

Holger Jessel / Astrid Krus (Hrsg.)



Band 14

verlag aktionskreis
psychom^otorik

Holger Jessel / Astrid Krus (Hrsg.)

Sich bewegen kann doch jeder!

40 Jahre Aktionskreis Psychomotorik e.V.

Band 14

verlag aktionskreis
psychom^otorik

© 2016 by Verlag Aktionskreis Psychomotorik, 32657 Lemgo

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlags ist es nicht gestattet, die Schrift oder Teile daraus auf fototechnischem Wege zu vervielfältigen.

Dieses Verbot – ausgenommen die in §53,54 URG genannten Sonderfälle – erstreckt sich auch auf die Vervielfältigung für Zwecke der Unterrichtsgestaltung. Dies gilt insbesondere für Übersetzungen, Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Layout und grafische Gestaltung: Holger Jessel

Zeichnungen und Fotos: von den Autorinnen und Autoren

Druck und Verarbeitung: Druckerei Breitschuh & Kock, 24109 Kiel

ISBN: 978-3-9813064-6-0

Inhalt

Holger Jessel & Astrid Krus Bewegung?! – Einleitende Gedanken	7
Klaus Fischer Sich bewegen kann doch jeder! Brauchen wir eigentlich professionelle Qualifikationen zur Bewegungs- und Körperthematik in der Psychomotorik?	11
Amara R. Eckert Psychomotorische Traumaarbeit – Professioneller Umgang mit dem Unbekannten	23
Yoon-Sun Huh „Weltsprache des Spiels“ – Interkulturelle Bewegungserziehung in der Psychomotorik	37
Holger Jessel & Silvia Bender „Jenseits von richtig und falsch“ – Perspektiven des Gelingens in der Psychomotorik	47
Sandra Faust & Damian Badners „Aus der Rolle fallen, damit man aus der Falle rollt ...“ – Systemisch-psychomotorische Arbeit im Familiensystem mit Kindern und Jugendlichen	61
Caterina Schäfer Bewegte Familienzeit – Psychomotorik mit Familien in Kita und Schule	67
Peter Keßel & Stefan Schache Psychomotorik als Zugang zum Selbst – metaphorische Situationen als Angebot	73
Aida Kopic „Wenn du ein Schiff bauen willst ...“ – Psychomotorik im Berufsalltag verankern	83

Astrid Krus Warum Huckleberry Finn kein Haus braucht – Die Bedeutung von Räumen für die Entwicklung des Selbst	93
Michael Wendler, Gottfried Schilling & Regina Schmid „Ideen brauchen einen Rahmen ...“ – Die Bedeutung des Raumes für die kindliche Entwicklung	107
Jutta Müller Raum erleben und gestalten	117
Stephan Kuntz Der „Safe Place“ in der Psychomotorik – Wie Sprach- und Bewegungsräume entstehen	133
Markus Brand Entdecken, Verstecken, Bauen, Musizieren – unendliche Vielfalt des Außengeländes	145
Helge Afflerbach & Frank Ulrich Nickel „Lass mal heißes Wasser nach“ – Kultiviertes psychomotorisches Baden mit Frank & Helge	153
Christina Reichenbach „Diagnostik“ kann doch jeder?!? – 40 Jahre (psycho-)motorische Diagnostik im Wandel der Zeit?!	161
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	185

Holger Jessel & Astrid Krus

Bewegung?! – Einleitende Gedanken

„Irgendwann einmal, als ich noch nicht wissen konnte, was ich jetzt weiß, habe ich mich für die Bewegung entschieden, und später, als ich mehr wusste, habe ich begriffen, dass ich in dieser Bewegung die Ruhe finden konnte, die man fürs Schreiben braucht, dass Bewegung und Ruhe einander in einer Einheit der Gegensätze im Gleichgewicht halten, dass die Welt mit all ihrem Drama und ihrer närrischen Schönheit und ihrem atemberaubenden Wirbel von Ländern, Menschen und Geschichte selbst eine Reisende ist in einem ständig reisenden Universum, eine Reisende auf dem Weg zu neuen Reisen (...).“

(Cees Nooteboom)¹

Ist es das, worum es bei Bewegung geht, um das Unterwegssein? Ist es das, worum es den Akteur_innen des Aktionskreises Psychomotorik (AKP) geht, um die Einheit der Gegensätze, um eine Reise im atemberaubenden Wirbel von Ländern, Menschen und Geschichte?

Der Titel der 40jährigen Jubiläumstagung des AKP und auch der Titel des vorliegenden Bandes „Sich bewegen kann doch jeder!“ suggerieren eine – provokative – Klarheit, die es im Hinblick auf das Bewegungsphänomen nicht gibt und wohl auch nicht geben kann. Nicht nur die Tagung, sondern auch der AKP als Verein befassen sich mit einem Phänomen, das in sich ein eigentümliches Spannungsverhältnis birgt, welches wie folgt umschrieben werden kann: Wir alle „wissen“ einerseits in einem vorwissenschaftlichen Verständnis, was Bewegung „ist“ (vgl. Seewald 1995, 199) - wir können und tun es ja alle! -, werden wir jedoch nach einer präziseren Auskunft gefragt, so scheinen wir nicht selten in einem Meer an Komplexität zu schwimmen (wenn nicht zu ertrinken). Man könnte auch sagen, wir alle besitzen ein implizites Erfahrungswissen im Hinblick auf Bewegung, das sich beginnend mit unserer Zeit im Uterus kontinuierlich entwickelt hat (auch da sind wir ja schon geschwommen) – es gibt also die „lebensweltliche Gewißheit eines ‚Wissen wie‘“ (ebd.). Das bedeutet jedoch noch lange nicht, dass wir wissen, was Bewegung ist, geschweige denn, was Menschen wie, wann, warum und wozu mit bzw. in Bewegung machen.

¹ In: Paul, C. (Hrsg.) (2015). Lektüre zwischen den Jahren 2015. Zur Ruhe kommen. Berlin: Insel Verlag, 61.

Und es wird noch herausfordernder, wenn wir den Gedanken des berühmten Phänomenologen (und zugleich eines wichtigen theoretischen Impulsgebers für die Psychomotorik), Maurice Merleau-Ponty, folgen:

„Wollen wir die Bewegung denken, eine Philosophie der Bewegung entwerfen, so versetzen wir uns sogleich in eine kritische Einstellung, eine Einstellung der Verifikation, und fragen uns, was uns eigentlich in der Bewegung gegeben ist, weisen ihre Erscheinungsweisen zurück, um die Wahrheit über die Bewegung zu erlangen; und wir bemerken nicht, daß es eben diese Einstellung ist, die das Phänomen selbst reduziert und uns hindern muß, es selbst zu erreichen, da sie mit dem Begriff einer Wahrheit an sich bereits Voraussetzungen einführt, die nur geeignet sind, uns zu verbergen, wie Bewegung für uns allererst entspringt“ (Merleau-Ponty 1966, 311f).

Wir müssen also auf „die Sachen selbst zurückgehen“ (Husserl). Und auch hier haben wir einen Weg vor uns, den wir leibhaftig leben und spüren müssen – die Frage ist nur wie? Gewiss, ein solcher Einstieg in einen Tagungsband ist gewagt, beinhaltet er doch die prinzipielle Möglichkeit einer Kapitulation bevor es inhaltlich überhaupt losgeht.

Diese Erkenntnisse sollten jedoch nicht verschwiegen werden, denn sie erklären möglicherweise einerseits, warum Fragen der disziplin- und professionsbezogenen Identitätsfindung für die Psychomotorik und für Psychomotoriker_innen so herausfordernd sind, und sie entwerfen andererseits einen Legitimationshorizont dafür, dass es auch in den kommenden 40 Jahren Zusammenschlüsse von Professionellen (die ja alle in spezifischen Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Perspektiven und – Konstellationen „unterwegs“ sind) wie im AKP benötigt, die sich mit Fragen des leiblich-bewegten In-die-Welt-gestellt-seins des Menschen befassen und Antworten darauf suchen, wie wir vor diesem Hintergrund Menschen sinnvoll auf ihrem Entwicklungsweg begleiten und unterstützen können und welche Beziehungsqualitäten und Kontextbedingungen dafür passend sind.

Darüber hinaus ist es natürlich keineswegs so, dass uns die Bewegung sofort zwischen den Fingern zerrinnt, sobald wir über sie sprechen. Bewegung ist jedoch so fundamental mit unserem Menschsein verbunden, dass wir uns ihr zwar einerseits aus unterschiedlichsten (u.a. disziplinären, theoretischen oder praxisbezogenen) Blickrichtungen nähern können (und müssen), andererseits aber immer schon diese Bewegung sind bzw. uns in dieser befinden. Es kommt also in erster Linie darauf an, dass wir uns mit dem Bewegungsphänomen bewusst, präzise und sowohl leiblich als auch reflexiv auseinandersetzen. Dies ist deshalb so bedeutsam, weil wir über unsere leibliche Bewegung stets auf die Welt und damit auf andere Menschen bezogen sind, weil wir uns darüber implizit und sinnhaft auf die Welt ausrichten und weil wir uns in Bewegung in einem permanenten Wechselspiel aus Leibsein und Körperha-

ben befinden und damit einerseits implizit und vorbewusst spüren und handeln und andererseits intentional und bewusst auf die Welt einwirken.

Wir sehen, der lapidar dahingeworfene Titel „Sich bewegen kann doch jeder!“ verweist letztlich auf ausgeprägte Professionalisierungsnotwendigkeiten innerhalb der Psychomotorik.

Klaus Fischer stellt in seinem einführenden Beitrag „Sich bewegen kann doch jeder! Brauchen wir eigentlich professionelle Qualifikationen zur Bewegungs- und Körperthematik in der Psychomotorik?“ das Verbundforschungsprojekt „BiK - Bewegung in der frühen Kindheit“ vor, das sich der anthropologischen Grundkategorie Bewegung aus einer professionalisierungstheoretischen Perspektive nähert. Er verweist darin auch auf das Qualifikationsprofil „Bewegung in der frühen Kindheit“, das die Beschreibung von vier Handlungsfeldern (Kind/Gruppe, Eltern, Team/Netzwerke, Raum) enthält, die die beruflichen Tätigkeiten frühpädagogischer Fachkräfte charakterisieren. Die Beiträge des vorliegenden Bandes orientieren sich jeweils schwerpunktmäßig an einem dieser vier Handlungsfelder, wobei sich je nach thematischer Ausrichtung teilweise auch Bezüge zu den anderen Handlungsfeldern ergeben.

Die Beiträge von Amara R. Eckert (Psychomotorische Traumaarbeit - Professioneller Umgang mit dem Unbekannten), Yoon-Sun Huh („Weltsprache des Spiels“ – Interkulturelle Bewegungserziehung in der Psychomotorik) sowie von Holger Jessel und Silvia Bender („Jenseits von richtig und falsch“ – Perspektiven des Gelingens in der Psychomotorik) befassen sich vor allem mit dem Handlungsfeld Kind/Gruppe.

Die Beiträge von Sandra Faust und Damian Badners („Aus der Rolle fallen, damit man aus der Falle rollt ...“ – Systemisch-psychomotorische Arbeit im Familiensystem mit Kindern und Jugendlichen) sowie von Caterina Schäfer (Bewegte Familienzeit – Psychomotorik mit Familien in Kita und Schule) thematisieren in erster Linie das Handlungsfeld Eltern.

Die Beiträge von Peter Keßel und Stefan Schache (Psychomotorik als Zugang zum Selbst – metaphorische Situationen als Angebot) sowie von Aida Kopic („Wenn du ein Schiff bauen willst ...“ - Psychomotorik im Berufsalltag verankern) beziehen sich vordergründig auf das Handlungsfeld Team.

Die Beiträge von Astrid Krus (Warum Huckleberry Finn kein Haus braucht - Die Bedeutung von Räumen für die Entwicklung des Selbst), Michael Wendler, Gottfried Schilling und Regina Schmid („Ideen brauchen einen Rahmen ...“ - Die Bedeutung des Raumes für die kindliche Entwicklung), Jutta Müller (Raum erleben und gestalten), Stephan Kuntz (Der „Safe Place“ in der Psychomotorik - Wie Sprach- und Bewegungsräume entstehen), Markus Brand (Entdecken, Verstecken, Bauen,

Musizieren - unendliche Vielfalt des Außengeländes) sowie von Helge Afflerbach und Frank Ulrich Nickel („Lass mal heißes Wasser nach“ - Kultiviertes psychomotorisches Baden mit Frank & Helge) setzen sich auf sehr unterschiedliche Art und Weise mit dem Handlungsfeld Raum auseinander.

Der Beitrag von Christina Reichenbach („Diagnostik“ kann doch jeder?!? - 40 Jahre (psycho-)motorische Diagnostik im Wandel der Zeit?!) ist am ehesten dem Handlungsfeld Kind/Gruppe, allerdings auch dem Handlungsfeld Team zuzuordnen. Da er jedoch einerseits ähnlich provokativ wie der Eingangsbeitrag betitelt ist und andererseits einen historischen Bogen über die vergangenen 40 Jahre psychomotorischer (Diagnostik-)Geschichte spannt, beschließt er unseren Jubiläumsband.

Wir wünschen Ihnen als Leser_in, dass Sie in Bewegung bleiben, sich bewegen lassen und im Unterwegssein Ihren Weg gehen.

Literatur

- MERLEAU-PONTY, M. (1966; im Orig. 1945). Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- SEEWALD, J. (1995). „Entstörungsversuche“ – Bewegung motologisch verstehen. In: PROHL, R./SEEWALD, J. (Hrsg.): *Bewegung verstehen. Facetten und Perspektiven einer qualitativen Bewegungslehre*. Schorndorf: Hofmann, 199-235.

Sandra Faust & Damian Badners

**„Aus der Rolle fallen, damit man aus der Falle rollt ...“ –
Systemisch-psychomotorische Arbeit im Familiensystem mit
Kindern und Jugendlichen**

Weil wir es anders machen wollen ...

... steigen wir heute so ein, wie Sie es möglicherweise nicht erwarten und es gewohnt sind. Suchen Sie sich einen guten Platz, an dem Sie sich wohl fühlen und glauben für die nächsten Seiten aufmerksam und konzentriert sein zu können. Wenn Sie das getan haben, möchten wir Sie bitten, sich Gedanken über die folgenden zwei Fragen zu machen: Was wäre für Sie persönlich ein gutes Ergebnis, nachdem Sie diesen Beitrag gelesen haben? Und gleich die zweite hinterher: Wie müsste dieser Beitrag geschrieben sein, sodass Sie am Ende denken: Gut, dass ich Zeit und Mühe auf mich genommen habe, um diesen Beitrag zu lesen?

Vielleicht erhoffen Sie sich Informationen, wie mancherorts mit Familien in Bewegung gearbeitet wird. Womöglich geht es Ihnen auch darum, Ideen für Ihre eigene Arbeit zu bekommen und sich selbst in der bewegten Familienarbeit auszuprobieren. Und vielleicht wünschen Sie sich sogar ein konkretes Konzept, mit dem Sie zukünftig auch arbeiten wollen. Oder aber Sie lesen einfach zum Zeitvertreib oder wünschen sich lediglich eine paar wissenswerte und informative Zeilen.

Was letztlich Ihre Wünsche und Erwartungen an diesen Beitrag sind, können wir als Autorin und Autor nicht wissen. Lediglich durch unsere eigenen Phantasien und Hypothesen kreieren wir in diesem Fall den Auftrag der Leserinnen und Leser. Und gleichzeitig überlegen wir uns, was wir Ihnen mitteilen und präsentieren *wollen*. Und was uns noch viel wichtiger erscheint, was *können* wir Ihnen überhaupt darstellen?

Ein konkretes Konzept wollen und können wir Ihnen nicht anbieten. Wir erheben nicht den Anspruch zu wissen, wie systemisch-psychomotorische Familienarbeit „richtig“ funktioniert. Das wäre das gleiche, als wenn wir ungefragt unseren Klient_innen und Familien unsere vorgefertigten Lösungen präsentieren würden.

Wir sind Expert_innen für die Rahmgestaltung und Inhalte der bewegten Familientherapie, unter den bei uns gegebenen Rahmenbedingungen in unserem klinischen Kontext. Darüber wollen und kön-

nen wir Ihnen berichten. Und wenn dies mit Ihren Vorstellungen übereinstimmt, dann sind Sie herzlich eingeladen weiterzulesen!

Unser Kontext

Alle Erfahrungen, von denen wir in diesem Beitrag berichten, sammeln wir im Albert-Schweitzer-Therapeutikum in Holzminden, Niedersachsen: Eine kleine Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Rande des Sollings in einem renovierten Fachwerkgebäude. Wir arbeiten mit Familien im stationären und ambulanten Setting auf Zuweisung von Kinder- und Hausärzten sowie Psychotherapeuten und den jeweils fallführenden Kliniktherapeutinnen und -therapeuten. Die Indikationen sind sehr unterschiedlich und reichen von A wie Anorexie bis Z wie Zwangsstörungen. Unsere Therapieeinheiten dauern 90 Minuten und eingeladen sind alle Familienmitglieder, die den therapeutischen Prozess unterstützen wollen. Und so entsteht manch „bunt gewürfelter Haufen“ in unserer Halle. Nach jeder Therapieeinheit entscheiden alle Beteiligten über die Fortsetzung oder Beendigung des „bewegten“ Veränderungsprozesses. Regelmäßige Bilanzgespräche mit der Fallführung sollen den Prozess als Ganzes abrunden.

Unsere „Motohalle“ ist ca. 90 m² groß und durch bodentiefe Fenster von zwei Seiten von außen einsehbar. Sie verfügt über das typische psychomotorische Material. Daneben besteht die Möglichkeit eine 5m hohe Kletterwand zu nutzen und ein Großtrampolin aufzubauen. Außerdem steht ein ca. 3ha großes, zum Teil naturbelassenes Außengelände zur Verfügung, was zum Bogenschießen, zu Floßfahrten auf einem Teich, Bachwanderungen oder zum Staudambauen einlädt.

Eine Idee

Zu Beginn stand eine einfache Idee. Es ging uns vor allem um Erfahrungen aus Familiengesprächen und den verständlichen Wunsch „Bewegung in die Sache“ zu bekommen. Langwierige und schwergängige Familiengespräche oder aktive und kompetente Seiten von Kindern in Motogruppen, von denen die Eltern bisher nichts geahnt hatten, ließen das Bedürfnis unsererseits wachsen, dies zu vereinen und etwas Neues auszuprobieren. Unsere Klinikleitung gewährte uns in ihrer grundsystemischen Haltung sehr viel Freiraum für Experimente. Und als solches betrachteten wir den ersten Versuch, mit einer Familie in unsere Motohalle zu gehen; mit einem Therapeut_innenteam bestehend aus einer systemischen Familientherapeutin mit psychomotorischer Weiterbildung und einem Motologen mit systemischen Grundkenntnissen.

Seitdem haben wir in dieser Zusammensetzung in den letzten 5 Jahren mit über 40 Familien mehr oder weniger bewegt zusammen gearbeitet.

In der Halle ankommen

Ähnlich wie wir mit Ihnen in diesen Beitrag eingestiegen sind, beginnen wir auch mit unseren Familien. Es geht zunächst darum, sich in der Halle gemeinsam einen guten Platz zu suchen, um in einer Anfangsrunde einen Einstieg zu finden. Ob auf Weichbodenmatten, Bänken, Pezzibällen oder auch bloß auf dem Hallenboden, die Familie entscheidet, wo und wie sie anfangen möchte. Und bereits diese erste Aufgabe erscheint für manche Familie eine Herausforderung. Dabei wurde bisher erstaunlicherweise immer eine gemeinsame Lösung gefunden. Auch wenn die eine oder andere Stunde einfach im Stehen begann.

Dann nimmt vor allem die immer wiederkehrende Auftragsklärung einen entscheidenden Raum ein. Jede Familie, sogar jedes einzelne Familienmitglied, bekommt hier die Möglichkeit seinen eigenen Auftrag für die Therapieeinheit zu formulieren. Oftmals entsteht währenddessen der erste Moment, in welchem die Familienmitglieder miteinander in einen fokussierten Austausch gehen müssen. Sie werden eingeladen, einen gemeinsamen Auftrag auszuhandeln. Aus den Beschreibungen der Familie erarbeiten wir gemeinschaftlich in vielen Rückkopplungsschleifen (als Abgleich von Ist- und Sollzustand) ein Anliegen für die Stunde. Dieses könnte lauten: Wie können ambivalente Elternteile wieder besser miteinander kooperieren und weniger konkurrieren? Eine Bewegungsidee dazu könnte sein, dass das Kind an den Händen mit den Eltern verbunden ist und sie gemeinsam eine Bewegungsaufgabe gestellt bekommen. Ein anderer Auftrag wäre: Stärkung resignierter und hoffnungsloser Familiensysteme. Dafür gehen wir auf der Bewegungsebene mit den Familien in gruppendynamische Prozesse und laden zu gemeinsamen spielerischen Bewältigungsstrategien ein. Ein weiterer Auftrag könnte sein: Wie gelingt es der Familie, einander wieder mehr zu vertrauen? Hier bietet unsere Kletterwand zahllose Möglichkeiten, Vertrauen zu erfahren.

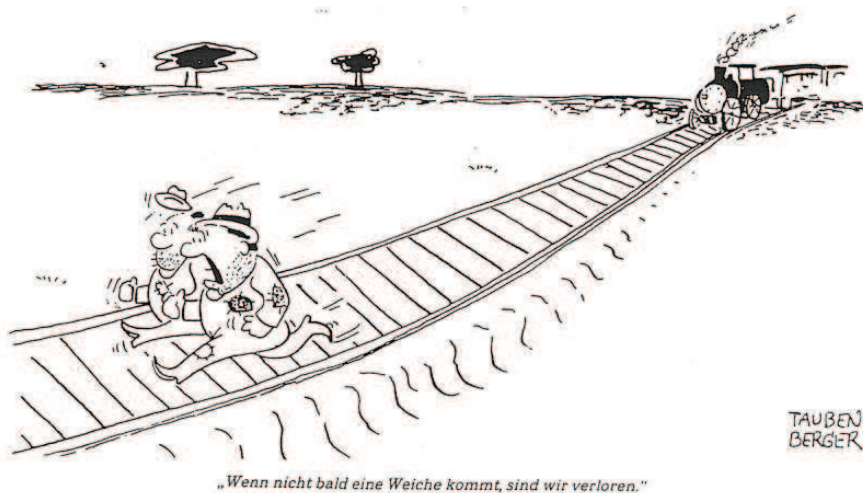
Aus der Rolle fallen

Schon vor dem Betreten der Halle oder auch währenddessen scheinen die Familienmitglieder ihre gewohnten Rollen zu verlassen. Die Kinder und Jugendlichen kennen zumeist die Motohalle oder ähnliche Sport- und Bewegungshallen gut und sind Expert_innen in diesem Bereich. Die Eltern dagegen haben möglicherweise die letzte Sporthalle vor zwanzig

Jahren von innen gesehen. Wahrscheinlich bestehen noch zusätzliche Befürchtungen bezüglich der anstehenden körperlichen Belastung. Vielleicht sind sogar neue Turnschuhe angeschafft worden. Körperliche Beschwerden werden gleich von vornherein betont, um sicher zu gehen, keine zu großen Herausforderungen gestellt zu bekommen.

Ein noch deutlicheres „aus der Rolle fallen“ findet statt, wenn nach der Anfangsrunde und Auftragsklärung der aktive bzw. bewegte Teil beginnt und Väter, Mütter, Kinder und gegebenenfalls auch das therapeutische Team in Bewegung kommen. Dann werden Mütter zu weltbesten Hockeyspielerinnen, Väter freuen sich diebisch ihre Frau beim Matten-Catchen vom Spielfeld zu räumen oder Kinder wachsen in Kooperationsaufgaben über sich hinaus und tragen die Verantwortung des Gelingens für die gesamte Familie. Und auch wir als Therapeutin und Therapeut wechseln in solchen Bewegungssituationen unsere Rolle. Mal sind wir erbitterte Gegner, helfende Hände oder (un-)faire Schiedsrichter. Auch nehmen wir ab und an eine vermeintlich außen stehende Beobachterrolle ein und überlassen dabei noch mehr als sonst der Familie die Gestaltung der Therapieeinheit. Besonders durch solche Rollenwechsel scheinen Möglichkeiten für die Familie zu entstehen, sich gegenseitig anders zu erleben, anders zu zeigen und anders in Kontakt miteinander zu kommen. Und gleiches gilt für uns als Therapeut_innenteam gegenüber der Familie.

In Zwischenreflexionen während kurzer Pausen und Spielunterbrechungen werden Veränderungsimpulse, Wünsche und Ergänzungen besprochen. Dies gilt sowohl für den aktuellen Termin als auch darüber hinaus.



Am Ende einer Stunde

... verschwitzte Körper, hochrote Köpfe, glückliche Gesichter ... - der besondere Moment am Ende einer Therapieeinheit mit ungewöhnlichen Begegnungen der Familienmitglieder. Als Ritual fragen wir die Familie abschließend, welche positiven Verhaltensweisen an den anderen Teilnehmer_innen aufgefallen sind. Dabei führen diese Abschlussrunden immer wieder zu Überraschungen oder bewegten Momenten. So ist es nicht ungewöhnlich, dass ein siebzehnjähriger Jugendlicher seine Mutter für Ihre Torwartleistung lobt und damit die Mutter erstmals seit langer Zeit eine positive Rückmeldung von ihrem Sohn bekommt. Oder aber ein Vater erkennt an, dass seine Tochter in der Lage ist, ihn verantwortungsvoll an der Kletterwand zu sichern und ihr somit erstmals sagt, dass er ihr vertraut.

Das Scheitern in Kooperationsaufgaben, entstandene Konflikte und die Enttäuschung über Niederlagen können ebenfalls Ergebnis einer Therapieeinheit sein. Auch dann entscheiden die Familien (ähnlich den beiden sportlichen Herren in der obigen Karikatur), ob sie eine Möglichkeit sehen „die Gleise zu verlassen“ und sich auf die Suche nach neuen Wegen und Lösungen machen.

Nach einer Stunde

Wie unterschiedlich die vielen Familien auch sind, schwingt doch jede Therapieeinheit im Büro noch nach. Für den Austausch über ähnliche oder völlig unterschiedliche Wahrnehmungen (körper-leibliches Erleben wie Erschöpfung, Irritation, Ärger) nehmen wir uns ausreichend Raum und Zeit. So werden beispielsweise mögliche Resonanzphänomene spürbar. Besonders diese Erfahrungen erleben wir für die Gestaltung des weiterführenden Therapieprozesses als nützlich.

... und was ist mit Ihnen?

Hat sich ihre Mühe und Zeit diesen Beitrag zu lesen gelohnt? Haben Sie einen Impuls verspürt, morgen in die Rolle einer unfairen Schiedsrichterin oder in die eines herausfordernden Hockeygegners zu schlüpfen, um „träge“ Familiensysteme in Bewegung zu bringen? Und haben Sie sich möglicherweise in Ihrer Rolle als Leserin oder Leser anders erlebt bzw. haben sich in Ihrem gewohnten Lesemuster unterbrochen gefühlt? Welche Auswirkung hatte dies? Oder auch nicht? Und sind wir als Autorin und Autor eigentlich dafür verantwortlich?

Was auch immer dieser Beitrag in Ihnen ausgelöst hat, ganz gleich was Sie mit den Informationen und diesen Seiten nun machen, es liegt tatsächlich nicht in unseren Händen. Es ist allein Ihre eigene Entscheidung.

Christina Reichenbach

„Diagnostik“ kann doch jeder?!? – 40 Jahre (psycho-)motorische Diagnostik im Wandel der Zeit?!

Die Überlegungen zur (psycho-)motorischen Diagnostik der letzten 40 Jahre könnten recht knapp gehalten werden: „nichts Neues“, „alles schon mal da gewesen“, „zu wenig“, „keine konkreten Konzepte“ etc. Sicherlich würden diese Statements nicht alle erfreuen, so manchen eventuell auch verärgern und es würde letztlich nicht viel zur Motivation einer weiteren Auseinandersetzung in Theorie und Praxis sowie zur Weiterentwicklung beitragen.

Im Laufe der Geschichte der Psychomotorik in Deutschland hat es wiederholte Auseinandersetzungen mit diagnostischen Fragestellungen gegeben. Beiträge zur Klärung der Aufgaben von „Motodiagnostik“ gab es u.a. von Irmischer (vgl. 1980), Bielefeld (vgl. 1981), Neuhäuser (vgl. 1986; 1996), Eggert (vgl. 1995), Seewald (vgl. 1999), Schilling (vgl. 2002), Passolt (vgl. 2004) und Reichenbach (vgl. 2005; 2016).

Im Folgenden wird versucht, die Entwicklungen zur Diagnostik anhand verschiedener Aspekte zu veranschaulichen. Die Bereiche werden jeweils angeschnitten und wesentliche Aussagen zusammengetragen, mit dem Ziel markante Punkte inhaltlich zu verdeutlichen.

Es wird vor allem auf Inhalte, Ziele, Vorgehensweisen und Methoden (psycho-)motorischer Diagnostik eingegangen und eine Art „Bestandsaufnahme“ versucht, um herauszustellen, welche Bedarfe vorhanden sind und welche Notwendigkeiten für eine aktuelle psychomotorische Diagnostik bestehen.

Geschichte vor der Geschichte

Auch wenn das 40jährige Bestehen des Aktionskreises Psychomotorik (AKP) Anlass für die Überlegungen zur Diagnostik dieser vier Jahrzehnte ist, so beginnt die Geschichte der Diagnostik in der Psychomotorik davor.

„Mit dem Thema Diagnostik verbinden sich viele Hoffnungen, so für den psychomotorischen Praktiker die Hoffnung auf Klarheit und Handlungsanleitung, für den wissenschaftlich Interessierten die Hoffnung auf überprüfbare Strenge der Konstrukte“ (Seewald 1999, 152). Mit diesem Zitat von Seewald kann sehr gut die gesamte Geschichte der psycho-

motorischen Diagnostik gekennzeichnet werden. Es geht immer wieder um die Praxis der Erkenntnisgewinnung und der Handhabung sowie im wissenschaftlichen Bereich um die Frage, wer was wie genau womit überprüft.

Das Interesse daran „Bewegungserscheinungen“ in Zusammenhang mit Empfindungen, Gefühlen und Gedanken des Menschen zu bringen, existiert bereits seit Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts (vgl. Hölter 1998). Demnach legten der Psychiater Wernicke (1900) und sein Schüler Kleist (1908) insofern Wert auf die Bewegungen und den Bewegungsausdruck, dass sie sich hierüber Aussagen über psychische Erkrankungen versprachen. Auch Homburger legte als Psychiater zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein Augenmerk auf Bewegungen des „gesunden Kleinkindes“, beschrieb verschiedene Merkmale (z.B. Rhythmus, Ausdruck) und brachte abweichendes Verhalten z.B. in Verbindung mit „krankhafter Unruhe“ oder „geistiger Schwäche“. Die Grundgedanken, dass bei psychischen Auffälligkeiten stets auch auffälliges Bewegungsverhalten und damit anlehnend an Homburger (1926) die „Bedeutung des Zusammenspiels von körperlich-motorischen und psychisch-geistigen Prozessen“ zu erkennen ist (vgl. Welsche et al. 2007, 436), sind auch wesentlicher Bestandteil der Grundannahmen der Psychomotorik als einem Konzept der (Entwicklungs-)Förderung.

In Deutschland wurde die Psychomotorik ab 1955, beginnend mit Kiphard, Hecker und Hünnekens, zu einem etablierten pädagogischen und therapeutischen Interventionskonzept. Die Ursprünge lagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier begann auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kiphard, Schäfer und Kesselmann als Pädagog_innen, Schilling als Psychologen und Hünnekens als Kinder- und Jugendpsychiater mit einem der Ziele, nach bewegungsdiagnostischen Verfahren zu forschen und neue diagnostische Verfahren zu entwickeln (vgl. Schäfer 1998). Bewegungen psychisch erkrankter Kinder sollten standardisiert erfasst und Bewegungsdiagnostik als ein Baustein der klinischen Psychodiagnostik etabliert werden (vgl. Welsche et al. 2007). Die ersten bewegungsdiagnostischen Verfahren stammen aus dieser Zusammenarbeit und haben bis heute, abgesehen von dem HMKTK, je nach Arbeitsbereich und konzeptioneller Ausrichtung des Psychomotorikers nach wie vor einen hohen (Stellen-)Wert: Trampolinkörperkoordinationstest (TKT, 1963, 1967), Hamm-Marburger-Körperkoordinationstest für Kinder (HMKTK, 1970), Hand-Dominanz-Test (HDT, 1972), Leistungs-Dominanz-Test (LDT, 1973, 2009), Punktiertest für Kinder (PTK, 1973, 2009), Körperkoordinationstest für Kinder (KTK, 1974) und Sensomotorisches Entwicklungsgitter (SEG, 1975).

Nach Seewald kommt der Diagnostik seit Beginn der Psychomotorik und mit dem Ziel der Verwissenschaftlichung eine besondere Bedeu-

tung zu. „So sind die frühen Arbeiten von Schilling (1973) und Eggert in den 70er Jahren allesamt von diagnostischen Problemstellungen geprägt gewesen, die sich in der Schaffung motometrischer Tests ausgedrückt haben“ (Seewald 1999, 152).

Dies alles geschah bereits vor der Gründung des Aktionskreises Psychomotorik und doch hatten diese Entwicklungen und Personen über Jahrzehnte einen enormen Einfluss auf die psychomotorische Arbeit in Deutschland und auch auf die Fortbildungsinhalte des Aktionskreises Psychomotorik.

Entwicklungen in der (psycho-)motorischen Diagnostik

Insgesamt ergaben sich im Verlauf der Zeit, und das nicht allein in den letzten 40 Jahren, sondern vielmehr in den letzten 60 Jahren, zahlreiche Überlegungen und Gedanken zu einer für die Psychomotorik bedeutsamen Diagnostik. Unterschiedliche Autoren überlegten stets in Bezug zur Praxis, welche Faktoren zur Beschreibung der Entwicklung bedeutsam sind, um psychomotorische Interventionen zielgerichtet zu planen.

Wird geschaut, aus welchen Fachrichtungen die Überlegungen stammen, so zeigt sich ein breites Spektrum, welches seit Gründung des AKP ebenso bewusst befürwortet und angestrebt war. Demnach finden sich bei einer Literaturrecherche Autoren u.a. mit pädagogischer, psychologischer, sportwissenschaftlicher, motopädagogischer, motologischer, physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Qualifikation. Dementsprechend sind auch Schwerpunkte der Zielvorstellungen und Anliegen von Diagnostik erkennbar.

Nikolai I. Oseretzky - Ursprung gezielter Bewegungsdiagnostik

Grundlage aller Überlegungen zur Diagnostik war die Auseinandersetzung mit den Arbeiten von Oseretzky (1893-1955) aus den Jahren 1925 und 1931, welcher als erster umfangreiche Überlegungen bezüglich „Methoden zur Untersuchung der Motorik“ veröffentlichte. Oseretzky war somit der Hauptbezugspunkt weiterer Überlegungen von Kiphard, Schilling und Hünnekens im Hinblick auf die Motodiagnostik. Auch wenn Oseretzky nicht den Anspruch hatte, sein Buch als Handbuch zu bezeichnen, so ist es bis heute das inhaltlich umfangreichste und grundlegendste Werk zu diesem Themenbereich.

Im Jahr 1923 erschien eine erste „Metrische Skala für die Untersuchung der Motorik bei Kindern und Jugendlichen“. Diese wurde sogleich international in der Praxis angewandt und Ideen für Korrekturen, Veränderungen und Ergänzungen eingebracht, welche dann wiederum aufge-

nommen wurden und in einer zweiten komplett überarbeiteten Version im Jahr 1926 Niederschlag fanden. Die Kritik, die an der Oseretzky-Skala eingebracht wurde, sind Kritikpunkte, die auch bei genauer Betrachtung aktueller Verfahren nach wie vor, wieder oder immer noch angeführt werden können: Auswahl der Tests bzgl. innewohnender Fähigkeiten und erlernter Fertigkeiten, gleiche Subtests bei verschiedenen Altersgruppen, mangelnde oder keine Geschlechtsspezifität sowie Nichteinbezug des sozialen Kontextes/Milieus der Untersuchten (vgl. Oseretzky 1931, 26).

Bereits Oseretzky verdeutlichte, dass sich „verschiedene Wissenszweige und angewandte Disziplinen (Neurologie, Physiologie, Psychologie, (...), Pädagogik usw.)“ (Oseretzky 1931, 1) mit verschiedenen Methoden und Apparaturen zur Überprüfung von Bewegungskomponenten befassen, wobei jedoch nicht immer deutlich wurde, warum welches Bewegungsmerkmal mit welcher Methode untersucht wurde.

In der Epoche, in der Oseretzky lebte, herrschte das Bedürfnis, möglichst alle Bewegungskomponenten experimentell zu erforschen und zu messen. Da dies jedoch nicht immer möglich war, „muß [sic!] der klinischen Beschreibung motorischer Funktionen, die auf der Beobachtung beruht“ laut Oseretzky (1931, 3) ein gebührender Platz eingeräumt werden.

Für Oseretzky setzte sich das Studium der Motorik wie folgt zusammen: „aus einer Beschreibung der auf dem Wege der Beobachtung gewonnenen Summe der äußeren Merkmale, welche den Zustand des ganzen Organismus oder seiner einzelnen Teile in der Ruhe und in der Bewegung kennzeichnen (Motoskopie), aus den Ergebnissen einer speziellen Erforschung und Messung der Bewegungen (Motometrie) und endlich aus gewonnenen Darstellungen, Abdrucken der Bewegungen (Motographie)“ (Oseretzky 1931, 4). Diese sog. Erfassungstechniken von Motorik haben bis heute Bestand.

Interessant ist auch, dass Oseretzky bereits 1931 darauf hinweist, dass, ähnlich wie bei den Physiognomikern, ein allgemeiner Eindruck aufgrund motorischen Verhaltens nicht selten „ein Urteil über das innere Wesen des Menschen, über seine charakterologischen Besonderheiten bilden“ (Oseretzky 1931, 4) und warnt an dieser Stelle vor derartigen Verallgemeinerungen und Zuschreibungen. Für ihn ist auch die Motoskopie systematisch angelegt und er betont, dass lediglich im Zusammenschluss von Motoskopie, Motometrie und Motographie eine „Erforschung der Motorik auf einer streng anatomisch-physiologischen Grundlage aufbauen“ kann (Oseretzky 1931, 5).

Oseretzky (vgl. 1931) hat neben dem Oseretzky-Test ein allgemeines Schema für die Motoskopie vorgelegt, in dem Hinweise und eine Art von Beschreibungen im Sinne von Adjektiven für ausgewählte körperli-

che Aspekte gesammelt wurden (z.B. für Körperhaltung, Pose, Gesichtsausdruck, Mimik, Gestikulation, Gang, Sprache, Handschrift, automatische assoziierte Hilfsbewegungen sowie auch Aussagen anderer Personen über die Motorik im Alltagsleben), die im Rahmen langandauernder Beobachtungen möglich sind.

Mit der Skala von Oseretzky war das Ziel verbunden, eine erste Orientierung hinsichtlich einzelner Bewegungskomponenten zu erlangen und diese mit steigender Schwierigkeit zu überprüfen. Diese grundlegenden Bewegungskomponenten waren: statische Koordination, dynamische Koordination (v.a. Hände), dynamische Koordination im Ganzen, Bewegungsgeschwindigkeit, gleichzeitige Bewegungen sowie Präzision der Ausführung (Fehlen von Synknesien) (vgl. Oseretzky 1931, 27). Auch hier weist Oseretzky darauf hin, dass „die isolierte Untersuchung der Komponenten (...) in einer ganzen Reihe von Fällen unüberwindliche Schwierigkeiten“ (Oseretzky 1931 28) bietet und aufgrund dessen werden Schwerpunkte benannt, allerdings keine alleinige und einzige Zuordnung von Bewegungskomponenten zu Aufgaben. Bewegungskomponenten wie Rhythmus, Tempo, Kraft, Schnelligkeit wurden von Oseretzky außen vor gelassen, da es hier seines Erachtens anderer Methoden bedurfte (z.B. Beobachtung für Rhythmus oder spezielle Apparaturen für Kraftmessung), die Oseretzky im zweiten Teil seines Buches beschreibt.

Die Version der Skala von 1931 umfasste für die Altersgruppe der 4- bis 16-Jährigen jeweils sechs Aufgaben. Unabhängig davon, dass international anlehnend an Oseretzky Weiterentwicklungen des Oseretzky-Tests erfolgten (z.B. durch Sloan 1949, 1955; Kurth 1976; Eggert 1971 u.a.), sind ein Großteil der von Oseretzky ausgewählten Aufgaben bis heute beliebt und relevant für bewegungsdiagnostische Fragestellungen: z.B. Schlusssprung, auf Zehenspitzen stehen, Einbeinstand, Labyrinth nachzeichnen, Treffen eines Ziels mit einem Ball, Ausschneiden, Auffangen eines Balls, Tapping. Dies sind Beispiele von Aufgaben bzw. Anforderungen, die über die Jahrzehnte hinweg diagnostisch interessant sind.

Ziele und Aufgaben (psycho-)motorischer Diagnostik

Grundlegend geht es über die Jahrzehnte um die Erfassung von Bewegungskomponenten, Bewegungsfunktionen bzw. motorischen Fähigkeiten. Welche Erkenntnisse sich aus der „Feststellung“ des motorischen Entwicklungsstandes ziehen lassen, ist sowohl epochal bedingt als auch in Abhängigkeit von den Anwendern diagnostischer Verfahren verschieden.

Kiphard beklagte, dass mit den Aufgaben von Oseretzky nicht alle Funktionsbereiche erfasst werden (vgl. Kiphard 1969, 48), auch wenn dies nicht seine Absicht war. Bielefeld hielt, ähnlich wie Oseretzky, auch fest, dass die Bemühungen, Bewegungen einzelnen Strukturmerkmalen zuzuordnen, immer wieder scheiterten, vor allem, weil das komplexe motorische Verhalten es unmöglich macht, unabhängige motorische Dimensionen zu identifizieren oder voneinander abzugrenzen (vgl. Bielefeld 1981, 223).

In den Anfängen der Psychomotorik-Bewegung in Deutschland ging es im Unterschied zu Oseretzky's Anliegen vor allem darum, sich „den unerkannten frühkindlichen Hirnschäden“ zu widmen (Kiphard 1969, 44). Fragen an eine Bewegungsdiagnostik in den 1960er und 1970er Jahren galten einer regelgerechten oder retardierten Entwicklung motorischer Funktionen und damit verbunden der Überprüfung von Koordinationsstörungen. Laut Kiphard gab eine motorische Untersuchung dem Arzt wichtige Hinweise auf eine mögliche Hirnstörung (vgl. Kiphard 1969). Interessante Fragen seinerzeit waren zum einen, ob anhand quantitativer Feststellung motorischer Retardierung auf eine frühkindliche Hirnschädigung geschlossen werden kann und welche Rolle dabei die Intelligenzentwicklung spielt (vgl. Kiphard 1969, 46). Es war selbstverständlich, dass die „Gestörtheit des hirngeschädigten Kindes (...) besonders in der motorischen Retardierung“ sichtbar ist (Hünnekens & Kiphard 1971, 10). Mit dem Hintergrund der Anfänge im klinischen Kontext wurde anhand der Ergebnisse aus motorischen Testverfahren zum Beispiel auf eine minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) geschlossen. Diese Sicht und der Bedarf diesbezüglich lagen ebenso noch in den 1980er Jahren vor. So war Irmischer bemüht, den Stellenwert der Bewegungsbeobachtung für Kinder mit MCD zu untersuchen (vgl. Irmischer 1980). Allerdings merkte Neuhäuser kontinuierlich an, dass anhand einzelner Verfahren nicht auf „Hirnfunktionsstörungen“ geschlossen werden kann. So schrieb er im Jahr 1996 noch immer: „Deshalb darf die Diagnose einer Hirnfunktionsstörung nach dem Ergebnis eines motometrischen Tests nicht gestellt werden, (...)“ (Neuhäuser 1996, 13). Anhand dieser kurzen Auszüge aus Literaturquellen wird deutlich, dass die Vorstellung und der Wunsch einer Diagnose von „Hirnstörungen“ mittels motorischer Überprüfungsverfahren über 40 Jahre Bestand hatte.

Nach Neuhäuser kann es Aufgabe einer Motodiagnostik sein, dazu beizutragen, „festgestellte Entwicklungsauffälligkeiten und ihre möglichen Ursachen zu verstehen“ (Neuhäuser 1996, 12). Mittels Motodiagnostik sollten einzelne Aspekte von Bewegungsverhalten erfasst, Bedingungen analysiert und Grundlagen für therapeutische Interventionen geschaffen werden.

Ziele von Motodiagnostik sind nach Neuhäuser eine Beschreibung des Bewegungsverhaltens eines Kindes und eine sowohl qualitative als auch quantitative Dokumentation dieses Bewegungsverhaltens. Es sind „Umwelteinflüsse, Motivation und Kooperation zu berücksichtigen“ (Neuhäuser 1996, 15).

Irmischer (vgl. 1980) hielt als wesentliche Aufgabe von Motodiagnostik eine Bewegungsbeobachtung fest, welche als eine Form bzw. Methode der Verhaltensbeobachtung mit dem Untersuchungsgegenstand der Motorik zu sehen ist. Bewegungsbeobachtung sollte als eine Methode dazu dienen, „einen Beitrag zu einem möglichst objektiven Bild (Diagnose, Befund) von einem Mitmenschen zu liefern“ (Irmischer 1980, 69), um letztlich weitere Maßnahmen abzuleiten. Irmischer zieht hier bereits in Betracht, dass Motodiagnostik nicht allein als Mittel der Zuordnung bzw. Klassifikation dienen kann, sondern „auch als Grundlage einer entwicklungsorientierten ganzheitlichen Persönlichkeitserziehung oder -therapie verstanden wird“ (Irmischer 1980, 76) und im Hinblick auf dieses Ziel die Bewegungsbeobachtung zentral ist.

In Zusammenhang mit den Zielen und Aufgaben einer Motodiagnostik kritisierte Bielefeld bereits 1981, dass es bei einem umfangreichen Verständnis von Motorik „als Gesamtheit all jener Bewegungsvollzüge (...), die den Zugang zu und die Auseinandersetzung mit der materialen und sozialen Umwelt einschließlich sich selbst ermöglichen und damit Ausdruck der jeweils einmaligen Individualität und Persönlichkeit“ (Bielefeld 1981, 220) darstellt, unpassend ist, wenn Schilling (vgl. 1978) unter Motodiagnostik allein die Methoden zur quantitativen und qualitativen Erfassung menschlicher Motorik versteht. Das heißt, dass bereits in den 1980er Jahren die Grundlage für die Forderung nach einer Abkehr von einzelnen motorischen Merkmalen hin zu einer individuellen Bedingungs- und Einflussanalyse gelegt wurde. Nach Bielefeld sollte sich Motodiagnostik stets auf „aktuelle pädagogische bzw. therapeutische Entscheidungen im Hinblick auf die Motorik des Untersuchten“ (Bielefeld 1981, 221) beziehen. Demnach ginge es „nicht so sehr um Erklärung, sondern primär um Veränderung und Beeinflussung im motorischen Verhaltensbereich“ (Bielefeld 1981, 221). Hier wird bereits auf einen Prozesscharakter hingewiesen, anstatt den Fokus auf eine Feststellungsdiagnostik zu legen.

Auch Seewald betont, dass er den Begriff „motologische Diagnostik“ bevorzugt, da diese Diagnostik „über eine Bewegungsdiagnostik hinaus verschiedene Kontexte“ (Seewald 1999, 152) erfassen muss.

Nach Schilling wandelte sich die Aufgabenstellung deutlich „zu einer entwicklungsorientierten Persönlichkeitsdiagnostik, die über Bewegung und Verhalten“ (Schilling 2002, 50) Zugang zum Menschen erhalten wollte. „Das heutige motodiagnostische Konzept verwerft eigen erho-

bene Daten ebenso wie medizinische und psychologische Ergebnisse zu einer umfassenden Beurteilung von Entwicklung und Entwicklungspotentialen in verschiedenen Persönlichkeits-, Handlungs- und Kommunikationsbereichen des Menschen als Grundlage für gezielte motopädagogische und mototherapeutische Interventionen“ (Schilling 2002, 50). Aus den Überlegungen von Schilling wird deutlich, dass theoretisch ein verändertes Selbstverständnis von Diagnostik entstanden ist. Allerdings stellt sich nach wie vor die Frage, wie dies konkret in der Praxis aussieht und warum dies als „motodiagnostisch“ bezeichnet wird. Treffender ist es hier sicherlich, von einer psychomotorisch ausgerichteten Diagnostik zu sprechen, welche neben der Erfassung motorischer und psychischer (sozial-emotionaler) Kompetenzen auch bereits im Hinblick auf eine individuelle Förderplanung ausgerichtet sein müsste.

Ziel eines motodiagnostischen Prozesses muss es daher nach Schilling sein „zu versuchen, die in der Entwicklung entstandenen Abhängigkeiten und Zusammenhänge von organischen, psychischen und sozialen Faktoren in dem individuellen Entwicklungsgeschehen eines Menschen auf der interpretativen Ebene herauszuarbeiten“ (Schilling 2002, 55). Die Ganzheitlichkeit wird laut Schilling versucht im Rahmen der Interpretation herzustellen und zum Teil mit der sog. Sekundärhypothese erklärt, wodurch anhand motorischer Auffälligkeiten auf soziale oder emotionale Bedarfe geschlossen werden kann. Mattner sieht dies als „eine der wesentlichen ungelösten Widersprüchlichkeiten in der Psychomotorik“ (Mattner 2000, 4).

Unabhängig von den Veröffentlichungen Schillings formulierte Eggert einen sog. Paradigmenwechsel für die Diagnostik. Demnach sollte das Ziel von Diagnostik nicht mehr die quantitative Messung und der Vergleich mit normierten Altersgruppen sein, „sondern die Bewertung der individuellen Veränderungen unter dem Einfluß [sic!] einer individuell angepassten Intervention“ (Eggert/Lütje-Klose 1994, 101). Zudem wurde der Fokus nicht mehr allein auf motorische Basiskompetenzen gelegt, sondern die Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes hinterfragt. Eggert nahm hier völligen Abstand zu normierten Testverfahren und widmete sich von nun an qualitativen diagnostischen Methoden und entwickelte dementsprechende Verfahren.

Krus (vgl. 2004) beispielsweise, welche im klinischen Bereich tätig war, unterschied eine Entscheidungsdiagnostik (zur Feststellung des Förderbedarfs) von einer Prozessdiagnostik (zur Verlaufs- und Effektivitätskontrolle), welche beide jeweils ihre Berechtigung haben. Dieser Gedanke kommt auch den Überlegungen in der Psychologie oder Pädagogik nach, deren Vertreter schon länger im Hinblick auf diagnostische Ziele und Vorgehen in der Diskussion standen (vgl. Schuck 1983).

Nach Seewald ist eine motologische Diagnostik „der Versuch, einen Fall so zu rekonstruieren, daß [sic!] möglichst viele Aspekte und Detailinformationen in einen sinnvollen Zusammenhang gerückt werden“ (Seewald 1999, 157). Der Prozess der Informationsgewinnung ist „unabschließbar“ und es werden kontinuierlich neue Informationen eingeordnet, Fragen gestellt und das eigene Vorgehen reflektiert.

Heute ist die Erfassung motorischer Fähigkeiten neben anderen Entwicklungsbereichen ein kleiner Teil. Vielmehr besteht das Ziel einer psychomotorischen Diagnostik darin, das Gesamt einer individuellen Entwicklung zu erfassen und zu beschreiben und „nach Wegen einer individuellen Beschreibung“ (Eggert 1995, 134) zu suchen. Ein Grund für einen größeren Blickwinkel ist sicherlich auch die Tatsache, dass immer mehr Kinder mit sozial-emotionalen Entwicklungsbeeinträchtigungen eine psychomotorische Förderung erhalten. Zunächst wurde dies oftmals als „Sekundärverhalten“ bezeichnet und analysiert, ehe auch unabhängig von motorischen Fähigkeiten der Förderbedarf in anderen Entwicklungsbereichen erkannt und dementsprechend erfasst und eingeleitet wurde.

Wie sich anhand dieser ausgewählten Überlegungen unterschiedlicher Autoren zeigt, war und ist die Spannbreite der Zielformulierungen und Aufgaben einer „Motodiagnostik“ bzw. psychomotorischen Diagnostik nach wie vor sehr breit und unterschiedlich gewichtet. Das mag sicherlich auch darin begründet liegen, dass Kompetenzen aus verschiedenen Wissensbereichen zusammengetragen wurden und Autoren verschiedener Fachrichtungen beteiligt waren.

Interdisziplinarität

Auch Kiphard nahm die Gedanken von Oseretzky hinsichtlich des Einbezugs verschiedener Wissenszweige und Disziplinen auf und beschrieb, dass die „Untersuchung der kindlichen Bewegungsentwicklung (...) im Schnittpunkt mehrerer wissenschaftlicher Fachrichtungen“ (Kiphard 1969 44) steht (z.B. Jugendpsychiatrie, Neurologie, Pädiatrie, Physiologie, Psychologie, Leibeserziehung, Heilpädagogik). All diese Fachrichtungen tangieren aus seiner Sicht gleichermaßen die „Motodiagnostik“ (Kiphard 1969, 44).

Gerade in den Anfängen der Psychomotorik-Bewegung erlebte die Motodiagnostik als „differentielle deskriptive Diagnostik in Ergänzung zur neurologisch-kinderpsychiatrischen Kausal-Diagnostik im klinischen Bereich“ (Schilling 2002, 50) eine hohe Anerkennung.

Methodenvielfalt

Während es zu Beginn der Überlegungen hinsichtlich der Erfassung von Bewegung Oseretzky vor allem darum ging, Bewegungen zu messen, also motometrisch zu erfassen, stellte er auch hier bereits vor über 90 Jahren ausführliche Überlegungen zu einer qualitativen Erfassung, der Motoskopie, an. Seine Überlegungen waren sehr umfangreich und präzise, sowohl qualitativ als auch quantitativ. Oseretzky sprach 1925 von „Erfassungstechniken“ und fasste hierunter motometrische, motoskopische und motographische Vorgehensweisen, die sich allesamt speziell auf Bewegung beziehen. Fast 100 Jahre später wird eher von Methoden gesprochen, welche sich dann im Gesamt mit allen Entwicklungsbereichen, nicht allein mit der Motorik, befassen können. Für den psychomotorischen Bereich sind hier neben Tests vor allem Beobachtung, Screenings und Diagnostische Inventare sowie weiterführend mündliche und schriftliche Befragungen und Arbeitsprodukte zu nennen (vgl. Reichenbach & Thiemann 2013). Die von Oseretzky beschriebenen Erfassungstechniken gibt es nach wie vor: motometrische Erfassung liegt bei Tests vor; motoskopische Erfassung liegt bei Screenings und Inventaren vor; motographische Erfassung liegt bei ausgefeilten Bewegungsanalyse-Systemen im sportwissenschaftlichen Bereich vor, die letztlich der Methode des Tests am nächsten kommen.

Jede Methode birgt Vor- und Nachteile, die es in der Praxis abzuwägen gilt. Hier sind lediglich Beispiele angeführt, die individuell ergänzt werden können:

Methoden	Vorteile	Nachteile
Tests	<ul style="list-style-type: none"> Nach einer Einarbeitung in das Verfahren ist es in Bezug auf die Anwendung ökonomisch bzgl. Durchführung, Auswertung und Interpretation 	<ul style="list-style-type: none"> Gefahr: Glaube an „wahre“ Werte und Vernachlässigung qualitativer Beobachtungen Hohe Anschaffungskosten
Screenings	<ul style="list-style-type: none"> Einbettung in den Alltag möglich Gewährt groben ersten Überblick i.d.R. kindgerecht in der Anwendung i.d.R. flexibel im Vorgehen Anschaffungskosten i.d.R. gering 	<ul style="list-style-type: none"> Zu ungenau für differenzierte Diagnostik Theoretische Bezüge oft nicht vorliegend
Diagnostische Inventare	<ul style="list-style-type: none"> Einbettung in den Alltag möglich Individuelle Abstimmung und Zusammenstellung für ein Kind oder eine Gruppe Theoretisches Modell kann für Vor- und Nachbereitung genutzt werden Flexibel im Vorgehen Geringe Anschaffungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> Einarbeitung dauert länger als bei einem Screening

Beobachtung - unsystematisch	<ul style="list-style-type: none"> • Ist bei allen Methoden bedeutend • Im Alltag durchgängig möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierig, damit allein Kosten zu beantragen
Beobachtung - systematisch	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt Struktur im Hinblick auf Fragestellung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann Blick einengen

Tab. 1: Methoden

Seit den 1970er Jahren gibt es in der Pädagogik und Psychologie vermehrt Gegner im Hinblick auf die Anwendung von Testverfahren und damit verbunden Überlegungen zur Entwicklung prozessorientierter förderdiagnostischer Konzepte (vgl. Pawlik 1976; Kornmann et al. 1983). Die Strömungen sind sehr breit und unterschiedlich. Sie reichen von einem unbedingten Beibehalten metrischer Verfahren bis hin zu einer völligen Abkehr von Testverfahren. Diese Überlegungen in der Psychologie und Pädagogik haben sich auch Vertreter der Psychomotorik zu Nutze gemacht. Eggert setzte sich als Psychologe kritisch mit der Methode Test auseinander und überlegte, in Anlehnung an Pawlik (vgl. 1976), Möglichkeiten diagnostischer Strategien zur Überprüfung ausgewählter Entwicklungsmerkmale (vgl. Eggert 1995). Wie Seewald (vgl. 1999) daran anlehnend beschreibt, sind die Einwände, die Eggert hervorbringt, „vor allem dann gravierend, wenn Testergebnisse zur Hauptquelle der Diagnostik werden“ (1999, 154) und, wenn sie nicht aktuell normiert sind.

Neuhäuser bringt ein, dass der eigene Blick eine ebenso wichtige Rolle spielt. Dies nicht allein, wenn es darum geht „den Blick einzunengen und nur auf bestimmte Aspekte des Gesamtes zu konzentrieren“ (Neuhäuser 1986, 45), sondern auch bei einer Sammlung spontaner Eindrücke. Letztlich plädiert er für eine erfahrungsbasierte und reflektierte Schulung des Blickes. Weiterhin weist er darauf hin, dass der Blick des Untersuchten ebenso in die Beurteilung unbewusst oder bewusst einbezogen wird und dieser auf seine Gestimmtheit und Emotionalität hinweisen kann. Es sei „hilfreich, derartige Botschaften des Blicks auch diagnostisch zu verwerten; wir müssen verstehen, sie recht zu entschlüsseln, ohne uns zu früh mit einem Urteil, mit einer Diagnose festzulegen“ (Neuhäuser 1986, 47).

Letztlich stellt die Erfahrung das Bezugssystem sämtlicher Screenings, die in der Psychomotorik entstanden sind, dar. Hier gibt es keine Normierungen, sondern es handelt sich um den Einbezug erfahrungsbasierter Einschätzungen. Auch wenn Schilling diese Vorgehensweise kritisiert und es als „pharisäischen Selbstbetrug“ bezeichnet, wenn „die Maßstäbe für die Beurteilung fast ausschließlich auf der Spiegelung seines eigenen Erlebens (...) basieren und damit häufig wenig die Lebenswelt des Menschen tangieren, dem man gegenüber verantwortlich ist und der unserer Hilfe bedarf“ (Schilling 2002, 53), so ist es letztlich

so, dass es keine absolute Objektivität geben kann und dies eine „unrealistische Grundannahme“ (Eggert 1995, 139) darstellt. Und, die Frage sei erlaubt, in welcher Form tangieren Normstichproben, unter Umständen aus den 1970er oder 1980er Jahren, die Lebenswelt des Menschen von heute?! Es geht bei einer qualitativen und förderungsorientierten, psychomotorisch ausgerichteten Diagnostik nicht, wie Schilling unterstellt, um ein Zudecken von Defiziten und Problemen (vgl. Schilling 2002). Diese werden auf jeden Fall auch qualitativ sichtbar, jedoch sollte es bei einer nicht-normierten Diagnostik vor allem darum gehen, zu erkennen, über welche Kompetenzen ein Mensch verfügt, um so positiv besetzte Ansatzpunkte für eine Förderung zu finden. Dazu dienen neben dem Einsatz individuell ausgewählter diagnostischer Verfahren auch die Hintergrundinformationen aus dem Umkreis der Person, aus seiner Lebenswelt.

Letztlich sollte es so sein, dass mehrere Methoden eingesetzt werden, um die Erkenntnisse zur Entwicklung eines Menschen zu sammeln, die notwendig sind, um ihn psychomotorisch zu fördern. Der Einsatz vielfältiger Methoden (vgl. Reichenbach & Thiemann 2013) ermöglicht unterschiedliche Zugänge zum Menschen und Blickwinkel für den Diagnostiker. In diesem Zusammenhang sind auch normierte Testverfahren bedeutend (vgl. Schilling 2002), auch wenn sie, wie alle anderen Methoden bzw. spezifischen Verfahren, einen eng umschriebenen Bereich erfassen. Allerdings ist in der Tat auf die Aktualität der Normierung im Sinne von Flynn (vgl. 2007) zu achten, ebenso auf die Aussagekraft gemäß der Hauptgütekriterien. Weiterhin ist zu bedenken, dass diese Ergebnisse lediglich in Bezug zu der Population zu sehen sind, in der sie erhoben wurden. Optimaler Weise sollten die Normen bundesweit erhoben worden sein sowie nicht älter als zehn Jahre sein, um der aktuellen Lebenssituation zu entsprechen. Wenn nun jahrzehntelang gesagt und geschrieben wurde, dass die Normierungen absichtlich nicht der heutigen Bewegungsarmut der Kinder angepasst werden, „sondern die vor 30 [mittlerweile 40] Jahren erhobene Normierung weiterhin als Gradmesser für eine gesunde motorische Entwicklung“ (Schilling 2002, 53) anzusehen ist, dann ist dies aus wissenschaftlicher Perspektive sehr fragwürdig und für die Praxis fahrlässig. So kommt es dazu, dass Diagnostiker Verfahren anwenden, deren Normierung älter ist als sie selbst. Zurecht beschloss die AWMF im Jahr 2011, beispielsweise den KTK und den MOT4-6 aus den Empfehlungen zur Überprüfung motorischer Funktionen zu entfernen und anstelle dessen die aktuell normierte M-ABC2 anzuwenden.

Entwicklung motodiagnostischer und (psycho-)motorischer Verfahren

Wie bereits eingangs erwähnt, stand seit den Anfängen der Psychomotorik in Deutschland die Entwicklung diagnostischer Verfahren im Mittelpunkt.

Im Jahr 1969 beklagte Kiphard, dass „wir heute noch nicht über einen ideal zu nennenden Bewegungstest, der allen Anforderungen gerecht wird“ (Kiphard 1969, 45), verfügen. Weiterhin stellte er heraus, dass in Gütersloh/Hamm zu dieser Zeit Versuche laufen, „mit dem Ziel, einen speziell zur Diagnostik von leichten Hirnschäden geeigneten motometrischen Tests zu schaffen, der nur diejenigen Bewegungskomponenten prüft, welche sich als diagnostisch relevant im Hinblick auf eine leichte frühkindliche Hirnschädigung erwiesen haben“ (Kiphard 1969, 45).

Für die eigenen Entwicklungen bezog sich Kiphard auf den Oseretzky-Test, speziell auf die Modifikation nach Göllnitz. Bedauert wurde zu dieser Zeit, dass hier „leider einige motoskopische Elemente enthalten sind“ (Kiphard 1969, 45), da eine vermeintlich objektive Einschätzung der Leistungen im Vordergrund stehen sollte.

Bis heute gibt es eine Reihe an Verfahren, die sich speziell mit Bewegung befassen. Diese Verfahren sind zum Großteil von Psychomotoriker_innen entwickelt. Andere Verfahren wurden von Psycholog_innen und/oder Sportwissenschaftler_innen konzipiert und/oder veröffentlicht. Im Folgenden soll methodenspezifisch ein grober Überblick hinsichtlich der Verfahren gegeben werden. Es werden lediglich die Verfahren genannt, die im deutschsprachigen Raum Verwendung gefunden haben und in der Praxis von Psychomotoriker_innen angewendet wurden oder werden. Ausgelassen werden ebenso Verfahren, die im Rahmen einer allgemeinen Entwicklungsdiagnostik motorische Fähigkeiten überprüfen (wie z.B. der ET6-6-R, WET, DES).

Weitere Verfahren zur Überprüfung speziell motorischer Fähigkeiten finden sich aktuell im Handbuch von Bös aus dem Jahr 2016.

Verfahren	Veröffentlichung	Autoren
Göllnitz-Oseretzky-Test	1952	Göllnitz
Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB)	1969	Bondy, Cohen, Eggert & Lüer
Hamm-Marburger-Körperkoordinationstest für Kinder (HMKTK)	1970	Schilling
Lincoln-Oseretzky-Skala Kurzform 18 (LOS-KF 18)	1971	Eggert
Hand-Dominanz-Test (HDT)	1972	Schilling

Leistungs-Dominanz-Test (LDT)	1973, 2009	Schilling
Punktieretest für Kinder (PTK)	1973, 2009	Schilling
Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)	1974; 2014	Schilling & Kiphard; Schilling
Rostock-Oseretzky-Test (ROS)	1976	Kurth
Motoriktest für 4-6 Jährige (MOT4-6)	1984; 2015	Volkamer & Zimmer; Zimmer
Frostigs Test der motorischen Entwicklung (FTM)	1985	Bratfisch & Ivath
Graphomotorische Testbatterie	1986	Rudolf
Movement Assessment Battery for Children (M-ABC)	1992	Henderson, Sugden & Barnett
Movement Assessment Battery for Children (M-ABC-2)	2008; 2015	Petermann, Bös & Kastner; Petermann, Bös & Jascenoka
Bruininks-Oseretzky Test 2 der motorischen Fähigkeiten – Zweite Ausgabe – deutschsprachige Version (BOT-2)	1978; 2014	Bruininks; Blank, Jenetzky & Vincon

Tab. 2: Verfahren

Warum wer welche speziellen Verfahren anwendet, liegt sicherlich in verschiedenen Faktoren begründet. Die Auswahl könnte institutionsbedingt erfolgen, sie könnte auch im Hinblick auf die Aktualität des Verfahrens stattfinden oder von der Methodik abhängen sowie von den eigenen Kompetenzen der Anwendung bestimmt werden. Letztlich ist es gleich, welches spezifische Verfahren methodenunabhängig angewendet werden soll: der Diagnostiker muss das jeweilige Verfahren und sein Handbuch im Detail kennen, mit den Zielen und Möglichkeiten vertraut sein sowie eine Phase der Eigenerprobung und Reflexion durchlaufen haben.

Vorgehen, Abläufe, Konzepte

Werden einzelne Verfahren betrachtet, stehen i.d.R. die Überprüfung von Bewegungskomponenten im Vordergrund. Jedoch wurde von Beginn an, in unterschiedlicher Art und Schwere, immer wieder darauf hingewiesen, dass eine „Motodiagnostik“ allein nichts ausrichten kann. Motodiagnostik sollte, wie bereits erwähnt, als ein Beitrag einer Differentialdiagnostik oder Gesamtdiagnostik unterschiedlicher Experten und Schwerpunkte gesehen werden. Es wurde weiterhin versucht, Motodiagnostik im Zusammenhang mit sog. „Psychodiagnostik“ zu sehen und Parallelen im Vorgehen aufzuzeigen (vgl. Irmischer 1980). Irmischer

verwendete 1980 bereits den Begriff „Förderdiagnostik“, führte ihn allerdings nicht näher aus, sondern sah „Förderdiagnostik“ knapp als umfassende Gesamtdiagnose.

Neuhäuser beschrieb beispielhaft ein Vorgehen bei der Motodiagnostik im Vorschulalter, in dem er neben einer Anamnese, einer Beobachtung, einer neurologischen und somatischen Untersuchung auch motoskopische Beurteilungen, motometrische Tests und ggf. motographische Aufzeichnungen benennt (vgl. Neuhäuser 1996).

Als Aufgabe der Motodiagnostik formulierte Schilling anstelle eines Suchens nach Ursachen den Versuch, „Entwicklungsbedingungen nachzuzeichnen, um die gegenwärtige Problemsituation des zu fördernden Menschen besser zu analysieren und zu verstehen“ (Schilling 2002, 52). Offen bleibt hier, wie genau der Weg dahin ist und welche diagnostischen Methoden konkret eingesetzt werden können, um diesem psychomotorischen Anspruch gerecht zu werden.

Schilling stellt 2002 sein „ganzheitliches Konzept der Motodiagnostik“ vor, wobei es sich um eine Zusammenstellung bedeutender Punkte handelt und gibt Hinweise darauf, welche Informationen bei wem erfragt werden können. Ein Konzept im Sinne eines konkreten Vorgehens liegt nicht vor.

Ungeachtet der Diskussionen und fachlichen Auseinandersetzung bzgl. einer veränderten Diagnostik stellte Schilling für die Erstellung eines sog. Motodiagnostischen Befundes vier Untersuchungsebenen heraus (vgl. Schilling 2002): funktionale Ebene, Leistungsebene, Ausdrucks- und Kommunikationsebene, intentionale Ebene. Abgesehen von der funktionalen Ebene, die durch eine ärztliche Diagnostik abgedeckt sein soll, finden sich keine konkreten Ausführungen, *wie* welche Informationen erhoben werden. Angedeutet erscheint es so, dass neben einem motorischen Test noch Gespräche geführt, evtl. ein Fragebogen ausgeteilt und qualitativ Verhalten beobachtet wird. Für die „Hinterfragung“ wurde von Schilling ein Leitfaden mit Stichpunkten vorgestellt (vgl. Schilling 2002).

Das klassische Vorgehen nach dem Dreischritt-Diagnosemodell, welches nach Seewald (vgl. 1999) von Diagnose-Therapie-Evaluation ausgeht, sei für die Psychomotorik nur von eingeschränktem Wert, u.a., weil es Kontexterweiterungen unberücksichtigt lässt sowie Einseitigkeiten und Gefahren birgt. Über diesen Punkt lässt sich sicherlich streiten, zumal Neuhäuser bereits in den 1970er Jahren die Umfänglichkeit und Notwendigkeit der Erfassung vielfältiger Informationen für die Diagnostik betont hat. Sicherlich waren über drei Jahrzehnte immer wieder die Wünsche nach „Diagnosen“ deutlich, jedoch wurden auch kontinuierlich Zweifel bzgl. der Einseitigkeit gehegt.

Fakt ist, dass spätestens seit den Ausführungen von Eggert (vgl. 1995) klar sein dürfte, dass die stets vorhandenen qualitativen Aspekte einer Bewegungsdiagnostik mehr Berücksichtigung und Anerkennung finden müssen und, dass eine psychomotorische Diagnostik über die Erfassung von Bewegungsmerkmalen bzw. Bewegungskompetenzen hinausgeht. Eggert hat hierzu mit Mitarbeiter_innen konkrete Diagnostische Inventare entwickelt, welche trotz Schwerpunktsetzung stets den Blick auf das Umfeld des Kindes richten und individuelle Bedingungen einbeziehen.

Die inhaltlichen Überlegungen, dass sich auch psychomotorische Diagnostik von der feststellenden zu einer Förder- bzw. Prozessdiagnostik entwickelt, wurden explizit von Eggert (vgl. 1995) beschrieben. Erste Überlegungen hierzu stammen bereits aus den 1980er Jahren, wobei diese eher global waren. Anstelle dessen wurde zunehmend auf die Diskussion der Psychologie (vgl. Pawlik 1976) oder auch Pädagogik (vgl. Kornmann et al. 1983) Bezug genommen und sich an diesen Überlegungen allgemein angelehnt (vgl. Reichenbach & Thiemann 2013).

Seewald bringt zudem noch die Überlegungen von Balgo (vgl. 1998) und Klaes & Walthes (vgl. 1995) ein, welche „die Diagnose von Störungen auch als eine Zuschreibung von professionellen Beobachtern“ (Seewald 1999, 153) sehen und die angelegten „Normalitätsvorstellungen“ somit von den Wahrnehmungskategorien des Beobachters geprägt sind. Diagnostik sollte auch hiernach nicht allein auf das Individuum, sondern zudem auf soziale Gegebenheiten Rücksicht nehmen und diese einbeziehen. Damit einhergehend wird ab den 1990er Jahren vermehrt nach den wechselseitigen Bedingungen für Entwicklung geschaut und damit, angelehnt an Bronfenbrenner (vgl. 1989), das Blickfeld erweitert (vgl. Seewald 1999). „Die systemische Sichtweise, die zum besseren Verständnis von individuellen Entwicklungsverläufen beigetragen hat, hat (...) geholfen, Kinder und deren Probleme in größeren sozialen Zusammenhängen von Familie, Peergroups und Schule zu begreifen“ (Schilling 2002, 51).

Ein mögliches Diagnostik-Konzept psychomotorischer Arbeit hat Krus (vgl. 2004) beschrieben, in dem sie fünf Bereiche in die Diagnostik im klinischen Kontext einbezieht: motodiagnostische Verfahren, klinische Beobachtung, freie Spiel- und Bewegungsbeobachtung, Explorations- und Anamnesegespräch mit den Eltern sowie Bericht/Fragebogen beteiligter Institutionen.

Weiterhin sei noch das psychomotorische Diagnostik-Konzept STEP von Passolt (vgl. 2004) genannt, welcher versucht, die Gedanken von Eggert umzusetzen und „eine spielerische, gruppenorientierte Diagnostik mit dem Blick auf die Ressourcen und Stärken des Kindes“ (Passolt 2004, 170) konzipiert hat. Für ihn ist es unbedingt notwendig, dass „die

Beobachtung aus einer Handlungssequenz oder Tätigkeit von Kind/Kindern gestaltet und entwickelt“ (Passolt 2004, 170) wird und innerhalb einer Förderstunde genutzt wird. Passolt sieht hier u.a. den Vorteil, dass nicht ausschließlich motorische, sondern auch emotional-affektive, soziale, kognitive, sprachliche u.a. Kompetenzen erfasst werden können.

Weiterführende Überlegungen im Sinne einer systemisch-konstruktivistischen Sichtweise hat Hackelberg-Buff (vgl. 2003) erwogen. Anlehnend an Eggert (vgl. 1997) und Balgo (vgl. 1998) stellt die Autorin fünf Elemente heraus, die diese Art von Diagnostik auszeichnen und untermauert diese mit Beispielen: Kontextgebundenheit, Ganzheitlichkeit, Subjektivität der Beobachtung, Beziehung zwischen Diagnostiker und Kind sowie prozessorientierte Diagnostik.

Letztlich ist das Vorgehen einerseits davon abhängig, ob es sich um eine sog. Feststellungsdiagnostik oder um eine erweiterte sog. Prozessdiagnostik handelt. Andererseits ist es von institutionellen Rahmenbedingungen (Vorgaben von Verfahren, Zeitbudget, Material) und konzeptionellen Vorstellungen der jeweiligen Diagnostiker_innen abhängig. Zudem hängt das Vorgehen auch von der Klientel (z.B. Alter) und der individuellen Fragestellung bzw. dem Auftrag ab.

Gab es zu Beginn der diagnostischen Überlegungen in der Psychomotorik oftmals immer ein und dasselbe Vorgehen in der Praxis oder ein und dasselbe oder dieselben Verfahren in der Anwendung, so ist das Vorgehen heute individueller und breiter gefächert, auch aufgrund der Möglichkeit, spezifische Verfahren auswählen zu können.

Probleme

Es werden folgend einige Probleme bzw. Kritikpunkte benannt und in aller Kürze untermauert. Eine weiterführende Auseinandersetzung ist in jedem Fall interessant und nach wie vor relevant.

Wie bereits angeschnitten, nimmt seit den 1980er Jahren die Kritik gegenüber motodiagnostischen Testverfahren zu. Überlegungen zu alternativen bzw. veränderten Aufgaben einer (psycho-)motorischen Diagnostik werden spätestens seit den 1990er Jahren differenziert formuliert. Neben Eggert (vgl. 1995) zählt Mattner (vgl. 2000) zu den größten Kritikern, welcher u.a. auf den motodiagnostischen Blick und die damit verbundene „Moto-Logik“ detailliert eingeht und die sog. Sekundärhypothese von Schilling widerlegt. Auch wenn von Eggert und Mitarbeiter_innen neue Vorgehensweisen überlegt und Verfahren entwickelt wurden, so ist dies sicherlich ausbaufähig, um einer differenzierten psychomotorischen Diagnostik gerecht zu werden.

In den 1980er Jahren formulierte Bielefeld (vgl. 1981, 229ff) treffend folgende Probleme der Motodiagnostik: testtheoretische Fundierung, Inhaltsgültigkeit sowie Datenschutz und Institutionalisierung.

In Bezug auf die testtheoretische Fundierung wurde beklagt, dass die verwendeten Testverfahren „ohne Ausnahme auf der Konzeption deterministischer `wenn-dann´-Beziehungen“ basieren (Bielefeld 1981, 229). Dieses sollte kritisch reflektiert und bei der Testanwendung bewusst gemacht werden. Auch heute erweist sich eine testtheoretische Fundierung nicht bei allen Verfahren als plausibel und nachvollziehbar. Bei einer Neunormierung sollte eine Stichprobe repräsentativ sein und nicht auf einer Sammlung von kleinen jeweils nicht repräsentativen Studien beruhen, die nicht alle miteinander vergleichbar sind. Zudem ist es nicht üblich, in der Testpsychologie alte Normierungen zu nutzen, die im Vergleich zu einer repräsentativen Gruppe aus den 1970er Jahren heute einer Stichprobe entsprechen soll, welche lediglich „motorisch geförderte“ Kinder umfasst (vgl. Schilling, KTK, 2014a). Repräsentativität zeichnet sich durch die Erhebung der „normalverteilten“ Durchschnittsbevölkerung aus. Ein weiterer Punkt bei einer Neunormierung ist eine lückenlose und nachvollziehbare Darstellung der Normierungsstichprobe, die möglichst einen knapp bemessenen Erhebungsraum hat, so dass auch hier eine Repräsentativität und Gültigkeit in Bezug auf Aktualität der Normen eingeschätzt werden kann (vgl. Zimmer, MOT4-6, 2015).

In Bezug auf die Inhaltsgültigkeit fordert Bielefeld eine inhaltliche Auswahl von Items, die wissenschaftlichen Kriterien dahingehend folgt, was gemessen werden soll. Nur so kann eine inhaltliche Gültigkeit gewährleistet sein. Dieser Punkt erscheint nach wie vor schwierig zu realisieren, da einzelne Bewegungskomponenten nicht gut isoliert erfasst werden können, auch wenn dies immer wieder mit ausgewählten motodiagnostischen Verfahren versucht wird (vgl. Bös 2016).

Der letzte von Bielefeld aufgeführte Punkt befasst sich mit der Frage, wer Daten erheben, speichern, verwalten und weitergeben darf. „Mit solchen Fragen sind ethische, soziale und letztlich auch politische Implikationen der Motodiagnostik angesprochen, die nicht früh genug erörtert werden können und zu grundsätzlichen Entscheidungen führen müssen“ (Bielefeld 1981, 230). Die Bedeutung ethischer Aspekte diagnostischen Handelns für den psychomotorischen Fachdiskurs war bereits Thema, ohne dass bisher übergeordnete Konsequenzen erfolgt sind (vgl. Reichenbach 2010).

Einen ganzen Artikel „Zum Problem der Diagnostik in Psychomotorik und Motologie“ verfasste Seewald (vgl. 1999). Hier erschließt er vier Themenfelder, die die Problemlage der Diagnostik in der Psychomotorik seines Erachtens ausmachen: Seewald hält fest, dass eine zunehmen-

de Komplexität diagnostischer Fragestellungen vorliegt und aufgrund dessen nicht alle Hoffnungen aus und für die Praxis oder Wissenschaft erfüllt werden können. Als Ursachen für die Komplexitätssteigerung werden vier Felder beschrieben: unterschiedliche Bedeutung der Diagnostik in Psychomotorik und Motologie; Blickfelderweiterungen zu grundsätzlichen Problemen in der Diagnostik; die Beziehung von Allgemeinem und Besonderem in der Diagnostik; Ansatzspezifik in der Diagnostik und ihre damit verbundenen normativen Vorentscheidungen.

Interessant erschien besonders der von Seewald (vgl. 1999) eingebrachte Punkt von der „naturwüchsigen“ zur „institutionell reflektierten“ Diagnostik. Erstere hinterfragt ihren institutionellen Hintergrund nicht. Es stehen Fragen bzgl. der Funktion von Diagnostik im Raum, d.h. ob es beispielsweise eine Entscheidungsdiagnostik für den Eintritt in eine Institution, eine Begründungsdiagnostik für Kostenträger oder eine Diagnostik für eine Interventionsplanung ist. Außerdem spielt die Position der Diagnostikerin bzw. des Diagnostikers und ihre bzw. seine vorhandenen oder zugeschriebenen Kompetenzen eine bedeutende Rolle. Je „nach Art des institutionellen Zusammenhangs verändert sich die Diagnostik“ (Seewald 1999, 153).

Weiterhin weist Seewald (vgl. 1999) darauf hin, dass sich Diagnostiken dahingehend unterscheiden können, welches Ziel verfolgt wird. Ist das Ziel eine Feststellungsdiagnostik hinsichtlich ausgewählter Komponenten, so genügt sicherlich eine Testdiagnostik. Besteht das Ziel jedoch darin, eine Entwicklung differenziert zu beschreiben oder eine Lernförderung anzustreben, so erscheinen eine allgemeine Entwicklungsdiagnostik oder eine individuelle Förder- bzw. prozessorientierte Diagnostik sinnvoller.

Ebenso interessant sind die Überlegungen Seewalds (vgl. 1999) dahingehend, dass eine Abhängigkeit vom diagnostischen Vorgehen in Bezug auf den präferierten oder gelebten Ansatz bzw. die Theoriebrille in der Psychomotorik besteht. Je nachdem welche Theoriebrille dem eigenen Ansatz zugrunde liegt, unterscheidet sich unter Umständen das Menschenbild und damit auch die Erklärung und Vorstellung im Hinblick auf Bewegungsphänomene und deren Bedeutung. Wenn eine Psychomotorikerin bzw. ein Psychomotoriker handlungsorientiert arbeitet und beispielsweise einen großen Wert auf Persönlichkeitsentwicklung und Selbstwirksamkeitserfahrung legt, warum sollten dann Bewegungskomponenten metrisch erfasst und kategorisiert werden?! Nach Seewald bedeutet dies, dass „wir Sinn und Unsinn einer ansatzspezifischen Diagnostik nur vor dem Hintergrund der normativen Vorgaben des Ansatzes beurteilen können“ (Seewald 1999, 155f). Die Gefahr eines präferierten Ansatzes in der psychomotorischen Arbeit besteht darin, dass Informationen dementsprechend auch rein selektiv erfragt oder erfasst

werden. Seewald schreibt, dass „sich der Diagnostiker nicht mit einem Ansatz identifizieren darf. Anders gesagt, darf der bevorzugte Ansatz nicht mentaler Teil des Diagnostikers sein, es braucht vielmehr eine gewisse Distanz, damit die diagnostischen Raster der Ansätze als Instrumente genutzt werden können“ (Seewald 1999, 160). In der Praxis dürfte dies im Hinblick auf die eigene Durchführung und eigene Kompetenzen schwierig sein, jedoch kann die Diagnostikerin bzw. der Diagnostiker gezielte Empfehlungen geben und ggf. Aufgaben an Expert_innen delegieren.

Die oben bereits erwähnte, in der Psychomotorik hervorgebrachte Kritik an Testverfahren von Eggert aus den 1990er Jahren (vgl. Eggert 1995), wird oft heute noch nicht ernst genommen (vgl. Seewald 1999). Das mag darin begründet liegen, dass „liebe alte Schätze“ nicht verbannt werden sollen, dass ein spezielles Verfahren kompetent angewendet werden kann oder aber, dass die Reflexion bzgl. des Wertes einer Methode oder eines spezifischen Verfahrens nicht umfänglich genug ist. Damit gehen Argumente bzgl. Anerkennung durch den Kostenträger oder aber dem Auftrag von Institutionen einher. Ersteres dürfte ein geringeres Problem sein, sobald andere adäquate aktuelle Verfahren verwendet werden. Die eigene Institution zu überzeugen, bedarf in jedem Fall einer fachwissenschaftlichen und möglichst auch interdisziplinär überlegten Begründung.

Die Frage nach dem Vergleich stellt sich seit dem Beginn diagnostischer Überlegungen. Damit verbunden ist die Frage nach „Normalität“: Welche Symptome zählen zu einem „Störungsbild“ (z.B. MCD) und welche davon gelten noch als eine „normale Motorik“?; Welches Bewegungsverhalten ist in welchem Alter „normal“?; Wann gab es eine „normale“ motorische Entwicklung? In den 1970er Jahren? Jedem Vergleich und jeglicher Einschätzung von Verhalten liegt, wenn nicht explizit, so doch zumindest implizit, ein Vergleichskriterium, d.h. eine Beurteilungsnorm bzw. ein Bezugssystem zugrunde (vgl. Schuck 1983; Reichenbach & Thiemann 2013). Waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts vor allem Vergleiche mit vorherrschenden klinischen Krankheitsbildern oder aber mit sog. Gaußschen Normalverteilungen bei einem Test angestrebt, so ist seit den 1970er Jahren immer stärker das Ziel formuliert, für Vergleiche andere Bezugssysteme zu suchen (vgl. Schuck 1983). Anstatt stets einen Vergleich mit Gleichaltrigen anzustreben, kann auch in der psychomotorischen Diagnostik ein Vergleich des Individuums mit sich selbst, ein Vergleich aufgrund eigener Beobachtungserfahrungen, ein Vergleich in Bezug auf gesellschaftliche Anforderungen u.ä. vorgenommen werden (vgl. Reichenbach & Thiemann, 2013). Auch Schilling schreibt, dass „gesellschaftliche Veränderungen in der Leistungsbewertung in ihren Auswirkungen auf den Interpretationsspielraum der Ergeb-

nisse von motometrischen Testverfahren ebenso zu berücksichtigen“ (Schilling 2002, 52) sind. Dies würde in jedem Fall ein differenzierteres Bild ergeben und unter Umständen aufzeigen, bei welchem Bezugssystem ein „Problem“ vorliegt und bei welchen nicht.

Ein weiteres Problem besteht, wie ebenso bereits angesprochen, darin, dass sich der Begriff „Motodiagnostik“ über Jahrzehnte hält, auch wenn er nicht mehr den aktuellen Ideen und Ansprüchen an ein Konzept von Psychomotorik in Theorie und Praxis entspricht. Sicherlich ist in bestimmten Institutionen und Kontexten diese Begrifflichkeit fest verankert und auch qualifiziert ausgeübt, doch entspricht der Begriff im Rahmen einer interdisziplinären oder/und persönlichkeitsbezogenen individuellen Diagnostik nicht den zu leistenden Inhalten. Wird sich die Klientel der Psychomotorik heutzutage angeschaut, so hat ein Großteil der Kinder Förderbedarf im sozial-emotionalen anstatt im motorischen Bereich. Wozu wird dann ein „motodiagnostischer Befund“ benötigt?! Das bedeutet weiterführend, dass sich für die Diagnostiker_innen das Repertoire an konkreten Verfahren umfänglich erweitern muss, um nicht allein beobachtungsbasiert Aussagen zu verschiedenen Entwicklungsbereichen treffen zu können.

Perspektiven der Qualifikation

Jede praktisch tätige Psychomotorikerin und jeder praktisch tätige Psychomotoriker bedarf einer Diagnostik, um Handeln zu können. Diagnostik meint erstmal nichts anderes als ein „Durch und durch erkennen“ und ohne Erkenntnisprozesse ist kein Handeln möglich. Jeder „diagnostiziert“ Verhalten, wobei es bedeutend ist, qualifiziert zu handeln, anstelle aus dem Bauch heraus Entscheidungen zu treffen.

Seit 1983 besteht der Studiengang Motologie; seit dieser Zeit ist Motodiagnostik ein fester Bestandteil dieser akademischen Ausbildung. Auch in den Fachschulen für Motopädie (seit 1977) war Motodiagnostik von Beginn an inhaltlich verankert.

Bereits 1981 hielt Bielefeld fest, dass es eine Aufgabe des AKP sein sollte, die bestehenden Probleme und Fragen einer Motodiagnostik bzw. psychomotorischen Diagnostik zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, um eine „notwendige Arbeits- und Vertrauensbasis zu sichern“ (Bielefeld 1981, 231).

Auch Irmischer hielt fest, dass es unbedingt erforderlich ist, die „Möglichkeiten und Verfahren durch Beobachtungsschulung und Beobachtungstraining“ (Irmischer 1980, 76) zu vermitteln sowie methodische Hilfen zu geben, welche Fördermaßnahmen sich aus Beobachtungen ableiten lassen.

Beobachtungsschulung, Weiterbildung, Eigenerleben, Kritik und Supervision sind Aufgaben für eine qualifizierte motorische Beurteilung (vgl. Neuhäuser 1986, 46). Zudem fordert Neuhäuser ein Kenntnis von pathologischen Bewegungsabläufen, um eine Bewertung von gezeigtem Bewegungsverhalten zu erleichtern (vgl. Neuhäuser 1996).

Damit ein fachgerechter Umgang mit diagnostischen Verfahren gewährleistet ist, sollte zum einen darauf geachtet werden, dass in den staatlich anerkannten Ausbildungsgängen (Motologie und Motopädie) differenziert Inhalte vermittelt, erfahren, erprobt und reflektiert werden. Darüber hinaus sind Zusatzqualifikationen, wie sie auch der AKP angeboten, geeignet, um fundierte Kompetenzen strukturiert zu erwerben oder auch aufzufrischen.

Inhaltlich könnte es dabei um folgendes gehen:

- Theoretische Grundlagen zu diagnostischen Methoden,
- Kennenlernen spezifischer Methoden, die für eine psychomotorische Diagnostik relevant sind,
- Erprobung und Anwendung spezifischer Verfahren (u.a. in videoaufgezeichneten Rollenspielen),
- kritische Reflexion bzgl. „Diagnostik“ – Vor- und Nachteile, Sinn und Unsinn von feststellender und prozessorientierter Diagnostik,
- Möglichkeiten und Grenzen von Datenanalyse, -auswertung und -interpretation,
- Hypothesenbildung und Überlegung von Handlungsstrategien für das diagnostische Vorgehen,
- Einbezug theoretischer Überlegungen (z.B. Entwicklungstheorien, Entwicklungsmodelle) sowie Theorie-Praxis-Reflexion,
- Selbstreflexion bzgl. Anwendung diagnostischer Verfahren und Vorgehen im diagnostischen Prozess,
- Reflexion der eigenen Haltung, Werte und Vorstellungen von Psychomotorik,
- Berücksichtigung und Reflexion ethischer Aspekte diagnostischen Handelns,
- Kommunikations- und Beratungskompetenz im Hinblick auf die Vermittlung von „Befunden“.

Die Qualifikation sollte alle Methoden umfassen und nicht an die „Lieblingsmethoden“ oder gar „Lieblingsverfahren“ der Lehrenden gebunden sein. Für eine Qualifikation ist eine kritische Auseinandersetzung mit dem gesamten Repertoire erforderlich und sinnvoll.

Auch aus wissenschaftlicher Perspektive können die unter „Probleme“ sowie unter „Qualifikation“ aufgeführten Themen weiterführend

bearbeitet werden (vgl. Reichenbach, 2005). Eine beispielhafte Analyse der Zeitschrift „Praxis der Psychomotorik“ der letzten 40 Jahre zeigt, dass sich intensiver mit dem Thema auseinandergesetzt werden kann und sollte. 33 Artikel zu diagnostischen Themen in 40 Jahren deuten auf die Notwendigkeit weiterer Auseinandersetzungen hin.

Die Überlegungen zur (psycho-)motorischen Diagnostik der letzten 40 Jahre sind nun doch etwas umfangreicher geworden, auch wenn sich Wiederholungen im Verlauf der Zeit und der Epochen widerspiegeln. Insgesamt könnten differenziertere Auseinandersetzungen erfolgen, um ein qualifizierteres Arbeiten zu ermöglichen.

Literatur

- AWMF online: Deutsch-Schweizerische Versorgungsleitlinie basierend auf internationalen Empfehlungen (EACD-Consensus) zu Definition, Diagnose, Einschätzung und Vorgehen bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF). Version Juli 2011. URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/022-017.html>, Zugriff am 02.02.2014.
- BALGO, R. (1998). Systemisch-konstruktivistische Positionen in der Psychomotorik. In: *Motorik*. 21 (1998) 1, 2-12.
- BIELEFELD, J. (1981). Theoretisch-wissenschaftliche Aspekte der Motodiagnostik. In: CLAUSS, A. (Hrsg.): *Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender*. Balingen: Spitta Verlag, 219-233.
- BÖS, K. (Hrsg.) (2016). *Handbuch motorischer Tests*. Göttingen: Hogrefe.
- BRONFENBRENNER, U. (1989). Ecological systems theory. In: *Annals of Child Development*. 6 (1989), 187-249.
- EGGERT, D. (1971). Lincoln-Oseretzky-Skala. LOS KF 18. Manual. Weinheim: Beltz.
- EGGERT, D./LÜTJE-KLOSE, B. (1994). *Theorie und Praxis psychomotorischer Förderung*. Textband. Dortmund: borgmann.
- EGGERT, D. (1995). Von der Kritik an den motometrischen Tests zu den individuellen Entwicklungsplänen in der qualitativen Motodiagnostik. In: *Motorik*. 18 (1995) 4, 134-148.
- EGGERT, D. (1997). *Von den Stärken ausgehen ...* Dortmund: borgmann.
- FLYNN, J. (2007). *What is intelligence? Beyond the Flynn effect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HACKELBERG-BUFF, U. (2003). Systemisch-konstruktive Motodiagnostik. Theorie und Umsetzung in die Praxis. In: *Motorik*. 26 (2003) 4, 164-173.
- HÖLTER, G. (1998). Entwicklungslinien der Psychomotorik im deutschsprachigen Raum. In: *Motorik*. 21 (1998) 2, 43-49.
- HÜNNEKENS, H./KIPHARD, E. J. (1971). *Bewegung heilt* (4. Aufl.). Gütersloh: Flöttmann.
- IRMISCHER, T. (1980). Die Bewegungsbeobachtung in der Diagnostik des Kindes mit minimaler cerebraler Dysfunktion. In: *Motorik*. 3 (1980) 2, 69-77.
- KIPHARD, E. J. (1969). Untersuchungen über den Bewegungsdiagnostischen Wert des Oseretzky-Tests bei der Erkennung frühkindlicher Hirnschädigung. In: *Heilpädagogische Forschung*. Band II, 1, 44-83.
- KLAES, R./WALTHES, R. (1995). Über Sinn und Unsinn von Bewegungsstörungen. In: PROHL, R./SEEWALD, J. (Hrsg.): *Bewegung verstehen. Facetten und Perspektiven einer qualitativen Bewegungslehre*. Schorndorf: Hofmann, 237-262.
- KORNMANN, R./MEISTER, H./SCHLEE, J. (Hrsg.) (1983). *Förderdiagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten*. Heidelberg: Schindele, 208-214.

- KRUS, A. (2004). Mut zur Entwicklung. Das Konzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie. Schorndorf: Hofmann.
- KURTH, E. (1985). Motometrische Rostock-Oseretzky-Skala (ROS). Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum.
- MATTNER, D. (2000). Der motodiagnostische Blick und das sinnerfassende Verstehen von bewegter Lebenswirklichkeit. Vortrag, Symposium IBP „Diagnostik“ in München, Mai 2000, unveröffentlichtes Manuskript.
- NEUHÄUSER, G. (1986). Der Blick und die motoskopische Diagnose. In: *Motorik*. 9 (1986) 2, 45-48.
- NEUHÄUSER, G. (1996). Motodiagnostik im Vorschulalter. In: *Motorik*. 19 (1996) 1, 12-17.
- OSERETZKY, N. I. (1931). Psychomotorik. Methoden zur Untersuchung der Motorik. In: STERN, W./LIPMANN, O. (Hrsg.): *Beihefte zur Zeitschrift für angewandte Psychologie*. Beiheft 57. Leipzig: Barth.
- PASSOLT, M. (2004). Die STEP-Diagnostik. Ein prozessorientiertes, mehrperspektivisches Beobachtungs-Verfahren. In: *Praxis der Psychomotorik*. 2 (2004) 3, 168-175.
- PAWLIK, K. (Hrsg.) (1976). Diagnose der Diagnostik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- REICHENBACH, C. (2005). (Moto-)Diagnostik zwischen Therapie und Pädagogik. Überlegungen zum diagnostischen Handeln in der Psychomotorik. In: *Praxis der Psychomotorik*. 30 (2005) 1, 13-21.
- REICHENBACH, C. (2010). Die Bedeutung ethischer Aspekte diagnostischen Handelns für den psychomotorischen Fachdiskurs. In: *Motorik*. 33 (2010) 1, 2-8.
- REICHENBACH, C. (2016). Bewegungsdiagnostik in Theorie und Praxis (2., überarb. Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen.
- REICHENBACH, C./THIEMANN, H. (2013). Lehrbuch diagnostischer Grundlagen der Heil- und Sonderpädagogik. Dortmund: verlag modernes lernen.
- SCHÄFER, I. (1998). Von der psychomotorischen Idee zu den Gründungsjahren des Aktionskreises Psychomotorik. In: *Motorik*. 21 (1998) 3, 82-86.
- SCHILLING, F. (1973). Motodiagnostik des Kindesalters. Empirische Untersuchungen an hirngeschädigten und normalen Kindern. Berlin: Marhold.
- SCHILLING, F. (2002). Motodiagnostisches Konzept zur Planung von psychomotorischer Förderung und Behandlung. In: *Motorik*. 25 (2002) 2, 50-58.
- SCHILLING, F. (2014a). Körperkontrolle und kindliche Entwicklung – KTK-Normentabellen erweitert. In: *Motorik*. 37 (2014) 4, 167-177.
- SCHILLING, F. (2014b). Ergänzung zum Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) von E. J. Kiphard und F. Schilling: Normtabellen 2014. Göttingen: Hogrefe.
- SCHUCK, K. D. (1983). Überlegungen und Erfahrungen zur Entwicklung förderdiagnostischer Konzepte in der Schule. In: KORNMANN, R./MEISTER, H./SCHLEE, J. (Hrsg.): *Förderdiagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten*. Heidelberg: Schindele, 208-214.
- SEEWALD, J. (1999). Zum Problem der Diagnostik in Psychomotorik und Motologie. In: *Praxis der Psychomotorik*. 24 (1999) 3, 152-160.
- SLOAN, W. (1949). The Lincoln Adaption of the Oseretzky-Tests, Lincoln State School.
- SLOAN, W. (1955). The Lincoln-Oseretzky Motor Development Scale. In: *Genetic Psychology Monographs*. 51 (1955), 183-252.
- WELSCHKE, M./STOBBE, C./HÖLTER, G./ROMER, G. (2007). Bewegungsdiagnostik und -therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Standortbestimmung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 35 (2007) 6, 435-445.
- ZIMMER, R. (2015). MOT 4-6. Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder. Manual. Weinheim: Beltz.