

Praxis Heilpädagogik

Eingliederungshilfe: Gesundheit

Die Papiere „Praxis Heilpädagogik“ des BHP dienen der Beschreibung von handlungsfeldspezifischen Aufgaben, Zielen, Herausforderungen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen.

Die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Bereich Gesundheit und Krankheit betrifft systemübergreifend die Eingliederungs- und Sozialhilfe sowie das Gesundheits- und Pflegesystem. Heilpädagog:innen sind aufgefordert, sich mit diesen verschiedenen Systemen auseinanderzusetzen und sich mit ihren professionsspezifischen Kompetenzen einzubringen. In diesem Praxispapier werden ausgewählte Problemlagen, Arbeitsfelder und das praktische Handeln von Heilpädagog:innen beschrieben. Ziel ist, die Bedeutung des Themenkomplexes Gesundheit für die Heilpädagogik herauszustellen.



Weitere Papiere der Reihe „Praxis Heilpädagogik“ finden Sie unter: bhponline.de/berufsbild-heilpaedagogik/arbeitshilfen-und-positionspapiere.

Praxis Heilpädagogik

Eingliederungshilfe: Gesundheit

Reinhard Burtscher

Inhaltsverzeichnis

I	Aktuelle Herausforderungen im Arbeitsfeld	4
II	Auftrag und Ziele heilpädagogischen Handelns im Arbeitsfeld	8
III	Handlungs- und Bildungskonzepte im Arbeitsfeld	12
IV	Rechtliche Grundlagen	16
V	Perspektiven des Arbeitsfeldes Gesundheit und des heilpädagogischen Handelns	18
	Literaturverzeichnis	21

I Aktuelle Herausforderungen im Arbeitsfeld

4

Das Praxispapier fokussiert die Arbeit von Heilpädagog:innen mit Menschen mit Behinderungen nach der Definition des Sozialgesetzbuchs IX, § 2: *„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“*.

Für diese Zielgruppe wird der Lebensbereich Gesundheit näher betrachtet. Der Lebensbereich Gesundheit kann als ein eigener Teilhabebereich definiert werden, so wie es im Dritten Teilhabebereich ausführlich formuliert ist (vgl. BMAS 2021). Der Teilhabebereich verdeutlicht die wechselseitige Bedingtheit zwischen Gesundheit und Verbesserung von Teilhabechancen. Gesunde Menschen nehmen aktiver an der Gesellschaft teil als Menschen, die krank sind oder sich krank fühlen. Gleichzeitig hat das Einbezogenensein in die Gesellschaft (Teilhabe) einen großen Einfluss auf die Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Krankheiten.

Aktuelle Herausforderungen im Arbeitsfeld Gesundheit lassen sich in drei Bereiche zusammenfassen:

- » **Begriffsverständnis von Gesundheit**
- » **Soziale Ungleichheit und Gesundheit**
- » **Kein inklusives Gesundheitssystem**

Begriffsverständnis von Gesundheit

Zunächst stellt sich die grundsätzliche Frage nach dem Begriffsverständnis von Gesundheit. Medizinische, soziologische oder pädagogische Perspektiven bedienen sich unterschiedlicher und ergänzender Konzepte. Während die Medizin primär den Blick auf Krankheit legt, beschreibt die Soziologie stärker die gesellschaftliche Produktion und Konstruktion von Gesundheit (vgl. Richter/Hurrelmann 2016). In der Pädagogik ist wiederum ein zentrales Thema die Definitionsmacht von Gesundheit (vgl. Walter/Römisch 2019). Was gilt als

gesund? Wer definiert Gesundheit? Und wie lässt sich das Verhältnis von Selbstbestimmung und äußerer Einflussnahme (Fremdbestimmung) verhandeln? Das Spannungsfeld zeigt sich beispielhaft, wenn Menschen für sich das Recht auf Fertigpizza und Cola reklamieren, obwohl sie bei übermäßigem Konsum übergewichtig und krank werden können.

Die Herausforderung von Gesundheitsfragen und Gesundheitspflege spiegelt sich konkret wider, wenn seitens der Person mit Behinderung, den Fachkräften und der gesetzlichen Betreuung unterschiedliche Einschätzungen zu Gesundheitsfragen bestehen. Hier erscheint eine plurale Gesundheitsvorstellung fachlich bedeutsam. Sie kann dazu führen, dass die eigenen Vorstellungen und Gesundheitserwartungen in der pädagogischen Praxis reflektiert werden. Eine plurale Gesundheitsvorstellung meint, mit eigenen und fremden Vorstellungen situationsbezogen passend umzugehen: *„Wirksame Gesundheitsförderung akzeptiert Menschen in ihrer Vielfalt, statt sie einfüchtig einer Idealnorm zu unterwerfen. Sie strebt weder den perfekten noch den perfekt funktionierenden Menschen an, sondern stellt lebbare Lösungen bereit, damit unterschiedliche Menschen unterschiedliche Gesundheitspotenziale realisieren können“* (Schmidt 2014: 14 f.).

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Empirische Studien aus der Soziologie und den Gesundheitswissenschaften (Public Health) belegen einen engen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Menschen mit niedrigem sozialem Status beschreiben ihren Gesundheitszustand ungünstiger als andere Menschen. Sie sind objektiv häufiger von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen und weisen eine höhere vorzeitige Sterblichkeit auf. Bei der Messung des sozialen Status (sozioeconomic status – SES) werden in erster Linie die Indikatoren Bildung, berufliche Stellung und Einkommen herangezogen. Es geht um Unterschiede im Bereich des Wissens, der Einflussnahme (Macht), um Geld und Prestige (vgl. Lampert 2016: 128). Die Herausforderung für Heilpädagog:innen im Arbeitsfeld Gesundheit liegt darin, dass Menschen mit Behinderungen vielfach einen geringen sozialen Status aufweisen. Sie verfügen über schlechtere Bildungs- und Beschäftigungschancen und leben meist an oder unterhalb der Armutsgrenze. Die Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen darf daher

nicht ausschließlich individualisiert erfolgen. Erforderlich ist eine Verringerung gesellschaftlicher Ungleichheiten durch politische Bemühungen, die sowohl gesamtgesellschaftlich als auch politikbereichsübergreifend ansetzen.

Kein inklusives Gesundheitssystem

In Deutschland gibt es kein inklusives Gesundheitssystem. Zahlreiche Barrieren im Gesundheitssystem führen zu einer schlechteren Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Die Barrieren sind vielfältig. Sie können verschiedenen Themenbereichen zugeordnet werden. Hier sind einige spezifische Herausforderungen benannt:

6

Physische Barrieren

Eine der offensichtlichsten Herausforderungen sind physische Barrieren, die den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen erschweren. Viele Krankenhäuser, Arztpraxen und andere medizinische Einrichtungen sind nicht barrierefrei. Dies betrifft nicht nur den Zugang zu Gebäuden, sondern auch die Nutzung von medizinischen Geräten und Einrichtungen. Menschen mit Mobilitätseinschränkungen haben oft Schwierigkeiten, Untersuchungsräume zu betreten, auf Untersuchungstische zu gelangen oder diagnostische Geräte zu nutzen, weil diese nicht ihren Besonderheiten angepasst sind beziehungsweise nicht entsprechend angepasst werden können.

Mangel an spezialisierter Versorgung

Je nach Region besteht ein deutlicher quantitativer Versorgungsmangel an Ärzt:innen und Therapeut:innen, wodurch Fragen der Versorgung sowie des Befindens prekär werden. Gleichzeitig werden so mitunter die Unterstützungsmöglichkeiten der pädagogischen Fachkräfte begrenzt. Fehlende medizinische Versorgungsangebote diskriminieren Menschen mit Behinderung strukturell. Exemplarisch zeigt sich dies insbesondere in der unzureichenden gynäkologischen Versorgungslage für Mädchen und Frauen mit Behinderungen. Hinzu kommen Fragen der Versorgungsqualität. Es fehlen Qualifizierungs- und Schulungsmöglichkeiten für medizinisches Personal im Umgang mit behinderten Patient:innen. Viele Ärzt:innen und Pflegekräfte sind nicht ausreichend darauf vorbereitet, die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu erkennen und angemessen zu behandeln. Dies kann zu unzureichenden Diagnosen und Behandlungen führen und die gesundheitlichen Probleme verschärfen.

Kommunikationsbarrieren

Kommunikationsbarrieren stellen eine große Herausforderung dar. Menschen mit Hör- oder Sprachbehinderungen haben oft Schwierigkeiten, effektiv mit medizinischem Personal zu kommunizieren. Dies kann zu Missverständnissen und Fehldiagnosen führen. Zudem sind Gesundheitsinformationen und Gesundheitsaufklärungsmaterialien häufig nicht in barrierefreien Formaten verfügbar, was den Zugang zu wichtigen Informationen erschwert. Gerade die Zunahme an digitalen Gesundheitsanwendungen (Gesundheits-Apps, Telemedizin, E-Health) führen zu neuen kommunikativen Herausforderungen, die bislang kaum berücksichtigt werden.

Finanzielle Hürden

Die Kosten für medizinische Behandlungen, Hilfsmittel und Medikamente können für Menschen mit Behinderungen erheblich sein. Viele von ihnen haben ein geringeres Einkommen und sind daher weniger in der Lage, für medizinische Versorgung zu zahlen. Dies führt dazu, dass sie notwendige Behandlungen nicht in Anspruch nehmen können oder verschieben, was ihre gesundheitlichen Probleme weiter verschärft.

Soziale Stigmatisierung und Diskriminierung

Menschen mit Behinderungen sind häufig Diskriminierung und Vorurteilen ausgesetzt, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems. Diese soziale Stigmatisierung kann dazu führen, dass sie zögern, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein angegriffenes Selbstwertgefühl aufgrund von negativen Zuschreibungen, Einstellungen und Haltungen und mögliche weitere psychologische Barrieren führen zu einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten.

Generell kann festgestellt werden: Je schwerwiegender die Beeinträchtigung eines Menschen ist, umso stärker ist das Gesundheitssystem herausgefordert, eine gute Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Deutschland ist von einem inklusiven Gesundheitssystem noch weit entfernt.

II Auftrag und Ziele heilpädagogischen Handelns im Arbeitsfeld

Die Grundlagen zum Auftrag und zu den Zielen heilpädagogischen Handelns finden sich in der Veröffentlichung des BHP zum *Berufsbild Heilpädagogin/Heilpädagog* (vgl. BHP 2022). Diese Grundlagen werden spezifiziert im Hinblick auf das Arbeitsfeld Gesundheit.

Zunächst gilt es den Begriff Gesundheit zu beschreiben. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 1946 folgende Definition formuliert: *„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“* (WHO 1946/2020). Dieses idealtypische Gesundheitsverständnis von damals wird inzwischen von vielen Wissenschaftler:innen und Praktiker:innen kritisch gesehen. Denn das Leben ist stets einer dynamischen Wechselwirkung von inneren und äußeren Anforderungen ausgesetzt. Die WHO-Definition hat neben dem statisch-idealtypischen Charakter den Nachteil, dass sie für die Praxis wenig hilfreich ist. Praxisbezogener erscheint die Frage: *„Was erhält den Menschen gesund?“*, welche Aaron Antonovsky (1997) mit dem Salutogenese-Ansatz zu klären versuchte. Er entwickelte die Vorstellung eines Kontinuums von Gesundheit und Krankheit. Gesundheit und Krankheit bilden in diesem Modell zwei Pole. Der Zustand eines jeden Menschen kann auf diesem Kontinuum lokalisiert werden. Antonovsky meint, dass jeder Mensch stets gesunde und kranke Anteile in sich trägt. Entscheidend sei die Frage, wie groß die jeweilige Entfernung zu den beiden Polen ist. Für die Praxis bedeutet das einfach gesagt: Wie und wo können wir die gesunden Anteile im Menschen erkennen und stärken? Wie können wir zum Wohlbefinden und einer besseren Lebensqualität beitragen?

Aktuell schlagen Hurrelmann und Richter folgende Definition von Gesundheit vor: *„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der*

inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (zitiert nach: Franzkowiak/Hurrelmann 2022).

Gesundheit als gelingende Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen kann durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung verbessert werden. Gesundheitsförderung als Handlungsfeld hat weltweit durch die *Ottawa-Charta* der WHO (1986) einen enormen Aufschwung erfahren. Als primäres Leitmotiv zielt „*Gesundheitsförderung auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“* (WHO 1986: 1). Die WHO plädiert für ein integriertes Konzept von Gesundheitsförderung, eingebettet in den Alltag der Menschen. Die tatsächlichen Lebensräume, die Orte an denen sich die Menschen aufhalten, werden bei der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gerückt:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (WHO 1986: 5).

Hier wird deutlich, dass es um eigenverantwortliches Verhalten und gleichzeitig um gesellschaftliche Verhältnisse geht. Der Arbeitsort, das Wohn- und Freizeitumfeld werden zu bedeutsamen Baustellen der Gesundheitsförderung. Der spezifische gesundheitsbezogene Auftrag und die Ziele heilpädagogischen Handelns sind unmittelbar mit diesen Räumen verbunden.

Viele Menschen haben eine klare Vorstellung von gesundem Leben. Sie denken an eine ausgewogene Ernährung, mäßigen Alkoholkonsum, ausreichend Bewegung oder wenig Stress. Vergessen wird, dass Gesundheit von sehr vielen Faktoren beeinflusst wird, die über den eigenen Lebensstil hinausgehen. Ein Modell, welches die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit übersichtlich darstellt, ist das Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991). Es veranschaulicht gesundheitserhaltende und krankmachende Einflüsse auf das Leben.



Abb. 1: Eigene Darstellung des Regenbogen-Modells nach Dahlgren und Whitehead (1991).

Die fünf Ebenen in diesem Modell können beispielhaft so veranschaulicht werden:

1. **Der Körper:** Die Erbanlagen einer Familie bestimmen in vielerlei Hinsicht die individuelle Entwicklung. Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede bei Erkrankungen. Ältere Menschen sind einem höheren Risiko ausgesetzt krank zu werden als jüngere Menschen.
2. **Die individuelle Lebensweise:** Ob jemand raucht, viel Alkohol trinkt oder körperlich aktiv ist und ernährungsbewusst lebt, macht einen Unterschied.
3. **Die sozialen Beziehungen und Netzwerke:** Freundschaften und gute Beziehungen stärken die Gesundheit. „Freunde machen gesund“ (Scheuermann 2021), Einsamkeit macht krank.
4. **Die Lebens- und Arbeitsbedingungen:** Ein gutes Wohnumfeld und Zufriedenheit mit der Arbeit fördern die Gesundheit. Hingegen: ein lautes und beengtes Wohnumfeld erhöht das Stressempfinden und das Erkrankungsrisiko.
5. **Allgemeine Bedingungen der sozioökologischen, kulturellen und physischen Umwelt:** Frieden, eine intakte Umwelt sowie gute gesundheitspolitische Entscheidungen beeinflussen die individuelle Gesundheit unmittelbar. Allgemeine äußere Bedingungen sind wichtige Bestandteile des Modells.

Das Regenbogenmodell schärft das Bewusstsein dafür, dass jeder Mensch viel für die eigene Gesundheit tun kann. Allerdings wird auch deutlich, dass zahlreiche Faktoren nicht unmittelbar beeinflussbar sind. Sie beziehen sich auf Ausgangs- und Rahmenbedingungen, die nicht oder nur schwer zu verändern sind. Heilpädagog:innen sollten sich daher ihrer begrenzten Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit von Menschen mit Behinderung bewusst sein. Sie sollten den Menschen vermitteln, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur auf den eigenen Lebensstil zurückzuführen sind.

Das Modell bietet zudem eine Handlungshilfe, um über Auftrag und Ziele nachzudenken. Neben Ansätzen der individuellen verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung (Befähigung zu einem gesünderen Lebensstil) sind Aufgaben in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung ableitbar. In der lebensbezogenen Gesundheitsförderung geht es um die Verbesserung von (Lebens-)Verhältnissen.

III Handlungs- und Bildungskonzepte im Arbeitsfeld

Im Arbeitsfeld Gesundheit spitzen sich häufig konfliktreiche Interaktionen dort zu, wo Fragen der Selbstbestimmung gegenüber Fragen der Fürsorge und Fremdbestimmung verhandelt werden. Wieviel und was darf der Mensch mit Behinderung essen und trinken? Ab wann ist es geboten als Fachkraft einzugreifen? In welcher Form soll, kann oder muss die Intervention erfolgen? Diese und weitere Fragen sind in der Praxis sehr präsent, ein einfaches Rezept („Lösung“) jedoch nicht vorhanden. Ein zentrales Handlungskonzept kann daher das *Personzentrierte Arbeiten* (vgl. Ondracek 2020) sein. Dabei geht es primär um eine professionelle Gestaltung von Interaktion und/oder Kommunikation. Ein Anliegen personenzentrierter Arbeitsweise ist die Ausrichtung auf „*das Wohlbefinden als ein Bestandteil der Lebensqualität*“ (Ondracek 2020: 70). Dahinter steckt die Frage: Was tut mir (ihr/ihm) gut? Wie gelingt es, das Personsein des Gegenübers zu bestätigen und zu stärken, damit ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit ermöglicht wird?

Selbst- und Fremdbestimmung sind dabei keine Konzepte, die absolut für sich existieren. Sie stehen zueinander in einem wechselseitigen Verhältnis. Abhängig von den Ausgangs- und Rahmenbedingungen sollten sie in einem gemeinsamen Prozess ausverhandelt werden können. Nach tiefenpsychologischen Ansätzen beeinflussen unbewusste Prozesse dieses Ausverhandeln. In Affektregulationen, Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen können sie Abwehr und herausforderndem Verhalten auslösen (vgl. Datler/Wininger 2022). Als Übertragungsphänomen wird ein psychischer Prozess verstanden, bei dem unbewusste Gefühle, Wünsche oder Phantasien aus der Vergangenheit in der aktuellen Situation erlebt werden. Beispielsweise wird die Fachkraft unbewusst in Verbindung gebracht mit einer Bezugsperson aus der Vergangenheit. Ein „Nein“ der Fachkraft reaktiviert ein unliebsames „Nein“ von früher. Das Konzept der Gegenübertragung meint ergänzend dazu, die unbewussten Reaktionen der Fachkraft in der jeweiligen Situation. In tiefenpsychologischen Ansätzen wird versucht diese psychischen Mechanismen offenzulegen. Ein wichtiger Erkenntnisschlüssel ist hierzu die Selbsterforschung als Fachkraft.

Was sind die eigenen Anteile im Wechselspiel psychischer Prozesse? In der Praxis erlaubt diese theoretische Brille ein besseres Verständnis der jeweiligen Situation. Sie kann Handlungsalternativen eröffnen und möglicherweise zu mehr Entspannung im Konfliktfeld von Selbst- und Fremdbestimmung beitragen.

Neben den exemplarisch genannten zwei handlungstheoretischen Konzepten beinhaltet das Arbeitsfeld Gesundheit für Heilpädagog:innen stets verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten. Verschiedene Aktivitäten werden nun überblicksmäßig dargestellt. Die Aufzählung ist nicht vollständig und kann um ein Vielfaches erweitert werden.

Individuelle, verhaltensbezogene Aktivitäten beinhalten u. a.:

- » Bildungsangebote zu spezifischen Gesundheitsthemen (z. B. gesundheitsförderliche Ernährung, Sucht, Umgang mit Stress),
- » Bewegungsangebote,
- » Befähigung und Stärkung von selbstbestimmtem gesundheitsorientiertem Handeln (Empowerment),
- » Beratung und Unterstützung in besonderen Lebenssituation (z. B. durch individuelle Sicherheits- und Schutzkonzepte),
- » Konzepte zur Krankheits- und/oder Traumabewältigung und
- » Unterstützung bei der Aktivierung sozialer Netzwerke.

Lebensweltbezogene, verhältnisbezogene Aktivitäten beinhalten u. a.:

- » Die Verbesserung von Wohn- und Arbeitsverhältnissen durch gesundheitsorientierte Steuerungsgruppen,
- » Klimaschutz- und Nachhaltigkeitskonzepte in Organisationen (z. B. Hitzeschutzplan für Gesundheit),
- » Gesundheitsberatung von Organisationen der Eingliederungshilfe und die Stärkung organisationaler Gesundheitskompetenz,
- » Unterstützung und Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen im Sozialraum,
- » Vernetzung und Austausch mit Akteur:innen im Gesundheitssystem.

Um eine Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe anbieten zu können, ist es erforderlich, dass in der gesetzlich vorgeschriebenen Teilhabeplanung (vgl. § 19 SGB IX) gesundheitsbezogene Bedarfe definiert werden. Daher empfiehlt sich, dass Heilpädagog:innen mit ihren Klient:innen entsprechende Vorbereitungen treffen. Gemeinsam kann das Instrument der Bedarfsermitt-

lung (vgl. § 118 SGBIX) vorbesprochen werden. Das Instrument ist von Bundesland zu Bundesland verschieden, aber der Gesetzgeber hat neun Lebensbereiche definiert, die allen Feststellungsverfahren zugrunde liegen. Die Lebensbereiche lauten:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

In allen Bereichen können, unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der betroffenen Person, konkrete gesundheitsbezogene Bedarfe definiert werden. Hier einige praktische Beispiele:

- » Ein Mensch mit Behinderung möchte lernen, sich gesünder zu ernähren. Zudem möchte er in der Freizeit gesundheitsbezogenen Sport durchführen.
- » Eine andere Person benötigt Unterstützung in der Versorgung mit Medikamenten und in der Begleitung bei ärztlicher Behandlung.
- » Wiederum eine andere Person wünscht sich Hilfe bei der Suche nach Freund:innen.

Heilpädagog:innen in der Eingliederungshilfe sind Schnittstellenmanager:innen im medizinischen Gesundheitssystem. Sie haben koordinierende Aufgaben zu erfüllen zwischen Patient:innen mit Behinderungen und dem medizinischen Bereich. Sie leisten Übersetzungs- und Dolmetschtaufgaben und sind zuständig für einen ganzheitlichen Blick zum Wohl der betroffenen Menschen. Für Schnittstellenmanager:innen ist die enge Zusammenarbeit mit dem medizinischem Fachpersonal unerlässlich. In einer groben Gesamtschau lässt sich das heilpädagogische Handeln auf drei Ebenen mit praktischen Beispielen skizzieren:

- » **Ebene 1 – Gesundheitsförderung und Prävention:** Heilpädagog:innen unterstützen selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln durch Aufklärung und befähigen zu einer informierten Entscheidungsfindung (informed con-

sent). Sie tragen im Alltag zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken bei. Sie sprechen über Gesundheitsthemen, informieren über Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen oder dokumentieren individuelle Entwicklungsverläufe von Menschen mit Behinderungen.

- » **Ebene 2 – Diagnose und Behandlung:** Bei der medizinischen Diagnosefeststellung für Menschen mit Behinderung können Heilpädagog:innen kommunikative Hilfe anbieten, das Wissen und die Erfahrung mit und über den behinderten Menschen teilen oder sich um eine vertrauensvolle und angstarme Untersuchungsatmosphäre kümmern.
- » **Ebene 3 – Nachsorge und Rehabilitation:** Hier geht es darum, den Heilungsprozess zu unterstützen, Rückfälle zu verringern oder zu verzögern. Aktivitäten oder Maßnahmen sind u. a. die Koordination von Nachsorgeuntersuchungen, die Unterstützung beim Medikamenten- oder Schmerzmanagement sowie die Symptomkontrolle im Alltag.

Eine psychosoziale Unterstützung ist in allen Phasen medizinischer Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung. Auch die Vermittlung sozialer Kontakte zu Menschen, die im Leben der betroffenen Person wichtig sind, zählen hier zum ganzheitlichen Ansatz der Heilpädagogik.

IV Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen für das Arbeitsfeld Gesundheit für Heilpädagog:innen sind in verschiedenen Rechtskreisen verortet. Der Schwerpunkt dieser Ausführung liegt auf der Darstellung von drei zentralen rechtlichen Rahmenbedingungen. Das Verhältnis zu weiteren Rechtsbereichen ist komplex und kann an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 25 – Gesundheit

16

Artikel 25 der *UN-Behindertenrechtskonvention* (UN-BRK) definiert ausdrücklich das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung und eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite und Qualität wie für andere Menschen. Heilpädagog:innen sind im Verbund mit den anderen Akteur:innen aufgefordert, dazu alle geeigneten Maßnahmen zu gewährleisten:

„Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere [...] stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens; [...]“ (UN-BRK, Art. 25).

Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Das SGB IX betont die Förderung von Selbstbestimmung und die volle und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. § 1 SGB IX). Das Gesetz formuliert den Vorrang von Prävention vor allen anderen Leistungen

(vgl. § 3 SGB IX) sowie das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten (vgl. § 8 SGB IX). Diese Regelungen sind wegweisende Vorgaben für heilpädagogisches Handeln. Das Eingliederungshilferecht ist in Teil 2 – Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (ab § 90 SGB IX) – ausbuchstabiert. Leistungen sollen dazu befähigen, dass Menschen mit Behinderungen *„ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen können“* (§ 90 SGB IX). Die Länder erlassen jeweils eigene Ausführungsvorschriften der Eingliederungshilfe, um *„auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken und die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages zu unterstützen.“* (§ 94 SGB IX).

Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung

In § 1 SGB V – Solidarität und Eigenverantwortung, heißt es: *„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden“*. Und nach § 2a SGB V, ist *„den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen“*. Aus heilpädagogischer Perspektive können zudem die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung in den §§ 20ff. SGB V, hervorgehoben werden. Entsprechende Handlungsfelder und Leistungen sind verbindlich geregelt in einem eigenen Leitfadentext Prävention, den der GKV-Spitzenverband verantwortet (GKV 2024).

V Perspektiven des Arbeitsfeldes Gesundheit und des heilpädagogischen Handelns

18

Aufgrund der lange etablierten Versorgung durch sogenannte Heimärzt:innen in Komplexeinrichtungen werden Menschen mit Beeinträchtigungen erst seit einigen Jahren regelhaft in Kliniken versorgt. Das führt zu Unsicherheit auf der einen sowie Unwissenheit auf der anderen Seite.

Menschen mit Beeinträchtigungen benötigen eine individuell angepasste Versorgung. Hinzu kommt der Bedarf einer baulichen und behandlungsorientierten Barrierefreiheit sowie ein niederschwelliger Zugang zu den relevanten Informationen. Hilfreich wirken interdisziplinär strukturierte Fort- und Weiterbildungen für die heilpädagogischen sowie für die medizinischen Fachkräfte.

Eine Tätigkeit von Heilpädagog:innen in den Sozialdiensten ermöglicht, aufgrund ihres Wissens in Bezug auf Menschen mit Beeinträchtigungen, eine barrierefreie Aufklärung und Vermittlung zwischen den Professionen sowie den Patient:innen und der jeweiligen Assistenz. Für die Nachsorge in Tagespflegeeinrichtungen und Rehabilitationskliniken sollten die – im besten Fall – multiprofessionellen Sozialdienste der Kliniken im Vorfeld über notwendige Nachsorge- und Unterbringungsmöglichkeiten im Bilde sein und sich mit den Organisationen der Eingliederungshilfe austauschen (vgl. Hülsmann 2023: 446).

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden vier Themen skizziert, die *nach innen* als berufsspezifische Entwicklungslinien diskutiert werden können und die gleichzeitig Forderungen bei der Zusammenarbeit mit anderen Akteur:innen darstellen.

Inklusives Gesundheitssystem unterstützen

Ein inklusives Gesundheitssystem ermöglicht allen Menschen, unabhängig von ihren individuellen Voraussetzungen, einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten. Ein zentraler Ansatzpunkt liegt im Abbau von Barrieren jeder Art. Heilpädagog:innen sind aufgefordert, gesundheitsbezogene Barrieren

wahrzunehmen, zu benennen und beim Abbau der Barrieren mitzuwirken. Im inklusiven Gesundheitssystem sind Schnittstellenprobleme zwischen Eingliederungs- und Sozialhilfe, Gesundheits- und Pflegesystem geklärt. Ein Pingpong von Zuständigkeiten wird nicht zulasten von Menschen mit Behinderungen und ihren Unterstützer:innen ausgetragen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit vertiefen

Heilpädagog:innen sind Fachkräfte, die sich auf die Unterstützung und Förderung von Menschen mit besonderen Bedarfen und Entwicklungsstörungen spezialisiert haben. Sie verfügen über breites Wissen und Können und verfolgen das Ziel, eine ganzheitliche Perspektive einzunehmen. Auch wenn die ganzheitliche Perspektive aufgrund der Komplexität des Lebens unerreichbar bleibt, ist eine Verstärkung und Vertiefung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen unerlässlich, z. B. mit Ärzt:innen, Psycholog:innen, Gesundheitswissenschaftler:innen, Pfleger:innen, Gerontolog:innen. Eine gute interdisziplinäre Teamarbeit erfordert eine reflektierte Herangehensweise. Es geht um die Klärung von berufsspezifischen Rollen und Verantwortlichkeiten, um verständliche Kommunikation über die eigene Fachsprache hinweg sowie um Vertrauen und Respekt in die jeweilige Expertise der anderen. Angemessene Konfliktbewältigungs-, Anpassungs- und Moderationsfähigkeiten sind im interdisziplinären Team förderlich.

Gesundheitsbezogene Qualifizierung in Aus- und Fortbildung verbessern

Gesundheitsbezogene Themen sind seit den Anfängen der Heilpädagogik ein zentraler Bestandteil praktischer Arbeit. Das gesundheitsbezogene Fachwissen entwickelt sich kontinuierlich weiter. Umso mehr gilt es, in eigenen Schulungen und zusammen mit anderen Disziplinen das Wissen und Können zu erweitern. Die Themenvielfalt ist enorm. Spezifische Beispielthemen sind aktuell:

- » Menschen mit Krebserkrankung und ihre mangelnde Versorgung (Sappok et al. 2024)
- » Gesundheitskommunikation bei Menschen mit komplexen Behinderungen (Keeley et al. 2023)
- » Gesundheitsbildung (Burtscher et al. 2017; Schwersensky et al. 2023)
- » Bewegung (Latteck et al. 2023; Special Olympics Deutschland 2022; Remark et al. 019)
- » Maßnahmen zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz (Rathmann et al. 2022)

- » Klimaschutz und Gesundheitskonzepte zur Sicherung von Lebensqualität (vgl. Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit)
- » Partizipative Gesundheitsforschung (Becker/Burtscher 2019; Bruland et al. 2023)

Lebbare Lösungen des Wohlbefindens anstreben

Die Perspektiven des Arbeitsfelds Gesundheit sollten auf akzeptable und lebbare Lösungen ausgerichtet sein und nicht auf gesundheitspezifische Idealnormen. Es besteht immer die Gefahr, dass in der praktischen Arbeit gegen den Willen oder ohne die informierte Zustimmung des Menschen mit Behinderung gehandelt wird. Im alltäglichen Spannungsfeld von Selbstbestimmung, anwaltschaftlichem Vertreten und Fremdbestimmung gilt es wachsam und selbstkritisch zu bleiben. Es ist ein schmaler Grat zwischen Befähigung und Hilfe für ein gesünderes Leben und übergriffigem Agieren, das nicht selten in der Forderung nach Zwangsmaßnahmen endet und sich damit selbst als kontraproduktiv entlarvt.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Hg. v. Alexa Franke (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis). Tübingen: dgvt.

Becker, Klaus-Peter | Burtcher, Reinhard (Hrsg.) (2019): *Gemeinsam forschen, gemeinsam lernen. Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Partizipativen Gesundheitsforschung.* Berlin: Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost 2019, S. 7). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.25656/01:28817> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (BHP) (2022): *Berufsbild Heilpädagogin/Heilpädagoge.* Hg. v. Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (BHP). Online verfügbar unter <https://bhponline.de/berufsbild-heilpaedagogik/berufsbild> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Bruland, Dirk | Vetter, Nils | Voß, Matthias | Seidl, Norbert | Latteck, Änne-Dörte (2023): *Gesundheitskompetenz stärken – Zielgruppengerechte Kompetenzvideos für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickeln.* In: Zeitschrift Teilhabe, 62 (4), S. 170–175.

Burtcher, Reinhard | Allweiss, Theresa | Perowanowitsch, Merlin | Rott, Elisabeth (2017): *Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Leichter lernen mit dem Projekt GESUND! 2., aktualisierte Auflage.* Berlin: vdek. Online verfügbar unter <https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-vor-ort/menschen-mit-behinderung-und-angehoerige/gesund-37> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): *Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.* Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Publicationen/Broschueren/a125-21-teilhabebericht.html> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Dahlgren, Göran | Whitehead, Margaret (1991/2007): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Online verfügbar unter <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Dathler, Wilfried | Wininger, Michael (2022): *Psychoanalytische Zugänge*. In: Hedderich, Ingeborg | Biewer, Gottfried | Hollenweger, Judith | Markowetz, Reinhold (Hrsg.): *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Eine Einführung*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt. S. 57–62.

Franzkowiak, Peter | Hurrelmann, Klaus (2022): *Gesundheit*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

GKV-Spitzenverband (2024): *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024*. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf (letztmalig abgerufen am 09. April 2025).

Habermann-Horstmeier, Lotte (2018): *Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Eine praxisbezogene Einführung*. Bern: Hogrefe.

Havemann, Meindert | Stöppler, Reinhilde (2014): *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Hülsmann, Ilona (2023): *Menschen mit Beeinträchtigungen im Krankenhaus*. In: Greving, H. | Ondracek, P.: *Handbuch Heilpädagogik*. Köln: Westermann. S. 446–450.

Keeley, Caren | Dins, Timo | Naumann, Michaela | Mairhofer, Pia (2023): *Gemeinsam Gesundheit erschließen. Handlungsempfehlungen zur Gesundheitskommunikation bei Menschen mit komplexen Behinderungen. Ergebnisse des Projekts „Kommunizieren (in) der Krise*. In: Zeitschrift Menschen, Nr. 6/2023, Schwerpunktthema: Gesundheit inklusiv. S. 66–71.

Lampert, Thomas | Hoebel, Jens (2016): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. In: Richter, Matthias | Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS. S. 121–137.

Latteck, Änne-Dörte | Bruland, Dirk | Mauro, Antonia (2023): *Praxisbuch Förderung von Alltagsbewegungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Mit Schwung und Energie durch den Tag*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Ondracek, Petr (2020): *Personenzentriertes Arbeiten in sozialen Berufen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Rathmann, Katharina | Lutz, Judtih | Salewski, Lena (2022): *Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung: eine systematische Übersicht*. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 2023(18), S. 59–67. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00923-z> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Remark, Cornelia | Anneken, Volker | Tillmann, Vera | Abel, Thomas (2019): *„Gehst Du auch zu MoBA?“: Selbstbestimmte Mobilität und Bewegung im Alltag von Menschen mit Behinderungen in betreuten Wohnformen*. Hellenthal: Sportverlag Strauß.

Sappok, Tanja | Burtscher, Reinhard | Grimmer, Anja (Hrsg.) (2021): *Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache*. Bern: Hogrefe.

Sappok, Tanja (Hrsg.) (2023): *Psychische Gesundheit bei Störung der Intelligenzentwicklung. Ein Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sappok, Tanja | Kowalski, Christoph | Zenker, Martin | Weißinger, Florian | Berger, Andreas W. (2024): *Kreberkrankungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung in Deutschland: Prävalenzen, Genetik und Versorgungslage*. In: Bundesgesundheitsblatt 2024 (67), S. 362–369. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03837-1> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Scheuermann, Ulrike (2021): *Freunde machen gesund. Die Nummer 1 für ein langes Leben: deine Sozialkontakte*. München: Knauer Balance.

Schmidt, Bettina (Hrsg.) (2014): *Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Schwersensky, Nikola | Allweiss, Theresa | Burtscher, Reinhard (2023): *Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Leichter lernen mit dem Projekt GESUND! Die 2. Praxishilfe*. Berlin: vdek. Online verfügbar unter <https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-vor-ort/menschen-mit-behinderung-und-angehoerige/gesund-37> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Schwersensky, Nikola | Allweiss, Theresa | Burtscher, Reinhard (2023). „Nicht schon wieder über Essen reden!“ *Wie gelingt Gesundheitsförderung am Beispiel gesunder Ernährung?* Zeitschrift Menschen, 6/2023, S. 25–31.

Special Olympics Deutschland (SOD) (Hrsg.) (2022): *Schritt für Schritt zu einer inklusiven Kommune Leitfaden zum Aufbau kommunaler Strukturen zur Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung*. Online verfügbar unter https://specialolympics.de/fileadmin/Aktuelles/Projekte/BeuGe/Dokumente/01_SOD_BeuGE_Leitfaden_2022_Web.pdf (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Vereinte Nationen (UN) (2009): *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (UN-BRK). Online verfügbar unter <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Walther, Kerstin | Römisch, Kathrin (2019): *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit*. Wiesbaden: Springer VS.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Online verfügbar unter <https://iris.who.int/handle/10665/349654> (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946/2020): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Zitiert nach https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de (letztmalig abgerufen am 26. August 2024).

Impressum

Herausgegeben vom:

Berufs- und Fachverband Heilpädagogik (BHP) e. V.
Bundesgeschäftsstelle, Herzbergstraße 84, 10365 Berlin
Fon +49 (0)30 406050-60
Fax +49 (0)30 406050-69
info@bhponline.de | www.bhponline.de

Autor: Reinhard Burtscher

Jahr der Veröffentlichung: 2025 im BHP Verlag

Satz und Layout: Christian Eberwien, ce>design, cegrafix.net

Für Menschen. Mit Menschen.

