

*Reinhard Burtscher*

# Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten

## 1. Ausgangs- und Rahmenbedingungen

Der letzte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen (BMAS 2013) beinhaltet ein Kapitel zum Themenfeld Gesundheit. Dabei wird deutlich, dass die gesundheitlichen Risiken bei Menschen mit Behinderung – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – deutlich höher liegen. Der Bericht zeigt auch, dass für Menschen mit Lernschwierigkeiten kaum gesicherte Erkenntnisse über ihre Gesundheitssituation vorliegen. Menschen mit Lernschwierigkeiten zählen in nationalen repräsentativen Befragungen zum sogenannten ‚Stichprobenausfall‘ (Antwortausfall oder non-response). Sie werden mit den bestehenden Untersuchungsmethoden, z. B. in der Gesundheitsbefragung des Robert Koch Instituts „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (Telefonischer Gesundheitssurvey GEDA) oder im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) nicht erreicht. Fazit: Spezifische Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen mit Lernschwierigkeiten bleiben in Strategien zur Gesundheitsförderung unberücksichtigt. Gesundheitsziele auf Bundes- und Landesebene übersehen die besonderen Ausgangsbedingungen und die notwendigen Rahmenbedingungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. BMG 2014). Dabei haben schon vor über einem Jahrzehnt die Fachverbände der Behindertenhilfe in der Expertise „Gesundheit und Behinderung“ (2001)

auf die Notwendigkeit bedarfsgerechter gesundheitsbezogener Leistungen hingewiesen.

Die besonderen Ausgangs- und notwendigen Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen (vgl. BeB 2001, S. 12, BMAS 2013, S. 190, Taggart/Cousins 2014, S. 9, Haveman/Stöppler 2014, S. 59 f.) ergeben sich bei Menschen mit Lernschwierigkeiten aus verschiedenen Gründen; u.a. sind zu nennen:

- ein erhöhtes Risiko für das Auftreten zusätzlicher Gesundheitsprobleme und Krankheiten als Folge der jeweiligen individuellen Behinderung (z. B. erhöhte Anfälligkeit für Infektionen bei Menschen mit Down-Syndrom oder mangelndes Sättigungsgefühl bei Menschen mit Prader-Willi-Syndrom)
- Beeinträchtigungen in der Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit. Eine beeinträchtigte Schmerzlokalisation oder Schmerzbeschreibung kann z. B. zu mangelhafter Gesundheitsversorgung führen. Erkrankungen werden nicht frühzeitig erkannt oder falsch diagnostiziert
- eingeschränkte Mobilität und physische Barrieren in der Umwelt (z. B. nicht barrierefrei erreichbare Arztpraxen)
- Lebensbedingungen, die von fremdbestimmenden Strukturen und Institutionen geprägt werden (z. B. eine unbefriedigende Beschäftigungs- und Wohnsituation)
- der Zusammenhang von gesundheitlicher Ungleichheit, niedrigem

Bildungsstatus und Armut bzw. Armutsgefährdung. Menschen mit Lernschwierigkeiten haben z. B. häufig Schwierigkeiten, geeignete Informationen zu Gesundheitsaspekten zu finden und zu verstehen (fehlende Informationen in Leichter Sprache). Außerdem können sie sich zusätzliche Gesundheitsangebote finanziell nicht leisten, denn viele Menschen mit Lernschwierigkeiten erhalten lediglich Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch XII aufgrund voller Erwerbsminderung.

Die Aufzählung verweist auf unterschiedliche Faktoren, die Gesundheit beeinflussen. Ein allgemeines Modell von Einflussfaktoren liefern Dahlgren und Whitehead (1991). Sie beschreiben abgesehen von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen vier Ebenen:

1. Faktoren individueller Lebensweisen: z. B. Rauchen und Alkoholkonsum, Zufriedenheit, Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress, Zeit (für Erholung),
2. soziale und kommunale Netzwerke: z. B. Freundschaften, Mitgliedschaft in einer Gruppe, Familienbeziehungen,
3. Lebens- und Arbeitsbedingungen: z. B. Arbeit, Wohnumfeld, Verkehr, Bildung, Landwirtschaft- und Lebensmittelproduktion, Kultur, Gesundheitsversorgung, medizinische Versorgung und
4. allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt: z. B. Wirtschaft, Natur, Finanzwesen, Rechtsstaatlichkeit, Lebensräume, Technik, Umweltschutz, Frieden

(Vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit).

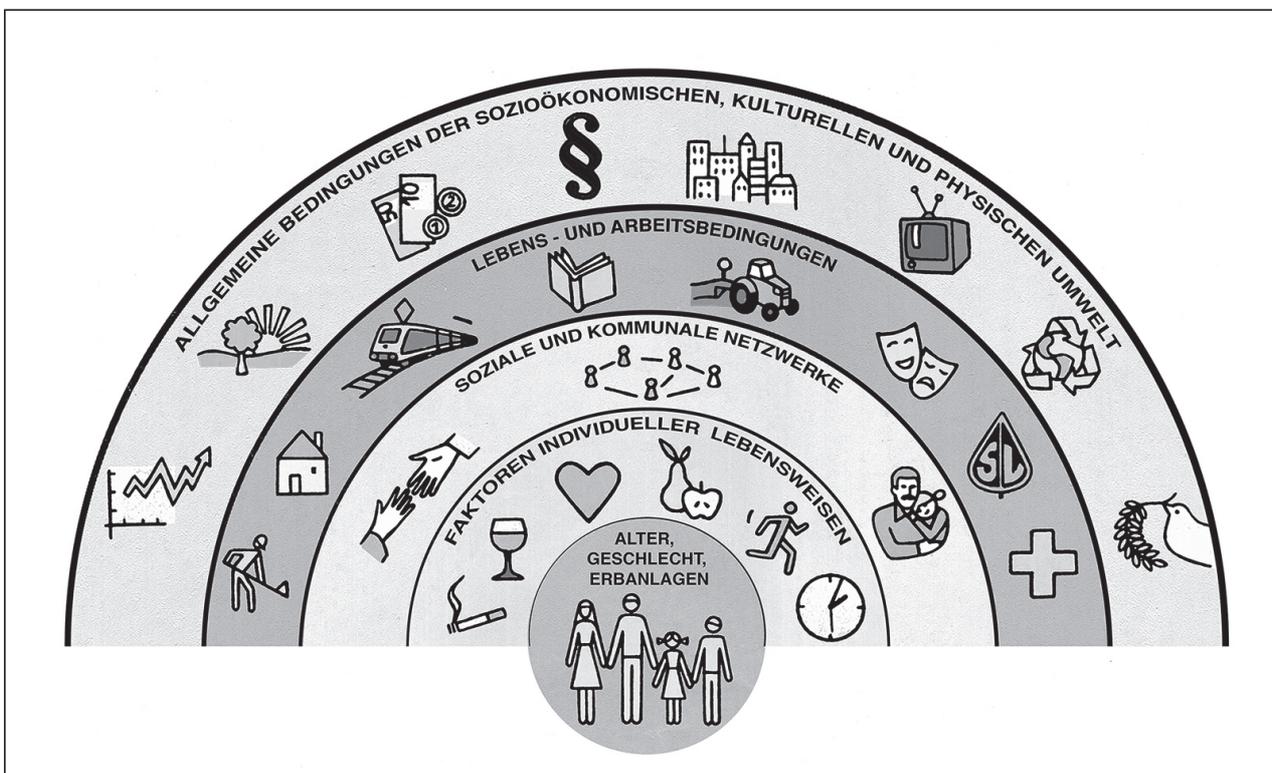


Abb. 1: Einflussfaktoren von Gesundheit: das Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren (1991) in einer Darstellung des Fonds gesundes Österreich

Diese Einflussfaktoren werden im System der Gesundheitsförderung berücksichtigt, um gezielt die Gesundheit von Menschen zu verbessern. Dabei hat die WHO bereits 1986 mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wichtige Impulse gesetzt. In dieser Charta heißt es:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO 1986, S. 1).*

Die Definition betont einen Ansatz der Befähigung und Ermächtigung. Am Anfang steht das Wahrnehmen von persönlichen Wünschen und Hoffnungen. Gesundheitsbildung kann dabei verborgenes und subjektives Wissen aufdecken. Blättner (2010) veranschaulicht Gesundheitsbildung als organisierten Lern- und Entwicklungsprozess und zeigt drei große Themenbereiche auf. Blättner zufolge will Gesundheitsbildung Einfluss nehmen

„(a) auf Gesundheitsvorstellungen ... und auf die Art der Kommunikation über Gesundheit im sozialen Kontext, (b) auf Gesundheitshandeln und Bewältigungsstrategien sowie (c) auf ... Strategien der Einflussnahme auf Lebensbedingungen“ (Blättner 2010). Gesundheitsbildung fokussiert individuelles Verhalten ebenso wie gesellschaftliche Verhältnisse, die die Gesundheit beeinflussen.

Wie Gesundheitsförderung durch Bildung ausgeübt werden kann, erprobt ein neues Projekt in Berlin. Nachfolgend werden Grundzüge des Projektkonzepts vorgestellt.

## **2. Konzeption des Projekts GESUND!**

Im Rahmen einer Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu Forschungsverbänden zur Primärprävention und Gesundheitsförderung erhielt die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin die Bewilligung für das Verbundprojekt: „Gesunde Kommunen durch integrierte, partizipative Strategien der Gesundheitsförderung (PartKommPlus)“. Integriert meint in diesem Zusammenhang, dass möglichst viele kommunale Akteure zusammenarbeiten, um gesundheitsrelevante Aktivitäten und Angebote aufeinander abzustimmen. Diese Strategien sollen die ganze Lebensspanne von der Geburt bis zum Tod einbeziehen und insbesondere benachteiligte Bevölkerungsgruppen berücksichtigen. In diesem Forschungsverbund ist das Projekt „Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung“ (GESUND!) als eine Fallstudie verortet. Das Projekt GESUND! bezieht

sich auf den Berliner Bezirk Lichtenberg und verfolgt im Wesentlichen zwei übergeordnete Ziele:

1. Unter Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten sollen neue Erkenntnisse zur Etablierung von kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung entwickelt werden. Dabei werden
  - Methoden erarbeitet, um Menschen mit Lernschwierigkeiten in die Entwicklung und Aufrechterhaltung integrierter kommunaler Strategien zur Gesundheitsförderung einzubeziehen.
  - Faktoren, einer inklusiven Gesundheitsförderung erforscht. (Wie kann die Gesundheit für alle Menschen gestärkt werden?)
  - Einflussfaktoren für eine integrierte kommunale Gesundheitsstrategie ermittelt unter Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. (Was macht Lichtenberg zu einem gesunden Bezirk?)
2. Im Kontext einer Gesundheitsförderung für alle soll ein Beitrag zur Weiterentwicklung Partizipativer Gesundheitsforschung (PGF) geleistet werden. Es werden
  - unter Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten Qualitätskriterien Partizipativer Gesundheitsforschung identifiziert.
  - die Auswirkungen einer Partizipativen Gesundheitsforschung in Bezug auf Menschen mit Lernschwierigkeiten überprüft.

### 3. Studiendesign und Arbeitsplanung

Das Studiendesign von GESUND! orientiert sich an der Partizipativen Gesundheitsforschung (vgl. ICPHR 2013). Gemeinsam mit der Zielgruppe sollen neue Erkenntnisse zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten, zur Gesundheitsförderung und Primärprävention erhoben werden. Ausgangssituation ist dabei das Setting einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) mit 603 Beschäftigten. Der Settingansatz wurde gewählt, um die Beteiligung der Zielgruppe sicherzustellen, denn Menschen mit Lernschwierigkeiten gelten – wie anfangs angeführt – für die Wissenschaft als schwer erreichbare Gruppe. Konkret werden in der WfbM im Rahmen von Bildungskursen Menschen mit Lernschwierigkeiten als „Gesundheitshelfer“ qualifiziert. Der Begriff „Gesundheitshelfer“ ist eine vorläufige Bezeichnung für ein Abschlusszertifikat. Die freiwillig Teilnehmenden mit Lernschwierigkeiten erhalten die Möglichkeit, sich über Gesundheit und gesundheitspezifische Themen zu unterhalten und sich weiter zu qualifizieren. Sie bekommen einen Raum, um über Gesundheitsvorstellungen und über Gesundheit im sozialen Kontext zu sprechen. Es geht um das Bewusstmachen von Lebensstilen, um die Reflexion des eigenen Handelns in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, um Bewältigungsstrategien (z. B. Was mache ich bei Schmerzen? Welche Schmerzen habe ich?). Im Zentrum ist das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens (vgl. WHO: Ottawa-Charta 1986). Gleichzeitig sollen in diesem Kursformat bestehende Gesundheitsmodelle vorge-

stellt und diskutiert werden. Gemeinsam wird daran gearbeitet, einen direkten Bezug zum eigenen Leben herzustellen, um konkrete Ansatzpunkte für ein Gesundheitshandeln zu identifizieren. Im weiteren Verlauf werden die Teilnehmenden mit Lernschwierigkeiten unterstützt, eigene Projekte zum Thema betriebliche Gesundheit umzusetzen. Der Kurs, der auf das Zertifikat „Gesundheitshelfer in der WfbM“ vorbereitet, soll sensibilisieren für Gesundheit und Krankheit, er soll gesundheitsrelevantes Basiswissen liefern und neue Handlungsoptionen eröffnen. Die Kursteilnehmenden können die Rolle als Peer Multiplikatoren für Gesundheit in der WfbM einnehmen.

In der zweiten Phase des Projekts beginnt die Ausweitung auf die kommunale Ebene. Im Mittelpunkt steht die kommunale Netzwerkarbeit. Der zweite Kurs (Aufbaukurs) fokussiert daher gesundheitsförderliche Verhältnisse. Die

Kursteilnehmenden sollen weitere Gesundheitskompetenzen erwerben, und sie können sich mit Unterstützung der Projektmitarbeitenden an den kommunalen Aktivitäten zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie beteiligen. Es geht darum, wichtige Akteure zu identifizieren, mit ihnen in einen Dialog einzutreten und auf die spezifischen Anforderungen eines Gesundheitssystems für Menschen mit Lernschwierigkeiten hinzuweisen. Letztlich sollen kommunale Gesundheitsziele für alle entwickelt werden, oder anders formuliert: Eine inklusive Gesundheitsstrategie wird erarbeitet. Die Kursteilnehmenden in der zweiten Phase erhalten nach erfolgreicher Teilnahme ein Zertifikat zum „Gesundheitshelfer in der Kommune“. Sie kennen wichtige lokale Akteure aus dem Gesundheitssektor und sind zu Netzwerkern einer kommunalen Gesundheitsförderung geworden. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die

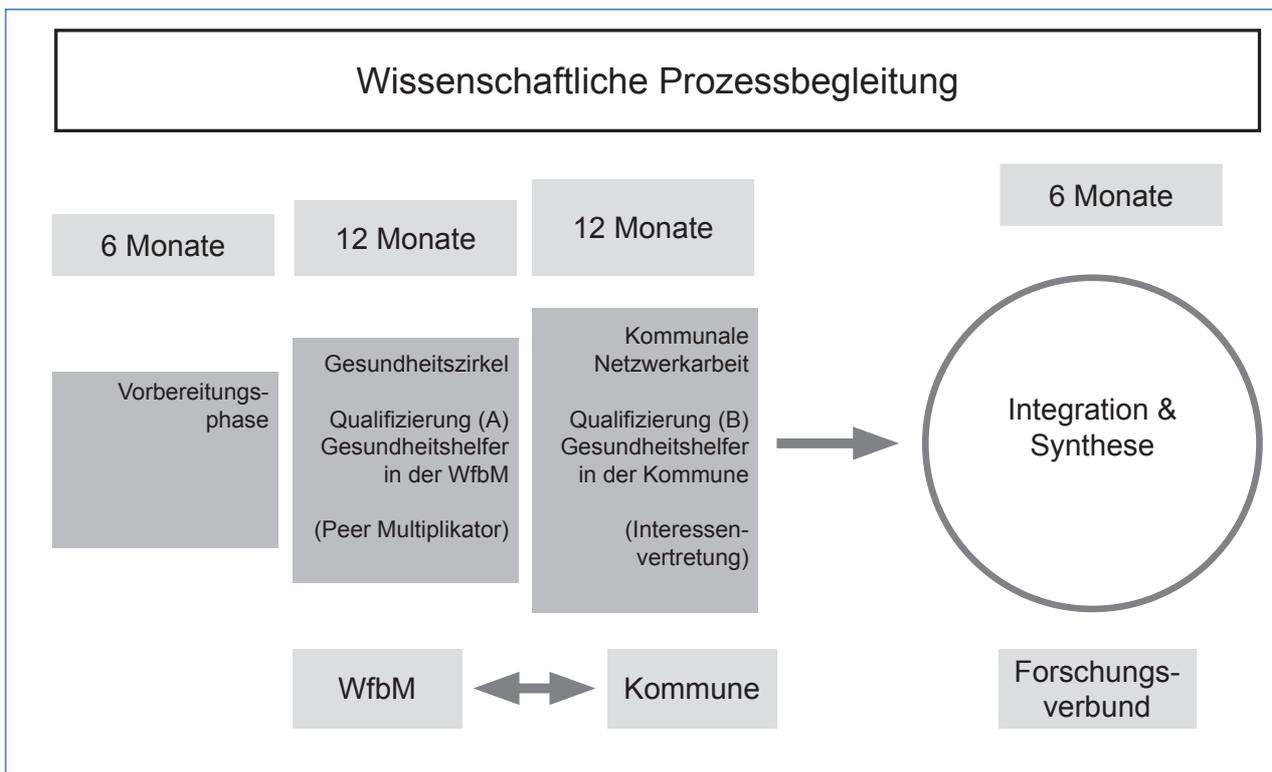


Abb. 2: Phasen des Projekts GESUND!

unterschiedlichen Phasen im Projekt. Die Abschlussphase beinhaltet die Integration und Synthese der Ergebnisse in den Gesamtverbund, um die übergeordneten Ziele des Projekts GESUND! erreichen zu können.

#### **4. Praxisbasierte Evidenz und lokale Theorie**

Wright (2006) zeigt auf, dass die „praxisbasierte Evidenz“ ein Kernmerkmal der Partizipativen Gesundheitsforschung darstellt. Durch gemeinsames Lernen und kollektives Handeln entstehen lokale Theorien (vgl. ICPHR 2013, S. 14), die mit den betroffenen Menschen explizit gemacht werden. Die Rolle der Wissenschaft ist in diesem Verständnis eine begleitende und keine bestimmende. Wright schlägt dabei folgende Kriterien vor: „Eine lokale Theorie ist eine durch einen partizipativen Prozess konsensuell formulierte Erklärung eines lokalen Gesundheitsproblems, die (a) die Merkmale des Problems vor Ort konkret beschreibt, (b) lokale Ursachen des Problems erläutert und (c) die Grundzüge für eine Bekämpfung umfasst, die einen unmittelbaren Bezug zum Problem und zu dessen Ursachen herstellt“ (Wright 2006, S. 68). Statt eine allgemeine Theorie festzuschreiben, soll die Wirksamkeit der Praxis im Dialog mit allen Beteiligten kritisch reflektiert werden, um daraus gemeinsame Vorschläge für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation zu formulieren. Üblicherweise wird in der Medizin eine evidenzbasierte Praxis als methodischer Standard eingefordert. Das bedeutet, dass die Wirksamkeit von gesundheitsrelevanten Interventionen in

standardisierten Studiendesings geprüft wird. Erst wenn ein ausreichender Nachweis (= Evidenz) vorliegt, folgt eine Übertragung in die Praxis.

Partizipative Gesundheitsforschung ist in der Lebenswelt der beteiligten Menschen verortet. Sie sucht nicht nach kontrollierbaren Laborbedingungen, sondern setzt mitten im Lebensumfeld der Beteiligten an. Damit ist Partizipative Gesundheitsforschung zahlreichen unbestimmten Einflüssen ausgesetzt. Eine klassische evidenzbasierte Wirkungsprüfung lässt sich in diesem Setting nicht durchführen und ist auch aus erkenntnistheoretischer und ethischer Sicht wenig sinnvoll. Die Wirkungsprüfung soll vielmehr durch die Begleitung der Praxis bestimmt werden. Wright argumentiert: „Die Kritik am klinischen Versuch als Maßstab für die Wirksamkeit der (lebensweltorientierten) Primärprävention kann unter folgenden Stichworten zusammengefasst werden: die Wirkungsweise dieser Arbeit wird nicht adäquat berücksichtigt, die Übertragbarkeit (externe Validität) jenes Interventionsversuchs wird überschätzt, die zum Teil erheblichen Unterschiede innerhalb der Zielgruppe werden nicht beachtet, die Möglichkeit, Kausalität festzustellen, wird überbewertet und der Aufwand, den solche Versuche verlangen, steht in keinem Verhältnis zum Ergebnis“ (Wright 2006, S. 62).

Das Projekt GESUND! folgt der Logik einer praxisbasierten Evidenz. Durch Gesundheitsbildungskurse erarbeiten sich die Teilnehmerinnen und die Teilnehmer eine spezifische Gesundheitskompetenz, die sie in die Lage versetzen soll, das eigene Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen. Zudem sollen soziale Determinanten von Gesundheit ausfindig

gemacht werden, die unmittelbar das eigene Leben beeinflussen. Im gemeinsamen Lernen und mit Unterstützung der Wissenschaft können sich die Menschen mit Lernschwierigkeiten an Diskussionen um kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung beteiligen. Frings (2014, in diesem Heft) kritisiert zu Recht, wenn die Förderung von Problemlösungskompetenzen auf Seiten der Menschen mit Lernschwierigkeiten vernachlässigt wird und wenn bislang nur die Rolle als Konsument bleibt. Im Gegensatz dazu fußt das Projekt GESUND! auf einem partizipativen Modell, das aus Teilnehmenden kritische Gesundheitsfürsorgerinnen und Gesundheitsfürsorger werden lässt.

### 5. Fazit

Das Konzept eines partizipativen Forschungsprojekts der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung erfordert ein erkenntnistheoretisches Modell, das hier mit dem Begriff der „praxisbasierten Evidenz“ definiert ist. Brehmer-Rinderer und Weber (2013) stellen ihrerseits Überlegungen zu einem Gesundheitsmodell für Menschen mit intellektueller Behinderung an, indem sie eine Gesundheitstheorie fordern, „welche die Entstehung oder Veränderung von gesunden bzw. schädlichen Verhaltensweisen bei Personen mit intellektueller Behinderung befriedigend beschreiben“ kann (ebd. S. 153). Ich meine, dass es nicht so sehr einer neuen Gesundheitstheorie für Menschen mit intellektueller Behinderung bedarf; vielmehr sollten die Akteure des Gesundheitssystems Ansätze der Gesundheitsförderung entwickeln, die direkt und unmittelbar Wirkungen auf das persönliche

Wohlbefinden der Betroffenen hervorrufen. Dabei muss in einem gemeinsamen Reflexionsprozess kontinuierlich die Wirkungsweise von angewandten Interventionen kritisch hinterfragt und verbessert werden.

### Literatur und Quellen

- BeB – Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (2001): Gesundheit und Behinderung. Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. 2. Aufl. Reutlingen. Im Internet: [www.beb-ev.de/files/pdf/2010/2010-05-08ExpertiseGesundheitundBehinderung2001.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/2010/2010-05-08ExpertiseGesundheitundBehinderung2001.pdf)
- Blättner, Beate (2010): Gesundheitsbildung. Im Internet: [www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsbildung/](http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsbildung/) (Stand: 04.09.2014)
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. Im Internet: [www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsziele.html](http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsziele.html) (Stand: 04.09.2014)
- Brehmer-Rinderer, Barbara / Weber, Germain (2013): Gesundheitsförderung von Menschen mit intellektueller Behinderung. Stand der Forschung und aktuelle Problembereiche. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 21, H. 3, S. 144-156
- Frings, Stefanie (2014): Du musst dein Ändern leben (können) – das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes. In: Erwachsenenbildung und Behinderung, H. 2, S. 12-19
- Haveman, Meindert / Stöppler, Reinhilde (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart

ICPHR – International Collaboration for Participatory Health Research (2013) Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013. Berlin. Im Internet: [www.icphr.org/position-papers/position-paper-no-1](http://www.icphr.org/position-papers/position-paper-no-1) (Stand: 04.09.2014)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (o.J.): Gesundheitsförderung im Quartier. Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen. Teil 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. Kapitel 3 – Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit? Im Internet: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/welche-faktoren-beeinflussen-gesundheit/](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/welche-faktoren-beeinflussen-gesundheit/) (Stand: 04.09.2014)

Taggart, Laurence / Cousins, Wendy (Eds.) (2014): Health Promotion for People with Intellectual and Developmental Disabilities. Maidenhead, UK

Whitehead, Margaret / Dahlgren, Göran / Gilson, Lucy (2001): Developing the Policy Response to Inequities in Health: a Global Perspective. In: Timothy Evans / Margaret Whitehead u.a.: Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action. New York, S. 309-322

WHO – World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Im Internet: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (Stand: 04.09.2014)

Wright, Michael (2006): Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. 43: Prävention, S. 55-73. Im Internet: [www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/?p=163](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/?p=163) (Stand: 04.09.2014)

## Zusammenfassung

Menschen mit Lernschwierigkeiten sind für das System der Gesundheitswissenschaften eine schwer erreichbare Zielgruppe. Das wird deutlich in repräsentativen Umfragen, bei denen Menschen mit Lernschwierigkeiten nahezu nicht vertreten sind. In der Folge bleiben die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe in Strategien zur Gesundheitsförderung unberücksichtigt. Dieser Beitrag befasst sich mit der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Der Autor stellt ein Studienkonzept aus dem Bereich der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) vor und verweist auf den erkenntnistheoretischen Ansatz der „praxisbasierten Evidenz“.

*Prof. Dr. Reinhard Burtscher  
Kath. Hochschule für  
Sozialwesen Berlin (KHSB)  
Studiengang Heilpädagogik  
[reinhard.burtscher@khsb-berlin.de](mailto:reinhard.burtscher@khsb-berlin.de)*

