

A close-up photograph of a man with short blonde hair, wearing a light blue and white striped button-down shirt. He is looking down intently at a tablet computer he is holding with both hands. The background is a soft, out-of-focus green field, suggesting an outdoor setting. The lighting is bright and natural.

HEILPÄDAGOGIK  
Heilerziehungspflege

Wolfram Kulig | Sabine Selbig

# Theorie und Praxis der Heilerziehungs- pflege

LAMBERTUS

Wolfram Kulig | Sabine Selbig

Theorie und Praxis der Heilerziehungspflege

**L**AMBERTUS

LAMBERTUS+

App inside

Laden Sie dieses Buch kostenlos auf Ihr Smartphone, Tablet und/oder Ihren PC und profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen:

- **kostenlos:** Der Online-Zugriff ist bereits im Preis dieses Buchs enthalten
- **verlinkt:** Die Inhaltsverzeichnisse sind direkt verlinkt, und Sie können selbst Lesezeichen hinzufügen
- **durchsuchbar:** Recherchemöglichkeiten wie in einer Datenbank
- **annotierbar:** Fügen Sie an beliebigen Textstellen eigene Annotationen hinzu
- **sozial:** Teilen Sie markierte Texte oder Annotationen bequem per E-Mail oder Facebook

**Aktivierungscode:** wkss-2021

**Passwort:** 7474-3381

### Download App Store/Google play:

- **App Store/Google play** öffnen
- Im Feld **Suchen Lambertus+** eingeben
- **Laden** und **starten** Sie die **Lambertus+ App**
- Oben links den Aktivierungsbereich anklicken um das E-Book freizuschalten
- Bei **Produkte aktivieren** den **Aktivierungscode** und das **Passwort** eingeben und mit **Aktivieren** bestätigen
- Mit dem Button **Bibliothek** oben links gelangen Sie zu den Büchern

### PC-Version:

- Gehen Sie auf **www.lambertus.de/appinside**
- **Aktivierungscodes** oben anklicken, um das E-Book freizuschalten
- **Aktivierungscode** und **Passwort** eingeben und mit **Aktivieren** bestätigen
- Wenn Sie Zusatzfunktionen wie persönliche Notizen und Lesezeichen nutzen möchten, können Sie sich oben rechts mit einer persönlichen E-Mail-Adresse dafür registrieren
- Mit dem Button **Bibliothek** oben links gelangen Sie zu den Büchern



Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns:  
Lambertus-Verlag GmbH – Tel. 0761/36825-24 oder  
E-Mail an [info@lambertus.de](mailto:info@lambertus.de)

LAMBERTUS

SOZIAL | RECHT | CARITAS

Wolfram Kulig | Sabine Selbig

# Theorie und Praxis der Heilerziehungspflege

**L**AMBERTUS

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind  
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2022

**Alle Rechte vorbehalten**

© 2022, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

**Umschlaggestaltung:** Nathalie Kupfermann, Bollschweil

**Druck:** Elanders GmbH, Waiblingen

ISBN 978-3-7841-3283-9

ISBN eBook 978-3-7841-3284-6

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>11</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>12</b>
<b>Heilerziehungspflege als Beruf</b> .....	<b>13</b>
<b>Erster Teil – Heilpädagogische Grundlagen</b> .....	<b>21</b>
<b>1 Behinderung</b> .....	<b>22</b>
1.1 Der Begriff Behinderung .....	22
1.2 Formen von Behinderung.....	24
1.2.1 Geistige Behinderung .....	25
1.2.2 Seelische Behinderung .....	26
1.2.3 Autismus.....	27
1.2.4 Körperbehinderung .....	28
<b>2 Pädagogische Leitideen</b> .....	<b>30</b>
2.1 Normalisierung.....	30
2.2 Empowerment.....	33
2.3 Teilhabe .....	36
<b>3 Pädagogik als zwischenmenschliches Handeln</b> .....	<b>39</b>
3.1 Zwischenmenschliche Beziehungen .....	39
3.2 Kommunikation .....	40
3.3 Macht und Abhängigkeit in zwischenmenschlichen Verhältnissen .....	43
3.4 Heilerziehungspflegerisches Handeln als Beziehungshandeln .....	46
<b>Zweiter Teil – Entwicklungspsychologische Grundlagen</b> .....	<b>49</b>
<b>4 Die Entwicklung des Gehirns</b> .....	<b>50</b>
<b>5 Die Entwicklung der Wahrnehmung</b> .....	<b>55</b>
5.1 Definition des Wahrnehmungsprozesses .....	55
5.2 Die Darstellung der wichtigsten Sinne.....	56
5.3 Wahrnehmungsentwicklung nach Affolter.....	61
<b>6 Die Entwicklung der Kommunikation</b> .....	<b>66</b>
6.1 Stufenmodell zur Entwicklung der kindlichen Kommunikation .....	66
6.2 Interaktions- und Kommunikationsformen .....	71
6.3 Erschwernisse der Kommunikationsentwicklung .....	72
<b>7 Die Entwicklung des Denkens</b> .....	<b>78</b>
7.1 Die Grundlagen der Theorie der Denkentwicklung nach Piaget .....	78
7.2 Die Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz (0–2 Jahre) .....	79
7.3 Die Stufe des symbolischen und vorbegrifflichen Denkens (2–4 Jahre) .....	83
7.4 Die Stufe der konkreten Operationen (7–11/12 Jahre) .....	84
7.5 Die Stufe der formalen Operationen (ab 11/12 Jahren).....	84
7.6 Besonderheiten in der sensomotorischen Entwicklung bei Menschen mit Entwicklungsverzögerungen bzw. kognitiver Beeinträchtigung .....	84
7.7 Piagets Modell in der aktuellen Diskussion .....	86
<b>8 Die Entwicklung der Persönlichkeit und der Emotionen</b> .....	<b>88</b>
8.1 Persönlichkeit .....	88
8.2 Emotionen .....	89
<b>Dritter Teil – Behinderung in der Lebenslaufperspektive</b> .....	<b>96</b>
<b>9 Die Lebenswelt</b> .....	<b>96</b>
9.1 Die Lebenswelt und die Phänomenologie .....	96
9.2 Die Dimensionen der Lebenswelt im pädagogischen Kontext .....	99
9.3 Grenzen des Lebensweltkonzeptes .....	101

<b>10</b>	<b>Aufwachsen in der Familie .....</b>	<b>103</b>
10.1	Normalität und Chance .....	103
10.2	Trauer und Annahme.....	104
10.3	Herausforderungen und Gewinn.....	105
10.4	Bedürfnisse und Ressourcen der Familie.....	106
10.5	Die Kindperspektive.....	106
<b>11</b>	<b>Frühförderung .....</b>	<b>108</b>
11.1	Adressaten.....	108
11.2	Ziele und Aufgaben der Frühförderung.....	109
11.3	Arbeitsprinzipien der Frühförderung.....	110
11.4	Gesamtprozess der Frühförderung.....	113
<b>12</b>	<b>Schule .....</b>	<b>116</b>
12.1	Funktionen der Schule in der Gesellschaft.....	116
12.2	Allgemeine Schule und Förderschule – Die Diskussion um Separation und gemeinsamen Unterricht.....	117
12.3	Inklusion .....	119
12.4	Schule und Förderschule als Arbeitsort für Heilerziehungspflegerinnen .....	122
<b>13</b>	<b>Berufliche Bildung und Arbeitsleben .....</b>	<b>124</b>
13.1	Erwerbsarbeit .....	124
13.2	Berufliche Bildung für Menschen mit Behinderung .....	126
13.3	Die Werkstatt für behinderte Menschen.....	129
13.4	Möglichkeiten von Arbeit und Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ...	133
13.5	Möglichkeiten von Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit schweren Behinderungen.....	135
13.6	Neue Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	137
<b>14</b>	<b>Wohnen im Sozialraum .....</b>	<b>138</b>
14.1	Bedeutung, Bedürfnisse und Funktionen von Wohnen .....	138
14.2	Entwicklung .....	140
14.3	Aktuelle Situation .....	143
14.4	Wohnraum als Ort professioneller Dienstleistungen .....	146
14.5	Lebensqualität .....	148
14.6	Pädagogisches Handeln im Bereich Wohnen – Bildung und Förderung.....	149
14.7	Wohnen auf dem Weg in den Sozialraum? .....	150
14.8	Sozialraumorientierte Aufgaben von Heilerziehungspflegerinnen.....	153
<b>15</b>	<b>Sexualität .....</b>	<b>157</b>
15.1	Einführende Gedanken und Praxisbeispiele.....	157
15.2	Formen der Sexualassistenz .....	159
15.3	Sexualerziehung .....	161
<b>16</b>	<b>Freizeit gestalten .....</b>	<b>163</b>
16.1	Freizeitbedürfnisse und Freizeitfunktionen.....	164
16.2	Die Freizeitsituation von Menschen mit Behinderungen .....	164
16.3	Entfaltung von Freizeitkompetenzen und pädagogische Aufgaben.....	165
16.4	Freizeitassistenz.....	167
<b>17</b>	<b>Begleitung älterer und alter Menschen mit Behinderung.....</b>	<b>168</b>
17.1	Demografische und historische Situation.....	168
17.2	Alter und Altern.....	168
17.3	Personzentrierte Haltung in der Begleitung alternder Menschen .....	170
17.4	Biografischer Übergang – Ausscheiden aus dem Arbeitsleben .....	171
17.5	Handlungsfelder und Aufgaben.....	172
17.6	Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung .....	175
17.6.1	Grundhaltung und Interaktion im Umgang mit Menschen mit Demenz.....	176
17.6.2	Begleitung im Alltag.....	177
17.7	Sterben und Trauern.....	179

17.7.1	Menschen mit geistiger Behinderung als Trauernde.....	179
17.7.2	Menschen mit geistiger Behinderung als Sterbende.....	180

## **Vierter Teil – Heilerziehungspflegerisches Handeln – allgemeine Aspekte... 181**

<b>18</b>	<b>Beobachten, Bedürfnisse und Ressourcen erschließen .....</b>	<b>182</b>
18.1	Ziele, Inhalte und Formen der Beobachtung.....	182
18.2	Dokumentation, Auswertung und Nutzung der Beobachtung.....	184
18.3	Beobachtungsfehler .....	184
18.4	Bedürfnisse erschließen .....	185
18.5	Stärken und Ressourcen wahrnehmen.....	187
<b>19</b>	<b>Bedarfe einschätzen .....</b>	<b>189</b>
19.1	Zum Begriff ‚Bedarf‘ .....	189
19.2	Anforderungen an die Bedarfsermittlung .....	190
19.3	Inhalte der Bedarfsermittlung .....	192
<b>20</b>	<b>Dokumentieren .....</b>	<b>195</b>
20.1	Funktionen und Anforderungen .....	195
20.2	Formen der Dokumentation.....	196
20.3	Alternative Dokumentationsformen.....	197
20.4	Der Entwicklungsbericht.....	198
<b>21</b>	<b>Bildungsangebote planen – didaktisch handeln .....</b>	<b>201</b>
21.1	Bildung.....	201
21.2	Didaktik.....	202
21.3	Methodische/didaktische Prinzipien .....	203
21.4	Lebenswelt- und kommunikationsorientiertes Modell didaktischen Handelns .....	204
21.5	Erste Ebene – Ausgangspunkt .....	206
21.6	Zweite Ebene – Planung und Vorbereitung .....	206
21.6.1	Themen.....	207
21.6.2	Absichten, Intentionen, Ziele.....	208
21.6.3	Methoden.....	211
21.6.4	Medien .....	213
21.6.5	Interaktion und Organisation – Unplanbarkeit planen .....	215
21.7	Dritte Ebene – Situation .....	215
<b>22</b>	<b>Beziehungen gestalten .....</b>	<b>217</b>
22.1	Kennzeichen professioneller Beziehungen in der Sozialen Arbeit.....	217
22.1.1	Spezifische und diffuse Sozialbeziehungen .....	217
22.1.2	Mit Nähe und Distanz umgehen.....	218
22.1.3	Professionelle Haltung.....	219
22.2	Professionelle Beziehungen zu Menschen mit Behinderungen gestalten.....	221
22.3	Professionelle Beziehungen zu Menschen ohne Behinderungen gestalten.....	223
<b>23</b>	<b>Organisieren.....</b>	<b>224</b>
23.1	Organisieren unter dem zeitlichen Aspekt .....	224
23.2	Organisieren als Teamaufgabe .....	226
23.3	Besprechungen im Team als Organisationsinstrument .....	227
23.4	Organisationsinhalte.....	228
<b>24</b>	<b>Kooperieren und Zusammenarbeiten .....</b>	<b>230</b>
24.1	Die Zusammenarbeit im Team.....	230
24.1.1	Merkmale und Strukturen von Teams .....	231
24.1.2	Austausch und Zusammenarbeit im Team .....	233
24.2	Zusammenarbeit mit der Leitung.....	235
24.3	Die Zusammenarbeit mit anderen Professionen.....	236
24.4	Die Zusammenarbeit mit Angehörigen .....	238
24.5	Mit den gesetzlichen Vertretern kooperieren .....	240
<b>25</b>	<b>Beraten und Gespräche führen.....</b>	<b>242</b>
25.1	Grundaussagen zur Beratung .....	242

25.2	Beziehung und Rolle .....	243
25.3	Verlauf der Beratung .....	244
25.4	Beratungshandeln in der Heilerziehungspflege .....	245
25.5	Peer-Beratung.....	246
<b>26</b>	<b>Die Arbeit reflektieren und Qualität sichern .....</b>	<b>247</b>
26.1	Reflexion – Begriff und Prozess .....	247
26.2	Verschiedene Formen der Reflexion.....	248
26.3	Reflexivität .....	249
26.4	Reflexionsebenen .....	249
26.5	Reflexionshilfen und zeitliche Perspektive .....	250
26.6	Qualität – Begriff und Grundlagen .....	251
26.7	Qualität in sozialen Dienstleistungen .....	252
26.8	Kundenorientierung .....	254
26.9	Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen.....	255

## **Fünfter Teil – Heilerziehungspflegerisches Handeln – konkrete Arbeitsfelder ..... 257**

<b>27</b>	<b>Heilpädagogische Pflege.....</b>	<b>258</b>
27.1	Was ist Pflege?.....	258
27.1.1	Begriffliche Klärungen .....	258
27.1.2	Aufgaben und Felder der Pflege .....	259
27.1.3	Wohlbefinden .....	260
27.2	Pflege von Menschen mit (schweren) Behinderungen .....	261
27.2.1	Besondere anatomisch-physiologisch-medizinische Probleme.....	261
27.2.2	Pädagogische und ethische Grundlagen .....	262
27.2.3	Anforderungen an den Heilerziehungspfleger .....	263
27.2.4	Gesundheitsförderung.....	264
27.3	Teilhabeorientierte Pflege .....	265
27.3.1	Pflege als Voraussetzung für Teilhabe .....	265
27.3.2	Entwicklungsbezogene Pflege (Förderpflege) .....	266
27.4	Pflegeprozessplanung.....	267
<b>28</b>	<b>Basales Arbeiten .....</b>	<b>270</b>
28.1	Grundsätze und Personenkreis.....	270
28.2	Basale Kommunikation nach Winfried Mall .....	273
28.2.1	Grundannahmen und Ziele .....	273
28.2.2	Kommunikationsformen und Ausdrucksmittel .....	275
28.2.3	Die Praxis .....	278
28.2.4	Kritik am Konzept.....	280
28.3	Basale Stimulation .....	280
28.3.1	Grundlagen, Ziele und pädagogische Grundsätze .....	280
28.3.2	Die Wahrnehmungsbereiche und Ihre Förderung.....	283
28.3.3	Basale Stimulation im Alltag.....	288
<b>29</b>	<b>Förderung von Wahrnehmung und Orientierung .....</b>	<b>290</b>
29.1	Grundlagen der Förderung der Wahrnehmung.....	290
29.1.1	Vorüberlegungen und Aspekte zur Umsetzung.....	291
29.1.2	Anregungen zur Förderung in den einzelnen Sinnesbereichen.....	293
29.2	Grundlagen zur Förderung der Orientierung.....	297
29.2.1	Räumliche Orientierung .....	297
29.2.2	Zeitliche Orientierung.....	299
29.2.3	Personelle bzw. soziale Orientierung.....	300
29.3	Förderung der Wahrnehmung nach Felice Affolter .....	300
29.3.1	Die Referenzebene .....	301
29.3.2	Das Führen.....	302
29.3.3	Grenzen, Einsatzmöglichkeiten, Entwicklungsschritte .....	303
29.4	Das TEACCH-Konzept .....	305

29.4.1	Strukturierung .....	306
29.4.2	Visualisierung .....	307
29.4.3	Hinweise und Möglichkeiten für die praktische Nutzung.....	308
<b>30</b>	<b>Anregung und Unterstützung kommunikativer Prozesse.....</b>	<b>313</b>
30.1	Anregung kommunikativer Prozesse – das Kommunikationsbedürfnis entfalten .....	313
30.2	Das individuelle Entwicklungsniveau beachten.....	315
30.3	Die Kommunikation der Person unterstützen (Unterstützte Kommunikation)	318
30.3.1	Was ist Unterstützte Kommunikation?.....	318
30.3.2	Ziele und Personenkreis der Unterstützten Kommunikation .....	318
30.3.3	Entscheidungen auf diagnostischer Grundlage .....	319
30.3.4	Unterstützte Kommunikation als multimodales Kommunikationskonzept .....	321
30.4	Die Kommunikation von Personen mit Behinderung miteinander unterstützen .....	329
30.4.1	Besondere Erschwernisse in der Kommunikation miteinander .....	329
30.4.2	Möglichkeiten zur Unterstützung.....	331
<b>31</b>	<b>Verhaltensauffälligkeiten.....</b>	<b>338</b>
31.1	Begriff, Phänomen und pädagogische Grundsätze.....	338
31.2	Die positive Verhaltensunterstützung .....	342
<b>32</b>	<b>Musisch-kreatives Arbeiten .....</b>	<b>348</b>
32.1	Ästhetische Erziehung und Kreativität bei Menschen mit geistiger Behinderung .....	348
32.2	Ästhetische Erziehung in der pädagogischen Praxis.....	350
32.3	Muse, Musik und Improvisation .....	353
32.4	Die Teilgebiete der Musikimprovisation .....	354
32.5	Elementares Musizieren .....	356
32.6	Den Alltag mit musischen Mitteln gestalten.....	357
<b>33</b>	<b>Aktivierung und Förderung der Bewegung.....</b>	<b>359</b>
33.1	Differenzierung von Teilaspekten der Bewegung .....	359
33.1.1	Bewegungsmerkmale .....	360
33.1.2	Bewegungsausdehnung und Bewegungsformen .....	360
33.1.3	Bedeutungsdimensionen.....	361
33.2	Ziele und Teilziele der Bewegungsförderung.....	362
33.3	Psychomotorik.....	363
33.3.1	Ansätze und Erfahrungsbereiche der Psychomotorik.....	364
33.3.2	Prinzipien und Methoden psychomotorischen Arbeitens.....	365
33.3.3	Stundenaufbau .....	367
33.4	Weitere bewegungsbezogene Konzepte .....	367
33.4.1	Rhythmik .....	368
33.4.2	Tanz/Tanzpädagogik .....	369
33.4.3	Zirkuspädagogik.....	370
33.5	Bewegter Alltag .....	370
33.5.1	Bewegung in Alltagsaktivitäten .....	371
33.5.2	Bewegungsmöglichkeiten schaffen .....	372
<b>34</b>	<b>Zusammenfassung: Heilerziehungspflegerisches Handeln in der komplexen Gestaltung einer Alltagssituation.....</b>	<b>375</b>
34.1	Die Dimensionen heilerziehungspflegerischen Handelns .....	375
34.2	Gestaltung einer Alltagssituation .....	377
34.2.1	Die Mahlzeit als komplexes Alltagsgeschehen .....	377
34.2.2	Heilerziehungspflegerische Handlungsmöglichkeiten.....	379
	<b>Literatur .....</b>	<b>385</b>
	<b>Die Autor*innen .....</b>	<b>399</b>

Wir widmen dieses Buch Herrn Georg Kanig für seinen jahrzehntelangen Einsatz für Menschen, die von der Politik und von der öffentlichen Wahrnehmung weitgehend vergessen wurden – sowohl Menschen mit Behinderungen als auch diejenigen, die deren Pflege und Unterstützung im Alltag übernehmen.

Dies gilt für seine offene, interessierte und vor allem unterschiedslose Begegnung mit seinen Mitmenschen ebenso wie für seinen Mut sich in politisch schwierigen Zeiten konsequent, menschlich und immer auch sich selbst hinterfragend für eine fachlich gute Ausbildung in der Heilerziehungspflege einzusetzen.

*Sabine Selbig und Wolfram Kulig*

## Vorwort

Der vorliegende Band führt den bewährten Titel „Didaktik und Praxis der Heilerziehungspflege“ von Peter Bentele und Thomas Metzger fort, der zweifelsohne zu den etablierten Lehrbüchern in der heilpädagogischen Ausbildung und Praxis zählt.

Mit Blick auf die theoretische und praktische Weiterentwicklung des gesamten Arbeitsfeldes, insbesondere beim Thema Inklusion, haben die Autoren den Text grundlegend überarbeitet, lediglich das Grundlagenkapitel zur Entwicklungspsychologie und Teile des Abschnittes zum basalen Arbeiten wurden übernommen. Neu hinzugekommen sind eine Darstellung heilpädagogischer Theorien und eine Diskussion der grundlegenden Begriffe wie Behinderung oder Normalisierung im ersten Teil. Ebenfalls neu ist die lebensweltbezogene Perspektive des dritten Teils, in der wesentliche biografische Stationen im Leben eines Menschen mit Behinderung und die entsprechenden pädagogischen Aufgaben thematisiert werden. Die Teile zum praktischen Handeln in der Heilerziehungspflege sind an einigen Stellen (Psychomotorik) gekürzt, aber auch um viele bisher nicht behandelte Fragestellungen (Umgang mit auffälligem Verhalten, Arbeit mit ästhetischen Materialien, Förderung der Kommunikation von Menschen mit Behinderung untereinander und andere) erweitert worden.

Die Schrift ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit von Ausbildungspraxis und Wissenschaft. Sabine Selbig, Heilerziehungspflegerin und studierte Medizinpädagogin ist seit vielen Jahren in der Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen in Sachsen beschäftigt und mit den praktischen Problemen des Arbeitsfeldes bestens vertraut. Dr. Wolfram Kulig ist Wissenschaftler an der Martin Luther Universität in Halle (Saale) und seit vielen Jahren in Forschung und Lehre vor allem im Bereich der Geistigbehindertenpädagogik tätig.

Die Autoren hoffen, mit dem vorliegenden Buch an eine erfolgreiche Lehrbuchtradition anknüpfen zu können und eine Schrift vorzulegen, die den aktuellen Entwicklungen des Arbeitsfeldes Rechnung trägt.

Unser Dank gilt dem Lambertus Verlag und besonders Frau Sabine Winkler für die kompetente und vor allem geduldige Betreuung des gesamten Projektes. Gedankt sei auch Frau Susanne Herrmann, die die Zusammenarbeit beider Autoren angeregt hat.

*Großhennersdorf und Halle/S. im Dezember 2020*

*Sabine Selbig*

*Wolfram Kulig*

## Einleitung

Das vorliegende Lehrbuch hat das Ziel, das für die Praxis der Heilerziehungspflege fundamentale Wissen in kompakter Form darzustellen. Wir spannen dazu einen Bogen von übergreifenden Fragestellungen, über die Vorstellung der Lebenswelt behinderter Menschen bis hin zu praktisch relevanten Überlegungen und konkreten Aufgaben der Heilerziehungspflegerin. Die dabei zugrunde liegende Perspektive ist die Orientierung am Subjekt, ohne dabei gesellschaftliche und soziale Aspekte aus dem Blick zu verlieren. Wir begreifen Heilerziehungspflege v. a. als ein zwischenmenschliches, kommunikationsbasiertes Arbeitsfeld.

Von dieser Prämisse ausgehend, versuchen wir pädagogische Theorien und allgemeine Überlegungen für die Praxis fruchtbar zu machen. Dazu bauen wir immer wieder Rückbezüge zur konkreten Arbeit ein und versuchen, über Fragen und Reflexionen zum Nachdenken anzuregen. Wir haben aber auch den Anspruch – und das mag diese Schrift durchaus von anderen Lehrbüchern unterscheiden –, komplexe theoretische Zusammenhänge darzustellen, ohne sie zu sehr zu vereinfachen oder gar zu verfälschen. Dies gilt besonders für die theoretischen Grundlagen im ersten und zweiten Teil des Buches sowie für die Überlegungen zur Lebenswelt am Anfang von Teil drei.

Die ersten zwei Teile des Buches führen in die nötigen pädagogischen und psychologischen Grundlagen ein und möchten zu einem Verständnis der zentralen Begriffe beitragen.

Dazu greifen wir zuerst den Begriff der Behinderung selbst auf und führen dann im Überblick einige wesentliche Merkmale ausgewählter Formen von Behinderung an. Ziel ist es, einen modernen Behinderungsbegriff vorzustellen und deutlich zu machen, dass Behinderung sich nicht ausschließlich als Folge einer Schädigung begreifen lässt. Da die Heilerziehungspflege immer auch Ideen benötigt, wie Menschen mit Behinderung

gut leben können, werden danach drei Leitkonzepte der pädagogischen Arbeit vorgestellt. Diese normativen Ideen gilt es aus ihrer historischen Entstehung heraus zu begreifen, aber auch zu überlegen, wie sie im konkreten Arbeitsfeld das pädagogische Handeln leiten können. Um dem Leser und der Leserin den Brückenschlag zwischen diesen Konzepten und der konkreten Tätigkeit zu erleichtern, gibt es in diesem Teil des Buches nach jedem Abschnitt einige Reflexionsfragen. Abgeschlossen wird der Einführungsteil mit der Thematisierung des pädagogischen Handelns als zwischenmenschliches Handeln. Wir gehen dabei auf den Begriff der Kommunikation ein und stellen einige besondere Herausforderungen praktischer wie auch reflexiver Natur bei der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen dar.

Der zweite Teil stellt die für das Arbeitsfeld notwendigen entwicklungspsychologischen Kenntnisse vor. Verschiedene Modelle, die die Entwicklung von Wahrnehmung, Kommunikation und Denken sowie der Entfaltung der Persönlichkeit und der Emotionen beschreiben, werden dabei behandelt.

Der dritte Teil des Buches ist überschrieben mit „Behinderung in der Lebenslaufperspektive“. Es geht uns darum, anhand verschiedener biografischer Stationen wie z. B. Familie, Schule, Arbeitswelt und Wohnen die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen im Leben von Menschen mit Behinderung in Deutschland zu thematisieren. Eine solche Kenntnis der Rahmenbedingungen ist unserer Meinung nach unabdingbar, wenn man als Heilerziehungspflegerin in einem dieser Felder tätig sein will. Bei jeder biografischen Station werden wir die entsprechenden pädagogischen Fragestellungen diskutieren und auch ganz konkret mögliche Arbeitsaufgaben für den Heilerziehungspfleger vorstellen.

Der vierte und fünfte Teil sind der konkreten Arbeit gewidmet. Im vierten Teil greifen wir alle Tätigkeiten auf, die unabhängig vom jeweiligen Arbeitsfeld zu den Aufgaben des Heilerziehungspflegers zählen. Ob man in der Frühförderung, einer Schule, einer Wohngruppe oder in der Arbeit mit älteren Menschen beschäftigt ist, stets muss der Mensch mit Behinderung beobachtet und die Beziehung zu ihm gestaltet, die konkrete Arbeit geplant und dokumentiert werden. Im abschließenden fünften Teil greifen wir einige konkrete Arbeitsfelder aus der beruflichen Praxis auf. Es ist uns bewusst, dass eine derartige Auswahl niemals vollständig sein kann und letztlich willkürlich ist. Wir haben unser Augenmerk auf die Bereiche gelegt, die unserer Meinung nach in der Praxis häufig relevant sind (basale Arbeit, Unterstützung bei der selbstbestimmten Alltagsbewältigung) oder in Weiterbildungen oft nachgefragt werden (Umgang mit auffälligem Verhalten). In diesem Teil des Buches werden konkrete Hinweise für das jeweilige Thema gegeben, bis hin zu schrittweisen Handlungsempfehlungen. Einen

Überblick über die allermeisten Methoden und Verfahren innerhalb der Heilpädagogik bietet das Buch von Georg Theunissen und Ernst Wüllenweber (vgl. 2009a).

Ein Komplexbeispiel, das wir auf seine pädagogischen Möglichkeiten hin untersuchen, soll den o. g. Bogen von eher abstrakten Fragestellungen zum konkreten Handeln schließen.

Wir sind uns darüber im Klaren, dass der dargestellte Überblick über das berufliche Handeln in der Heilerziehungspflege in keinem Bereich ein Fachbuch ersetzt. Für die jeweiligen Arbeitsfelder und behandelten Themen wird man zusätzlich spezialisierte Publikationen und Lernmaterialien benötigen. Unser Buch hat nicht den Anspruch, ein Pflegehandbuch zu ersetzen oder eine detaillierte (und unter Umständen bilderte) Einführung in psychomotorische Übungen zu sein. Deshalb wurde in allen Abschnitten auf weiterführende Literatur verwiesen.

## Heilerziehungspflege als Beruf

Spätschicht: Herr Heinz H. montiert gerne. Zum Geburtstag hat er einen Metallbaukasten bekommen. Mit diesem beschäftigt er sich im Augenblick in seinem Zimmer. Meine Kollegin ist krank. Herrn Peter T. habe ich gebeten, zum Baden zu gehen (von sich aus würde er nicht gehen ...). Mit Herrn Walter R. und Herrn Fred E. backe ich gerade einen Apfelkuchen. Herr Hans L. ist in Urlaub gefahren. Darüber bin ich nicht unglücklich, weil ich heute allein im Dienst bin, und Herr Hans L. für mich sehr anstrengend ist. Oft kommt er alle zehn Minuten und hat dann ein dringendes, unaufschiebbares Anliegen. Wenn man sich um sein Anliegen kümmert, rennt er weg. Herr Walter R. und Herr Fred E. freuen sich am Backen, sie sind gerne dabei. Herr Walter R. muss manchmal ermahnt werden, er würde sonst alle Äpfel so essen. Ich schaue auf die Uhr, Herr Martin M. und Herr Karl A. kommen bis in einer halben Stunde von der Arbeit. Spätestens dann sollte der Kuchen im Ofen sein. Herr Martin M. muss ich beim Duschen helfen, er hat anschließend einen Arzttermin wegen seines Knies. Es ist nötig, dass ich vorher nochmals in die Akte reinschaue. Herr Karl A. ist ein sehr ruhiger Bewohner, er wird sich wahrscheinlich nach der Arbeit gleich in sein Zimmer zurückziehen und Radio hören. Das aber so laut, dass alle etwas davon haben, und leider eben Volksmusik – nicht mein Geschmack. Herr Jan H. arbeitet als Einziger außerhalb, er benützt die öffentlichen Verkehrsmittel. Trotzdem muss ich ihn gleich abpassen. Wenn er, was häufig geschieht, eine Tüte voll eingesammelter Kippen aus der Stadt mitbringt, tausche ich sie mit seinem Einverständnis gegen frischen Tabak – er würde sonst diese Kippen in seiner Pfeife rauchen. Herr Peter T. geht gerade an der Küchentür vorbei. „Peter!?“ Ich höre Plätschern im Bad. „Peter, geh jetzt bitte schnell ins Bad, sonst reicht es nachher für Martin nicht mehr!“ Aber warum höre ich bloß Wassergeräusche?

Ich zeige auf die Apfelschnitze und werfe Herr Walter R. einen deutlichen Blick zu. Ich denke, dass er ihn verstanden hat. Dann ins Bad. Da läuft kein Wasser. Es kommt aus dem Zimmer von Herrn Heinz H. Eine ungute Ahnung steigt in mir auf. Und wirklich, eine dicke lange Wasserzunge schiebt sich langsam unter dem Türspalt von Herrn Heinz H.s Zimmer hervor. „Heinz!“ Ich kann es nicht fassen. Bei ihm ist doch das Wasser abgestellt worden, weil er von seinem „zwanghaften Verhalten“, alles mit Wasser füllen zu müssen, mit nichts abzubringen war. Im Bad hatte man ihm deshalb extra Spielraum und Gefäße zur Verfügung gestellt. Ich rufe nochmals „Heinz“ und reiße die Tür auf. Herr Heinz H. trieft vor Nässe. In der einen Hand hält er eine Rohrzange, mit der anderen presst er ein Kleidungsstück an die Wand. Der Hahn liegt abmontiert im Waschbecken. Herr Heinz H. ist zugleich ängstlich, hilflos und erstaunt. Das Wasser lässt sich im Zimmer nicht abstellen, auch den Hahn bringe ich nicht wieder in das Rohr – wahrscheinlich ist das Gewinde kaputt. Ich merke, wie ich hektisch werde. Den Hausmeister anrufen? Nein, zuerst in den Keller und das Wasser abstellen. Wo ist der Haupthahn? Endlich, es hat aufgehört. Ich gebe Herrn Heinz H. trockene Kleider und ziehe mich dann selbst um. Herr Fred E. ist sehr hilfsbereit. Er hat schon den Putzeimer geholt und macht sich nun daran, mit Herrn Heinz H. das Wasser aufzuwischen.

Wo ist Herr Walter R.? Ich renne in die Küche. Zu spät – ich war zu lange weg– die Äpfel sind „verputzt“, auch die, die schon auf dem Kuchen waren.

Das Telefon läutet. Es ist die Mutter von Herrn Hans L. Sie beschwert sich über die neuen Kleider, die wir ihrem Sohn gekauft haben. So würde sie mit ihm nicht herumlaufen. Ich erkläre ihr, dass sich Hans diese Kleider selbst ausgesucht hat und dass wir sie schön fänden. Sie klärt mich darüber auf, dass sie schon in der Textilbranche gearbeitet habe, dass sie sich mit Mode sehr gut auskenne und sich von uns Heilerziehungspflegern in dieser Hinsicht nichts zu sagen lassen brauche. Ich versuche ihr zu erklären, dass ich im Moment keine Zeit habe, weil ich allein im Dienst bin, wohingegen sie mir mit der Heimleitung droht. Ich gebe ihr die betreffende Nummer und beende das Gespräch.

Herr Martin M., der inzwischen von der Arbeit gekommen ist, klopft wütend an die verschlossene Badezimmertüre. Niemand rührt sich. Herr Martin L. ist ganz aufgebracht, er muss zum Arzt.

„Peter“! Ich schließe auf.

Peter steht eingeseift in der Dusche – es kommt kein Wasser mehr. Endlich ist der Hausmeister da, ich zeige ihm den Schaden. Dann klingelt wieder das Telefon. Ich kann keinen Ton verstehen. „Schwarzbraun ist die Haselnuss ...“, schallt es durch die Räume.

„Mach doch die Musik leiser!“ Es ist der Fahrdienst, der nach Herrn Martin L. fragt. Sie warten schon, um ihn zum Arzt mitzunehmen. Ich sage mir, dass ich jetzt ganz ruhig bleiben muss, und hole tief Luft. Es stinkt nach alten Zigarettenkippen ... Herr Jan H. raucht sie bereits in seiner Pfeife.<sup>1</sup>

Ist das die Praxis? Ist das die tägliche Arbeit der Heilerziehungspflegerin? Ja, an manchen Tagen zweifelsohne – aber die hier geschilderte Situation bildet nur einen Ausschnitt der beruflichen Wirklichkeit ab. Der Heilerziehungspfleger ist sicher in manchen Situationen ein Manager in den Krisen des Alltags, aber auch und v.a. eine pädagogisch langfristig denkende, planende und handelnde Person, die Menschen mit Behinderungen bei der Teilhabe am Leben

in der Gesellschaft unterstützt und begleitet. Sie ‚heilen‘ zu wollen – so zuweilen die Frage aber auch der Vorwurf an die Angehörigen der Berufsgruppe – liegt ihnen dabei fern.

Wie dieses Bündel an Aufgaben und Tätigkeiten zu einem eigenständigen Beruf geworden ist, und was die aktuellen Diskussionen der professionellen Entwicklung sind, wollen wir im Folgenden untersuchen.

<sup>1</sup> Beispiel aus Bentele/Metzger, Didaktik und Praxis der Heilerziehungspflege. 4. Auflage Freiburg 2008, S. 13.

## Entwicklung und Bezeichnung des Berufs

Mit Beginn der Industrialisierung entstanden Mitte des 19. Jahrhunderts in Deutschland viele ‚Heil- und Pflegeanstalten‘ für Menschen mit Behinderungen unter der Leitung von Ärzten. Die Alltagsarbeit wurde durch ‚Wärter‘ und Pfleger sowie durch un- ausgebildetes Personal übernommen. Unter dem Einfluss einer zunehmend pädagogisch-theologischen Orientierung des Leitungspersonals und der einsetzenden kritischen Reflexion des Verwahrgedankens wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Bedarf an ausgebildetem Personal für eine fachlichere und humanere Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen erkannt und formuliert.

Die Versuche einiger Einrichtungen, Pflegekräfte intern für die Betreuungsaufgaben zu qualifizieren, konnten den erforderlichen fachspezifischen Bedarf jedoch kaum decken. D. Ludwig Schlaich – Theologe und von 1930 bis 1965 Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Stetten – resümierte dazu: „Krankenpfleger, auch mit vertiefter psychiatrischer Ausbildung, ermangeln der notwendigen pädagogischen Ausbildung; Erziehern in Erziehungsheimen (...) fehlt die Ausbildung in der Pflege und in der Heilerziehung und in der Anleitung der Geistigbehinderten. (...) Die heilerzieherische und pflegerische Betreuung des hier in Frage stehenden Personenkreises erfordert eine Sonderausbildung eigenständiger Art“ (Schlaich in Thesing 2006, 34). Seinen – schon Jahre zuvor entwickelten – Entwurf einer eben- solchen Ausbildung setzte Schlaich 1958 mit der Gründung der Evangelischen Fachschule für Heilerziehungspflege in Stetten (Baden-Württemberg) um. Die staatliche Anerkennung und weitere Schulgründungen erfolgten ab den 1960er-Jahren im gesamten Bundesgebiet. Auch in der ehemaligen DDR gründeten kirchliche Einrichtungsträger Ausbildungsstätten für Heilerziehungspflege (z. B. 1975 im Katharinenhof Großhennersdorf); die staatliche Anerkennung des Berufes erfolgte allerdings erst nach der Wiedervereinigung beider deutscher Staaten.

Die Berufsbezeichnung Heilerziehungspflege war zunächst als eine vorläufige gedacht; mittlerweile hat sie jedoch seit über 60 Jahren Bestand.

Derzeit steht sie allerdings – wie oben angedeutet – in der Kritik. Diese Kritik basiert v. a. darauf, dass eine konservative Auslegung der drei zentralen Begriffe (Heilen, Erziehen, Pflegen) mit einem modernen Selbstverständnis des Berufes nicht mehr zusammenpasst. Gleichzeitig muss aber erwähnt werden, dass im fachlichen Diskurs zu den einzelnen Begriffen durchaus unterschiedliche Lesarten existieren. Daher scheint es uns sinnvoll, die Teile der Berufsbezeichnung im Einzelnen zu betrachten, wobei wir eine moderne, fachlich anschlussfähige Auffassung herausarbeiten wollen.

Der Begriff Heilerziehungspflege setzt begrifflich drei konstituierende Aspekte des Handelns der Berufsangehörigen (und Auszubildenden) zusammen:

Heil: Das Wort lässt sich aus germanischen (heilaz) sowie aus griechischen (holos) Wurzeln ableiten und bedeutet so viel wie Segen, Glück oder Ganz(-heit). In diesem Sinne wird er in der Heilpädagogik und der Heilerziehungspflege auch verstanden. Es geht um den ganzen Menschen als denkendes, fühlendes und körperliches Individuum mit Stärken und auch Behinderungserfahrungen. Und es geht darum, dass dieser Mensch Heil im Sinne von Ganzheit, von Lebensglück, vielleicht von Gesegnet-Sein erfahren und erleben kann. Was Ganzheit oder eine in diesem Sinne erfüllte Lebenssituation bedeutet, ist nur subjektiv und individuell aus der Person heraus bestimmbar und verstehbar. Und insofern ist das manchmal missverständene, in der modernen Sprache vielleicht sperrig anmutende Wort ‚Heil‘ zeitlos, weil es sich immer auf die Achtung, die Wertschätzung und die Unterstützung dessen bezieht, was der einzelne Mensch (mit oder ohne Behinderung) aktuell für sich als ganzheitlich und mit sich stimmig befindet. Doch auch und insbesondere die Begleitung von Menschen, die das Heil, die Ganzheit mit sich und mit der Welt aus unter-

schiedlichen Gründen nur schwer oder gar nicht erleben, ist eine Aufgabe von Heilerziehungspflegern. Ausgrenzung, Schmerzen, Einsamkeit, unerfüllte Lebensträume – eben Un-Heil – ertragen können und trotzdem Eigen- und Lebenswert erfahren, dabei stärken und unterstützen sie Menschen mit Behinderungen.

**Erziehung:** Die heute wohl umstrittenste Setzung in der Namentrias des Berufes ist der Erziehungsbegriff. Er wird mit den paternalistischen Rollen- und Interaktionsmustern zwischen Erzieher und Zögling assoziiert, die zur Zeit der Namensgebung die erzieherische Praxis widerspiegelten. Ebenso schwingen die Infantilisierung und das Absprechen des Erwachsenseins gegenüber Menschen mit Behinderungen mit – was jahrzehntelang ebenso unrühmliche wie unbestrittene Realität in der Behindertenhilfe war. Das Verständnis von Erziehung (und auch das Selbstverständnis der Erzieher) hat sich aber seit den 1950er-Jahren weiterentwickelt. Unter einem neu und weit gefassten Erziehungsbegriff, der sich auf verantwortbare Hilfen zur Entfaltung der Persönlichkeit und zur Eröffnung von Chancen auf emanzipatorische Prozesse bezieht (vgl. hierzu Kap. 34.1, S. 375), nimmt jeder Mensch lebenslang erzieherische Hilfen an. Dieses erweiterte Erziehungsverständnis kann unserer Meinung durchaus als Teil einer modernen Berufsauffassung gelten; die enge Auslegung, die weiterhin auf ein Gefälle zwischen den Rollen abstellt und ausschließlich das Erziehen von Heranwachsenden meint, ist aus heutiger Sicht hingegen unpassend für die Unterstützung der großen Zielgruppe der erwachsenen und älteren Menschen mit Behinderung.

**Pflege:** Die Unterstützung von Menschen v.a. mit schwerer und mehrfacher Behinderung in den Aktivitäten des täglichen Lebens gehört zu den elementaren Aufgaben von Heilerziehungspflegern und stellt unter dem Begriff ‚Pflege‘ den dritten Teil der Berufsbezeichnung. Viele Klienten benötigen aus unterschiedlichen Gründen die Assistenz bei der Pflege in Gesundheit, andere nur in Krankheit oder unter be-

sonderen Umständen. Das Besondere der Heilerziehungs-Pflege ist die Ausrichtung der pflegerischen Unterstützung an Selbstbestimmung und Teilhabe der zu pflegenden Person (vgl. Heilpädagogische Pflege).

Wir hatten einleitend auf die Veränderungen der pädagogischen Praxis verwiesen, die in der Behindertenhilfe seit einigen Jahrzehnten beobachtbar sind. Dabei hat sich v.a. die Sicht auf Behinderung insgesamt und den einzelnen Menschen grundlegend gewandelt. Die über viele Jahrzehnte dominierende Praxis, Menschen mit Behinderung v.a. aus der Sicht ihres Nicht-Könnens und ihrer Mängel zu beschreiben (defizitäre Sicht), ist abgelöst worden durch einen ganzheitlichen Blick, der gezielt nach Entwicklungspotenzialen sucht und sich an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft orientiert.

Mit diesem sog. ‚Paradigmenwechsel‘ hat sich auch eine neue Fachsprache etabliert. Dabei sollen die neuen Begriffe nicht nur bestimmte Sachverhalte bezeichnen, sondern das zentrale Anliegen war und ist es, Diskriminierungen abzuschaffen und neue Ausgrenzungen zu vermeiden.

Ist es im Zuge dieser Entwicklungen also an der Zeit, auch dem Beruf der Heilerziehungspflegerin einen neuen Namen zu geben? Im Gegensatz zur eben explizierten Fassung der drei zentralen Begriffe speist sich die Kritik an der Berufsbezeichnung aus einer konservativen Lesart v.a. der Begriffe ‚Heil‘ und ‚Erziehung‘. Pointiert findet sich diese Kritik bei den Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen. Einflussreich ist z. B. Raul Krauthausen, der eine Einflussnahme und Bevormundung, wie sie sich aus einem konservativ-paternalistischen Erziehungsverständnis ergibt, in der Berufsbezeichnung vermutet und sie aus diesem Grund ablehnt. Der Bezeichnungsteil ‚Heil‘ wird im kritischen Diskurs mit den Heilberufen assoziiert, die im medizinischen Kontext mit der Beseitigung von Krankheiten befasst sind. Die diesbezügliche Befürchtung und Kritik bezieht sich auf die Konsolidierung der defizitären Sicht auf Behinderung, die es zu ‚heilen‘ im Sinne von ‚zu beseitigen‘ gelte.

Zweifelsohne sind die Argumente von Krauthausen schlüssig und nachvollziehbar. Unklar bleibt jedoch, an welchen Kriterien sich z. B. eine berufsständische Vereinigung (siehe unten) bei der Wahl einer neuen Berufsbezeichnung orientieren sollte. Die Erfahrungen mit anderen Bezeichnungen der Behindertenhilfe zeigen nämlich, dass fachsprachliche Neuerungen, die aus eben diesen ethischen Gründen eingeführt wurden, recht schnell wieder ‚veralteten‘ und ebenfalls als diskriminierend oder inkorrekt verworfen wurden. Recht gute Beispiele dafür sind die verschiedenen Bezeichnungen dieser Menschen mit geistiger Behinderung, die in den letzten Jahren benutzt worden sind. Zudem ist aus berufspolitischer Sicht zu fragen, ob die endlich erreichte Etablierung der Bezeichnung Heilerziehungspflege in der fachlichen und politischen Öffentlichkeit als hinreichendes Argument gelten kann, diese beizubehalten.

Wir können und wollen diese Fragen im Rahmen des vorliegenden Lehrbuches

nicht erschöpfend diskutieren oder gar abschließend beantworten, wollen aber gern mit darüber nachdenken.

Viel wichtiger als die Bezeichnung des Berufes ist uns jedoch etwas anderes: In der konkreten Begegnung mit Menschen mit Behinderung wird es nicht entscheidend sein, ob die Berufsangehörigen Teilhabe oder Inklusion, Bildung oder Pflege in ihrer Berufsbezeichnung führen oder Auszubildende sie bei der Abschlussprüfung verbal artikulieren und verteidigen können. Viel entscheidender wird es für die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen sein, ob die Fachkräfte die Ideen einer modernen teilhabeorientierten Arbeitsweise als innere Haltung angenommen haben und diese im alltäglichen Handeln wirksam wird. Pointiert gesagt, geht es uns also weniger darum, was auf dem Beruf gewissermaßen ‚draufsteht‘, sondern vielmehr um die Frage: Was ist drin, im einzelnen Heilerziehungspfleger, der einzelnen Heilerziehungspflegerin?

## Berufliches Selbstverständnis von Heilerziehungspflegerinnen

Heilerziehungspflegerinnen verstehen sich als Fachkräfte in der Behindertenhilfe mit pädagogischen und pflegerischen Tätigkeitsschwerpunkten. Aus der Verortung des Berufes an der Schnittstelle zweier beruflicher Handlungsfelder ergeben sich Anforderungen an multiprofessionelle Kompetenzen aus beiden Bereichen sowie an die sinnvolle Vernetzung dieser in spezifischen beruflichen Handlungssituationen. Das berufliche Handeln konkretisiert sich in den heilerziehungspflegerischen Handlungsdimensionen Pflegen, Erziehen, Fördern/Anleiten und Beraten, die wir im abschließenden Kapitel kurz vorstellen und auf die komplexe berufliche Praxis anwenden. In sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern bearbeiten Heilerziehungspflegerinnen selbstständig komplexe fachliche Aufgaben und vernetzen sich mit Kooperationspartnern aus dem professionellen Feld und aus der Lebenswelt ihrer Klienten.

Dieses zunächst sehr allgemein gefasste Berufsverständnis bedarf aber inhaltlich einer Differenzierung. So wie sich die gesamte Heilpädagogik und Behindertenhilfe in einer intensiven Weiterentwicklung und Neuausrichtung befand und noch befindet, muss sich auch das berufliche Selbstverständnis von Heilerziehungspflegern weiter entwickeln. Die beruflichen Rollenverschiebungen ergeben sich zum einen aus der in Deutschland inzwischen verfassten Rechtsgrundlage, welche die volle und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in einem Leistungsgesetz verankert. Zum anderen, und hier schließen wir an die Ausführungen zur Berufsbezeichnung an, kann die Umsetzung der Forderungen nur Realität werden, wenn Heilerziehungspfleger sich ihre neue Rolle aktiv selbst aneignen. Die Bildung einer eigenen Haltung, die im humanistischen Sinne den anderen Menschen zunächst als Mitmenschen wahr- und annimmt, muss dabei der Entwicklung einer professionellen Haltung vorausgehen.

Wenn die Entwicklung einer professionellen Identität an dieser Grundhaltung anschließen kann, dann ist die Ausrichtung des beruflichen Handelns von Heilerziehungspflegern an Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment von Menschen in behindernden Lebenssituationen keine zu erhebende Forderung an die Fachkräfte, sondern ihre eigene und selbstverständliche Motivation.

Heilerziehungspfleger begreifen ihre berufliche Rolle aus einer veränderten Wahrnehmung von Expertenschaft. Aus einer personenzentrierten Haltung sehen sie den Menschen mit Behinderung als zentralen Akteur im Hilfeprozess. Sie assistieren ihm dabei, sich selbst in sozialer Teilhabe zu verwirklichen, eigene Wünsche und Interessen umzusetzen und eigene Potenziale zu entdecken und auszuschöpfen. Sie agieren im Auftrag ihrer Klienten. Und sie wirken als

Akteure bei der Erschließung der Gesellschaft für die Verwirklichung von Inklusion. Sie vernetzen sich im Sozialraum und wirken darauf hin, die Lebenswelt ihrer Klienten über die Grenzen besonder(nd)er Einrichtungen und Dienste hinaus zu erweitern.

Und: Heilerziehungspflegerinnen setzen diese Haltung und diesen professionellen Anspruch in einem – für sie beruflichen, für ihre Klienten lebensgestaltenden – noch nicht idealem strukturellen Setting der realen Eingliederungshilfelandchaft um. Wenn ihnen das gelingt, trotz oftmals noch bestehender ungünstiger Bedingungen, die Rechte von Menschen mit Behinderung auf Akzeptanz, Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung ernst zu nehmen, im Alltag zu verwirklichen und an einer vollumfänglichen Realisierung mitzuwirken, dann bezeichnen sich Heilerziehungspflegerinnen zu Recht auch als Angehörige einer Menschenrechtsprofession.

## Tätigkeitsfelder und Aufgaben

Heilerziehungspfleger können in allen Bereichen der Lebenswelt von Menschen mit Behinderungen und innerhalb dieser an unterschiedlichen Orten tätig sein. Auch die Formen der Beschäftigung sind variabler geworden und beziehen sich nicht mehr ausschließlich auf Anstellungsverhältnisse.

Die Begleitung im Bereich Wohnen ist anteilig das umfangreichste Tätigkeitsfeld in der Heilerziehungspflege. In stationären, ambulanten und familienbezogenen Wohnformen assistieren Heilerziehungspfleger Menschen mit Behinderungen bei der Bewältigung von Alltags- aber auch von Lebensaufgaben und unterstützen das Wohnen in der eigenen Wohnung.

Im Bildungsbereich sind sie in der Frühförderung, in integrativen oder heilpädagogischen Kindertagesstätten sowie in unterschiedlichen Schulformen und -typen beschäftigt. Sie entwickeln, etablieren und realisieren außerschulische Bildungsangebote für junge und erwachsene Menschen sowie Senioren mit Behinderungen und unterstützen sie bei der Inanspruchnahme.

Heilerziehungspfleger leisten Arbeitsassistenz für Menschen mit Behinderungen auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt. Sie unterstützen die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in Integrationsbetrieben und regen den Übergang in Arbeitnehmerverhältnisse an.

Orientiert an den Wünschen und Interessen ihrer Klienten entwickeln, unterbreiten und unterstützen Heilerziehungspfleger Freizeitangebote. Dabei agieren sie innerhalb von Behindertenhilfeeinrichtungen, im Rahmen familienentlastender und ambulanter Angebote, in zielgruppenbezogenen oder allgemeinen Freizeiteinrichtungen oder mobilen Diensten.

Die meisten Berufsangehörigen sind derzeit noch im Rahmen arbeitsvertraglicher Anstellungsverhältnisse beschäftigt. Die traditionelle und zahlenmäßig überwiegende Form der Anstellung bei einem Träger der Eingliederungshilfe wird erweitert um private Anstellungsverhältnisse durch Eltern oder Angehörige sowie durch die Anstellung im Rahmen eines Persönlichen Budgets

durch den Klienten selbst oder dessen gesetzlichen Vertreter. Eine noch in der Entwicklung und Etablierung befindliche Form der Beschäftigung ist die berufliche Selbstständigkeit von Heilerziehungspflegerinnen mit Angeboten und Diensten z. B. in der Arbeits- oder Budgetsassistenz, in mobilen Diensten, im Case-Management, in Betreuungsvereinen oder im Rahmen von Lehrtätigkeiten.

So verschieden wie die Tätigkeitsfelder und spezifischen Settings sind, so unterschiedlich sind auch die beruflichen Aufgaben der Heilerziehungspflegerinnen. Die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, orientiert an deren individuellen Vorstellungen in ihren jeweiligen Lebenssituationen und Kontexten, bleibt dabei die Kernaufgabe von Heilerziehungspflegern. Je nach dem Bedarf, den ihre Klientinnen artikulieren oder der durch fachliche Beobachtung ermittelt wird, assistieren sie auf vielfältige Weise: sie pflegen, sie bilden, fördern und leiten an, sie erziehen, sie betreuen, begleiten und beraten.

### Kooperationspartner und berufsständische Vertretung

In allen Tätigkeitsfeldern und Einsatzstellen von Heilerziehungspflegerinnen greifen die Arbeitsaufgaben verschiedener Berufe ineinander. Sowohl die Zusammenarbeit im Team als auch die Planung und Abstimmung direkter Assistenz- und Unterstützungsleistungen gemäß des Teilhabe- und Gesamtplans der Klienten setzen die Fähigkeit zum interdisziplinären Austausch voraus. Über die Interdisziplinarität hinaus ergeben sich aus der Zusammenarbeit mit Dienstleistern, Angestellten von Ämtern und Verwaltungen sowie mit Eltern, Angehörigen und Freunden der Menschen mit Behinderungen weitere personelle Schnittstellen. Mit Vertretern dieser Bereiche kooperieren Heilerziehungspflegerinnen als Partnerinnen im Auftrag und im Sinne der Menschen mit Behinderungen. Sie kommunizieren anlass- und auftragsbezogen mit ihnen und differenzieren die Struktur

Auch indirekte Leistungen gehören zu den beruflichen Aufgaben von Heilerziehungspflegerinnen. Sie planen pädagogische Angebote, organisieren alle Leistungen im konkreten Setting und kommunizieren mit dem Eingliederungshilfeträger. Sie übernehmen die Anleitung und Fachaufsicht für Nichtfachkräfte, Freiwilligendienstler und Auszubildende oder arbeiten selbst unter der Anleitung z. B. von Lehrkräften. Heilerziehungspfleger übernehmen Leitungsaufgaben in Arbeitsteams, planen den Dienstinsatz (mit) und leiten Teamgespräche. Sie unterstützen oder übernehmen die Kontaktpflege zu Angehörigen, Freunden oder gesetzlichen Vertretern ihrer Klienten. Sie arbeiten mit der Leitung von Einrichtungen und Diensten zusammen und wirken bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Dienstleistungsqualität mit. Auch die Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit gehört zum heilerziehungspflegerischen Aufgabenspektrum. Und Heilerziehungspfleger wirken zunehmend bei der Öffnung und Erschließung von Sozialräumen mit und wirken auf eine gelingende Begegnung und Kontaktgestaltung zwischen Menschen in Nachbarschaften hin.

der Kooperationsverhältnisse (mit beruflichen oder Privatpersonen kooperieren).

Für die Vertretung der beruflichen Interessen, die Etablierung und Weiterentwicklung des Berufsbildes und die Mitwirkung an politischen Entscheidungen existieren in Deutschland zwei berufsständische Vertretungen.

Der Berufsverband Heilerziehungspflege in Deutschland e.V. vertritt das Berufsbild in der Öffentlichkeit, beteiligt sich an berufspolitischen Diskussionen und arbeitet an der Schärfung des beruflichen Profils und der Abgrenzung zu anderen Berufen mit. Als weiteres Ziel wird die Gestaltung bundeseinheitlicher Arbeits- und Rahmenbedingungen für alle Heilerziehungspfleger formuliert. Der Berufsverband und seine Mitglieder beteiligen sich ebenfalls am fach-

lichen Diskurs und engagieren sich aktiv für die bestmögliche Assistenz für Menschen mit Behinderungen. Und schließlich setzt sich der Berufsverband für Weiterentwicklung des Berufsbildes ein und nimmt an der Diskussion um die Änderung der Berufsbezeichnung teil. Der Berufsverband ist in einzelne Landesverbände (fast aller Bundesländer) gegliedert, die jeweils Mitglied im Bundesverband sind. Für die Information und Weiterbildung der Mitglieder gibt der Bundeverband vierteljährliche die Fachzeitschrift ‚HEP Informationen‘ heraus und organisiert regelmäßig Fachtagungen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsstätten für Heilerziehungspflege in Deutschland e.V. (BAG HEP) engagiert sich v.a. im Bereich der Heilerziehungspflegeausbildung. Als Zusammenschluss von Ausbildungsstätten in ganz Deutschland er-

arbeitet sie Kompetenz- und Qualifikationsstandards für Heilerziehungspflegerinnen (zuletzt veröffentlicht: Qualifikationsprofil Heilerziehungspflege, 2019) und wirkt damit auf die Qualität der Ausbildung und mithin auf die berufliche Praxis ein. Durch diese gemeinsamen freiwilligen Standards der Ausbildungsstätten fördert die BAG HEP die Vergleichbarkeit der Ausbildung und der Kompetenzen von Heilerziehungspflegerinnen und sie beteiligt sich an berufspolitischen Debatten auf Länder- oder Bundesebene. Im Auftrag ihrer Mitglieder unternimmt die BAG HEP Aktivitäten zur Neufassung der Berufsbezeichnung. Neben der Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft sind die Ausbildungsstätten in den meisten Bundesländern auch in Landesarbeitsgemeinschaften organisiert, um länderspezifische Inhalte zu bearbeiten.

### Reflexions- und Diskussionsfragen:

- Welche begriffliche Fassung der Termini Heil, Erziehung und Pflege vertreten Sie selbst?
- Wie bewerten Ihre Kolleg\*innen in Praxis oder Ausbildung die Begriffe?
- Wie beurteilen Sie den Vorwurf, dass die Berufsbezeichnung Heilerziehungspflege ein diskriminierender Terminus sei?
- Können Sie die Argumente von Selbstvertreter\*innen nachvollziehen?

**Erster Teil**  
**Heilpädagogische Grundlagen**

# 1 **Behinderung**

## 1.1 **Der Begriff Behinderung**

Es scheint auf den ersten Blick recht klar, um welchen Personenkreis es geht: Menschen, die aufgrund einer Einschränkung ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Fähigkeiten in ihren Lebensvollzügen beeinträchtigt oder dauerhaft auf Hilfe angewiesen sind, werden umgangssprachlich als ‚behindert‘ bezeichnet. Dabei charakterisiert die Alltagssprache diese Behinderung oft als eine individuelle Eigenschaft oder ein persönliches Merkmal des jeweiligen Menschen. Dies zeigt sich typisch in Formulierungen wie ‚A ist behindert‘ oder ‚B hat eine Behinderung‘.

Damit legt die Sprache jedoch ein Verständnis von Behinderung nahe, das sich bei genauerer Betrachtung als zu einfach erweist. Die genannten Formulierungen unterstellen nämlich, dass Behinderung aus den je individuell beeinträchtigten Voraussetzungen körperlicher, seelischer oder geistiger Art entsteht bzw. vollständig durch diese erklärt werden kann. Eine solches Verständnis von Behinderung wird als Kausalmodell bezeichnet; es geht von einer linearen Grund-Folge-Beziehung aus, die andere Einflüsse (z. B. Ausstattung der Umgebung, Lernmöglichkeiten, Einstellungen der Mitmenschen usw.) auf die Behinderung weitgehend ausblendet.

Historisch gesehen sind derartige Auffassungen die ältesten (bis zurück zum Begründer der Psychiatrie J. C. Reil 1803). Auch in den grundlegenden heilpädagogischen Schriften des 20. Jahrhunderts fanden sich solche kausalen Erklärungen. So z. B. bei Ullrich Bleidick, der als ein wichtiger Begründer der wissenschaftlichen Heilpädagogik gelten kann. Er schreibt mit Bezug auf den deutschen Bildungsrat (1973): „Als

behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erschwert sind“ (Bleidick 1977). Auch wenn diese Formulierung bereits Relativierungen enthält (als behindert *gelten...*) und der Autor die Relativierungen (in Bezug auf Orte oder soziale Situationen) weiter vertieft (ebd.), folgt diese Definition grundlegend der genannten kausalen Logik.

Ebenso bedeutsam wie diese eher wissenschaftliche Auseinandersetzung war für die pädagogische Praxis die erste Bestimmung von Behinderung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deren zuerst 1980 veröffentlichtes ICIDH-Modell (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) ist ebenfalls als ein Grund-Folge-Modell zu lesen: Die Klassifikation unterscheidet zwischen Schädigung (impairment), Funktionsstörung (disability) und Beeinträchtigung (handicap), die in ein lineares Verhältnis zueinander gesetzt werden. Aus einer Schädigung (z. B. angeborene Spastik) folgt eine Funktionsstörung (kann nicht selbstständig laufen), die schließlich in einer Beeinträchtigung (z. B. Ausschluss von bestimmten gesellschaftlichen Aktivitäten) mündet. Dieser sehr einflussreichen Bestimmung (dem sog. „Dreiklangmodell“) ist zu Recht vorgehalten worden, dass sie aus einer Defizitperspektive heraus Behinderung einseitig auf Merkmale der einzelnen Person zurückführt und – ebenso zu Recht – Umweltfaktoren zu wenig Berücksichtigung finden. Neben dieser lange Zeit vorherrschenden Sichtweise, die Behinderung v. a. als Merkmal von Personen beschreibt, gibt es eine Reihe von Ansätzen,

die v. a. die soziale Seite des Phänomens Behinderung betonen. Den damit verbundenen Perspektivwechsel kann man sich gut in der Formel ‚Behindert ist man nicht – behindert wird man‘ vergegenwärtigen. Diese Ansätze stellen Behinderung als Folge von Ausgrenzungsprozessen (v. a. i. S. v. Vorurteilen aber auch i. S. v. mangelnden Zugangsmöglichkeiten und technischen Barrieren) dar. Die verschiedenen theoretischen Akzentuierungen dieser Konzepte finden sich gut zusammengefasst bei Lindmeier und Lindmeier (2012, 21 ff.).

Auch wenn diese sozialen Sichtweisen wesentlich dazu beigetragen haben, eine einseitige und teilweise abwertende Sicht auf Behinderung zu vermeiden, sind sie nach heutigem Kenntnisstand als Beschreibung von Behinderung allein jedoch nicht ausreichend. Dass Umweltkonstellationen eine wichtige Rolle spielen, wenn es um die je subjektiv erlebte Behinderung geht, ist evident: Stellt man sich z. B. einen Menschen mit Autismus vor, der in einem skandinavischen Land mit einem entwickelten Hilfesystem und einer weitgehenden Akzeptanz seiner Mitmenschen lebt und sieht sich im Vergleich die Lebenssituation einer Person mit gleicher Diagnose in einem zentralafrikanischen Land ohne staatliches Hilfesystem und unter Umständen von Verfolgung bedroht an (in vielen afrikanischen Gegenden gelten besonders autistische Menschen oder Menschen mit geistiger Behinderung als von Geistern besessen), wird dies sehr deutlich. Dennoch sind für eine möglichst umfassende Beschreibung von Behinderung auch die individuellen körperlichen, geistigen und seelischen Bedingungen (im genannten Fall also der Autismus) mitzudenken.

Dies führt zusammengenommen zu einem sogenannten relationalen Verständnis von Behinderung, das dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand entspricht und sowohl individuelle und soziale Faktoren als auch deren gegenseitige Beeinflussung in die Betrachtung einbezieht. Wegweisend für ein solches Verständnis von Behinderung sind wiederum internationale Klassifikationen

bzw. Abkommen. Zum einen die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), zum anderen die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (in Anlehnung an die englische Bezeichnung: ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Diese ist das Nachfolgemodell der oben dargestellten ICIDH.

In der UN-BRK einigen sich alle Unterzeichnerstaaten, die allgemeinen Menschenrechte für behinderte Menschen umzusetzen und ihnen die volle und wirksame Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Auch wenn dieses international zentrale Dokument keine strenge Definition von Behinderung vorgibt, wird doch der Personenkreis im genannten Sinne bestimmt. So heißt es in der Präambel Absatz e: „(...) in der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.“

In diesem knappen Abschnitt werden beide Einflussfaktoren auf Behinderung sichtbar: die Menschen mit ihren individuellen Beeinträchtigungen und die (sozialen und materiellen) Umweltfaktoren.

Im Modell der ICF werden diese Faktoren sehr viel weiter ausdifferenziert und in international vergleichbarer Weise erfasst. Die ICF begreift als zentrales Moment die Aktivitäten einer Person, die ihre Partizipation ermöglichen. Diese Aktivitäten werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst und wirken ebenso auf diese zurück, wie sich die einzelnen Faktoren gegenseitig beeinflussen. Alle im Modell aufgeführten Momente wirken also wechselseitig aufeinander ein; sie stehen in (je nach Personen verschiedenen) *Relationen* zueinander.

Die folgende Graphik bildet das Faktorengeflecht ab:



**Abbildung 1:** Faktorengeflecht (vgl. DIMDI 2004)

Die Faktoren selbst sind neutral formuliert. Mit ihrer Hilfe lassen sich sowohl Situationen von Behinderung i. S. v. Aktivitäts- oder Partizipationseinschränkungen beschreiben wie auch Situationen von Gesundheit. Um die ICF in Diagnostik und Praxis (z. B. bei der Bestimmung von Bedarfen) anwendbar zu machen, sind alle Faktoren – bis auf die personenbezogenen – auf mehreren Ebenen untergliedert. Der Bereich „Körperfunktionen“ enthält z. B. acht Kapitel, der Bereich „Aktivität und Partizipation“ neun. Die einzelnen Kapitel sind noch auf zwei weiteren Ebenen untergliedert bis hin zum konkret beschreibbaren Merkmal. Alle diese Merkmale können mittels einer 5-stufigen Skala eingeschätzt werden.

## 1.2 Formen von Behinderung

In Deutschland existieren letztlich zwei Einteilungen, die die eben vorgestellte allgemeine Kategorie der Behinderung näher spezifizieren. Dies ist zum einen die Systematik, die im schulischen Feld Verwendung findet und zum anderen die sozialrechtliche

Auch wenn die ICF auf den ersten Blick recht „technokratisch“ und in ihrer Detailfülle überfordernd wirken kann, ist sie das aktuell wichtigste Modell von Behinderung, welches von verschiedenen Berufsgruppen (Pädagogen, Ärzten und Psychologen usw.) eingesetzt wird. Hinzu kommt, dass sie durch die Erfassung der Hilfebedarfe – die sich am ICF orientieren müssen – einen großen Einfluss auf die Praxis der Heilerziehungspflege hat.

Allen folgenden Ausführungen zu den einzelnen Behinderungsformen liegt das im ICF beschriebene relationale Verständnis von Behinderung zugrunde.

Einteilung, die eher für die außerschulischen Bereiche relevant ist. Hinsichtlich der Schule werden verschiedene Förderschwerpunkte unterschieden, denen Schülerinnen und Schüler mit besonderen Bedarfen zugeordnet werden.

Förderschwerpunkt	Schülerzahl	Förderquote in %
Lernen	191.169	2,61
Sehen	8.149	0,11
Hören	19.161	0,26
Sprache	55.932	0,76
Körperliche und motorische Entwicklung	36.586	0,50
Geistige Entwicklung	87.516	1,19
Emotionale und soziale Entwicklung	86.794	1,18
Förderschwerpunkt übergreifend bzw. ohne Zuordnung	15.075	0,21
Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung (LSE)	12.323	0,17
Kranke	11.108	.
Insgesamt	523.813	6,99

**Tabelle 1:** Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung und Förderquoten nach Förderschwerpunkten 2016  
Quelle: KMK Dokumentation 214 „Sonderpädagogische Förderung an Schulen 2003–2016“

Neben diesen Förderschwerpunkten gibt es in einigen Bundesländern einen weiteren Förderschwerpunkt „Autismus“. Ein nicht unerheblicher Teil der Schülerinnen und Schüler eines Schuljahrganges (fast 7 % – siehe Tabelle) hat einen besonderen Bedarf und ist einem Förderschwerpunkt zugeordnet. In der genannten schulischen Logik sind die Schülerinnen und Schüler damit ‚behindert‘ (im Sinne lernbehindert, körperbehindert usw.).

Diese Einteilung lässt sich jedoch nicht auf den außerschulischen Bereich übertragen. So hat z. B. der mit Abstand größte Förderschwerpunkt „Lernen“ keine Entsprechung im Erwachsenenalter – er bleibt damit eine schulbezogene Behinderungsform. Die außerschulische Behindertenarbeit orientiert sich demgegenüber an den Definitionen, die das Sozialgesetzbuch IX vorgibt. Dort heißt es: Menschen mit Behinderungen sind

Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist (SGB IX § 2 Abs. 1).

Unter den im Gesetz genannten Gruppen ist die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung sicher die bedeutendste für die Praxis der Heilerziehungspflege. Sie ist in den relevanten Arbeitsfeldern (v. a. Wohnen und Arbeit) die mit Abstand größte und mit ihr beginnen unsere Überlegungen zu den verschiedenen Formen von Behinderung.

### 1.2.1 Geistige Behinderung

Die Bezeichnung selbst wurde in den 1960er-Jahren maßgeblich von der Elternvereinigung Lebenshilfe eingeführt. Man suchte einerseits den Anschluss an die amerikanischen Bezeichnungen (mental Retardation, mental Handicap) und wollte andererseits die als abwertend empfundenen Bezeichnungen ‚Idioten‘, ‚Schwachsinnige‘,

‚Blödsinnige‘ usw. ersetzen. Der Begriff der ‚geistigen Behinderung‘ hat sich in den folgenden Jahrzehnten durchgesetzt, er wird in Pädagogik und Medizin, im Recht und auch im Alltag verwendet (und auch verstanden), ohne dass sich allerdings eine feste Definition angeben ließe.

Die allermeisten Definitionsversuche legen eine im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt deutlich reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit zur Bestimmung der Personengruppe zugrunde. Bei fast allen historischen Beschreibungen und auch in vielen Konzepten des 20. Jahrhunderts werden diese kognitiven Einschränkungen meist als alleinige Ursache der Behinderung herausgestellt und unter verschiedenen Blickwinkeln beschrieben.

So finden sich Ansätze, die geistige Behinderung

- als eine letztlich unheilbare, psychische Krankheit auffassen wie z.B. der oben bereits erwähnte J. Chr. Reil am Anfang des 19. Jahrhunderts (psychiatrisch-nihilistische Sicht),
- rein defizitär als eine Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten und des Sozialverhaltens beschreiben (heilpädagogisch-defizitäre Sicht),
- als eine ‚kognitive Andersheit‘ bzw. als eine bzgl. der Normalbevölkerung verlangsamte Entwicklung auffassen (entwicklungspsychologische Sichtweisen),
- strikt als eine Intelligenzminderung begreifen, sich am Intelligenzquotienten orientieren und entsprechende Schweregrade einteilen (IQ-bezogene Sicht).

### 1.2.2 Seelische Behinderung

Bei Menschen mit seelischer Behinderung liegen aufseiten der biologischen Gegebenheiten psychische Störungen vor, die im Wechselspiel mit den anderen Faktoren (z.T. erhebliche) Teilhabeeinschränkungen zur Folge haben können. Damit wird deutlich, dass mit dem theologischen Begriff der „Seele“ eher so etwas wie psychische Gesundheit oder eben psychische Krankheit bzw. Störung gemeint ist. In diesem Sinne fasst auch der Gesetzgeber seelische Behinderung auf. Wenn auch in den einschlägigen Sozialgesetzbüchern (besonders im oben bereits genannten SGB IX und im SGB XII – Sozialhilfe) keine genaueren Bestimmungen von seelischer Behinderung zu finden sind, wird die Eingliederungshilfeverordnung

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Modellen geistiger Behinderung ist lohnend. Eine gut lesbare Darstellung findet sich bei Theunissen (2016a, 11 ff.).

Im Gegensatz zu diesen Konzepten hat sich auch in der Geistigbehindertenpädagogik in den letzten Jahren eine relationale Sichtweise im Sinne des genannten ICF Modells durchgesetzt. Ganz im Sinne des oben gezeigten Schemas werden zur Beschreibung von geistiger Behinderung

- biologische Gegebenheiten (dazu zählen, körperliche und kognitive Voraussetzungen, genetische Syndrome usw.),
- Umweltfaktoren (alle Faktoren der sozialen Umwelt wie Einstellungen, Vorurteile, aber auch Hilfen und die materiellen Bedingungen wie Barrieren, technische Möglichkeiten, Hilfesysteme)
- und die – je subjektiv verschiedenen – psychischen Verarbeitungsstrategien der eigenen Lebenssituation (i. S. einer Identitätsbildung)

herangezogen. Erst aus einer Analyse des Zusammenspiels dieser Komponenten lässt sich erschließen, was für den einzelnen Menschen „geistige Behinderung“ i. S. eingeschränkter Teilhabemöglichkeiten bedeutet und welche pädagogischen, therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen sinnvoll sind.

nach § 60 SGB XII etwas konkreter. Dort heißt es in § 3:

„Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Folge haben können, sind

1. körperlich nicht begründbare Psychosen,
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
3. Suchtkrankheiten,
4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.“

Diese Aufzählung folgt keiner Systematik und hat auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, die große Gruppe der affektiven Störungen fehlt z. B. völlig. Um zu einem breiteren Verständnis psychischer Störungen zu gelangen als es der Text der Verordnung ermöglicht, muss ein weiteres internationales Klassifikationssystem herangezogen werden. In der International Classification of Diseases (ICD 10) der WHO sind alle derzeit in Medizin und Psychiatrie gültigen Diagnosen psychischer Störungen aufgelistet und codiert (vgl. Dilling et. al. 1993). Diese Störungen werden klinisch (d.h. anhand beobachtbarer Merkmale) beschrieben und nach einem numerischen System in Gruppen geordnet, z. B. Störungen durch psychotrope Substanzen (F1), affektive Störungen (F3), Entwicklungsstörungen (F8) usw. In Deutschland ist eine diagnostizierte psychische Störung nach ICD-10, wenn sie chronisch (i. S. des § 2 SGB IX) wird, zentrales Merkmal einer seelischen Behinderung. An dieser Stelle können die verschiedenen Diagnosen im Einzelnen nicht näher besprochen werden, lediglich auf drei übergreifende Aspekte bei der Arbeit mit Menschen mit seelischer Behinderung soll

hingewiesen werden:

Zum Einen sind die Verläufe einer psychischen Störung oft sehr dynamisch. Der Zustand der Betroffenen ändert sich mitunter kurzfristig, was in den meisten Fällen ein Unterschied z. B. zur geistigen oder körperlichen Behinderung ist. Zum Zweiten ist das Problem der manchmal fehlenden Einsicht in den eigenen psychischen Zustand zu nennen, der einen therapeutischen Zugang erschwert. Als dritter Punkt soll noch auf die starke Bindung des psychischen Befindens an die Umweltfaktoren hingewiesen werden – bereits kleine Änderungen der materiellen oder sozialen Umwelt können weitreichende Folgen bei den Betroffenen auslösen, die mitunter nicht vorauszusehen sind.

Die Arbeit mit seelisch behinderten Menschen ist ein spezielles Arbeitsfeld der Heilerziehungspflege, welches eine vertiefte Kenntnis der einzelnen Störungen ebenso voraussetzt wie Grundwissen über psychotherapeutische Arbeitsformen und evtl. eingesetzte Medikamente. Diese speziellen Kenntnisse würden den Rahmen dieses Buches überschreiten und können hier nur angedeutet werden.

### 1.2.3 Autismus

Autismus wird hier gesondert behandelt, da die Zahl der diagnostizierten Fälle in den letzten Jahren sehr stark gestiegen ist und die Arbeit mit Menschen mit Autismus in der Praxis immer mehr Raum einnimmt.

Die derzeit aktuelle Diagnostik für Autismus findet sich nicht im eben erwähnten ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation, sondern in der amerikanischen Entsprechung dieses Manuales des DSM-5 (diagnostic and statistic manual). Dieses Klassifikationssystem wird von der Organisation der amerikanischen Psychiater herausgegeben und hat ebenfalls den Anspruch, alle psychischen Störungen zu beschreiben und differentialdiagnostisch voneinander abzugrenzen. Bisher waren die Beschreibungen der einzelnen Störungen im (eher in Europa gebräuchlichen) ICD und dem (in Amerika geläufigen) DSM weit-

gehend gleich; in Bezug auf Autismus aber ist die Variante des DSM wesentlich moderner, und das bald erscheinende ICD-11 wird sich hier verändern. Vier diagnostische Kriterien werden im DSM-5 angegeben:

A: Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion (in allen drei Bereichen)

1. Defizite in der sozial-emotionalen Wechselseitigkeit
2. Defizite in der nonverbalen Kommunikation im Rahmen sozialer Interaktionen
3. Defizite in der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Beziehungen

B: Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (in mindestens 2 Bereichen)

1. Stereotype(r) oder repetitiv(r) Sprache, Bewegungen, Gebrauch von Dingen
2. Exzessives Festhalten an Routine, ritualisiertes Sprachverhalten, Widerstand gegenüber Veränderung
3. Hoch eingeschränkte, fixierte Interessen
4. Hyper- oder Hypo- ausgeprägtes Wahrnehmungsverhalten

C: Die Symptome sollten in der frühen Kindheit zutage treten (müssen aber noch nicht voll ausgebildet sein)

D: Die Gesamtheit der Symptome begrenzen und beeinträchtigen das Alltagsverhalten (everyday functioning)

Anzumerken ist, dass die Merkmale ein Spektrum bilden hin von leichter bis zu schwererer Ausprägung (daher auch die oftmals verwandte Bezeichnung Autismus-Spektrum oder Autismus-Spektrum-Störung); auf eine diagnostisch trennscharfe Unterscheidung zwischen verschiedenen autistischen Formen, wie sie das ICD-10 noch kennt, wird verzichtet.

Hilfreich zum Verständnis für das Leben autistischer Menschen – jenseits der formalen diagnostischen Kriterien – sind deren eigene Darstellungen, so z.B. Theunissen 2016b. Diese Schrift enthält acht Beiträge von Menschen aus dem Autismus-Spektrum, die berichten, was Hyperwahrnehmung im Alltag bedeutet oder wie sie selbst ihre Spezial-

interessen erleben.

Hinsichtlich des oben erwähnten Anstieges der Fallzahlen der letzten Jahre sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen:

- eine größere Sensibilität in der Bevölkerung in Bezug auf Autismus (z. B. bei Mädchen und Frauen)
- veränderte Kriterien zur Diagnostizierung des Autismus im Erwachsenenalter
- verfeinerte, genauere Instrumente zur Erfassung von Verhaltensweisen im Autismus-Spektrum
- Elterninteresse (Autismus als „Versorgungsdiagnose“ z. B., um für das Kind einen Schulhelfer zu bekommen)
- Beseitigung von Fehldiagnosen (z. B. Autismus statt geistige Behinderung)
- Nachholende Diagnostizierung bei erwachsenen Menschen

Bei der Arbeit mit autistischen Menschen sind v. a. deren eigene Strategien mit einem Zuviel an Wahrnehmung umzugehen und ihren Stress zu regulieren zu beachten und diese keinesfalls vorschnell als Verhaltensstörung abzutun. Weiterhin kann eine strukturierte Umgebung, wie sie der TEACCH-Ansatz (vgl. Kap. 29, S. 290) vorschlägt, für autistische Menschen hilfreich sein. Jedoch gilt auch hier, dass eine Arbeit mit dieser Personengruppe eine intensivere Auseinandersetzung erfordert, als dieses Buch leisten kann.

### 1.2.4 Körperbehinderung

Der Begriff der Körperbehinderung ist eine Vokabel des 20. Jahrhunderts, die sich erst ab ca. 1940 endgültig durchsetzte. Bis dahin dominierte der Begriff des ‚Krüppels‘ auch im offiziellen Sprachgebrauch, so etwa im „preußischen Krüppelfürsorgegesetz“ von 1920 (vgl. Hedderich 2007, 76). Mit dem Ausbau des Hilfesystems ab den 1960er-Jahren entstanden zahlreiche Definitionen von Körperbehinderung. In einer Zusammenschau dieser Definitionen macht Hedderich (ebd.) „stets die Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit durch Schädigung

des Stütz- und Bewegungssystems“ als „schädigungsspezifische Kernaussage“ aus. Moderne Begriffsfassungen erweitern auch bei körperlichen Behinderungen den Blick über die reine Bewegungseinschränkung oder Krankheiten hinaus um soziale Faktoren und Umweltbedingungen (bei Körperbehinderung sind die technischen Standards von elementarer Bedeutung) im Sinne des genannten ICF-Modells. In vielen Lehrwerken werden verschiedene Störungsbilder vermerkt, die zentral zum Arbeitsfeld der Körperbehindertenpädagogik gerechnet

werden. So nennt z. B. Beergest (vgl. 2002) in seinem Studienbuch neun verschiedene Krankheits- und Störungsbilder (u. a. cerebrale Bewegungsstörungen, chronische Krankheit, Traumata). Hedderich unterteilt die Formen körperlicher Behinderung in drei größere Gruppen anhand der zugrunde liegenden Störungsbilder. Sie unterscheidet:

- Schädigungen von Gehirn und Rückenmark (cerebrale Bewegungsstörungen, Querschnittslähmung, Anfallsleiden)
- Schädigungen von Muskulatur und Skelettsystem (u. a. progressive Muskeldystrophie, Glasknochenkrankheit)
- Chronische Krankheiten und Fehlfunktionen von Organen (u. a. rheumatische Erkrankungen, Fehlbildungen des Herzens)

(vgl. Hedderich 2007, 79 ff.)

Treten körperliche Beeinträchtigungen ohne weitere (z. B. geistige) Behinderungen auf, sind die Personen mit technischer und personaler Hilfe zu einem weitgehend selbstständigen Leben in der Lage. Viele Menschen mit körperlichen Behinderungen sind in Initiativen wie dem *Bundesverband der Körper- und mehrfachbehinderten Menschen (bvkm)* oder der Interessensvertretung *selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL)* organisiert. Mit diesen Zusammenschlüssen verfügen sie über wesentlich mehr politischen Einfluss als Menschen mit geistigen oder seelischen Behinderungen.

In der Praxis der Heilerziehungspflege haben wir es demgegenüber oftmals mit Menschen zu tun, bei denen eine Mehrfachbehinderung vorliegt, d. h. die körperliche Beeinträchtigung geht einher mit einer geistigen Behinderung. Die Personen leben derzeit in Deutschland weit seltener eigenständig und benötigen zur Ermöglichung von Teilhabe meist umfassende Assistenz.