

Unverkäufliche Leseprobe aus:

Theodor Hellbrügge

Unser Montessori-Modell

Erfahrungen mit einem neuen Kindergarten und einer
neuen Schule

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern,
auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags
urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere
für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung
in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Die Gemeinsamkeiten von Pädiatrie und Pädagogik sind leider gering	11
<i>Das Wissenschaftsverständnis bei Kinderheilkunde und Erziehungswissenschaft ist grundverschieden</i>	12
<i>Die Pädiatrie denkt nur an das Kind, die Pädagogik fast nur an die Schulklasse</i>	14
<i>Die Einführung neuer Methoden erfolgt in der Pädagogik nicht so behutsam wie in der Medizin</i>	15
<i>Der Pädagoge hat nicht die Freiheit des Arztes</i>	17
<i>Schulbehörden wollen alles perfekt regeln</i>	18
<i>Die Forderungen des Kinderarztes an die Schulen entspringen der Sorge um das Kind</i>	19
Kapitel 2: Unser Sonderschulwesen geht von Behinderungen, aber nicht von behinderten Kindern aus	23
<i>Sonderschulgesetze kennen nur spezielle Behinderungen</i>	23
<i>Für den Kinderarzt ist das mehrfach behinderte Kind das entscheidende Problem</i>	25
<i>Auch in der Sonder-Pädagogik dominiert die Theorie</i>	27
<i>In der Pädiatrie geht alles von der Praxis aus</i>	29
<i>Soziale Behinderungen werden erst allmählich als Problem erkannt</i>	31
<i>Leichte Störungen können zu schweren Behinderungen führen</i>	34
<i>Die Behindertenhilfe muß sich auf das mehrfach behinderte Kind umstellen</i>	35
<i>Sonderschulen schaffen Sonderschüler</i>	37
<i>Integrierte Erziehung mindert Probleme der Sonderschule</i>	38
Kapitel 3: Behörden, Paragraphen und unser Montessori-Modell	44
<i>Das Münchner Montessori-Schul-Modell entstammt einem ärztlichen Wissenschaftsverständnis</i>	44
<i>Das Sonderschulgesetz und ein Kinderarzt</i>	45

<i>Eine Lernbehinderten-Schule benötigt die Entscheidung des Ministers</i>	47
<i>Die Schule wird als Schulversuch genehmigt</i>	49
<i>Auflagen an den Schulträger</i>	50
<i>Die pädagogischen Bedenken der Regierung bestanden weiter</i>	52
<i>Interessante Argumente der »Regierungs-Pädagogik«</i>	54

Kapitel 4: Das ungewöhnliche Leben und Lebenswerk von Maria Montessori	58
<i>Eine unbequeme Tochter beschließt Medizin zu studieren</i>	58
<i>Ihr kämpferisches Interesse für den Benachteiligten erregt Aufsehen</i>	60
<i>Es begann mit der Erziehung von schwachsinnigen Kindern</i>	61
<i>Die Erfahrungen wurden auf gesunde Kinder übertragen</i>	62
<i>Der Triumphzug ihrer Pädagogik</i>	63
<i>Montessori-Pädagogik in Deutschland</i>	65
<i>Maria Montessoris Lebenswerk vollendet sich</i>	66

Kapitel 5: Die Montessori-Pädagogik baut auf ärztlichen Erfahrungen auf	68
<i>Hilfe für behinderte Kinder suchte Maria Montessori in der Methode von Edouard Séguin</i>	68
<i>Maria Montessori mußte die Methode neu entdecken</i>	69
<i>Ärztliche Pädagogik kann nur am Kind begriffen werden</i>	71
<i>Der Einfluß des Hals-Nasen-Ohrenarztes Jean Marc Gaspard Itard</i>	72
<i>Die physiologische Erziehung der Schwachsinnigen von Séguin</i>	74
<i>Séguins Sonderphysiologie ging in die Montessori-Pädagogik ein</i>	79
<i>Die Freiheit in der Montessori-Pädagogik ist nicht antiautoritär</i>	81

Kapitel 6: Aus Erfahrungen bei gesunden Kindern entsteht eine neue Konzeption der Behindertenhilfe im Kinderzentrum München	86
<i>Für einen Säugling ist es gefährlich, nicht in der Familie aufzuwachsen</i>	86
<i>Eine neue Entwicklungsdiagnostik</i>	87
<i>Schwere Schäden bei körperlich gesunden Heimkindern</i>	90
<i>Sozialentwicklung und Soziosen als neue kinder- ärztliche Aufgabe</i>	92
<i>Für die Behindertenhilfe ergeben sich Konsequenzen</i>	96
<i>Mehrdimensionale Diagnostik und mehrdimensionale Therapie kennzeichnen die Arbeitsweise des Kinderzentrums</i>	98
<i>Frühpädagogik ist in dieses Konzept eingegliedert</i>	101
Kapitel 7: Unser Montessori-Kindergarten entstand aus sozialpädiatrischen Gründen	103
<i>Vorschulische Einrichtungen werden vom Kinderarzt anders beurteilt</i>	103
<i>Ein Montessori-Kinderhaus wird zu einem Schlüsselerlebnis</i>	105
<i>Frau Aurin richtet unseren Montessori-Kindergarten für gesunde und behinderte Kinder ein</i>	106
<i>Unser Montessori-Kindergarten sieht wie alle Montessori-Kinderhäuser aus</i>	108
<i>Die pädagogische Gemeinschaft gesunder und behinderter Kinder muß allmählich wachsen</i>	111
<i>Die gemeinsame Erziehung gesunder und behinderter Kinder ist in der Montessori-Pädagogik kein Problem</i>	112
<i>Wie ein Vormittag in unserem Montessori-Kindergarten abläuft</i>	114
Kapitel 8: Unsere Montessori-Pädagogik im Erlebnis des Kinderarztes	117
<i>Soziale Lernprozesse stehen im Vordergrund</i>	117
<i>Feiern, Musik- und Kunsterziehung werden groß geschrieben</i>	120
<i>Auf Bewegung und Bewegungserziehung wird besonderer Wert gelegt</i>	122

<i>In der Montessori-Pädagogik lassen sich wichtige Elemente der modernen Lernforschung erkennen</i>	125
<i>Die Erfolge unseres Kindergartens werden in Testabläßern und Beobachtungsbogen festgehalten</i>	129
Kapitel 9: Vom Montessori-Material geht eine unglaubliche Faszination aus	143
<i>Im Mittelpunkt der Montessori-Pädagogik steht aber nicht das Material, sondern das Kind</i>	143
<i>Die Tätigkeiten des praktischen Lebens werden systematisch geübt</i>	146
<i>Wichtige Lernvorgänge erfolgen über das Sinnesmaterial</i>	148
<i>Die Einsatzzylinder, der rosa Turm und die braune Treppe</i>	152
<i>Montessori-Mathematik macht nicht traurig</i>	155
<i>Die Spracherziehung genießt in der Montessori-Pädagogik Vorrang</i>	159
Kapitel 10: In unserer Montessori-Schule wurden die Kindergartenerfahrungen fortgeführt	164
<i>Unsere erste Montessori-Klasse entstand auf Wunsch der Eltern</i>	164
<i>Aufbau der Modellschule und Probleme der Einschulung</i>	165
<i>Kinder in der ersten Schulklasse</i>	166
<i>Beim weiteren Ausbau gab es Probleme</i>	168
<i>Besucher erleben die gemeinsame Erziehung der gesunden und behinderten Kinder</i>	171
<i>Der Unterricht mit Lehrern und Assistenten</i>	176
<i>In unserer Schule lernen die Kinder mehr als in der Regelschule</i>	179
<i>Unsere Kinder erfüllen selbstverständlich auch das vorgeschriebene Lehrpensum</i>	183
<i>Ein Pensenbuch beurteilt gerechter als Zeugnisnoten</i>	190
Kapitel 11: Die Erfolge der integrierten Erziehung behinderter Kinder werden von Lehrern geschildert	196

Kapitel 12: Unser Montessori-Modell setzt auch in der Montessori-Pädagogik Meilensteine	216
<i>Die Montessori-Pädagogik muß für das behinderte Kind entdeckt werden</i>	216
<i>In der Montessori-Einzel- und Kleingruppentherapie wird behinderten Kindern geholfen</i>	219
<i>Pädagogische Probleme des behinderten Kindes lassen sich am besten gemeinsam mit den Eltern lösen</i>	223
<i>Aber Hausaufgaben und Elterstraining sind zweierlei</i>	227
<i>Unsere Erfahrungen mit integrierter Erziehung behinderter Kinder lassen sich auf die ganze internationale Montessori-Pädagogik übertragen</i>	232
<i>Kinder mit Soziosen</i>	235
Kapitel 13: In der wissenschaftlichen Begleitung des Montessori-Modells wurden wichtige Erkenntnisse gesammelt	239
<i>Die kinderärztliche Diagnostik für schulschwierige Kinder muß verbessert werden</i>	240
<i>Psychologische Tests sollen nicht nur die Intelligenz, sondern auch das Sozialverhalten der Kinder messen</i>	246
<i>Wie sich unser Montessori-Modell in der Wissenschaftlichen Begleitung darstellt</i>	247
<i>Einige Erkenntnisse unseres Schulversuchs lassen sich in Thesen zusammenfassen</i>	254
Kapitel 14: Unser Montessori-System gibt Hinweise für Medizin, Psychologie und Pädagogik	259
<i>Medizin und Kinderheilkunde müssen in der Behindertenhilfe umlernen</i>	259
<i>Auch für die Psychologie sind unsere Erfahrungen von großer Bedeutung</i>	263
<i>Eine kindgerechte Pädagogik und ein Lehrer, der das Kind kennt, sind wichtiger als alle Schulreformen</i>	267
<i>Unser Montessori-Modell erlaubt Hinweise für die Organisation unseres Schulsystems</i>	270
<i>Unser Montessori-Modell erlaubt Rückschlüsse auf die Unterrichtsgestaltung und die Leistungsbeurteilung der Kinder</i>	273
<i>Unser Montessori-Modell soll verbessert werden</i>	275
<i>Dank an alle Helfer</i>	279

Literaturübersicht	282
<i>Schriften von Maria Montessori</i>	282
<i>Literatur zur Montessori-Pädagogik</i>	284
<i>Literatur zum Schulversuch</i>	285
<i>Literatur aus dem Schulversuch</i>	291
<i>Veröffentlichungen über den Schulversuch</i>	296
Register	302

Die Gemeinsamkeiten von Pädiatrie und Pädagogik sind leider gering

Päd-iatrie und Päd-agogik sind die einzigen Berufe, die in ihrer Berufsbezeichnung das Kind (griech. Pais) haben. Daraus läßt sich wohl ableiten, daß beide Berufe nicht nur in besonderer Weise dem Wohle des Kindes verpflichtet sind, sondern auch in ihrer Einstellung zum Kind weitgehend Ähnlichkeit haben, ja, in ihrer Hilfe für das Kind auf das Engste zusammenwirken.

Betrachtet man indessen das jeweilige Selbstverständnis der Pädiatrie und der Pädagogik, dann ergibt sich merkwürdigerweise ein völlig unterschiedliches, wenn nicht gar gegensätzliches Bild. Die Denkansätze sind schon von der Wissenschaft her so grundverschieden, daß Diskussionen zwischen Kinderärzten und Lehrern nicht selten schon deswegen im Sande verlaufen, weil nicht einmal das Aufgabenverständnis beider Berufe genügend bekannt ist.

Aus der Sicht der Pädagogik – und dies läßt sich in etwa auch aus den amtlichen Vorschriften bzw. den Gesetzen für den Schularzt ablesen – besteht die Aufgabe des Arztes in der Schule hauptsächlich etwa darin, für die Hygiene des Schulbaus zu sorgen und das Kind vor Infektionen, insbesondere vor Tuberkulose zu bewahren. Mit dem Rüstzeug des Kinderarztes, mit seinen diagnostischen und therapeutischen Methoden, auch mit der Einstellung des Arztes zum Kind als solcher, weiß der Erzieher kaum etwas anzufangen.

Umgekehrt sind Ärzte der Ansicht, daß Erzieher grundsätzlich die gleiche Einstellung zum Kind hätten wie sie selbst, d. h., sich ausschließlich als Helfer des Kindes verstehen würden, die in voller Freiheit einem Kind, das in Not ist, in jedem Falle zu Hilfe eilen. Der Kinderarzt hat deswegen oftmals kein Verständnis für die besondere Situation des Pädagogen in der Schule. Er weiß nichts über die Vorschriften, die die Beurteilung des Kindes bestimmen und nach denen der Unterricht abläuft.

Probleme der Schule, um nicht zu sagen Schulnot, sind inzwischen aber zu einem solchen epidemiologischen Problem geworden, daß Kinderärzte und Lehrer im Interesse des Kindes auf das Engste zusammenarbeiten müssen. Derzeitig bilden sich Arbeitsgemeinschaften, um die Schulmisere anzugehen und gemeinsam versuchen, das Kinderelend in der Schule – in der Bundesrepublik Deutschland haben wir pro Jahr allein über 400000 Sitzenbleiber! – zu beseitigen.

Damit ein Dialog zwischen diesen beiden für das Kind so wichtigen Berufe stattfinden kann, ist es unbedingt notwendig, die Unterschiede im Selbstverständnis von Kinderheilkunde und Pädagogik aufzuzeigen. Andernfalls ist es nicht möglich, eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu erreichen. Erst wenn ich den Standpunkt des anderen auch im Hinblick auf das Kind kenne, wird eine geeignete Basis der Zusammenarbeit gegeben sein.

So seien in diesem Buch, das über eine ärztliche Pädagogik berichtet, einige Gedanken vorangestellt, in denen Hinweise auf das Selbstverständnis von Pädiatrie und Pädagogik gegeben werden.

Das Wissenschaftsverständnis bei Kinderheilkunde und Erziehungswissenschaft ist grundverschieden

Schon vom Wissenschaftsverständnis und der Organisation der Hochschule her bestehen grundlegende Unterschiede zwischen Pädiatrie und Pädagogik. Die Pädagogik ist der philosophischen Fakultät, die Pädiatrie der medizinischen Fakultät zugeordnet. Erziehungswissenschaft wird meist in pädagogischen Hochschulen gelehrt, die nicht einmal organisatorisch Beziehungen zu medizinischen Fakultäten und zur Kinderheilkunde in den Universitäten haben. Selbst in den Universitäten oder Hochschulen, in denen die Erziehungswissenschaft in eigenen erziehungswissenschaftlichen Fakultäten oder Fachbereichen etabliert ist, bestehen so gut wie keine Beziehungen zur Medizin oder Kinderheilkunde.

Dem Kinderarzt ergibt sich darüber hinaus das merkwürdige Phänomen, daß »Pädagogik« und »Erziehungswissenschaften« offenbar etwas verschiedenartiges sind, andernfalls ist es kaum zu erklären, warum z. B. an der Universität München die Pädagogik gemeinsam mit der Psychologie in einem anderen Fachbereich untergebracht ist als dem »Fachbereich Erziehungswissenschaften«, welch letzterem auch die Sonderpädagogik und die Schulpädagogik zugeordnet sind.

Auch vom Ansatz her verstehen sich Pädiatrie und Pädagogik durchaus unterschiedlich. Die Pädiatrie ist – wie die gesamte Medizin – in erster Linie eine empirische Wissenschaft. Erfahrungen werden am Patienten gewonnen und daraus werden Rückschlüsse gezogen auf das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Patienten mit ähnlichen Symptomen. Krankheitsbezeichnungen stehen am Beginn der klinischen Beobachtung. Systematische Forschungen klären später auf, welche Ursache die Krankheitszeichen haben.

Auch in der Therapie entstammen die meisten Pharmaka ärztlicher Erfahrung, nicht selten sind es Zufallsentdeckungen. Das Penicillin z. B. wäre

ohne jene zufällige Beobachtung durch Sir Alexander FLEMING in London, daß Schimmelpilze in Petri-Schalen das Wachstum von Streptokokken hemmen, nicht in die ärztliche Praxis gekommen.

Pädiatrische Empirie im Schulbereich geht von den Schulversagern aus. Unsere kinderärztliche Einstellung zu Schulreformen und neuen Schulmodellen wird deshalb primär geleitet von den Erfahrungen, die wir mit den Opfern dieser Reformbestrebungen in der Sprechstunde erleben. Wir versuchen, daraus Rückschlüsse auf pädagogische Methoden zu ziehen, ohne selbst in das pädagogische Geschehen als notwendige Prophylaxe eingreifen zu können.

Demgegenüber versteht sich die Pädagogik wohl in erster Linie als theoretische Geisteswissenschaft, die ihren Ursprung eigentlich in der Philosophie hat.

Das spiegelt sich auch in den wissenschaftlichen Ansätzen wider. Hier spielen die Curricula – theoretisch konzipierte Lernziele und Lerninhalte – eine übergeordnete Rolle. Diskussionen um das einzelne Kind und um die Fähigkeiten des Kindes in verschiedenen Altersstufen werden gelegentlich in der pädagogischen Praxis, kaum in der Wissenschaft angestellt.

Bei den Diskussionen im Bildungsrat erlebte ich, daß zum Beispiel primär nicht gefragt wurde: wie lange kann ein Kind in einer bestimmten Altersstufe etwa ohne Pausen still sitzen, welche Wortbegriffe und Wortarten sind seinem Alter gemäß, wie sind entsprechend bestimmte Lerninhalte am Kind zu entwickeln etc., sondern es wurden fast ausschließlich theoretische, nicht am Kind orientierte Curriculum-Überlegungen angestellt. Dabei standen – wenn auch nicht so deutlich ausgesprochen – Fragen im Mittelpunkt, was etwa unsere Kinder im Jahre 2000 alles können und wissen sollten bzw. was ihnen entsprechend durch die Schule vermittelt werden müßte.

Auf die Frage des Kinderarztes, ob es nicht zweckmäßiger sei, bei allen Diskussionen über Bildungsreformen zunächst an das Kind und seine Leistungsfähigkeit zu denken und entsprechende systematische Untersuchungen im Bereich der Unterrichtshygiene anzustellen, erhielt ich zur Antwort: »Sie sind ja reiner Empiriker«.

Bei diesen Diskussionen wurde überdies der meines Erachtens für das Kind und seine Entwicklung schwerwiegende Unterschied zwischen pädiatrischen und pädagogischen Lernvorstellungen offenbar: Die Pädagogik betreibt fast ausschließlich kognitive Lerninhalte. Sie denkt praktisch nur an die intellektuelle Förderung des Kindes und ihr Bestreben geht dahin, auch beim Kleinkind (Vorschulpädagogik!), neuerlich sogar beim Säugling (Frühpädagogik), »Intelligenz fördernde« Lernangebote zu schaffen.

Sie übersieht dabei grundlegende pädiatrische und kinderpsychologische

Erkenntnisse, nach denen die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes für die spätere Lebenstüchtigkeit eine weit größere Beachtung verdient, als kognitive und verbale Lernprozesse. Unsere Schulen kennen überhaupt keine Lerninhalte, welche die Sozialität, das gegenseitige Helfen der Kinder untereinander, üben. Die »Lehrstoffelephantiasis«, über welche der Jenaer Pädagoge Peter PETERSEN klagte, oder die »Stoffseuche«, von der der Münchener Pädagoge KERSCHENSTEINER sprach, hat infolge des Fachlehrersystems ein derartiges Ausmaß angenommen, daß für das lebensnotwendige soziale Training des Kindes etwa beim Spielen nicht einmal neben der Schule noch Zeit bleibt.

Es besteht die Gefahr, daß entsprechende pädagogische Theorien unter der Fahne der »Intelligenzförderung« auch auf das Kleinkind – ja sogar auf den Säugling – übertragen werden, wenn wir als Kinderärzte nicht noch mehr als bisher im Interesse des Kindes unser Veto einlegen. Wir werden dabei von allen mit dem Kind und dessen Not unmittelbar beschäftigten Berufen – zuvorderst den Pädagogen aus der Praxis – um Hilfe angegangen.

Die Pädiatrie denkt nur an das Kind, die Pädagogik fast nur an die Schulklasse

Einen wesentlichen Unterschied zwischen Pädiatern und Pädagogen betrifft die Zuwendung zum Kind.

Kinderärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich Individualhilfe. Ich gestehe, daß es mir persönlich schon unangenehm ist, Zwillinge zu untersuchen, weil man das Gefühl hat, sich nicht auf das einzelne Kind während der Untersuchung genügend konzentrieren zu können. Massenuntersuchungen sind der kinderärztlichen Praxis weitgehend unbekannt. Dort, wo sie etwa als schulärztliche Untersuchungen praktiziert werden, ist ein individuelles Eingehen auf das Kind unmöglich. Massenuntersuchungen sind deswegen immer nur Screening, d. h. sie dienen weniger der Diagnostik als dem Finden von verdächtigen Kindern.

Pädagogische Tätigkeit dagegen wird wenigstens im Bereich der Schule immer nur als Gruppen-Pädagogik verstanden. Die Klasse, der Klassenverband, stehen im Mittelpunkt allen pädagogischen Denkens und Überlegens. Wenngleich im Rahmen der pädagogischen Diskussion die Hinwendung zum einzelnen Kind als sogenannte »Binnen-Differenzierung« auch diskutiert wird, so verstehen die meisten Pädagogen selbst darunter in der Regel eher das »Sondertraining einer kleinen Gruppe« innerhalb des Klassenverbandes, also nicht eigentlich individuelle Hilfe.

Das Ganze wird verstärkt, weil die Schulverwaltungen grundsätzlich nur

in Klassenstärken denken und länderweise voll Stolz berichten, wenn Richtzahlen über das Verhältnis von Lehrern zu Schülern – etwa auf 30 Kinder pro Klasse und Lehrer – gesenkt werden.

Gruppenmedizinische Fragen spielen dagegen im Denken des Pädiaters nur eine untergeordnete Rolle, sie sind gewissermaßen nur ein statistischer Spiegel für den Erfolg oder Mißerfolg kinderärztlichen Handelns.

Wenn die Sterblichkeitsstatistik mitteilt, daß die Säuglingssterblichkeit von über 25% innerhalb eines Jahrhunderts auf unter 2% gesenkt werden konnte, blickt der Kinderarzt stolz auf seine Tätigkeit zurück. Wenn die Krankheitsstatistik ihn belehrt, daß durch Impfungen ganze Krankheiten ausgerottet werden konnten (Beispiel Kinderlähmung, Diphtherie, Pocken etc.), dann ergibt diese Überprüfung, daß die Rückschlüsse aus den praktischen Erfahrungen erfolgreich gewesen sind. Trotzdem ist die Pädiatrie niemals mit ihrem Erreichten zufrieden, solange Kinder in Not sind. Wo auch immer Kinder sich in Not befinden, fühlt der Pädiater sich zuständig.

Die Einführung neuer Methoden erfolgt in der Pädagogik nicht so behutsam wie in der Medizin

Die Einführung neuer Heilmethoden bedeutet für die Pädiatrie, wie überhaupt für die Medizin, ein Unternehmen, das nur mit größter Vorsicht und Geduld angegangen werden darf. Schließlich werden auch neue Arzneimittel in tausenden von tierexperimentellen Untersuchungen zunächst daraufhin überprüft, ob sie einen Fortschritt gegenüber altbewährten Medikamenten bedeuten und ob sie frei von Nebenwirkungen sind.

Wenn beides im Tierexperiment gesichert ist, kommt der klinische Versuch hinzu. Nur erfahrene Ärzte und Kliniken sind befugt, neue Pharmaka auf ihre Brauchbarkeit und ihre Unschädlichkeit zu überprüfen. Nach vorsichtigstem Einsatz – oftmals erst bei desolaten Patienten – werden neue Heilmittel in minimalster Dosierung erprobt und nach und nach entsteht im Lauf der Zeit ein Bild darüber, ob es gerechtfertigt ist, einen neuen therapeutischen Weg zu gehen.

Am doppelten Blindversuch wird dabei insbesondere auch der sogenannte Placebo-Effekt berücksichtigt, d. h., das zu erprobende Medikament wird mit einem gleichartig aussehenden Mittel ohne entsprechende Wirkung verglichen, bei welchem der das Heilmittel austeilende Arzt nicht einmal weiß, in welchen der verabreichten Tabletten z. B. die zu untersuchende Substanz ist. In jedem Falle wird also der langdauernde, unter Umständen langjährige Vergleich herangezogen, bis Wirkungen und Nebenwirkungen genügend gesichert sind.

Erst wenn die klinischen Versuche abgeschlossen sind und sicher herausgefunden wurde, daß ein neues Medikament mehr Nutzen bringt als ein bisher gebräuchliches, wenn abgeklärt ist, mit welchen Nebenwirkungen gerechnet werden muß, wird das neue Heilmittel der ärztlichen Praxis übergeben und kann generelle Anwendung finden. Jeder Arzt weiß aber trotz aller dieser Vorsichtsmaßnahmen, daß es gelegentlich noch unangenehme Überraschungen geben kann. Erinnert sei nur an das Contergan-Unglück, bei dem niemand wissen konnte, daß ein als völlig unschädlich erwiesenes Beruhigungsmittel so schwere Schädigungen in der Entwicklung des Kindes im Mutterleib hervorrufen würde.

Im Gegensatz hierzu erfolgt die Einführung neuer pädagogischer Methoden und Organisationsformen praktisch ohne eine entsprechende langjährige sorgfältige Vorbereitung und Kontrolle. Dabei ist es ganz gleich, ob es sich um Methoden des Lesenlernens, Schreibenlernens, ob es sich um die Einführung neuer Unterrichtsgegenstände, ob es sich um Unterrichtsorganisationsformen wie Blockstunden, Ganztagsunterricht oder um die Einführung neuer Schularten (Gesamtschule) handelt.

Neue pädagogische Methoden des Lesenlernens, z. B. als Ganzheitsmethode, oder des Rechnenlernens, z. B. mit der Mengenlehre, werden am Grünen Tisch konzipiert. Es bildet sich ein Kreis, der ein theoretisches Konzept entwickelt. Wenn dieses Konzept genügend begründet erscheint, wird die neue Methode auf dem Verordnungsweg allgemein eingeführt. Systematische, jahrelange Untersuchungen, ob und in welchem Falle neue Lehrmethoden sinnvoll sind und ob sie den Kindern womöglich nicht schaden, finden praktisch nicht statt.

Selbst sogenannte Versuchsschulen haben – soweit es sich übersehen läßt – praktisch keine wissenschaftliche Kontrolle durch Forschungsinstitute oder pädagogische Lehrstühle. Die Folgen werden auch dem Laien auffällig, wenn schon nach Jahresfrist Kultusministerien ihre Mengenlehreverordnungen zurücknehmen oder ändern müssen; wobei dies keineswegs etwa infolge pädagogischer Einsicht erfolgt, sondern weil die Eltern der betroffenen Kinder lauthals protestieren.

Das Gleiche gilt bei der Einführung neuer pädagogischer Unterrichts- und Schulformen. Blockstunden wurden eingeführt, ohne daß irgendwer überhaupt nur untersuchte, wie lange Kinder stille sitzen können. Bewährte Schulen auf dem Lande wurden als Zwergschulen diskriminiert, und es wurden Mittelpunktschulen eingerichtet, ohne daß irgendeine sorgfältige Untersuchung je bewies, ob der pädagogische Effekt, selbst die erreichten Lernziele bei den Kindern in den kleinen Schulen mit gemischtem Unterricht soviel schlechter oder überhaupt schlechter waren, als die durch den Unterricht im Klassenverband der Mittelpunktschulen.

Bewährte Schulformen werden aus politischen Gründen abgeschafft. Man konstruiert ein Unterrichtssystem mit einer solchen Vielfalt, daß es den Kinderarzt erschrecken läßt, wenn er dabei an das Kind denkt, das sich darin zurechtfinden muß.

Neue Organisationsprinzipien wie Orientierungsstufen oder Kollegstufen werden theoretisch entwickelt und dann – ohne über Jahre hindurch ihre Effektivität zu überprüfen – auch gegen den Willen der betroffenen Schulen und gegen den Willen der Eltern auf dem Verordnungswege für ein ganzes Land zur Pflicht gemacht.

Das Umsetzen pädagogischer Theorien – in manchen »Reformbestrebungen« auch pädagogischer Ideologien – in den Schulalltag ohne den Beweis, daß diese Reformen dem Kinde nutzen, hat nicht zuletzt auch dazu geführt, daß tausende zum großen Teil neu erbaute Schulen einfach leerstehen, daß Millionen Kinder mit einem Millionenaufwand per Schulbusse in der Gegend herumgefahren werden, nur um sie in Jahrgangsklassen unterrichten zu können, daß unsere Zeitungen ständig vom Schulstress berichten und daß gegen das Schülerelend sich Vereinigungen wie die »Humane Schule« bilden.

Das Ziel der Reformbestrebungen in der Schule bestand darin, daß 20% der Kinder eines Jahrgangs eine abgeschlossene Schulbildung mit Abitur haben sollten. Das Ergebnis nach zehnjährigen pädagogischen Bemühungen sieht fast diametral umgekehrt aus. 25% der Kinder sind auf dem Wege gescheitert und verlassen die Schule ohne Abschluß. Die Not, die hinter diesen Zahlen steht, kann nur derjenige ermessen, den das »Sitzenbleiberelend« mit allem Unglück für die Kinder und für die Eltern bis in die ärztliche Praxis hinein verfolgt.

Der Pädagoge hat nicht die Freiheit des Arztes

Einen entscheidenden Unterschied zwischen Pädiatrie und pädagogischem Wirken betrifft auch die Art der Berufsausübung. Ärztliche Tätigkeit erfolgt primär in Eigenverantwortung. Der Arzt beansprucht deshalb auch einen hohen Freiheitsgrad für sein Handeln und muß frühzeitig lernen, seine diagnostischen und therapeutischen Wege selbst zu verantworten. Keine wie auch immer geartete Verwaltung kann das ärztliche Handeln im konkreten Fall zwingend vorschreiben. Wenngleich – etwa im Bereich der kassenärztlichen Versorgung – aus Gründen der Wirtschaftlichkeit bestimmte Kontrollen sinnvoll und wohl auch notwendig sind, kann und muß jeder Arzt auch gegenüber den kontrollierenden ärztlichen Körperschaften sein therapeutisches Vorgehen jederzeit begründen.

Der Arzt ist deswegen in der Regel freipraktizierend tätig, und er hält dies auch im Sinne der freien Arztwahl für den Patienten für unumgänglich notwendig. Letztlich ist diese Freiheit der Ärzteschaft eine wichtige Voraussetzung für Dynamik und Erfolg ärztlichen Handelns.

Im Gegensatz hierzu sind die Pädagogen in unserem Lande nicht freiberuflich tätig. Ihr Ziel ist es schon während des Studiums, Beamte zu werden, d. h., in nicht selbständiger oder freier Tätigkeit zu handeln. Eine dem Arztberuf ähnliche Freiheit ist dem pädagogischen Beruf in der Schule nicht gegeben. Schulverwaltungen schreiben nicht nur zwingend die Zahl der Unterrichtsstunden vor, sondern geben auch genaue Anweisungen in Bezug auf Lehrpläne, Wochenpläne, zu haltende Haus- und Klassenarbeiten, weitgehend sind sogar die Gestaltung des Unterrichts und die Ziele des Unterrichts vorgeschrieben.

Der einzelne Lehrer hat nur wenig Freiheit, das unermesslich angewachsene Stoffpaket zu verteilen oder weitere Bereiche des Lernstoffes einfach fortzulassen. Immer wird der Pädagoge dabei von entsprechenden Aufsichtsgremien, Schulräten, Kultusministerien beaufsichtigt. Er unterliegt sogar einer ständigen Beurteilung seiner Person und seiner persönlichen Fähigkeiten. Das geht im einzelnen so weit, daß pädagogische Freiheiten unter Umständen beim Lehrer zu negativen Folgen in seiner Beurteilung führen können.

Schulbehörden wollen alles perfekt regeln

Das Beamtenrecht gibt dem Pädagogen Sicherheit, läßt ihm aber auch weniger Eigenverantwortung. Beamtenrechtliches Denken spielt in der Schule eine weit größere Rolle, als dies von außen vermutet wird. Dem Kinderarzt fällt das bei Diskussionen auf, wenn er Vorschläge für die Gesundheit der Kinder macht, etwa Spielen während der Pause zu erlauben, Schulhöfe in Spielplätze umzuwandeln etc. Immer erhebt sich sofort die Frage: Wer trägt die Verantwortung? Wer nimmt dem Lehrer die Verantwortung ab?

Beamtenrechtliche Probleme bieten nicht selten erhebliche Hindernisse für Pädagogen beim Mitwirken in Forschungsaufträgen oder in Schul-Modell-Versuchen. Immer muß die Schulbehörde bis in Einzelheiten hinein Forschungsprojekte genehmigen. Mancher engagierte Pädagoge kann an Forschungsvorhaben nicht teilnehmen, weil das Beamtenrecht eine Versetzung nicht ermöglicht. Das Wechseln von einem Bundesland in ein anderes ist bei älteren, praxiserfahrenen Pädagogen fast ausgeschlossen, weil das andere Bundesland nicht bereit ist, Pensionsansprüche zu garantieren.

So hängen pädagogische Wissenschaft und Praxis in einer dem Kinderarzt unverständlichen Weise von Verwaltungsentscheidungen ab. Gute