

Inklusion in der Lehrerbildung

Zugänge und Ansätze am Beispiel der Gesundheitsberufe

URSULA BYLINSKI

Prof. Dr., Professorin für Berufliche Bildung und Didaktik inklusiven Unterrichts am Institut für Berufliche Lehrerbildung (IBL) der Fachhochschule Münster

Das Lehrerausbildungsgesetz in NRW sieht vor, inklusionsorientierte Fragestellungen zum integralen Bestandteil der Lehramtsausbildung zu machen. Für die berufliche Lehrerbildung bedeutet dies, Inklusion und Heterogenität in der Fachdidaktik und in den beruflichen Fachrichtungen mit den fachwissenschaftlichen Inhalten zu verknüpfen. Im Beitrag wird die Frage diskutiert, welche Anknüpfungspunkte Gesundheitsberufe aufgrund ihres spezifischen Aufgaben- und Tätigkeitsbereichs bieten.

Abkehr vom medizinischen Modell von Behinderung

Ein zentraler Leitgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention – die 2009 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet wurde – ist, die negative Bewertung von Behinderung und eine individuelle Zuschreibung aufzuheben. Dies bedeutet eine Abkehr vom medizinischen Modell von Behinderung: Nicht mehr das individuelle Defizit steht im Vordergrund, sondern Behinderung wird als soziales Konstrukt betrachtet. Der Blick ist somit auf Handlungssituationen und Kontextfaktoren gerichtet, die Menschen an einer gleichberechtigten Teilhabe in dieser Gesellschaft (be-)hindern. Entgegen einer dichotomen Vorstellung werden im Inklusionsdiskurs Individuen nicht entlang unterschiedlicher sozialer Differenzkategorien (bspw. Behinderung, Benachteiligung, Migrationshintergrund) betrachtet und ihre Verschiedenheit herausgestellt (vgl. BUDDÉ 2015, S. 119), sondern Unterschiedlichkeit als Ressource für individuelles und wechselseitiges Lernen und Entwicklung aufgefasst. Die Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und deren Akzeptanz als Teil der menschlichen Vielfalt ist in Artikel 3 der UN-Konvention festgeschrieben. Gesundheit ohne Diskriminierung soll durch ein Höchstmaß an Unabhängigkeit umgesetzt werden, um körperliche, geistige, soziale und berufliche

Fähigkeiten zu gewährleisten (Art. 25). Gesundheitsförderung und Prävention erhalten damit einen besonderen Stellenwert und sind mit einer Verbesserung der Lebensbedingungen verbunden, um eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten zu erreichen (vgl. HURRELMANN u. a. 2014, S. 13).

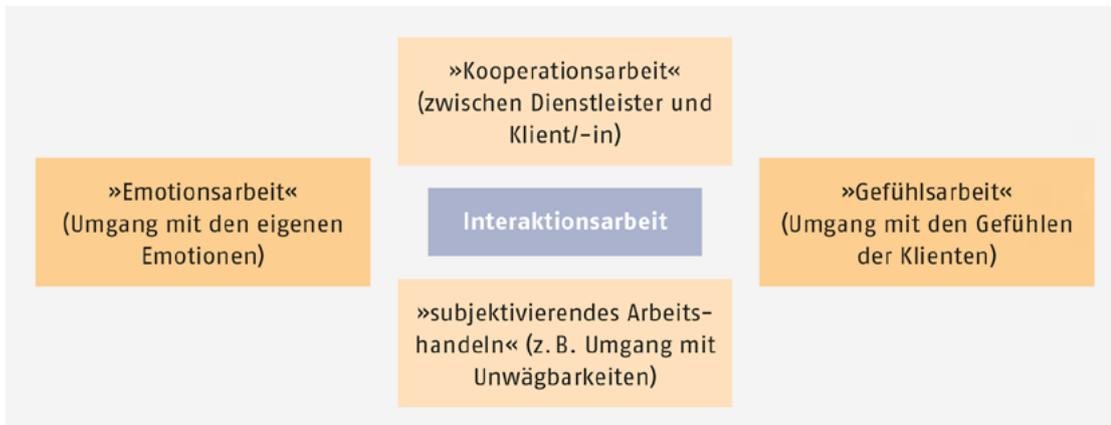
Inklusion und Heterogenität in der Lehrerbildung

Das Lehrerausbildungsgesetz in NRW (2016, Art. 1) sieht vor, künftige Lehrkräfte durch den Erwerb von »Inklusionskompetenzen und sonderpädagogischen Basiskompetenzen« zu befähigen, professionell mit Heterogenität und Vielfalt umzugehen. Lehrangebote, sowohl in den Bildungswissenschaften als auch in der Fachdidaktik und den beruflichen Fachrichtungen, sollen entsprechend curricular ausgestaltet werden. Die Verankerung von inklusionsorientierten Fragestellungen knüpft an fachwissenschaftliche Fragestellungen an, für die zunächst thematische Bausteine konzeptioniert werden, die sich dann zum integralen Bestandteil des Lehrangebots entwickeln können. Dieser Ansatz basiert auf dem Verständnis, dass »Inklusionskompetenz« (TERHART 2015) nicht als eigenständiger Kompetenzbereich einzuordnen ist. Vielmehr wird diese als »Transferkompetenz« (BOLTEN 2011, S. 64) und als Querschnittsaufgabe verstanden mit einem ganzheitlichen Zusammenspiel von individuellem, sozialem, fachlichem und strategischem Handeln in pädagogischen Kontexten (vgl. ebd., S. 25). Dabei gewinnt die Dimension des Reflektierens und die (Selbst-)Evaluation des eigenen Handelns an Bedeutung, weil sich Einstellung und Haltung der Lehrenden als entscheidend für professionelles Handeln in inklusiven Lernsettings erweisen.

Bei der curricularen Ausgestaltung ergibt sich je nach Fachwissenschaft eine unterschiedliche Nähe zu inklusionsorientierten Fragestellungen. So lässt sich bspw. der Zugang in der Ernährungs- und Hauswirtschaftswissenschaft häufig über die Zielgruppe und spezifische Ausbildungsformen herstellen. In der Gesundheits- und Pflegewissen-

Abbildung

Teilkonzepte interaktiver Dienstleistungsarbeit



nach BÖHLE (2011)

schaft ergeben sich Anknüpfungspunkte im Aufgaben- und Tätigkeitsfeld, wie nachfolgend gezeigt wird.

Inklusionsaffinität der Gesundheitsberufe

Prävention und Gesundheitsförderung sind insbesondere durch zwei Aspekte gekennzeichnet: Der Aufgabenbereich definiert sich als *personenbezogene – interaktive – Dienstleistung* sowie über eine *Ressourcenorientierung*, die eine veränderte Sicht auf Gesundheit und Krankheit beinhaltet. Beide Aspekte weisen Bezüge zu einem Inklusionsverständnis auf, das u. a. die Beziehungs- und Interaktionsebene in den Fokus stellt, Lernende in ihrer Individualität anerkennt und wertschätzt sowie Entwicklung als zirkulären Prozess betrachtet, der ausgehend von unterschiedlichen Lernausgangslagen individuelle Entwicklung initiiert (vgl. BYLINSKI 2016).

Interaktive Dienstleistungsarbeit

Personenbezogene Dienstleistung ist auf den Menschen gerichtet und mit der Intention verbunden, auf individuelle Bedürfnisse situativ einzugehen. Interaktionsarbeit beleuchtet das Arbeitshandeln und bietet einen systematisierten begrifflichen Rahmen, den Anforderungsbereich präziser zu beschreiben (vgl. BRATER/RUDOLF 2006, S. 269). Interaktive Dienstleistungsarbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass

- Prozess und Produkt miteinander verbunden sind und der sozialen Interaktion zwischen Dienstleister und Klient/-in eine tragende Rolle zukommt,
- ein gemeinsamer Arbeitsgegenstand und eine gemeinsame Zielsetzung zu definieren sind und
- eine wechselseitige Abstimmung von Interessen und Handeln erforderlich ist (»Ko-Produktion«), weil der »Arbeitserfolg« von beiden Seiten abhängt.

Klientinnen und Klienten sind damit nicht passiv, sondern aktive Co-Akteure im Prozess der Gesundheitsförderung und -prävention, der auf Anerkennung und Wertschätzung beruht. BÖHLE (2011, S. 457 ff.) stellt neben dieser Kooperationsarbeit weitere Teilkonzepte interaktiver Dienstleistungsarbeit heraus (vgl. Abb.): die Emotionsarbeit, u. a. der Umgang mit den eigenen Gefühlen (erfordert, eine persönliche Haltung herauszubilden), die Gefühlsarbeit, u. a. das notwendige Herstellen von Vertrauen (beinhaltet, Gefühle anderer wahrzunehmen, zu verstehen und im eigenen Handeln zu berücksichtigen), sowie subjektivierendes Handeln, d. h. den Umgang mit Unwägbarkeiten, die eine dialogisch-explorative Vorgehensweise erfordert, weil Planung und Ausführung miteinander verschränkt sind. Gefordert ist, die Individualität des Klienten/der Klientin und die Einzigartigkeit seiner/ihrer Situation zu begreifen (vgl. BRATER/RUDOLF 2006, S. 263) und eigenes Handeln im Prozess zu reflektieren (ebd. S. 264).

Ressourcenorientierte Betrachtung

Mit dem Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention vollzog sich in den Gesundheitsberufen ein Perspektivenwechsel: Eine defizitorientierte Förderung und Diagnostik wurde von einer stärken- und ressourcenorientierten Sichtweise abgelöst (vgl. FINGERLE 2010, S. 138). Der Blick wurde nicht mehr auf Krankheiten und Störungen gerichtet, sondern auf das, was positiv dazu beiträgt, gesund zu bleiben und zu werden. Die »Entwicklung der Gesundheit« (ebd.) stand im Vordergrund. Einen starken Impuls für ein sich veränderndes Gesundheitsverständnis gab die Salutogenese (vgl. ANTONOVSKY 1997), die eine veränderte aktive Patientenrolle nach sich zog. Die dichotome Klassifizierung von Menschen als krank oder gesund (vgl. ebd., S. 29) wurde abgelöst von einer Betrachtung der Coping-Ressourcen. Es galt, individuelle Stärken zu

identifizieren, um Entwicklungsbelastungen als veränderbar zu interpretieren. Die Identifikation von Vulnerabilität als personalem Risikofaktor und Resilienz als personalem Schutzfaktor richtete den Blick auf jene Ressourcen, die Personen in der Auseinandersetzung mit alltäglichen Krisen und Belastungen zur Verfügung stehen (ebd.). Besondere Bedeutung erhält das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. BANDURA 1997), d. h. die Erwartung einer Person, kompetent handeln zu können. Die Stärkung des Selbstkonzepts wirkt sich positiv auf die Krankheitsbewältigung aus.

Ansätze für die curriculare Umsetzung

Bei der curricularen Ausgestaltung (bspw. zur Entwicklung thematischer Bausteine zu inklusionsorientierten Fragestellungen) erweist es sich als zielführend, am konkreten Arbeitshandeln und an bestehenden Konzepten der jeweiligen Fachwissenschaft anzusetzen, um diese unter

Inklusionsaspekten weiterzuentwickeln. In den Gesundheitsberufen könnten zum einen Prinzipien interaktiver Dienstleistungsarbeit aufgegriffen und diese noch konkreter auf die Ausgestaltung inklusiver Lernsettings bezogen werden; zum anderen könnte die Beziehungsarbeit vor dem Hintergrund inklusionsrelevanter Aspekte (bspw. Deonstruktion von Differenzkategorien) reflektiert werden. Stärkenorientierte Konzepte der Gesundheitsförderung wären noch deutlicher an den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Individuen zu orientieren: den personellen, sozialen und organisationalen Ressourcen, die Unterstützungsangebote miteinbeziehen (vgl. bspw. ULRICH 2011). Eine curriculare Schwerpunktsetzung inklusionsorientierter Fragestellungen auf Grundlage der jeweiligen Fachwissenschaft bedarf darüber hinaus der Ausgestaltung von hochschulischen Lernsettings, die den Studierenden einen reflexiven Diskurs ermöglichen, um einen professionellen Umgang mit Inklusion und Heterogenität zu entwickeln. ◀

Literatur

ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997

BANDURA, A.: Self-efficacy: the exercise of control. New York 1997

BÖHLE, F.: Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. In: WSI Mitteilungen (2011) 9, S. 456–461 – URL: www.boeckler.de/wsimit_2011_09_boehle.pdf (Stand: 10.07.2017)

BOLTEN, J.: Unschärfe und Mehrwertigkeit: Interkulturelle Kompetenz vor dem Hintergrund eines offenen Kulturbegriffs. In: DREYER, W.; HÖBLER, U. (Hrsg.): Perspektiven interkultureller Kompetenz. Göttingen 2011, S. 55–70

BRATER, M.; RUDOLF, P.: Qualifizierung für Interaktionsarbeit – ein Literaturbericht. In: BÖHLE, F.; GLASER, J. (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden 2006, S. 262–308

BUDDE, J.: Heterogenitätsorientierung. Zum problematischen Verhältnis von Heterogenität, Differenz und sozialer Ungleichheit im Unterricht. In: BUDDE, J. u. a. (Hrsg.): Heterogenitätsforschung. Empirische und theoretische Perspektiven. Weinheim/Basel 2015, S. 21–38

BYLINSKI, U.: Gestaltung individueller Entwicklungsprozesse und inklusiver Lernsettings in der beruflichen Bildung. In: bwp@ 30 (2016) – URL: www.bwpat.de/ausgabe/30/bylinski (Stand: 10.07.2017)

FINGERLE, M.: Risiko und Resilienz. In: KAISER u. a. (Hrsg.): Bildung und Erziehung. Stuttgart 2010, S. 135–142

HURRELMANN, K. u. a.: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: HURRELMANN, K. u. a. (Hrsg.): Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2014

TERHART, E.: Umgang mit Heterogenität: Anforderungen an Professionalisierungsprozesse. In: FISCHER, C. (Hrsg.): (Keine) Angst vor Inklusion. Herausforderungen und Chancen gemeinsamen Lernens in der Schule. Münster/New York 2015, S. 69–83

ULRICH, J. G.: Übergangsverläufe von Jugendlichen aus Risikogruppen. Aktuelle Ergebnisse aus der BA/BIBB-Bewerberbefragung. In: bwp@ Spezial 5 (2011) – URL: www.bwpat.de/content/ht2011/ws15/ulrich/ (Stand: 10.07.2017)