 1995, 49) an. Dies gilt natürlich auch für die Lehrer der Kunstwerkstatt, und gerade hier lassen sich sowohl kognitive, psychische und neuropsychologische, als auch die motorischen Fertigkeiten und Probleme der Rehabilitanden beobachten. So werden beispielsweise Störungen des Gesichtsfeldes und der visuellen Wahrnehmung im Bereich des bildnerischen Gestaltens besonders deutlich, wenn z.B. eine Seite des Blattes bzw. einer Vorlage unbeachtet bleibt.

### **Trainingsaspekte**

Neben der Diagnostik und damit der Feststellung der Fertigkeiten bzw. Beeinträchtigungen der Schüler bietet die Kunstwerkstatt auch den Rahmen zum Training dieser Fertigkeiten. Beim Malen und Gestalten trainieren die Rehabilitanden automatisch ihre motorischen Fertigkeiten auch aus der Motivation heraus, etwas selbstständig schaffen zu wollen. Ermöglicht man diese Selbstständigkeit beispielsweise durch entsprechende Hilfsmittel wie Linkshänderschere, rutschfeste Unterlagen, schwere Lineale etc. oder durch die räumliche Anordnung der Gegenstände auf dem Tisch, so lassen sich gleich-



zeitig motivationale und motorische Kompetenzen fördern (vgl. RINNINSLAND 1998b, 32f).

Aber auch auf der kognitiven und neuropsychologischen Ebene werden in der Kunstwerkstatt Fertigkeiten trainiert und neue Strategien eingeübt, ohne dass dieses Üben im Vordergrund des Handelns steht. Das künstlerische Gestalten erfordert immer auch Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen wie beispielsweise das Planen, Strukturieren und Systematisieren von Arbeitsschritten, sowie Wahrnehmungsleistungen wie z.B. das räumliche Sehen. Durch das künstlerische Gestalten wird somit die indirekte Förderung dieser Kompetenzen ermöglicht.

### **Kommunikationsunterstützung**

Die Bedeutung des künstlerischen Gestaltens für den Ausdruck innerer Befindlichkeiten wurde bereits am Beispiel des therapeutischen Malens deutlich. Des Weiteren sind aber auch die kommunikativen Möglichkeiten zu nennen, die sich für Rehabilitanden mit schweren Sprech- und Sprachstörungen, die recht häufig in der Kunstwerkstatt anzutreffen sind, ergeben. Denn gerade bei Kommunikationsbeeinträchtigungen infolge ausgeprägter Dysphasien, Dysarthrien oder Sprechapraxien klaffen Sprache und Sprechen einerseits sowie die intellektuellen Leistungen andererseits manchmal weit auseinander. Infolge dieser Diskrepanz zwischen Intellekt und Sprache können verbale Kommunikationsversuche frustrierend und demotivierend wirken, da die Rehabilitanden oft nicht oder nur unzureichend ausdrücken können, was sie können, wissen und denken (vgl. RINNINSLAND 1998b, 14). Bildnerisches Gestalten als nonverbale Ausdrucksmöglichkeit kann wesentlich dazu beitragen, Kommunikation zu ermöglichen. Auch BARBARA WICHELHAUS weist auf die Bedeutung des bildnerischen Ausdrucks als „wichtige zusätzliche (manchmal auch nur einzige) Möglichkeit der Kommunikation und Interaktion“ (WICHELHAUS 1996, 12) hin. In diesem Zusammenhang möchte ich nochmals auf das Verfahren der Collage verweisen, das nicht nur ästhetische, sondern auch äußerst aussagekräftige Gestaltungen zulässt, gerade wenn neben sprachlichen auch motorische Beeinträchtigungen vorhanden sind.

### **3.3 Didaktisch-methodische Überlegungen zur Kunstwerkstatt**

Bevor ich nun auf die Überlegungen, zu denen die drei Arten des Malens anregen, näher eingehe, möchte ich kurz auf die in der Kunstwerkstatt verwendeten Materialien und Verfahren zu sprechen kommen, da sie meines Erachtens einen wesentlichen Beitrag zu der Umsetzung des Konzeptes leisten.

#### **3.3.1 Zur Wahl der Materialien und Verfahren**

Wie im Verlauf der bisherigen Darstellung deutlich wurde, kommen in der Kunstwerkstatt nur Verfahren und Materialien zum Einsatz, die der bildlichen Darstellung dienen. Dies hat weniger mit der Definition von Kunsttherapie als mit bildlichen Mitteln arbeitende Therapieform zu tun, als vielmehr mit den Kompetenzbereichen der unterschiedlichen Therapien im Jugendwerk. So bleibt die Arbeit mit Ton und weiteren plastischen Materialien, obwohl im Bildungsplan verankert (vgl. BILDUNGSPLAN DER HAUPTSCHULE 1994, BK: Arbeitsbereich 5: Plastik), der Ergotherapie und Beschäftigungstherapie vorbehalten.

In der Beschreibung der drei Arten des Malens wurden bereits einige Verfahren und Techniken, die in der Kunstwerkstatt zum Einsatz kommen, aufgeführt und dargelegt, wie zum Beispiel die Collage. Diese Beschreibungen haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollen auch an dieser Stelle nicht aufgeführt werden, dazu gibt es einerseits zu viele verschiedene Methoden und Variationsmöglichkeiten, andererseits würde es am wesentlichen Kern dieser Arbeit vorbeiführen. Vielmehr möchte ich an dieser Stelle einen Aspekt der Materialwahl nennen:

Eines der wesentlichen Prinzipien in der Kunstwerkstatt wie auch im Unterricht der gesamten Krankenhausschule ist das Prinzip der Flexibilität, die notwendig ist, um angemessen auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen der Schüler eingehen zu können (vgl. RINNINSLAND 1998b, 23ff). In der Kunstwerkstatt äußert sich diese notwendige Flexibilität darin, dass sich der Lehrer auf die spontanen Ideen und Meinungsänderungen ein-

lassen können und dazu über die zur Umsetzung dieser Ideen notwendigen Materialien verfügen muss. Um dies zu gewährleisten, sollten die Materialien möglichst anspruchslos und alltäglich sein. Dadurch wird der spontane und schnelle Einsatz möglich, und dies auch unabhängig vom Raum. Des Weiteren sollte eine Vielfalt an Materialien vorhanden sein, jedoch lieber innerhalb einer Materialform als an vielen unterschiedlichen Verfahren, um eine möglichst große Auswahl eines Mediums zu haben. „Schöpfen aus einem Überfluss heraus erleichtert kreative Gestaltungsprozesse, die, getragen von den Impulsen des Materials, sich im Prozess selbst erst voll entwickeln“ (RINNINSLAND 1998b, 24).

### 3.3.2 Problemstellung

Aus der Darstellung der drei Arten des Malens in der Kunstwerkstatt ergeben sich einige Fragen für den Umgang mit diesen idealtypischen Gestaltungsweisen:

- Bei welchem Rehabilitanden sollte welche Art des Malens zum Einsatz kommen?
- Wann darf ich ein Bild ausstellen, wann nicht?
- Wann bewerte ich ein Bild, wann nicht?
- Wann darf ich in ein Bild inhaltlich oder technisch eingreifen und wann nicht?
- Wann steht das Prinzip der Selbstständigkeit im Vordergrund, wann ist die dienende Haltung des Malbegleiters angezeigt?
- Ist diese überhaupt mit dem Bildungs- und Erziehungsauftrag des Lehrers vereinbar?

Angesichts der gegenläufig orientierten Zielsetzungen der einzelnen Gestaltungsweisen und den damit verbundenen Konsequenzen für das Verhalten des Lehrers sowie dem Umgang mit den Bildern kann jede der in den Fragen aufgegriffenen Interventionen notwendig und richtig – oder aber grundlegend falsch sein. Der Lehrer ist in dieser Situation, die man auch als Spannungsfeld zwischen den Polen der drei Malweisen bezeich-

nen könnte, oft auf intuitive Entscheidungen angewiesen. Blicke es aber bei diesen intuitiven Entscheidungen, so hätte die Arbeit in der Kunstwerkstatt mit dem planenden Charakter von Unterricht nicht mehr viel gemein und müsste grundsätzlich in Frage gestellt werden. Auf Grund dessen ist hier die Reflexion der zuvor intuitiv getroffenen Entscheidungen zwingend notwendig um zu sehen, wo ein Schüler in seiner Entwicklung steht und so als Lehrer handlungsfähig zu bleiben. Trotz dieses Überdenkens des eigenen Handelns und Vorgehens bleibt jedoch die Frage, wie man in diesem relativ offenen Arbeitsfeld letztlich erkennt, ob ein Bild therapeutisch, ästhetisch oder akademisch gemalt wird? Lassen sich immer alle Bilder einer Art des Malens zuordnen?

Um in diesem offenen Tätigkeitsbereich handlungsfähig zu bleiben und angesichts der sich teilweise widersprechenden Konzepte „nicht ins Schwimmen zu kommen“, hat JÖRG RINNINSLAND das Modell der didaktischen Farben entwickelt. Dieses Modell soll im Folgenden dargestellt werden und dabei helfen, die hier aufgeworfenen Fragen zu klären.

### 3.3.3 Das Modell der didaktischen Farben

*„Die drei Malarten der Kunstwerkstatt sind Pole eines Kontinuums. Entstehende Bilder tragen immer alle drei Merkmale, aber jeweils mit unterschiedlicher Gewichtung der Anteile“*

(RINNINSLAND, Workshop zu den drei Arten des Malens, 2002).

Wie sich diesem Zitat entnehmen lässt, ist JÖRG RINNINSLAND der Ansicht, dass sich jedes in der Kunstwerkstatt entstandene Bild in eine der drei Arten des Gestaltens einordnen lässt. Jedes Bild trägt stets Merkmale aller drei Malweisen, d.h. es weist gleichzeitig Merkmale des ästhetischen, therapeutischen und akademischen Malens auf, allerdings mit unterschiedlicher Gewichtung. Denn auch

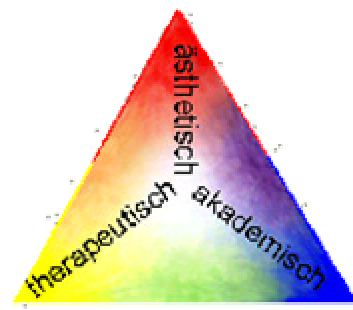


Bild 21: Das Modell der didaktischen Farben

ein akademisch gemaltes Bild kann natürlich ästhetisch wirken und durch seine Ausstellung motivierend auf den Künstler rückwirken, genauso wie beim Malen eines therapeutischen Bildes auch motorische oder handwerkliche Fertigkeiten geübt werden. Auf Grund dessen erweist sich die Zuordnung zu der in einem Bild dominierenden Gestaltungsrichtung oft als nicht einfach und eindeutig, hinsichtlich des Lehrerverhaltens ist sie jedoch unabdingbar.

Um nun diese Zuordnung und Einordnung eines Bildes zu einer der drei Gestaltungsweisen zu erleichtern, hat RINNINSLAND das **Modell der didaktischen Farben** entwickelt. In Analogie zum Farbkreis und den drei Grundfarben Rot, Gelb und Blau weist er jeder der drei Gestaltungsweisen der Kunstwerkstatt eine didaktische Farbe zu und ordnet diese in einem Farbdreieck an (vgl. Bild 21):

So bezeichnet er das ästhetische Gestalten als didaktisches Rot, das therapeutische Gestalten als didaktisches Gelb und das akademische Gestalten als didaktisches Blau. Jedes Bild lässt sich in dieses Farbdreieck einordnen und besitzt, je nach Anordnung anhand der jeweiligen Koordinaten, seine eigene „didaktische Farbe“ (vgl. Bild 22). Die Visualisierung

der drei Gestaltungsweisen mit Hilfe dieses Farbdreiecks und die damit verbundene Feststellung, wie hoch die jeweiligen Anteile ästhetischen, therapeutischen und akademischen Malens sind, soll die Einschätzung der Bilder und damit den Umgang mit ihnen und dem Schüler erleichtern. Je weiter beispielsweise ein Bild im gelben (therapeutischen) Bereich dieses Dreiecks liegt, desto wichtiger ist der Schonraum der Kunstwerkstatt ohne Bewertungen oder inhaltliche Einflussnahmen. Auch eine Ausstellung des Bildes wäre unangebracht, ganz im Gegensatz zu einem didaktisch roten (ästhetischen) Bild, bei dem es gerade auf ein schönes Ergebnis mit anschließender Ausstellung ankäme. Und je blauer (akademischer) ein Bild ist, desto eher sind Tipps und möglicherweise sogar inhaltliche oder technische Ratschläge erlaubt.

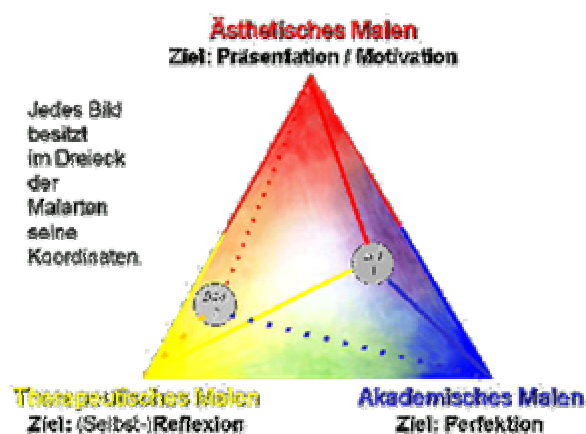


Bild 22: Einordnung einzelner Bilder in das Modell der didaktischen Farben

Die Farbanalogie eignet sich zur Darstellung dieses „Kontinuums“ besonders gut, da auf Grund der Mischfarben auch die zwischen den einzelnen Polen liegenden Bilder genau erfasst und visualisiert werden können. Hier wird jedoch eine Abgrenzung hinsichtlich der Bedeutung der gewählten Farben notwendig:

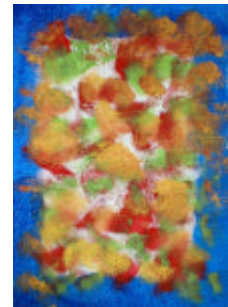
Die Wahl der Farben Rot, Gelb und Blau für die didaktischen Farben orientiert sich nicht an Verfahren und Konzepten, die Farben psychologische Bedeutung zuweisen und diese interpretieren, wie das beispielsweise die Psychoanalytikerin SUSAN BACH praktiziert. BACH sammelte und verglich in den 60er Jahren mehrere tausend Bilder von Patienten der Neurochirurgischen Universitätsklinik in Zürich und stellte für gewisse Bildinhalte sowie für Farben bestimmte Bedeutungsgehalte fest. ‚Hellgelb bedeutet Lebensgefahr‘ während beispielsweise schwarz für negative Energie und organisch verminderte Kraft steht (vgl. BACH 1966). Von diesen psychoanalytisch orientierten Konzepten ist das Modell der didaktischen Farben scharf abzugrenzen, da der Wahl der Farben hier keinerlei psychologischer Aussagewert zu kommt und daher auch keine Interpretationen in diese Richtung zulässt.

Sicherlich wird dem Lehrer die primäre Einschätzung der Bilder nach den Gesichtspunkten der drei Bereiche durch dieses Modell nicht abgenommen, schließlich ist er derjenige, der die Bilder anhand der von ihm selbst zugeordneten Koordinaten in das Modell einordnet. Aber die Visualisierung und damit die Projektion nach außen kann doch eine Erleichterung darstellen und besonders für die Wahrnehmung und Feststellung von Entwicklungsverläufen hilfreich sein: Ordnet man Bilder eines Schülers in chronologischer Reihenfolge nach ihrer Entstehung in diesem Modell an, so lässt sich nach RINNINSLAND der spezifische Entwicklungsverlauf ablesen.

Einen solchen Entwicklungsverlauf möchte ich nun am Beispiel einer Schülerin exemplarisch darstellen (vgl. RINNINSLAND 2002a):

Die hier beschriebene Schülerin, die kurz nach Erreichen des Realschulabschlusses an einer Encephalitis erkrankte, litt unter einer globalen Dysphasie sowie dyspraktischen Störungen. Weitere Beeinträchtigungen zeigte sie in den Bereichen der Merk- und Orientierungsfähigkeit, der Vigilanz sowie des Sozialverhaltens. Die Bilder, die sie während der ersten Zeit in der Kunstwerkstatt malte, lassen sich dem ästhetischen, also di-

daktisch roten Gestalten zuordnen (vgl. Bild 23). Im weiteren Verlauf der Rehabilitation verlagerte sich der Schwerpunkt der Bilder hin zum akademischen Malen, wie Bild 24 deutlich macht. Hier machte der Entwicklungsprozess jedoch nicht halt, vielmehr lassen sich die späten Bilder eher dem therapeutischen Malen beordnen.



*Bild 23:  
Schwammbild*

Diese in den Bildern erkennbare Verschiebung der Schwerpunkte, vom ästhetischen (didaktisch roten) Gestalten über das akademische (didaktisch blaue) Gestalten hin zum therapeutischen (didaktisch gelben) Gestalten, ist RINNINSLAND zufolge kein Einzelfall. Stattdessen ist dieser Entwicklungsverlauf, in dem die Bilder im oberen Teil des Modells beim ästhetischen Malen beginnend eine Drehung im Uhrzei-



*Bild 24: Bleistiftkopie „Nackte“*

gersinn beschreiben, häufiger festzustellen (vgl. RINNINSLAND 2002b, 7). Seltener seien dagegen Entwicklungen, die in entgegengesetzter Richtung verlaufen. Unterschiede hinsichtlich der Geschlossenheit der Verläufe seien ebenso zu beobachten wie beispielsweise die Extreme ausbleibender oder minimaler Entwicklungen.

An dieser Stelle stellt sich natürlich die Frage, ob diese Beobachtung eine allgemeingültige Erkenntnis darstellt oder rein zufällig ist. Wie erwähnt lassen sich solche Entwicklungsprozesse nicht bei allen in der Kunstwerkstatt malenden Rehabilitanden feststellen. Meiner Ansicht nach wäre es jedoch durchaus möglich, dass dieser Verlauf typisch ist und Aussagen über die Befindlichkeit und Entwicklung der Rehabilitanden zulässt. So sind die Rehabilitanden möglicherweise, wenn sie erstmals in die Kunstwerkstatt kommen, gerade in einer Phase der Rehabilitation, in der sie motorisch und/oder kognitiv noch sehr eingeschränkt sind und nicht viel Zutrauen zu sich als Person und ihren Fähigkeiten haben. Das ästhetische Gestalten kann dazu beitragen, ihnen neues Selbstvertrauen zu vermitteln und so die Grundlage für weitere Rehabilitationserfolge zu schaffen, die sich wiederum als Ausgangslage für das akademische Gestalten ansehen ließen. Mit dem akademischen Gestalten lässt sich möglicherweise die Hoffnung der Rehabili-

tanden verbinden, an alte Fähigkeiten, Ziele und Zukunftsperspektiven anzuschließen. Wenn im weiteren Rehabilitationsverlauf dann deutlich wird, dass manche Ziele nicht mehr erreicht werden können und eine neue Zukunftsperspektive notwendig wird, setzt die Rückbesinnung auf sich selbst und damit die Selbstreflexion ein, was sich dann im therapeutischen Malen und Gestalten manifestiert. Die Richtigkeit dieses Gedankengangs wäre jedoch noch zu überprüfen, möglicherweise auch hinsichtlich der Frage, ob sich zwischen den Gestaltungsweisen und den Stadien des Remissionsverlaufes nach GERSTENBRANDT (vgl. Kap.2.1.2) generelle Parallelen oder Abhängigkeiten feststellen lassen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieses Modell dem intendierten Ziel, dem Lehrer angesichts der Vielzahl an Rehabilitanden und Bildern im Spannungsfeld der drei Malarten ein Stück Handlungssicherheit und damit Handlungskompetenz zu vermitteln sowie Entwicklungsverläufe deutlich zu machen, meiner Ansicht nach durchaus gerecht wird. Schon das Einordnen der Bilder in das Farbdreieck zwingt zum Überdenken der didaktischen und methodischen Entscheidungen, da die mögliche Entwicklungsrichtung der Rehabilitanden deutlicher wird und sich der Lehrer so in seinem Handeln darauf ausrichten kann (vgl. RINNINSLAND 2002b, 8). Die sich daraus ergebende Handlungssicherheit überträgt sich nach RINNINSLAND auch positiv auf den Malenden, und „wenn dies auch der einzige wirkliche Nutzen dieses Modells wäre, so hätte es damit schon seine Daseinsberechtigung“ (RINNINSLAND 2002b, 8).

Anhand dieses Konzeptes lassen sich jedoch nicht alle in der Problemstellung angedeuteten Schwierigkeiten ausräumen. So steht beispielsweise immer noch die Frage nach der Vereinbarkeit der dienenden Haltung des Therapeuten beim therapeutischen Malen mit dem Erziehungs- und Bildungsauftrag eines Lehrers aus. Im folgenden Kapitel werden daher diese und weitere Fragen thematisiert, welche sich aus den Beobachtungen in der Kunstwerkstatt ergaben und für mich Anlass zu weiterführenden Überlegungen boten. Darüber hinaus soll eine Einordnung bzw. Positionierung der Konzeption im Vergleich zu anderen Konzepten versucht sowie in einem abschließenden Ausblick die



Generalisierbarkeit des Modells im Hinblick auf mögliche weitere Einsatzfelder betrachtet werden.

### 3.3.4 Weiterführende Überlegungen

#### **Zur Rolle des Lehrers/Therapeuten in der Kunstwerkstatt**

Die Darstellung der drei idealtypischen Gestaltungsweisen hat gezeigt, dass dem Lehrer – in Abhängigkeit von der jeweiligen Gestaltungsart – unterschiedliche Verhaltensweisen und Aufgaben zukommen. Angesichts der Tatsache, dass diese Doppelrolle als Lehrer und Therapeut in der Konzeption der Kunstwerkstatt einen zentralen Kern bildet, möchte ich hier nochmals auf die vom Lehrer geforderten unterschiedlichen Verhaltensweisen, gerade im Hinblick auf das therapeutische Malen, zu sprechen kommen.

Malt ein Schüler ästhetisch, so stehen beispielsweise die Bereitstellung von Verfahren und Materialien, mit denen sich möglichst ästhetische Ergebnisse erzielen lassen, sowie die Hilfe zur Eigentätigkeit und Selbständigkeit im Vordergrund. Das akademische Malen erfordert vom Lehrer die Rolle des Wissensvermittlers, während beim therapeutischen Malen das Verhalten des Lehrers durch die dienende Haltung gegenüber Schüler und Bild bestimmt wird. Betrachtet man das Konzept des therapeutischen Malens jedoch aus einem mehr pädagogisch als therapeutisch orientierten Blickwinkel, so widerspricht die hier geforderte dienende Haltung des Lehrers dem viel propagierten Unterrichtsprinzip der Anleitung zu Selbsttätigkeit und Selbstständigkeit. Meines Erachtens jedoch kommt es auf die Schwerpunktsetzung an: Da die Rehabilitanden während des gesamten Rehabilitationsverlaufes in den diversen Therapien gefordert und korrigiert werden, sind sie somit ständiger Fremdbestimmung ausgesetzt, auch wenn diese eine helfende Funktion hat und zur Wiedererlangung des angestrebten alten Zustandes beitragen soll. Zudem setzen die Therapien vorwiegend an den ‚Schwächen‘ an und führen den Rehabilitanden somit das vor Augen, was sie noch nicht bzw. nicht mehr können. In dieser Situation die Erfahrung zu machen, von einem Lehrer, also einer Person, die im Normalfall ebenfalls Forderungen stellt und Ansprüche erhebt, bedient zu werden und so die Möglichkeit zu erhalten, sich ganz auf sich selbst konzentrieren zu können, stellt

sicherlich ein bedeutsames und prägnantes Ereignis im Alltag der Rehabilitanden dar. Dieses ist in diesem Zusammenhang möglicherweise– wenn auch auf andere Weise als das selbstständige Handeln – von ebenso großer Bedeutung für einen positiven Rehabilitationsverlauf. Zudem lässt sich diese Haltung durch die Aufgabe des Lehrers legitimieren, neben der Wissensvermittlung die „Bewältigung des Krankenschicksals durch stabilisierende pädagogische, therapeutische und psychosoziale Maßnahmen zu unterstützen“ und „Bildungsauftrag und Krankheitsbewältigung als ganzheitliche Aufgabe zu betrachten“ (STAATSINSTITUT FÜR SCHULPÄDAGOGIK UND BILDUNGSFORSCHUNG MÜNCHEN 1995, 48). RICHTER schließt sich dieser Ansicht an, wenn er in Anlehnung an KLUGE (1983) feststellt, dass Kunsterziehung ebenso wie Bewegungstherapie keineswegs nur als ‚therapeutische Hilfen‘ (KLUGE 1983, S.47 nach RICHTER 1984, 160) neben der ‚regulären‘ Arbeit an traditionellen Unterrichtsinhalten“ (RICHTER 1984, 160) anzusehen sind. Daher fordert er eine Umstrukturierung des „gesamte[n] Unterricht[s]“ (RICHTER 1984, 160), so dass die kunsttherapeutischen Elemente als Teil desselben anzusehen sind.

### **Modifikationsmöglichkeiten des Modells der didaktischen Farben**

Im vorangegangenen Kapitel wurde deutlich, dass das Modell der didaktischen Farben in der Kunstwerkstatt in der bestehenden Form seine Berechtigung hat, da sich dem Lehrer so ein Stück Handlungssicherheit und eine Möglichkeit zur Reflexion bieten. Hier eröffnet sich jedoch ein Ansatzpunkt für weitere Überlegungen:

RINNINSLAND geht davon aus, dass in jedem Bild Anteile aller Gestaltungsweisen, also des ästhetischen, therapeutischen und akademischen Malens enthalten sind. Dieser Ansatz erscheint durchaus logisch und sinnvoll, darüber hinaus stellt sich mir jedoch die Frage, ob sich nicht weitere Elemente in einem Bild finden lassen, die ebenfalls erfasst werden sollten. Hier wäre zum Beispiel die der Kunst innewohnende kommunikative Funktion anzuführen, welche im Konzept der Kunstwerkstatt gerade bei Rehabilitanden mit Sprach- und Sprechstörungen, aber auch bei jenen mit psychischen, eine verbale Kommunikation verhindernden Problemen, berücksichtigt wird. Im Modell der didakti-

schen Farben wird sie jedoch nicht erfasst. Die Kommunikationsfunktion lässt sich nicht ausschließlich einer der drei didaktischen Farben zuordnen, da sie in allen Malweisen vertreten sein kann, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. So könnten beispielsweise die kommunikativen Anteile in einem therapeutischen Bild niedriger sein, da primär für sich selbst gemalt wird und sich ein Aufgreifen des Themas durch den Lehrer/Therapeuten aus dessen therapeutischer Haltung heraus verbieten würde. Meines Erachtens ist dieses kommunikative Element in Bildern jedoch nicht gewichtig genug, um als eigenständige Gestaltungsweise mit eigener didaktischer Färbung im Modell der didaktischen Farben gleichrangig neben den anderen Gestaltungsweisen als „vierte Dimension“ zu stehen. Da es sich jedoch trotzdem auf das Verhalten des Lehrers und das der Umgebung auswirkt, beispielsweise durch Eingehen auf die Bildaussage, wäre eine Erfassung in Form einer Dokumentation oder Visualisierung der kommunikativen Anteile eines Bildes durchaus sinnvoll. Ob diese Aufnahme der Kommunikation als Ergänzung des Modells der didaktischen Farben dienen oder in dieses integriert sein sollte, beispielsweise in Form einer weiteren Ebene, ist fraglich. Zudem dürfte sich eine konkrete Umsetzung auf Grund der relativen Geschlossenheit der Modellstruktur wahrscheinlich recht schwierig gestalten.

### **Versuch einer Positionierung des Kunstangebots innerhalb der Kunsttherapie**

Angesichts der eingangs dargestellten Breite der Kunsttherapielandschaft im deutschsprachigen Raum (vgl. Kap.1.1.2), erscheint der Versuch sinnvoll, die der Kunstwerkstatt zugrunde liegende Konzeption innerhalb dieser Fülle an Ansätzen einzuordnen. Zweckmäßig ist dieser Versuch deshalb zu nennen, da auf diese Weise die in der Konzeption begründeten möglichen Chancen auch für weitere Zielgruppen deutlich werden und eine mögliche Generalisierbarkeit festgestellt werden kann.

Dass sich die kunsttherapeutischen Elemente in der Konzeption der Kunstwerkstatt, die vor allem im therapeutischen Malen wahrnehmbar sind, vorwiegend aus der großen Nähe zum Ansatz des *Begleiteten Malens* nach BETTINA EGGER ergeben, ist auf Grund der vorangegangenen Darstellung als offensichtlich zu bezeichnen. Neben dieser dominie-

renden kunsttherapeutischen Ausrichtung lassen sich jedoch weitere Bezüge zu diversen kunsttherapeutischen Ansätzen feststellen:

Die Konzeption der *jungen Galerie* etwa lehnt sich an der von OTT und LEUTERITZ geprägten *rezeptiven Kunsttherapie* an (vgl. Kapitel.1.1.4.). Zudem entspricht die Kombination des in der Kunstwerkstatt praktizierten produktiven bildnerischen Gestaltens mit der Umsetzung der Prinzipien der *rezeptiven Kunsttherapie* in der *jungen Galerie* der Forderung von ALBRECHT LEUTERITZ nach einer „Kombination aktiver und rezeptiver Kreativitätstherapien“ (LEUTERITZ 1996, 267).

Daneben lassen sich die Projekte wie *Mein-Steine* oder *Die Tage der hundert Gesichter* mit *integrativen Ansätzen* der Kunsttherapie vergleichen, etwa hinsichtlich der von THOMAS (1998) postulierten Auflösung einer Grenze zwischen „gesunden“ und kranken“ Menschen (vgl. THOMAS 1998, 28ff). Allerdings fehlt der Kunstwerkstatt auf Grund der strukturellen Bedingungen die Mehrdimensionalität, die den integrativen Ansätzen zu Eigen ist.

Neben dieser feststellbaren Orientierung an kunsttherapeutischen Ansätzen bleibt die Kunstwerkstatt als Teil der Krankenhausschule jedoch schulischen Aufgaben und Zielen verpflichtet, weshalb sie kein einzig auf kunsttherapeutischen Prinzipien basierendes Konzept darstellen kann und will. Auf Grund dessen bietet sich ein Vergleich mit der *pädagogischen Kunsttherapie* nach HANS-GÜNTHER RICHTER (1984) an, da deren primäres Einsatzfeld ebenfalls die Schule ist. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob sich das Konzept der Kunstwerkstatt als eine der von RICHTER in seinem allgemeinen Konzept der *pädagogischen Kunsttherapie* geforderten differenzierten Realisationsformen ansehen lässt

Neben dem bereits genannten gemeinsamen Einsatzfeld, der Schule, lassen sich weitere Parallelen feststellen:

So ist zunächst auf Grund des formalen Charakters der Kunstwerkstatt, also der Orientierung an den Prinzipien der Einzelförderung, eine individuelle und subjektzentrierte Förderung und Ausrichtung an den Bedürfnissen der Rehabilitanden möglich und notwendig. Aufbau und Struktur des Unterrichtsangebots werden infolgedessen sowohl an „Art, Grad und Auswirkungen der Beeinträchtigungen“ (RINNINSLAND 1998b, 18) als auch den Interessen der Rehabilitanden angepasst. Damit entsprechen diese Umsetzun-

gen in etwa RICHTERS Gedanken, dass „bestimmte (und jeweils zu bestimmende) Verfahren im Hinblick auf bestimmte Personen ausgewählt werden müssen“ (RICHTER 1984, 10). Ferner sind die von RICHTER postulierten Grundsätze, die er allgemein für die pädagogische Kunsttherapie formuliert und die seiner Ansicht nach ebenfalls an bestimmte Zielgruppen anzupassen sind im Kunstangebot der Krankenhausschule klar erkennbar:

So lassen sich Instruktionserhöhungen bei der Vermittlung und Komplexitätsreduktionen der Inhalte ebenso feststellen wie das sich bereits erwähnte Prinzip der Individualisierung. Dies sowie die von RICHTER geforderten Substitutionen ergeben sich schon allein aus den allgemeinen, in der Krankenhausschule notwendigen und umgesetzten Prinzipien sowie dem spezifischen Klientel der Rehabilitanden, und sind so auch für die Kunstwerkstatt gültig.

Offenheit und Synkretismus der ästhetischen Sache, die nach RICHTER die therapeutische Bedeutung von Kunst konstituierenden Elemente, lassen sich zum Teil im Kunstverständnis der Kunstwerkstatt wieder finden, welches ja von der Allgemeingültigkeit und Subjektivität der Kunst ausgeht (vgl. Kap. 3.1). Auch die von RICHTER beschriebene Umstrukturierung der Inhalt-Ziel-Relationen (vgl. RICHTER 1984, 128), wird in der Kunstwerkstatt ein Stück weit deutlich: Hier stellt die Kunst zwar auch einen „Zweck der Unterweisung“ (RICHTER 1984, 128) dar, dann nämlich, wenn die Rehabilitanden auf akademische Weise malen bzw. gestalten. Darüber hinaus hat Kunst in der Kunstwerkstatt jedoch auch die von RICHTER als „Mittel der Rehabilitation“ (RICHTER 1984, 18) bezeichnete Funktion zur Veränderung des Persönlichkeitsstatus beizutragen (vgl. RICHTER 1984, 128). Hier lassen sich das ästhetische Malen sowie das therapeutische Gestalten anführen, die beide, das ästhetische Gestalten in Form einer positiven Beeinflussung des Selbstkonzeptes über die Präsentationen, das therapeutische Gestalten als Möglichkeit der Selbstreflexion und Traumaverarbeitung, auf ihre Weise zu der von RICHTER intendierten „Selbstidentifikation“ und „Selbstrehabilitation“ beitragen (vgl. RICHTER 1984, 89).

Neben den hier aufgeführten Entsprechungen zwischen der *pädagogischen Kunsttherapie* einerseits und der Konzeption der Kunstwerkstatt andererseits lassen sich auch Gegensätze feststellen.

So wäre beispielsweise ein fächerübergreifendes Arbeiten in Bezug auf andere Fächer oder Therapien in der Kunstwerkstatt nur schwer realisierbar. Dies wird durch die hohe Fluktuation der Rehabilitanden im Hegau-Jugendwerk sowie die sich wöchentlich ändernden Rehabilitationspläne bedingt, außerdem begründet sich diese nur schwer zu verwirklichende Umsetzung aber auch aus dem in der Kunstwerkstatt dominierenden formalen Unterrichtsprinzip der Einzelförderung. RICHTERS Forderung einer polyästhetischen Förderung in Form eines Miteinbeziehens weiterer ästhetischer Felder kommt daher in der Kunstwerkstatt nicht zum Tragen, wohingegen jedoch die Forderung der Grenzüberschreitung (vgl. RICHTER 1984, 131) gerade in Form des Begleiteten Malens umgesetzt ist.

Des Weiteren seien die Zielgruppen erwähnt: In den von RICHTER angeführten konzeptionellen Beispielen orientiert er sich stets an bestimmten Zielgruppen wie körperbehinderten oder lernbehinderten Schülern, wobei diese spezifische Orientierung für ihn eine die *pädagogischen Kunsttherapie* konstituierende Voraussetzung darstellt.

Nun stellt sich die Frage, ob sich die Rehabilitanden mit ihrer jeweiligen individuellen Symptomatik als eine homogene Bezugsgruppe ansehen lassen. Angesichts der in der Kunstwerkstatt vorkommenden, in Symptomatik und Ausprägung stark variierenden Beeinträchtigungen, ist eine Orientierung am einzelnen Rehabilitanden jedoch sinnvoller. Zudem stimmt diese auch mit RICHTERS Erkenntnis überein, dass an einer Schule für Körperbehinderte im Zweifelsfall „der einzelne Behinderte der Ausgangspunkt für ein Fördersystem“ (RICHTER 1984, 169) sein sollte.

Abschließend lässt sich meiner Ansicht nach festhalten, dass die Konzeption der Kunstwerkstatt viele Prinzipien, die RICHTER anführt, umsetzt und sich daher sicherlich als eine Form der *pädagogischen Kunsttherapie* begreifen und bezeichnen lässt. Dass die Forderungen, die RICHTER an eine *pädagogische Kunsttherapie* stellt, hier nicht alle umgesetzt und berücksichtigt werden, wird schon aus der besonderen Situation einer Krankenhausschule in der neurologischen Rehabilitation mit ihren spezifischen „Problemfeldern“ und der spezifischen Klientel ersichtlich. RICHTERS Konzept hingegen scheint mir, gerade auf Grund seiner Forderung nach fächerübergreifendem Unterricht, eher für den Einsatz in Regelschulen konzipiert zu sein.

### **Übertragbarkeit des Konzeptes auf weitere Bereiche**

Nach den vorangegangenen Überlegungen hinsichtlich einiger Aspekte des in der Kunstwerkstatt realisierten Konzeptes möchte ich einen letzten Gesichtspunkt anführen, der meines Erachtens für zukünftige Überlegungen in Bezug auf die Kunstwerkstatt und das Modell der didaktischen Farben von Bedeutung sein kann: die mögliche Übertragbarkeit des Konzeptes.

Ausgehen möchte ich dabei von RICHTERS Ansicht, dass es für die Schule für Körperbehinderte (SfK) auf Grund der vielfältigen Formen von Behinderungen und den damit verbundenen Voraussetzungen der Schüler, keine allgemeine Kunstdidaktik geben kann, sondern im Zweifelsfall stets der einzelne Schüler Ausgangspunkt der Bemühungen sein muss (vgl. RICHTER 1984, 169). Angesichts dieser Forderung stellt sich mir die Frage, ob eine Übertragung und damit der Einsatz der Konzeption der Kunstwerkstatt und vor allem des Modells der didaktischen Farben auch auf andere Bereiche, wie zum Beispiel eine SfK, sinnvoll wäre, da hier ja die von RICHTER geforderte individuelle Orientierung gegeben ist. Das Konzept der Kunstwerkstatt mit den drei Gestaltungsweisen des ästhetischen, therapeutischen und akademischen Malens ist zwar in Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse und Voraussetzungen der Rehabilitanden in der neurologischen Rehabilitation konzipiert worden, doch wäre eine Übertragung auf die Schülerschaft der SfK meines Erachtens durchaus möglich. Denn ebenso wie in der Krankenhausschule finden sich in der SfK Schüler mit den unterschiedlichsten Störungs- und Schädigungsbildern in allen möglichen Ausprägungen. Grundsätzlich haben die drei Malweisen auch in einer SfK ihre Berechtigung, da es genug Schüler gibt, denen es auf Grund ihrer Einschränkungen auf körperlicher und möglicherweise auch kognitiver Ebene an positiven Erfolgserlebnissen mangelt. Da diese zum Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes, dem gerade in der SfK eine zentrale Bedeutung zukommt, unentbehrlich sind (vgl. Kap.3.2.1), könnte hier ebenfalls durch die entsprechende Wahl der Techniken und vor allem über die Präsentation der Bilder die positiv motivierende „Lern-Erfolgs-Spirale“ (vgl. RINNINSLAND 2000b, 32) angestoßen werden. Ebenso lässt sich dem therapeutischen Malen in diesem Rahmen große Bedeutung beimessen. Denn gerade bei Schülern mit begrenzter Lebenserwartung, beispielsweise auf Grund einer Muskeldystrophie vom Typ Duchenne (DMD) könnte so eine Möglichkeit zur psychi-

schen Entlastung und der Auseinandersetzung mit sich selbst geschaffen werden. Bleibt man beim Beispiel der Schüler mit DMD, so wäre auf Grund der fortschreitenden körperlichen Beeinträchtigungen gerade hier die Wahl der geeigneten Verfahren wesentlich. Das darüber hinaus auch das akademische Malen in der SfK seinen Platz hat, ist selbstverständlich.

Rein konzeptionell gesehen wäre eine Umsetzung in einer Schule für Körperbehinderte also prinzipiell möglich, doch müsste in diesem Zusammenhang auch die notwendige Qualifikation des Lehrers sowie eine entsprechende Modifikation des Modells an die jeweiligen Bedürfnisse der Schüler sowie der Unterrichtsstruktur berücksichtigt werden.

Ob die Konzeption der Kunstwerkstatt bzw. das Modell der didaktischen Farben auch in anderen Schulformen umgesetzt werden könnte oder sollte, ist fraglich, wäre meiner Ansicht nach jedoch in modifizierter, an die spezielle Schülerschaft angepasster Form denkbar.

An dieser Stelle möchte ich abschließend auf eine weitere Möglichkeit der Übertragung bzw. Weiterentwicklung der Konzeption eingehen.

Wie in der Beschreibung des Modells der didaktischen Farben (vgl. Kap. 3.3.3) deutlich wurde, lassen sich anhand des Modells vermutlich die Entwicklungsverläufe der Rehabilitanden feststellen. Während des Workshops im Rahmen der Neurologischen Tagung im April 2002 äußerte eine Tanztherapeutin, dass die drei Pole des ästhetischen, therapeutischen und akademischen Gestaltens auch in ihrem Arbeitsfeld zu finden seien. So beinhaltet die Tanztherapie neben der Möglichkeit zum klassischen, akademischen Tanz auch die Chance, auf Grund der gewählten Ausdrucksformen zu motivieren und damit zur positiven Beeinflussung des Selbstkonzeptes beizutragen. Des Weiteren bietet Tanz – ebenso wie Musik – immer auch die Möglichkeit zum Selbstaussdruck und damit zur Auseinandersetzung mit sich selbst. Somit lassen sich in der Tanztherapie die Gestaltungselemente/pole der Kunstwerkstatt wieder finden, wenn auch das verwendete Medium ein anderes ist.

Daneben sind der Tanztherapeutin zufolge ähnliche Entwicklungsverläufe wie in der Kunstwerkstatt festzustellen, d.h. Verläufe, in denen eine Entwicklung vom ästhetischen über das akademische zum therapeutischen Pol erkennbar ist. Angesichts des hier festgestellten grenzüberschreitenden Charakters des Modells der didaktischen Farben stellt



sich die Frage, ob diese Beobachtung auf einem Zufall beruht oder ob das Modell ein generelles Prinzip verkörpert, welches sich in dieser Form in allen kreativen Therapien finden ist. Es wäre sicherlich interessant, der Überlegung nachzugehen, in wie weit das Modell der didaktischen Farben in Bezug auf die anderen gestaltenden Therapien generalisierbar ist.

### **Abschließende Bemerkung**

Zu Beginn dieser Arbeit stand die Feststellung, dass Kunst allgemeingültig und subjektiv ist, und folglich jeder seine eigene Definition von Kunst finden muss. So antwortete PICASSO auf die Frage nach der Definition von Kunst: „Wenn ich es wüsste, würde ich es für mich behalten“ ([http://www.zit.at/show\\_name.php3?name=596](http://www.zit.at/show_name.php3?name=596) Stand: 10.07.02). Viel wesentlicher als eine Definition von Kunst sind jedoch die Chancen und Perspektiven, die sie in sich trägt. Was Kunst kann, was sie bewirkt – dies wird im folgenden Zitat deutlich:

*„Kunst ist Kunst ist Kunst. Ihr ist es gleichgültig, wie sie entsteht. Sie existiert in sich, jenseits aller Definitionen und Grenzen. Sie für sich ist nicht pragmatisch. Sicher ist aber, dass der Prozess des Kunstschaffens, des Kunsterkennens für den Menschen eine Art des Selbsta Ausdruckes ist, der auf ihn heilend wirkt. Wo Kunst entsteht, sind eine Vielzahl von Energien beteiligt. Kunst ist Kraft und Leben und darf deshalb als ein ursprünglicher Wille des Menschen gelten. Jeder Mensch ist befähigt und trägt das Bedürfnis in sich, künstlerisch und kreativ schöpferisch tätig zu sein; und das macht die Kunst zum therapeutischen Mittel“.*

(HABERMEHL 2002, 5)

Welch bessere Legitimation für den Einsatz kunsttherapeutischer Prinzipien im Unterricht mit Kindern und Jugendlichen mit Schädel-Hirn-Trauma in der Kunstwerkstatt ließe sich finden?

## 4 Anhang

### 4.1 Literaturverzeichnis

**ANONYMUS:**

**Angstfrei Farbe ins Leben.** In: Singener Wochenblatt. 3/9 2001.

**AMEND, M.; ISCHEBECK, W.:**

**Die künstlerische Therapie als integraler Bestandteil der neurochirurgischen Rehabilitation.**

In: Lippert-Grüner, M.; Quester, R.: Schädel-Hirn-Trauma. Kunsttherapie. Rehabilitation. Köln: Paroli 1996, 14-15.

**BACH, S.:**

**Spontanes Malen schwerkranker Patienten.** Ein Beitrag zur psychosomatischen Medizin. Basel 1966.

**BAUKUS, P.; THIES, J.:**

**Kunsttherapie.**

2. erweiterte Auflage. Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm: G. Fischer 1997.

**BIENSTEIN, CH.; FRÖHLICH, A. (Hg):**

**Bewusstlos.** Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben 1994.

**DANNECKER, K.: Kunst, Symbol und Seele.**

Thesen zur Kunsttherapie. Frankfurt/Main: Lang 1994.

**DANY, J.:**

**Suche nach einem Kommunikationsweg mit einem Schüler in der ersten Rehabilitationsphase nach einem Schädel-Hirn-Trauma.**

Wissenschaftliche Hausarbeit. Reutlingen: Frühjahr 2001.

**DOMMA, W.:**

**Kunsttherapie ist...**

In: Domma, W. (Hg.): Praxisfelder Kunsttherapie. Köln: Maternus 1993, 10-30.

**Egger, B.:**

**“Was Sehen Sie, Frau Lot?” - "Bilder!"**

Artikel, veröffentlicht 2001 im Internet unter  
<http://www.kunsttherapie.ch/publikationen/artikel.html> (Stand: 10.07.02)

**EGGER, B.:****Begleitetes Malen nach Bettina Egger.**

In: Baukus, P.; Thies, J.: Kunsttherapie. 2. erweiterte Auflage. Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm: G. Fischer 1997, 196-200.

**EGGER, B.:****Faszination Malen.** Praktisches. Erzieherisches. Anregendes.

Bern: Zytglotte 6. Auflage 1996.

**EGGER, B.:****Der gemalte Schrei.** Geschichte einer Maltherapie. Bern: Zytglotte 1991.**FREIVOGEL, S.:****Motorische Rehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma.**

München: Pflaum 1997.

**GÉRARD, CH.; LIPINSKI, CH.; DECKER, W.:****Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen.** Stuttgart: TRIAS – Thieme Hippokrates 1996.**GLAUNING, U.:****Pädagogisches Arbeiten mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen.**

In: Fröhlich, A.; Bienstein, Ch.; Haupt, U. (Hg.): Fördern-Pflegen-Begleiten. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben 1997, 109-120.

**GOBIET, W.:****Frührehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma.**

Berlin; Heidelberg: Springer 1991.

**HABERMEHL, A.:****Kunst als Therapie.** In: Kultur-Blätter Konstanz Nr. 581, 22.06.02, 5.**HEUBROCK, F.; PETERMANN, F.:**

Neurologische Erkrankungen. In: Petermann (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Göttingen: Hogrefe 2000, 441-476.

**Hörmann, K.:****Erweiterungsmöglichkeiten der kreativen Therapien durch Musik- und Tanztherapie.**

In: Lippert-Grüner, M.; Quester, R.: Schädel-Hirn-Trauma. Kunsttherapie. Rehabilitation. Köln: Paroli 1996, 33-35.

**HUMMELSHEIM, H.:****Neurologische Rehabilitation.** Berlin; Heidelberg: Springer 1998.

**Kraus, W.:**

**Die Heilkraft des Malens.** 2. Auflage München: Beck 1998.

**LEUTERITZ, A.:**

**Kunstwahrnehmung als „Rezeptive Kunsttherapie“.**

In: BAUKUS, P.; THIES, J.: Kunsttherapie. 2. erweiterte Auflage. Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm: G. Fischer 1997, 275-282.

**LEUTERITZ, A.:**

**Rezeptive Kunsttherapie durch ästhetische Wahrnehmung.**

In: ZIEFREUND, W.(HG.) Therapien im Zusammenspiel der Künste. Tübingen: Attempto 1996, 261-268.

**LIPPERT-GRÜNER, M.; QUESTER, R.:**

**Schädel-Hirn-Trauma. Kunsttherapie. Rehabilitation.** Köln: Paroli 1996.

**MÄCKLER, A. (HG.):**

**1460 Antworten auf die Frage: was ist Kunst?** Köln: Dumont 2000.

**MASUHR, K.; NEUMANN, M.:**

**Neurologie.** Stuttgart: Hippokrates 4. Aufl. 1998.

**MENZEN, K.-H.:**

**Grundlagen der Kunsttherapie.** München; Basel: Reinhardt 2001.

**MINISTERIUM FÜR KULTUS UND SPORT BADEN-WÜRTTEMBERG:**

**Bildungsplan für die Hauptschule.**

Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag 1994.

**OERTER, R.; DREHER, E.:**

**Jugendalter.**

In: Oerter R./Montada, L.: Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlagsunion 3. Aufl.1995, Kap.6, 310-395.

**OTT, G.H.:**

**Bildende Kunst in der Medizin: Wortlose Hermeneutik zwischen Arzt und Patient.**

In: Baukus, P.; Thies, J. Kunsttherapie. 2. erweiterte Auflage. Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm: G. Fischer 1997, 269-274.

**PETERMANN, F. (HG.):**

**Rehabilitation.** 2. erweiterte und korrigierte Auflage. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe 1997.

**POLZER, H.-J.:****Aufgaben der Schulverwaltung bei der Weiterentwicklung der Schule für Kranke.**

In: Ertle, Ch. (Hg.) Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen: Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1997, 41-55.

**PROSIEGEL, M.:****Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation.**

München: Pflaum 1991.

**PSCHYREMBEL:**

**Klinisches Wörterbuch.** 258., neu bearbeitete Aufl.. Berlin: de Gruyter 1998.

**Quester, R.; Duckwitz, J.J.:****Zur Bedeutung der Kunst als Therapie.**

In: Lippert-Grüner, M.; Quester, R.: Schädel-Hirn-Trauma. Kunsttherapie. Rehabilitation. Köln: Paroli 1996, 16-24.

**REHN; RUMPLER; SCHILLER:**

**Handreichung zur Beschulung von Hirntumorbeeinträchtigten Kindern und Kindern nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma.** Schule für Kranke, Erlangen, 1994.

**REMSCHMIDT, H.:**

**Kinder- und Jugendpsychiatrie.** Kapitel 54: Rehabilitation. Stuttgart: Thieme 3. Auflage 2000, 404-410.

**RICHTER, H.-G.:**

**Pädagogische Kunsttherapie.** Grundlegung, Didaktik, Anregungen.

Düsseldorf: Schwann 1984.

**RINNINSLAND, J.:**

**Power-Point-Präsentation** zum Workshop „Über die drei Arten des Malens“ im Rahmen der 2. Neuropädagogischen Tagung im Hegau-Jugendwerk am 13.04.02. (2002a)

**RINNINSLAND, J.:**

**Über die didaktische Farbe von Bildern.** Malen in der neurologischen Rehabilitation. Unveröffentlichter Artikel. Mai 2002b.

**RINNINSLAND, J.:**

**Begleitete Malen im Fabrikgut.** Informationsmaterial 2001a.

**RINNINSLAND, J.:**

**Das artcafe oder wie das Internet hilft, wieder an sich selbst zu glauben.**

In: regiomed Ausgabe 1 2001b, 4-5.

**RINNINSLAND, J.:**

**Die Mein-Steine.** Unveröffentlichter Artikel, März 2001c.

**RINNINSLAND, J.:**

**PATZER inklusive: die Patientenzeitung des Hegau-Jugendwerk stellt sich vor.** In: Mitarbeiterzeitung des Gesundheitsverbands Hegau 2001d.

oder. <http://www.artcafe-hegau-jugendwerk.de/sonstiges/Text%205.htm> (Stand: 20/06/02).

**RINNINSLAND, J.:**

**Bilder und ihre Geschichte.** Gestaltungen an der Kunstwerkstatt der Wilhelm-Bläsig-Schule mit ihrer Entstehungsgeschichte. Unveröffentlichter Aufsatz. Gailingen: 9/2000a.

**RINNINSLAND, J.:**

**Kunst als Schlüssel für neue Erfolgszuversicht.** Erfahrungen aus der neurologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

In: vds-edition 4 : Neue Konzeptionen und Unterrichtsformen in Sonderschulen, Karlsruhe, 2000b, S.32-40.

**RINNINSLAND, J.:**

**Das Therapeutische an der Präsentation von Kunstwerken.**

In: not 4. Ausgabe 1998a, S. 30-33.

**RINNINSLAND, J.:**

**Kunst und Rehabilitation.** Schriftenreihe Jugendwerk. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Bd.2, 1998b.

**SALOMON, F.:**

**Bewusstsein und Bewusstlosigkeit aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht.**

In: BIENSTEIN, CH.; FRÖHLICH, A. ET AL.: Bewusstlos. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes Leben 1994, 25-34.

**SCHELLIG, D.:**

**Neurorehabilitation nach traumatisch bedingten Hirnschädigungen bei Kindern und Jugendlichen.** In: Michels, H. P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: psychosoziale Betreuung und Rehabilitation. Tübingen: Dgvt-Verlag 1996, 251-277.

**SCHRIFTENREIHE JUGENDWERK:**

**Die Wilhelm-Bläsig-Schule.** Die Krankenhausschule in der neurologischen Rehabilitation. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Bd.11, 2000.

**SCHUSTER, MARTIN:****Kunsttherapie. Die heilende Kraft des Gestaltens.**

Köln: Dumont 3. Auflage 1991.

**SCHWÖRER, CH:****Der apallische Patient.** München: Urban & Fischer 1995.**STAATSIINSTITUT FÜR SCHULPÄDAGOGIK UND BILDUNGSFORSCHUNG MÜNCHEN:**

**Die Schule für Kranke.** Erziehung, Unterricht und Förderung kranker Kinder und Jugendlicher in Bayern. Würzburg 1995.

**STADLER, HANS:****Das Schädel-Hirn-Trauma unter medizinischem und pädagogischem Aspekt.**

In: Kallenbach, Kurt (Hg.): Körperbehinderungen: Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen. Bad Heilbrunn /OBB.: Klinkhardt 2000, 85-102.

**STERN, ARNO:****Der Malort.** Einsiedeln: Daimon 1998.**WEBER-FALKENSAMMLER, H.; VOGEL, H.:****Versorgungsstrukturelle Voraussetzungen der Rehabilitation.**

In: Petermann (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Göttingen: Hogrefe 2000, 27-56.

**Wichelhaus, B.:****Heilpädagogische Kunsttherapie in der Rehabilitation.**

In: Lippert-Grüner, M.; Quester, R.: Schädel-Hirn-Trauma. Kunsttherapie. Rehabilitation. Köln: Paroli 1996, 12-13.

**Internetseiten**

- <http://www.arnostern.com/de/index.html>  
(Stand 10/07/02)
- <http://www.geistesleben.com/diedrei/drei999/kunst.html>  
▪ (Stand 11/06/02)
- <http://www.hegau-jugendwerk.de>  
▪ (Stand 10/07/02)
- <http://www.kultus-und-unterricht.de/schulgesetz.pdf>  
▪ (Stand 19/06/02)

- 
- <http://www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-artikel-kt-entwicklung.htm>
    - (Stand: 03.06.02)
  - <http://www.kunsttherapie.ch/publikationen/artikel.html>
    - (Stand: 10/07/02)
  - <http://www.malort-im-fabrikgut.de/was.htm>
    - (Stand: 10/07/02)
  - <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/sgbi/index.html>
    - (Stand: 30/04/02)
  - [http://www.zit.at/show\\_name.php3?name=596](http://www.zit.at/show_name.php3?name=596)
    - (Stand: 10/07/02)