

SONDER- UND HEILPÄDAGOGIK

SEMINARUNTERLAGEN

Mag.^a Alexandra Müller, MSc MBA



Inhaltsverzeichnis

1 EINFÜHRUNG IN DIE SONDER- UND HEILPÄDAGOGIK	3
1.1 DISziplinäres SELBStVERSTÄNDNIS	3
1.1.1 Bildung als genuin pädagogischer Gegenstand.....	4
1.1.2 Die Idee der Bildsamkeit im geschichtlichen Rückblick.....	4
1.2 SICHTWEISEN VON BEHINDERUNG.....	5
1.2.1 Kompetenz- und ressourcenorientierte Sichtweise – das soziale Modell von Behinderung	6
1.2.2 Defizitorientierte Sichtweise - das medizinische Modell von Behinderung.....	7
1.2.3 Behinderung aus menschenrechtlicher Sicht	7
1.3 AKTUELLE KritISCHE SICHTWEISEN VON BEHINDERUNG.....	8
1.3.1 Intersektionalität und Behinderung.....	8
1.3.2 Disability Studies: Forschung aus Sicht der Minderheit	9
1.3.3 Die Situation von Frauen und Männern mit (deutlicher) Behinderung	9
1.4 GEISTIGE BEHINDERUNG	11
1.5 DAS NORMALISIERUNGSPRINZIP	11
2 FAMILIEN MIT BEHINDERTEN KINDERN	13
2.1 FRÜHFÖRDERUNG.....	13
2.2 MODELLE DER ELTERNZUSAMMENARBEIT	14
2.3 PSYCHOTHERAPIE UND BEGLEITENDE BERATUNG.....	14
2.4 WAS BEDEUTET ES FÜR ELTERN UND FAMILIEN EIN BEHINDERTES KIND ZU HABEN?.....	15
3 INKLUSION	16
3.1 DIE UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION	17
3.2 INKLUSION - INTEGRATION.....	19
3.2.1 Der Integrationsbegriff	19
3.2.2 Der Inklusionsbegriff	19
3.3 ENTWICKLUNG HIN ZUR FORDERUNG NACH INKLUSION	20
3.4 BRAUCHT ES IN INKLUSIVEN ZEITEN NOCH SONDER- UND HEILPÄDAGOGIK?	21
3.5 EMPOWERMENT.....	22
4 PSYCHOTHERAPIE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG	23
4.1 DAS RECHT AUF GESUNDHEITSVERSORGUNG	23
4.2 BEDARF AN PSYCHOTHERAPIE BEI MENSCHEN MIT BEHINDERUNG	24
4.3 MODIFIKATIONEN FÜR DEN PROZESS DER PSYCHOTHERAPIE	25
4.4 BESONDERE ASPEKTE	26
4.5 PRÄ-THERAPIE	26
4.6 PERSONENZENTRIERTE HALTUNG IM UMGANG MIT MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN.....	27
5 VERFAHREN UND METHODEN IN DER PSYCHOTHERAPIE FÜR MENSCHEN MIT INTELLEKTUELLER BEHINDERUNG	28
5.1 THERAPIEVERFAHREN: MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN.....	29
5.2 VERHALTENSTHERAPIE UND BEHINDERUNG.....	30
5.3 PSYCHOANALYSE UND BEHINDERUNG	30
5.4 KLIENT:INNENZENTRIERTE THERAPIE UND BEHINDERUNG	31
5.5 SYSTEMISCHE THERAPIE UND BEHINDERUNG.....	31
6 LITERATUR.....	33



1 Einführung in die Sonder- und Heilpädagogik

Sonder- und Heilpädagogik ist ein Teilgebiet der Allgemeinen Pädagogik und befasst sich mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, deren Entwicklung unter erschwerten Bedingungen verläuft. Sonder- und Heilpädagog:innen bieten Personen, die aufgrund von körperlicher Behinderung und / oder psychischer Störung benachteiligt sind bzw. werden, individuelle Hilfestellungen an. Die Sonder- und Heilpädagogik hat Konstitutionsprobleme, wie sich in historischen und aktuellen Perspektiven auf ihre Grundbegriffe und Theoriebildung zeigt. Seit ein paar Jahren wird Sonder- und Heilpädagogik durch den Begriff der Inklusiven Pädagogik ersetzt, aber die Grundfrage, nämlich die Frage nach Erziehung, Unterricht und Bildung, stellt sich gleichermaßen.

1.1 Disziplinäres Selbstverständnis

Ziel der Sonder- und Heilpädagogik ist, jedem Menschen Kompetenzen zu vermitteln, damit er oder sie zunehmend mehr Einfluss auf die eigene Lebensgestaltung nehmen kann und lernt sich mit der sozialen und dinglichen Umwelt auseinanderzusetzen (vgl. Bundschuh, 2010, S. 11). Sonder- und Heilpädagogik kann als spezielle Pädagogik begriffen werden, aber ihre Ursprünge lassen sich als die Ursprünge der Pädagogik verstehen. Sie besitzt im Grunde dieselben Möglichkeiten wie die Pädagogik, allerdings hat sie es mit Erziehung, Unterricht und Bildung unter erschwerten Bedingungen zu tun (vgl. Moor, 1965; vgl. Möckel, 1988). Eine inklusiv ausgerichtete Praxis ist im Vergleich zu einer allgemeinen pädagogisch ausgerichteten Praxis nicht völlig anders. Inklusive pädagogische Praxis fokussiert allgemeine pädagogische Abläufe (Didaktik, Materialien, Interaktionen, Beziehungsebene) unter Berücksichtigung der Risiken, die Teilhabe reduzieren (vgl. Sulzer, 2022, S. 20).

Lange Zeit wurde *über* Menschen mit Behinderungen gesprochen, ohne die Betroffenen in den Dialog miteinzubeziehen. Erst in den letzten Jahren, bedingt



durch die UN-Behindertenrechtskonvention¹, veränderten sich Sichtweisen auf Behinderung.

1.1.1 Bildung als genuin pädagogischer Gegenstand

Der Gedanke der Bildsamkeit drückt eine spezifisch menschliche Möglichkeit aus, sich in Beziehung zur Welt und zu sich selbst zu spiegeln und hervorzubringen. Bildung ist ein Prozess, der nicht delegiert werden kann oder für andere Menschen übernommen werden kann. Jede Person muss hierzu im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst tätig werden (vgl. Ackermann, 2012, S. 94). Es ist Gegenstands- und Aufgabenbereich der Sonder- und Heilpädagogik diese Prozesse positiv zu beeinflussen und zu berücksichtigen, dass es besondere Bedingungen und Voraussetzungen braucht, damit Bildungsprozesse in Gang kommen können.

Deswegen kann Bildung als der genuin pädagogische Gegenstand der Sonder- und Heilpädagogik begriffen werden. Integration, Inklusion, Normalisierung, Teilhabe, Partizipation usw. sind *nicht* Gegenstand der Sonderpädagogik, sondern stellen eine wesentliche *Bedingung* für Bildung dar (Ackermann, 2012, S. 87).

1.1.2 Die Idee der Bildsamkeit im geschichtlichen Rückblick

Die Anfänge der Sonder- und Heilpädagogik liegen im 18.Jhd., wo es erstmals institutionalisierte Betreuung für Menschen mit Behinderungen gab. Im Jahr 1770 wurde die erste Schule für Gehörlose gegründet, 1785 die erste Schule für blinde Kinder und Ende des 18.Jhd. begann Pestalozzi sich mit Erziehung zu beschäftigen. Es wurde erstmalig angenommen, dass Bildung auch bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung möglich ist. Ab Mitte des 19.Jhdts. kam es zur Gründung von (Heil-) Anstalten und es begann eine starke Orientierung an Medizin, Psychiatrie und Psychologie. Die Idee der Bildsamkeit rückte in den Hintergrund und es entstand eine differenzierte Diagnostik und Klassifikation von Behinderungsformen. Besondere Beachtung fand die (Sonder-) Beschulung von Kindern mit Behinderung. Es wurden Schulen für schwachsinnige, blödsinnige und schwachbegabte Kinder gegründet (vgl. Bundschuh, 2010, S. 22 - 24). Die Pädagogik reflektierte im 19.Jhd.

¹ Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, UN- BRK) ist ein internationaler Vertrag, in dem sich die Unterzeichner:innenstaaten, wie Österreich, verpflichten, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen zu stärken, zu schützen und zu gewährleisten. Im September 2008 hat Österreich die UN-BRK ratifiziert und sich damit verpflichtet, die Bestimmungen in nationales Recht umzusetzen.



ihre Arbeit mit geistig behinderten Kindern bei weitem nicht ausreichend und somit ist es nicht gelungen eine, neben Medizin, Psychologie und Psychiatrie, relevante Lehre aufzubauen.

Der Niedergang der Idee der Bildsamkeit zeigt sich in Klassifikationen und im Sprachgebrauch (in den Begriffen Idiotie, Imbezillität, Mindersinn, Schwachsinn usw.) und gipfelt in den Ansichten der Rassenlehre bzw. in der Annahme, Pädagogik überprüfe die Brauchbarkeit eines Menschen (anstatt sich den Möglichkeiten von Bildung zu widmen). Die Zeit des Nationalsozialismus ist das dunkelste Kapitel in der Geschichte von Menschen mit Behinderungen. Geistig behinderte Personen, psychisch kranke Personen, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und kranke Personen wurden ab 1939 bis 1945 ermordet, weil ihr Leben als unwertes Leben eingestuft wurde und die Weitergabe erbkranken Nachwuchses verhindert werden sollte. Das Euthanasieprogramm brachte vielen Menschen Tod und Vernichtung und führte dazu, dass die Hilfsschulen völlig leer standen. Ab der Nachkriegszeit lässt sich wieder ein Streben nach Eigenständigkeit der Disziplin Sonder- und Heilpädagogik feststellen, welches zu einer deutlichen Ausdifferenzierung des Sonderschulwesens in den 1960er Jahren führte. Es wurden eigene Schulen gegründet (Blindenschule, Sehbehindertenschule, Gehörlosenschule, Schwerhörigenschule, Sprachheilschule, Körperbehindertenschule, Hilfsschule, Schule für erziehungsschwierige Kinder usw.) in denen nach sonderpädagogischem Lehrplan unterrichtet wurde. Das Sonderschulwesen hatte lange Bestand, aber gerät angesichts der UN-Behindertenrechtskonvention in starke Kritik, weil es behinderte Kinder von nicht behinderten Kindern separiert und damit exkludierend wirkt.

1.2 Sichtweisen von Behinderung

Behinderung ist ein relativer Begriff. Er ist stark von gesellschaftlichen Strömungen und Sichtweisen abhängig. Einerseits handelt es sich bei Behinderung um einen sozialen Tatbestand, andererseits entsteht sie in Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt. Es gibt unterschiedliche Sichtweisen, die nachfolgend erörtert werden.



1.2.1 Kompetenz- und ressourcenorientierte Sichtweise – das soziale Modell von Behinderung

Die kompetenz- und ressourcenorientierte Sichtweise ist dem sozialen Modell von Behinderung zuzuordnen. Dieses zeigt, dass Behinderung nicht ein individuelles Problem einer einzelnen Person ist, sondern durch einstellungs- oder umweltbedingte Barrieren entsteht, die Menschen mit Behinderungen an der gesellschaftlichen Teilhabe hindern. Menschen mit Behinderungen sollen nicht auf ihre 'Defizite' reduziert werden. Es ist ureigenes pädagogisches Anliegen, sich an dem zu orientieren, was aus einem Menschen werden kann und nicht permanent an dem, wie uns der Mensch gerade erscheint. Menschen mit Behinderung soll ermöglicht werden, von "ihrem höchsten Zukunftspotential her betrachtet und wahrgenommen zu werden" (Lyra, 2010, S. 34f, zitiert nach Dreher, 2012, S. 32). Die Entscheidung für eine Sichtweise und die sich daraus ergebende Erkenntnis ist allerdings von Professionals (Ärzt:innen, Pädagog:innen, Therapeut:innen, Psycholog:innen) abhängig und nicht von behinderten Menschen selbst. Behinderung ist kein Wesensmerkmal einer Person, sondern ein soziales Konstrukt, welches stets vom aktuellen Zeitgeist abhängig ist. Pauser (2009) hält fest:

Demnach sind Menschen nicht a priori behindert, sondern sie werden erst durch die Festlegung auf ihre Voraussetzungen, ebenso wie durch mangelnde Schaffung von angemessenen Rahmenbedingungen von der Gesellschaft behindert, wie sich am Beispiel des nach wie vor bestehenden Sonderschulwesens deutlich erkennen lässt. (Pauser, 2009, S. 144)

Behinderung liegt dann vor, wenn ein Mensch, aufgrund einer Schädigung oder Leistungsminderung, ungenügend in sein vielschichtiges Mensch-Umfeld-System integriert ist (vgl. Bundschuh, 2012, S. 108). Wenn zum Beispiel behinderte Kinder zu wenig Anregung erhalten oder ungenügend in Gruppen Gleichaltriger integriert sind, dann *werden* sie behindert. Mit der Aussonderung von Kindern und Jugendlichen aus vorschulischen oder schulischen Institutionen beginnt eine oft lebenslang anhaltende gesellschaftliche Exklusion (betreffend Arbeitsbereich, Weiterbildungssektor, Freizeitangeboten usw.), weil «behindert ist, wer behindert wird».



1.2.2 Defizitorientierte Sichtweise - das medizinische Modell von Behinderung

Wenn Prognosen über die Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen aus einem starren Blick auf die gegenwärtigen Defizite getroffen werden, spricht man von einem defizitorientierten medizinischen Blick auf Behinderung. Diese Sichtweise reduziert Menschen auf ihr Nicht-Können und übersieht, dass Behinderung eine Folge von Beeinträchtigung bzw. Erkrankung ist.

Der Defizitbegriff taucht vor allem in medizinischen Diagnosen auf, die die faktische Behinderung, Erkrankung oder Störung beschreiben und dabei in Körperbehinderung, Sehbehinderung, Sprachbehinderung, geistige Behinderung, seelische Behinderung und Hörbehinderung klassifizieren. Der Defizitbegriff ist aber hat allerdings auch seine Berechtigung. Denn mit einer Diagnose werden nicht Menschen klassifiziert, sondern deren Erkrankungen diagnostiziert, um eine spezifische Therapie durchzuführen (vgl. Warnke & Taurines, 2012, S. 247).

1.2.3 Behinderung aus menschenrechtlicher Sicht

Durch die Formulierung der UN-Behindertenrechtskonvention werden die Betrachtungsweisen von Behinderung aus sozialer und medizinischer Sicht ergänzt, denn Behinderung wird fortan auch als menschenrechtliches Thema festgeschrieben. Behinderung wird nicht nur als Bestandteil menschlichen Lebens anerkannt, sondern darüber hinaus als kulturelle Bereicherung wertgeschätzt (Rittmeyer, 2012, S. 48). Eng verbunden mit dieser Denkweise sind die Begriffe Inklusion, Barrierefreiheit, Chancengleichheit, Selbstbestimmung und Partizipation, welche fortan den gesellschaftlichen Diskurs prägen. Die UN-BRK hält fest, dass Frauen und Mädchen mit Behinderung mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind und die Unterzeichner:innenstaaten Maßnahmen zu ergreifen haben, die die Autonomie von Frauen fördern und stärken (vgl. Janßen, 2015, S. 6).



1.3 Aktuelle kritische Sichtweisen von Behinderung

Seit den letzten zwei Jahrzehnten hat sich der Behinderungsbegriff deutlich verändert. Obwohl Menschen mit Behinderungen noch immer häufig auf ihr Nicht-Können reduziert werden und als Hilfeempfänger:innen gelten, gibt es einen Richtungswechsel zu dem die Intersektionalitätsforschung und die Disability Studies maßgeblich beitragen.

1.3.1 Intersektionalität und Behinderung

Intersektionalitätsforschung (engl. intersection, „Schnittpunkt, Schnittmenge“) beschreibt und untersucht die Überschneidung, Verflechtung und das Zusammenwirken von verschiedenen Diskriminierungsformen in einer Person.² Sie gilt als Paradigma aktueller, kritischer sozial- und kulturwissenschaftlicher Forschung und bringt neue Erkenntnisse in Bezug auf den Behinderungsbegriff hervor bzw. unterstreicht die Bedeutung der sozialen Sichtweise auf Behinderung. Behinderung wird als gesellschaftliches Konstrukt begriffen, das, wie auch Gender, sehr stark vom Zeitgeist abhängig ist. Gender und Behinderung haben annähernd die gleichen Themen zum Inhalt: Körper, Identität, Geschlecht sowie Diskriminierung und Ausgrenzung. Im Zuge der Intersektionalitätsforschung sind weitere neue wissenschaftliche Ansätze entstanden wie Gender Studies, Queer Studies, Cultural Studies oder Disability Studies.³ Allen Forschungsrichtungen ist gemein, dass sie aus der Perspektive von Minorisierten (Frauen, Migrant:innen, homosexuelle oder transgender Personen, sozial benachteiligte Personen oder Behinderte) Differenzverhältnisse und Ungleichheit untersuchen (vgl. Raab, 2012, S. 2).

² Diskriminierungsformen wie Rassismus, Sexismus, Handicapism (Diskriminierung / Unterdrückung von Menschen mit Behinderung) oder Klassismus (Diskriminierung / Vorurteile aufgrund sozialer Herkunft) addieren sich nicht nur in einer Person, sondern führen zu *eigenständigen Diskriminierungserfahrungen*. Ein Beispiel: ein gehbehinderter obdachloser Mann wird nicht als Obdachloser und als Gehbehinderter diskriminiert, sondern macht die Erfahrung, als gehbehinderter Obdachloser diskriminiert zu werden.

³ Gender Studies erforschen aus einer feministischen Perspektive Geschlechterverhältnisse und Queer Studies analysieren die heteronormative Verfasstheit gesellschaftlicher Sexualitätsverhältnisse. *Heteronormativität* bezeichnet eine meist unhinterfragte ausschließlich bipolare (zweiteilige) Geschlechterordnung, in welcher das biologische Geschlecht mit dem sozialen Geschlecht für alle gleichgesetzt wird. Cultural Studies fokussieren auf Kultur als soziales Distinktionsmerkmal. Disability Studies befassen sich mit Behinderung als soziokulturelle Problematisierungsweise und verstehen Behinderung nicht als Naturtatsache (vgl. Raab, 2012, S. 1f).



1.3.2 Disability Studies: Forschung aus Sicht der Minderheit

Die Disability Studies sind im Kontext emanzipatorisch ausgerichteter Behindertenbewegungen entstanden und wurden von behinderten Wissenschaftler:innen entwickelt. Behinderung wird nicht aus Perspektive der Mehrheitsgesellschaft erforscht, sondern die Perspektive von Betroffenen steht im Fokus. „Man könnte auch sagen, dass nicht mehr die Mehrheit auf die Minderheit schaut, sondern die Minderheit auf die Mehrheit“ (Raab, 2012, S. 3) und sich kritisch mit der Konstruktion von Behinderung auseinandersetzt. Kritisiert werden vor allem Vorstellungen von Behinderung als individual-biologisch-anatomischer Defekt und die Orientierung an medizinisch-naturwissenschaftlichen Sichtweisen (vgl. Raab, 2012, S. 3). Aufgabe der Disability Studies ist, zu erörtern, ob und inwiefern andere Analysekategorien, jenseits von Behinderung, relevant sind und wie intersektionelle Diskriminierung vorliegt. Der Begriff intersektionelle Diskriminierung hat den Begriff Mehrfachdiskriminierung abgelöst. Intersektionelle Diskriminierung liegt vor, wenn eine Person aufgrund unterschiedlicher Persönlichkeitsmerkmale Opfer von Diskriminierung wird.

1.3.3 Die Situation von Frauen und Männern mit (deutlicher) Behinderung

Bei Personen mit Behinderung müssen vor allem zwei wirksame Kategorien berücksichtigt werden: die Lebenswirklichkeit als Mensch mit Behinderung und als Mann oder Frau in der Gesellschaft. Die Lebenssituation von Menschen mit einer *deutlichen geistigen Behinderung* ist oft gekennzeichnet durch institutionalisierte Lebensläufe (lange Aufenthalte in geschlossenen Systemen) und dadurch, institutionelle Macht am eigenen Körper erlebt zu haben. Menschen mit einer geistigen Behinderung sind aufgrund der Auswirkungen ihrer Behinderung (in der Motorik, in der Sprache, in der Wahrnehmung) in ihrem Selbsthilfepotential begrenzt und bedürfen deutlich mehr Unterstützung durch die sie begleitenden Personen. Oft nehmen sie ihre Einschränkungen weniger bewusst wahr als Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung.

Menschen mit einer *leichten geistigen Behinderung* nehmen im Allgemeinen ihre Einschränkung sehr bewusst wahr. Sie wissen und spüren, dass sie den Anforderungen der Gesellschaft nicht genügen. Sie nehmen bewusst wahr, welche Bestandteile im Leben allgemein anerkannt werden (wie z.B. Arbeit, Gehalt, Ehefrau



/ Ehemann, Eigenheim, Auto) und erleben den Anpassungsdruck subjektiv besonders hoch (vgl. Janßen, 2015, S. 5). Ihr Umgang mit diesem Anpassungsdruck erscheint nicht behinderten Menschen dann oft als Verhaltensauffälligkeit, obwohl er aus systemischer Sicht als Lösungsversuch zu verstehen ist. Janßen (2015) beschreibt dies treffend in den Worten:

Geistige Behinderung ist eine Eigenart, die jemanden ein Leben lang von den anderen unterscheidet. Gleichzeitig entwickeln Betroffene während der Auseinandersetzung mit ihrem Umfeld individuelle, altersabhängige Alltagsstrategien, die als Besonderheiten oder Eigensinn auffallen können. Ein behinderter Mensch muss also ein Verhältnis zu seiner „Lernschwierigkeit“ finden. (Janßen, 2015, S. 7)

Betreffend Frauen:

Besonders Frauen unterliegen häufig deutlichen Einschränkungen in der Lebensqualität und sind von überlappenden Diskriminierungsprozessen betroffen (vgl. Janßen, 2015, S. 1). Die Gruppe der Menschen mit Behinderung ist stark betroffen von sexualisierter Gewalt und Frauen mit Behinderungen erleben diese zwei bis dreimal häufiger als nicht behinderte Frauen (lt. Zahlenmaterial aus einer 2004 durchgeföhrten Studie, s. Janßen, 2015, S. 3).

Behinderte Frauen lernen schon als Mädchen, dass sie keine 'richtigen Frauen' sind, weil sie für typische Rollen als Ehefrau und Mutter oft nicht infrage kommen. Es kommt zu einer Neutralisierung bzw. Aberkennung des Geschlechts, bezogen auf körperliche und soziale Aspekte, und ihnen werden keine Familienkarrieren zugestanden. Bezogen auf die berufliche Entwicklung finden behinderte Frauen oft nur schlecht bezahlte Jobs mit kaum Aufstiegs- oder Veränderungschancen.

Betreffend Männer:

Behinderte Männer stehen unter besonderem hohem Druck, weil sie, gemessen am klischeehaften Bild eines Mannes, die an sie gestellten Erwartungen in besonders hohem Maße nicht erfüllen können (aktiv, stark, erfolgreich usw.). Behinderte Männer müssen eine individuelle Strategie entwickeln damit umzugehen (vgl. Janßen, 2015, S. 6).



1.4 Geistige Behinderung

Geistige Behinderung ist als Begriff seit den 1970er Jahren weitestgehend etabliert und wird immer wieder heftig diskutiert, weil das Adjektiv *geistig* die Behinderung auf eine rein intellektuelle Schädigung reduziert und nicht die komplexe Beeinträchtigung, mit der Personen konfrontiert sind, erkennen lässt. Die internationalen Äquivalente sind mental retardation (USA), learning disability oder mental handicap (GB). Im deutschsprachigen Raum zeigt sich eine terminologische Vielfalt (Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Personen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit besonderen Fähigkeiten usw.), wobei letztendlich nicht die Bezeichnungen, sondern die damit verbundenen Konnotationen relevant sind. Geistige Behinderung wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der ICD 10 in Kapitel V unter psychischen und Verhaltensstörungen beschrieben (ICD F 70 - F79). Im ICD-11 wird geistige Behinderung als entwicklungsbedingte Störung / Störung der intellektuellen Entwicklung unter 6A00 beschrieben. Im Unterschied zur ICD-10 legt die ICD-11 einen Fokus auf die Funktionsbeeinträchtigungen (intellektuell, motorisch, sprachlich und sozial).

Der WHO ICD-10 Definition wurde 2001 die ICIDH (International Classification of impairments, disabilities and handicaps) beigelegt. Darin ist Behinderung als komplexes Modell beschrieben. Neben Schäden (impairment, Funktionsbeeinträchtigung einer Person aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Schädigung) werden auch Möglichkeiten zur Aktivität und Teilnahme miteinbezogen (disability, Beschränkung der Teilhabe am Leben in und mit der Gesellschaft aufgrund räumlicher oder sozialer Barrieren).

Der Begriff der geistigen Behinderung / intellektuellen Entwicklung ist schwierig zu definieren, da die Personengruppe sehr heterogen ist.

1.5 Das Normalisierungsprinzip

Anfang der 1980-er Jahre wurde das Normalisierungsprinzip in der Behindertenhilfe als 'neue Philosophie' des Denkens und Handelns vorgestellt. Dabei wurde ein Gedanke aufgegriffen, den zuvor Bank Mikkelsen im Dänischen Fürsorgegesetz



formuliert hatte: "*Normalisierung bedeutet, den geistig Behinderten ein so normales Leben wie möglich zu gestatten.*" Das Normalisierungsprinzip verlangt eine größtmögliche Angleichung der gesellschaftlichen Rechte von Menschen mit einer Behinderung an diejenigen der übrigen Bevölkerung. Es verlangt eine Normalisierung im Tages-, Wochen- und Jahresrhythmus, im Lebenszyklus, im Recht auf Selbstbestimmung, im Recht auf sexuelle Beziehungen, in den ökonomischen und Umweltbedingungen. Es geht keineswegs darum Menschen mit Behinderungen 'normal' zu machen. Die Formulierung *so normal wie möglich* schließt ein unausgesprochenes *so speziell wie nötig* mit ein und verweist darauf, dass die Lebensbedingungen für Menschen mit einer Behinderung nicht immer angemessen sind. Das Normalisierungsprinzip war lange Zeit handlungsleitend. Aktuell ist es eher der Inklusionsbegriff bzw. die Inklusionsdebatte, welche heilpädagogischem Handeln Ziel und Richtung gibt.



2 Familien mit behinderten Kindern

Familien mit behinderten Kindern erleben eine Reihe von Belastungen, die sich auf die familiäre Situation auswirken. Nachfolgend wird auf die spezielle Situation von Familien mit behinderten Kindern Bezug genommen und erörtert, wie bzw. inwiefern günstige Rahmenbedingungen entlastend wirken können.

2.1 Frühförderung

Für Frühförderung gibt es mehrere Definitionen wie zum Beispiel Früherkennung, Früherziehung, Frühtherapie und mobile Hausfrühförderung, wobei sich der Begriff Frühförderung im deutschsprachigen Raum durchgesetzt hat. Frühförderung ist ein Angebot für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder, insbesondere in den ersten drei Lebensjahren, aber auch darüber hinaus bis zum Schuleintritt. Frühförderung ist ein vielschichtiger Prozess, in dem Kinder mit unterschiedlichsten Methoden in ihrer Motorik, Wahrnehmung, Kommunikation und Selbständigkeit gefördert werden. Das Konzept der Frühförderung ist interdisziplinär. Es beinhaltet medizinische, psychologische, pädagogische, therapeutische und soziale Maßnahmen. Der aktive Einbezug der Familienmitglieder ist unverzichtbarer Bestandteil. Dementsprechend vielschichtig ist der Aufgabenbereich von Frühförderer:innen. Er beinhaltet nicht nur die Förderung des Kindes, sondern auch die unterstützende Begleitung der Familien. Die unterstützende Begleitung ist fachlicher Natur (Theorie- und Fachkompetenz, «consulting») und begleitend beratend (Klärungs- und Orientierungsprozesse, «counselling»). In der begleitenden Beratung ist Psychotherapie zu verorten, die Eltern unterstützt, ihre eignen Klärungs- und Orientierungsprozesse besser zu sehen und zu verstehen, damit sie sich auf ihrem Weg klarer und sicherer werden (Kluger, 2009).

Frühförderung ist mobil, ambulant oder stationär organisiert, wobei die häusliche Frühförderung oft bevorzugt wird, weil das Kind in seiner / ihrer gewohnten Umgebung sein kann.

Es gibt 4 Grundprinzipien / Arbeitsprinzipien in der Frühförderung:

- Ganzheitlichkeit (Diagnostik, Therapie und Förderung)



- Familienorientierung (Kooperationsmodell)
- Interdisziplinarität (Pädagogik, Psychologie, Medizin, Therapie und Soziales)
- Vernetzung (soziale Kontakte)

2.2 Modelle der Elternzusammenarbeit

Aktueller Stand der Forschung ist, dass Eltern aktiv in den Förderprozess miteinbezogen werden sollen. Dies war nicht immer so. Anfang der 1970er Jahre war das Laienmodell vorherrschend, in dem die Fachautorität der Frühförder:innen betont wurde und Eltern als Laien zur Mitarbeit eingeladen wurden. Mitte der 1970er Jahre wurden Eltern als Co-Therapeut:innen gesehen, die unter ärztlich-therapeutischer Vorgabe für die Umsetzung des Förderkonzept zuständig waren. Dies stellte für Eltern eine erhebliche Belastung dar, die einherging mit hohem psychischen Erfolgsdruck. In den 1980er Jahren erfolgte ein Übergang zum Kooperationsmodell, welches durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Frühförder:innen und Eltern gekennzeichnet ist. Die Fachdiskussion dazu, verdeutlicht, dass Symptome des Babys als Folge von Interaktions- oder Beziehungsstörungen gesehen werden können. Aus diesem Grund ist es wichtig, den Eltern nicht einfach Ratschläge zu geben, sondern sie zu unterstützen, differenzierter und angemessener auf das Verhalten des Kindes einzugehen. Systemisch betrachtet lässt sich eine Verbesserung des Interaktionsklimas erzielen, indem die Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit des Kindes erhöht wird und gleichzeitig die elterliche Kompetenz gestärkt wird. Auch der soziale Status spielt eine bedeutende Rolle für die Interaktion zwischen Eltern und Fachleuten. Je nach sozialem Status machen Eltern Gebrauch von ihrem Beteiligungsrecht. Mütter und Väter aus der 'Mittelschicht' formulieren eher Ansprüche an Therapeut:innen oder andere Fachkräfte, und sie tun eher kund, wenn sie mit der Beratung / Betreuung nicht zufrieden sind (vgl. Azun, 2022, S. 250).

2.3 Psychotherapie und begleitende Beratung

Psychotherapie unterstützt Eltern, vor allem in der ersten Phase der Trauerarbeit. Einerseits besteht bei Eltern Freude über die Geburt ihres Kindes, andererseits sind



sie mit einer Diagnose ihres Kindes konfrontiert, die viel Unsicherheit und auch Traurigkeit mit sich bringen kann. Unter diesen Umständen ist es für viele Eltern schwer, eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und sich ein wertfreies Bild von ihrem Kind zu machen. Vielleicht sehen Eltern anfänglich auch primär den Therapiebedarf oder den Defekt ihres Kindes, wodurch sich das Interaktionsklima zwischen Eltern und Kind verschlechtern kann. Eltern sind in dieser ersten Phase sehr mit sich selbst beschäftigt und verletzlich. Trotzdem müssen sie eine Reihe von Anforderungen bewältigen (Besuche bei Ärzt:innen und Krankenhausaufenthalte, Behördenwege, Krankenkasse, Anschaffung von Hilfsmitteln usw.). Erfahrungsberichten zufolge bedeutet die Diagnose 'geistige Behinderung' das größte Stigma. Eltern von körper- oder sinnesbehinderten Kindern hoffen auf besondere künstlerische, sportliche oder kognitive Talente, aber Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung wissen, dass sich ihr Kind stark vom Idealbild eines Kindes unterscheiden wird (Müller-Zurek, 2010).

2.4 Was bedeutet es für Eltern und Familien ein behindertes Kind zu haben?

Auf Familien mit behinderten Angehörigen trifft die Pluralisierung von Lebensformen (Patchwork-Familie, nichteheliche Partnerschaft, Alleinerzieher:innen, Co-Parenting) ebenso zu wie auf Familien ohne behinderte Kinder. Familien mit behinderten Kindern repräsentieren die gesamte Gesellschaft mit ihren Strömungen oder Problemen und die Tatsache, dass sie behinderte Kinder haben, macht sie noch lange nicht zu einer homogenen Gruppe. Die Organisation des Familienlebens erfordert allerdings einen höheren logistischen Abstimmungsaufwand.

Tendenziell ist zu beobachten, dass Mütter von behinderten Kindern verstärkt ihre Rechte reklamieren und es weniger häufig vorkommt, dass Mütter das Gefühl haben, das eigene Leben durch die Geburt eines behinderten Kindes geopfert zu haben. Müller-Zurek (2010) ist der Ansicht, dass sich hier viel verändert hat und Väter die Behinderung ihrer Kinder zwar anders verarbeiten, aber nicht am Rande stehen, sondern im Rahmen ihrer Möglichkeiten entlasten. Die Geburt eines behinderten Kindes wird von vielen Paaren auch als Belastung und Risiko für die eigene



Partnerschaft oder Ehe beschrieben. Auch die Situation nicht behinderter Geschwister ist komplex und verlangt von den Eltern kontinuierliche Aufmerksamkeit, damit die Geschwisterkinder nicht zu kurz kommen.

Viele Familien mit behinderten Kindern sind auf bezahlte Helfer:innen und professionelle Dienste (mobile Familienbegleitung) angewiesen. Manchen Eltern fällt es schwer, diese Unterstützung anzunehmen, weil sie sich selber nicht den Status geben betroffene Eltern zu sein und nicht anerkennen wollen / können, dass ihr Kind behindert ist. Eine weitere wichtige Möglichkeit der Stärkung und Unterstützung von Familien ist der Austausch in Peer Groups oder Selbsthilfegruppen.

3 Inklusion

Inklusion ist gegenwärtig in aller Munde, sie ist zunehmend ins Gerede gekommen und erfährt dabei eine fast inflationäre Verwendung. Inklusion ist mehr denn je eine Zukunftsaufgabe. Die Inklusionsdebatte ist vielstimmig und kontrovers, sie wird häufig geführt zwischen Betroffenen und einer Fachöffentlichkeit. Dabei verengt sich die Debatte oft auf den schulischen Bereich. Inklusion fokussiert nicht ausschließlich auf Behinderung, aber durch die UN-Behindertenrechtskonvention wird besonders deutlich auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen aufmerksam gemacht. Inklusion muss praktisch werden, um nicht als Phrase zu enden, allerdings lässt der Begriff reichlich Raum für Interpretation (vgl. Sulzer, 2022, S. 14). Das Konzept der Inklusion geht davon aus, dass Menschen in verschiedenen Lebenswelten leben und ihre Identitäten immer aus mehreren Merkmalen und Zugehörigkeiten zusammensetzen. Inklusion beinhaltet die Forderung, Unterschiedlichkeit nicht zu bewerten und somit nicht in behindert und nicht-behindert zu kategorisieren. Der Begriff der Norm bzw. Normalität befördert Exklusion. Inklusion ist kein pädagogischer Sonderauftrag, sondern ein Auftrag für die Gesellschaft in alle ihren Subsystemen. „Inklusion kann verstanden werden als ein gesellschaftliches und pädagogisches Modell, das auf bestimmten Werten beruht: der Anerkennung der Besonderheit und Mehrfachzugehörigkeit von Individuen, der Anerkennung dessen, dass bestimmte Gruppen eher gefährdet sind, Barrieren zu erfahren als andere, und dass es daher auch in pädagogischen Einrichtungen Aufmerksamkeit für TeilhabebARRIEREN geben muss“ (Sulzer, 2022, S. 21).



3.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention

In der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) werden Ziele formuliert, die Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen Partizipation erleichtern und Diskriminierung sowie Ausschlüsse verhindern sollen. Menschen mit Behinderungen sollen in den vollen Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten kommen. Die UN-Konvention fordert Gleichheit, aber keinesfalls Gleichartigkeit, vor dem Gesetz (vgl. Fröhlich, 2012, S. 81). Die UN-Konvention beinhaltet einen gesamtgesellschaftlichen Aspekt und geht über den pädagogischen Bereich (Abbau von Barrieren im Bildungswesen) weit hinaus (vgl. Rittmeyer, 2012, S. 45f). Die Umsetzung der Konvention verläuft in Ländern wie Österreich oder Deutschland schleppend, obwohl sich die Staaten nach Ratifizierung der Konvention zur Umsetzung und entsprechenden Änderung der Gesetzeslage verpflichtet haben. In Österreich ist die UN-BRK seit 2008 in Kraft. Für die Umsetzung und Evaluierung der Konvention wurden der NAP (nationaler Aktionsplan) und Monitoring Ausschuss gegründet. Expert:innen kritisieren, dass in der Übersetzung der Konvention von der englischen in die deutsche Sprache ein Übersetzungsfehler passiert ist, der die Konvention in einem sehr zentralen Punkt falsch wieder gibt. *Inclusive Education system* wurde in der deutschsprachigen Version als *integratives Schulsystem* übersetzt anstatt mit *inklusives Bildungssystem*, obwohl die Begriffe Unterschiedliches meinen (vgl. Differenzierung nach Sander, 2003). Dies dürfte dazu beigetragen haben, dass die Umsetzung schleppend voran geht und lässt die Frage aufkommen, ob es sich dabei um einen ungewollten Fehler handelt oder taktische Gründe zu dieser Ungenauigkeit beigetragen haben (vgl. Rittmeyer, 2012, S. 46). Die Forderungen der UN-Konvention stellen uns als Gesamtgesellschaft vor große Herausforderungen. Nachfolgend wird dies anhand eines Beispiels expliziert in der Frage: "Wie ist das Recht auf Arbeit mit der gängigen Praxis vereinbar?"

Die UN-BRK formuliert im Artikel 27 das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderung, damit sie für ihren eigenen Lebensunterhalt sorgen können. Dieser Rechtsanspruch wird auch Menschen mit schwerer geistiger Behinderung / Mehrfachbehinderung / komplexen Behinderung zuteil. Fakt ist aber, dass Menschen mit komplexen Behinderungen nur sehr selten oder gar nicht in den regulären



Arbeitsmarkt integriert sind und bei den Inklusionsforderungen und -debatten als Personengruppe oft gar nicht zur Kenntnis genommen werden (vgl. Lelgemann, 2012, S. 272f). Für viele Menschen mit komplexen Behinderungen ist Erwerbsarbeit ausgeschlossen, denn sie sind auf den Bezug von Pflegegeld oder Mindestsicherung angewiesen. Menschen mit komplexen Behinderungen finden Arbeit in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Non Profit Organisationen (wie Lebenshilfe, Caritas, Jugend am Werk, Verein Balance, Volkshilfe usw.) stellen diese Arbeits- und Betreuungsangebote, um Alternativen anzubieten, und tragen dazu bei, dass Menschen mit Behinderungen Arbeit als subjektiv sinnvoll erleben und die eigenen Handlungen (im Arbeitsprozess) als bedeutsam erfahren (vgl. Lelgemann, 2012, S. 272). Lelgemann (2012) formuliert das in folgenden Worten:

Persönlich sinnvoll erlebte Arbeit, ausgeübt von Menschen mit sehr schweren Behinderungen, die durch arbeitsweltbezogene Bildungsprozesse vorbereitet wird, muss bundesweit auch in Zukunft möglich sein - gerade auch in inklusiven Zeiten! (Lelgemann, 2012, S. 280)

Leglemann (2012, S. 280) spricht sich damit für eine bestmögliche Integration von Menschen mit Behinderungen in den ersten Arbeitsmarkt aus und betont, dass Sondereinrichtungen trotzdem weiter bestehen bleiben müssen. Es ist Aufgabe der Einrichtungen arbeitsweltbezogene Bildungs-, Arbeits- und Lernprozesse methodisch didaktisch so zu organisieren, dass ihre Kund:innen (Menschen mit Behinderungen) größtmögliche Teilhabe bzw. Selbsttätigkeit erfahren (vgl. Lelgemann, 2012, S. 277). Unternehmen werden in Österreich durch das Behindertengleichstellungsgesetz aufgefordert, dass sie Menschen mit Behinderungen anstellen. Dieses sieht vor, dass in Unternehmen mit mehr als fünfundzwanzig Dienstnehmer:innen eine begünstigte behinderte Person einzustellen ist. Sofern dieser Beschäftigungspflicht seitens der Dienstgeber:innen nicht nachgekommen wird, ist eine Ausgleichstaxe zu entrichten.⁴

⁴ Die eingehenden Ausgleichstaxen werden, laut Angaben des Sozialministerium Services, zweckgebunden wieder für die berufliche Integration von Menschen mit Behinderungen verwendet. Siehe Informationen unter:
www.sozialministeriumservice.at



3.2 Inklusion - Integration

Die Begriffe Inklusion und Integration werden in der öffentlichen Diskussion häufig verwendet und haben vollständig in die Alltagssprache Einzug gehalten. Sie werden oft synonym gebraucht, aber beschreiben grundlegend andere Konzepte und Sichtweisen auf Gesellschaft.

3.2.1 Der Integrationsbegriff

Integration findet ihren Ausdruck im Bestreben, soziale Kontakte zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen zu ermöglichen, zu fördern und zu intensivieren. Integration kann somit nicht nur Ziel, sondern muss Weg und Ziel zugleich sein. Integration meint mehr als das räumliche Beisammensein von behinderten und nicht behinderten Menschen – allerdings ist das räumliche Beisammensein eine unerlässliche Voraussetzung. Integration bedeutet ‘in die Gesellschaft herein holen’ und geht gedanklich von zwei Gruppen aus. Es gibt eine herrschende Leitkultur (Mehrheitsgesellschaft), in die andere integriert werden sollen, und eine Minderheit. Diese Minderheit ist im Bestreben dazu zu gehören stets einem gewissen Assimilationsdruck ausgesetzt.

3.2.2 Der Inklusionsbegriff

Inklusion versteht die Verschiedenheit (Heterogenität) von Menschen als bereichernde Vielfalt (diversity) und versucht, sie aktiv zu nutzen. Das Konzept der Inklusion verzichtet, im Gegensatz zur Integration, auf jegliches Etikettieren von Gruppen und geht von der Heterogenität als *Normalzustand* in menschlichen Gemeinschaften aus. Inklusion hat den Anspruch, dass alle Dimensionen menschlicher Eigenschaften einbezogen werden (unterschiedliche Fähigkeiten, Geschlechterrollen, Sprachen, soziale Milieus, Hautfarben, Religionen, körperliche und geistige Behinderungen). Mindeststandards für eine Beteiligung darf es nicht geben, da jeder Mensch als vollwertig gilt und im Gemeinwesen willkommen geheißen wird. Das Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen. Inklusion kann nicht als rein *pädagogisches* Ziel aufgefasst werden, weil Inklusion auch ein politischer Begriff ist und weit über das Pädagogische hinaus geht. Aus *sozialwissenschaftlicher Perspektive* braucht es seitens der Politik flankierende



Maßnahmen auf allen Ebenen (Arbeitsmarkt, Systeme sozialer Sicherung, Bildung, Gesundheit). Einzelne Individuen sind nicht mächtig genug, um (drohender) Ausgrenzung gegenzusteuern (Kronauer, 2010, S. 56f, zitiert nach Ackermann, 2012, S. 96).

Die Möglichkeit für Teilhabe und Zugang zu relevanten gesellschaftlichen Ressourcen wie Bildung, Arbeit und Wohnen liegen oft nicht im Ermessen der einzelnen Personen, sondern sind beeinflusst von deren sozialer Zugehörigkeit. Vor allem Kinder mit einer geistigen oder körperlichen Beeinträchtigung, Kinder in Armutslagen oder aus Familien mit Migrationshintergrund haben ungleiche Bildungschancen (vgl. Sulzer, 2022, S. 16f).

3.3 Entwicklung hin zur Forderung nach Inklusion

Nach Sander (2003) können in der Geschichte des Umgangs mit Menschen mit Behinderungen vier Phasen unterschieden werden. Diese werden hinsichtlich der *Lebensbereiche Schule / Bildung, Wohnen, Arbeiten und Freizeit* anhand von Beispielen erklärt.

Exklusion: Kinder mit Behinderungen sind von jeglichem Schulbesuch ausgeschlossen, Menschen mit Behinderungen sind von jeglichen Freizeit-, Wohn- und Arbeitsangeboten ausgeschlossen.

Separation / Segregation: Kinder mit Behinderungen besuchen eigene Bildungseinrichtungen (Sonderschulen), Menschen mit Behinderungen wohnen in separaten Wohnformen (große Institutionen, Ghettosierung), verbringen ihre Freizeit auch dort und partizipieren nicht am gesellschaftlichen Leben.

Integration: Kinder mit Behinderungen können mit sonderpädagogischer Unterstützung Regelschulen besuchen. Menschen mit Behinderungen wohnen in Wohngemeinschaften, verbringen ihre Freizeit wie nicht behinderte Menschen und gehen einer Arbeit nach (in geschützter Form, wie z.B. in Werkstätten).

Inklusion: alle Kinder mit Behinderungen haben die Möglichkeit Regelschulen zu besuchen. Kindern mit Behinderungen mangelt es an Rollenvorbildern, daher wäre es förderlich, wenn sie die Möglichkeit zu Kontakt mit behinderten erfolgreichen Erwachsenen im Zuge ihrer Schulausbildung bekämen. Es wäre gut, wenn pädagogisches Personal mit Behinderung in Schulen arbeiten könnte (vgl. Pauser,



2009, S. 155).⁵ Menschen mit und ohne Behinderungen wohnen, arbeiten und verbringen ihre Freizeit miteinander, wobei Menschen mit Behinderungen die nötige Assistenz gewährt wird, die sie aufgrund ihrer Individuallage brauchen.

3.4 Braucht es in inklusiven Zeiten noch Sonder- und Heilpädagogik?

Im Zuge der UN-BRK muss sich die Disziplin der Sonder- und Heilpädagogik Legitimationsfragen stellen und problematisieren, inwiefern sie eine Neudefinition braucht. Diese Legitimierungsfrage wird nun beispielhaft diskutiert anhand der Frage: "*Soll die Sonderpädagogik in Schulen abgeschafft werden?*"

Nach Rittmeyer (2012) braucht es eine differenzierte Auseinandersetzung zur Aufgabe von Sonderpädagog:innen im inklusiven Schulsystem. Die Sonderpädagogik solle sich in Schulen nicht selbst abschaffen, sondern dafür Sorge tragen, dass sonderpädagogische Fachkompetenz zum festen Bestandteil des Regelschulwesens wird. Ihrer Ansicht nach sind Sonderpädagog:innen im Schulsystem erforderlich, weil diese prinzipiell mit allen Schüler:innen arbeiten können (also auch mit Schüler:innen ohne Behinderungen), aber für das Unterrichten von Schüler:innen mit Behinderungen oder Lernschwierigkeiten über ein erweitertes Methodenrepertoire verfügen. Rittmeyer (2012) meint, dass Sonderpädagog:innen Kenntnisse über spezielle Lehr-, Lern- und Arbeitsmittel haben müssen, um ggf. außerschulische Dienstleistungen anzufordern (Motopädagogik, Psychotherapie, heilpädagogische Rhythmisierung usw.).

Biewer (2005) warnt sehr ausdrücklich davor, Sonderpädagogik aus dem inklusiven Schulsystem wegzudenken und macht auf das Risiko einer *Low-Cost-Education* aufmerksam. Dies könnte ganz konkret bedeuten, dass Kosten eingespart werden und betroffene Kinder mit Behinderungen benachteiligt werden, weil ihnen spezielle Hilfen und Unterstützung verwehrt bleiben. Es darf nicht sein, dass der Inklusion willen in die Allgemeine Schule integriert wird, ohne "pädagogisch sinnvolle Voraussetzungen" (Bundschuh, 2012, S. 109) zu schaffen.

⁵ Im Jahr 2006 wurde in Österreich die Berufsbeschränkung für behinderte Menschen in Lehrberufen aufgehoben. Damit wurde eine jahrzehntelange Forderung der Behindertenrechtsbewegung erfüllt. Auch für Richter:innen galt lange diese Zugangsbeschränkung, aber 2014 wurden erstmalig blinde Richter:innen ernannt.



Die Vorstellung einer inklusiven Schule, also einer *Schule für alle*, trifft auf erhebliche Skepsis. Speck (2010) bezweifelt, dass die Forderung einer Schule für alle auch zum Wohlergehen schwerstbehinderter Kinder führt, weil diese einen gänzlich anderen Bildungs- und Unterstützungsbedarf haben (vgl. auch Wagner, 2012, S. 123). Er hält die Vorstellung, dass alle Kinder inkludiert werden können, für erschreckend naiv und bekräftigt die These, dass sich geistig behinderte Kinder damit in einer permanenten Überforderungssituation befinden. Wagner (2012) argumentiert ähnlich und betont, dass Eltern die von ihnen bevorzugte Schulform wählen können sollten (vgl. Wagner, 2012, S. 121).

Eine Sonderbehandlung von Kindern mit Behinderung, zum Beispiel im Rahmen einer dauerhaften homogenen Gruppenbehandlung, wird von der UNESCO-Kommission ausdrücklich kritisiert. Dadurch wird die Sonderposition von Kindern mit Behinderung / bestimmten Merkmalen verstärkt. „Weder «Gleiches für Alle» noch «Besonderes für Besondere» haben sich im Umgang mit Verschiedenheit bewährt“ (Sulzer, 2022, S. 15). Für das Konzept der Inklusion empfiehlt sich eine Koppelung von „Gleiches wo möglich, Besonderes wo nötig“ (Sulzer, 2022, S. 15). Pädagogische Fachkräfte brauchen Inklusionskompetenzen wie Reflexionskompetenz, Methodenkompetenz, Analysekompetenz, Fachkompetenz und Kooperationskompetenz (vgl. Wagner, 2022, S. 25f).

Die Anti-Bias Education befasst sich mit vorurteilsloser Bildung bzw. Erziehung für alle (vgl. Derman-Sparks, 2022, S. 299 – 313) und entwickelt Bildungskonzepte, die alle Aspekte sozialer Vielfalt berücksichtigen.

3.5 Empowerment

„Man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst tun können“ (Abraham Lincoln). Ausgangspunkt von Empowerment Prozessen (Prozesse der Selbstermächtigung und Selbstbefähigung) ist stets das Erleben von Machtlosigkeit, Fremdbestimmung und der Verlust von Autonomie. Sehr häufig sind langzeithospitalisierte Patient:innen psychiatrischer Einrichtungen, Menschen mit einer geistigen Behinderung, suchtkranke Personen oder arbeitslose Menschen davon betroffen. Der Verlust von Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit führen bei betroffenen Personen zu Demoralisierung und erlernerter



Hilflosigkeit. Genau an dieser Stelle setzt Empowerment an. Es geht um die Suche nach Auswegen aus erlernter und entmutigender Abhängigkeit. Ziel ist, dass betroffene Personen sich selbst als kompetente Akteur:innen (Expert:innen in eigener Sache) wahrnehmen und von anderen auch so wahrgenommen werden. Empowerment Prozesse sind eine Ressource für (weitere) kritische Lebensetappen.

Inklusion braucht systematische Arbeit auf mehreren Ebenen: auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, wenn stereotype Darstellungen oder Vorstellung transportiert werden; auf institutioneller Ebene, wenn Teilhabekriterien bestehen, die aus institutionellen Strukturen resultieren; auf interaktionaler Ebene, wenn Personen aufgrund ihres Alters, Geschlechts oder Herkunft abgewertet werden und auf subjektiver Ebene, wenn Vorurteile oder blinde Flecken über andere die eigenen Vorstellungen dominieren (vgl. Sulzer, 2022, S. 17).

4 Psychotherapie für Menschen mit Behinderung

Der Bedarf an Psychotherapie ist bei Menschen mit Behinderungen genauso hoch wie bei Menschen ohne Behinderung - wenn nicht sogar höher. Für viele Menschen mit Behinderung ist die Inanspruchnahme von Psychotherapie, bedingt durch Beschränkungen, die sie erfahren, kaum oder nur schwer zu erreichen. Dieses Kapitel soll Aufschluss geben über die Besonderheiten in der Psychotherapie für Menschen mit Behinderungen, und all jenen Mut machen, die sich in dieses Arbeitsgebiet vertiefen wollen.

4.1 Das Recht auf Gesundheitsversorgung

Die UN-Konvention verlangt, ganz unmissverständlich, eine Gleichbehandlung im Gesundheitswesen, woraus sich selbstverständlich auch das Recht auf psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Behinderungen ableiten lässt. Die Konvention sichert Menschen mit Behinderungen nicht nur ihre Freiheitsrechte, «autonomy rights» (Recht auf Persönlichkeitsentwicklung, freie Meinungsäußerung und Selbstbestimmung), sondern auch Rechte auf Schutz und Sorge, die «care rights» (bei Erkrankung, Schwäche und Hilfebedürftigkeit). Vor diesem Hintergrund



ist zu verstehen, dass Vertragsstaaten dazu verpflichtet sind Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung wie allen anderen zur Verfügung zu stellen. Die UN-Konvention besagt darüber hinaus, dass Menschen mit Behinderungen spezielle Gesundheitsleistungen bereitgestellt werden müssen, wenn sie diese aufgrund ihrer Behinderung benötigen (Spezialambulanzen, Stationen, Ambulatorien). Tatsächlich aber, ist die Psychotherapie für vielen Menschen mit geistiger Behinderung aber noch immer schwer erreichbar.

4.2 Bedarf an Psychotherapie bei Menschen mit Behinderung

Überdurchschnittlich viele Menschen mit geistiger Behinderung leiden an psychischen Störungen, bedingt durch eine erhöhte psychische Vulnerabilität, Einschränkungen in der kognitiven Verarbeitung und traumatisierenden Erfahrungen (vgl. Pörtner, 2003, S. 187f). Der Bedarf an Psychotherapie resultiert aus:

- Mangel an grundlegender Annahme und Wertschätzung
- Wiederholende emotionale Verlassenheit und Trennungen
- Abwertung, Zurücksetzung, Ausgrenzung
- Fremdbestimmung, Anpassungsdruck, Kontrolle und Einschränkungen der Selbstbestimmung

Historisch bedingt hält sich leider immer noch die Ansicht, dass "psychische Störungen bei Betroffenen Ausdruck der geistigen Behinderung seien und von daher nicht psychotherapierbar seien, sondern nur medikamentös zu behandeln und bestenfalls pädagogisch zu modellieren" (Wunder, 2010, S. 2). Diese Ansicht ist natürlich problematisch, aber klar ist, dass die Anforderungen für Psychotherapeut:innen gänzlich anders sind. Manchmal kann es schwieriger sein sich einzufühlen. Marlies Pörtner (2003) schreibt in ihrem Buch mit dem Titel „Brücken bauen“, dass eine ihrer ersten KlientInnen eine Frau mit geistiger Behinderung war und sie sich keineswegs sicher war, ob eine Psychotherapie überhaupt möglich und sinnvoll war. Schwierigkeiten gab es nur anfänglich und Pörtner (2003) hält fest:

In der Praxis befassen sich heute wenige Therapeut:innen mit diesem speziellen Arbeitsgebiet. Das ist zu bedauern - nicht nur für die behinderten Personen, denen Psychotherapie helfen könnte - sondern auch für die



Psychotherapeut:innen selber, denn sie lassen sich eine unschätzbar Gelegenheit zur Horizonderweiterung entgehen, aus der sie für ihre gesamte therapeutische Tätigkeit Nutzen ziehen können. (Pörtner, 2003, S. 185)

4.3 Modifikationen für den Prozess der Psychotherapie

Für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Behinderungen können Modifikationen beschrieben werden, die unterstützend sein können.

Vereinfachungen: Reduktion der Komplexität üblicher Techniken (Rollenspiele in einfacher Form sind sehr gut geeignet), Interventionen in kleine Schritte aufteilen, kürzere Sitzungsdauer, auf Wiederholungen achten, Pausen machen, genügend Zeit für Nachfragen einplanen und das Verständnis der Therapieinhalte überprüfen.

Sprache: vereinfachtes Vokabular, kurze Sätze, nachvollziehbare Gedankengänge (einfache / leichte Sprache) - betrifft gesprochene Sprache und Schriftform (z.B. Therapievereinbarung).

Aktivierende Elemente: herkömmliche Techniken mit aktivierenden Elementen bereichern, Anschaulichkeit mit Bildern (Piktogramme, Fotos und Cartoons) erhöhen, Hausaufgaben geben, gemeinsames Gestalten von Flip Charts.

Entwicklungsstand: Entwicklungsstand bei der Gestaltung von Techniken und Material berücksichtigen und eventuell Techniken aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen anwenden.

Direktives Vorgehen: Therapeut:innen agieren direktiver aufgrund kognitiver Einschränkungen, Therapieziele und Fortschritte darstellen (mit Bildern, Piktogrammen und anderen visuellen Hilfsmitteln)

Flexibilität der Therapeut:innen: an Entwicklungsstand anpassen, Bezugspersonen miteinbeziehen, unterschiedliche Methoden anbieten.

Einbeziehung von Bezugspersonen: Bezugspersonen zur Unterstützung einbeziehen, Übungen oder Hausaufgaben mit Bezugsperson für zu Hause aufgeben

Übertragung und Gegenübertragung: stärkere und schnellere Bindung, weil das Bindungsverhalten bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oft nicht altersentsprechend ist. Therapeut:innen müssen sich stärker abgrenzen und ihre Therapeut:innenrolle kritisch reflektieren.



Thematisierung der Behinderung: Therapeut:innen sollten die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung (mit behinderungsbedingten Einschränkungen) als Thema vorschlagen und dafür Raum geben. Neben der Auseinandersetzung mit negativen Gefühlen, Ausgrenzungen und Stigmatisierungen soll die Therapie den Aufbau eines positiven Selbstbildes unterstützen.

4.4 Besondere Aspekte

Viele Menschen mit geistiger Behinderung können sich nicht so recht vorstellen was genau eine Therapie ist, aber äußern gleichzeitig den Wunsch zum / zur Psycholog:in oder Therapeut:in zu gehen, um 'Gespräche zu bekommen'. Dazu sind sie einerseits intrinsisch motiviert, aber natürlich spielt Fremdmotivation eine große Rolle, weil Eltern, Angehörige, Vertrauens- oder Bezugspersonen meinen "du solltest mal in eine Therapie gehen" oder "du brauchst eine Therapie". Aus diesem Grund gilt es die Anfangsindikationen (ausreichende Selbstmotivation, Klarheit über die Notwendigkeit eines Arbeitsbündnisses mit den Therapeut:innen, Zielvorstellungen, Bereitschaft sich infrage zu stellen und zu verändern) zurückzustellen, um überhaupt erst einmal zu klären, was ein therapeutischer Prozess bringen kann. Anstatt eines Erstgespräches sind mehrere Termine einzuplanen, in denen die Motivation langsam erarbeitet werden kann (Wunder, 2010, S. 6-8). Häufige Themen in der Psychotherapie für Menschen mit Behinderungen sind: Selbstwertproblematik, Trauer um behinderungsbedingte Einschränkungen, Traumatisierungen aufgrund von sexualisierter physischer oder psychischer Gewalt, Partner:innenschaftswünsche, Partner:innenschaftsprobleme und Ablösung von den Eltern (Wunder, 2010, S. 7).

4.5 Prä-Therapie

Das Konzept der Prä-Therapie ist eine der wichtigsten Weiterentwicklungen des personenzentrierten Ansatzes nach Rogers durch den Amerikaner Garry Prouty. Die Prä-Therapie ist hilfreich bei Menschen, die als nicht kontaktfähig gelten. Sie ist eine Therapieform, die sich auch bei schwerstbehinderten Menschen anwenden lässt und einen Zugang zu ihnen ermöglicht (vgl. Pörtner, 2014, S. 158). Durch sorgfältiges



Zuhören, Hinsehen, Sich Einfühlen und Ernstnehmen der Betroffenen ist es möglich, auch zu Menschen Kontakt aufzunehmen, die als hospitalisiert gelten oder aus anderen Gründen nur sehr schwer in der Lage sind Kontakt aufzunehmen. Nicht immer gelingt es mit dieser Methode einen psychotherapeutischen Prozess zu ermöglichen, aber es können sich dennoch für Betroffene deutliche Verbesserungen ergeben, indem sie lernen mehr in Kontakt mit ihrer Umwelt zu treten (vgl. Pörtner, 2014, S. 159).

4.6 Personenzentrierte Haltung im Umgang mit Menschen mit Behinderungen

Marlies Pörtner (2014) betont, dass personenzentriertes Arbeiten nicht gleichbedeutend ist mit Psychotherapie, aber die personenzentrierte Sichtweise besonders gut dafür geeignet ist die Lebensqualität von geistig behinderten, alten, pflegebedürftigen, psychisch kranken oder verhaltensauffälligen Menschen zu verbessern (vgl. Pörtner, 2014, S. 13f). Personenzentriertes Arbeiten heißt, Menschen so ernst zu nehmen wie sie sind, und nicht wie sie sein sollten. Es bedeutet, Menschen zu unterstützen ihre eigenen Wege zu finden und, entsprechend ihren Möglichkeiten, angemessen mit der Realität umzugehen. Marlies Pörtners Konzept beruht auf den Grundlagen personenzentrierter Arbeit nach Carl Rogers, aber ist eben spezifiziert auf das nicht therapeutische Arbeitsfeld.

Ein humanistisches Menschenbild bildet die Grundlage. Dazu gehört bspw. die Anerkennung der Verschiedenartigkeit von Menschen sowie die Annahme, dass jeder Mensch ganz eigene Fähigkeiten zu Veränderung und Problemlösung in sich hat. "Grundsätzlich wissen wir nicht, was für andere Menschen gut ist, sondern sie selber, auch wenn der Zugang zu diesem Wissen verschüttet sein mag" (Pörtner, 2014, S. 28). Diese Annahme ist besonders wichtig in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, weil diese häufig Verhaltensweisen zeigen, die als auffällig wahrgenommen und abgewertet werden, indem sie als verwirrt, verrückt oder unangepasst abgestempelt werden (vgl. Pörtner, 2014, S. 28). Subjektiv machen diese Verhaltensweisen für die Personen jedoch größten Sinn und diesem Sinn gilt es auf die Spur zu kommen. "Wir müssen versuchen, uns in seine / ihre



Wahrnehmung und das Empfinden einzufühlen, auch wenn sie schwer nachvollziehbar sind" (Pörtner, 2014, S. 28).

5 Verfahren und Methoden in der Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung

Eine gute psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung ist dringend notwendig, aber erfahrungsgemäß ist es so, dass sich viele Therapeut:innen dafür nicht zuständig fühlen oder meinen, sie selbst verfügten über zu wenig Kompetenzen dafür. Betrachtet man die letzten Jahre, kann man durchaus von einer positiven Entwicklung sprechen, da immer mehr Psychotherapeut:innen begonnen haben mit Menschen mit Behinderungen zu arbeiten. Nach wie vor ist es aber so, dass eher Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung in den Genuss von Psychotherapie kommen und Menschen mit einer mittleren oder schweren geistigen Behinderung keinen Zugang zu Psychotherapie bekommen.

Psychotherapie für Menschen mit (leichter, mittlerer oder schwerer) Behinderung ist möglich und sinnvoll, aber es sind Modifikationen der psychotherapeutischen Behandlung erforderlich. Häufig muss das Umfeld der Klient:innen (Eltern, Familienangehörige, Betreuer:innen) in die Therapie miteinbezogen werden, Therapeut:innen müssen kompetent mit Sprachschwierigkeiten der Klient:innen umgehen können, die Praxisräume sollten barrierefrei bzw. behindertengerecht sein und Therapeut:innen sind extrem gefordert, sodass sie selbst regelmäßig Supervision in Anspruch nehmen sollten (vgl. Vogel, 2012, S. 9 – 11 und S. 105 – 107).

Früher ging man davon aus, psychische Störungen und Verhaltensstörungen seien Ausdruck einer geistigen Behinderung, aber heute weiß man, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung an psychischen Störungen erkranken können (vgl. Vogel, 2012, S. 23). Die Entstehung von psychischen Störungen ist bei Menschen mit genauso wie bei Menschen ohne Behinderung zu erklären als Wechselspiel zwischen biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren.



Menschen mit mittlerer oder schwerer intellektuellen Behinderung mangelt es sehr oft an Ausdrucksmöglichkeiten aufgrund eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten. Dadurch kommt es häufiger zu selbst- und fremdverletzendem Verhalten. Die Auffälligkeiten, die leicht bis mittel von erwünschtem Verhalten abweichen, werden als Verhaltensauffälligkeit begriffen. Die Auffälligkeiten, die ins Extreme gehen und damit sehr deutlich von erwünschtem Verhalten abweichen werden als psychische Störung klassifiziert (vgl. Vogel, 2012, S. 23f).

Menschen mit einer intellektuellen Behinderung sind lt. WHO drei- bis viermal so häufig von psychischen Störungen betroffen wie Menschen ohne Behinderung. Wobei hier anzumerken ist, dass die Diagnose oft schwierig zu erstellen ist. Bei Menschen mit einer leichten intellektuellen Behinderung (auch Lernbeeinträchtigung oder Lernschwierigkeit genannt) ähnelt das Störungsbild dem, von Menschen ohne Behinderung. Bei Menschen mit einer mittleren oder schweren intellektuellen Behinderung ist es deutlich schwieriger die Symptome einem Klassifikationsschemata zuzuordnen, weil bspw. die Diagnose von Depression oder Zwängen stark von der Selbstbeobachtung und Mitteilungsfähigkeit der Betroffenen abhängt. Menschen mit einer mittleren oder schweren intellektuellen Behinderung sind vielfach außerstande sich kommunikativ dazu angemessen mitzuteilen und somit wird bspw. Depression bei Menschen mit einer Behinderung häufig nicht erkannt und infolge auch nicht behandelt (vgl. Vogel, 2012, S. 29ff).

5.1 Therapieverfahren: Möglichkeiten und Grenzen

Die in Österreich anerkannten Therapieverfahren lassen sich 4 anerkannten Hauptschulen zuordnen:

1. Verhaltenstherapeutisch
2. Tiefenpsychologisch-psychodynamisch (psychoanalytisch)
3. Humanistisch (klient:innenzentriert)
4. Systemisch



Verena Vogel (2012) befasst sich ausführlich damit welche Möglichkeiten und Grenzen es innerhalb dieser vier Schulen gibt und kommt zu folgenden Erkenntnissen.

5.2 Verhaltenstherapie und Behinderung

Die Verhaltenstherapie galt lange Zeit als die populärste Behandlungsmethode von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Menschen mit Behinderung, weil selbst- und fremdaggressives Verhalten sowie Stereotypien in relativer kurzer Zeit behandelbar waren. Hier geht es meist nicht darum, Ursachen für ein Problem herauszuarbeiten, sondern (vorausgehende, begleitende und nachfolgende) Bedingungen zu verstehen, um zu begreifen, welche Funktion das Verhalten hat. In weiterer Folge geht es dann um eine Symptomreduzierung und den Aufbau eines Alternativverhaltens.

Verhaltenstherapeutische Ansätze sind nach Vogel (2012) geeignet für die Psychotherapie von Menschen mit einer geistigen Behinderung, wobei genau erwogen werden muss, ob im Sinne der Betroffenen geholfen wird. Vielfach entscheiden Menschen mit mittlerer oder schwerer intellektueller Behinderung nicht selbst, dass sie Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen, sondern ihr Umfeld trifft diese Entscheidung. Wenn entschieden wird, dass verhaltenstherapeutisch gearbeitet wird, ist es wichtig, abzuklären, inwieweit auch Betreuer:innen im Alltag verhaltenstherapeutische Ansätze anwenden, um Entwicklung und Bildung anzuregen. In manchen Fällen kann es sein, dass ein zu Viel an verhaltenstherapeutischen Ansätzen genau das Gegenteil bewirkt und Betroffene sich in ihrem Problemverhalten nicht ernst genommen fühlen (vgl. Vogel, 2012, S. 47 – 63).

5.3 Psychoanalyse und Behinderung

Psychodynamische und psychoanalytische Verfahren galten lange Zeit als ungeeignet für die Therapie von Menschen mit einer intellektuellen Behinderung, weil es sich um Therapieformen handelt, die ggf. erhebliche intellektuelle Anforderungen stellen. Mittlerweile hat sich das verändert. Methodisch gibt es viele Möglichkeiten,



um Menschen mit einer komplexen Behinderung zu therapieren, aber zeitlich und finanziell verfügen Menschen mit Behinderungen oft nicht über ausreichend Ressourcen, um Therapie hochfrequent in Anspruch zu nehmen (vgl. Vogel, 2012, S. 63 – 74).

5.4 Klient:innenzentrierte Therapie und Behinderung

Gesprächspsychotherapie scheint auf den ersten Blick nicht geeignet zu sein für Menschen mit Behinderung, weil es vor allem um verbale Kommunikation geht und Menschen mit einer mittleren oder schweren intellektuellen Behinderung zumeist mit Kommunikationsschwierigkeiten konfrontiert sind. Für die klassische Gesprächspsychotherapie ist diese Einschätzung zutreffend, allerdings gibt es einige Autor:innen, die sich intensiv mit Möglichkeiten der Modifikation gesprächspsychotherapeutischer Verfahren auseinandergesetzt haben und damit gute Erfolge verzeichnen konnten. In diesen Zusammenhang sind vor allem die Arbeiten von Marlies Pörtner zu erwähnen, die sich ihrerseits auf die Prä-Therapie bezieht und Menschen mit mittlerer und schwerer intellektuellen Behinderung die Möglichkeit eröffnet Gesprächstherapie in Anspruch zu nehmen (vgl. Vogel, 2012, S. 74 – 82).

5.5 Systemische Therapie und Behinderung

Systemische Therapie gilt als geeignet für Menschen mit intellektueller Behinderung. Vor allem, weil Angehörigen, Betreuer:innen, Familien usw. die Möglichkeit geboten wird, an der Therapie teilzunehmen. Das Umfeld der betreffenden Person wird in die Therapie miteinbezogen, da der systemischen Herangehensweise die Annahme zugrunde liegt, dass nicht nur auf das Symptom oder die Störung einzelner Personen geblickt werden soll, sondern auf sein / ihr gesamtes relevantes Umfeld. Alle, die an der Lösung eines Problems teilnehmen können und wollen, könnten bei der Therapie dabei sein. Menschen mit Behinderungen sind besonders stark gefährdet, bis ins hohe Erwachsenenalter fremdbestimmt zu werden, und haben oft keinen anderen Ausweg als eine Verhaltensauffälligkeit oder Störung zu entwickeln, um auf sich



Mag.a Alexandra Müller, MSc MBA

www.alexandramueller.at

Seminarunterlagen

aufmerksam zu machen. So betrachtet ist die Störung eine sinnvolle Reaktion auf unter- oder überfordernde (Lebens-)Situationen (vgl. Vogel, 2012, S. 83 – 90).



6 Literatur

- Ackermann, K.-E. (2012). Veränderungen im Selbstverständnis der Geistigbehindertenpädagogik im Kontext von Leitvorstellungen. Zur Verortung von Inklusion in der Geistigbehindertenpädagogik. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.
- Azun, S. (2022). Zusammenarbeit mit Eltern: Respekt für jedes Kind – Respekt für jede Familie. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 245 – 263). Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.
- Biewer, G. (2005). Inclusive Education - Effektivitätssteigerung von Bildungsinstitutionen oder Verlust heilpädagogischer Standards? In: Zeitschrift für Heilpädagogik 56 (3), S. 101 - 108.
- Bundschuh, K. (2010). Allgemeine Heilpädagogik: Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundschuh, K. (2012). Systeme – Inklusion – Betroffene. Grenzen und Möglichkeiten der Verwirklichung. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 101- 117). Oberhausen: Athena.
- Derman-Sparks, L. (2022). Anti-Bias Education for Everyone – Vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung für alle. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 299 – 313). Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.
- Dreher, W. (2012). Winds of change - Inklusion wollen. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 27 - 43). Oberhausen: Athena.
- Fröhlich, A. (2012). Diversity Management - ein übertragbarer Ansatz? In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.
- Janßen, C. (2015). Die Geschlechterperspektive in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung - Frauen und Männer mit geistiger Behinderung und ihre geschlechtersensible Begleitung. In: Gebhart, H. & Kosuch, R. (Hrsg.), *Genderwissen und Gendernutzen für die Praxis der Sozialen Arbeit*. Tagungsdokumentation (S. 48 - 66). Essen: Reihe Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW
- Kluger, I. (2009). *Über die Zusammenarbeit mit den Eltern in der Frühförderung hörbeeinträchtigter Kinder. Ein Vergleich aktueller Elternberichte mit dem "Brief einer Mutter" von Hanni Holthaus*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.
- Kronauer, M. (2010). Inklusion - Exklusion. Eine historische und begriffliche Annäherung an die soziale Frage der Gegenwart. In: Kronauer, M. (Hrsg.), *Inklusion und Weiterbildung. Reflexion zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart* (S. 24 - 58). Bielefeld: Bertelsmann.
- Lelgemann, R. (2012). Arbeit muss möglich sein! - Auch in inklusiven Zeiten! In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 269 - 283). Oberhausen: Athena.
- Lyra, O. (2010). *Führungskräfte und Gestaltungsverantwortung in schulischen Bildungsfeldern. Theorie U als Impuls für tiefgreifenden Wandel in inklusiven Bildungslandschaften*. Dissertation. Köln.



- Moor, P. (1965). *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch.* Bern, Stuttgart: Huber.
- Möckel, A. (2007). Geschichte der Heilpädagogik. Oder: Macht und Ohnmacht der Erziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Möckel, A. (2012). Heilerziehung, Bildsamkeit und Inklusion in der Geschichte der Heilpädagogik. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 13 - 27). Oberhausen: Athena.
- Pauser, N. (2009). Exklusive Behinderung! Inklusive Beratung?. In: Abdul-Husain, S. & Baig, S. (Hrsg.), *Diversity in Supervision, Coaching und Beratung* (S. 141 - 171). Wien: Facultas.
- Pörtner, M. (2003). *Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten.* Stuttgart: Klett Cotta.
- Pörtner, M. (2014). *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Raab, H. (2012). *Intersektionalität und Behinderung – Perspektiven der Disability Studies.* URL: www.portal-intersektionalitaet.de [abgerufen am 31.07.2017]
- Rittmeyer, C. (2012). Zum Stellenwert der Sonderpädagogik. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 43 - 59). Oberhausen: Athena.
- Sander, A. (2003). Von Integrationspädagogik zu Inklusionspädagogik. In: *Sonderpädagogische Förderung. Integration und pädagogische Rehabilitation* 48, S. 313 - 329.
- Speck, O. (2010). *Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht.* München, Basel: Reinhardt.
- Sulzer, W. (2022). Inklusion als Werterahmen für Bildungsgerechtigkeit. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 13 – 21). Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.
- Theunissen, G. (2011). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten.* Stuttgart: Klinkhardt.
- Thimm, W. (1984). *Das Normalisierungsprinzip - Eine Einführung.* Marburg: Lebenshilfe.
- Vogel, Verena (2012). *Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung.* Marburg: Tectum.
- Wagner, M. (2012). Die inklusive Schule der Zukunft - wirklich eine Schule für alle? In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.
- Wagner, P. (2022). Der Ansatz Vorurteilsbewusster Bildung und Erziehung als inklusives Praxiskonzept. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 23 – 41). Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.
- Warnke, A. & Taurines, R. (2012). Inklusion - Was kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu tun? In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.

URL: Bergmann, N. & Gindl, K. (2004). *Geschlechterrollen und Behinderung. Wunsch und Realität.* www.gem.or.at

URL: Müller-Zurek, C. (2010) *Die Situation von Familien mit behinderten Kindern aus Elternperspektive* www.familienhandbuch.de [25.07.2017]



Mag.a Alexandra Müller, MSc MBA
www.alexandramueller.at

Seminarunterlagen

Wunder, M. (2010). *Psychotherapie für Menschen mit Behinderung - ist dies eine Selbstverständlichkeit?* URL: <http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de> [24.07.2017]

Information und Kontakt zur Referentin

Mag.^a Alexandra Müller, MSc MBA

Studium der Pädagogik, der Beratungswissenschaften und des Sozialmanagements. Langjährige Berufserfahrung in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Unterstützungsbedarf sowie im Management sozialer Einrichtungen. Referentin zu Themen des Sozialen (Sozialpädagogik und Sozialmanagement) sowie im Psychotherapeutischen Propädeutikum.

Psychotherapeutin (SF), Unternehmensberaterin, Lebens- und Sozialberaterin, Supervisorin und Coachin.

Kontakt: www.alexandramueller.at; Mail: office@alexandramueller.at