
INHALTSVERZEICHNIS	1
1 Einleitung	3
2 Die Schule für Kranke.....	5
2.1 Allgemein	5
2.1.1 Gesetzliche Grundlagen	6
2.1.2 Klinikschule- eine Institution in einer Institution	6
2.1.3 Die Aufgabenfelder des Klinikunterrichts.....	7
2.1.4 Aspekte des Arbeitens in der Klinikschule.....	11
2.1.5 Die Rechtfertigung einer Klinikschule.....	14
2.1.6 Klinikschule und Regelschule im Vergleich	15
2.2 Klinikschule in der neurologischen Rehabilitation	16
2.2.1 Neurologische Rehabilitation.....	16
2.2.2 Das Hegau-Jugendwerk.....	26
2.2.3 Wilhelm-Bläsig-Schule.....	31
3 Kunst in der Klinikschule.....	36
3.1 Der Kunstbegriff.....	37
3.2 Kunstunterricht in der Wilhelm-Bläsig-Schule – Die Kunstwerkstatt.....	40
3.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme	40
3.2.2 Die Kunstwerkstatt.....	42
EXKURS: Kurzes Zwischenresumee zum Arbeiten in der Kunstwerkstatt	57
3.2.3 Die Malinsel.....	58
3.3 Vergleich des Arbeitens in der Kunstwerkstatt mit dem Kunstunterricht in Regelschulen	63

4	Persönliches Fazit	71
5	Schülerbeispiele	72
5.1	Patient Nico, 35 Jahre.....	72
5.2	Patient Adrian, 21 Jahre	76
5.3	Patientin Elisa, 13 Jahre	80
6	Literaturverzeichnis.....	83
7	Anhang	89

1 Einleitung

Den Ausgangspunkt für diese Wissenschaftliche Hausarbeit bildete mein Interesse an der Institution Klinikschule. Im Rahmen meines Studiums hatte ich noch keine Möglichkeit gehabt mich näher mit diesem Typus Schule zu beschäftigen und ich wollte daher gerne diese Arbeit dafür nutzen.

Die erste Idee war es in Tübingen an der Klinikschule zu hospitieren und davon ausgehend dann eine Themenstellung für meine Arbeit zu entwickeln. Nun ist die Klinikschule in Tübingen eine staatlich anerkannte Schule, die Schulferien sind also gleich wie in einer Regelschule. Da der Zeitraum für das Schreiben dieser wissenschaftlichen Arbeit die Sommerferien beinhaltet, war es also nicht möglich dort die Arbeit zu schreiben.

Im Nachhinein eine sehr glückliche Fügung – denn so kam ich nach Gailingen in das Hegau-Jugendwerk, einem neurologischen Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Die dort vorhandene Wilhelm-Bläsig-Schule ist eine Privatschule und bleibt daher von den Sommerferien unbetroffen. Bei meinem ersten Besuch der Schule lernte ich Jörg Rinninsland, Pädagoge und Kunsttherapeut im Hegau-Jugendwerk, kennen. In diesem Treffen bot sich mir jetzt hier sogar die Chance mein Interesse an der Institution Klinikschule mit meinem Studienfach Kunst zu verbinden.

Ich möchte in dieser Arbeit versuchen die Arbeitsweise in einer Klinikschule zunächst allgemein und dann noch spezifisch am Fach Kunst zu beschreiben und zu veranschaulichen. Der Aufbau der Arbeit spiegelt auch meine Vorgehensweise und meinen persönlichen Prozess, welchen ich mit diesem Thema durchlaufen habe wieder.

Wie der Titel „Planung, Durchführung und Reflexion eines Unterrichtsvorhabens“ erkennen lässt war es mein ursprünglicher Plan ein Unterrichtsvorhaben durchzuführen. Wie mir aber vor Ort schnell klar wurde, war das so wie zuvor überlegt nicht möglich. Die Arbeit wird zeigen, wie „anders“ Unterricht an einer Klinikschule sein kann, bzw. muss. Auch das Fach Kunst ist davon nicht ausgeschlossen. Möchte man weiter an dem Titel festhalten, so könnten die ersten beiden Kapitel einer Art Planung, in Form einer Bedingungsanalyse für meinen Aufenthalt ent-

sprechen. Die Reflexion ergibt sich daraus, dass ich im Text versuche immer meine eigenen Erfahrungen mit einzubringen und im persönlichen Fazit meine Reflexion auch noch einmal zusammenfasse.

Die Durchführung dessen, was ich während meinem Praktikum in der Kunstwerkstatt von Jörg Rinninsland machte, konnte im Rahmen der Möglichkeiten nicht sein, was einem Unterrichtsvorhaben im herkömmlichen Sinne entspricht. Anhand von drei Schülerbeispielen wird dies abschließend in einem eigenen Kapitel vorgestellt.

In meiner Arbeit spreche ich von Patienten, Schülern und Lehrern. Die Beschränkung auf das männliche Geschlecht hat in diesem Fall jedoch keine das weibliche Geschlecht ausschließende Bedeutung, sondern dient lediglich der Vereinfachung.

Alle in meiner Arbeit verwendeten Bilder, welche nicht mit Quellenangaben versehen sind, wurden entweder von mir selbst gemacht, oder mir von Jörg Rininnsland für diese Arbeit zur Verfügung gestellt.

2 Die Schule für Kranke

2.1 Allgemein

Die Schule für Kranke als Bildungseinrichtung für kranke Kinder und Jugendliche findet sich in vielen verschiedenen Arten von Krankenhäusern oder auch Rehabilitationskliniken wieder. Da die Schule und der dort abgehaltene Unterricht abhängig von den gegebenen Rahmenbedingungen der sie umgebenden Institution sind, können die einzelnen Schulkonzepte stark voneinander abweichen. Natürlich hat ein krebskrankes Kind ohne Heilungschancen ganz andere Ansprüche an den Unterricht, als ein Kind nach einem Schlaganfall, welches auf die Rückkehr nach Hause vorbereitet werden soll. Im folgenden Kapitel möchte ich versuchen einen möglichst umfassenden, jedoch stark verkürzten Überblick über die Aufgabenfelder und die Anforderungen an Klinikschulen im Allgemeinen zu geben.

Ich möchte auch noch festlegen, dass obwohl der „offizielle“ Begriff diesen Schultyp als „Schule für Kranke“ bezeichnet, ich in meiner nachfolgenden Arbeit (besonders im Bezug auf das Hegau-Jugendwerk) von Klinikschulen sprechen möchte. Die Bezeichnung „Schule für Kranke“ gefällt mir persönlich nicht und auch die Patienten im Hegau-Jugendwerk wehrten sich gegen ein Schild vor der Schule mit dieser Aufschrift. Eine Krankheit geht normalerweise vorüber, sie ist, abgesehen natürlich von chronischen Krankheiten, nicht von Dauer. Die Patienten im Hegau-Jugendwerk sehen sich jedoch aus ihrer Situation heraus als verletzt, allenfalls auf Zeit eingeschränkt oder behindert, aber nicht als krank. Ich persönlich bin auch der Ansicht, dass die Begriffe Verletzung, Krankheit und Behinderung nicht einfach gleichzusetzen sind.

2.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Grundlagen und Rahmenbedingungen werden neben dem Schulgesetz auch in der Verwaltungsvorschrift „Organisatorischer Aufbau der Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung“ geregelt.

Im Schulgesetz von Baden-Württemberg § 15 wird die „Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung“ als letzte von zehn unterschiedlichen Sonderschultypen aufgeführt. „Die Sonderschule dient der Erziehung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen, die schulfähig sind, aber infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Besonderheiten in den allgemeinen Schulen nicht die ihnen zukommende Erziehung und Ausbildung erfahren können.“ (SchGes für Baden-Württemberg, §15,1)

Als Sonderschule führt auch die Schule für Kranke, in Klassen die der speziellen Förderungsbedürftigkeit des Schülers entsprechen, entweder zu den Bildungszielen der übrigen Schularten, oder, falls es die Förderbedürftigkeit des Schülers erfordert, zu eigenen Bildungsgängen. (vgl. SchGes für Baden-Württemberg, §15,1)

„Wenn die besondere Aufgabe der Sonderschule erfüllt ist, sind die Schüler in die allgemeinen Schulen einzugliedern.“ (SchGes für Baden-Württemberg, §15,3)

Die Schule für Kranke bezieht sich laut Schulgesetz und Verwaltungsvorschrift auf Schülerinnen und Schüler, die wegen einer Krankheit mindestens 4 Wochen nicht am Unterricht ihrer Schule teilnehmen können.

Aufgrund dieses Verständnisses definiert POLZER die Schule für Kranke als „Durchgangsschule“ mit einem „Auftrag auf Zeit“. (POLZER in ERTLE 1997:41)

2.1.2 Klinikschule- eine Institution in einer Institution

Die Klinikschule findet sich immer im Rahmen einer übergeordneten Institution wieder. Die Schule stellt ein Angebot im Rahmen eines Therapieplans dar, übernimmt aber keine Sonderrolle. Schulische Maßnahmen richten sich vielmehr nach den medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und der Stundenplan wird durch den Therapieplan bestimmt (vgl. VOLK-MOSER in ERTLE 1997:57). Die Schule

an sich ist zwar keine Therapie, bietet aber auf jeden Fall eine therapeutische Wirkung im Sinne der Krankheitsbewältigung (vgl. auch Kapitel 2.1.5.).

Eine Klinikschule richtet sich stark nach den Rahmenbedingungen der umgebenden Institution. Dinge, welche in Regelschulen selbstverständlich sind (Stundenplan, Stundenkontingent, Raumsituation, Ferienregelung...) müssen hier zunächst einmal gesucht werden (vgl. ERTLE in ERTLE 1997:15).

Ein einheitliches didaktisches Konzept für die Institution „Schule für Kranke“ sucht man daher vergebens.

Oft verteilt sich die Schule auf mehrere Krankenhäuser, teilweise wird der Unterricht in den Krankenzimmern abgehalten (vgl. SCHULDIT in ERTLE:26). Der Fall, dass der übergeordneten Institution, in diesem Fall dem Hegau-Jugendwerk, eine Schule mit eigenem Gebäude und Klassenzimmern zusteht ist eher selten.

In jedem Fall bleiben jedoch die sich ständig verändernden Unterrichtsbedingungen die eine enorme Flexibilität von Seiten der Lehrkräfte erfordern. Neben dieser Flexibilität im eigenen Berufsfeld ist die Kooperation mit den anderen am Patienten beteiligten Disziplinen enorm wichtig. Die Verantwortung liegt also nicht nur beim Lehrer. Unterrichtet man z.B. in der Wilhelm-Bläsig-Schule einen Schüler in Deutsch, so hat dieser nebenbei vermutlich auch noch Therapien bei der Logopädin. Eine funktionierende Kooperation und Absprache ist daher notwendig.

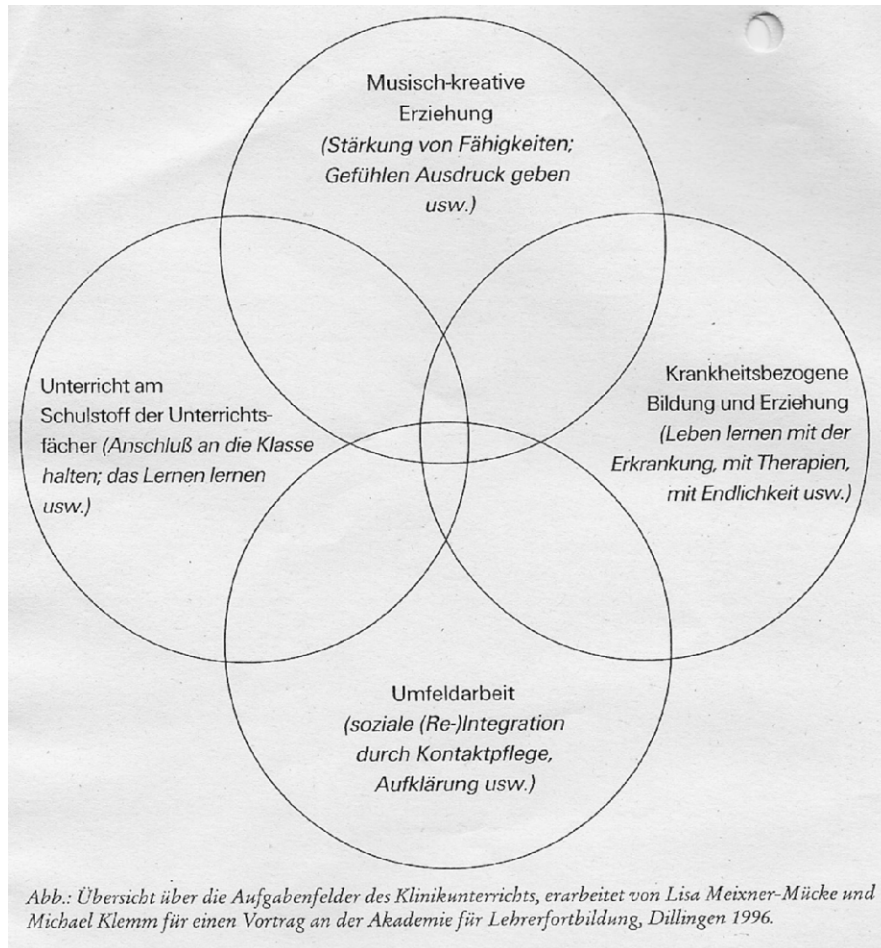
2.1.3 Die Aufgabenfelder des Klinikunterrichts

„Es kommt darauf an, den Körper mit der Seele und die Seele durch den Körper zu heilen.“¹

Ausgehend vom vorangegangenen Kapitel erklärt es sich von selbst, dass fast keine übergeordnete Aussage über die Aufgaben eines Klinikunterrichts getroffen werden kann. Dazu ist er viel zu abhängig von den Rahmenbedingungen, besonders natürlich vom Störungsbild des zu unterrichtenden Patienten.

¹ Zitat Oscar Wilde aus „Schule für Kranke“; Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München

Lisa MEIXNER-MÜCKE und Michael KLEMM haben (vgl. KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:25) eine Übersicht über die Aufgabenfelder des Klinikunterrichts erstellt. Obwohl sie sich in ihrem Aufsatz auf den Unterricht mit krebskranken Kindern beziehen, lässt sich diese Übersicht durch ihre Offenheit und den dadurch vorhandenen Interpretationsspielraum auch für andere Klinikschulen nutzen.



Unterricht am Schulstoff

Die „klassische Aufgabe“ von Klinikpädagogik ist es „dem kranken Kind die Chance zu geben, zumindest in den wichtigsten Fächern das Gleiche zu lernen wie seine Mitschüler, ihm stofflich die Grundlage für eine Rückkehr in seine Klasse zu vermitteln.“ (KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:25) Für Schüler bei welchen eine Rückkehr in die Regelschule kein Problem darstellt ist das Arbeiten am Schulstoff natürlich auch eine entscheidende Voraussetzung für die Reintegration.

Bei Schülerinnen und Schülern, die jedoch keine Chance haben in ihr altes Leben zurück zu kehren (z.B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma und einer zurückblei-

benden Behinderung) haben die Klinikschulen die Aufgabe „Hilfestellungen zur Neuorientierung und für einen leichteren Neuanfang zu leisten.“ (KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:26)

Musisch-kreative Erziehung

In einer ganzheitlichen Erziehung ist dieser Bereich eingeschlossen und er bietet den Kindern die Möglichkeit „ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, ihre Fähigkeiten zu entwickeln, sich im künstlerischen Tun abzulenken und über die Klinik- und Krankheitssituation hinauszuhoben.“ (KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:26)

Krankheitsbezogene Bildung und Erziehung

Aufgabe der Kliniklehrer ist es immer „auf die Ängste, Nöte, Befürchtungen der Schüler einzugehen“. Nicht selten platzt ein Schüler mitten in die Unterrichtsstunde mit einer Frage nach seiner Krankheit. Wenn auch die eigentliche Aufklärung über die Erkrankung natürlich in ärztlicher Hand verbleiben muss, so ist es trotzdem die Aufgabe des Kliniklehrers „die Reaktion der Schüler sensibel aufzunehmen und die Auseinandersetzung mit Ihrer Situation zu begleiten.“ (KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:27) Ein Festhalten am Unterrichtsstoff ist in solchen Situationen ist sinnlos.

Umfeldarbeit

Besonders die Eltern der betroffenen Kinder kommen oft auf den Lehrer zu, um mit ihm über die eigenen Ängste und Sorgen zu sprechen. Obwohl diese Begleitung der Eltern eher Aufgabe einer psychosozialen Betreuung wäre, kann sich der Lehrer oft diesen Ansprüchen nicht entziehen (vgl. KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:28). Der Grund für das Aufsuchen der Lehrer liegt oft daran, dass die Institution Schule den Eltern und Patienten vertrauter ist als die Institution Klinik (und somit die Ärzte). Die Schule stellt für Betroffene zunächst noch eine Art Bindeglied zwischen alter (vertrauter) Welt und neuer Welt dar.

Des Weiteren zählen zur Umfeldarbeit die Ermöglichung und Durchführung von Heimatschulbesuchen, sowie die allgemeine Kontaktpflege zur Heimatschule, z.B. im Sinne von der Teilnahme an Lehrerkonferenzen.

Die Schwerpunktbildung in diesen Aufgabenfeldern variiert je nach Klinikschule. Beeinflusst wird sie unter anderem durch die Erkrankung und das individuelle Krankheitserleben (vgl. KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:28). Natürlich hat ein sterbenskrankes Kind andere Ansprüche, als ein Schüler, welche sich in der Rehabilitation befindet. Während man den einen Schüler in der letzten schwierigen Zeit vor seinem Tod begleitet, geht es bei dem Anderen darum ihn für ein neues Leben vorzubereiten. Beide Kinder haben Ängste auf die es gilt einzugehen und Rücksicht zu nehmen- dennoch sind diese Ängste und damit auch der Umgang mit ihnen von Grund auf verschieden. Konkret auf die Aufgabenfelder angewendet würde dies bedeuten, dass ein Kind mit einem Knochenbruch sich intensiv dem Schulstoff widmen kann (auch dies kann natürlich nicht verallgemeinert werden), während ein Kind mit lebensbedrohlicher Krankheit eher eine Schwerpunktbildung in den drei anderen Bereiche benötigt (vgl. KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:29).

Des Weiteren beeinflusst die Aufenthaltszeit des Patienten in der Klinik die Schwerpunktbildung. Die Liegezeiten in Kliniken, auch bei schwerstkranken Patienten, werden immer kürzer. Selbst in einem Fachkrankenhaus und einer Rehabilitationsklinik wie dem Hegau-Jugendwerk verbringen Kinder und Jugendlichen teilweise (z.B. bei Diagnostik-Aufenthalten) nur noch wenige Wochen. Eine langfristige Einflussnahme wird bei kürzeren Liegezeiten immer schwieriger und dementsprechend muss auch die Schwerpunktbildung stattfinden. Auch hier rückt die Vermittlung von Schulstoff in vielen Fällen vermutlich erst einmal in den Hintergrund, da es zunächst gilt den Schüler kennen zu lernen und seinen Leistungsstand zu ermitteln (Diagnostik als wichtiges Tätigkeitsfeld).

Als letzte Beeinflussung nennen KLEMM, HÄCKER und BÖBBLE die personellen Voraussetzungen der Klinikschule und auch der Klinik. Ob die Lehrer einen Aufgabenbereich wahrnehmen können hängt nämlich natürlich auch davon ab, ob sie überhaupt Zeit dazu finden. Möchte man auch die Bereiche der musisch-kreativen Erziehung, der krankheitsbezogenen Erziehung und der Umfeldarbeit abdecken, so darf dabei dennoch nicht das Lernen am Stoff (als „materielle“ Grundlage für die Reintegration) zu kurz kommen. Egal wie viele der Felder der Lehrer abdecken sollte, als Zeitrahmen steht ihm dafür immer sein vorgegebenes Stundendeputat zur Verfügung (vgl. KLEMM, HÄCKER, BÖBBLE:30).

2.1.4 Aspekte des Arbeitens in der Klinikschule

2.1.4.1 Der Schüler

Eine Klinikschule hat ganz unterschiedliche Schüler, kommend aus jeder Schulart (Sonderschule, Grundschule, Hauptschule, Realschule oder auch Gymnasium) und verletzt an „Körper oder Seele“. (VOLK-MOSER in ERTLE 1997:69)

Die Schüler einer Klinikschule bringen ganz individuelle Voraussetzungen mit in den Unterricht. Bedingt durch die verschiedenen Krankheiten und die daraus resultierenden Folgen für die Gegenwart und natürlich auch für die Zukunft ist eine individuelle Betrachtung eines jeden Schülers, auch im Gruppenunterricht, unerlässlich.

Der Zustand im Hier und Jetzt des kranken Schülers sollte als Quelle für jede unterrichtliche Maßnahme gelten (vgl. VOLK-MOSER in ERTLE 1997:71). Durch eine Krankheit oder einen Unfall gerät plötzlich das ganze Leben aus der Bahn, nichts ist mehr so wie zuvor.

Ein Unfall oder eine Krankheit hat aber nicht nur körperliche Beeinträchtigungen zur Folge sondern erschüttert auch das Selbstbild und das Selbstbewusstsein des Patienten. Besonders für Kinder mit bleibenden Schäden, bzw. Störungen ist es schwer ein neues positives Selbstbild aufzubauen, da sie ständig an ihre Defizite erinnert werden. Rückmeldungen von außen (in der Schule kann dies der Lehrer sein), sowie positive Erlebnisse und Erfolge helfen dem Patienten ein neues positives Selbstkonzept zu entwickeln, um dann einfacher in sein altes oder auch in ein neues Leben (zurück-) kehren zu können (vgl. SCHMIDT in „Gesundheitsziehung und Schule“ 2001:9).

Für die Schüler hat der Unterricht an subjektiver Bedeutung gewonnen. Er stellt den Kontakt „nach draußen“ dar und bietet ein Stück Normalität in dieser völlig neuen Lebenssituation (vgl. VOLK-MOSER in ERTLE 1997:70). Oft bietet der Unterricht den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit ihre Krankheit besser zu meistern, er hilft ihnen sich in der neuen Situation zu Recht zu finden.

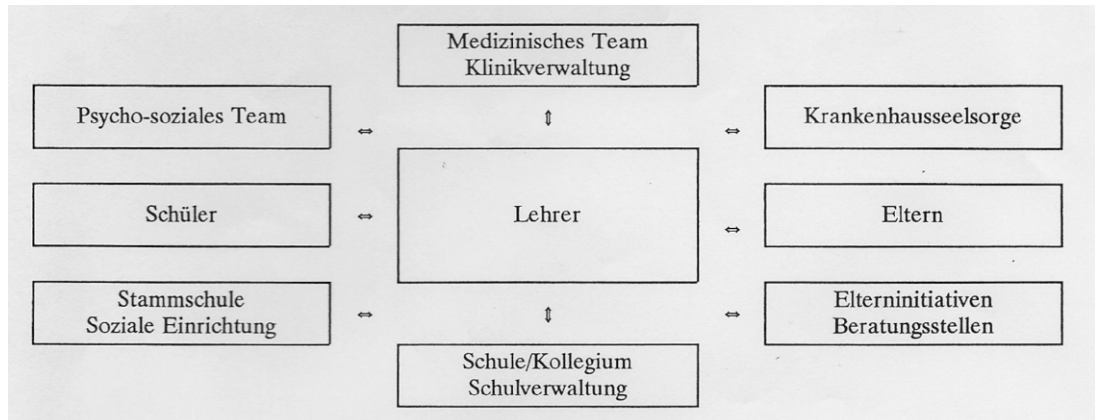
2.1.4.2 Der Lehrer

Auch in Regelschulen kennt man den Kernsatz „die Schüler dort abzuholen wo sie stehen“. In Klinikschulen gilt diese Idee im Grunde genauso und lässt sich aufgrund der Einzelsituation oder der kleinen Gruppen auch (zumindest theoretisch) einfacher umsetzen. Im Praktischen werden Lehrer in Klinikschulen mit Situationen konfrontiert für welche es keine Anleitung gibt und deren Umgang man auch nicht lernen kann.

Auch POLZER stellt in seinem Aufsatz fest: „...der Umgang mit einem kranken Kind folgt keiner Rezeptologie....Dieses pädagogische Handeln lässt keine Systematik der Methoden zu.“ (POLZER in ERTLE 1997:45) Als Basis der Grundhaltung eines Lehrers in einer Klinikschule nennt Polzer das „sich Einlassen“ (POLZER in ERTLE 1997:45). Der Lehrer hat die Aufgabe nicht nur den Bildungsanspruch, sondern auch den Existenzanspruch des Schülers zu sichern, sowie die kindliche Identität und das Selbstwertgefühl zu stärken (vgl. POLZER in ERTLE 1997:47).

Flexibilität wird von Klinikschullehrern in besonderem Maße gefordert: sich ständig ändernde Rahmenbedingungen im Sinne von wechselnden Schülern, keinen festen Stundenplänen, dem Wechsel von Fächern und keiner festen Raumsituation, sowie die extreme Rücksichtnahme auf das Befinden des Schülers machen das Entstehen einer Routine unmöglich (vgl. VOLK-MOSER in ERTLE 1997:59).

Wie auch schon im Kapitel 2.1.2. kurz aufgeführt muss ein Kliniklehrer in ständiger Kooperation mit den anderen, am Patienten beteiligten, Personen und Einrichtungen stehen. In einem speziellen Band zum Thema „Schule für Kranke“ des Staatsinstituts für Schulpädagogik und Bildungsforschung München verdeutlicht folgendes Schaubild die mögliche Rolle eines Lehrers in einer Klinikschule:



(Staatsinstituts für Schulpädagogik und Bildungsforschung München 1995:41)

Kooperation findet laut POLZER auf zwei Ebenen statt: Zum einen in der Unterstützung der Bewältigungsbemühungen des erkrankten Schülers und zum anderen in der Stärkung der eigenen Persönlichkeit des Begleiters (vgl. POLZER in ERTLE 1997:46).

2.1.4.3 Der Unterricht

Aus der Schüler- und Lehrerrolle in der Klinikschule ergibt sich automatisch der Rückschluss auf den Unterricht.

Der Einzel- oder Gruppenunterricht hat nicht in erster Linie lehrplanorientierte Unterrichtsziele. Es kommt darauf an ein sensibles Gefühl dafür zu entwickeln, was der Schüler in welchem Moment braucht und was ausgehend von seiner momentanen Verfassung möglich ist.

VOLK-MOSER unterscheidet drei variierende Lernebenen: die lehrplankonforme Ebene, das heißt die Vermittlung von Schulstoff, die progressive Ebene, in welcher Lerninhalte besprochen werden, die über den normalen Schulstoff hinaus reichen und die regressive Ebene, das Nacharbeiten von nicht verstandenen Sachverhalten (vgl. VOLK-MOSER in ERTLE 1997:71f). Das Zulassen dieser Ebenen versteht sich auf der einen Seite als Privileg der Klinikschulen (vor allem das Nacharbeiten von nicht verstandenem Schulstoff) ist aber auf der anderen Seite unerlässlich um den Ansprüchen kranker Schüler gerecht werden zu können.

Das Thema der Krankheit ist bei kranken Kindern immer präsent und oft dominant. Es ist wichtig dieses „persönliche Thema“ des Schülers in den Mittelpunkt des Unterrichts zu stellen. „Die körperliche und seelische Verfassung des kranken Schülers bestimmt Umfang, Inhalt und Didaktik des Unterrichts im Krankenhaus.“ (PFEIFFER 1998:16) Die Ausgangssituation ist also immer ganz individuell schülerabhängig und deshalb gibt es für den tatsächlichen Umgang auch keine Systematik (vgl. VOLK-MOSER in ERTLE 1997:75).

In jedem Fall muss der Unterricht in einer Klinikschule mehr sein als Stoffvermittlung und Nachhilfe, er symbolisiert den Gedanken an die Zukunft und an Normalität, die viele der Schüler verloren haben.

2.1.5 Die Rechtfertigung einer Klinikschule

Oft wird Klinikschulen der Vorwurf gemacht, sie würden den Kindern jetzt schon das Recht absprechen krank zu sein und sich erholen zu dürfen (vgl. SCHULDT in ERTLE 1997:35). G.G. Hiller provozierte 1995 bei der ersten Arbeitstagung des Forschungsprojekts „Schüler im Klinikum“ mit den Worten: „Die Pädagogik scheint vor nichts und niemandem halt zu machen...“ (vgl. SCHULDT in ERTLE 1997:35).

Beschäftigt man sich jedoch näher mit diesem Thema so erkennt man dass dieser Vorwurf so nicht gelten kann. Schule bedeutet für kranke Schüler viel mehr als die übliche Stoffvermittlung. Sie ist eine Brücke zum normalen Leben, zum Leben vor der Erkrankung (vgl. ERTLE in ERTLE 1997:11f). Das Anschlusshalten an den Kenntnisstand der Mitschüler (vgl. ERTLE in ERTLE 1997:11) ist für viele Schüler wichtig und lenkt die Gedanken auf die Zukunft. Bei Kindern und Jugendlichen, welche keine Chance mehr haben in ihr altes Leben einfach zurückzukehren, die z.B. nach einem Unfall behindert bleiben, erfahren durch den Unterricht wieder Erfolgserlebnisse, er hilft ihnen ihr so erschüttertes Selbstbild wieder aufzubauen.

Unterricht in einer Klinik ist also in seiner Bedeutung nicht mit dem Unterricht in Regelschulen für „gesunde Schüler“ zu vergleichen. Inwieweit sich die Einstellung der Schüler ändert macht folgende Aussage eines Patienten deutlich: „Früher dachte ich immer Kranksein ist gut, dann muss ich nicht in die Schule. Heute sage ich, Schule ist gut und Krankheit ist schlecht.“ (VOLK-MOSER in ERTLE 1997:70)

2.1.6 Klinikschule und Regelschule im Vergleich

Nach dieser Beschreibung der Institution Klinikschule ist es offensichtlich, dass sie im Vergleich zur Regelschule grundlegende strukturelle und organisatorische Unterschiede aufweist. In der Regelschule liegt der Schwerpunkt auf der Wissensvermittlung, auf der allgemeinen Bildung und dem Vermitteln bestimmter Kompetenzen und Fertigkeiten. Genau diese Ziele stehen im Unterricht einer Klinikschule jedoch hinter den persönlichen Bedürfnissen des Schülers an.

Diese Unterscheidung der beiden Schularten, welcher doch eher eine analytische Betrachtungsweise zugrunde liegt, zeigt uns aber dennoch einen idealtypischen Zustand auf (vgl. PFEIFFER 1998:16).

„In Wirklichkeit treten beide Formen des Lernens in unterschiedlichem Umfang nebeneinander auf.“ (PFEIFFER 1998:16) Auch in einer Klinikschule kommt es nicht selten vor, dass mathematische Formeln und Vokabeln gelernt werden. Oft wollen die Kinder ohne Rücksichtnahme auf ihre Krankheit etwas lernen. Genauso gut kann es aber auch in der Klasse einer Regelschule einen Schüler geben, der so von seinen Problemen eingenommen ist, dass er den Schulstoff in diesem Moment überhaupt nicht aufnehmen kann. (vgl. PFEIFFER 1998:16)

„In beiden Schulen muss dem eigentlich „systemfremden Lernen“ Raum gegeben werden, weil Gesundheit und Krankheit als eben relative Merkmale des Menschen gesehen werden können.“ (PFEIFFER 1998:16)

2.2 Klinikschule in der neurologischen Rehabilitation

Wie schon im vorangegangenen Kapitel zur allgemeinen Konzeption einer Klinikschule deutlich wurde, muss die Arbeitsweise der Schule auf die Patienten und Rehabilitanden und deren Voraussetzungen abgestimmt sein. Es ist deshalb, in Bezug auf meinen Aufenthalt an der Wilhelm-Bläsig-Schule, notwendig, die Klinikschule im medizinischen Feld der neurologischen Rehabilitation noch genauer zu betrachten. Gleichzeitig werde ich versuchen, dadurch einen detaillierteren Einblick in den möglichen Aufbau einer Klinikschule zu gewährleisten.

Bevor ich jedoch zum Konzept des Hegau-Jugendwerks, als Beispiel für eine Einrichtung der neurologischen Rehabilitation mit Klinikschule, komme, gilt es zunächst die medizinischen und auch die allgemeinen Grundlagen der neurologischen Rehabilitation und damit die Voraussetzungen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu definieren.

Dies wird jedoch stark zusammengefasst geschehen, da es sonst, als ein an sich sehr komplexes Thema, den Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

2.2.1 Neurologische Rehabilitation

Die Neurologie

Die Neurologische Rehabilitation ist im medizinischen Feld der Neurologie anzusiedeln. Die Neurologie ist ein Fachgebiet der Humanmedizin und beschäftigt sich mit der Diagnostik, der nichtoperativen Therapie, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung von Erkrankungen des zentralen², peripheren³ und vegetativen⁴ Nervensystems und der Muskulatur (vgl. LIEBSCH 2001: Vorwort). Sie kann auch als „Lehre von den Vorgängen im (zentralen und peripheren) Nerven-

² „das zentrale Nervensystem besteht aus dem Gehirn und dem Rückenmark.“ (RUTH 1998, S.17)

³ „Bezeichnung für die Gesamtheit der Anteile des Nervensystems, die als periphere Nerven und Ganglien sowohl mittels zuleitender Nervenbahnen Erregung aus der Körperperipherie und den inneren Organen zum zentralen Nervensystem übertragen...“ (BROCKHAUS 2002, Band 10 S.446)

⁴ „Eingeweide-Nervensystem, das die Funktion der Eingeweide steuert und kontrolliert.“ (vgl. BROCKHAUS 2002, Band 10 S.53)

system und seinen Erkrankungen“ definiert werden. (F.A.BROCKHAUS 2002:Band 10:71)

Im folgenden Text wird jedoch, auch in Bezug auf die neurologische Rehabilitation, ausschließlich von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) die Rede sein. Das zentrale Nervensystem „ist die große Schaltzentrale unseres Körpers.“ (RUTH 1998:17) Alle Impulse und willkürliche Gedanken, um eine entsprechend dem Leben dienende Reaktion auszulösen, werden dort verarbeitet und weitergeleitet. (RUTH 1998:17) Die Erkrankungen, bzw. Schädigungen von diesem Teil des Nervensystems, also des Gehirns und des Rückenmarks, sind dann auch die, welche wegen ihren einschneidenden Folgen (auf welche im Folgenden noch eingegangen werden wird) einer umfassenden Rehabilitation bedürfen.

Bei neurologischen Einschränkungen lassen sich **zwei Arten von Störungen** unterscheiden: einerseits gibt es die so genannten chronische Leiden (z.B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose), andererseits auch erst eingetretene Schädigungen, bzw. Funktionsausfälle (z.B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma, einem Schlaganfall) (vgl. MASUR in NELLES 2004:31).

Egal aus welchen Grund bei einem Patienten ein solches Leiden vorliegt, können prinzipiell immer mehrere Störungen nebeneinander bestehen. Es liegt also möglicherweise eine Beeinträchtigung mehrerer Funktionen auf verschiedenen Ebenen vor (vgl. MASUR in NELLES 2004:33). Dies bedeutet, dass ein Patient z.B. nicht nur bezüglich seiner Mobilität beeinträchtigt sein kann, sondern zusätzlich auch seine neuropsychologischen, sowie auch seine kommunikativen Fähigkeiten erheblich eingeschränkt sein können.

Der Grund hierfür liegt insbesondere an der Beschaffenheit des Gehirns, welches „als komplexes Organ für eine Vielzahl von Funktionen zuständig ist“ (vgl. MASUR in NELLES 2004:32).

BACH/HIEDL/STRORHMANN gliedern in WELTER/SCHÖNLE die Merkmale neurologischer Erkrankungen in die drei Bereiche „Beeinträchtigung der Beweglichkeit, Veränderungen der Körpersensibilität und Störungen kognitiver Funktionen“. (BACH/HIEDL/STRORHMANN in WELTER/SCHÖNLE 1997: 9)

Beeinträchtigung der Beweglichkeit

Ein Verlust der Bewegungsfähigkeit bedeutet immer auch ein „Verlust an Handlungsmöglichkeit“. (BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:9f) Viele Dinge können jetzt nicht mehr selbst erledigt werden. Bei grundlegenden Bedürfnissen sowie auch bei spontanen Wünschen ist man plötzlich auf die Hilfe anderer angewiesen. Dementsprechend werden auch das Verhaltensrepertoire und die persönliche Vielfalt durch eine Beeinträchtigung der Beweglichkeit eingeschränkt. (BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:10) Zu einer weiteren Belastung kann die körperliche Haltung eines erkrankten Menschen werden. So spielt sie „in der zwischenmenschlichen Kommunikation eine bedeutsame Rolle“. (BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:9) Wie jedoch wirkt dann ein Mensch auf Andere, wenn er mit gesenktem Kopf geht, um nicht über die nächste Bodenwelle zu stolpern? „Diese veränderte Ausstrahlung, die (unterschwellige) Zuschreibung lahm zu sein, behindert einen gelähmten Menschen zusätzlich zu seiner motorischen Einschränkung.“ (BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:10)

Beeinträchtigung der Körpersensibilität

Die Körpersensibilität „bietet eine wesentliche Orientierungshilfe für jeden Menschen“. (BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:10) Ständig muss unser Körper sensible Qualitäten über Temperatur, Druck, Schmerz, Lage, Licht, Geräusche, Gerüche, Geschmack, Beschaffenheit der äußeren Umgebung verarbeiten.

Im Gegensatz zu den motorischen Beeinträchtigungen, welche von der Umwelt sehr stark wahrgenommen werden, wird eine Störung der Körpersensibilität mehr vom Betroffenen verspürt, als das sie den Mitmenschen auffällt. Der Betroffene muss also zunächst selbst die vorhandene Behinderung wahrnehmen und berücksichtigen lernen. Dies ist wichtig für alle Situationen im Alltag, z.B. wenn es darum geht, sich nicht unter heißem Wasser zu verbrühen. (vgl. BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:10)

Störungen der kognitiven Funktionen

“Neuropsychologische Störungen, z.B. Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis, können schwerwiegende Einbrüche in der gewohnten Lebensgestaltung bewirken.“ (BACH/HIEDL/STRORHMANN in WELTER/SCHÖNLE 1997:10)

Da die meisten Informationsverarbeitungsprozesse ohne unsere bewusste Steuerung ablaufen, ist es für Betroffene schwer, sich Veränderungen der kognitiven Funktionen bewusst zu machen. „Die Auswirkungen aber beeinflussen den Bezug des Kranken zu sich selbst und seiner Umwelt oft so stark, dass es zu massiven Konflikten kommt.“ (BACH/HIEDL/STRORHMANN in WELTER/SCHÖNLE 1997:11)

Besonders eine Störung der Sprache verhindert oftmals das gewohnte Teilnehmen an der sozialen Welt. (vgl. BACH/HIEDL/STRORHMANN in WELTER/SCHÖNLE 1997:9)

Um der Komplexität möglicher Störungsbilder trotz der starken Zusammenfassung gerecht werden können, möchte ich an dieser Stelle auch noch den Gliederungsansatz von SCHÖNLE in FIRSCHAU und KAHL (vgl. SCHÖNLE in FIRSCHAU/KAHL 2002:16f) vorstellen, welche die Störungen in körperliche Funktionen, psychische Funktionen und lebenswichtige Funktionen einteilen.

Körperliche Funktionen

Zu diesen Funktionen zählen unter Anderem die lebenswichtigen vegetativen Leistungen: „Steuerung des Bewusstseins, der Wachheit, des Schlaf-/Wachrhythmus, Steuerung von Herz und Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Hormonsystem und Temperaturregelung.“ (SCHÖNLE in FIRSCHAU/KAHL 2002:16) Des Weiteren werden die „sensibel-sensorischen Leistungen“ (Regulierung der Muskelkraft und der Muskelspannung, Programmierung einfacher und komplexer Bewegungen, die Berührungsempfindung, Schmerz- und Temperaturwahrnehmung, Sehen, Hören, Riechen und Schmecken) dazugezählt.

SCHÖNLE fasst also die von BACH/HIEDL/STRORHMANN als Beeinträchtigung der Beweglichkeit und Beeinträchtigung der Körpersensibilität getrennten Störungsfelder zusammen.

Die **psychischen Funktionen** von SCHÖNLE entsprechen jedoch den kognitiven Funktionen von BACH/HIEDL/STRORHMANN, weshalb ich sie nicht noch mal genauer ausführen möchte.

Der dritte Bereich von SCHÖNLE beinhaltet weniger eine „andere Art“ der Störung, als möchte er vielmehr deutlich machen, wie schlimm eine Solche Schädigung sein kann.

Lebenswichtige Funktionen

„Bei schwerster Hirnschädigung kommt es zu einer Störung der lebenswichtigen Funktionen, der Steuerung des Bewusstseins, der Herztätigkeit, des Kreislaufs und der Atmung in Form des Komas, das eine intensivmedizinische Behandlung notwendig macht.“ (SCHÖNLE in FIRSCHAU/KAHL 2002:17)

Nach einer schweren Hirnschädigung kommt es zur Einschränkung aller Leistungen des menschlichen Nervensystems und damit zu einem Verlust der Steuerung aller psychischen und körperlichen, insbesondere der lebenswichtigen Funktionen bis hin zum Koma oder Tod (vgl. SCHÖNLE in FIRSCHAU/KAHL 2002:16f). Die daraus folgenden Funktionsstörungen treffen den Menschen „im Kern seines menschlichen Daseins“. (SCHÖNLE in FIRSCHAU/KAHL 2002:16)

Natürlich hängt der Umgang mit einer solchen Störung auch davon ab in welcher Zeitspanne sie eintritt und welche Zukunftsperspektiven der Betroffene hat (vgl. WELTER/SCHÖNLE 1997:11). Konnte man sich langsam an die Behinderung gewöhnen, oder war sie auf einmal schlagartig vorhanden? Ist eine Heilung, oder wenigstens eine Verbesserung möglich oder muss man sich mit der Behinderung abfinden?

Tatsache aber ist, dass Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) zu schweren neurologischen Ausfällen mit schicksalhaften Konsequenzen für die Betroffenen führen können (vgl. NELLES 2004:1).

Eine Schädigung der Nerven kann nicht unmittelbar behoben werden (vgl. BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:11). Nur selten wird daher „nach ZNS- Schäden eine vollständige funktionelle Restitution erreicht“. (NELLES 2004: 1)

Eine Rückbildung ist jedoch möglich und hängt in erster Linie von der Größe und der Lokalisation der Hirnschädigung ab (vgl. NELLES 2004:1). Des Weiteren hat unser Gehirn eine so genannte „**neuronale Plastizität**“. Dies bedeutet es ist fähig „in Reaktion auf morphologische Veränderungen oder auch veränderte Umweltbedingungen modifizierte Organisationsstrukturen zu entwickeln.“ (NELLES 2004:2) Das Gehirn kann sich also laufend selbst umorganisieren und in dieser Plastizität wird ein großes Selbstheilungspotential des Gehirns vermutet. (vgl. NELLES 2004: 2)

HUMMELSHEIM fasst dies in seinem Buch folgendermaßen zusammen: „Aktuelle Untersuchungen belegen, dass funktionelle und strukturelle Umorganisation ein Grundprinzip der Funktionsweise des intakten ebenso wie des geschädigten Gehirns bilden.“(HUMMELSHEIM 1998:3) Er nennt in seiner Aussage also auch explizit die Umorganisation eines geschädigten Gehirns und leitet damit auf den Begriff „Vikariation“ über. Mit „**Vikariation**“ wird beschrieben, dass „die Funktion eines geschädigten Hirnareals durch eine andere Hirnregion übernommen wird“. (vgl. NELLES 2004: 2)

Trotz dieser bestehenden Möglichkeiten der „Heilung“, bzw. der Kompensation von, durch Erkrankungen des ZNS entstandenen, Schädigungen, hat die Medizin für viele Störungen noch keine Heilungsmöglichkeiten gefunden (vgl. BACH/HIEDL/STORRHMAN in WELTER/SCHÖNLE 1997:11). Aus dieser Tatsache, dass eben nicht alle neurologischen Erkrankungen sofort zur vollen Wiederherstellung ausheilen, ergibt sich die Notwendigkeit einer gezielten und fachlich fundierten neurologischen Rehabilitation (vgl. WELTER/SCHÖNLE 1997:2).

Die neurologische Rehabilitation

Im Duden findet sich zum Begriff „Rehabilitation“ folgende Definition: „*allg.*: die Wiederherstellung des Ansehens einer Person oder Personengruppe in der Öffentlichkeit, die Wiedereinsetzung in frühere (Ehren-)Rechte. *Sozialmedizin* und *Sozialpolitik*: Wiederherstellung der körperl., geistigen und berufl. Fähigkeiten eines durch Krankheit, Unfall oder angeborene Fehler geschädigten Menschen mit ärztl., techn., psycholog., pädagog. und berufsfürsorger. Maßnahmen, einschließlich seiner Eingliederung in das gesellschaftl. , meist auch das berufl. Leben...“ (F.A.BROCKHAUS 2002, Band 11:360f)

Schon in dieser allgemeinen Definition des Begriffs „Rehabilitation“ wird die Komplexität und Vielschichtigkeit des Begriffs deutlich.

Bezogen auf die neurologische Rehabilitation begründet sich dieses „umfassende, aber individuelle und im Einzelfall auf einen längerfristigen Zeitraum angelegte Behandlungskonzept“ (SCHÖNLE in FIRSCHAU und KAHL 2002:16), welches die Planung und die Umsetzung beinhaltet, in den Funktions- und Organisationsprinzipien des Gehirns, den unterschiedlichen Schweregraden der Störungen und der unterschiedlichen Rückbildungsfähigkeit.

Die neurologische Rehabilitation unterliegt dem „Prinzip der Multi- und Interdisziplinarität“ und dem „Team-Prinzip“, d.h. sie findet zwar unter Anleitung eines Facharztes statt, erfordert aber einen unabdinglichen Austausch aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten, was auch das Zurückstellen von berufsgruppenspezifischer Egoismen einschließt (vgl. WELTER/SCHÖNLE 1997:3).

Das **Hauptziel der neurologischen Rehabilitation** ist laut HUMMELSHEIM (vgl. HUMMELSHEIM 1998:26) die Minderung funktioneller und sozialer Auswirkungen der Störungen. MASUR (vgl. MASUR in NELLES 2004:31) präzisiert diese Aussage noch dadurch, dass er davon spricht „die bei den Patienten eingetretenen Funktionsausfälle zu beseitigen, zu mindern oder –wo dies nicht möglich ist- zu kompensieren.“

In dem von Nelles zur Neurologischen Rehabilitation herausgegebenen Buch befindet sich folgendes Schaubild zu den globalen Rehabilitationszielen:

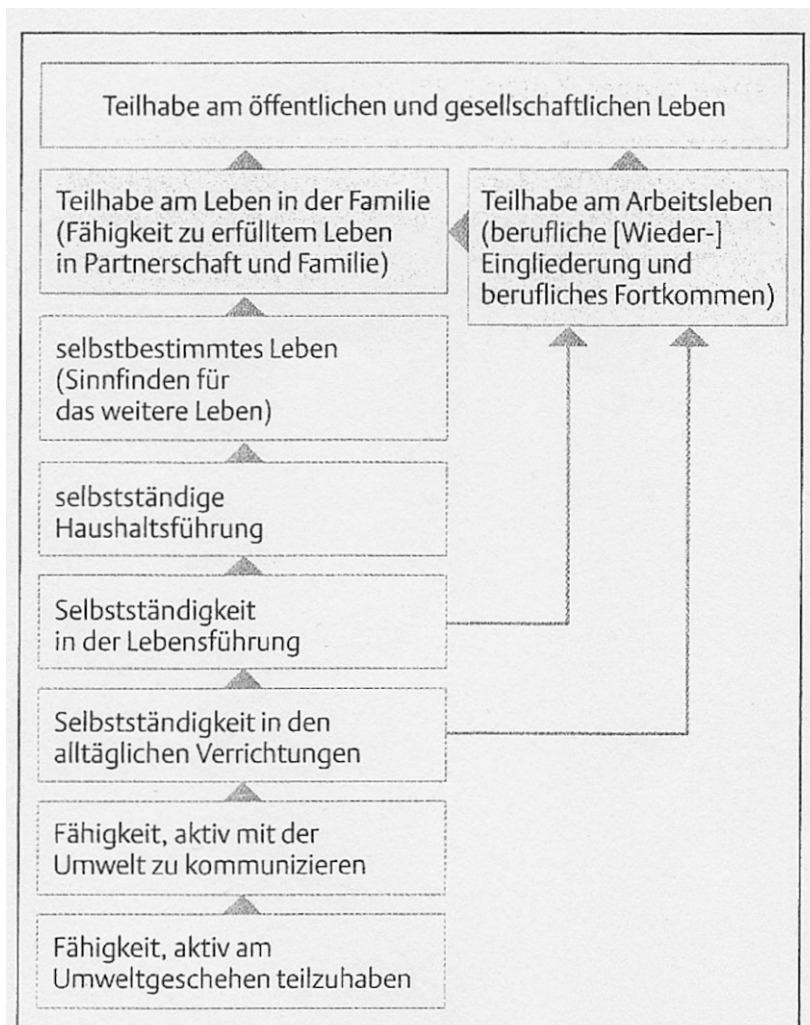


Abb. 2.4 Globale Rehabilitationsziele in der (Neuro-)Rehabilitation.

(SCHUPP in NELLES 2004:21)

Die Komplexität der neurologischen Rehabilitation zeigt sich auch in deren Gliederung in Phasen, die durch „unterschiedliche Behandlungskonzepte, Struktur- und Prozessmerkmale charakterisiert sind“. (SCHÖNLE in FIRSCHAU und KAHL 2002: 16)

Phasen der neurologischen Rehabilitation

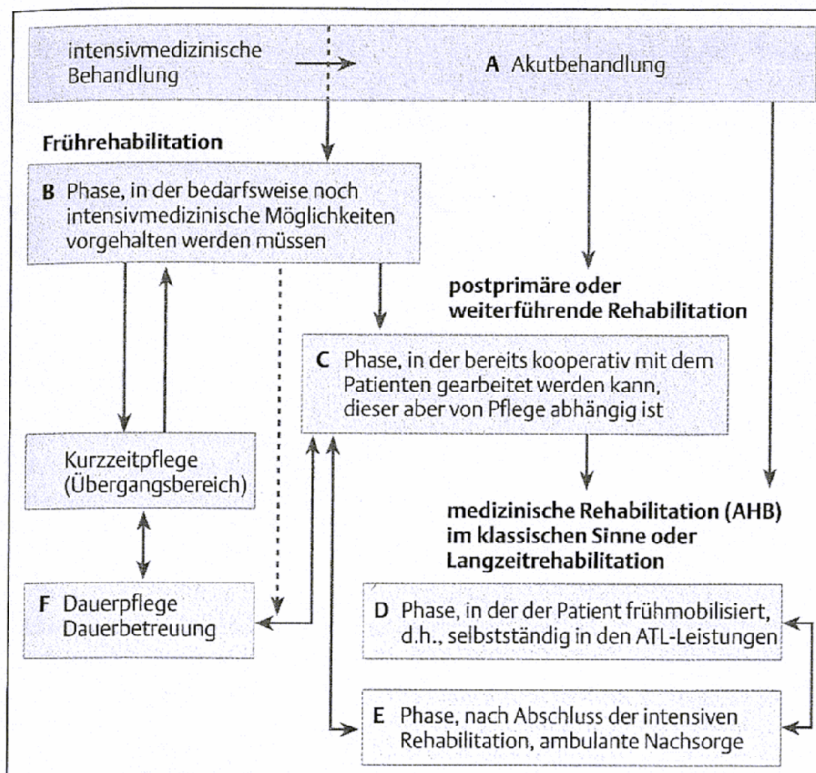


Abb. 2.5 Phasenmodell der neurologischen/neurochirurgischen Behandlung und Rehabilitation (BAR 1998)

(SCHUPP in NELLES 2004: 25)

Phase A: Phase der **Akutbehandlung**, welche auf der Intensiv-, oder der Normalstation stattfinden kann.

Phase B: **Frührehabilitation**; Patient ist noch bewusstlos, bzw. stark bewusstseinsgetrübt

Phase C: **Frühmobilisation, bzw. postprimäre Rehabilitation**; eine Kooperation des Patienten ist bereits möglich, aber er Patient ist auch weiterhin auf Hilfe bei den meisten Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen.

Phase D: Allgemeine Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung; Patient ist in bei alltäglichen Tätigkeiten weitgehend selbstständig und soll jetzt für das die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft (wieder) befähigt werden.

Phase E: (ambulante) Nachsorge und Langzeitbetreuung; berufliche und psychosoziale (Wieder-)Eingliederung im Alltag von selbstständigen Rehabilitanden

Phase F: zustandserhaltende Pflege; Patienten die in Phase B und C keinen Fortschritt erzielen konnten und jetzt einer dauerhaften Pflege bedürfen.

(vgl. SCHÖNLE in WELTER/SCHÖNLE 1997, S.330; SCHUPP in NELLES 2004: 25)

Wie schon erwähnt haben neurologische Erkrankungen meistens die Beeinträchtigung mehrerer Funktionen zur Folge, was natürlich in der Rehabilitation berücksichtigt werden muss. Wie ein solch vielfältiges Angebot (in dessen Rahmen auch die Klinikschule fällt) aussehen kann, wird im nächsten Kapitel 2.2.2. anhand des Hegau-Jugendwerks veranschaulicht.

2.2.2 Das Hegau-Jugendwerk



Bei dieser Einrichtung handelt es sich um ein Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum, das Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine umfassende, ganzheitliche Rehabilitation anbietet.⁵ 1972 wurde es als bundesweite Modelleinrichtung gegründet und ist seit 1999 eine Gesellschaft im Gesundheitsverbund der HBH-Kliniken.

In die Klinik werden Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von bis zu 21, in Ausnahmefällen (z.B. wenn eine spezielle berufliche Fragestellung vorliegt) auch bis zu einem Alter von 25 Jahren aufgenommen. (vgl. SCHRIFTENREIHE 11:4)

Behandelt und rehabilitiert werden im Hegau-Jugendwerk Erkrankungen oder Verletzungen des Nervensystems.

⁵ Die Unterscheidung zwischen dem Neurologischen Fachkrankenhaus und dem Rehabilitationszentrum führt auch zu einer Unterscheidung zwischen Patienten und Rehabilitanden. Diese Unterscheidung ist vor allem in Bezug auf rechtliche und finanzielle (unterschiedliche Kostenträger) Gesichtspunkte wichtig.

Für mein Thema der Arbeit ist diese Unterscheidung jedoch nicht notwendig und ich werde deshalb im weiteren Text nur von Patienten sprechen. In diesem Begriff sind dann die Rehabilitanden mit eingeschlossen.

Differenziert betrachtet liegen folgende Aufnahmeindikatoren vor (Zeitschrift HE-GAU-JUGENDWERK:4):

- Erworbene Hirnschädigungen und deren Folgezustände durch
 - Unfall
 - Cerebralen⁶ Gefäßprozess
 - Hirntumor
 - Cerebrale Hypoxie⁷
 - Entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems (insbesondere auch Multiple Sklerose⁸)
- Querschnittslähmungen mit spezieller Fragestellung
- Angeborene/frühkindliche Schädigung des (zentralen) Nervensystems z.B. perinatale/frühkindliche Hirnschädigung, Spina-bifida⁹
- Cerebrale Krampfleiden
- Erkrankungen/Schädigungen des peripheren Nervensystems z.B. Guillain-Barré-Syndrom¹⁰
- (Neuro-) muskuläre Erkrankungen
- Degenerative¹¹ und stoffwechselbedingte Erkrankungen des Nervensystems

⁶ Nach lat. „Cerebrum“, das Gehirn (F.A.BROCKHAUS 2002, Band 2:424)

⁷ „Sauerstoffmangel in den Körpergeweben“ (F.A.BROCKHAUS 2002, Band 6:354),
in diesem Fall im Gehirn

⁸ „organische Krankheit des Rückenmarks und des Gehirns, bei der scharf abgegrenzte Entzündungsherde (mit Zerfall von Markscheidengewebe und nachfolgender Gewebsverhärtung)entstehen...zu den häufigsten ,unterschiedlich stark ausgeprägten und selten gleichzeitig auftretenden Symptomen zählen reversible Lähmungserscheinungen an den Gliedmaßen, Gefühlsstörungen (v.a. Taubheitsgefühl), Zittererscheinungen bei beabsichtigten Bewegungen sowie Sehstörungen.“ (F.A.BROCKHAUS 2002, Band 9:413)

⁹ „angeborene Spaltbildung der Wirbelsäule“ (F.A.BROCKHAUS 2002, Band 13:211)

¹⁰ „Bei dem Guillaïn-Barré-Syndrom (auch akute idiopathische Polyradikuloneuritis) handelt es sich um eine Erkrankung bei der sich das Immunsystem gegen die Markscheiden der peripheren Nerven des menschlichen Körpers richtet und diese zerstört. Durch den Verlust dieser "Myelinscheiden" kommt es zu einer Herabsetzung der Nervenleitgeschwindigkeit bis zum vollständigen Verlust der Nervenfunktion.“

(http://www.autoimmun.org/erkrankungen/guillain_barre_syndrom.html)

¹¹ Nach „Degeneration“, Rückbildung (von Zellen und Organen) (LEXIKON DER FREMDWÖRTER 1999: 57)

- Schulische Leistungsproblematik aufgrund neuropsychologischer Teilleistungsstörungen
- Störungen der Aufmerksamkeitsfunktionen (z.B. ADS¹²)

Dabei ermöglicht das umfangreiche diagnostische und therapeutische Angebot „eine nahtlose, umfassende und kontinuierliche Rehabilitationsbehandlung der Patienten von der Übernahme aus der Akutklinik bis zur schulischen bzw. beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.“ (SCHRIFTENREIHE 9:5)

Durch die Erkrankungen und Schädigungen des Gehirns, welche bei den Patienten vorliegen, kann es vorübergehend, aber auch langfristig zu Fähigkeitsstörungen auf dem körperlichen, seelischem oder geistigem Gebiet kommen.

Ziel der neurologischen Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk ist es deshalb, „Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zur Rückkehr in Familie, Schule oder Beruf und soziales Umfeld zu verhelfen“ und dabei ihre Wünsche, Vorstellungen und Fähigkeiten zu berücksichtigen. (vgl. SCHRIFTENREIHE 11:5)

Wie im allgemeinen Teil zur neurologischen Rehabilitation schon genannt gliedert sich die Rehabilitation in die Phasen A-F.

Das Hegau-Jugendwerk übernimmt die Versorgung der Patienten in den Phasen B, C und D:

- **Frührehabilitation (Phase B)**

Rehabilitation derer Patienten, deren Zustand zwar eine Rehabilitation zulässt, die aber dennoch intensivmedizinische Betreuung brauchen.

- **Schwerrehabilitation (Frühmobilisation) (Phase C)**

Diese Patienten brauchen zwar keine intensivmedizinische Betreuung mehr, sind aber dennoch weitgehend auf fremde Hilfe angewiesen.

Stattfinden können sollte jedoch eine Kontaktaufnahme und auch ein Mindestmaß an Mitarbeit bei den Therapien muss möglich sein.

¹² „Aufmerksamkeitsdefizit-Störung“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Broschüre zum Thema „ADHS- was bedeutet das?“)

Auch Kinder, bei denen keine akute Erkrankung vorliegt, sondern eine Erkrankung, die schon länger her, bzw. angeboren ist fallen in diesen Bereich der Rehabilitation.

- **Allgemeine Rehabilitation (Phase D)**

In diesem Bereich sind die Patienten im Alltagsgeschehen (z.B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Mobilität) schon wieder weitgehend selbstständig.

Die allgemeine Rehabilitation teilt sich in einen Bereich für junge Erwachsene und in das Kinderhaus (Kinder im Alter von 2-15 Jahren).

(vgl. Homepage Hegau- Jugendwerk)

Im Bereich der Frührehabilitation gibt es 18 Krankenhausbetten, in der Schwerrehabilitation stehen 28 Betten zur Verfügung und der Bereich der allgemeinen Rehabilitation beinhaltet 154 Behandlungsplätze (vgl. SCHRIFTENREIHE 11:4).

In der allgemeinen Rehabilitation sind Patienten der medizinisch-schulisch-beruflichen Rehabilitation in Zweibettzimmern, Kinder im Alter von 2-15 Jahren in familienähnlichen Wohngruppen im „Hannelore-Kohl-Kinderhaus“ untergebracht (vgl. SCHRIFTENREIHE 11: 4).

Ebenfalls möglich sind eine teilstationäre Behandlung der Kinder, sowie die Möglichkeit für die Eltern ebenfalls auf dem Gelände des Hegau-Jugendwerks zu wohnen.

„Rehabilitation im Hegau-Jugendwerk geht von einem umfassend ganzheitlichen Behandlungsansatz aus.“ (SCHRIFTENREIHE 11:6)

Aus einer zu Beginn der Rehabilitation durchgeführten klinisch-neurologischen, neuropsychologischen, funktionsbezogenen und psychosozialen Diagnostik ergibt sich dann eine individuelle Problematik und Fragestellung des Patienten. (SCHRIFTENREIHE 11: 6)

Nach dem Erkennen dieser individuellen Problematik steht das Erarbeiten eines Therapieplans, in welchem, zeitlich und inhaltlich sinnvoll abgestimmt, alle notwendigen Fördermaßnahmen festgelegt werden.

Möglichkeiten zur Förderung im Hegau-Jugendwerk:

- Der Sozialdienst
- Die Eltern-, bzw. Angehörigenarbeit
- Die Psychotherapie
- Die Ergotherapie
- Die Logopädie
- Das überregionale Zentrum für Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- Die unterstützte Kommunikation
- Die Musiktherapie
- Die Physiotherapie
- Die Sporttherapie
- Die Schwimmtherapie
- Die Massage- und medizinische Bäderabteilung
- Die Berufstherapie
- Das sozialpädagogische Angebot
- **Die Krankenhausschule**

„Die Umsetzung des Reha-Planes ist Aufgabe konstruktiver, integrativer, interdisziplinärer Zusammenarbeit in einem multiprofessionellem Team aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Fachtherapeuten, Lehrern und Pädagogen.“ (SCHRIFTENREIHE 9: 6f)

2.2.3 Wilhelm-Bläsig-Schule

Wie ich bereits angedeutet habe, kann die Struktur einer Klinikschule von der einer Regelschule abweichen und ist ganz auf die Voraussetzungen und Bedürfnisse der Patienten abgestimmt. Auch die Klinikschulen können daher unterschiedliche Konzeptionen aufweisen. Im folgenden Kapitel werde ich das Konzept der Wilhelm-Bläsig-Schule, stellvertretend für mögliche Klinikschulen-Konzepte vorstellen.

Bei der Wilhelm-Bläsig-Schule handelt es sich um eine staatlich anerkannte Privatschule, an welcher ganztags das ganze Jahr ohne Unterbrechung durch Schulferien unterrichtet wird.

Unterricht wird in allen Schularten, d.h. im Bereich Grund-, Haupt- und Realschule, sowie im Gymnasium und der Sonderschule, erteilt.

Das Ziel ist es, „Grundlagen für ein erfolgreiches Lernen zu schaffen, damit die Heimatschule weiter besucht oder der Wechsel an eine andere Schule oder in eine Ausbildung vorbereitet werden können.“ (SCHRIFTENREIHE 9:25)

Für viele der Patienten stellt die Schule, bzw. die Ausbildung den Schwerpunkt der Lebensperspektive dar. Für die meisten der Patienten veränderte sich das Leben schlagartig durch eine Erkrankung, einen Unfall. Die Tatsache, nicht mehr wie gewohnt am Alltag teilhaben zu können, stellt eine sehr schwierige Phase im Leben der Kinder und Jugendlichen dar. Die Patienten müssen auf die veränderte Situation vorbereitet werden, bzw. es muss ihnen geholfen werden, sich in der neuen Situation zu Recht zu finden.

Eine weitere Gruppe stellt solche Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsene dar, die zwar schon von Geburt an mit ihren Einschränkungen konfrontiert sind, jedoch auf Besserung hoffen.

Insgesamt hat jeder Patient seine ganz individuellen Voraussetzungen bedingt durch die individuellen Teilleistungsstörungen.

Um die vielfältigen Möglichkeiten dieser „individuellen Teilleistungsstörungen“ zu verdeutlichen, möchte ich im Folgenden mögliche Bereiche der Störung noch differenzierter als in Kapitel 2.2.1. darstellen. Nur wenn man die mögliche Komplexität einer Schädigung des zentralen Nervensystems erfasst, kann man die daraus entstehenden Anforderungen (an die Umwelt und auch an die Lehrperson) nachvollziehen und verstehen.

Ich werde mich auf die Differenzierung von GERARD/LIPINSKI/DECKER in ihren Buch „Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kinder und Jugendlichen“ beziehen.

- Körper und Bewegungsstörungen
(vgl. GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996:74ff)
Grob zu unterscheiden sind zunächst die **Paresen** (Teillähmungen) und die **Plegien** (vollständige Lähmungen).
Des Weiteren wird differenziert zwischen:
 - **schlafte Lähmungen** (jeglicher Informationsfluss kommt in der betroffenen Nervenleitbahn zum Erliegen)
 - **spastische Bewegungsstörungen** (meist erhöhte Muskelspannung, was unwillkürliche, nicht steuerbare Bewegungen zur Folge hat)
 - **Ataktische Bewegungsstörungen**
(Bewegungskoordinationsstörungen)
 - **Sensibilitätsstörungen** (Störung von Empfindungen wie Schmerz, Berührungen und vom Lagesinn)

- Änderungen des Verhaltens und Erlebens
(vgl. GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996:82ff)
 - **Veränderung der Persönlichkeit** (Nivellierung, Überspitzung und Veränderung von Eigenschaften)
 - **Verlangsamung** (das Kind braucht mehr Zeit um etwas zu verarbeiten und dann zu reagieren, dies muss aber kein Hinweis auf eine eingeschränkte Intelligenz sein)
 - **Umstellfähigkeit** (man scheint an gleichem und gewohnten zu kleben und kann sich nicht davon lösen)

- **Antrieb** (Schwierigkeit sich zu entschließen etwas (Neues) zu tun)
 - **Entwicklungsrückstand** (Betroffene reagieren plötzlich, als wären sie jünger, als sie eigentlich sind)
 - **Psychische Reaktionen** (veränderte Verhaltensweisen, z.B. Weinerlichkeit, Wutausbrüche, häufiges Kaspern, stiller Rückzug...)
- Wahrnehmungsstörungen
(vgl. GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996:93ff)
„visuelle Wahrnehmung ist mehr als Sehen. Es umfasst das Erkennen und das Deuten des Gesehenen.“ (GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996: 93)
 - **spezielle Formen der visuellen Wahrnehmungsstörungen**
 - Uhrzeitagnosie** (Problem, die Uhrzeit abzulesen)
 - Objektagnosie** (Problem Objekte wieder zu erkennen)
 - Prosopagnosie** (Problem Gesichter wieder zu erkennen und zu unterscheiden)
 - **Störungen des räumlichen Wahrnehmens und des räumlichen Denkens**
 - **Störung der Körperwahrnehmung** (Schwierigkeit auf Aufforderung bestimmte Körperteile zu zeigen)
 - **Der Neglect** (Eine Raum- und/oder Körperhälfte wird mehr oder weniger gar nicht beachtet)
 - Störung der Kommunikation
(vgl. GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996:101ff)
„Kommunikation umfasst sprachliche (verbale) und nicht- sprachliche (non-verbale) Elemente.“ (GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996: 101)
 - **Sprach- und Sprechstörungen**
 - Aphasien** (Sprachstörungen, jedoch kein vollständiger Sprachverlust. Man unterscheidet verschiedene Formen und Schweregrade. Je nach Verletzungsort sind das
 - Sprachverständnis** (Verstehen von gesprochener und geschriebener Sprache) und/oder die **Sprachproduktion** (Sprechen und Schreiben) gestört.

- **Posttraumatischer Mutismus** (funktionelle Störung die verhindert, dass die Kinder sprechen können)

- Störungen der Bewegungsabläufe: Apraxien
(vgl. GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996:108ff)
 - **Ideomotorische Apraxie** (Einzelbewegungen auf Aufforderung können nicht mehr in die Praxis umgesetzt werden)
 - **Ideatorische Apraxie** (Unsicherheit, bzw. Unfähigkeit, die für eine Handlung notwendigen Schritte auszuwählen und die Handlung dann in richtiger Reihenfolge der Schritte durchzuführen)

- Kognitive Beeinträchtigungen
(vgl. GERARD/LIPINSKI/DECKER 1996:111ff)
 - **Intelligenz** (Herabsetzung des Gesamtniveaus, aber auch nur Beeinträchtigung einzelner Fähigkeiten)
 - **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen**
 - **Merk- und Gedächtnisstörungen**

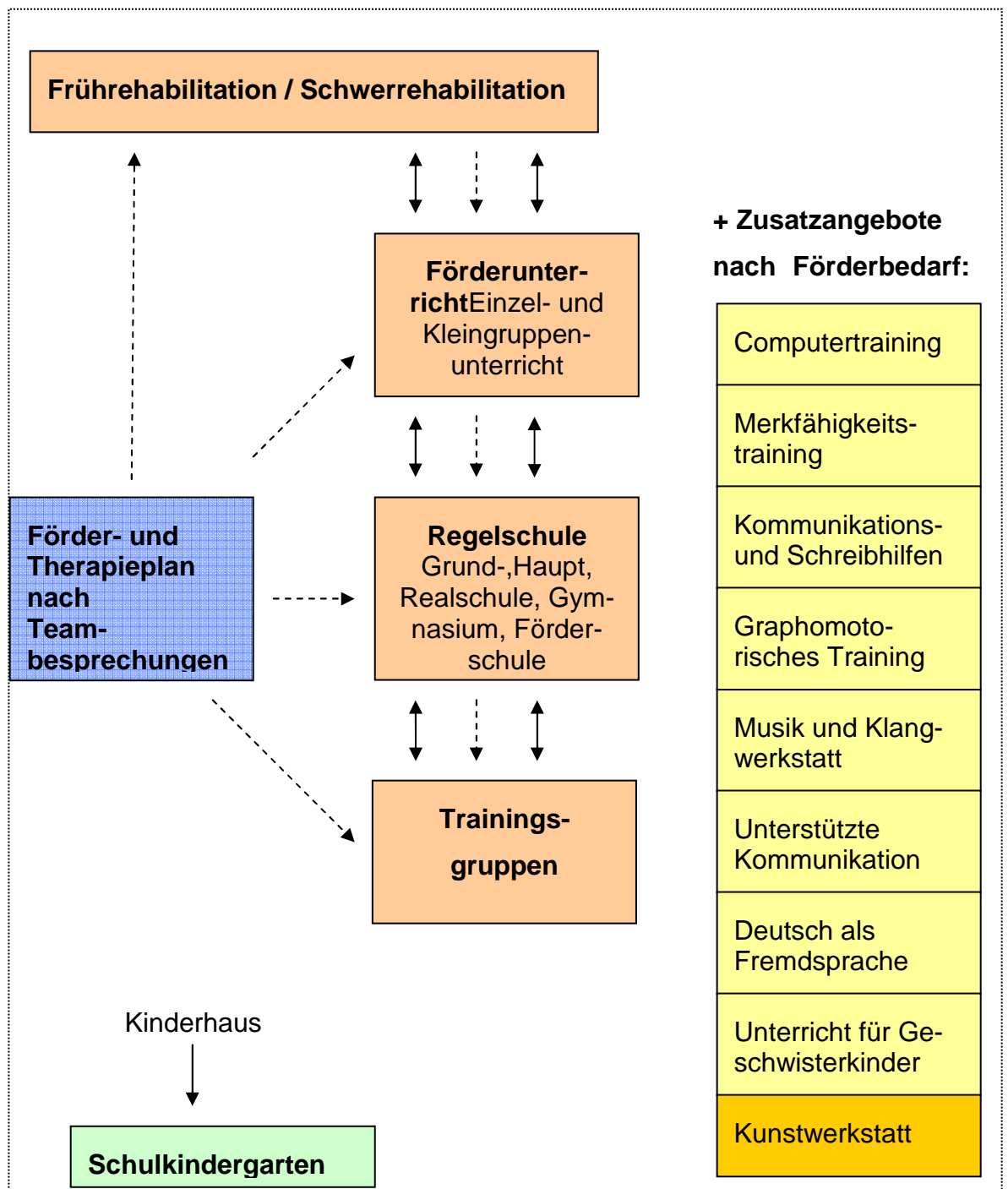
Auf all diese Störungen muss Rücksicht genommen werden. Erst wenn eine entsprechende Stabilisierung vorhanden ist und entstandene Lücken aufgearbeitet wurden (vgl. SCHRIFTENREIHE 9:26), wird zur Vermittlung von Wissen übergegangen. Dennoch steht bei der Vermittlung von Wissen, das Grundlagenwissen und das Erlernen von effizienten Arbeitstechniken vor der reinen Wissensvermittlung in bestimmten Schulfächern. (vgl. SCHRIFTENREIHE 9:26) Außerdem ist es wichtig, den Schülern eine positive Erfahrung zu ermöglichen, Selbstvertrauen aufzubauen und Spaß am Lernen zu wecken.

Auch aufgrund der kleinen Klassen sind ein starke Differenzierung und dadurch eine gezielte Förderung ausgehend von individuellen Fähigkeiten und Interessen möglich.

„Die Voraussetzungen unter denen Lernprozesse nach Hirnverletzungen wieder in Gang gesetzt, stabilisiert und gefördert werden können, sind äußerst vielfältig und vor allem individuell sehr verschieden.“ (SCHRIFTENREIHE 11:7)

Auf dieser Aussage könnte das Konzept der Wilhelm-Bläsig-Schule mit ihrem vielfältigen Angebot basieren.

Das folgende Schaubild soll helfen die Struktur des Konzepts zu verstehen und auch gleich zeigen wo die Kunstwerkstatt und somit der Ort für meine Untersuchung einzugliedern ist.



3 Kunst in der Klinikschule

Ich möchte nun zu meinem Kernthema dieser wissenschaftlichen Hausarbeit kommen, dem Kunstunterricht in einer Institution, die sich Klinikschule nennt.

Ich werde zunächst den Begriff der „Kunst“ versuchen zu erklären und deutlich zu machen, was man unter diesem Begriff verstehen kann, bzw. verstehen sollte. In dem Kapitel 3.2. möchte ich mir zunächst allgemein Gedanken darüber machen, was Kunstunterricht in einer Klinikschule bedeutet, welche Aufgaben ihm zukommen können und dann anhand der Kunstwerkstatt der Wilhelm-Bläsig-Schule ein konkretes Beispiel dafür vorstellen.

Der Kunstunterricht in der Wilhelm-Bläsig-Schule ist ein Teil des Therapieplans der Kinder- es liegt also die Vermutung nahe, dass auch therapeutische Gesichtspunkte ihren Platz im Unterricht einer Klinikschule haben. Anne Habermehl beschreibt in ihrem Artikel das Hegau-Jugendwerk als einen „Ort der Förderung und der Therapie“ (HABERMEHL 2002: 5) Die Frage ist nun, welche Rolle die Schule, der dort stattfindende Unterricht und der Kunstunterricht im Speziellen spielt. Bleibt ihr die Rolle des Förderers, während die Therapie an anderen Orten des Jugendwerks stattfindet, oder finden sich auch in der Schule therapeutische Grundgedanken wieder? In Kapitel 3.3. möchte ich, in Bezug auf den Kunstunterricht, untersuchen inwiefern das zutrifft und die Therapie in diesem Fall zusammen mit der Pädagogik auftritt.

3.1 Der Kunstbegriff

„Kunst (zu können), 1) im weitesten Sinne jede auf Wissen und Übung gegründete Tätigkeit (z.B. Reitkunst, Kochkunst) oder ein vom Menschen im Gegensatz zur Natur geschaffenes Produkt (Kunstdünger, Kunstfasern; Adj.: künstlich); 2) im engeren Sinne schöpferisch gestaltende Tätigkeit, die sich durch Bearbeitung innerer und äußerer Erfahrungsinhalte mit der Welt auseinandersetzt und auf Wertsetzung im Kunstwerk und Werteerlebnis des Betrachters abzielt. Auch Inbegriff aller einzelnen Kunstwerke;

3) im engsten Sinne die bildende Kunst“

(MÄCKLER 2003:12)

Schon diese von Mäckler der Brockhaus-Enzyklopädie (1970) entnommene Definition des Begriffes „Kunst“ lässt die Vielschichtigkeit dieses Begriffs erahnen.

Geht man vom Kunstbegriff im weitesten Sinne aus, so gelingt es zumindest teilweise noch Kriterien bezüglich der Frage „was ist Kunst“ aufzustellen. Spricht man von der Reitkunst, so gibt es in den verschiedenen Sparten (Dressur, Springreiten...) klare Vorgaben, welche dann erlauben darüber zu urteilen, ob die Kunst in diesem Falle den Vorgaben genügt oder nicht.

Bezüglich meiner Arbeit ist aber der Kunstbegriff im engeren, bzw. im engsten Sinne von Bedeutung. Hier fällt die genaue Definition schon schwerer, bzw. wird unmöglich. Betrachtet man die verschiedenen Stilepochen, so gibt es zwar charakteristische Merkmale einer solchen, im Prinzip ist aber immer auch eine subjektive Auslegung mit im Spiel. Diese Subjektivität spielt sowohl beim Künstler als auch beim Betrachter eine wichtige Rolle.

Schuster beschreibt dies in seinem Buch „Wodurch Bilder wirken- Psychologie der Kunst“ trefflich mit den Worten: *„Die Reaktionen von Menschen auf Kunstwerke sind individuell verschieden. Die Bewertung erfolgt für gewöhnlich auf der Grundlage biographischer Erfahrungen und kulturell vermittelter Wissensstrukturen. ... Der Kunstbegriff ist natürlich erlernt, wahrscheinlich von den Eltern, und hat also selbst ein bestimmtes Alter, seine Wurzeln dürfen wir in den verschiedenen Kunstdefinitionen der vergangenen Jahrzehnte oder sogar Jahrhunderte suchen,*

den die Eltern haben ihren Kunstbegriff von den Großeltern übernommen usw.. Nur solche Menschen, die sich speziell mit Kunst und besonders mit zeitgenössischer Kunst beschäftigen, kommen in Kontakt mit dem – oft auch nur implizit formulierten - Kunstbegriff der Gegenwart.“ (SCHUSTER 1997:14)

Die von Schuster angesprochenen Kunstdefinitionen vergangener Jahrzehnte und Jahrhunderte, mit ihrem Ansatz Kunst in enge Verbindung „mit handwerklicher Geschicklichkeit und edlen, positiv wirkenden und gegenständlich naturalistisch dargestellten Inhalten“ (RINNINSLAND 1998a:10) zu setzen, spielt auch heute noch in vielen Köpfen die vorherrschende Rolle. Zu dieser Einstellung bezüglich Kunst würde auch das Zitat von Walter Gropius (1883-1969, Architekt) passen: *„Kunst ist nicht erlernbar! Ob eine gestalterische Arbeit nur als Fertigkeit oder schöpferisch getan wird hängt von der Begabung der Persönlichkeit ab. Diese kann nicht gelehrt oder gelernt werden, wohl aber ein Können der Hand und ein gründliches Wissen als Voraussetzung für alle gestalterische Arbeit, für die Leistung des einfachen Arbeiters, ebenso wie für die des genialen Künstlers.“ (MÄCKLER 2003:17)*

Wie präsent diese Gedanke heute ist zeigt sich in Reaktionen wie „ich kann das doch sowieso nicht“, oder“ meine Bilder sind immer hässlich, ich habe kein Talent...“. Der Gedanke das „Kunst = können“ (Boris ARVATOV in MÄCKLER 2003:10) ist, führt dazu, dass viele diese Kunst für sich als persönliche Tätigkeit von vorneherein ausschließen.

Dennoch könnte man diesem Kunst = können- Gedanken auch eine ganz andere Kunsteinstellung gegenüberstellen. Stachelhaus bezieht sich in seinem Text auf Joseph Beuys indem er sagt: *„Wenn Beuys sagt, dass jeder Mensch ein Künstler sei, dann meint er damit nicht, jeder Mensch sei ein Maler oder Bildhauer. Er meint vielmehr, dass jeder, Mensch kreative Fähigkeiten besitze, die anerkannt und ausgebildet werden müssen.“ (STACHELHAUS 1987:79)*

Dargestellt wurden von mir die vielleicht zwei konträrsten Ansätze Kunst zu definieren und zu beschreiben. Andreas Mäckler verwendet in seinem Buch elf Kategorien in welche er seine „1460 Antworten auf die Frage: was ist Kunst“ in Form von Zitaten einordnet.

Eigentlich sollte uns genau diese Vielfalt zeigen, dass der Begriff Kunst nicht eingrenzbar und wenn überhaupt, dann nur subjektiv begreifbar ist. Aus diesem Gedanken folgt jedoch ebenfalls, dass bedingt durch diese Subjektivität es keine richtig und falsch Gedanken auftreten dürfte. Nach Anne Habermahl folgt „die Kunst keinen Richtlinien, die ein Urteil zulassen würden“.

Diese Einstellungen bringt viele Möglichkeiten, aber natürlich auch Schwierigkeiten mit sich, was sich in der nachfolgenden Arbeit vor allem bei dem Vergleich der Klinikschule, welche frei von Bewertungen arbeiten kann, und der Regelschule, welche bewerten muss, zeigen wird.

Was ist Kunst

- A. *Kunst ist das, was ein Künstler Kunst nennt*
- B. *Kunst ist das, was ein Kritiker Kunst nennt*
- C. *Kunst ist das, was ein Künstler macht*
- D. *Kunst ist das was dem Künstler Geld einbringt*
- E. *Kunst ist nichts von dem, etwas von dem, alles von dem*

Carl Andre (1935, amerikanischer Bildhauer)
(MÄCKLER 2003:212)

Kunst ist die Definition von Kunst

Joseph Kosuth (1945, amerikanischer Künstler)
(MÄCKLER 2003:206)

3.2 Kunstunterricht in der Wilhelm-Bläsig-Schule – Die Kunstwerkstatt

3.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme

Schon in meinen Ausführungen zum Thema Klinikschule wurde deutlich, dass sich der Unterricht in diesem Sonderschultyp vom Unterricht einer regulären Sonderschule und noch mehr vom Unterricht einer Regelschule unterscheidet. Die Tatsache eine „Institution in einer Institution“ zu sein, trägt dazu ebenso bei, wie die unterschiedlichen Schicksale der Kinder, welche eine absolute Individualisierung des Unterrichts erfordern.

Diese **maximale Individualisierung** ist also ein Kerngedanke, der in der neurologischen Rehabilitation und daher auch dem Unterricht, der in diesem Rahmen stattfindet, eine entscheidende Rolle spielt. Der Stundenplan wird genau auf den Patienten passend zusammengestellt. Leitend dabei ist immer die Frage „Was braucht dieser Schüler damit er voran kommt?“. Wo liegen seine Schwächen? Welche Bereiche sind von den Einschränkungen betroffen? Welche Perspektiven hat der Patient? Was kann er schaffen, welche Dinge wird er wohl nie mehr erreichen?

Ausgehend von diesen Überlegungen wird klar, dass nicht jeder Patient am Kunstangebot der Wilhelm-Bläsig-Schule teilnimmt. Bei vielen Patienten liegt der Schwerpunkt auf Gebieten, in welche die Kunst keinen Einfluss hat. Einige Patienten können jedoch auch von der Kunst profitieren, da in diesem Fach eine vielfältige Anzahl von Möglichkeiten der Förderung und des persönlichen Voranbringens des Patienten geboten wird.

Ein Patient mit starken motorischen Einschränkungen hat im Rahmen dieses Angebots natürlich auch wieder andere Möglichkeiten, als ein Patient welcher nach der Rehabilitation sein Abitur in Kunst schreiben möchte. Im Falle des Patienten mit Chance auf das Abitur liegt das Ziel des Kunstunterrichts tatsächlich auf einer Art **Wissensvermittlung**. Was muss der Schüler für sein Abitur wissen, was muss er können? Auch das Erarbeiten von Techniken oder bestimmten Gestaltungsmitteln könnte man in die Sparte dieser Wissensvermittlung einordnen. Dieser Aufgabenbereich des Klinikunterrichts ist wohl

der, der am ehesten dem Unterricht in Regelschulen entspricht. Eine künstlerische Frage, bzw. Problemstellung bildet den Ausgangspunkt für das Tun und Schaffen des Schülers, des Patienten.

Eine andere Art von Ausgangspunkt bildet die persönliche Frage, bzw. Problemstellung. Wie ich schon in der vorangegangenen Arbeit versucht habe deutlich zu machen, ist das Selbstbild vieler Patienten gestört. Pläne, die sie hatten können nicht mehr verwirklicht werden, Dinge, die früher selbstverständlich waren, bereiten jetzt große Probleme, bzw. sind teilweise gar nicht mehr möglich. Dass solche einschneidende Veränderungen im Leben eines Menschen das Selbstvertrauen und das Selbstbild durcheinander bringen und oft auch zerstören können ist vermutlich nachvollziehbar. Im alltäglichen Rehabilitationsalltag werden die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ständig mit diesen Schwächen konfrontiert. Ständig treffen sie auf die Diskrepanz zwischen dem was sie wollen und dem was sie können (vgl. RINNINSLAND 2000). Die Chance des Kunstangebots liegt nun darin, den Patienten wieder **Erfolgserlebnisse** zu ermöglichen, welche helfen können, dass Selbstbild wieder zu verbessern. Hier sollen nicht die Schwächen thematisiert, sondern auf den Stärken aufgebaut werden. Rinninsland spricht in seinem Artikel „Kunst als Schlüssel für neue Erfolgszuversicht“ davon, eine **positiv motivierende Lern-Erfolg-Spirale** anzustoßen und dadurch ein erfolgreiches Lernen zu ermöglichen (vgl. RINNINSLAND 2000).

Eine weitere Chance des Kunstunterrichts liegt in einer Form der **Krankheitsbewältigung**. Zum einen gehört es natürlich auch schon zu einer Art Krankheitsbewältigung, wenn man durch Erfolgserlebnisse wieder Selbstvertrauen in das eigene, wenn auch veränderte Tun, gewinnen kann. Eine andere Form der Krankheitsbewältigung kommt dem Kunstangebot in dem Sinne zu, als das er sprachlosen Patienten wieder eine Chance zur Kommunikation bieten kann. Natürlich eignet sich dies nur für Patienten, die Interesse an der Kunst haben, Patienten die das Werken, Malen, Zeichnen usw. ablehnen können hierdurch auch keinen Kommunikationsweg finden.

Insgesamt zeigt sich in diesem Spezialfall der Krankheitsbewältigung gut eine der großen Chance der Kunst: sie braucht definitiv keine Sprache – welches andere Feld der Rehabilitation kann das auch von sich behaupten?

3.2.2 Die Kunstwerkstatt

Während im vorangegangenen Kapitel noch abwechselnd von Kunstunterricht und Kunstangebot die Rede war, möchte ich mich jetzt, in Bezug auf die Kunstwerkstatt, auf den Begriff des „Kunstangebots“ beschränken. Das Angebot der Kunstwerkstatt unterscheidet sich doch sehr von dem Kunstunterricht, den man sonst aus Regelschulen kennt. Nach der Vorstellung dieser „anderen“ Art zu arbeiten im folgenden Kapitel wird dann hoffentlich auch für den Leser klar, warum ich an dieser Stelle begrifflich abgrenzen möchte.

3.2.2.1 Die Rahmenbedingungen

Die Kunstwerkstatt ist im Hauptgebäude der Wilhelm-Bläsig-Schule auf dem Gelände des Hegau-Jugendwerks untergebracht. Während sich jedoch die regulären Klassenräume der Schule im ersten Obergeschoss befinden, ist die Kunstwerkstatt in zwei zusammenhängenden Räumen im Erdgeschoss des Gebäudes untergebracht.

Wie alle anderen Fächer der Schule wird auch Kunst von zwei Lehrern unterrichtet.

Insgesamt werden in der Woche neun Schulstunden verteilt auf drei Nachmittage (Montag, Donnerstag und Freitag) in der Kunstwerkstatt angeboten.

Die Schülerzahl in der Kunstwerkstatt schwankt von Tag zu Tag und von Stunde zu Stunde, es sind jedoch meist mindestens drei und höchstens sieben Patienten. Dies bedeutet bei zwei Lehrkräften also die Betreuung der Patienten in Kleingruppen von zwei bis drei Schülern.

In der Regel besuchen die Patienten die Kunstwerkstatt ein bis zweimal wöchentlich für jeweils eine Schulstunde.

Die Arbeitsatmosphäre

Eine entspannte Arbeitsatmosphäre ist die Grundvoraussetzung für ein produktives Arbeiten in der Kunstwerkstatt. „In der Krankenhausschule geht es.....auch darum, störende Klischees von Schulunterricht zu durchbrechen, die mit Leistungsorientierung, Bewertungsdruck und Lehrplanorientierung von Wegen und Zielen umschrieben werden können.“ (RINNINSLAND 1998 a:11) Kunstunterricht in einer Klinikschule orientiert sich nur teilweise an Regelrichtlinien, wie zum Beispiel dem Bildungsplan (vgl. RINNINSLAND 1998 a). Auch die Bewertungssituation und das Benoten der Arbeiten fallen in der Kunstwerkstatt weg.

Es gibt bei den entstehenden Werken und Ergebnissen weder ein Richtig noch ein Falsch.

Wie schon in Kapitel 3.1. deutlich geworden sein müsste ist, folgt die Kunst keinen Richtlinien, die ein Urteil zulassen würden. Und genau diese Einstellung schließt einen „richtig und falsch“ - Gedanken in diesem Zusammenhang aus. (vgl. HABERMEHL 2002).

Der Patient entscheidet wie er etwas machen möchte und dies ist dann automatisch gut und richtig so. Diese Erfahrung ist für die meisten Patienten neu und keinesfalls selbstverständlich. Wird diese Einstellung der Kunstwerkstatt jedoch vom Patienten verstanden, so kann es unglaublich befreiend für ihn sein einfach etwas ausprobieren zu dürfen und keine Verbesserung oder Bewertung befürchten zu müssen (vgl. RINNINSLAND 1998 a: 12). Der Gedanke etwas „richtig“ machen zu müssen und den Ansprüchen anderer genügen zu müssen kann unglaublich blockierend wirken. Das Wegfallen von diesen Dingen sorgt daher für eine angenehme Arbeitsatmosphäre in der Kunstwerkstatt.

Die Lehrperson

Um eine solche Arbeitatmosphäre erreichen zu können ist das Verhalten des Lehrers natürlich auch von entscheidender Rolle.

Hier wird nicht der „klassische Wissensvermittler“ benötigt, sondern vielmehr ein Begleiter, welcher im Hintergrund wirkt (vgl. RINNINSLAND 1998 a: 20). Wenn er gebraucht wird, dann ist er da, arbeiten die Patienten alleine, dann stört er sie nicht.

Der Lehrer stellt die Materialien, Techniken und Tipps zur Verfügung (vgl. RINNINSLAND 1998 a: 20). Was der Patient letztendlich daraus macht liegt ganz bei ihm.

Es gibt jedoch auch immer wieder Patienten, die vor ihrem leeren Blatt sitzen und einfach nicht wissen, wie sie beginnen sollen. Ist der Grund dafür nicht Bequemlichkeit, sondern hängt mit einer neurologisch bedingten Störung zusammen, dann muss der Lehrer seine sonst beobachtende Haltung aufgeben. Teilweise werden bei diesen Patienten „stark strukturierende Hilfen von der Lehrerseite“ (RINNINSLAND 1998 a: 20) unerlässlich. Wichtig ist jedoch, dass trotzdem versucht werden muss, den Patienten als Ausgangspunkt für die Überlegungen zu sehen und die eigenen gestalterischen Pläne und Ideen zurückzustellen (vgl. RINNINSLAND 1998 a:20).

In Situationen, in denen der Lehrer nun doch auch inhaltlich eingreifen muss, muss für den Patienten immer letztendlich der Eindruck bestehen bleiben, dass er das Werk geschaffen hat. Es ist daher immer schwierig zu entscheiden, wie viel Hilfe man einem Patienten anbieten kann. Unerlässlich ist jedoch auch in diesem Fall, dass wenn der Patient eine Entscheidung trifft, sie vom Lehrer akzeptiert wird, auch wenn er sich sicher ist, dass es „ästhetisch positive Ansätze im Werk vollständig zunichte macht.“ (RINNINSLAND 1998 a:21)

Patienten, die durch motorische Einschränkungen, wie z.B. spastische Lähmungen oder Ataxien ihrer Feinmotorik (vgl. 2.2.3. „Körper- und Bewegungsstörungen“) in einem Ausmaß eingeschränkt sind, welches selbstständiges Arbeiten verhindert, benötigen eine aktive Hilfe des Lehrers. Der Lehrer stellt sich praktisch selbst als Hilfsmittel zur Verfügung (vgl. RINNINSLAND 1998 a:21). Konkret bedeutet das, würde ein Patient ein Bild malen wollen, dann „leiht“ der Lehrer dem Patienten seine Hand. In Bezug auf die Malerei ist dies jedoch nicht ganz unproblematisch. Gibt der Patient z.B. an, er möchte eine Blume in die linke untere Ecke gemalt bekommen, so wird die Blume immer, egal wie genau der Patient versucht sie zu beschreiben, den Vorstellungen des Lehrers entsprechen. Die Malerei ist daher für diese Form der Arbeit eher ungeeignet. Besser funktioniert es z.B. bei Collagen. Klare Befehle von Seiten des Patienten wie „Schneide hier“ und „Klebe da“ lassen wenig Spielraum für persönliche Interpretationen von Seiten des Lehrers (vgl. RINNINSLAND 1998 a: 21f).

Die Wahl der Materialien

Wie schon im letzten Beispiel mit den motorisch stark eingeschränkten Patienten deutlich geworden ist, spielt die richtige Wahl der Materialien eine wichtige Rolle in der Kunstwerkstatt.

Die vorhandenen Materialien müssen die gewünschte Flexibilität zulassen „um auch spontan den Ideen und möglichen Meinungsänderungen des Patienten Rechnung tragen zu können.“ (RINNINSLAND 1998 a: 23)

“Flexibel kann ich als Lehrer jedoch nur dann reagieren, wenn die Auswahl meiner Technik und Materialien möglichst anspruchslos ist.“ (RINNINSLAND 1998 a: 20)

Jörg Rinninsland setzt also auf schlichte Materialien und Techniken, welche auch den Vorteil mit sich bringen, dass man mit ihnen jederzeit, an jedem Ort arbeiten kann. Je einfacher das Material, desto spontaner kann es eingesetzt werden.

Um einen Eindruck in die Materialvielfalt der Kunstwerkstatt zu ermöglichen möchte ich eine von Jörg Rinninsland gemachte Auflistung an dieser Stelle in meine Arbeit einfügen:

- Scheren (lange und kurze), Lineale (lange kurze, schwere, durchsichtige, Geodreiecke,..), Klebstoffe (Klebestifte, Tapetenkleister mit Pinsel), Tesa-film, Radiergummis, Zirkel, Tapetenmesser (meist nur für die Hand des Lehrers)
- Zeichenblöcke (bevorzugt DinA2), Tonpappen und Regenbogenpapiere, Alte Illustrierte mit vorwiegend großformatigen Abbildungen, Alte Kalender, Poster oder Geschenkpapiere, Batikpapier, Transparentpapier, Farbige Klebefolien, Fensterfolien, Hartschaumplatten aus Styrene für Hochdrucke,
- Farbwalzen, Teesiebe o.ä.
- Wasserfarbkasten, Wachskreiden, Buntstifte, Filzstifte, Plakatfarben, Wasserlösliche Dekorlacke, Bleistifte in verschiedenen Härten, Druckfarben,
- Pinsel, Federhalter, Stahlfedern, Zeichenfedern, Plakatifedern, Bandzugfedern, Zierschriftenfedern, Rohrfedern

Die Ziele der Kunstwerkstatt

Im Kapitel zur allgemeinen Bestandsaufnahme eines Kunstunterrichts in einer Klinikschule habe ich auch schon teilweise mögliche Aufgabenfelder des Kunstunterrichts in einer Klinikschule kurz angesprochen. Ich möchte dennoch jetzt in Bezug auf die Kunstwerkstatt noch einmal explizit auf die Ziele eingehen, auf welche Jörg Rinninsland seine Arbeit in der Kunstwerkstatt ausrichtet.

Entspannung und Aggressionsabbau

Patienten, welche sich verbissen an einem möglichst schnellen und optimalen Rehabilitationsergebnis orientieren, bewirken damit oft das Gegenteil was sie eigentlich wollen. Durch den selbst auferlegten Leistungsdruck blockieren sie und es geht dann überhaupt nichts mehr vorwärts. Der Gedanke, dass „viel auch viel hilft“ (RINNINSLAND 1998 a:25), d.h. je mehr sie sich verausgaben und anstrengen, desto größer werden ihre Fortschritte, trifft hier eindeutig nicht zu.

Die Aufgabe des Kunstangebots besteht in diesem Fall darin diese übertriebene „Ich-muss“- Haltung aufzubrechen (vgl. RINNINSLAND 1998 a:26).

In der Kunstwerkstatt sollen sie wieder erfahren, dass Spaßhaben nicht destruktiv und Entspannen nicht kontraproduktiv ist (vgl. RINNINSLAND 1998 a:26). Die in der Kunstwerkstatt geschaffene Atmosphäre ohne Leistungsdruck ist dafür von großer Bedeutung. Die Patienten können hier vom übrigen Rehabilitationsalltag abschalten und sich ganz ihren eigenen Vorstellungen hingeben. Szlosek beschreibt diesen Vorgang sehr passend mit den Worten: „Im künstlerischen Prozess entfernt sich der Mensch von der alltäglichen Welt und gelangt in eine geheimnisvolle Welt voll Licht und Wärme, die Begeisterung auslöst... Das Malen geschieht mit Andacht und in Ruhe. Einerseits setzt man sich ab und versinkt, ist also ganz bei sich, andererseits wendet man sich gelöst und neugierig oder sogar teilnehmend seiner Umwelt zu.“ (SZLOSEK 1997: 277)

Auch negativen Gefühlen kann durch die Kunst Ausdruck verliehen werden. Das Malen eines Bildes kann dann auch zum Abbau von Aggressionen beitragen. Bettina EGGER bekräftigt diese Annahme ebenfalls indem sie sagt: „Das Malen ist eine Möglichkeit, Aggressionen und Probleme positiv zu verwerten.“ (EGGER 1996: 116)

Motivationsaufbau über erste Erfolge

Dieser Punkt wurde auch schon in Kapitel 3.2.1. im Sinne des „Anstoßens einer positiv motivierenden Lern- Erfolg- Spirale“ angesprochen.

Die Kunstwerkstatt soll Motivation und Erfolgszuversicht bei den Patienten aufbauen. Erreicht wird dies zum einen durch das Verhalten des Lehrers (vgl. „Lehrerrolle“) und zum anderen durch den Umgang mit dem fertigen Produkt (vgl. „Präsentation“).

Das Unterrichtsziel „Motivationsaufbau über erste Erfolge“ „wird umso eher erreicht, je besser es dem Lehrer gelingt, durch die richtige Wahl von Thema und Technik die Anteile des Rehabilitanden am fertigen Produkt möglichst groß zu machen und je breiter die positive Reaktion im Sinne von sozialer Anerkennung auf das gestaltete Produkt ist.“ (RINNINSLAND 1998 a:27)

Malen als nonverbale Ausdrucksmöglichkeit



Diese Collage schuf ein Rehabilitand, welcher im Laufe der Monate immer ruhiger wurde, sich immer mehr zurückzog. Das Kunstangebot besuchte er gerade wegen den fehlenden sprachlichen

Dieses Unterrichtsziel wurde schon kurz unter dem Stichwort Krankheitsbewältigung im Kapitel 3.2.1. angesprochen.

Die Kunst bietet also sprachlosen Menschen eine Möglichkeit zur Kommunikation. Diese Kommunikation kann auf verschiedene Arten stattfinden. Sprachlich stark eingeschränkte Patienten nutzen z.B. diesen Weg, um „Ich-Botschaften“ zu übermitteln. Der Patient schildert hierbei in Schaubildern seine Situation und seine Gefühlslage. Eine solche Kommunikation könnte man als *di-*

rekte Kommunikation nach außen hin verstehen. Eine *indirekte Kommunikation* ist ebenfalls möglich, der Patient möchte hierbei die Kunst einfach als Medium nutzen seine Meinung kundzutun.

Für die Umsetzung dieses Angebots gilt es jedoch zu beachten, dass Sprachstörungen (Aphasien) sich meist nach Verletzung der linken Hemisphäre ergeben. Die Willkürmotorik der rechten Körperhälfte ist ebenfalls in der linken Hemisphäre unweit des Sprachzentrums angesiedelt. Die Konsequenz daraus ist, dass Patienten mit Aphasien oft auch die volle Funktionstüchtigkeit der rechten (meist der stärkeren) Hand verloren haben. (vgl. RINNINSLAND 1998 a: 28)

Wie unter dem Punkt „Wahl der Materialien“ beschrieben eignen sich Collagen besonders gut für Patienten mit motorischen Einschränkungen dieser Art.

Die Kunstwerkstatt bietet aber nicht nur Möglichkeiten für Patienten, die nicht sprechen können, sondern auch für solche die nicht sprechen wollen. Soll man mit jemandem über etwas reden, dann bedeutet das, dass man ein Gegenüber hat, das zuhört und nachfragt. Möchte man im Gespräch etwas loswerden, dann liegt in diesem direkten Kontakt natürlich der große Vorteil. Möchte man aber zwar etwas loswerden, aber nicht jemandem direkt davon erzählen so bietet das künstlerische Gestalten die Möglichkeit „alleine mit sich, der Idee und den Materialien zu sein.“ (RINNINSLAND 1998 a: 29) Man muss sich auf niemanden einlassen und auch lästige Fragen sind nicht zu erwarten.

Training neuropsychologischer Teilleistungen

Jörg Rinninsland bezieht sich an dieser Stelle in seinem Band „Kunst und Rehabilitation“ auf Vreni Schweizer, welche 1994 bei einem Vortrag folgende zehn neuropsychologische Modalitäten nannte:

- Die Konzentrationsfähigkeit
- Das logische Denken, also das Umstellen, das Kategorisieren, das Einhalten von Vereinbarungen und das Systematisieren
- Die Kreativität
- Das Planen und vor allem das Problematisieren
- Das Rechnen
- Die sprachliche und figurative Lernfähigkeit

- Das sprachliche und figurative Gedächtnis
 - Die Sprache, also das Verständnis, die Produktion, das Leseverständnis und das Schreiben sprachlicher Inhalte
 - Der Raumsinn (im einzelnen das Körperschema, die links/rechts Unterscheidung, die visuelle Wahrnehmung, die visuell-räumliche Wahrnehmung und das praktische und zeichnerische Strukturieren)
 - Die einzelnen Praxien
- (vgl. RINNINSLAND 1998 a:30)

Es wird deutlich, dass die meisten dieser neuropsychologischer Modalitäten durch das künstlerische Arbeiten berührt werden. Das künstlerische Arbeiten in der Kunstwerkstatt „erfordert neben der Kreativität vor allem das Planen, strukturieren und systematisieren der eigenen Arbeitsschritte. Neben dem Gedächtnis ist Wahrnehmung räumlicher Zusammenhänge notwendig.“ (RINNINSLAND 1998 a:31)

Auch abstrakte Bilder basieren meist auf einem bestimmten Gestaltungsprinzip (z.B. das regelmäßige abwechseln bestimmter Farben und Formen), welches dann auch während des ganzen künstlerischen Schaffensprozess durchgehalten werden muss.

Auch die Förderdiagnostik bezüglich neurologisch bedingter Defizite lässt sich im Kunstangebot gut umsetzen.

„Besonders deutlich lassen sich auf der bildnerischen Ebene Störungen des Gesichtsfeldes und der visuellen Wahrnehmung erkennen, die sich vielfach in veränderter Formatgestaltung mit Aussparungen der nicht wahrgenommenen Bildhälfte dokumentieren.“ (Lippert-Grüner/Quester 1996:4)

Für die Lehrperson bedeutet das Erkennen eines Defizits natürlich gleichzeitig auch ein Reagieren darauf. Die meisten Gestaltungsprinzipien lassen sich verkürzen und vereinfachen, was dann wiederum dem Patienten eine Auseinandersetzung damit ermöglicht.

Abschließend lässt sich zu diesem Unterrichtsziel festhalten: „Die Förderung neuropsychologischer Teilleistungsstörungen lässt sich kaum zwangloser verwirklichen als in einem Unterrichtsangebot, in dem künstlerisches Gestalten im Mittelpunkt steht.“ (RINNINSLAND 1998 a:32)

Talentförderung und Wissensvermittlung

Dieses Unterrichtsziel ergibt sich aus der, ebenfalls existierenden Aufgabe des Kunstangebots, die Rolle von (regel-)schulischem Kunstunterricht zu unternehmen. In diesem Fall orientiert sich das Angebot an den Lehr- und Bildungsplänen der einzelnen Bundesländer. Besonders für Schüler welche sich auf einen Abschluss vorbereiten ist dieses Unterrichtsziel natürlich von Bedeutung (vgl. RINNSLAND 1998 a:33).

Die Talentförderung bezieht sich auf solche Patienten, in deren Leben die Kunst eine wichtige Rolle spielt und denen ein „Vorankommen“ in diesem Bereich wichtig ist. Künstlerisch begabten, bzw. interessierten Patienten muss ein anderes Angebot gemacht werden, um ihren Ansprüchen gerecht werden zu können. Durch die gezielte Förderung und eventuell auch das gezielte stellen von künstlerischen Problemstellungen an den Patienten ähnelt diese Art des Arbeitens eher an ein schulisches Vorgehen.

Die Präsentation

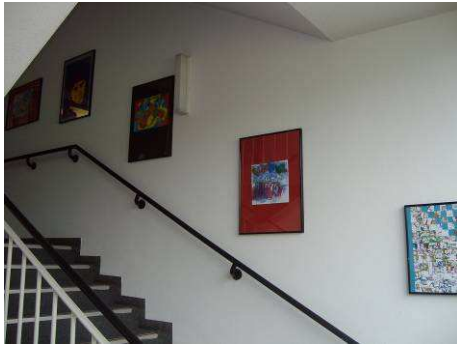
Der zentrale Punkt der Präsentation ist schon im vorangegangenen Text immer wieder aufgetreten. Hier sollen nun die Möglichkeiten der Präsentation, wie sie im Hegau-Jugendwerk vorhanden sind, vorgestellt werden.

Geschenke für zu Hause

Die Familie und besonders die Eltern spielen in solchen Krisensituationen, wie sie viele der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hegau-Jugendwerk erleben, eine wichtige und zentrale Rolle.

Die entstandenen künstlerischen Arbeiten werden während des Aufenthalts des Patienten in der Kunstwerkstatt gesammelt und dürfen am Ende des Aufenthalts aber selbstverständlich von dem Patienten mit nach Hause genommen werden. Der Wunsch ein Geschenk für ein Familienmitglied gestalten zu wollen ist eine häufige Motivation der Patienten.

Die Treppenhaus-Galerie der Rehabilitanden



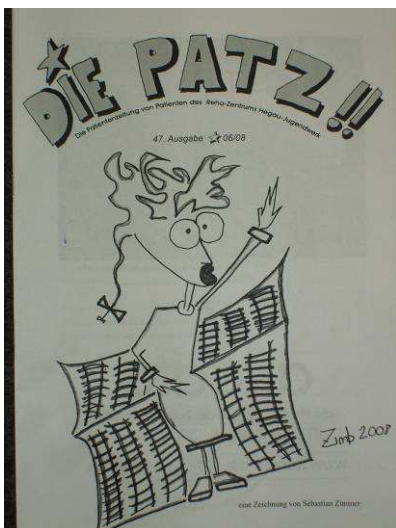
Während des Aufenthalts gewinnt natürlich auch die soziale Gruppe der Mitpatienten, der betreuenden Ärzte, der Therapeuten und der Lehrer an Relevanz. In der Treppenhausgalerie, welche sich in einem der größten Gebäudekomplexe des Jugendwerks befindet, können die Arbeiten der Patienten von

Personen gesehen werden. Auch das persönliche Verhältnis zum eigenen Bild kann

sich in dieser Zeit der Präsentation verändern. Die erfahrene Wertschätzung führt oft dazu, dass die Patienten gar nicht mehr glauben können, dass sie dieses Bild gemalt haben. (vgl. RINNINSLAND 1998 b)



Die PATZ



Die PATZ ist, die von den Patienten selbst gestaltete, „Patientenzeitung“ des Hegau-Jugendwerks. Mit einem Umfang von ca. 20 Seiten erscheint sie viermal im Jahr. Die Auflage von ca. 300 Stück wird dann innerhalb des Jugendwerks verteilt. Neben der Treppenhausgalerie haben die Patienten also auch in dieser Zeitung die Möglichkeit ihre Bilder zu präsentieren. Bei der Auswahl der Beiträge wird darauf geachtet, dass jedes Leistungsniveau seinen gleichberechtigten Platz in der Zeitung erhält (vgl. RINNINSLAND 1998 b).

“Entscheidend allein ist der Einsatz, den der Schreiber gebracht hat und die dadurch gerechtfertigte Anerkennung, die durch die Veröffentlichung erreicht wird.“ (RINNINSLAND 1998 b)

3.2.2.2 Die drei Arten des Malens

Die maximale Individualisierung und die damit verbundene völlig individuelle Betrachtung eines Ergebnisses im Rahmen der vielfältigen Ziele lassen schon erahnen wie unterschiedlich in der Kunstwerkstatt gearbeitet wird. Jörg Rinninsland stand in seiner Arbeit vor der Frage, ob es denn Möglichkeit geben könnte in dieser komplexen Situation die entstandenen Bilder inhaltlich klarer zu sehen. Dies würde Entscheidungen deutlich erleichtern. Welche Arbeiten sollen ausgestellt werden, d.h. welcher Patient braucht genau diese Präsentation um sein Selbstbewusstsein zu stärken? Und wann nutzt ein Patient die Arbeit dazu etwas sehr persönliches zu verarbeiten, was bedeuten könnte, dass er überhaupt keine Präsentation möchte? Wann greife ich in den Prozess ein, wenn ich sehe, dass ein Schüler eine Technik oder gestalterisches Mittel nicht richtig einsetzt? Geht es in dem Bild also z.B. um die Zentralperspektive oder ist diese dem Patienten eigentlich völlig unwichtig?

Diese Fragen stellt man sich in jeder Stunde aufs Neue. Es existiert eine gewisse Unsicherheit, wenn man weiß, was alles durch künstlerisches Arbeiten erreicht werden kann und wie vielfältig und facettenreich gestalterisches Arbeiten genutzt werden kann. Auf der einen Seite möchte man an der richtigen Stelle unterstützen, auf der anderen Seite sollte man sich teilweise besser überhaupt nicht einmischen...

Jörg Rinninsland entwickelte nun aufbauend auf seinen Erfahrungen das Konzept der „didaktischen Farbe der Bilder“. Er grenzt dazu drei unterschiedliche Arten zu Malen voneinander ab. Diese drei Arten zu Malen sind in meiner Arbeit nichts komplett Neues, sondern sind in ihren Eigenschaften schon bei den möglichen Zielen von Kunstunterricht in Klinikschulen, sowie bei den konkreten Zielen der Kunstwerkstatt zu finden.

Die genaue Definition ermöglicht jedoch erst „das klar sehen“ und ich kann aus meiner Arbeit mit den Patienten bestätigen, dass das Konzept im Hinterkopf auf jeden Fall hilft Handlungssicherheit zu gewinnen.

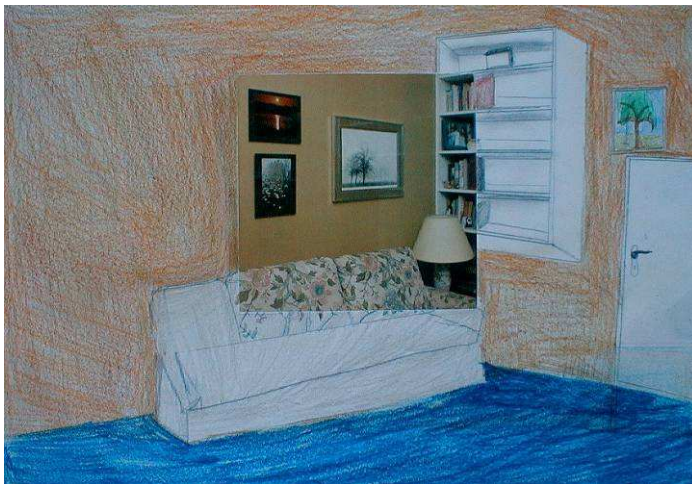
Das akademische Malen

Das akademische Malen ist mit dem Unterrichtsziel der Wissensvermittlung und der Talentförderung zu verbinden.

“Das Bild wird zum Werkstück, zum exemplarischen Exerzierfeld für neue Materialien, kleine technische Tricks und grundlegende Prinzipien.“ (RINNINSLAND 2002) Ebenso fällt das „Arbeiten mit Trainingscharakter“ in diese Art zu Malen (vgl. RINNINSLAND 2002). Die Förderung von neurologischen Teilleistungsstörungen gehört genauso hierzu, wie das (Wieder-) Erlernen oder auch das Umlernen von Basisfertigkeiten wie dem Schneiden mit der Schere, dem Aufkleben von Dingen oder auch dem Arbeiten mit dem Lineal.

Natürlich ist der Patient bei einer solchen Art der Arbeit auf Tipps und Erklärungen des Lehrers angewiesen. Auch Verbesserungen sind angebracht, da es dem Patienten darum geht etwas richtig zu erlernen.

Beispiel:



Bei dieser Aufgabenstellung (Der vorgegebene Bildausschnitt soll weitergezeichnet werden) werden mehrere Problematiken angesprochen:

- das Erkennen der Perspektive
- das richtige Weiterführen der Perspektive
- das richtige Wiederfinden der vorgegebenen Farbe

Das ästhetische Malen

Das Ziel des ästhetischen Malens sollte hauptsächlich in Verbindung mit dem Aufbau und der Stabilisierung eines positiven Selbstkonzepts gesehen werden. Wie sehr das Selbstbild nach einem Schädel-Hirn-Trauma zerstört sein kann und welche Auswirkungen dies auf das Leben des Patienten haben kann, wurde, denke ich, in der vorangegangenen Arbeit schon deutlich. Die „Flexibilität“ des Kunstbegriffes führt nun dazu, dass das künstlerische Gestalten eine gute Voraussetzung bietet, um den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Erfolgserlebnisse

in Form von als „ästhetisch schön“ empfundenen Bildern zu ermöglichen. Die Auswahl des Materials und des Verfahrens spielt daher bei dieser Art des Malens eine entscheidende Rolle. Der Trick hierbei liegt im „zur Verfügung gestellten „Gewusst wie““. (RINNINSLAND 2002) Mit Verfahren wie der Monotypie, der Frottage, der Dekalkomanie oder auch nur dem Laufen lassen von Farbtropfen auf dem Papier lassen sich durchaus künstlerisch wirkende und als „schön“ zu empfindende Bilder herstellen (vgl. RINNINSLAND 2002).

Als Lehrperson muss ich in diesem Typ des Malens darauf achten, dass der Patient immer das Gefühl hat, selbst Urheber des Bildes zu sein. Die Präsentation und die Anerkennung für das Geleistete durch außenstehende Personen ist dann der gelungene Abschluss dieses „ästhetischen Malens“.

Beispiele:



Bei diesem Bild wird zunächst einfach auf verschiedene Papiere Farbe gekleckst / getropft.

Dann schneidet man die Papiere in Streifen und klebt sie zu einer Streifencollage neu zusammen. Zum Schluss wurden noch bekleckste Papierschnipsel oben drauf geklebt.

„Kinderleicht“ mit einer sehr ästhetischen Wirkung!

Auch die Technik der Frottage eignet sich gut, um ästhetisch als „schön“ empfundene Bilder herzustellen.

Es werden hierbei einfach nur Schablonen (in diesem Fall Dreiecke) unter das Blatt gelegt und dann mit einem Holz- oder Wachsstift übermalt.

Die Technik der Frottage ist auch von sehr eingeschränkte Patienten meist gut umzusetzen.



Das therapeutische Malen

An dieser Stelle fällt nun zum ersten Mal in Bezug auf das Kunstangebot der Kunstwerkstatt der Begriff „therapeutisch“. Jörg Rinninsland zählt zu diesem Maltyp Bilder „die offensichtlich der Reflexion der eigenen Situation, des Unfallhergangs oder den Unfallfolgen dienen“. (RINNINSLAND 2002) Bezieht man sich zurück auf die Aufgaben und Ziele, so fände die persönliche Krankheitsbewältigung hier teilweise seine Daseinsberechtigung.

Wie unter dem Ziel „Entspannung und Aggressionsabbau“ beschrieben führen die Rahmenbedingungen und besonders auch das Verhalten des Lehrers dazu, dass solche Bilder entstehen können. Der Malende hat sein Thema, seine Möglichkeiten und sein Ziel- all das muss in der Kunstwerksatt nicht gerechtfertigt werden.

Beispiel:



Dieses Bild malte eine 13-jährige Patientin, die nach einem Reitunfall im Hegau-Jugendwerk betreut wurde.

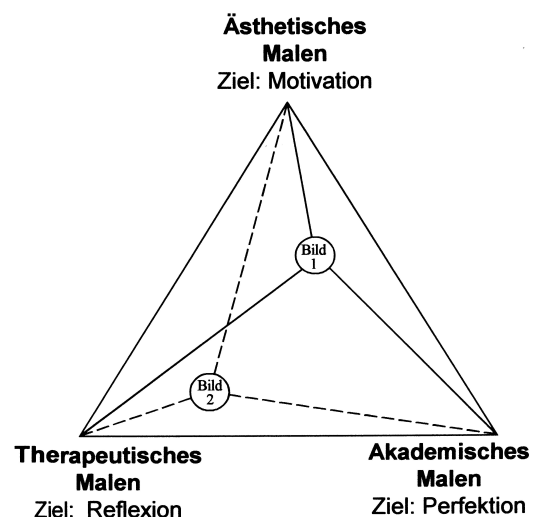
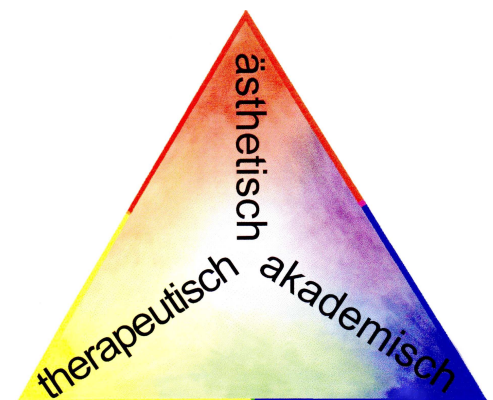
Jörg Rinninsland über das Bild und seine Erzeugerin: „Beim Malen war zu spüren, was dieses Mädchen ausmachte. Einerseits die Energie und das Selbstbewusstsein, mit der sie immer nach vorne dachte und auf alle gewinnend und lebensfroh wirkte. Aber auch dieses traurige,

graue Mädchen mit dem durchdringenden, fragenden Blick. Als ob es nach Sinn fragen wollte, den dieser Unfall und die nun schon fast eineinhalb Jahre andauernde Leidenszeit gehabt haben soll.“ (RINNINSLAND 2003: 18f)

Die didaktische Farbe eines Bildes

Jörg Rinninsland kam also zu einer Unterscheidung dieser **drei idealtypischen Arten des Malens**. Als idealtypisch können diese drei Arten des Malens deshalb bezeichnet werden, da tatsächlich sich in jedem gemalten Bild alle drei Aspekte wieder finden (vgl. RINNINSLAND 2002). Auch bei sehr therapeutischen Bildern wird automatisch der Umgang mit dem Pinsel geübt und vielleicht ist das Ergebnis auch ästhetisch sehr ansprechend- obwohl dies eigentlich gar nicht das Ziel des Patienten war. Dies erschwert die Situation wieder in soweit, als das man sich trotz der Unterscheidung in die drei Arten wieder nicht sicher sein kann, bei welcher Art zu Arbeiten der Schwerpunkt des Patienten liegt und wie ich mich als Lehrperson daher verhalten soll. „Als Malbegleiter in diesem offenen Tätigkeitsfeld brauche ich ein handlungsleitendes Modell, welches mir hilft mich zu orientieren.“ (RINNINSLAND 2002)

Ein solches handlungsleitendes Modell wurde von Jörg Rinninsland im Sinne der „didaktischen Farbe der Bilder“ entwickelt. Die drei Aspekte des Malens werden in das Grundfarbendreieck gesetzt, jede Art des Malens bekommt „eine Farbe“ zugewiesen. „Jedes gemalte Bild kann innerhalb dieses Ziele-Dreiecks mittels Rating gefühlsmäßig platziert werden. Es bekommt seinen didaktischen Ort.“ (RINNINSLAND 2002) Das Modell ermöglicht es mir also die Bilder einzuordnen und so Schwerpunkte im Bild erkennen zu können. Dadurch entsteht wie Jörg Rinninsland abschließend in seinem Text „Über die didaktische Farbe von Bildern“ sagt „Ordnung in einem Kontinuum.“



EXKURS: Kurzes Zwischenresumee zum Arbeiten in der Kunstwerkstatt

An dieser Stelle möchte ich kurz inhaltlich unterbrechen, um das bisher geschriebene zusammenzufassen. Die Vermutung zu Beginn dieses Kapitels über die Kunstwerkstatt war, dass bedingt durch die Situation „Krankenhauschule“ auch therapeutische Gesichtspunkte im Kunstangebot auftreten können. Diese Vermutung scheint jetzt schon in dem Sinne bestätigt worden zu sein, als das Jörg Rininsland eine der drei möglichen Arten zu Malen das „therapeutische Malen“ nannte. Natürlich bietet das Kunstangebot der Kunstwerkstatt eine ganz andere Ausgangssituation als die, die ich als Lehrer in einer Regelschule vorfinden würde. Die kleinen Gruppen ermöglichen eine sehr intensive Einzelbetreuung, was an sich ja schon als ein leicht therapeutisches Merkmal gesehen werden könnte. Dennoch wäre es doch durchaus möglich, dass diese drei Arten zu Malen in Wirklichkeit überall wo künstlerisch gearbeitet wird, d.h. auch im Kunstunterricht in Regelschulen, zu finden sind.

Bezogen auf das Angebot der Kunstwerkstatt bleibt festzuhalten, dass die Annahme in der Kunstwerkstatt würde ja im Grunde Kunsttherapie betrieben so nicht gelten kann (vgl. RINNINSLAND 2000).

In der Kunstwerkstatt sind wohl therapeutische Ansätze zu erkennen, deshalb aber gleich von Kunsttherapie zu sprechen wäre dennoch falsch.

Am deutlichsten kunsttherapeutisch wird von Jörg Rininsland unabhängig von der Kunstwerkstatt in der „Malinsel“ gearbeitet. Er orientiert sich dabei an dem Konzept des „Begleiteten Malens“ von Bettina Egger.

3.2.3 Die Malinsel

3.2.3.1 Die Umsetzung in der Wilhelm-Bläsig-Schule

Wie schon im Exkurs erwähnt kann die Kunstwerkstatt zwar teilweise ein therapeutisches Arbeiten ermöglichen, ist aber nicht ausdrücklich dafür ausgelegt.

Jörg Rinninsland ist nicht nur Pädagoge, sondern ebenfalls Kunsttherapeut. Aufgrund dieser Ausbildung bietet er ausgesuchten Patienten einmal in der Woche die Möglichkeit zum „Begleiteten Malen“ an. Diese Therapie wird speziell solchen Patienten vorgeschlagen, die zuvor in der Kunstwerkstatt gearbeitet haben und von denen Jörg Rinninsland nun glaubt, dass es sie weiterbringen könnte. Nur ein Patient, der bereit ist sich auf die Situation des begleitenden Malens einzulassen kann am Ende auch davon profitieren.

Die Kunsttherapie findet in einem dafür extra eingerichteten Raum (vgl. 3.2.3.1. „der Malort“) statt und ist unabhängig vom regulären Angebot der Kunstwerkstatt zu betrachten. Ein genaues Vorstellen der Therapieform des „Begleiteten Malens“ nach Bettina Egger ist an dieser Stelle trotzdem sinnvoll, da dieses Konzept bei dem Versuch die Frage „Inwieweit die Kunsttherapie im Kunstunterricht eine Rolle spielen könnte“ (Kapitel 4) wieder wichtig wird.

3.2.3.2 Das Konzept des „Begleiteten Malens“ von 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 Bettina Egger die Ausbildung zur Malleiterin absolvierte.

Die Fragen, welche Bettina Egger in ihrem Buch „Faszination Malen“ beschäftigten waren:

- Wie kann ich einen nicht-repressiven Malunterricht gestalten?
- Wie kann die Kreativität von Kindern und Erwachsenen wieder geweckt werden?
- Wie soll ich einen Malort einrichten?

(vgl. EGGER 1996: Vorwort)

Bettina Egger strebt mit ihrem Konzept die Auseinandersetzung des Malenden mit sich selbst an.

In der Schule oder vielen anderen Situationen, zählen die äußeren Regeln oft mehr als das eigene Urteil. Dadurch entsteht eine Anpasstheit, die wiederum das Verlorengehen der Fähigkeit seine eigenen Bedürfnisse zu spüren zur Folge hat. Bettina Eggers Ziel ist es nun durch ihr Konzept den Weg zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wieder zu öffnen und sich dadurch selber erkennen und schätzen zu lernen. (vgl. EGGER 1996: 51)

Bettina Egger sieht das Malen als „eine Möglichkeit“ sich auszudrücken. Das Bild ist für sie der sichtbare Niederschlag des Ausdrucks (vgl. EGGER 1996: 5). Es kommt daher auch ebenso auf den Prozess des Entstehens an, wie auf das am Ende stehende Produkt (vgl. EGGER 1996: 5). Für die Umsetzung einer solchen „Ausdrucksmalerei“¹³ (EGGER 1996: 6) sind also die Umgebung und das Verhalten des Malleiters entscheidend.

Der Malort

Dieser Malort orientiert sich am von Arno Stern entwickelten „Closlieu“, einem vor der Außenwelt völlig „geschützten“ Raum (vgl. STERN 1996: 70). Auch für Bettina Egger braucht Ausdrucksmalerei keinerlei Anregung von Außen (vgl. EGGER 1996: 14).



Blick in ein Malatelier

Gemalt wird also in einer Art „Höhle“, d.h. in einem Raum ohne Fenster. Bis auf den Palettentisch in der Mitte des Raumes ist er leer.

Die Blätter werden an den Wänden befestigt, der Malende arbeitet also stehend vor seinem Bild. Durch diese Leere im Raum soll nichts die Gedanken und Gefüh-

¹³ Ausdrucksmalerei ist für Bettina Egger „ein innerer Prozess, ein Prozess in dem schon verinnerlichtes Ausdruck findet.“ (EGGER 1996, S:14)

le der Malenden unterbrechen (vgl. EGGER 1996: 14) und durch das Malen an der Wand steht jeder Malende für sich.

Die Formate der Blätter variieren für Erwachsene und Kinder. Das Ausgangsformat beträgt für Kinder 50 x 70 cm und ist für erwachsene Malende in der Regel doppelt so groß. Wird ein größeres Format gefordert, so muss der Malleiter in diesem Fall zunächst eine drohende Überforderung ausschließen können. Was jedoch kein Problem bereitet, ist das nachträgliche hinzufügen von Blättern.

Auf dem Palettentisch befinden sich 21 Farbtöpfe. Durch die reiche Anzahl an



Farben soll der Einstieg in die Arbeit vereinfacht und die Motivation angeregt werden. „Der Palettentisch erfüllt einen wichtigen Teil der unaufdringlichen Motivation“. (EGGER 1996: 18) Jede Farbe hat ihren eigenen Napf, hinter welchem ein, ebenfalls für jede Farbe separater, Wasserbe-

hälter steht. Zwischen den Näpfen sind die Pinsel angeordnet: Für jede Farbe steht ein großer und zwei kleine Pinsel zur Verfügung. Hat man sich für eine Farbe entschieden so nimmt man diese mit dem Pinsel auf und geht zurück zu seinem Blatt.

Beim Wechseln der Farbe wird der „benutzte“ Pinsel einfach an seinen ursprünglichen Ort zurückgelegt, er wird dabei nicht gereinigt! Dies übernimmt dann der nächste Malende, der sich für diese Farbe entscheidet. Das Mischen der Farben findet mit separaten Pinseln in separaten Behältern statt, die Ausgangsfarben sollten auf dem Palettentisch auf keinen Fall vermischt werden. Das Malen im Malort folgt also ganz bestimmten Regeln. Doch gerade diese entstehende Routine sorgt dafür, dass sich das Atelier nicht verändern kann (vgl. EGGER 1996: 15). „Es ist möglich, dass Vieles von draußen zunächst ins Atelier gebracht wird, es kommt aber auch oft vor, dass beim Eintritt ins Atelier die Umwelt zu existieren aufhört.“(EGGER 1996: 16)

Der Malleiter

„Die Anwesenheit des Malleiters im Atelier ist unaufdringlich und wirksam.“ (EGGER 1996: 77) Der Malende selbst entscheidet über nächste Schritte in seinem Bild (vgl. EGGER 1996, S.78). Reaktionen bestimmen das Verhalten des Malleiters mehr als Aktionen (vgl. EGGER 1996: 79). Wird also ein bestimmter „fördernder Widerstand“ (EGGER 1996: 78) benötigt, so gibt ihn der Malleiter zwar, lässt aber völlig offen, inwieweit er vom Malenden interpretiert wird. Gerade durch diese Zurückhaltung des Malleiters manifestiert sich das Vertrauen in den Malenden, was dieser während seiner Arbeit im Malatelier auch spürt.

Diese Zurückhaltung und das richtige Agieren im Hintergrund fordert nach Bettina Egger dann auch „weniger eine künstlerische als vielmehr eine pädagogische Begabung.“(EGGER 1996: 78)

Die Gruppe

Eine Gruppe besteht aus 8 – 12 Teilnehmern. Grundsätzlich ist es sinnvoll Kinder und Erwachsene voneinander getrennt zu betreuen. Der Grund hierfür liegt einfach in den grundverschiedenen Ansprüchen. Kinder brauchen eventuell mehr Anleitung als Erwachsene. Innerhalb der Gruppen können und sollen aber ruhig Personen ganz unterschiedlichen Alters miteinander arbeiten (vgl. EGGER 1996: 47). Diese Ungleichheit verhindert z.B. die Situation des direkten Vergleichens, welche man ja aus dem Unterricht in Schulen oft kennt.

Das „Abmalen“ einer Idee von einem Gruppenmitglied ist nichts Schlimmes. Am Ende interpretiert dann doch jeder die Idee anders und legt seinen persönlichen Ausdruck in die Zeichnung (vgl. EGGER 1996: 48f)

Dennoch wird nicht miteinander, sondern nebeneinander gemalt, diese Einstellung ermöglicht den Malenden den eigenen Ausdruck auch wirklich unzensiert verwirklichen zu dürfen (vgl. EGGER 1996: 50f)

Der Umgang mit den Bildern

Die entstandenen Bilder sollen nicht zerredet werden. Auch am Ende eines Malprozesses wird nicht über die Bilder gesprochen. Eine Ausnahme bilden natürlich solche Bilder, über die der Malende von sich aus sprechen möchte (vgl. EGGER 1996: 81).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die Bilder nicht gelobt werden. Weder der Malleiter bewertet das entstandene Produkt, noch die Gruppenmitglieder. Der Grund hierfür ist, dass Lob, wie auch Kritik abhängig machen. (vgl. EGGER 1996: 80f) Arbeitet man nur auf ein Lob hin, so geht die Spontaneität und die Impulsivität des Ausdrucksmalens verloren.

Nun wird aber dennoch eine Reaktion vom Malleiter erwartet, die Bettina Egger z.B. in Form von Aussagen über sich selbst und nicht über das Bild liefert. Ein Beispiel hierfür wäre z.B. zu sagen „Wenn ich dein Bild betrachte, fühle ich mich richtig beschwingt.“ (EGGER 1996: 81) Diese Aussage gibt ebenfalls eine Rückmeldung, bezieht sich aber auf den Sprecher selbst und nicht direkt auf den Malenden und sein Bild (vgl. EGGER 1996: 81) Eine andere Möglichkeit wäre das Wertschätzen der kreativen Leistung, also z.B. die Rückmeldung „Hier hast du aber viel Geduld bewiesen...“.

Fragen zum Bild sollten nach Möglichkeit nicht gestellt werden, da dies oft den Eindruck „Ich kann es nicht erkennen“ vermittelt, was wiederum die Qualität des Bildes herabsetzen könnte (vgl. EGGER 1996, S.)

Der Umgang mit Krisensituationen

„Krisen ermöglichen dem Malenden die beglückende Erfahrung fähig zu sein, Probleme zu lösen.“ (EGGER 1996: 140)

Genau aus diesem Grund sind Fehler ein wichtiger Teil des künstlerischen Prozesses. Der Gedanke, dass Fehler nichts Endgültiges sind, sondern, dass der einzige Fehler der ist, aufzugeben bereitet den meisten Kindern Probleme (vgl. EGGER 1996: 139). „Das Weiterarbeiten ist der einzige Weg, ein Problembild zu einem befriedigenden Ende zu führen.“ (EGGER 1996: 138)

3.3 Vergleich des Arbeitens in der Kunstwerkstatt mit dem Kunstunterricht in Regelschulen

Nach dem Kennen lernen dieses speziellen kunsttherapeutischen Konzepts des begleitenden Malens wird deutlich, dass sich Ansätze von diesem auch durchaus im Angebot der Kunstwerkstatt wieder finden lassen:

- Die Rolle der Lehrperson (Begleiter statt Anleiter)
- Der Gedanke des „alles ist erlaubt“
- Das Wissen der Malenden, dass keine Bewertung zu erwarten, bzw. zu befürchten ist

Die Frage, die ich mir nach meinem Praktikum stellte war, ob die drei Arten des Malens (akademisch, ästhetisch und therapeutisch) nun durch das Einbringen kunsttherapeutischer Gedanken ausgelöst oder nur der Umgang mit ihnen erleichtert wird?

Ich denke, dass die drei Arten des Malens unabhängig von dem Konzept von Bettina Egger bei jedem künstlerischen Schaffen (d.h. auch im Kunstunterricht in Regelschulen) vorkommen können. Das Konzept ist also nicht für das Auftreten verantwortlich. Die in der Kunstwerkstatt bestehende Atmosphäre (geschaffen durch das therapeutische Gedankengut) ermöglicht es jedoch die drei Arten des Malens zu erkennen und erleichtert den Umgang mit ihnen.

Dem Unterricht in einer Klinikschule obliegt nicht die Aufgabe der Benotung. Dies ist ein wichtiger Unterschied und (zumindest auf das Fach Kunst bezogen) ein großer Vorteil.

Es wurde ja auch schon in der vorherigen Arbeit angesprochen, dass das wertvolle am Kunstunterricht auch der künstlerische Schaffensprozess an sich sein kann. Die Ergebnisorientierung, verstärkt durch die anschließende Benotung, herrscht jedoch in den meisten Klassenzimmern noch immer vor. Auch wird meiner Ansicht nach oft der Kunstunterricht noch immer mehr im Sinne von Beschäftigungstherapie genutzt. Das Ausmalen von Bildern, das Arbeiten unter genauen Vorgaben, all das wird den Möglichkeiten von künstlerischem Arbeiten (die hoffentlich in der

vorausgegangen Arbeit deutlich geworden sind) nicht gerecht. Das Gestalten wird in diesen Fällen rein auf das Kunsthandwerk reduziert. Einigen Lehrern kann man dabei nicht einmal einen richtigen Vorwurf machen- wenn man nicht weiß, was hinter dem künstlerischen Schaffen stecken kann, wie soll man es dann nutzen? Ist allerdings Bequemlichkeit der Lehrkräfte für die Qualität des Unterrichts verantwortlich, so ist das bedenklich und sehr schade.

Der Unterricht in Regelschulen hat sich an mehr, bzw. an anderen Richtlinien zu orientieren, als der Unterricht in Klinikschulen. Die Orientierung am Bildungsplan ist z.B. nicht nur möglich, sondern wird explizit verlangt. Interessant hierbei ist jedoch, dass wenn man den Bildungsplan der Grundschule im Fächerverbund Mensch, Natur und Kultur (zu dessen Verbund Kunst ja inzwischen gehört) betrachtet, deutlich wird, dass das Kunstangebot der Kunstwerkstatt vielleicht sogar besser die Auflagen erfüllt, als der oftmals als Beschäftigungstherapie verstandene Kunstunterricht in Regelschulen:

In den Leitgedanken zum Kompetenzerwerb unter der Überschrift „zentrale Aufgaben im Fächerverbund Mensch, Natur und Kultur“ finden sich folgende Textauszüge:

*„Der Unterricht nimmt **Erfahrungen und Ansätze der Welterkundung** der Schülerinnen und Schüler auf und **führt sie weiter** zu tragfähigen Formen des Wissens und Könnens sowie zu erweitertem **musikalischen und künstlerischen Ausdruck**.“*
(Leitgedanken zum Kompetenzerwerb für Mensch, Natur und Kultur, Grundschulklassen3,4: 96)

*„Die Schülerinnen und Schüler **bringen ihr Fühlen, Denken, Wollen und Handeln in die Auseinandersetzung mit der Lebenswirklichkeit ein**.“*
(Leitgedanken zum Kompetenzerwerb für Mensch, Natur und Kultur, Grundschulklassen3,4: 96)

*„**Ästhetische Wahrnehmungsprozesse** sprechen die Sinne und Verstand der Schülerinnen und Schüler in ihrer Ganzheit an und ermöglicht es ihnen, **das ästhetische als Teil ihrer Persönlichkeit zu entfalten**.“*
(Leitgedanken zum Kompetenzerwerb für Mensch, Natur und Kultur, Grundschulklassen3,4: 97)

All diese Anforderungen an den Unterricht setzt für mich das Angebot der Kunstwerkstatt um. Nach dem Bildungsplan sollte es also auch in Regelschulen im Fach Kunst durchaus um eine individuelle Auseinandersetzung mit einer Problemstel-

lung gehen. Es geht sogar soweit, dass von „Ausdruck“ und „der Entfaltung des Ästhetischen als Teil der Persönlichkeit“ die Rede ist. Diese Anforderungen gehen definitiv in eine positive Richtung und würden einen schülerzentrierten und stark an den Ansprüchen des einzelnen Schülers orientierten Unterricht ermöglichen und rechtfertigen. Dennoch stellt es auch einen enorm hohen Anspruch an den Unterricht dar. Die Einstellung zum Unterricht und daher auch zum Kunstunterricht hat sich zwar vom lehrerzentrierten zum schülerzentrierten Ansatz gewandelt, die Rahmenbedingungen in welcher die Umsetzung stattfinden soll sind jedoch dieselben geblieben.

Unter der Überschrift „didaktische Hinweise und Prinzipien für den Unterricht“ findet sich bezogen auf den Kunstunterricht folgendes:

*„Bewusst der Unterricht zunehmend anwendungs- und problemorientiert, explorativ, **aktiv entdeckend und kreativ**, themen- und projektorientiert gestaltet. Ausgehend von Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Anteilnahme und Betroffenheit sind **Empfindungen und Erfahrungen Voraussetzung** für Weltbegegnung, Welterkundung und Weltaneignung.“*

(Leitgedanken zum Kompetenzerwerb für Mensch, Natur und Kultur, Grundschul-Klassen3,4: 98)

*„Eine **bedeutsame Rolle spielt dabei die gestaltete Lernumgebung** und die Bereitstellung von Materialien von Medien, die die selbstständige Informationsbeschaffung ermöglichen. Neben dem Aufbau grundlegenden Wissens und Orientierungswissen geht es im Unterricht auch immer um das **Erarbeiten elementaren Methoden**, wodurch die Kinder Strategien erlernen, sich das Wissen zunehmend selbsttätig und selbstständig anzueignen. **Die Heterogenität der Lernvoraussetzungen erfordert, dass die Kompetenzen in jeweils unterschiedlichen Zugängen, Annäherungen, Ausprägungen und Zeitintervallen erreicht werden können.**“*

(Leitgedanken zum Kompetenzerwerb für Mensch, Natur und Kultur, Grundschul-Klassen3,4: 99)

*„**Neue Formen des Lernens bedingen neue Formen der Leistungsbewertung.**“*

(Leitgedanken zum Kompetenzerwerb für Mensch, Natur und Kultur, Grundschul-Klassen3,4: 99)

Auch was die didaktische Umsetzung angeht, gibt der Bildungsplan durchaus Wünschenswertes vor. Besonders das Verweisen auf die Heterogenität und die daraus resultierenden Folgen ist extrem wichtig. Ebenfalls wird im Bildungsplan auf die „neuen Formen der Leistungsbewertung“ hingewiesen. Wie groß das Problem der Bewertung im Kunstunterricht ist habe ich schon erwähnt, aber wie

schwierig es auch ist Alternativen zu entwickeln habe ich z.B. im Seminar „Innovative Formen der Leistungsbeurteilung“ von Frau Prof. Dr. Margarete Dieck und Herr Prof. Dr. Thorsten Bohl im Sommersemester 2007 erfahren. Ein künstlerisches Produkt sollte einfach nicht objektiv bewertet werden (vgl. Kapitel 3.1. „Der Kunstbegriff“). Wenn überhaupt, dann sollte besser der Schaffensprozess betrachtet werden. Möchte man eine objektive Bewertung erreichen, dann muss man tatsächlich so viele Kriterien im Voraus festlegen und diese dann den Kindern auch mitteilen, dass für eigene Interpretationen von Seiten der Schüler kaum mehr Platz bleibt. Und dieser Zugang wird dann weder sinnvoll für den Schüler, noch wird er den Möglichkeiten von Kunstunterricht (auch nach dem Bildungsplan) gerecht.

Wie sehr die Rahmenbedingungen, die die Institution Regelschule nun einmal hat, Situationen im Kunstunterricht erschweren können möchte ich anhand eines Beispiels aus meinem Tagespraktikum verdeutlichen.

Das Praktikum fand in einer dritten Klasse statt. Das Thema im Verbund MNK war in der besagten Woche „Erfindungen und Technik“. Meine Aufgabe war es also jetzt eine Kunstdoppelstunde zu entwickeln, welche dieses Thema aufgreift. An dieser Stelle kann eine Unterrichtsplanung nun schon ganz unterschiedlich verlaufen: ist man etwas bequem und sieht im Kunstunterricht die Möglichkeit nicht so viel vorbereiten zu müssen, dann sucht man sich ein Bild, welches die Kinder dann mit ihren Holzstiften ausmalen sollen und danach unter die Überschrift ins Heft kleben. Möchte man jedoch dem Anspruch des Kunstunterrichts gerecht werden so gestaltet sich eine Planung als etwas schwieriger. Das Bestimmen von Zielen, davon ausgehend das Festlegen geeigneter Materialien, das Berücksichtigen eigener Auffassungsmöglichkeiten der Kinder, aber trotzdem das Vorgeben von Kriterien...

Letztendlich bin ich zu dem Stundenthema „wir erfinden eine Glücksmaschine“ gekommen. Das Festlegen der Kriterien, nach welchen eine Benotung stattfinden wird ist wichtig. Ebenfalls wichtig ist natürlich, dass diese Kriterien auch den Schülern mitgeteilt werden.

In meinem Fall gehörten zu diesen Kriterien:

- Die Darstellung eines Produktionsablaufs, die Erkennbarkeit der Funktionsweise
- Das sinnvolle Einarbeiten eines vorgegebenen Motors

Zu Beginn der Stunde wurde zunächst darüber gesprochen, was denn überhaupt ein solcher Produktionsablauf sein könnte. In diesem Teil der Aufgabe bestand das akademische Arbeiten. Es ging also gezielt darum, sich damit auseinanderzusetzen, wie etwas der Reihe nach entstehen kann, wie das Eine das andere bedingen könnte. Um trotzdem den Schülern noch Platz für eigene Assoziationen zu lassen, wählte ich das Thema der „GLÜCKSmaschine“. Glück ist ja bekanntlich für jeden etwas anderes...

Die Schüler arbeiteten 90 Minuten an dieser Problemstellung. Danach ging es bei uns Studierenden ans Betrachten der entstandenen Bilder, dabei sollten wir uns mit der Benotung auseinandersetzen. Es gab z.B. „Bonbon-Erfinde-Maschinen“, Maschinen die Spielzeuge erfinden... der Kreativität die eigenen Auffassung von Glück betreffend, waren keine Grenzen gesetzt. Auch die Produktionsabläufe waren verschieden dargestellt worden. Nur ein Bild fiel aus der Reihe: Ein Schüler malte eine Person in einem Krankenbett, dann klebte er den Motor auf das Blatt und hinter diesem Motor stand die Person aus eigener Kraft, ohne Bett.

Ganz offensichtlich beschäftigte den Schüler irgendetwas massiv. Vielleicht ein Krankheitsfall in der Familie, der ihn dazu brachte in seinem größten Glück die Genesung dieser Person zu sehen. Trotz diesem doch relativ am akademischen Arbeiten orientierten Unterricht, beschäftigte sich der Schüler mit etwas ganz Persönlichem. Nach den drei Arten des Malens, wäre dieser künstlerischen Prozess mehr der Richtung des therapeutischen Malens zuzuordnen.

Und damit wäre ich wieder bei meiner Aussage vom Anfang: Ich denke, dass die drei Arten des Malens in jedem Kunstunterricht auftreten können! Diese Erkenntnis passt auch zu der allgemeinen Feststellung aus Kapitel 2.1.6 was den Vergleich von Regel- und Klinikschule betrifft. : Auch in der Regelschule kann ein Schüler Probleme haben, welche ihn so beschäftigen wie vielleicht einen Schüler in der Klinikschule seine Krankheit. Ursula Pfeiffer spricht in ihrem Text nun davon, dass in beiden Schulen auch dem „systemfremden Lernen“ Raum gegeben werden muss (vgl. Kapitel 2.1.6. und PFEIFFER 1998:16). Wie berechtigt und richtig diese Aussage nun auch bezogen auf den Kunstunterricht ist, zeigte sich im beschriebenen Beispiel. Wie schwierig sich jedoch die Umsetzung im Kunstunterricht einer Regelschule gestalten kann, zeigt sich jetzt: Das „Problem“ ist nämlich

nun, dass das Bild bewertet werden muss. Geht man streng nach den Kriterien, dann erfüllt das Bild meine zuvor aufgestellten Kriterien nicht. Der Motor wird einfach so als Maschine übernommen- das heißt eigentlich Thema verfehlt, die Arbeit ist demnach ungenügend. Dass dies jedoch nicht die Reaktion sein kann ist klar. Aber wie gehe ich dann mit diesem Bild um? Im Praktikum hatten wir alle die Möglichkeit eine solche Entscheidung zu umgehen. Später muss ich sie aber treffen. Im Moment des Praktikums habe ich darin auch noch kein solch schwieriges Problem gesehen. Ist einem jedoch bewusst, wie wichtig es wäre in einer solchen Situation richtig zu reagieren und auch aus einer Institution wie der Klinikschule einen Unterricht kennt, der reagiert, fängt man sich an Gedanken zu machen. Auch mir hat die intensive Beschäftigung mit anderen Möglichkeiten von Kunstunterricht und auch entscheidend das Modell der didaktischen Farbe eines Bildes von Jörg Rinninsland geholfen, dass ich nun für mich „klarer“ sehe. Klarer jedoch nicht in dem Sinne, dass ich für mich schon eine Lösung für solch schwierige aber durchaus vorkommende Situationen finden konnte, aber allein das Wissen über das Problem wird mir helfen es zu erkennen. Und dieses Erkennen ist, meiner Ansicht nach, auf jeden Fall der erste wichtige Schritt.

Nun habe ich zu Beginn auch schon erwähnt, dass das Einbringen des kunsttherapeutischen Konzepts von Bettina Egger, den Umgang erleichtert. Wäre dies dann nicht auch eine Möglichkeit für die Regelschule?

Allgemein betrachtet gibt es ungemein viele verschiedene kunsttherapeutische Richtungen. Sie unterscheiden sich teilweise sehr voneinander. Ich möchte jetzt gar nicht soweit in die Materie der Kunsttherapie eindringen, als dass ich alle diese verschiedenen Konzepte vorstelle. SCHUSTER jedoch stellt in seinem Buch „Die heilende Kraft des Gestaltens“ folgende drei (nicht konzept-spezifische) Wirkungsannahmen der Kunsttherapie dar:

1. Kunsttherapie stimuliert die Kreativität und wirkt so auf die relative Kreativität der Lebensführung.
2. Kunsttherapie gibt dem Klienten das Vertrauen, etwas schaffen zu können.
3. Durch das bildhafte Tun werden kreative Prozesse des Unbewussten in den Dienst seelischer Gesundheit gestellt.

(SCHUSTER 1993:165)

Betrachtet man die ersten beiden Punkte dieser Aufzählung, widerspricht man vermutlich nicht der Aussage, dass diese Wirkungen auch für den Kunstunterricht sinnvoll wären.

Die dritte Annahme jedoch sollte einem jedoch deutlich machen, was die Kunsttherapie noch immer ganz entscheidend von der Kunstpädagogik unterscheidet. Eine künstlerische Betätigung im therapeutischen Kontext hat „mit eindeutigen Korrektiv- bzw. Behandlungszielen in der Gegenwart eines Therapeuten einen anderen Sinn und Zweck“. (DALLEY 1986:10) Das Ziel und der Wunsch der Kunsttherapie besteht darin „seelische Störungen zu beeinflussen“ (DALLEY 1986:11) Das Beeinflussen dieser seelischen Störungen geschieht durch das Nutzen der Kunst als ein Mittel der nicht-verbale Kommunikation. Die beteiligte Person und der Prozess werden daher zu entscheidenden Elementen (vgl. DALLEY 1986:10). Die Grundlage die Kunst als Möglichkeit für eine solch nonverbale Kommunikation zu sehen ist die Erkenntnis, dass „die grundlegendsten Gedanken und Gefühle der Menschen, die sich aus dem Unbewussten ableiten, besser in Bildern als in Worten zum Ausdruck gebracht werden können.“ (NAUMBURG 1958:511)

Dass Gedanken und Gefühle in Bildern zum Ausdruck kommen können, passiert nicht nur bei „kranken“ Menschen (auf welche sich die Kunsttherapie zumindest ursprünglich stark bezog¹⁴), was bei meinem Beispiel aus dem Tagespraktikum deutlich wird. Auch deutlich wird dabei jedoch, in welcher schwierigen Situation die Verarbeitung eines solch persönlichen Themas die Lehrkraft bringen kann.

Eine erfolgreiche Kunsttherapie stößt beim Patienten unter Umständen tief greifende innere Prozesse an. Doch allein der Anstoß genügt nicht, sondern es gilt dann die ins Rollen gebrachte Lawine auch abzufangen. Für dieses Abfangen und das Umgehen mit einem solchen Anstoß braucht es eine Ausbildung. Eine Lehrkraft könnte nie die notwendige Betreuung des Kindes übernehmen. Sei es aus fehlendem Fachwissen oder auch aus der Situation heraus, dass es noch 25 andere Kinder in der Klasse gibt... „Es stellte ein ernstzunehmendes Problem für den

¹⁴ In diesem Fall beziehe ich mich auf die Definition des Begriffs „Therapie“, welcher durch den Vorsatz „Kunst“ ergänzt wurde: „**Therapie** (grch.) die, alle der Beseitigung oder Linderung von Gesundheitsstörungen und Krankheitszuständen dienenden medizinischen Maßnahmen (...).“ (BROCKHAUS 2002:Band14:89)

Lehrer dar, dessen primäre Aufgaben in der Verbesserung der künstlerischen Fertigkeiten für eine mögliche externe Bewertung bestehen, wenn er in einen Prozess auf einer solchen Ebene einbezogen würde.“ (WALLER IN DALLEY 1986:41)

Das Konzept von Bettina Egger geht noch nicht ganz so stark in die Richtung einer sehr psychotherapeutisch orientierten Kunsttherapie (bei welcher es dann eventuell auch darum gehen würde, gemalte Bilder zu interpretieren). Möchte der Patient über sein Bild sprechen, dann hat der Therapeut natürlich ein offenes Ohr, ansonsten ist es aber die Auseinandersetzung mit sich selbst, die den Patienten weiterbringt.

Dieser Ansatz „der Auseinandersetzung mit sich selbst“ macht es möglich das Konzept in Ansätzen z.B. in der Kunstwerkstatt zu nutzen.

Diese Auseinandersetzung mit sich selbst kann immer, bei jedem der sich künstlerisch betätigt, der sich auf den Prozess einlässt und nicht nur an das Ergebnis denkt, einstellen. Deshalb ist es auch von Vorteil als Lehrer das Konzept zu kennen und sich in unsicheren Situationen darauf beziehen zu können (z.B. bei der Bewältigung von Krisensituationen, vgl. Kapitel 3.2.3.2.). Dennoch ist auch das Begleitete Malen ein kunsttherapeutisches Konzept und darf deshalb nicht leichtsinnig von einem Lehrer eingesetzt werden. Es existiert eine Komplexität, der man gerecht werden muss. Und dafür braucht man eine Ausbildung.

Für mich sind es einfache Grundgedanken (Lehrer als „Begleiter“, Umgang mit Lob, das Malen „für sich selbst“), die ich durchaus auch im Regelunterricht für nicht uninteressant halten würde.

Tatsache ist, dass sich das Einbringen von bestimmten Grundgedanken, ab dem Moment fast gar nicht mehr vermeiden lässt, an dem man ein solches Konzept kennen lernt, es versteht und die Ansicht letzten Endes auch vertritt.

4 Persönliches Fazit

Ich hatte in meinem Praktikum die Chance eine Form von Kunstunterricht kennen zu lernen, in welcher eine Konzentration auf den Prozess möglich wird. Das hat mich fasziniert und beeindruckt. Später auch einmal so arbeiten zu können, würde mich mit meiner Einstellung zu dem was Kunst leisten kann, sehr glücklich machen.

Dennoch ist es mir bewusst, dass beim Unterrichten in Regelschulen, Grenzen existieren. Diese Grenzen kann man nicht ignorieren. Es bleibt daher die Frage ob es dann sinnvoll ist ein solches Arbeiten zu versuchen. Was macht es für einen Sinn den Kindern zu erklären, dass es eigentlich kein richtig und kein falsch gibt und dass das Ergebnis gar nicht so wichtig ist, wenn am Ende eine Note im Zeugnis stehen soll?

Es macht für mich keinen Sinn. Dennoch möchte ich sensibel sein für die Bedürfnisse der Kinder. Aufgaben stellen, welche eine individuelle Auseinandersetzung zulassen, die Entwicklung der persönlichen Kreativität fördern. Alle drei Arten zu Malen haben auch im Regelunterricht ihre Berechtigung aufzutreten und es liegt an mir sie zu erkennen und richtig damit umzugehen. Dass ich kein therapeutisches Gespräch versuche anzufangen, dass versteht sich nach dem vorangegangenen Text von selbst, aber zumindest könnte man in einem solchen Fall auf eine anschließende Reflexionsphase, in der jedes Kind sein Bild beschreiben soll (oder im Beispiel, den Produktionsweg) aus Rücksicht weglassen.

Was inzwischen für mich schon so selbstverständlich klingt, war mir zum Zeitpunkt des Tagespraktikums noch völlig unbekannt. Natürlich war es mir schon damals bewusst, dass der Schüler die Aufgabe für etwas genutzt hat, was ihm in diesem Moment wichtig war und er darüber hinaus die eigentliche Aufgabenstellung überhaupt nicht mehr beachtete. Richtig Sinn macht dieser Vorfall jedoch erst jetzt, nachdem ich mich intensiv mit den Möglichkeiten von künstlerischen Schaffen auseinandergesetzt habe und ich dank Jörg Rinninsland einen für mich neuen, sehr interessanten und viele Chancen bietenden Ansatz kennen lernen durfte.

5 Schülerbeispiele

5.1 Patient Nico, 35 Jahre

Die Voraussetzungen

Bei Nico handelt es sich um den bereits 17. Aufenthalt im Hegau-Jugendwerk.

Im Jahr 1990 hatte der Patient einen schweren Motorradunfall, bei welchem er ein schweres gedecktes (d.h. kein offenes) Schädelhirntrauma erlitt. Nach dem Unfall lag Nico zunächst eine Zeit im Koma.

Heute ist Nico bei sämtlichen Verrichtungen auf Hilfestellung und Unterstützung angewiesen und er sitzt im Rollstuhl. Er hat eine linksbetonte spastische Tetraparese, d.h. der Muskeltonus ist in allen vier Gliedmaßen, wobei die linke Seite stärker betroffen ist als die rechte Seite, erhöht. Man spricht auch von einer „spastischen Lähmung“ (vgl. „Körper und Bewegungsstörungen“ Kapitel 3.2.3.). Nico benutzt im Alltag praktisch nur seine rechte Hand. Weitere Folgschäden sind eine Dysarthrophonie, d.h. alles was mit Sprechen zu tun hat bereitet dem Patienten Probleme, sowie ein linksseitige Okularmotoriusparese mit einem Strabismus, d.h. der Patient schielt. Nico neigt zu epileptischen Anfällen, die sich von komplex-fokalen Anfällen (beginnend an einem Ort), bis hin zu „Grand-mal-Anfällen“¹⁵ steigern können.

Dazu kommt ein hirnorganisches Psychosyndrom, was bedeutet dass Nico nach dem Unfall eine veränderte Persönlichkeit (vgl. „Änderungen des Verhaltens und Erlebens“ Kapitel 3.2.3.) hat und neuropsychologische Teilleistungsstörungen (vgl. Vortrag Vreni Schweizer, Kapitel 3.2.2.1.) auftreten. Das Antriebs- und Arbeitsverhalten sind stark verlangsamt.

Nico lebt normalerweise zu Hause bei seinen Eltern, tagsüber arbeitet er in einer Behindertenwerkstatt.

Er hängt sehr an seiner Familie, besonders seine Mutter ist eine wichtige Bezugsperson für ihn. Ein Aufenthalt der 6 Wochen übersteigen würde, wäre nur schwer

¹⁵ „generalisierter Anfall: beide Hemisphären des Gehirns sind betroffen; Zuckungen und Streckung des gesamten Körpers; Blutdruck steigt; Patienten können sich danach an nichts mehr erinnern“ (http://www.logopaedie-bochum.de/index.php?option=com_content&task=view&id=50&Itemid=149)

möglich, da Nico starkes Heimweh, das bis zur Depression reichen kann, bekommt.

Ziele und Therapien der Rehabilitation

In den 5 Wochen, die Nico im Jugendwerk verbringt soll zum einen eine Verbesserung der Beweglichkeit erreicht werden und zu anderen die Selbständigkeit gefördert werden.

Die dazu ausgewählten Therapien sind die Physiotherapie, die Ergotherapie (Verbesserung der selektiven Arm- und Handfunktion) und die neuropädagogische Förderung, in deren Rahmen die Kunstwerkstatt fällt.

Das Arbeiten in der Kunstwerkstatt

Ein Patient wird in der Kunstwerkstatt ja zunächst einmal gefragt, ob er schon eine Idee hätte, was er gerne machen möchte. Hat der Patient keine, so wäre eine mögliche nächste Frage die, ob es irgendetwas gibt was man besonders gerne mag. Bei Nico ist die Antwort auf diese zweite Frage ganz klar: Frauen. Nico hat eine Schwäche für Frauen jeglicher Art und daher gehören sie auch zu seinen Lieblingsmotiven. Er verzichtet bei seinen Bildern auf keine wichtigen Details und er beschriftet gerne seine Zeichnung zusätzlich.

Trotz seinen motorischen Einschränkungen, kann er einen Stift halten und selbstständig damit malen, bzw. zeichnen. Die meisten seiner Bilder entstanden mit Holzstiften.

Als ich von Nicos Interesse erfuhr und Jörg Rinninsland mir bisher gemalte Bilder zeigte, kam mir als Möglichkeit zum Weiterarbeiten spontan Nici de Saint-Phalle in den Sinn. Nico zeichnete überwiegend nur Umrisse, seine Figuren malte er nicht aus. Ich dachte, dass die Art der Künstlerin ihre Frauenkörper zu Gestalten für Nico ein noch mal ganz neuer Zugang zu diesem „Frauenthema“ sein könnte. Insgesamt geht es bei ihm dann nicht darum, genau zu studieren, wie Nici de Saint Phalle arbeitet, wie ihre künstlerische Technik genau zu verstehen ist, sondern einfach nur um eine Anregung für den Patienten. Es handelt sich also nicht

um eine im Sinne des akademischen Malens aufzuarbeitende Künstlerbetrachtung.



16

Ich suchte im Internet mehrere Vorlagen, die ich Nico dann in der darauf folgenden Stunde zeigte. Nico gefielen die Bilder und er suchte sich eines aus, welches er als Vorlage benutzen wollte.

Dieses Arbeiten mit Vorlage ist oftmals nicht sinnvoll. Wenn eine Person z.B. eigene Ideen und Lösungsstrategien in einem künstlerischen Prozess finden und entwickeln soll, dann sollte man ihm keine mögliche Vorstellung davon geben. In diesem Fall hätte es aber ohne Vorlage nicht funktioniert. Ihm das Bild wieder weg zu nehmen und nur als Einstiegsimpuls stehen zu lassen hätte den Patienten kognitiv überfordert.

Nico machte sich in der ersten Stunde engagiert an die Arbeit. In der zweiten Stunde machte er für mich schon zu Beginn einen etwas unglücklichen Eindruck. Während der Stunde fing er mir dann plötzlich an zu erzählen, wie sehr er Heimweh hätte. Ich war auf diese „Heimweh-Situation“ schon vorbereitet worden und versuchte ihn durch das Zurückbringen zu seiner Arbeit wieder vom Heimweh abzulenken.

Was Nico dann jedoch sagte, brachte mich völlig aus meinem Konzept. Er fing an völlig „klar bei Sinnen“ zu erzählen, dass er ja doch nur für alle eine Last wäre, wie sehr er es hasst auf andere angewiesen zu sein und das alles nur wegen einem blöden Unfall.... Dann meinte er, es wäre vielleicht besser, wenn er sterben würde. Diese Aussage warf mich total aus der Bahn und ich wusste nicht wie reagieren. Vor allem, weil der Patient beim Erzählen nicht geistig behindert, sondern sehr reflektiert gewirkt hatte.

An Kunst und an die Frau, die darauf wartete angemalt zu werden, war an dieser Stunde überhaupt nicht zu denken. Es passierte etwas für den Klinikschulunterricht ganz typisches, der Patient mit seinen Problemen wurde zum Gegenstand

¹⁶ <http://www.wazzau.ch/images/08-niki-st-phalle.jpg>

des Unterrichts, die eigentliche Planung ist in einer solchen Situation dann völlig egal und unwichtig.

Auch in der nächsten Stunde hielt das Stimmungstief noch etwas an und die Frau bekam Hörner und wurde zu einem Teufel (Einfließen des „therapeutischen Malens“ in den Arbeitsprozess?!).

Beeindruckend im gesamten Arbeitsverlauf ist, dass Nico wirklich konsequent solange es ihm möglich war, d.h. bis er einschlief (was bei ihm relativ häufig passierte), am Bild malte. Selbst nach dem Aufwecken machte er sich sofort wieder an die Arbeit. Für Nico ist das eine beachtliche Leistung, da er sich sonst sehr leicht ablenken lässt.

Nico stellte das Bild noch vor dem Ende meines Praktikums fertig. Die charakteristische Beschriftung zum Schluss natürlich mit eingeschlossen. Nico war glücklich mit seinem Ergebnis und auch die Beschriftung signalisiert den positiven Ausgang dieses Prozesses. Der Teufel ist jetzt doch froh und hat auch noch ein lächelndes Gesicht bekommen.



Das letzte was ich dann von Nico mitbekommen habe, ist dass er auch das nächste Bild mit dem üppigen Umriss eines Körpers begann, wer weiß vielleicht hat er tatsächlich Spaß daran gefunden und malt noch eine Frau in diesem Stil..... und diesmal sogar ganz ohne Vorlage!

¹⁷ „Der Teufel ist das, er ist farbenfroh und lacht, anscheinend ist er froh“

5.2 Patient Adrian, 21 Jahre

Die Voraussetzungen

Im Oktober 2007 kollabierte der Patient Adrian plötzlich beim Joggen. Der plötzlichen Ohnmacht folgte ein Sturz auf den Hinterkopf. Im Krankenhaus wurde dann ein 1 cm langer Verschluss der zentralen Arterie, welche für die Blutzufuhr im Gehirn zuständig ist, festgestellt.

Zu diesem Zeitpunkt machte Adrian gerade seine Ausbildung zum Mechatroniker (2. Ausbildungsjahr), zu seinen Hobbys zähl(t)en Sport, Wandern, Ausgehen und die Natur.

Heute ist Adrian bei allen alltäglichen Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen. Die Folgen des Verschlusses sind eine hochgradig rechts- und armbetonte spastische Tetraparese, d.h. der Muskeltonus ist in allen vier Gliedmaßen, wobei die rechte Seite und die Arme stärker betroffen sind als die linke Seite und die Beine, erhöht. Man spricht auch von einer „spastischen Lähmung“ (vgl. „Körper und Bewegungsstörungen“ Kapitel 3.2.3.).

Die Beine und der linke Arm können kurz aktiv gehalten werden, höhere motorische Anforderungen sind nicht möglich. Spontanbewegungen aller vier Gliedmaßen können vorkommen.

Durch diese Einschränkungen ist Adrian auf den Rollstuhl angewiesen. Außerdem kann Adrian, bedingt durch die Lähmung, nur noch das linke Auge öffnen.

Zu diesen bewegungsmotorischen Störungen kommen eine Dysarthrie und eine Sprechapraxie. Der Patient ist nur sehr schwer verständlich und die Kommunikation gestaltet sich daher teilweise als schwierig.

Festgestellt wurde außerdem ein stark beeinträchtigtes psychomotorisches und kognitives Leistungsvermögen.

Ziele und Therapien der Rehabilitation

Die *Ziele* der Rehabilitation bei Adrian liegen in den Bereichen:

- physische und psychische Reoborierung
- Verbesserung der motorischen Funktionen
- Förderung der Selbstständigkeit durch aktivierende Pflege
- Förderung der sprachlichen Fähigkeiten
- Förderung der kognitiven Funktionen

Als *Fernziel* wird außerdem die Überprüfung der beruflichen Möglichkeiten angegeben.

Diese Ziele sollen durch folgende *Therapieangebote* erreicht werden:

- Aktivierende Pflege
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- Psychotherapie
- Gesprächsführung zur Krankheitsverarbeitung
- Logopädie
- **Kunstwerkstatt**

Das Arbeiten in der Kunstwerkstatt

Adrian hatte vor seinem Unfall das Ziel nach seiner Ausbildung noch zu studieren. Dieses Ziel verfolgt er immer noch. Tatsache ist aber, dass er es vielleicht nie mehr schaffen wird so in sein altes Leben zurückzukehren.

Solche Fälle sind immer schwierig: auf der einen Seite ist es gut, wenn sich ein Patient nicht aufgibt und den Ehrgeiz besitzt Ziele zu verfolgen, auf der anderen Seite zeigt dies im Fall von Adrian, dass er eine momentan völlig falsche Selbsteinschätzung besitzt.

Dieser Ehrgeiz, der teilweise seine Möglichkeiten überschreitet zeigt sich auch in der Kunstwerkstatt.

Adrian bastelte Umschläge aus Papier, welches er vorher mit Hilfe der Marmor-technik gestaltet hatte. Bei der Marmor-technik wird das DinA4 Blatt in einen genauso großen Karton gelegt und dann werden 2-3 Farbkleckse auf das Papier gegeben. Diese Farbkleckse werden jetzt durch eine Murmel, die man im Karton umherrollt verwischt. Die Marmor-technik ist wie beim ästhetischen Malen beschrieben, eine einfache technische Möglichkeit ein ästhetisches Ergebnis zu erzielen. Auch für Adrian stellten die Marmorbilder motorisch trotz seinen Einschränkungen kein Problem dar.



Das Basteln der Umschläge ist jedoch eine wirkliche Herausforderung. Das Material muss oft gewechselt werden. Zuerst braucht man einen Stift und die Schablone, dann eine Schneidemaschine, danach die normale Schere, beim Falten ein Lineal... Es ist nur schwer vorstellbar wie viel Anstrengung und auch Zeit es benötigt bis Adrian es z.B. schafft gezielt nach dem Stift zu greifen. Beim Schneiden beschwert Adrian das Papier so mit Gewichten, dass es ihm gelingt ohne die zweite, nicht funktionsfähige Hand, selbstständig zu schneiden.

Helfen lässt sich Adrian nur äußerst ungern, er versucht alles selber zu schaffen (und schafft es auch größtenteils!). Mir fiel es jedoch als Beobachter schwer nicht helfend einzugreifen. Es berührte mich sehr zu sehen, was ein solcher Unfall bewirken kann und wie sich der ehemals so sportliche Adrian jetzt abmüht um es zu schaffen einen Stift in die Hand zu nehmen.

Auf sein Ergebnis in der Kunstwerkstatt kann er wirklich stolz sein. Die Briefumschläge sind gut gelungen und für seine Behinderung von beachtlicher Genauigkeit!



5.3 Patientin Elisa, 13 Jahre

Die Voraussetzungen

Im Alter von 1 Jahr erlitt Elisa bei einer Herzoperation einen Infarkt der A. cerebri media links.

Dieser Infarkt löste eine armbetonte Hemiparese (Halbseitige Lähmung) rechts aus. Zunächst war Elisas rechte Seite komplett gelähmt, sie lernte erst im Alter von drei Jahren zu Laufen. Heute ist die Lähmung am rechten Arm noch vorhanden, sie nutzt ihn im Alltag nicht. Elisa kann selbstständig gehen, was nur durch eine Spitzfußstellung des rechten Fußes (die Patienten „berührt“ den Boden nur mit den Zehenspitzen), bedingt durch eine Verkürzung des rechten Beins, erschwert wird.

Durch ihren Herzfehler ist sie nur sehr eingeschränkt belastbar. Bei Elisa ist ebenfalls eine kognitive Leistungsminderung festzustellen.

Allgemein könnte sie als sehr „zart besaitet“ beschrieben werden. Sie spricht nur sehr leise und wirkt extrem unsicher und etwas scheu.

Ziele und Therapien der Rehabilitation

Die Ziele des Aufenthalts liegen bei der Besserung des Gehens und der Behandlung der Verkürzung des rechten Beins.

Die Schwerpunkte des Therapieangebots liegen also in den Bereichen Physiotherapie, Schwimmen, Psychomotorik und Ergotherapie.

An der Kunstwerkstatt nimmt Elisa auf eigenen Wunsch hin teil.

Das Arbeiten in der Kunstwerkstatt

Elisa wirkt sehr scheu und spricht so leise, dass man sie kaum verstehen kann. Als ich ihr zum ersten Mal die Frage stellte, was sie denn gerne machen würde, war die Antwort nur ein genuscheltes „Ich weiß es nicht“. Nun ist diese Antwort keinesfalls selten und von daher überraschte sie mich nicht. Etwas irritiert war ich nur als Elisas Antworten auf alle meine weiteren Fragen „Weiß ich nicht“ gelautet haben. Ich war mir nicht sicher, ob sie keine Lust hat, ob

sie zu faul ist sich etwas zu überlegen, oder ob sie es einfach kognitiv nicht kann. Im Gespräch mit Jörg Rinninsland erfuhr ich dann, dass Elisa wohl tatsächlich einfach nicht fähig ist kreative Ideen zu entwickeln und deren Umsetzung zu planen (d.h. z.B. die passenden Farben auszuwählen) und sie dann umzusetzen. Die gedankliche Flexibilität ist bei Elisa stark eingeschränkt.

Würde man anfangen Elisa eine komplette Vorstrukturierung zu liefern, dann würde diese so weit reichen, dass der Lehrer alles entscheidet und Elisa praktisch nur noch seine Vorstellungen umsetzt. Ein Gespräch könnte in diesem Fall folgendermaßen ablaufen: „was möchtest du denn heute machen?“ - „*weiß ich nicht...*“ - „wie wäre es denn wenn du einen Luftballon malst?“ - „*jaaaa...*“ - „Welche Farbe soll denn der Luftballon bekommen?“ - „*Mmmmhhh*“ - „soll er nur eine Farbe oder mehrere Farben haben?“ - „*.....mehrere....*“ - „und welche?“ - „*Weiß ich nicht...*“ - „Dann mache ihn doch blau, gelb und rot.“ - „*okay.*“

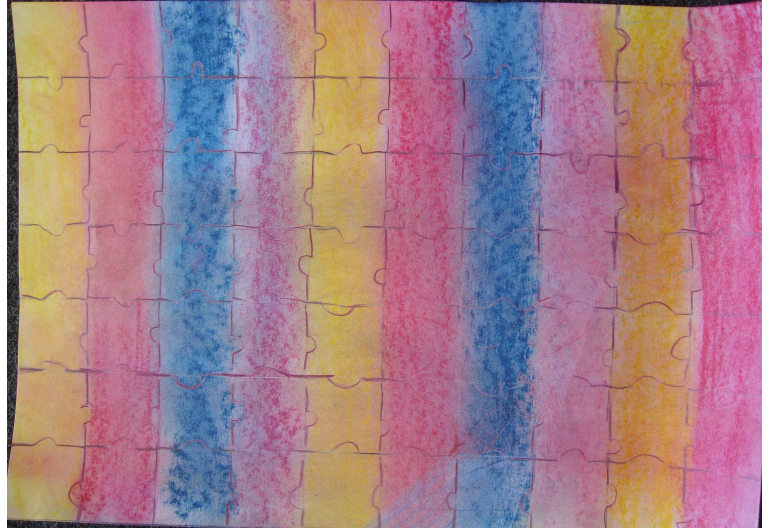
Da ein solches Gespräch und das darauf folgende Arbeiten, aber auf keinen Fall angestrebt werden sollte, gilt es zu überlegen, welches Material Elisa ermöglichen könnte doch selbstständig Entscheidungen zu treffen. Die Pastellkreiden erwiesen sich für Elisa in diesem Fall als sehr produktiv.

Nachdem Elisa ein so genanntes „Puzzelbild“ von einer anderen Patientin gesehen hatte, entschied sie selbstständig, dass sie auch so etwas machen möchte. Das Ziehen der Hilfslinien, genauso wie das dann folgende Einzeichnen der Puzzelteile bereitete ihr wie erwartet keine Probleme. Entscheidungen waren hier nicht notwendig, alles folgte ja einer schon vorhandenen Konstruktionsregel. Als das Puzzelraster fertig war, standen wir jedoch wieder an Punkt Null, also praktisch vor einem leeren Blatt.

Elisa hatte keine Ahnung wie sie diese Puzzelteile jetzt gestalterisch für ihr Bild nutzen könnte. Möglichkeiten wären z.B. jedes Puzzelteil in einer anderen Farbe einzufärben, oder durch einfärben bestimmter Teile mit derselben Farbe Muster zu erzeugen... In der Hoffnung, dass Elisa es schaffen würde doch selbst etwas zu entwickeln bot ich ihr zur Weiterarbeit Holzstifte an. Diese erlauben das genaue Ausmalen der Teile am Besten. Das Ergebnis dieses Versuchs war jedoch, dass Elisa eine Stunde lang „kämpfte“ etwas zu entwickeln, am Ende aber nur ein ausradierter blauer Kreis entstanden war.

Die erste Frage meinerseits war also in der nächsten Stunde ob sie vielleicht lieber wieder die Pastellkreiden haben wolle. Dieser Vorschlag wurde von ihr bejaht. Ob sie das tatsächlich entschieden hat sei aber jetzt einmal offen gelassen.

Das am Ende entstandene Bild spiegelt ganz deutlich Elisas Problem wieder: Die am Anfang festgelegte Struktur konnte gut umgesetzt werden, sobald die Struktur jedoch den nächsten Schritt nicht mehr vorschreibt, bekommt Elisa Probleme.



Das, was sie letztendlich mit den Pastellkreiden malte, hätte sie auch ohne die Puzzelteile malen können. Sie hat es also nicht geschafft die Struktur weiter zu nutzen.

Dennoch ist es wichtig, dass man trotz allem ihr nicht alle Entscheidungen abnimmt. Elisa soll erfahren können, dass sie durchaus selbst richtige Entscheidungen treffen kann und die Umsetzung gelingt. Natürlich muss der Rahmen dessen, was überhaupt kognitiv möglich ist immer berücksichtigt werden. Eine Überforderung wäre eher kontraproduktiv. Auf eine Förderung verzichtet werden sollte also auf jeden Fall nicht. Aus Einfachheit Elisa ein Malbuch vorzulegen (das Ausmalen würde ihr nämlich keine Probleme bereiten) würde weder dem Anspruch der Kunstwerkstatt gerecht werden, noch könnte, bzw. wollte ich persönlich es nicht mit meinem Wunsch den Kinder „etwas mitgeben“ zu können (nicht im materiellen Sinne) vereinbaren.

6 Literaturverzeichnis

BACH, A. / HIEDL, C. / STROHMANN, M.: Psychologische Aspekte
In: P.L. Welter / P.W. Schönle (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation
Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1997,
In: Kapitel 2: Alltag in der neurologischen Rehabilitation, S.8-11

F.A. BROCKHAUS: Brockhaus in 18 Bänden
F.A. Brockhaus GmbH, Leipzig, Mannheim 2002; Verwendet wurden die Bände:
2,6,8,9,10,11,13,14

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG KÖLN: Chroni-
sche Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht
Aus der Reihe: Gesundheitserziehung und Schule, 1. Auflage 2005, S.41

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG KÖLN: adhs-
Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung... Was bedeutet das?
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Stand Oktober 2006

DAIBER, Barbara: Pauls Bildfluss zu sich selbst. Das Atelier für Ausdrucksmalen
im Prozess der Identitätsfindung.
In: „Kunst & Therapie“, Zeitschrift für bildnerische Therapien, 2001/2002, Seite 68-
78

DALLEY, TESSA: Kunst als Therapie – Eine Einführung
Rheda-Wiedenbrück 1986, S.7-27
In: Skript: Haucke Christina: „Einsatzmöglichkeiten kunsttherapeutischer Metho-
den in kunstpädagogischen Arbeitsfeldern“, Mühlheim am Main 2003

EGGER, BETTINA: Faszination Malen.
6. Auflage, Bern, 1996

ERTLE, CHRISTOPH: Die Schule für Kranke – „eine Brücke zum ganz normalen
Leben“
In: Ertle, Christoph: Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen: Wege zu Un-
terricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen
Bad Heilbrunn 1997, S.11-24

GÉRARD, CHRISTIANE; LIPINSKI, CHRISTIAN G. ; DECKER, WOLFGANG.:
Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen.
Stuttgart 1996

HABERMEHL, ANNE: Kunst als Therapie
In: Kultur-Blätter Konstanz Nr. 581, 2002, S.5f

HAUCKE, CHRISTINA: „Einsatzmöglichkeiten kunsttherapeutischer Methoden in kunstpädagogischen Arbeitsfeldern“
Skript SS 2003, Mühlheim am Main 2003

HANKER, MARTIN: Das Malatelier der 6a – ein Erfahrungsbericht
In: Menzen, Karl-Heinz / Rech, Peter / Wendlandt-Baumeister: Kunst & Therapie. Zeitschrift für bildnerische Therapien.
Ausgabe 2 / 2005: Projekte II, Claus Richter Verlag

HUMMELSHEIM, HORST: Neurologische Rehabilitation
Berlin, Heidelberg, 1998

KLEMM, MICHAEL / HÄCKER, WERNER / BÖPPLE, EVA: Heimatschulbesuche im Rahmen der Arbeitbereiche von Klinikpädagogik
In: Schröder, Joachim: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“: pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher.
Tübingen 1996, S. 25-30

Lexikon der Fremdwörter; Serges Medien GmbH Köln, 1999

LIEBSCH, ROLAND: Neurologie
2. überarbeitete Auflage, München, Jena; 2001

MASUR, H.: Rehabilitationsteam
In: Nelles, Gereon (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation
Stuttgart 2004, S.31-33

MÄCKER, ANDREAS: 1460 Antworten auf die Frage: Was ist Kunst?
Köln, 2003

MEISE, SYLVIA: Beim Maltherapeuten. Starke Bilder – starke Seele.
In: Zeitschrift „Schrot & Korn“, September 2008, S. 47-50

Ministerium für Kultus und Sport Baden-Württemberg: Bildungsstandards für den Fächerverbund Mensch, Natur und Kultur
In: Bildungsplan Grundschule 2004, Klassen 2, 4:S.95-100

Verwaltungsvorschrift: Organisatorischer Aufbau der Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung

Vom 28. Juli 1988

In: POLZER, HANS-JÖRG: Aufgaben der Schulverwaltung bei der Weiterentwicklung der Schule für Kranke in ERTLE 1997,S.50-55

NAUMBURG, MARGARETE: Art Therapy: Its Scope and Function
Springfield 1958

NELLES, G.: Neuronale Plastizität

In: Nelles, Gereon (Hrsg.):Neurologische Rehabilitation
Stuttgart 2004, S.1-11

PFEIFFER, URSULA: die "Schule für Kranke" als Brücke zwischen Klinik und Schule; Darstellung, Analyse, Bewertung des Projekts "Heimatschulbesuche"
Tübingen 1998

POLZER, HANS-JÖRG: Aufgaben der Schulverwaltung bei der Weiterentwicklung der Schule für Kranke

In: Ertle, Christoph: Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen: Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen
Bad Heilbrunn 1997, S.41-48

QUESTER, R. / LIPPERT-GRÜNER, M.: Entwicklung und Einsatz der Kunsttherapie in der Rehabilitation nach erworbenen Hirnschäden

In: Quester, R. / Lippert-Grüner, M.: Schädel-Hirn-Trauma, Kunsttherapie, Rehabilitation, Köln, 1996

RICHTER, HEIDI / PEEZ, GEORG: Kind – Kunst – Kunstpädagogik. Beiträge zur ästhetischen Erziehung.

Frankfurt am Main / Erfurt, 2004

RINNINSLAND, JÖRG: Kunst und Rehabilitation. Schriftenreihe Jugendwerk. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Band 2, 1998 a

RINNINSLAND, JÖRG: Die therapeutische Bedeutung von Kunstwerken und ihrer Präsentation.

In: Fachzeitschrift „not“, August 1998 b

RINNINSLAND, JÖRG: 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 2000

RINNINSLAND, JÖRG: Über die didaktische Farbe von Bildern. Malen in der neurologischen Rehabilitation.
Unveröffentlichter Artikel, 2002

RINNINSLAND, JÖRG: Bilder aus der Zwischenzeit. Gestaltungen und ihre Geschichten aus der neurologischen Rehabilitation.
Hrsg: Hegau-Jugendwerk GmbH. Neurologisches Krankenhaus und Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Gailingen am Hochrhein, 2003, S.18f

RUTH, THOMAS: Schädel-Hirn-Trauma
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart 1998, S.17f

SCHMIDT, RAIMUND: Zur psychosozialen Situation betroffener Kinder
In: „Chronische Krankheiten als Problem und Thema in Schule und Unterricht“, Hrsg: Bundeszentrale im Auftrag für gesundheitliche Aufklärung 2001, S.7-9

SCHÖNLE, P.W.: Frühe Phasen der neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B und C
In: P.L. Welter / P.W. Schönle (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation
Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1997
In: Kapitel 21: Aktuelle Probleme, S.330-334

SCHÖNLE, P.W.: Die integrierte neurologische Rehabilitation
In: Firschau, Uwe / Kahl, Christopher: Schädel-Hirn-Trauma, Pflege und Rehabilitation Erwachsener
1. Auflage, Stuttgart 2002, S.16f

SCHRIFTENREIHE JUGENDWERK 9: Das Hegau-Jugendwerk: Ein Überblick über Arbeitsbereiche und inhaltliche Schwerpunkte der Einrichtung. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.
2. aktualisierte Auflage 2007

SCHRIFTENREIHE JUGENDWERK 11: Die Wilhelm-Bläsig-Schule: Die Krankenhausschule in der neurologischen Rehabilitation. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

SCHULDT, SIEGLINDE: Aspekte schulischen Arbeitens an einer Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung- eine Monographie
In: Ertle, Christoph: Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen: Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen
Bad Heilbrunn 1997, S. 25-35

Schulgesetz für Baden-Württemberg: Fassung vom 1. August 1983 (GBl. S. 397),
Teil 1: Das Schulwesen: § 15
(Quelle: vgl. „Internet“)

SCHUPP, W.: Kostenträger und Struktur der Rehabilitation
In: Nelles, Gereon (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation
Stuttgart 2004, S.20-30

SCHUSTER, MARTIN: Wodurch Bilder wirken – Psychologie der Kunst
Köln, 1997

SCHUSTER, MARTIN: Kunsttherapie- Die heilende Kraft des Gestaltens.
4. Auflage, Köln 1994

SCHWEIZER, VRENI: Neuropsychologisches Training
Vortrag 1994 im Jugendwerk Gailingen

Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München: Die Schule für Kranke; Erziehung, Unterricht und Förderung kranker Kinder und Jugendlicher in Bayern
Würzburg 1995, S.41

STACHELHAUS, HEINER: Joseph Beuys
Düsseldorf, 1987

STERN, ARNO: Die natürliche Spur. Wenn Mollust nicht zu Werken führt.
1. Auflage, Bocholt 1996

SZLOSEK, SONJA LYDIA: Maltherapie mit geistig behinderten Jugendlichen
In: Zeitschrift für Heilpädagogik, Ausgabe 7, 1997, S. 276-280

VOLK-MOSER, ANDERA: Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett
In: Ertle, Christoph: Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen: Wege zu Un-

terricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen
Bad Heilbrunn 1997, S.57-75

WALLER, DIANE: Kunstpädagogik und Kunsttherapie: Einige Überlegungen zu
Unterschieden und Gemeinsamkeiten

In: Dalley, Tessa: Kunst als Therapie – Eine Einführung, Rheda-Wiedenbrück
1986, S.29-43

In: Skript: Haucke Christina: „Einsatzmöglichkeiten kunsttherapeutischer Metho-
den in kunstpädagogischen Arbeitsfeldern“, Mühlheim am Main 2003

WELTER, P.L. / SCHÖNLE P.W.: Neurologische Rehabilitation
Gustav Fischer Verlag Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1997, S.2-5

Internet:

- http://www.bildung-staerkt-me-schen.de/service/downloads/Bildungsplaene/Grundschule/Grundschule_Bildungsplan_Gesamt.pdf
- <http://www.dreigliederung.de/schulfreiheit/bwschulgesetz.html#15>
- <http://www.hegau-jugendwerk.de/> (Stand: August 2008)
- http://www.autoimmun.org/erkrankungen/guillain_barre_syndrom.html
- <http://www.wazzau.ch/images/08-niki-st-phalle.jpg>
- http://www.logopaedie-bochum.de/index.php?option=com_content&task=view&id=50&Itemid=149

7 Anhang

- **Verwaltungsvorschrift**

(Verwaltungsvorschrift: Organisatorischer Aufbau der Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung
Vom 28. Juli 1988
In: POLZER, HANS-JÖRG: Aufgaben der Schulverwaltung bei der Weiterentwicklung der Schule für Kranke in ERTLE 1997, S.50-55)

- **Schulgesetz (§ 15)**

<http://www.dreigliederung.de/schulfreiheit/bwschulgesetz.html#15>

- <http://www.hegau-jugendwerk.de>

- **Guillain-Barré-Syndrom**

http://www.autoimmun.org/erkrankungen/guillain_barre_syndrom.html

- **Bildungsplan Grundschule**, Klassen 2,4; Mensch, Natur und Kultur

http://www.bildung-staerkt-mechen.de/service/downloads/Bildungsplaene/Grundschule/Grundschule_Bildungsplan_Gesamt.pdf

- **Grand-malle-Anfall**

http://www.logopaedie-bochum.de/index.php?option=com_content&task=view&id=50&Itemid=149

- **Vorlage Niki de Saint Phalle**

<http://www.wazzau.ch/images/08-niki-st-phalle.jpg>