



Diagnostik als Beziehungsgestaltung

Beziehungen eingehen, reflektieren
und gestalten – Diagnostik in Dialog
und Kooperation

Susanne Römer (Hg.)

T Frank & Timme

Verlag für wissenschaftliche Literatur

Susanne Römer (Hg.)
Diagnostik als Beziehungsgestaltung

Susanne Römer (Hg.)

Diagnostik als Beziehungsgestaltung

Beziehungen eingehen, reflektieren und gestalten –
Diagnostik in Dialog und Kooperation

FFrank & Timme
Verlag für wissenschaftliche Literatur

Umschlagabbildung: *Synapsen*, Jule Benedix, Kassel

ISBN 978-3-7329-0290-3

ISBN (E-Book) 978-3-7329-9653-7

© Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur
Berlin 2018. Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts-
gesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Herstellung durch Frank & Timme GmbH,
Wittelsbacherstraße 27a, 10707 Berlin.
Printed in Germany.

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

www.frank-timme.de

Inhaltsverzeichnis

SUSANNE RÖMER

Vorwort.....7

LARA-MARIE SCHWINEKÖPER

Zur studentischen Sicht auf inklusive Diagnostik..... 15

NORBERT STÖRMER

**Einleitung: Diagnostik als Beziehungsgestaltung – einige theoretische
Impulse** 19

PETRA FUCHS

Partizipative Diagnostik als Zukunftsperspektive.....35

MANFRED JÖDECKE

**„Mehr als schöne Geschichten ...“ – Zur diagnostischen Relevanz
erzählter Behinderung und Inklusion**.....57

INGOLF PROSETZKY

**Hochschuldidaktische Reflexionen zur (Un-)Vereinbarkeit von
Diagnostik und Inklusion**.....81

MICHEL CONSTANTIN HILLE

**Psychobiographische Diagnostik durch Narration und Illustration – Die
Ausstellung „Lebensläufe – Biographische Portraits von Menschen mit
Demenz“** 125

MELANIE SCHRIMPF

**Neue Wege gehen – Die Einbeziehung von Expert*innen in eigener Sache
in den heilpädagogischen Prozess**..... 157

CARSTEN RENSINGHOFF

Diagnostik in eigener Sache – Relevanz und Erfahrungen in der Lehre.....179

NICOLE FRIEDRICH

Diagnose einer Hörschädigung – eine Innenperspektive 195

SUSANNE RÖMER	
Verstehen und Vermitteln einer heilpädagogischen Diagnostik – eine hochschuldidaktische Herausforderung	223
SUSANNE RÖMER	
Inklusionsfördernde Diagnostik im Theorie-Praxis-Transfer.....	243
DOREEN STAHL	
Handlungstransfer.....	259
Autorinnen und Autoren	281
Index	283

Vorwort

Die Beiträge im Buch „Diagnostik als Beziehungsgestaltung“ nehmen Fragen und Überlegungen von Lehrenden, Selbstbetroffenen und Studierenden auf, wie sie Diagnostik in der Heilpädagogik in einem inklusiven Kontext vermitteln, verstehen und anwenden. Die Beiträge beziehen sich auf langjährige Erfahrungen aus Theorie und Praxis in der Lehre und Forschung im Bachelorstudiengang Heilpädagogik/Inclusion Studies an der Hochschule Zittau/Görlitz und aus dem angrenzenden Fachgebiet der Sozialen Arbeit.

Zunächst war es die Grundidee des Buches, didaktische Zugänge darzustellen, wie Lernprozesse Studierender im Verstehen einer heilpädagogischen inklusionsorientierten Diagnostik unterstützt werden können. Ziel und Idee von Lehrveranstaltungen in der Heilpädagogik soll es sein, neben der Vermittlung fachlicher Inhalte, Studierenden Kompetenzen der Selbstreflexion, ein Wissen um Beziehungsgestaltung und eine Idee der Flexibilität gegenüber eingefahrenen Lebensentwürfen mitzugeben. Ausgewählte Aussagen Studierender aus ihren praxisbegleitenden Fallarbeiten zum Verständnis einer inklusionsorientierten Diagnostik belegen diesen Aspekt anschaulich. So wurden die Perspektiven Studierender – quasi als Experten des eigenen Lernprozesses – in der Umsetzung einer heilpädagogisch inklusionsfördernden Diagnostik in diesem Buch mit aufgenommen. **Lara Schweineköper** analysiert zudem stellvertretend die Buchbeiträge aus studentischer Sicht und zeigt auf, wie die einzelnen Zugänge das Verständnis einer heilpädagogisch inklusiv gedachten Diagnostik unterstützen.

Diagnostik wird im Studiengang Heilpädagogik/Inclusion Studies in eine lineare Modulstruktur eingebettet. Sie findet sich logisch nachvollziehbar im Verlauf von Anamnese, Diagnostik und Intervention in der Mitte des Studiums wieder. Alle drei Zugänge entsprechen einem heilpädagogisch gedachten tradierten Vorgehen. Neu ist jedoch die Verknüpfung mit der Thematik der Inklusion:

„In den Lehrveranstaltungen findet eine grundlegende Erarbeitung von Fragen der Diagnostik statt. Dabei sollen sich Studierende eigene Kompetenzen hinsichtlich des Umgangs mit Diagnosen wie auch der kompetenten Erstellung von Diagnosen unter Berücksichtigung der Vorstellungen von Inklusion erarbeiten.“ (Modulkatalog Heilpädagogik/Inclusion Studies, Hochschule Zittau/Görlitz, 2017)

Damit sollen Studierende des Studienganges Heilpädagogik/Inclusion Studies eine inklusive, also auch kritische und konstruktive Haltung gegenüber Diagnostik als ein Instrument der Normierungen, des historischen Kontextes und der wissenschaftstheoretischen Zugänge einnehmen:

„Die Grundlage für eine heilpädagogische Diagnostik ist der Aufbau einer vertrauensvollen, offenen Beziehung, in der sich der Klient verstanden und angenommen fühlt.“ (StudentIn, Fallarbeit, 5. Sem.)

In den weiteren Diskussionen um die Buchbeiträge entwickelte sich bei den AutorInnen die Idee und der Wille einer theoretischen Weiterentwicklung einer im Kontext von Inklusion verstandenen heilpädagogischen Diagnostik. Damit entstand parallel eine vertiefte theoretische und konstruktive Auseinandersetzung mit den eigenen Lehrangeboten und dem eigenen (studentischen) Verständnis einer inklusionsorientierten Diagnostik. Zunehmend geriet dabei die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt der unterschiedlichen Ansätze. Dies führte schlussendlich zum Titel des vorliegenden Buches.

Als Ergebnis der folgenden Beiträge kann festgehalten werden: Zunächst wird Diagnostik als ein zyklischer phänomenologischer Prozess angesehen, der an dem Erleben und Vermögen einer Person angebunden ist. Diese Diagnostik benötigt Zeit und differenzierte Zugänge. Sie ist ressourcenorientiert und zukunftsgerichtet. Sie unterstützt und ermöglicht aktive Teilhabe und Selbstwirksamkeit aus der Sicht des Klienten. Sie generiert keine übergeordnete und verordnete Förderung oder Interventionen, sondern definiert gemeinsam mit dem Klienten Schritte der Entwicklung i.S. eines individuellen Verstehens und Handelns.

„(...) dass nicht meine Vorstellung von Zufriedenheit und Wohlgefühl zählte, sondern die meiner Klientin.“ (StudentIn, Fallarbeit, 5. Sem.)

In diesem „klassischen“ personenbezogenen heilpädagogischen Verständnis erfolgt Diagnostik nicht in einem herausgenommen gesonderten Zugang, sondern permanent innerhalb der Beziehungsgestaltung in der gemeinsamen Arbeit an einem formulierten Ziel.

Norbert Störmer, als „Spiritus Rector“ des Studienganges Heilpädagogik/Inclusion Studies nimmt die ursprünglichen Ideen der Verbindung zwischen einer tradierten Diagnostik und dem Inklusionsgedanken in einem ein- und in das Buch überleitenden Beitrag auf und transportiert so seine Erfahrungen und Überlegungen in die aktuelle Diskussion.

Beziehungsgestaltung in der heilpädagogischen Diagnostik kann auch in einen systemisch gedachten Kontext gesetzt werden. Sie ist dann als eine gesellschaftliche, systemische Beziehung im Sinne einer tradierten Haltung gegenüber den Funktionsweisen eines diagnostischen Prozesses zu verstehen. Das bisherige gesellschaftliche Verständnis und die Idee einer Diagnostik beziehen sich darauf, Menschen zu diagnostizieren, die in einer besonderen Weise „auffällig“ sind. Diese teilweise normierten „Auffälligkeiten“ gilt es kritisch zu hinterfragen und in den Kontext der individuellen Lebenssituation zu stellen. Dass in einem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext „Auffälligkeiten“ unterschiedlich wahrgenommen werden, beschreibt eindringlich Petra Fuchs in ihrem Beitrag **Zur Geschichte, Gegenwart und Zukunft heilpädagogischer Diagnostik am Beispiel verhaltensauffälliger Kinder**. Über diesen historischen Einstieg wird deutlich, dass sich das Verständnis, also die Beziehung der Gesellschaft zur Diagnostik, verändern muss. Es ist als Auftrag zu verstehen, diese Beziehung, also Aufgabe und Anwendung der Diagnostik im Sinne der UN- Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), in einem inklusiven Kontext neu zu verstehen und zu gestalten.

Ingolf Prosetzky formuliert diesen Perspektivwechsel in seinem Beitrag **Hochschuldidaktische Reflexionen zur (Un-)Vereinbarkeit von Diagnostik und Inklusion** in diesem Buch sehr präzise:

„... [es kann] weder eine inklusive Diagnostik geben, noch kann Diagnostik inklusiv sein, vielmehr kann Diagnostik durch eine theoretisch reflektierte und verantwortungsbewusste Transformation in die Praxis Inklusion ermöglichen oder behindern.“ (Prosetzky)

Prosetzky bezieht die Wirksamkeit von Diagnostik auf den Anspruch von Inklusion. Er beschreibt in seinem Beitrag exemplarisch dazu die biografische

Rekonstruktion und diskutiert gleichzeitig die Probleme der Vermittlung in der Lehre und die Verortung in einem Studiengang. Grundlegend bleibt für ihn die Transformation des Verständnisses von Diagnostik unter dem Paradigmenwechsel Inklusion.

Gerade diese Transformation erzeugt seitens der Studierenden oft Irritationen. Studierende beginnen das Studium der Heilpädagogik/Inclusion Studies mit einer eher klassisch defizitär ausgerichteten Erwartungshaltung, die sich oft auf eigene Vorerfahrungen aus angrenzenden Berufsbildern, wie HeilerziehungspflegerInnen oder TherapeutInnen und/oder auf individuelle Vorstellungen beziehen. Die Verknüpfung eines inklusiven Verständnisses mit oftmals defizitorientiertem und normiertem Diagnostikmaterial, welches strukturierte Handlungsanweisungen und geprüfte, anerkannte Ergebnisse verspricht, fällt den Studierenden schwer. Lehrenden kommt die Aufgabe zu, die häufig nach Defiziten strukturierte Literatur, die nach medizinischen Kategorien und Zuschreibungen aufgebaut ist, in ein inklusionsorientiertes Verständnis zu transformieren. Die Studierenden erhalten mit den Materialien entweder „Struktur“ oder „Teufelswerk“ in die Hände. Den Lehrenden muss die Gratwanderung gelingen, bewährte Materialien vorzustellen und dabei kritisch zu hinterfragen, wie diese Materialien in einem inklusiv gedachten heilpädagogischen diagnostischen Prozess (neu) einzubetten sind. Aus der Praxis heraus wird zudem von den Studierenden oftmals der medizinisch-psychologisch orientierte Blick auf die KlientIn im Rahmen von Feststellungsverfahren und Eingruppierungen verlangt.

„Der Entwicklungstest ET 6-6 ist (...) Teil der immer wieder geforderten Verlaufsdiagnostik in meiner Praxiseinrichtung. Ich habe mich dafür entschieden, weil er zur Zeit meines Praktikums in der Einrichtung gefordert war.“ (StudentIn, Fallarbeit, 5. Sem.)

Die Differenzierung zwischen einer inklusiv geleiteten diagnostischen Beobachtung und Beziehungsgestaltung zwischen HeilpädagogInnen und KlientInnen, im Verständnis eines inklusiven Anspruchs, und den strukturierten Verfahrensabläufen in der Praxis im Rahmen von Förderplanung, heilpädagogischer Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE) und bewährter Routine, erfolgt nur langsam.

„Als zusätzliches Instrument zur Unterstützung wählte ich den Fragebogen zur ‚Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten‘ von Georg Theunissen, der auf der Station, auf der ich arbeite, im Bereich der Heilpädagogik ebenfalls ab und an angewendet wird.“ (StudentIn, Fallarbeit, 5. Sem.)

Der Wandel und darin das Verständnis des Aufgaben- und Berufsbildes des/der HeilpädagogIn/BA wird im Bereich Diagnostik besonders deutlich.

„... Entscheidungen sowie Aufgaben mit dem Klienten gemeinsam zu treffen und durchzuführen.“ (StudentIn, Fallarbeit, 5. Sem.)

Im Beitrag **Inklusionsfördernde Diagnostik im Theorie-Praxis-Transfer** bilanziert **Susanne Römer** die notwendige Erweiterung des heilpädagogischen Handlungsfeldes im Kontext von Inklusion unter den Anforderungen formaler Anerkennungsverfahren. Die problematisierenden Fragestellungen aus den praxisbegleitenden Kolloquien als auch die aufkommenden Problemstellungen und Herausforderungen im Theorie-Praxis-Transfer unter dem Paradigmenwechsel eines inklusionsorientierten Verständnisses benötigen im fachlich-inhaltlichen als auch im Verwaltungshandeln der Einrichtungen Rückendeckung der Wissenschaft und der Politik.

Es hat sich auf Grundlage des Paradigmenwechsels inhaltlich als auch didaktisch-methodisch bewährt, die Zugänge zum Verstehen einer inklusionsfördernden heilpädagogischen Diagnostik aus unterschiedlichen Perspektiven heraus zu differenzieren. So geben die Innenperspektiven der Experten in eigener Sache den Studierenden die Möglichkeit, Folgen einer Diagnostik einzuschätzen, den Blick der Diagnostizierten einzunehmen und so Beziehung im Sinne von Verstehen aufzubauen.

Nicole Friedrich beschreibt als selbstbetroffene Hörgeschädigte in ihrem Beitrag **Diagnose einer Hörschädigung – eine Innenperspektive** eindringlich die Konsequenzen von Diagnosen und institutioneller Zuweisung in der sehr persönlichen Darstellung ihres Lebensweges. Sie resümiert, dass das Gewahr werden des anderen und des Andersseins auf der Basis des gegenseitigen Respektes und mit Hilfe von kontinuierlicher Aufklärung gelingen kann.

Ähnliches beschreibt **Carsten Rensinghoff** in seinem Beitrag **Diagnostik in eigener Sache – Relevanz und Erfahrungen in der Lehre**. Er entwickelt den Peer Support als geeigneten Zugang im Diagnostikprozess weiter, „weil sich zwei gleichartig Betroffene auf Augenhöhe begegnen“. Dieser Zugang würde

Diskriminierung und Unverständnis gegenüber einer Behinderung entgegenwirken, um Folgen, wie sie Friedrich beschreibt, zu vermeiden. Rensinghoff geht es um einen Kompetenzerwerb, „also darum, wie Menschen, die (aktuell) nicht über eine Behinderungserfahrung verfügen, behinderungserfahrenen Menschen gegenüberreten.“

Auf einer didaktisch-methodischen Ebene nähert sich **Manfred Jödecke** diesen Innenperspektiven in dem Beitrag **„Mehr als schöne Geschichten ...“ – zur diagnostischen Relevanz erzählter Behinderung und Inklusion**. Mit Studierenden analysiert er gemeinsam eine Vielzahl von Literatur, Biografien und Filmen und erkennt, dass „das Rezipieren, Präsentieren und Rezensieren von erzählter oder filmisch in Szene gesetzter Behinderung und Inklusion als eine gelungene hermeneutisch-diagnostische Übung angesehen werden kann.“

Stehen keine Experten in eigener Sache zur Verfügung stellt **Susanne Römer** in ihrem Beitrag **Handeln und Verstehen in der heilpädagogischen Diagnostik – Selbsterfahrung als hochschuldidaktische Herausforderung** ein Lehr- und Lernsetting vor, indem Studierende in unterschiedlichen Selbsterfahrungsszenarien über Wirkung und Umsetzung von Diagnostik reflektieren. Dabei werden didaktisch-methodisch Fachinhalte der Diagnostik, wie Beobachtung und Dokumentation, theoretische Inhalte aus Medizin, Psychologie und Testdiagnostik als auch reflexive Elemente der Selbsterfahrung und des Dialoges parallel eingesetzt, kritisch hinterfragt und genutzt.

Melanie Schrimpf beschreibt das Erleben und die Wirkung diagnostischer Prozesse in der Analyse persönlicher Kontexte aus ihrer Studienzeit in ihrem Beitrag **Neue Wege gehen – Die Einbeziehung von Expert*innen in eigener Sache in den heilpädagogischen Prozess**. Betroffene berichten von den Folgen und der Diskrepanz des eigentlich gewünschten professionellen und inklusiven Umgangs mit den Problemstellungen in offenen Gesprächsangeboten und Workshops.

Doreen Stahl entwickelte in einem studentischen Projekt eine inklusionsfördernde Diagnostik und skizziert ihre Erfahrungen in dem Beitrag **Handlungstransfer** mit Hilfe einer an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) angepasste Matrix für eine Kindertagesstätte. Mit diesem Instrument beschreibt sie in einem konkreten Praxiskontext die Umsetzung der theoretischen Anforderungen an inklusionsorientierte Diagnostikprozesse.

Michel Constantin Hille erweitert mit dem methodisch angelegten Beitrag **Psychobiographische Diagnostik durch Narration und Illustration – Die**

Ausstellung „Lebensläufe – Biographische Portraits von Menschen mit Demenz“ einen diagnostischen Zugang innerhalb der sozialen Arbeit unter einem inklusiven Verständnis. Seine ausführliche und detaillierte Beschreibung im Verständnis und im Umgang mit Demenz und Teilhabe verdeutlicht, dass Inklusion nicht ein Handlungsfeld der Heilpädagogik bleibt. Inklusion kann eng aus einer individuellen Behinderung heraus gedacht werden oder weit als ein gesellschaftlicher Perspektivwechsel der ermöglichten Teilhabe und Partizipation.

Allen Beiträgen gemeinsam ist, dass sie Diagnostik in unterschiedlichen Ebenen mit Hilfe differenzierter Ansätze und Methoden als Beziehungsgestaltung verstehen, die von gegenseitigem Verständnis, Anerkennung und Respekt anderer Lebensentwürfe geprägt sind. Die aktuelle heilpädagogische Diagnostik kann nicht inklusiv gemacht werden, indem bekannte Methoden und Verfahren angepasst werden. Ziel und der Zweck der Diagnostik müssen an dem Anspruch der Inklusion, Partizipation und Teilhabe zu ermöglichen, neu gedacht werden.

Einige Beiträge entwickelten sich aus gekürzten oder weiter gedachten Bachelorarbeiten. Andere Beiträge schlummerten in Schubläden oder wurden kurzfristig aus Interesse an dem Buchprojekt geschrieben. Eine einheitliche Zitation und Genderhandhabung wurde nicht gefordert und war auch nicht beabsichtigt. Dies kennzeichnet den Anspruch der Individualität der unterschiedlichen AutorInnen – WissenschaftlerInnen, Studierende, und ExpertInnen in eigener Sache.

Ein besonderer Dank gilt Lara Schweineköper, die sich zur Aufgabe gemacht hat, den Überblick nicht zu verlieren, alle Beiträge zeitnah einzufordern, sie immer wieder neu zu lesen und nach den neuesten Diskussionsständen zu ordnen.

Zur studentischen Sicht auf inklusive Diagnostik

Die Durchführung der inklusiven Diagnostik und darauffolgend das Verfassen der diagnostischen Fallarbeit führen aus studentischer Sicht anfangs oft zu Unsicherheiten. Diagnostik wird meist mit vorgefertigten Leitfäden verbunden, die nach einem bestimmten Schema bei allen Klienten angewandt werden können. Für die inklusive Diagnostik bedarf es diesbezüglich eines Perspektivwechsels, der den Fokus der Diagnostik nicht auf das Ergebnis, also die Diagnose, sondern den gesamten Prozess der Diagnostik und somit die Beziehungsgestaltung und die Auseinandersetzung mit dem Klienten/der Klientin selbst und dessen/deren Ansichten und Wünschen der Teilhabe legt. Besonders Studierende, die sich vor dem Studium bereits in der Praxis mit ‚klassischer‘ Diagnostik befasst haben, fällt dieser Perspektivwechsel oft schwer. Dass in der Heilpädagogik bzw. bei der inklusiven Diagnostik auf den jeweiligen Klienten/die jeweilige Klientin individuell eingegangen wird, hat zur Folge, dass es keine allgemeingültige, standardisierte Herangehensweise gibt. Gerade das stellt jedoch eine wertvolle Erfahrung für die Klienten/Klientinnen dar, die in ihren individuellen Wünschen und Ansichten respektiert und ernst genommen werden.

Zu Beginn dieses Buches gibt **Petra Fuchs** einen Überblick über die inklusive heilpädagogische Diagnostik und deren historischen Entstehungsprozess. Anhand der historischen Konzeption des „psychopathischen Kindes“ zeichnet sie den Weg zur inklusiv gedachten Diagnostik auf. Hierdurch wird einerseits die Abgrenzungen zu anderen Disziplinen deutlich, gleichzeitig aber auch, wie wichtig dennoch eine Verknüpfung aller Disziplinen ist. Ein interdisziplinärer Austausch ist essentiell für die diagnostische Arbeit und die Sichtweisen anderer Disziplinen sollten auch in die heilpädagogische Diagnostik einbezogen werden. Nur so erhält man ein ganzheitliches Bild vom Klienten/von der Klientin und dessen/deren Umfeld.

Trotz der offenen Gestaltungsmöglichkeiten durch die Orientierung am Klienten/an der Klientin, können auch in der inklusiven heilpädagogischen Diagnostik verschiedene Diagnostik-Instrumente eingesetzt werden. Im vor-

liegenden Buch werden diese Instrumente einer heilpädagogisch inklusiv gedachten Diagnostik dargestellt. Sie legen den Schwerpunkt auf die Beziehungsgestaltung, auf das Gespräch, das Erleben und die Biografie. Die Erkenntnisse und „diagnostischen Daten“ sind nicht vergleichbar und nicht an einer Norm messbar. Sie sind nicht vorstrukturiert wie bei psychometrischen Testkoffern und daher besonders für Studierende nicht so verständlich. Für Studierende ist dieses Buch daher besonders wertvoll, bekommen sie aus unterschiedlichen Perspektiven die verschiedenen Zugänge beschrieben. Gleichzeitig wird die Wirkung bei den verschiedenen Akteuren im Diagnostikprozess erkennbar.

Im vorliegenden Buch wird beispielsweise auf die Rehistorisierung (Beitrag **Carsten Rensinghoff**) und die biographische Rekonstruktion (Beitrag **Michel Hille**) eingegangen. Biographiearbeit spielt eine wichtige Rolle in der heilpädagogischen inklusiven Diagnostik. Schon bei der Anamnese, dem Vorschritt der diagnostischen Arbeit, wird gemeinsam mit den Klienten/Klientinnen und gegebenenfalls deren Angehörigen die Lebensgeschichte aufgearbeitet. Es wird in den Beiträgen deutlich, dass Biographiearbeit eine gute Basis zur Kontaktaufnahme und somit zum Beziehungsaufbau bietet. Einerseits wird dem Klienten/der Klientin Interesse und Aufmerksamkeit entgegengebracht, was diese aktiviert und Hemmschwellen abbaut, andererseits sorgt die Aufarbeitung der Lebensgeschichte für Verständnis seitens nicht Betroffener. Durch diese vertiefende Auseinandersetzung mit dem Klienten/der Klientin selbst und dessen/deren Lebensgeschichte ist es auch für Diagnostizierende leichter, die Umstände und die Zusammenhänge im Leben des Klienten/der Klientin zu verstehen und aktuelle Probleme und Verhaltensmuster zu deuten.

Michel Hille zeigt auf, dass Biographiearbeit sogar bei Menschen mit Demenz möglich sein kann. Die Haltung ist wichtig, die diesen Menschen entgegengebracht wird. Diese Haltung i.S. eines (inklusive) Menschenbildes wird in den Beiträgen von „Experten in eigener Sache“ betont. **Melanie Schrimpf**, **Carsten Rensinghoff** und **Nicole Friedrich** beschreiben in ihren Beiträgen ihre eigenen Wahrnehmungen von (fremdbestimmten) Diagnosen. So ruft **Melanie Schrimpf** dazu auf, die „klassische“ Diagnostik, die viele Studenten bei pflegerischen oder therapeutischen Tätigkeiten vor dem Studium bereits kennen gelernt haben, zu hinterfragen und zu erweitern, da diese den Blick alleine auf die Defizite richte. Am Beispiel von Autismus macht sie deutlich, wie Betroffene Diagnostik erleben und mit Diagnosen leben und welche Potentiale demzufolge eine inklusive Diagnostik für die Zukunft birgt.

Nicole Friedrich erläutert als Betroffene die Innensicht von schwerhörigen/gehörlosen Menschen und sensibilisiert für den Umgang mit und für ein Verständnis gegenüber diesen Lebenserfahrungen in einer hörenden Welt.

Ein Verstehen der Situationen und somit auch das Verhalten und Handeln von Personen nachvollziehen zu können, ist zielführend und grundlegend für eine heilpädagogisch inklusiv gedachte Diagnostik. Das Wissen um das Empfinden in der direkten Situation des „Diagnostiziert-Werdens“ ist für Studierende schwer nachzuvollziehen und theoretisch kaum vermittelbar. In Selbsterfahrungsworkshops lernen die Studierenden, sich in Situation hineinzusetzen. Die Gestaltung von Lehrsequenzen und die didaktische Herangehensweise, um Studierende in die Gefühlswelt ihrer Klienten zu versetzen, wird im Beitrag von **Susanne Römer** erläutert. In Lehangeboten von Experten in eigener Sache hören sie von erlebten Situationen. Sie treten in persönlichen Kontakt und reflektieren eigenes Verhalten. Entsprechend erfahren sie, wie sie den Diagnostikprozess einfühlsamer und empathischer gestalten können.

Manfred Jödecke zeigt in seinem Beitrag, wie Studierende sich auf literarischer Ebene dieses Einfühlungsvermögen aneignen können und wie auch auf diesem Weg ein Verstehen für die Situation Betroffener erreicht werden kann. Die Auseinandersetzung mit den Lebenswelten verschiedener Personen und deren Innenperspektiven durch Lektüren und Filme fördert dieses Verstehen und somit eine empathische Beziehung zum Klienten/zur Klientin.

Studierende machen dennoch die Erfahrung, dass dieser Ansatz einer heilpädagogisch inklusiven Diagnostik in der Praxis auf Kritik und Unverständnis stößt. Ansprüche und Inhalte der Hochschulausbildung treffen auf gesetzliche Vorgaben und Strukturen in der Praxis.

Für die Studierenden stellt es oft eine große Herausforderung dar, den verschiedenen Ansprüchen gerecht zu werden.

Susanne Römer bilanziert in ihrem Beitrag diese Schnittstelle des Theorie-Praxis-Transfers und zeigt auf worin die Herausforderungen und evtl. auch Entwicklungen liegen. Studierenden wird in diesem Beitrag deutlich, sich in Praxis im Sinne ihres zukünftigen Aufgabenfeldes als inklusionsfördernder Heilpädagoge und/oder heilpädagogisch denkender Inklusionsförderer (Inclusion Studies) zu positionieren.

Dies kann zu Konflikten mit der Praxisstelle führen und stellt Studierende oft vor eine Herausforderung. Die Praxisstelle hat oft eine andere Auffassung von Diagnostik und so entstehen seitens der Hochschule und seitens der Praxisstelle verschiedene Ansprüche an die Studierenden. Auch findet im Studi-

um eine klare Auftrennung in Anamnese und Diagnostik statt, was in der Praxis jedoch eher zu einem fließenden Prozess wird und somit eine weitere Herausforderung darstellt. Der Beitrag von **Ingolf Prosetzky** bereitet Studierende sowohl auf den Umgang mit solchen Krisen/Konflikten mit der Praxisstelle als auch auf den Umgang mit persönlichen Krisen und der Auseinandersetzung mit der persönlichen Identität und deren Entwicklung im Laufe des Studiums vor.

Zusammenfassend unterstützen die Inhalte dieses Buches Studierende dabei, die Grundsätze, Aufgaben und Ziele einer inklusiv gedachten heilpädagogischen Diagnostik zu verstehen. Die Beiträge zeigen verschiedene Sichtweisen auf diese Thematik, verdeutlichen Zusammenhänge und veranschaulichen anhand verschiedener Beispiele die heilpädagogische Arbeitsweise und insbesondere die Beziehungsgestaltung zum Klienten/zur Klientin. Diese Beziehungsgestaltung wird – als Schwerpunkt dieses Buches – von verschiedenen Seiten beleuchtet, was Studierenden, ergänzend zu den Lehrveranstaltungen, mehr Sicherheit in der diagnostischen Arbeit gibt.

Einleitung: Diagnostik als Beziehungsgestaltung – einige theoretische Impulse

In den Jahren von 2003 bis 2006 entwickelten 12 Universitäten aus acht europäischen Ländern im Rahmen eines Socrates-Erasmus-Programms das Studienprogramm „European Bachelor of Inclusion Studies“. Ziel dieses Studienprogramms sollte es sein, eine veränderte Sichtweise bezogen auf marginalisierte Personengruppen in der Gesellschaft grundzulegen, um gerade Menschen mit Lebens- und Lernerschwernissen eine Eröffnung, Ermöglichung und Gewährleistung von Teilhabemöglichkeiten im realen gesellschaftlich-sozialen Leben gewährleisten zu können.

In seiner ursprünglichen Fassung umfasste dieses Programm 12 Module, 10 Lehrmodule, 1 Projektmodul und ein Bachelor-Thesis Modul. Für die 10 Lehrmodule wurden Handbücher in deutscher und englischer Sprache erarbeitet, die als Basismaterial für ein vertiefendes Selbststudium dienen sollen. All diese Handbücher sind im freien Buchhandel – Verlag Frank & Timme – verfügbar. Ein Modul dieses Programmes – in der Reihung Modul 5 – befasst sich mit Fragen der „Diagnostik und Planung“ (siehe Ondracek, Störmer 2007 bzw. 2011).

Der Konzipierung dieses Moduls gingen intensive Diskussionen voraus, wie eine inklusionsorientierte, auf Teilhabe und Partizipation ausgerichtete Diagnostik aussehen kann. In dieser Diskussion musste zum einen der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Fragen der Diagnostik in den Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens zwar eine zentrale Rolle spielen, jedoch diese Diagnostik über weite Strecken hauptsächlich defizitorientiert ausgerichtet ist. Entsprechende diagnostische Verfahren beziehen sich oftmals auf eine konstruierte fiktive Norm, in der sich bestimmte soziale und gesellschaftliche Gegebenheiten und Erwartungshaltungen fixieren.

Fixiert werden Erwartungen an ein spezifisches körperliches funktionelles Optimum, z.B. hinsichtlich bestimmter kognitiver, motorischer, sozialer und emotionaler Kompetenzen des Menschen, die bezogen auf ein bestimmtes

Alter und bezogen auf bestimmte individuelle, soziale und gesellschaftliche Gegebenheiten und Erwartungen als „normal“ anzusehen sind. Einer defizit-orientierten Diagnostik geht es nun darum, festzustellen, ob ein Mensch diesen Normen entspricht, oder aber in irgendeiner Art und Weise von diesen abweicht. Hierbei lässt sich die Diagnostik von Fragen der Feststellung „negativer Abstände“ leiten. Entsprechende negative Abstände werden sodann im Rahmen einer sogenannten Statusdiagnostik als Abweichungen und Defizite fixiert und dokumentiert. Hierauf bezogen kommen dann Maßnahmen zur Anwendung, mit denen in irgendeiner Weise diese „negativen Abstände“ minimiert werden sollen.

Eine derartige Betrachtungsweise führt oftmals dazu, dass der Menschen nur noch auf diese „negativen Abstände“ hin – die zudem noch negativ bzw. defizitär interpretiert werden – wahrgenommen wird. Der Mensch wird quasi auf „seine“ Problemstellungen hin atomisiert.

Eine kritische Reflexion dieser diagnostischen Vorstellungen vor dem Hintergrund der inhaltlichen Ausrichtung des EU-BA Studienprogramms eröffnete zweitens eine Auseinandersetzung darüber, wie eine inklusionsorientierte, auf Teilhabe und Partizipation ausgerichtete Diagnostik denn überhaupt aussehen kann. Deutlich wurde, dass eine an diesen Fragen ausgerichtete Diagnostik eine ganz andere grundsätzliche Orientierung erforderlich macht. Trotz dieser eingeforderten Umorientierung war aber auch klar, dass es im engeren Sinne keine inklusive Diagnostik geben kann, die Diagnostik selbst also nicht wirklich inklusiv anzusehen ist. Vielmehr kann aber eine Diagnostik, orientiert an einem spezifischen Menschenbild und an spezifischen theoretischen Grundlagen die Voraussetzung dafür schaffen, dass in der Lebensrealität eines Menschen Prozesse der Teilhabe und Partizipation möglich und real werden können.

Hierzu bedarf es eine Transformation des Verständnisses von Diagnostik unter dem Paradigmenwechsel von Inklusion. Infolgedessen wird seit geraumer Zeit von der Notwendigkeit einer Umorientierung der Diagnostik unter stärkerer Berücksichtigung der subjektiven Perspektive sowie einer Ressourcen- und Kompetenzorientierung gesprochen.

Gerade im Sinne inklusiver Vorstellungen, bei denen es letztendlich immer um die Eröffnung, Ermöglichung und Gewährleistung von Teilhabemöglichkeiten im realen gesellschaftlich-sozialen Leben und die Erweiterung entsprechender Kompetenzen geht, ist eine derartige Umorientierung unabdingbar.

Diese, bezogen auf die Diagnostik wichtigen Umorientierungen sind in dem Modulhandbuch „Diagnostik und Planung“ versucht worden umzusetzen.

Die Umsetzung dieser Vorstellungen erweist sich jedoch als nicht so ganz einfach, wie langjährige Erfahrungen in der Lehre und den mit dieser verbundenen Praxisphasen zeigen. So liefert das angesprochene Modulhandbuch zwar eine gute Grundlage für die fachliche Ausrichtung einer inklusionsorientierten Diagnostik. Dennoch ist es für eine inklusionsorientierte Diagnostik unabdingbar, sich intensiv mit den verschiedenen Sichtweisen auf Diagnosen und der Bedeutung des diagnostischen Prozesses – insbesondere für Betroffene – auseinanderzusetzen. Eine Intention dabei ist es, den „Aussonderungsblick“ gegen den „Integrationsblick“ zu tauschen und Diagnosen in gewisser Hinsicht zu dekonstruieren, da die menschliche Individualität oftmals hinter symptomatischen Zuschreibungen verloren geht. Eine Diagnostik wird aber nicht dadurch „inklusiv“, indem bekannte Methoden und Verfahren einfach übernommen und übertragen werden. Denn Methoden zur Gewinnung diagnostischer Daten sind immer als theoriegebunden zu betrachten und zu verstehen. Deshalb muss auch in der Diagnostik der Anspruch der Inklusion, Partizipation und Teilhabe gewährleistet werden können – zunächst aber erst einmal in seiner Konsequenz theoretisch durchdacht werden. Diesem Durchdenken muss es eigen sein, Prozesse der Exklusion im diagnostischen Geschehen zu erkennen, um eine an der Verhinderung von Exklusion orientierte Handlungsperspektive zu entwickeln. In diesem Zusammenhang kann es sich ergeben, dass der vorgegebene Zweck des Diagnostizierens grundsätzlich infrage gestellt werden muss.

Einer subjektorientierten Diagnostik – die sich auf den gesamten Prozess der Diagnostik erstreckt – ist eine Herangehensweise eigen, bei der die persönliche Lebens- und Entwicklungslinie sowie die daraus gewonnenen Erfahrungen eines Menschen in den Focus der Betrachtung gestellt werden, also nach den Möglichkeiten der Subjektentwicklung gefragt wird. Das Subjekt wird – anders als im vorherrschenden Falldenken – als Subjekt seiner Tätigkeit begriffen, wobei diese Tätigkeit sich immer eingebunden in einen für ihn spezifischen sozialen Kontext generiert. Aus dem eigenständigen Handeln in diesem sozialen Kontext haben sich je spezifische aktuell verfügbare Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskompetenzen entwickelt. Gleichfalls haben sich in diesem sozialen Kontext auch möglicherweise schwerwiegende Erschwernisse und Beeinträchtigungen sowie Begrenzungen der Teilhabe ergeben, die die Entwicklung entscheidend beeinflusst und zu einem Erlernen von Lernwider-

ständigkeiten geführt haben. Immer aber war der Mensch eingebunden in spezifische soziale Kontexte, so dass auch Erfahrungen emotional-sozialer Art zur Gestaltung bzw. Vermeidung von Beziehungen gewonnen worden sind. Letztendlich ist vielleicht auch eine Teilhabe an den realen sozialen Prozessen der Gesellschaft behindert bzw. verhindert worden, so dass die persönliche Entwicklung sich mehr oder weniger stark unter isolierenden Bedingungen realisieren musste.

Gehen wir an dieser Stelle der Betrachtung noch einmal auf eine Betrachtung von Diagnosen ein, die von Fachleuten auf der Grundlage von Klassifikationssystemen oder aber orientiert an standardisierten Testverfahren getroffen werden.

Der psychiatrischen Nosologie (Krankheitslehre) ist eigen, bei Menschen beobachtbare Probleme auf der Erscheinungsebene empirisch zu gruppieren. Feststellbare Abweichungen von einer als normativ angesehenen Entwicklung werden in Form spezifischer Symptome als typische Abweichung von der Norm erfasst. Lassen sich dann bestimmte Symptome in einer spezifischen Art und Weise summieren, wird durch diese Summation eine spezifischen „Störung“ sichtbar. Deshalb wird in diesem Zusammenhang auch von einer „Summationsdiagnostik“ gesprochen. Eigen ist dieser Form von Diagnostik, dass Menschen mit einer spezifischen Lebensgeschichte und ihren spezifischen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskompetenzen bezogen auf eine abstrakt gewonnene Kategorie einer Störung betrachtet werden. Diese konstruierten Kategorien und die ihnen eigenen Begrifflichkeiten sind jedoch „erfundene Tatsachen“, wobei diese „Erfindung“ oftmals noch interessenbezogen erfolgt (siehe Störmer 2013, 77 ff.).

Bei psychometrischen Verfahren, wie sie beispielhaft bei einer populationsbezogenen Diagnostik hinsichtlich der Intelligenz- und Leistungsmessung zur Anwendung kommen, erfolgt die Informationsgewinnung über standardisierte – an normativen Vorstellungen ausgerichteten – Verhaltensinventaren. Auch in dieser Form von Diagnostik kommt es bloß zu einer empirischen und theoretischen Bestimmung von persönlichen Merkmalen und Eigenschaften.

In einer kategorial ausgerichteten Heil- und Sonderpädagogik ist es üblich, nach Behinderungsarten und deren Schweregrade Lerngruppen bzw. Klassen zu bilden. Aus dieser Zuweisung resultiert dann ein festgestellter „sonderpädagogischer Förderbedarf“. Durch derartige Kategorisierungen erfolgt dann die Exklusion von Kindern und Jugendlichen aus regulären Bildungszusammenhängen und ihre Inklusion in kulturell, sozial und bildungsinhaltlich ext-

rem ausgedünnte Lern- und Lebenswelten (siehe Feuser 2017, 192), die zudem noch als ein Schonraum zwecks ihrer Förderung angesehen werden.

Mit der Klassifikation verbunden ist aber auch die Vorstellung, dass von einer derartig fixierten „Störung“ ein Schluss auf scheinbare spezifische Hilfsmaßnahmen bzw. Anwendungen möglich ist, sich also spezifische Förder- und Therapiemaßnahmen ableiten lassen. Dieser Anspruch ist aber arg überzogen, wenn man sich nochmals verdeutlicht, dass Klassifikationen mit ihren zugeordneten Symptomen empirische Abstraktionen darstellen, die nur in dem System der Klassifikationen selbst eine gewisse Plausibilität erlangen. Zudem besteht aber die grundsätzliche Schwierigkeit, Probleme des Lernens und Verhaltens in jedem Einzelfall tatsächlich in einem differenzialdiagnostischen Sinne voneinander abgrenzen zu können. Förder- und Therapiemaßnahmen werden dann auch ausschließlich aus der Reproduktion dieser empirischen Fakten gewonnen und gehen aus diesem Grunde oftmals an den Belangen und Bedürfnissen der realen Person haarscharf vorbei.

Denn eine Diskussion über Bildung resultiert aus dem Prozess der Kategorisierung nicht von selbst und schließt sich in der Regel diesem auch nicht an. Infolgedessen unterbleibt dann auch eine Diskussion über Bildung im weiteren Fortgang des Geschehens. Folglich kann auch der unmittelbare Gebrauchswert von normorientierten Testbefunden für die konkrete pädagogische bzw. therapeutische Förderung als denkbar gering angesehen werden (siehe Jantzen 1990, 170). Oder aber das Handeln von Pädagoginnen und Pädagogen reduziert sich auf die Korrektur der in einer Kategorie zum Ausdruck gebrachten Defizite bzw. auf die Behandlung der Symptomatik eines vermeintlich „kranken“ Menschen.

Prozesse der Kategorisierung sind immer wieder auch kritisiert worden. Es wird in diesem Zusammenhang von einer „kategorialen Desubjektivierung“ und einer Verdinglichung des jeweiligen Menschen gesprochen. In der Zuordnung des Menschen mit seinen Eigenschaften zu einer Kategorie – einem Störungsbild – kommt es zu einer Negierung der menschlichen Individualität und es wird die Einzigartigkeit des jeweiligen Menschen aufgehoben. Zudem wird die Person mit ihrer Lebens- und Entwicklungsgeschichte, mit ihren Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmöglichkeiten überhaupt nicht sichtbar – oder aber nur bruchstückhaft gemäß des zur Anwendung gekommenen Tests. Des Weiteren ist die Kategorisierung meist der Anfang und auch das Mittel der Ausgrenzung aus den regulären sozialen Lern- und Lebensbezügen und der Kern aller Vorurteile.

Eine Auseinandersetzung mit den vorstehenden Problemzusammenhängen hat die Forderung nach einer Deklassifizierung laut werden lassen, um Akzente zur Überwindung der den Klassifikationen eingebundenen Diskriminierungen und Tendenzen zur Segregation setzen zu können. Gefordert wird, dass der Mensch wieder als Individuum hinter der Klassifizierung hervortritt und entanonymisiert werden muss. Dabei bezieht sich die Forderung nach Deklassifizierung insbesondere auch auf die aus einer Klassifikation abgeleitete Anwendung spezifischer Maßnahmen der Förderung und Therapie, die zudem meistens in isolierten Situationen zur Durchführung kommen.

Den Forderungen nach Deklassifizierung und der Auseinandersetzung mit den zu einer Klassifikation führenden Prozessen wird jedoch in der Praxis vielfach ausgewichen. Angeführt wird, dass der Verzicht auf Kategorien große Risiken mit sich bringe, da Hilfeprozesse für Menschen mit Leben- und Lernerisikonen sozialrechtlich an Kategorien gebunden sind. Ein Aufbrechen dieses Zusammenhanges würde dazu führen, dass auf Hilfeleistungen angewiesene Menschen diese nicht mehr erlangen könnten. Auf dieser Argumentationslinie ist eine Auseinandersetzung mit den Klassifikationsprozessen und ihrer Bedeutung für eine je konkrete Person nicht mehr möglich.

Diese Argumentation ist aber in sich nicht schlüssig, wenn man sich beispielsweise mögliche Hilfeleistungen für Menschen nach dem Sozialgesetzbuch anschaut. So wird in § 35a, 1 Abs. des SGB VIII zwar in klassifizierender Art betont, dass Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. In Abs. 1a wird dann herausgestellt, dass die Abweichung der seelischen Gesundheit auf der Grundlage der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ zu erfolgen hat. Deutlich wird hier, dass die Klassifikation zunächst einmal nur als erforderlich angesehen wird, um Klarheit darüber zu bekommen, ob ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht. Die Herangehensweise in den §§ 53 und 54 des SGB XII kann in diesem Zusammenhang als ähnlich angesehen werden. In Abs. 2 des § 35a wird dann herausgestellt, dass die Hilfe nach dem Bedarf im Einzelfall in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen, durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet wird. Hier werden quasi nur die möglichen Rahmenbedingungen skizziert. Eine entwick-

lungsspezifische Akzentsetzung der Eingliederungshilfe erfolgt jedoch hier nicht. Es können aus diesen Fixierungen im Sozialgesetzbuch also keine unmittelbaren Aussagen für subjektive Bildungsprozesse abgeleitet werden. Diese können erst im Kontext konkreter Bildungsvorstellungen gewonnen werden – und hierbei kann eine deklassifizierende und dekategoriale Herangehensweise durchaus die Basis sein. Verdeutlichen wir uns noch zudem, dass „Teilhabe“ allgemein als Ermöglichung einer individuell gewünschten, d. h. einer selbstbestimmten und gesellschaftlich üblichen Lebensweise verstanden werden muss, die nur personenbezogen realisiert werden kann, dann ist aus dieser Perspektive „eine Kategorisierung von Menschen im Sinne der damit zum Ausdruck gebrachten Behinderung zu verwerfen“ (Feuser 2017, 234/235).

In der Vermittlung solcher Überlegungen wie auch in der realen Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass derartige Vorstellungen nur schwer umsetzen lassen, ja die Bereitschaft oftmals nicht gegeben ist, sich den theoretischen Bemühungen des Durchdringens dieser diagnostischen Prozesse zu unterziehen. Infolgedessen ist auch bei Pädagoginnen und Pädagogen die Neigung groß, sich bei festgestellten Lebens- und Lernerschwernissen an statusbezogenen Ergebnissen und an einer diese Ergebnisse liefernden Diagnostik zu orientieren. Sie haben große Probleme, einen anderen Blick zu wählen und einen anderen Weg zu gehen, der sich wie selbstverständlich mit pädagogisch-didaktischen Inhalten, Zielen und Prozessen befasst. Dies hat damit zu tun, dass sich die Heil- und Sonderpädagogik durch vor- und außerpädagogisch gegebene Bedingungen bestimmt, die am Ende genauso wenig reflektiert werden wie die pädagogische Bestimmtheit von Ungleichheit und Teilhabe (siehe Kuhn 2015, 218). Die Heil- und Sonderpädagogik hat sich quasi auf eine stellvertretende Bearbeitung der vor- und außerpädagogisch bestimmten Problemstellung von Behinderung eingerichtet (siehe Kuhn 2015, 239). Dies kommt zudem in der Feststellung eines „sonderpädagogischen Förderbedarfs“ zum Ausdruck, mit dem der Anspruch auf Bildung ausgehebelt und eine Sonderbehandlung eingeleitet wird (siehe Feuser 2017, 227). Dadurch wird die Annahme gestützt, „dass die Sonderpädagogik nach wie vor über ein weitgehend ungeklärtes pädagogisches Selbstverständnis verfügt und sich in ihrer Selbstbegründung und -bestimmung als Pädagogik stärker auf das pädagogisch Unbestimmte sowie das als Nicht-Pädagogik Bestimmte bezieht als auf die Selbstbestimmung und -verständigung moderner Pädagogik“ (Kuhn 2015, 222).

Gerade diese Zusammenhänge erfordern einen anderen Blickwinkel mit einer anderen Grundorientierung und anderen Herangehensweisen. Eine

integrationsorientierte Diagnostik kommt um eine theoretische Auseinandersetzung mit den aktuellen realen Gegebenheiten nicht umhin. Dabei ist in diese Auseinandersetzung insbesondere eine Diskussion um unterschiedliche Formen pädagogisch hervorgebrachter Ungleichheit (siehe Kuhn 2015, 227) mit einzubeziehen. Die Pädagogik muss von subjektiv notwendigen Bildungsprozessen her argumentieren und für deren Realisierung sorgen. Nur wenn sie sich dementsprechend positioniert, kann sie wirklich zu einer Erweiterung und Ergänzung einer statusbezogenen medizinischen und psychologischen Diagnostik beitragen.

Eine dementsprechende Positionierung wird von der „rehistorisierenden Diagnostik“ angestrebt. Sie will einen Beitrag zur Überwindung bzw. Aufhebung der normorientierten und standardisierten Diagnostik in eine subjektorientierte Diagnostik leisten. Dies beinhaltet auch die Überwindung der verdinglichten, ideologischen Kategorien der Diagnostik. Dabei hat sie das Wechselverhältnis der biotischen, psychischen und sozialen Ebene des ganzheitlichen Menschen zum Gegenstand. Diagnostik gelingt in diesem Sinne am ehesten dann, wenn sie einen subjektiven Zugang zur Lebenswelt und zur Lebensgeschichte eines Menschen eröffnet und dessen individueller Biographie in der Vielfalt des menschlichen Seins Rechnung trägt.

Auch die rehistorisierende Diagnostik kann weder auf ein Menschenbild, noch auf empirische Daten verzichten. Das entscheidende Moment ist die Interpretation dieser Daten in Bezug auf die Lebensgeschichte des Menschen. Es gilt, das „Allgemeine im Individuellen“ und das „individuelle im Allgemeinen“ zu bestimmen. Eine Rekonstruktion der Subjektivität eines Menschen kann jedoch nur auf der Grundlage eines entsprechenden theoretischen Wissens vorgenommen werden. Theoretisch wichtige Sachverhalte sind in diesem Zusammenhang solche, „die es rückbezogen auf eine systematisch ausgearbeitete und weiter auszuarbeitende Theorie von Menschen möglich machen, menschliche Subjektlogik zu rekonstruieren“ (Jantzen 1990, 178).

Diese Rekonstruktion der Subjektlogik ist als ein Erschließungsprozess aufzufassen, in dem sich die diagnostische Tätigkeit als eine „Enträtselung“ darstellt (siehe Lanwer 2010, 92). Es gilt, die Lebensrealität eines Menschen zu dechiffrieren, aber diese Realität muss auch reflektiert und verstanden werden. Dabei kommt man um eine Auseinandersetzung mit den Lebenswelten eines Menschen nicht herum, und der theoretische Bezugsrahmen, auf den bezogen die Rekonstruktion der Tätigkeit des jeweiligen Menschen als vernünftige Tätigkeit erfolgt, muss ein umfänglicher sein (siehe Jantzen 1990, 165). In

diesem Rahmen muss es dann möglich sein, dass das Einzelne als das Besondere dieses Allgemeinen in seiner Entwicklungslogik rekonstruiert wird (siehe ebd., 171). Ereignisse und Bedingungen dieser Individualentwicklung müssen wesentlich dafür angesehen werden, dass der Mensch so geworden ist wie er ist. Es kann aber auch notwendig sein, sich ein Erklärungswissen erarbeiten zu müssen, um zuvor unverstandene Tätigkeiten und Handlungen eines Menschen als sinnvoll und systemhaft identifizieren zu können. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Tätigkeiten und Handlungen sich immer aus realen sozialen und historischen Verhältnisse heraus entwickelt haben.

Folglich ist es auch wichtig, mögliche Beschränkungen, Beeinträchtigungen oder gesellschaftliche Beeinträchtigungen im Leben dieses Menschen und seine gewordenen Eigen-Art in den Blick zu bekommen. Gerade hinsichtlich künftiger Lernprozesse ist es wichtig, Motive und Bedürfnisse hinsichtlich der Identifikation von Barrieren bei zurückliegenden Lern- und Entwicklungsprozessen zu entschlüsseln. Gleichfalls unabdingbar ist die Entschlüsselung der spezifischen Wirkung spezifischer Umwelten.

Zusammengefasst geht es in einem diagnostischen Prozess also um die Rekonstruktion der sozialen Verhältnisse, innerhalb derer durch die Tätigkeit des Subjektes aus interpsychischen historischen und kulturellen Verhältnissen, Dialog, Kooperation, Kommunikation und sozialem Verkehr intrapsychische Prozesse und Strukturen entstanden sind. Nicht vergessen werden darf dabei, dass sich derartige Prozesse immer im Alltag vollziehen, wobei der Alltag selbst als historisch determiniert anzusehen ist (siehe Jantzen 1990, 197). Begreifen können wir die Subjektivität eines Menschen also nur im Spiegel seiner objektiven und subjektiven Geschichte, seines Lebens und Erlebens.

Mit Hilfe der Diagnostik gilt es auch Barrieren von Lern- und Entwicklungsprozessen zu identifizieren, die es dann durch Veränderungen materieller und sozialer Verhältnisse so weit wie möglich zu verschieben oder zu überwinden gilt. Denn Lebensgeschichten von Menschen mit spezifischen Lern- und Entwicklungserschwernissen sind oftmals von schmerzhaften und traumatischen Erfahrungen geprägt, in denen immer auch Erziehungs- und Interaktionsprobleme zum Ausdruck kommen. Hierdurch gerät das eigene Wollen und Können – gerade in neuen sozialen Entwicklungssituationen – oftmals in einen Widerspruch, der einer Aufarbeitung bedarf. Solche Widersprüche erschließen sich in der Regel über eine Verdeutlichung des subjektiven Erlebens, da sich in dem jeweiligen Erleben vereint emotionale und kognitive Bewertungsprozesse zeigen. Menschen verfügen von Lebensbeginn an über derartige

emotional-kognitive Bewertungssysteme, in welchen sich die Bedürfnisse eines Menschen ausdrücken und durch die die Handlungsmotive geleitet werden.

Wichtig ist aber auch zu bestimmen, auf welchem höchsten Niveau der Tätigkeit sich die Kompetenzen eines Menschen organisieren und in welchen Lebensbereichen sie unter welchen Kontexten angewendet werden können. Da gewisse Kompetenzen eventuell nur unter den Bedingungen der Isolation aufgebaut werden konnten, gilt es auch solche Bedingungen negativer Art zu erschließen. Umgekehrt sind aber auch Bedingungen positiver Art herauszuarbeiten, da diese möglicherweise schon jetzt einen stabilisierenden und stützenden Charakter haben. Gleichfalls kommt ihnen für künftige Entwicklungen eine große Bedeutung zu. All diese sozialen Faktoren gilt es in einer rehistorisierenden Diagnostik zu erkennen und bezogen auf ein künftiges Lernen hin zu durchdenken.

Für eine rehistorisierende Diagnostik ist die aktive Einbeziehung des jeweiligen Menschen mit Lebens- und Lernerfahrungen in den Diagnoseprozess wie auch die Kommunikation und Reflexion über die gemeinsam gewonnenen Erkenntnisse unabdingbar. Die Gestaltung eines derartigen Diagnoseprozesses erfordert spezifische fachliche Kompetenzen, die über den unmittelbaren Diagnoseprozess hinausgehen. Denn ein derart strukturierter Diagnoseprozess gestaltet sich in Abhängigkeit davon, ob eine Person zu eigenen (verbalen) Äußerungen in der Lage ist oder ob diese abhängig von Unterstützung, Begleitung, Assistenz und Zuwendung ist, weil sie nicht sprechen kann, komplexe Beeinträchtigungen hat oder ein Kleinkind ist.

Folglich spielen in einem Prozess der rehistorisierenden Diagnostik Aspekte der Beziehungsgestaltung eine große Rolle. Denn nur in einem Dialog mit dem Gegenüber ist es fragend möglich, sich an dessen Lebenswelt und Lebensgeschichte anzunähern. Eine weitere spannende Frage ist dabei, wie sich der Verständigungsprozess über im diagnostischen Geschehen gewonnene Erkenntnisse gestalten lässt und wie sich diese gemeinsam reflektieren lassen. Wie eine Beziehungsgestaltung in einem derartigen prozesshaften Geschehen und bei sehr unterschiedlichen subjektiven Ausgangslagen aussehen kann, gilt es zu entwickeln und zu begründen. Dieses Buch soll hierfür einen wichtigen Beitrag leisten.

Nicht nur der Beziehungsgestaltung kommt in dem angedachten diagnostischen Geschehen eine große Bedeutung zu, sondern auch die kritische Reflexion der Person der Pädagogin und des Pädagogen in diesem Prozess. So gilt