

Hintergrundwissen Inklusion

Erarbeitet von

Dr. Friederike Beyer

Prof. Klaus-Dietrich Große

Angela Gutschke

Prof. Kerstin Popp

Prof. Saskia Schuppener

Markus Spreer

Jürgen Tscheke

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis §52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen. Fotomechanische oder andere Wiedergabeverfahren nur mit Genehmigung des Verlages.

© Ernst Klett Verlag GmbH, Stuttgart 2013.
Alle Rechte vorbehalten. www.klett.de

Autoren und Autorinnen: Dr. Friederike Beyer, Prof. Klaus-Dietrich Große, Angela Gutschke, Prof. Kerstin Popp, Prof. Saskia Schuppener, Markus Spreer, Jürgen Tscheke

Redaktion: Julia Bräuning, Birgit Piefke-Wagner

Inhaltsverzeichnis

Hintergrundwissen	4
1 Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung	4
1.1 ADS/ADHS.....	6
1.2 Autismus (Asperger-Syndrom).....	7
1.3 Autismus (Kanner-Syndrom)	8
1.4 Angststörungen und Phobien.....	10
1.5 Depression	11
2 Verschiedene Formen von Körperbehinderungen	12
2.1 Epilepsie.....	14
2.2 Infantile cerebrale Bewegungsstörung	16
2.3 Muskeldystrophie	18
3 Sprachstörungen.....	19
3.1 Phonetisch-phonologische Störungen.....	21
3.2 Poltern.....	22
3.3 Semantisch-lexikalische Störungen	23
3.4 Stottern.....	25
3.5 Syntaktisch-morphologische Störungen	26
4 Down-Syndrom.....	27
5 Geistige Behinderung.....	29
6 Hörschädigung.....	31
7 Sehbehinderung.....	33
8 Lese-Rechtschreibschwäche (LRS).....	35
9 Rechenschwäche.....	36

1 Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung

Begriffsklärung

Kinder und Jugendliche durchlaufen eine Entwicklung, in der nicht nur körperliche und geistige Veränderungen vor sich gehen. Im Verlauf dieser Entwicklung ist ein Kompetenzzuwachs zu verzeichnen, der auch Kompetenzen im emotionalen und sozialen Bereich einschließt. Wie alle Entwicklungsabläufe sind auch diese bei einzelnen Individuen unterschiedlich ausgeprägt.

Emotionale Kompetenz

Der Begriff der emotionalen Kompetenz umfasst:

- Mit Gefühlen umgehen können;
- seine Gefühle benennen können;
- andere Gefühle erkennen können;
- sich in die Gefühlswelt des anderen hineinversetzen können.

Also der Gefühlsausdruck, die Gefühlswahrnehmung und die Gefühlsregulation.

Es gibt acht Schlüsselfertigkeiten emotionaler Kompetenz nach Saarni (2002, 13):

- Die eigenen Gefühle erkennen;
- die Gefühle anderer erkennen und verstehen;
- die Fähigkeit, altersangemessenes Emotionsvokabular verstehen und einsetzen zu können;
- sich in andere einfühlen können;
- wissen, dass Gefühlserleben und Gefühlsausdruck unterschiedlich sein können;
- mit belastenden Emotionen und Problemsituationen angemessen umgehen können;
- wissen, dass soziale Beziehungen durch emotionale Kommunikation mitgeprägt werden;
- emotionales Selbstwirksamkeitserleben.

Soziale Kompetenz

Bedeutend schwieriger ist es, den Begriff der sozialen Kompetenz zu erfassen, da er auch unterschiedlich genutzt wird.

Soziale Kompetenz ist die „Verfügbarkeit und Anwendung von Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (Hinsch/Pfingsten 2002, 5).

Der Begriff der sozialen Kompetenz umfasst:

- Probleme angemessen lösen zu können;
- sich in sozialen Situationen angemessen zu behaupten.

Viele Kinder verfügen nicht ausreichend über die entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten und unterschreiten oder überschreiten in ihren Handlungsabläufen die Erwartungen.

Symptome/Erscheinungsformen

Gruppierung	Symptomatik
1. Kinder und Jugendliche mit externalisierendem, aggressiv-ausagierendem Verhalten	aggressiv, überaktiv, impulsiv, streitend, aufässig, tyrannisierend, regelverletzend, Aufmerksamkeitsstörungen
2. Kinder und Jugendliche mit internalisierendem, ängstlich-gehemmtem Verhalten	ängstlich, traurig, interessenlos, zurückgezogen, freudlos, somatische Störungen, kränkelnd, Schlafstörungen, Minderwertigkeitsgefühl
3. Kinder und Jugendliche mit sozial-unreifem Verhalten	nicht altersentsprechend, leicht ermüdbar, konzentrationsschwach, leistungsschwach, Sprach- und Sprechstörungen
4. Kinder und Jugendliche mit delinquentem Verhalten	verantwortungslos, reizbar, aggressiv-gewalttätig, leicht erregt, leicht frustriert, reuelos, Normen missachtend, risikobereit, niedrige Hemmschwelle, Beziehungsstörungen

Tab. 2: Klassifikation nach Myschker (2009, 55)

In den vorliegenden Materialien werden folgende Beeinträchtigungen näher erläutert:

- ADS/ADHS;
- Autismus;
- Angststörungen und Phobien;
- Depression.

Häufigkeit

17 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen der KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) weisen laut Angaben der Eltern eine Auffälligkeit in einer der vier ausgewählten Bereiche der psychischen Gesundheit (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeit, Probleme mit Gleichaltrigen) auf.

Schulische Förderung

Es gibt vielfältige Möglichkeiten der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung. Zur Förderung der Entwicklung der emotionalen und sozialen Kompetenz wird immer wieder auf folgende basale (universelle) Elemente der Förderung verwiesen:

1. Umgang mit Gefühlen: Kindern helfen, Gefühle zu erkennen, zu regulieren, angemessen auszudrücken;
2. Empathie: üben, sich in andere hineinzusetzen, deren Bedürfnisse wahrzunehmen;
3. Kommunikation: über Probleme mit anderen reden zu können, sich angemessen auszudrücken;
4. Kooperation: Fördern der Kooperation, des Miteinanders, was Achtung und Einsichtnahme voraussetzt und damit auch Voraussetzung ist für
5. Umgang mit Konflikten: Problemlösungen zu trainieren. Dies hilft
6. das Selbstbewusstsein zu stärken.

Interaktive Spiele können ebenso dazu beitragen wie Rollenspiele und gemeinsame Erlebnisübungen.

(von Prof. Kerstin Popp)

Literatur:

HINSCH, R.; Pflingsten, U.: Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Beltz, Weinheim 2007.

MYSCHKER, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart 2009.

SAARNI, C.: Die Entwicklung emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In: M. von Salisch (Hrsg.): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart 2002.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Interaktive Spiele, Rollenspiele, gemeinsame Erlebnisübungen
- Wortschatz: Gefühle ausdrücken, Höflichkeitsformen, Problemlösende Satzfragmente
- Satzbau- und Formulierungshilfen

1.1 ADS/ADHS

Begriffserklärung

Wer kennt ihn nicht, den Zappelphilipp oder Hans Guck-indieluft im „Struwwelpeter“ – beschrieben werden ein hyperaktives und ein aufmerksamkeitsgestörtes Kind. Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) und das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit einer Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehören zu den am meisten auftretenden Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung.

Symptome/Erscheinungsformen

- motorische Unruhe (Zappeln, ausladende, ziellose Bewegungsabläufe, ständiger Bewegungsdrang, ständiges Reden oder Töne von sich geben) und sensorische Unruhe (Kind reagiert auf alle Ablenkungen, wechselt schnell die Arbeitsaufgaben);
- Impulsivität (schnelles, unkontrolliertes Reagieren, ungesteuertes Handeln, in den Unterricht Hineinsprechen);
- Störung der Aufmerksamkeit (Konzentrationsfähigkeit ist reduziert, ausdauerndes Arbeiten oder Spielen ist nicht möglich, Kind hört nicht zu).

Aufgrund der Wahrnehmungsstörungen können komplexe Aufgabenstellungen nicht erfasst werden, ecken die Kinder ständig an und stimulieren sich selbst.

Schlechte Koordination und mangelnde Feinmotorik führen zu einem schlechten Schriftbild.

Das störende Verhalten kann zu Ausgrenzung führen. Da die Handlungsweisen affektiv schwanken, z.B. auch bei nichtigen Anlässen heftige Wutausbrüche folgen und Kritik nur schwer ertragen wird, werden die Kinder seltener in Gruppen integriert.

Das dadurch gesunkene Selbstwertgefühl führt zu emotionalen Problemen mit Weinen, aber auch der Leugnung von Problemen. Lernrückstände und -auffälligkeiten häufen sich.

Insgesamt handelt es sich um ein sehr komplexes Störungsbild mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad.

Häufigkeit

Das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) ergab, dass 4,8 % der Mädchen und 10,8 % der Jungen Hyperaktivitätsprobleme haben (Hölling et al. 2007, 787). Da entsprechende Fragen zu Impulsivität und Aufmerksamkeitsproblemen eingeschlossen waren, kann man davon ausgehen, dass es sich um Kinder mit ADHS handelt.

Schulische Förderhinweise

Es hängt vom Ausprägungsgrad und von der Kombination der Merkmale ab, wie Kinder mit ADS/ADHS gefördert werden können. Hier können daher nur einzelne Akzente gesetzt werden.

Da die Kinder leicht ablenkbar sind, sollten zusätzliche Ablenkungen vermieden werden. Sie sollten nicht am Fenster sitzen, auf dem Arbeitsplatz befinden sich nur die notwendigsten Materialien, die Arbeitsblätter sind klar strukturiert und minimal illustriert. Ein Gleiches gilt für die Raumdekoration. Diese sollte keine Reizüberflutung auslösen, wichtige Hinweise (z. B. Verhaltensregeln) sind gut sichtbar an einer bedeutsamen Stelle angebracht. Tische und Stühle sind so gestellt, dass man problemlos durch den Raum laufen kann, klare Wege sind erkennbar.

Dem Bewegungsdrang kann durch zusätzliche Bewegungsabläufe (Gang zur Tafel, Verteilen von Materialien, Tafel abwischen ...) entsprochen werden. In den Pausen sollten genügend Möglichkeiten des Ausagierens gegeben sein. Auch hier unterstützen klare Regeln das Verhalten.

Klare Strukturen und Aufgabenstellungen helfen, die Aufmerksamkeit zu steuern. Dies kann auch eine Hilfestellung zur Abfolge von Handlungsschritten (Ablaufplan) sein sowie das Setzen von Stoppsignalen, um die unkontrollierte, überstürzte Aufgabenlösung zu vermeiden.

Aufmerksamkeitsstörungen treten in zwei Abstufungen auf (vgl. Lauth/Schlotke 2009): Bei der primären Aufmerksamkeitsstörung sind wichtige basale Fertigkeiten nicht ausgebildet. Die Kinder können nicht richtig zuhören, nicht genau hinschauen. Die Ausbildung dieser basalen Fertigkeiten kann gefördert werden, indem diese kleinschrittig trainiert und kontrolliert werden. Verbale Selbstanweisungen unterstützen die Förderung. Aufbauend auf den basalen Fertigkeiten werden Problemlösestrategien entwickelt (selektive Aufmerksamkeit). Auch diese können von Lehrern und Eltern gefördert werden. Aufgabensituationen sollen durch die Kinder erfasst werden („Was soll ich tun?“), das Vorgehen geplant („Wie kann ich vorgehen?“) und entsprechende Lösungsstrategien umgesetzt werden. Dabei spielt die Selbstkontrolle inklusive der Kontrolle der Ergebnisse eine große Rolle. Entsprechende Signalkarten können dies visualisieren.

(von Prof. Kerstin Popp)

Literatur:

HÖLLING, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6. 2007. S. 784 – 793.

LAUTH, G. W.; Schlotke, P. F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Beltz, Weinheim 2009.

1.2 Autismus (Asperger-Syndrom)

Begriffsklärung

Autismus ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die in zwei unterschiedlichen Formen auftritt. Diese wurden nach den beiden Psychiatern benannt, die zeitgleich, aber unabhängig voneinander die Symptome beschrieben haben. Im Gegensatz zum Kannerschen Autismus entwickeln sich die Kinder mit Asperger-Syndrom scheinbar erst normal. Daher werden auch kommunikative Fähigkeiten ausgebildet, es gibt keine kognitiven Einschränkungen.

Symptome/Erscheinungsformen

Am auffälligsten sind die Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion: die Kinder können keinen Augenkontakt halten, haben eine starre, begrenzte Mimik und Gestik. Sie meiden den Kontakt zu anderen Personen und können keine Beziehungen aufbauen, zeigen kaum/keine Emotionalität. In ihren Handlungen sind sie stark ritualisiert, d.h. Handlungen müssen immer nach dem gleichen Schema ablaufen, der Stift immer an derselben Stelle liegen. Diese Handlungsmuster werden stereotyp wiederholt, was zu ausgedehnten Beschäftigungen mit winzigen Gegenständen führen kann. Spezielle Interessen werden ausgiebig und tiefgründig entwickelt und zelebriert. Daneben zeigen Kinder mit Asperger-Syndrom auch Verhaltensweisen, für die es keine Erklärung gibt, z. B. das Schnipsen mit den Fingern, das (Ver)Drehen der Finger, wiegende Körperbewegungen u.Ä. (vgl. auch Joergensen et al. 2010).

Häufigkeit

Jungen sind achtmal so häufig betroffen wie Mädchen.

Schulische Förderhinweise

Die Förderhinweise sind angelehnt an Schuster (2009). Für Kinder mit einem diagnostizierten Asperger-Syndrom kann im Sinne des Nachteilsausgleichs ein Einzelfallhelfer beantragt werden, der das Kind durch den Schullalltag begleitet. Damit können die Handlungsabläufe des Kindes möglichst gleich gestaltet werden, bei Veränderungen ausgleichend eingegriffen werden.

Da Kinder mit Asperger-Syndrom Blick- und Körperkontakt meiden, sollte er ihnen auch nicht aufgedrängt werden. Gleichzeitig ist es wichtig, die Kinder in die Klasse zu integrieren.

Nutzen Sie die besonderen Interessen der Kinder, um sie für neue Wissensgebiete zu motivieren.

Literatur:

JOERGENSEN, O. S.; Hoffmann, K. & Klein, J.: Asperger: Syndrom zwischen Autismus und Normalität: Diagnostik und Heilungschancen. Beltz, Weinheim/Basel 2010.

SCHUSTER, N.: Schüler mit Autismus-Spektrum-Störungen. Eine Innen- und Außenansicht mit praktischen Tipps für Lehrer, Psychologen und Eltern. Kohlhammer, Stuttgart 2009.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT zu Autismus (Asperger-Syndrom)

- immer wiederkehrende Übungstypen und gleiche Schemata benutzen (z.B. beim Tafelbild, Hefteintrag, Übungen auf Kopiervorlagen etc.)
- Handlungsabläufe im Unterricht gleich gestalten (z.B. bei der HA-Kontrolle, bei der Vokabelabfrage, beim Einsatz von PA oder GA etc.)
- zur Motivation besondere, individuelle Interessen der betroffenen S nutzen, wenn möglich

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT zu ADS/ADHS, s. Materialeseite 1.1

Klare Strukturen

- bei der Raumgestaltung (Reizüberflutung vermeiden, klare Wege im Klassenraum)
- am Arbeitsplatz (nur notwendige Materialien)
- bei der Aufgabenstellung (Aufgabe erfassen, Vorgehen planen, Lösungsstrategie umsetzen, (Selbst)Kontrolle)
- für Pausen und Bewegungsabläufe im Unterricht (Tafel, Verteilen von Material etc.)
- für das Einhalten von Verhaltensregeln

(von Prof. Kerstin Popp)

1.3 Autismus (Kanner-Syndrom)

Begriffsklärung

Im Jahr 1943 fand die Bezeichnung Kanner-Syndrom oder frühkindlicher Autismus durch den Jugendpsychiater Kanner das erste Mal Erwähnung. Mittlerweile stellt die Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störung (ASS) eine gebräuchliche terminologische Verwendung für die gesamte Bandbreite an Verhaltensweisen und Diagnosen dar, die dem „Phänomen Autismus“ zugeordnet werden.

Symptome/Erscheinungsformen

Kindern mit ASS ist gemein, dass sie neben anderen Symptomen eine extreme Zurückgezogenheit aufweisen (vgl. Rollett & Kastner-Koller 2011, 115–131). Auffällige Merkmale zeigen sich in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotypen repetitiven Verhalten (= Triade der Beeinträchtigungen). Charakteristisch ist hierbei oftmals die reduzierte oder fehlende Aufnahme von Blickkontakt sowie Schwierigkeiten, adäquate Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen. Auch das mangelnde Gefühl, Freude gegenüber anderen ausdrücken zu können sowie die Erschwernis, spontan und abwechslungsreich fantasievoll zu spielen, können Verhaltensweisen sein. Als weitere Anzeichen bei frühkindlichem Autismus gelten z.T. auch das vollständige Fehlen aktiver Sprache bzw. die stereotype oder repetitive Verwendung von Sprache und die Beschäftigung mit besonderen Interessensgebieten sowie stereotype repetitive motorische Bewegungen.

Meist geht mit ASS eine „Beeinträchtigung der zentralen Kohärenz“ einher (Frith 1992). Das bedeutet, dass es Menschen mit dieser Diagnose häufig schwerfällt, Informationen zu verknüpfen, um sie als sinnhaftes Ganzes zu erkennen. Somit kann auch nur schwer die Bedeutung einer Handlung bzw. eines Arbeitsauftrages entschlüsselt werden, weil Wesentliches kaum von Unwesentlichem unterschieden werden kann und in diesem Zusammenhang auch oft die Gefahr einer Reizüberflutung besteht:

„Stellen Sie sich vor, Ihr Gehör würde von einem ununterbrochen Rockmusik spielenden Radiosender – oder, schlimmer noch, von einem unmodulierten, statischen Lärm – unter Beschluss genommen. Oder dass Ihre Küchenlampe so hell wäre wie ein Suchscheinwerfer, der sich jedes Mal in Ihre Hornhaut bohrt, wenn Sie ihn anschalten. Nehmen Sie an, die Kleider an Ihrem Leib würden Ihre Haut so kratzen, als wenn sie metallene Borsten hätten. Stellen Sie sich vor, Sie begegnen einer Frau in einer Sprühwolke aus Chanel No.5, die Ihre Sinne betäubt und Sie schwindlig macht. Oder Sie betreten ein Restaurant und tauchen in Dämpfe ein, die Ihre Augen derart reizen, als koche jemand Muskatblüten“ (Stacey, 2004, 51).

Gemäß der „Theory of mind“ (Frith 1992) haben Menschen mit ASS häufig Probleme, sich in andere Menschen hineinzuversetzen und nachzuvollziehen, mit welcher Absicht andere handeln. Diese Art „fehlende Empathie“ führt meist zu Schwierigkeiten innerhalb sozialer Begegnungen und erschwert die Nutzung gängiger Kommunikationsstrategien.

Häufigkeit

Die „Diagnose Autismus“ wird heutzutage lediglich auf Grundlage des Vorhandenseins von beobachtbaren Verhaltensweisen gestellt (Rollett & Kastner-Koller 2011). Hinsichtlich der Häufigkeit des frühkindlichen Autismus lässt sich festhalten, dass dieser bei Jungen 3- bis 4-mal häufiger auftritt als bei Mädchen. Nach dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR“ kommen ASS bei etwa 2 bis 20 von 10 000 Kindern vor (vgl. Saß u.a. 2003).

Schulische Förderhinweise

Die Integration von Kindern mit ASS im gemeinsamen Unterricht ist unter der Berücksichtigung unterstützender Rahmenbedingungen gut zu bewältigen. Alle Kinder (mit und ohne ASS) profitieren vom gemeinsamen Schulerleben. Für Kinder ohne Behinderungserfahrungen „bedeutet dies, dass sie Verantwortung und prosoziales, fürsorgliches Verhalten lernen können, wenn man ihnen entsprechende Anleitungen gibt; für die behinderten Kinder stellt es die beste Chance dar, ihre Kompetenzen zu entwickeln und nicht in eine Außenseiterrolle gedrängt zu werden“ (Rollett 2011, 115). Gerade Kinder mit ASS lernen im inklusiven schulischen Miteinander, Kontakte in einer Gruppe aufzunehmen sowie gemeinsam zu spielen. Für die inklusive Beschulung von Kindern mit frühkindlichem Autismus ist es wichtig, eine Begleitung durch ausgebildete Spezialkräfte sicherzustellen. Des Weiteren ist es hilfreich, sich als Lehrperson Fachwissen über das „Phänomen Autismus-Spektrum-Störung“ anzueignen und mit spezialisierten Einrichtungen (z. B. Autismusambulanzen) zu kooperieren. Wichtig ist, dass die Lehrkräfte das Kind von Anfang an annehmen und in positiver Art und Weise gegenüber den Mitschülern darstellen. Es hilft hier, offen zu erklären, warum jeder von uns in dem einen oder anderen Bereich Unterstützung braucht. Und es ist von Vorteil, wenn es der Lehrperson gelingt, allen Schülern im Klassenverband zu vermitteln, Verantwortung für sich selbst und füreinander zu übernehmen (vgl. Rollett 2011).

Hinsichtlich einer Strukturierung des Schulalltags sollte man Folgendes berücksichtigen: Die Arbeitsatmosphäre sollte klar und bedeutungsvoll für das Kind sein. Ein Arbeiten nach dem strukturierten Unterrichten gemäß des TEACCH-Ansatzes (Häusler 2008) ist hier absolut empfehlenswert und hilfreich. Ein übersichtlicher Arbeitsplatz ist demnach ebenso wichtig wie die Visualisierung von Tätigkeiten (z.B. durch Bildkarten) oder die Strukturierung des Raumes (verschiedene Zonen für Freiarbeit etc.) und der Zeit (z.B. durch eine Sanduhr). Mögliche Veränderungen im Schulalltag (z.B. Lehrerwechsel oder Schulausflüge) bedürfen einer guten Vorbereitung, da Kinder mit ASS oft schwer mit Veränderungen umgehen können.

Es gibt zwei wichtige Unterrichtsregeln für die schulische Zusammenarbeit mit einem Kind mit ASS:

1. Es muss ständig in die Arbeit der Klasse mit eingebunden werden.
2. Es soll nur Aufgaben bearbeiten müssen, die es auch schaffen kann und bei denen es etwas lernt.

Im Hinblick auf Diktate haben sich Lückentexte bewährt, die das Kind entsprechend seinem individuellen Lernniveau ausfüllen kann. Das Schreiben von Aufsätzen kann eventuell besser bewältigt werden, wenn dem Kind gestattet wird, bestimmte Szenen zu zeichnen. Die entsprechenden Szenen sollte sich das Kind bildhaft vorstellen können, um sinnerfassendes Lesen zu unterstützen. Angeregt werden könnte dies durch das Vervollständigen der jeweiligen Geschichte in der Klasse, z. B. mittels Ausmalen der gelesenen Geschichte. Beim Lesen könnte eine Kartei mit Wörtern erstellt werden, die das Kind bereits lesen kann oder an denen gerade gearbeitet wird. Insgesamt erscheint ein Einbezug der subjektiven Interessen/Vorlieben des Kindes im Rahmen der methodisch-didaktischen Unterrichtsplanung und -differenzierung sehr vielversprechend.

Autismus ist ein Phänomen, welches immer mit Wahrnehmungs- und Verhaltensbesonderheiten einhergeht und eine Herausforderung für die Person selbst und für

Menschen ohne Behinderungserfahrungen in der Begegnung und im Miteinander darstellt. Es gilt hier sensibel nachzuspüren, welche individuellen Angebote ein Kind mit frühkindlichem Autismus braucht, um lernen und sich entwickeln zu können.

(von Prof. Saskia Schuppener)

Literatur:

FRITH, U.: Autismus. Ein kognitionspsychologisches Puzzle. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg/Berlin/New York 1992.

HÄUSSLER, A.: Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis. Verlag modernes Lernen, Dortmund 2008.

ROLLETT, B.: Die Integration des autistischen Kindes in Kindergarten und Schule. In: Rollett, B. & Kastner-Koller, U. (Hrsg.): Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 4., überarbeitete Auflage. Urban und Fischer, München 2011.

ROLLETT, B. & Kastner-Koller, U.: Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 4., überarbeitete Auflage. Urban und Fischer, München/Jena 2011.

SASS, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M & Houben, I.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV – Textrevision. Übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen 2003.

STACY, P.: Der Junge, der die Fenster liebte. Die Rettung eines autistischen Kindes. Beltz, Weinheim/Basel 2004.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION (Hrsg.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10. Huber, Bern 2010.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- klare Strukturen
 - am Arbeitsplatz (nur notwendige Materialien)
 - des Raumes (verschiedene feste Zonen einrichten)
 - der Zeit (Sanduhr)
- Lückentexte
- Szenen bildlich statt schriftlich darstellen lassen
- subjektive Interessen einbeziehen

1.4 Angststörungen und Phobien

Begriffsklärung

Angst gehört zum Leben. Ohne Angst wäre eine evolutionäre Entwicklung nicht möglich gewesen, hindert sie uns doch, unüberlegte Schritte zu tun. Daraus hat sich auch das Fluchtverhalten entwickelt. In der Literatur wird sie als unangenehmes Gefühl beschrieben. Jeder hat sie schon einmal erlebt und kennt die körperlichen Symptome: Frieren (kalte Hände), Schwitzen, Übelkeit, Herzrasen usw. Und dennoch gehört die Angst auch zu den Störungen der emotionalen und sozialen Entwicklung und zwar dann:

- wenn der Angstauslöser in keinem Verhältnis zur Angst steht;
- wenn die Angst lange Zeit vorhält;
- wenn die Angst zu Kontrollverlust führt;
- wenn die Angst den Betroffenen daran hindert, am normalen Leben teilzunehmen;
- wenn die Angst das Leben beherrscht.

Das Wort Phobie kommt aus dem Griechischen (phobos) und meint soviel wie Furcht oder Schrecken. Unter Phobien wird ein starkes Vermeidungsverhalten gegenüber bestimmten Situationen und Gegenständen erfasst, die überdimensional angstbesetzt sind.

Symptome/Erscheinungsformen

Angststörungen

Im Folgenden sind die Formen der Kinderängste nach Vernooij (vgl. Vernooij 2001, 128 f.) aufgelistet:

1. Angst vor Personen
2. Angst vor Trennung
3. Angst vor Strafe
4. Angst vor Konflikten
5. Angst vor Misserfolg
6. Angst vor Etikettierung/Bloßstellung
7. Angst vor irrealen Mächten
8. Angst vor der Schule
9. Angst vor der Zukunft
10. Angst vor der Angst

Phobische Störungen

Wir unterscheiden soziale Phobien (soziale Ängste, die anhaltende Furcht vor Situationen, in denen man der Aufmerksamkeit anderer ausgesetzt ist, Angst vor demütigenden oder peinlichen Situationen), einfache Pho-

bien als Furcht vor einem begrenzten Auslöser (Schlange, Hund ...) und die Agoraphobien als Furcht vor bestimmten Orten oder Situationen.

Häufigkeit

Angststörungen sind mit ca. 10 % eine der häufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Essau 2003, 118 f.).

Schulische Förderhinweise

Angststörungen sind sehr hartnäckig und Phobien nur psychotherapeutisch zu behandeln. Kinder mit Angststörungen sollten ermutigt werden, brauchen Zuwendung und Bestätigung. Eine ständige Konfrontation mit dem angstauslösenden Zustand ist zu vermeiden, aber Vermeidungsverhalten sollte auch nicht unterstützt werden. Eine systematische Desensibilisierung (systematisches langsames Heranführen) ist auch in Unterrichtssituationen möglich.

Zum Abbau sozialer Unsicherheiten sind entsprechende Trainings möglich, z.B. das „Coping Koala“ oder das FREUNDE für Kinder-Programm, die sich an Schülerinnen und Schüler bis zum 12. Lebensjahr richten.

(von Prof. Kerstin Popp)

Literatur:

ESSAU, C. A.: Angst bei Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München 2003.

VERNOOIJ, M.: Das ängstliche Kind. In: Winkel, R.: Schwierige Kinder – problematische Schüler. Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag. Schneider, Baltmannsweiler 2001.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Ausspracheübungen und Redemittel, um kommunizieren zu können (Minimierung von Angst vor Misserfolg und Bloßstellung)

1.5 Depression

Begriffsklärung

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen und lässt sich am einfachsten als eine tiefe Niedergeschlagenheit beschreiben. Bis vor zwanzig Jahren wurde noch geleugnet, dass Kinder bereits depressive Störungen haben können. Dies wurde inzwischen revidiert.

Symptome/Erscheinungsformen

Als Grundsymptome (vgl. Mischker 2009) werden die depressive Verstimmung (gereizte Stimmung) und das Fehlen von Interesse und Vergnügen benannt. Diese Symptome sollen über zwei Wochen täglich oder über mehrere Stunden des Tages auftreten. Sie führen meist zu gravierenden Veränderungen der Gesamtpersönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen. Die Kinder und Jugendlichen nehmen dramatisch ab oder zu, haben keinen oder übergroßen Appetit, können nicht schlafen oder schlafen ständig, sind müde und energielos. Ihre Konzentrationsfähigkeit ist eingeschränkt, was zu einer verminderten Lernleistung führt. Sowohl Hemmungen als auch motorische Unruhe werden benannt. Die Schwermütigkeit führt zu Beschäftigung mit der Frage nach dem Sinn des Lebens, nach dem Tod. Insbesondere bei Major Depression ist die Selbstmordgefährdung groß.

Schulische Förderung

Wichtig für diese Kinder ist eine möglichst ausgeglichene und nicht angsteinflößende Lern- und Lebensumwelt. Sie sollten möglichst vielfältig in die Gruppe eingebunden werden, Aufgaben haben, die sie erledigen können, die ihnen Halt und Sicherheit geben.

Eine vertrauensvolle Atmosphäre erleichtert es den Kindern, über ihre Ängste, Sorgen und Nöte zu sprechen. Schaffen Sie Anlässe für solche Gespräche und geben Sie den Kindern das notwendige Vertrauen und die notwendige Sicherheit. Loben Sie die Kinder, wenn sie ihre Aufgaben gut gelöst haben. Ermutigen Sie sie, wenn es nicht gelungen ist, bieten Sie Hilfe an.

Im engen Kontakt zu den Eltern können Sie die Lebenssituationen der betroffenen Kinder besser einschätzen, Signale besser deuten. Der gegenseitige Informationsfluss schließt auch ein, dass die Eltern regelmäßig über den Leistungsstand und das Arbeitsverhalten des Kindes informiert und Misserfolge signalisiert werden.

Die Therapie ist in der Regel mit einer medikamentösen Behandlung gekoppelt. Auf die gleichmäßige und regelmäßige Einnahme ist zu achten. Auch wenn es den Kindern scheinbar wieder besser geht, kann nur der behandelnde Arzt über eine Veränderung entscheiden.

(von Prof. Kerstin Popp)

Literatur:

MYSCHKER, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart 2009.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- vertrauensvolle, ausgeglichene Arbeitsatmosphäre schaffen
- Lob erteilen und/oder Belohnungen einsetzen (Smilies, Punkte, Karten sammeln etc.)
- auf eine gute Einbindung in die Gruppe achten

2 Verschiedene Formen von Körperbehinderungen

Begriffsklärung

Der Begriff Körperbehinderung allein vermag ein betroffenes Kind nicht angemessen zu beschreiben, da er sich nur auf einen Aspekt einer Person bezieht. Die Vielzahl der miteinander vernetzten Entwicklungsbereiche (Motorik, Wahrnehmung, Sprache, Lernen, Emotionalität, soziale Kompetenz) zeigt, dass ein Mensch nicht auf seine Körperlichkeit bzw. Bewegungsfähigkeit zu reduzieren ist. Der Dortmunder Körperbehindertenpädagoge Christoph Leyendecker schlug 2005 folgende Definition vor, die in der Fachöffentlichkeit breite Zustimmung findet:

„Als körperbehindert wird eine Person bezeichnet, die infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit so in ihren Verhaltensmöglichkeiten beeinträchtigt ist, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist“ (LEYENDECKER 2005, 21).

Diese Definition bezieht neben der Schädigung auch die sogenannten Kontextfaktoren ein. Darunter sind gesellschaftliche Bedingungen und Reaktionen von Bezugspersonen zu verstehen, die dem betreffenden Menschen ein erfülltes Leben in gegenseitiger Bezogenheit erleichtern oder erschweren können. Wie sich ein Kind mit einer Körperbehinderung entwickelt, hängt nicht allein von seiner körperlichen oder motorischen Beeinträchtigung ab, sondern sehr stark von den Anregungs- und Entwicklungsbedingungen, die es vorfindet.

Symptome/Erscheinungsformen

Aus der Definition gehen auch Erscheinungsformen körperlicher Schädigungen hervor, die auf der Grundlage medizinischer Kategorien in Tabelle 4 systematisiert werden (vgl. Hedderich 2006, 30 ff.; Thiele 2009).

Körperbehinderungen können sich einerseits direkt auf die Entwicklung körperlicher und motorischer Funktionen bzw. Strukturen auswirken. Bewegungsmuster können durch eine veränderte Körpereigenwahrnehmung (Gleichgewicht, Stellung des Körpers im Raum, Hautwahrnehmung) beeinträchtigt sein. Andererseits können verschiedene Begleiterscheinungen in anderen Entwicklungsbereichen auftreten. So lassen sich Gefährdungen und Erschwernisse in den Bereichen der emotionalen, sozialen, kommunikativen und kognitiven Entwicklung beschreiben (vgl. Hansen 2006). Von großer Bedeutung ist, dass Schädigungen im körperlichen oder motorischen Bereich nicht zwingend zu Veränderungen in anderen Entwicklungsbereichen führen.

Kategorie	Erscheinungsform
<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung des Zentralnervensystems (Gehirn und Rückenmark) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infantile Cerebralparese • Spina bifida (angeborene Spaltbildung der Wirbelsäule) • Querschnittslähmungen • Schädel-Hirn-Trauma • Epilepsie
<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung der Muskulatur und des Skelettsystems 	<ul style="list-style-type: none"> • Muskeldystrophien • Dymelien (angeborene Hand- und Fußfehlbildungen) • Erworbene Amputationen • Wachstumsstörungen (z. B. Kleinwüchsigkeit) • Osteogenesis imperfecta (Glasknochenerkrankung)
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Krankheiten und Fehlfunktionen von Organen 	<ul style="list-style-type: none"> • Asthma • Neurodermitis • Diabetes • Juvenile Arthritis (Rheuma im Kindes- und Jugendalter) • Mukoviszidose (zähflüssige Sekretbildung durch fortschreitende Erkrankung der Schleimdrüsen) • Chronisches Nierenversagen • Angeborene Herz- und Gefäßfehler

Tab. 4: Ausgewählte Erscheinungsformen körperlicher Schädigungen

In den vorliegenden Materialien werden folgende Körperbehinderungen näher erläutert:

- Epilepsie
- Infantile cerebrale Bewegungsstörung
- Muskeldystrophie

Häufigkeit

Gegenwärtig lernen bundesweit ca. 31.150 Kinder und Jugendliche mit Förderbedarf im Bereich der körperlichen und motorischen Entwicklung in unseren Schulen. Das sind 0,4 % aller Schülerinnen und Schüler. 80,1 % lernen in Förderschulen, 19,9 % in Allgemeinen Schulen. Die Zahlen der integrativ beschulten Schülerinnen und Schüler schwanken zwischen den Bundesländern erheblich (vgl. Sekretariat der Kultusministerkonferenz 2010).

Schulische Förderhinweise

- **Ressourcenorientierung:** Wichtigstes Förderangebot für Kinder und Jugendliche mit einer Körperbehinderung ist die Beachtung der gesamten Persönlichkeit. Deshalb konzentriert sich eine kindzentrierte Förderung nicht auf Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten, sondern auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten der betreffenden Person.
- **Beziehungsqualität:** Aufgrund möglicher unangenehmer Erfahrungen mit medizinischen und therapeutischen Eingriffen und einer unter Umständen belasteten Eltern-Kind-Beziehung kommt der Gestaltung einer positiven pädagogischen Beziehung große Bedeutung zu. Basis dieser Beziehung sind Wertschätzung der kindlichen Autonomie, einführendes Verständnis und Echtheit des Pädagogen. Dies beinhaltet ausdrücklich das Einfordern angemessener Leistungen und das Beachten von Regeln des sozialen Miteinanders. Es gilt, das richtige Maß zwischen Unter- und Überforderung zu finden (vgl. Hansen 2010).
- **Bewegungsangebote und -erleichterung:** Bewegungsangebote im Unterricht und in den Pausen können grundsätzlich die Entwicklung aller Kinder unterstützen. Bewegung verbunden mit einem handlungs- und erfahrungsorientierten Unterricht können die Lernprozesse von Kindern mit Körperbehinderung erheblich erleichtern. Einige Kinder können ihre Position im Rollstuhl nicht eigenaktiv verändern. Sie benötigen zusätzliche Lagerungshilfen (Stehständer, Lagerungskissen, Positionierung auf dem Boden), um Fehlstellungen der Gelenke und Druckbelastungen der Weichteile zu vermeiden. Physiotherapeutische, ergotherapeutische und ggf. sprachtherapeutische Angebote sollten nicht nur in der Förderschule angeboten werden, sondern auch in den Unterrichtsalltag der Allgemeinen Schule integriert werden.
- **An den eigenen Einstellungen arbeiten:** Körperbehinderungen können mit Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes einhergehen (veränderte

Mimik und Gestik, sichtbare Hilfsmittel). Lagerungshilfen, Kommunikationshilfen, individuelle Ruhepausen oder die Gegenwart einer weiteren erwachsenen Person (Unterrichtsassistenz) können die gewohnte Unterrichtsroutine (zunächst) infrage stellen. Lehrpersonen sollten die Gelegenheit erhalten, an eigenen Einstellungen zu körperlicher Schönheit, Leistungsfähigkeit sowie Krankheit und Tod zu arbeiten (vgl. Thiele 2009).

(von Jürgen Tscheke)

Literatur:

HANSEN, G.: Unterstützende Didaktik. Planung und Durchführung von Unterricht an Allgemeinen Schulen und Förderschulen. Oldenbourg, München 2010.

HANSEN, G.: Beeinträchtigung der körperlichen und motorischen Entwicklung. In: Hansen, G./Stein, R. (Hrsg.): Kompendium Sonderpädagogik. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2006. S. 68–81.

HEDDERICH, I.: Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. Reinhardt, München 2006.

LEYENDECKER, Chr.: Motorische Behinderungen. Kohlhammer, Stuttgart 2005.

Sekretariat der Kultusministerkonferenz: Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1999–2008. Dokumentation Nr. 189. 2006: http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Dok_189_SoPaeFoe_2008.pdf (Stand: 29.09.2011)

THIELE, A.: Erziehung und Bildung im Grundschulbereich. Allgemeine Schule. In: Opp, G./Theunissen, G. (Hrsg.): Handbuch schulische Pädagogik. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2009. S. 145–148.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Fähigkeiten und Möglichkeiten erkennen und fördern
- Bewegungsangebote einbeziehen
- eine positive pädagogische Beziehung aufbauen
- angemessene Leistungen und Einhalten von Regeln im sozialen Miteinander einfordern

2.1 Epilepsie

Begriffsklärung

Epilepsie ist eine Form der Körperbehinderung. Es finden wiederholte, unkontrollierte neuronale Entladungen des Gehirns aufgrund veränderter elektrisch-chemischer Übertragungsprozesse zwischen den Nervenzellen statt (vgl. Hedderich 2006, 31).

Die häufigsten Ursachen sind Hirnschädigungen und Hirnentwicklungsstörungen z.B. durch Stoffwechselstörungen, Hirntumore oder Hirnblutungen. Epilepsien treten als Begleitstörungen bei Schädigungen des Zentralnervensystems (z.B. Infantile cerebrale Bewegungsstörung) auf. Von den Ursachen zu unterscheiden sind Anfälle auslösende Faktoren wie unregelmäßige Einnahme von Antiepileptika, unregelmäßiger Schlaf, Schockzustände oder Flackerlicht.

Symptome/Erscheinungsformen

Es existieren mehr als 20 verschiedene Epilepsiearten. Man unterscheidet grundsätzlich generalisierte und fokale Anfälle, die in verschiedenen Varianten auftreten. Generalisierte Anfälle betreffen das gesamte Gehirn. Die häufigste Form ist der sog. große Anfall, verbunden mit Bewusstlosigkeit, Stürzen, Zuckungen des ganzen Körpers (evtl. Zungenbiss, Einnässen) und einer mehrere Stunden andauernden Nachschlafphase. Der eigentliche Anfall dauert häufig nicht länger als 2 bis 5 Minuten. Bei wesentlich längeren Zeiträumen (epileptischer Status) oder bei mehreren hintereinander auftretenden Anfällen (Anfallserien) ist der Notarzt zu verständigen, da die Gefahr einer Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel besteht. Fokale Anfälle gehen von bestimmten Hirngebieten aus, treten mit oder ohne Bewusstseinsstörungen auf und können sich zu generalisierten Anfällen ausweiten. Häufig sind sinnlose Handlungen und Bewegungen, Schmatzen oder wirres Reden zu beobachten. Dass ein Anfall bevorsteht, kann teilweise durch die Betroffenen langfristig durch Prodromi („Vorboten“: z.B. Reizbarkeit, motorische Unruhe, Kopfschmerzen) oder kurzfristig durch Auren („eigenartiges Gefühl“: Erstarren, Luft anhalten) wahrgenommen werden. Absencen sind Anfälle von kurzer Dauer (max. 30 Sekunden) und fallen durch eine plötzliche Unterbrechung der momentanen Handlung wie z.B. Gesprächsunterbrechung, Auslassungen beim Schreiben auf (vgl. Bergeest 2011, 93).

Die meisten Epilepsien entstehen im Kindesalter. Viele Formen können erfolgreich medikamentös eingestellt werden, einige mit der Pubertät spontan ausheilen. Bei bestimmten Formen ist die medikamentöse Behandlung von geringem Erfolg und mit starken Nebenwirkungen verbunden. Je nach Anfalls- und Medikamentengruppe können sich Begleiterscheinungen bspw. in Dämpfung

der Aktivitäten oder erhöhter Unruhe, in Appetitlosigkeit oder -steigerung, Leistungsschwankungen bei wiederholten Anfällen, Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen sowie Stimmungsschwankungen zeigen. Unkenntnis des Krankheitsgeschehens und Ängste, die im sozialen Umfeld durch einen großen Anfall ausgelöst werden, können zu Distanz gegenüber den betroffenen Kindern und zu übergroßer Kontrolle durch die Bezugspersonen führen. Die Kinder selbst können durch die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes bzw. durch die erlebte Unbeherrschbarkeit des eigenen Körpers verunsichert sein (vgl. ebd).

Häufigkeit

Ungefähr 1 % der Bevölkerung ist betroffen. Die Hälfte der Betroffenen erkrankt vor dem 10. Lebensjahr. Einzelne epileptische Anfälle, die sich nicht unbedingt chronifizieren müssen, erleiden ca. 5 % der Bevölkerung (vgl. Lelgemann 2010, 87).

Schulische Förderhinweise

Siehe auch die allgemeinen Hinweise im Kapitel 2: Verschiedene Formen von Körperbehinderungen.

Viele Anfälle treten in der Nacht oder in den frühen Morgenstunden auf. Die Folge können Ermüdungs- und Erschöpfungserscheinungen sein. Um auf einen möglichen Anfall in der Schule vorbereitet zu sein, sind im Vorfeld Informationen über das bisherige Anfallsgeschehen einzuholen. Eltern, Schulleitung, Lehrpersonen und behandelnder Arzt sollten verbindlich klären, wer in welchem Fall ein Notfallmedikament verabreicht. Folgende Hinweise sind in bestimmten Situationen zu beachten:

Anfälle

- Ruhe bewahren, Kind aus Gefahrenzone bringen bzw. gefährliche Gegenstände entfernen;
- nicht allein lassen, Bewusstseinszustand durch regelmäßige Ansprache überprüfen;
- das Kind nicht festhalten, flach lagern, Unterlage unter den Kopf legen, enge Kleidungsstücke lockern;
- stabile Seitenlage, um Erstickenrisiko zu minimieren;
- Anfall genau beobachten, später Ablauf dokumentieren (Zeitpunkt, Erscheinungen, Dauer);
- bei epileptischem Status oder Anfallserien Notarzt informieren;
- ggf. Notfallmedikament verabreichen;
- schlafen lassen, nicht allein lassen, nach Aufwachen Orientierung durch Ansprache ermöglichen.

Allgemeine Unterstützung

- Rhythmisierung des Tages, Zeit lassen, Möglichkeiten der Erholung und Entspannung anbieten;
- in Absprache mit dem Kind und dessen Eltern Epilepsie im Unterricht thematisieren;
- gemeinsam mit den anderen Kindern Verständnis für evtl. verlangsamtes Arbeitstempo entwickeln;
- Hausaufgaben beschränken;
- bei häufigen Anfällen Liegemöglichkeit im Klassenzimmer einrichten;
- gemeinsames Kennenlernen der Warnsignale (Aura);
- verbindliche Absprachen für das Verhalten bei einem Anfall (Regelung zum Notfallmedikament, in welchem Fall sollen Eltern bzw. Notarzt informiert werden).

Klassenfahrten

- Spezielle Aktivitäten in Absprache mit den Eltern;
- Schutzhelm beim Radfahren, im dichten Straßenverkehr nur bei mindestens einjähriger Anfallsfreiheit;
- geregelte Medikamenteneinnahme;
- geregelten Nachtschlaf ermöglichen;
- Kontrolle nicht übertreiben, Beschränkungen im Tagesablauf nicht als Belastung für die Gruppe deuten.

Sport

- Körperliche Aktivität erhöht nicht das Anfallsrisiko;
- rechtlich verbindlich ist der ‚Sportbogen‘ des Arztes;

- gut geeignet sind Leichtathletik, Bodenturnen, Ballspiele (unter Vermeidung von Kopfstößen);
- beim Schwimmen 1:1 Betreuung, auffallende (z. B. rote) Badekappe;
- Geräteturnen, Klettern mit Hilfsperson und dicker Matte, nicht über die Höhe der Hilfestellung hinaus;
- Erschütterungen des Kopfes vermeiden (z. B. Boxen, Kopfball).

(von Jürgen Tscheke)

Literatur:

BERGEEST, H.: Körperbehindertenpädagogik. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2011.

HEDDERICH, I.: Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. Reinhardt, München 2006.

LELGEMANN, R.: Körperbehindertenpädagogik. Kohlhammer, Stuttgart 2010.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- klare Struktur (Rhythmus) des Schultages schaffen
- Möglichkeit zur Erholung und Entspannung bieten
- reduzierte Aufgabenstellungen (langsames Arbeitstempo) anbieten

2.2 Infantile cerebrale Bewegungsstörung

Begriffsklärung

Die infantile cerebrale Bewegungsstörung ist eine Form der Körperbehinderung. Bei ihr liegt eine Schädigung des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) vor. Diese bleibende Bewegungsstörung entsteht in der wichtigsten Reifezeit des Gehirns, also vor, während oder nach der Geburt. Sie zeigt sich in einer veränderten Muskelspannung und Koordination. Die häufigsten Ursachen bestehen in einer Mangelversorgung des Gehirns wie z. B. Sauerstoffmangel und Infektionen sowie Schädigungen durch Gewalteinwirkung oder Gifte wie z. B. Medikamente und Alkohol (vgl. Lelgemann 2010, 84).

Symptome/Erscheinungsformen

Cerebrale Bewegungsstörungen werden aus medizinischer Sicht in Spastik, Athetose und Ataxie unterschieden. Bei einer Spastik treten erhöhte Muskelspannung und eingeschränkter Bewegungsradius auf. Die Athetose ist von einem häufigen und nicht kontrollierbaren Wechsel der Muskelspannung gekennzeichnet. Die Bewegungen erscheinen ungesteuert und das Bewegungsausmaß ist erhöht. Häufig sind die Mimik und das Sprechen betroffen. Bei der Ataxie ist die Muskelspannung reduziert. Durch Störungen von Bewegungssteuerung und Gleichgewicht wirkt das Gangbild stark schwankend. Bei Athetose und Ataxie sind häufig spastische Elemente beobachtbar. Cerebrale Bewegungsstörungen wirken sich hinsichtlich der Bewegungsmöglichkeiten des Körpers und der betroffenen Gliedmaßen unterschiedlich aus. Bei einer Tetraplegie ist der gesamte Körper (Rumpf, Hals, Kopf, Arme, Beine) in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. Eine Diplegie äußert sich vor allem im Bereich des Beckengürtels und der Beine, wobei Arm- und Handbewegungen auch verändert sein können. Die Hemiplegie bezieht sich auf eine Körperhälfte. Entsprechend sind die rechten oder linken Extremitäten betroffen (vgl. Hedderich 2006, 30).

Im Zusammenhang mit cerebralen Bewegungsstörungen treten häufig orthopädische Komplikationen (Fehlstellungen der Wirbelsäule, Gelenke und Füße), Störungen der Nahrungsaufnahme und des Sprechens (Dysarthrien, Anarthrien) sowie Epilepsien auf. Das Verknüpfen von Wahrnehmungsinformationen des Körpers (Muskelspannung, Stellung der Gelenke, Gleichgewicht, Hautwahrnehmung) und aus der Umwelt (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken) wird mit dem Begriff Sensorische Integration bezeichnet. Diese Fähigkeit kann ebenfalls verändert bzw. beeinträchtigt sein (vgl. Bergeest 2011).

Häufigkeit

Mit einer Häufigkeit von 0,2 % innerhalb der Gesamtbevölkerung ist die infantile cerebrale Bewegungsstörung die häufigste körperliche und motorische Schädigung im schulischen Bereich. Jungen sind zu ca. 60 % und Mädchen zu ca. 40 % betroffen (vgl. Lelgemann 2010, 84).

Schulische Förderhinweise

Siehe auch die allgemeinen Hinweise im Kapitel 2: Verschiedene Formen von Körperbehinderungen.

Aufgrund der beschriebenen Bewegungseinschränkungen nutzen viele Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen einen aktiven oder Elektrorollstuhl. Das Schulgebäude, der Pausenhof sowie alle für das Kind relevanten Räume (auch die Sanitärräume) sollten deshalb barrierefrei sein. Viele Kinder mit umfangreichen Sprechstörungen erlernen bereits vor Eintritt in das Schulalter den Umgang mit elektronischen oder nicht elektronischen Kommunikationshilfen. Unterrichtliche und außerunterrichtliche Gesprächssituationen sind darauf abzustimmen.

Besonders bedeutsam für das schulische Lernen können Besonderheiten der kognitiven und der sozial-emotionalen Entwicklung sein. Diese sind nicht nur abhängig von der spezifischen Hirnschädigung, sondern ebenso von der Angemessenheit der Anregungen, die das Kind von seinem Umfeld erhält. Viele Kinder können schon sehr gut eigene Wege beim Lernen oder bei der Beziehungsgestaltung beschreiten. Diese können von der Lehrerin für pädagogische Angebote aufgegriffen und variiert werden. Manche dieser Wege erschließen sich nicht gleich. Einige Kinder wirken zurückgezogen oder auch distanzarm. Andere Kinder erscheinen leicht ablenkbar. Wieder andere benötigen mehr Zeit, Neues zu erlernen. Vielen Kindern erschließen sich abstrakte Operationen erst über konkrete Handlungen.

Physiotherapeutische, ergotherapeutische und sprachtherapeutische Angebote finden, wenn das Kind keine Förderschule besucht, zumeist außerhalb der Schule in der Freizeit statt. Das kann dazu führen, dass der Unterrichtsalltag durch zu wenig Bewegungsanregungen von den betreffenden Kindern als sehr anstrengend empfunden wird. Therapien am Nachmittag schränken wiederum Freizeit und Selbstbestimmung ein. Sehr hilfreich können therapeutische Angebote während des Schultages sein, insbesondere wenn sich das Kind eigenaktiv beteiligen kann. Die Möglichkeit, dass niedergelassene Therapeuten zu den Kindern an die Schulen kommen, wird leider noch zu selten genutzt.

Der Arbeitsplatz sollte geräumig, der Tisch ggf. höhenverstellbar sein, damit das Kind mit dem Rollstuhl teilweise darunter fahren kann. Bei stärkerer Beeinträchtigung der Handmotorik sollte das Schreiben am Computer, ggf. mit speziellen Eingabehilfen (z.B. Großraumtastatur, spezielle Maussteuerung), ermöglicht werden.

Wie bei jedem Kind führt der Weg zum Lernen auch bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen über das Bewegen und Begreifen. Hören und Sehen reichen oft nicht aus. Deshalb sind längere Lehrervorträge oder mehrteilige, gesprochene Anweisungen wenig hilfreich. Das Erfassen von Realgegenständen, geometrischen Körpern, dreidimensionalen Zahlen und Buchstaben kann vielen Kindern helfen, Erfahrungswissen nachzuholen und Informationen im Gehirn abzuspeichern. Abbildungen an der Tafel, in Büchern oder auf Arbeitsblättern können besonders gut erkannt und verstanden werden, wenn sie sehr klar strukturiert sind. Alltägliche Rituale, wiederkehrende Lernsituationen und eine sinnvolle Aufteilung des Klassenzimmers (verschiedene Lernzonen, eigenes Fach für Arbeitsmaterial) helfen den Kindern bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung. Bewegung innerhalb und außerhalb des Schulgebäudes schafft Abwechslung und Motivation. Bei einigen Kindern können sich durch Angst, Lärm oder Zeitdruck ungünstige Bewegungsmuster verstärken. Sehr viel hilfreicher sind sinnvolle Pausen und ein individuelles Lerntempo. Das Lernen in unterschiedlichen Sozialformen (Partnerarbeit, Kleingruppe, ganze Klasse) und eine vertrauensvolle Lehrer-Kind-Beziehung sind als positive Sozialerfahrungen von unschätzbarem Wert.

(von Jürgen Tscheke)

Literatur:

BERGEEST, H.: Körperbehindertenpädagogik. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2011.

HEDDERICH, I.: Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. Reinhardt, München 2006.

LELGEMANN, R.: Körperbehindertenpädagogik. Kohlhammer, Stuttgart 2010.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT
zu Infantile cerebrale Bewegungsstörung

- individuelles Lerntempo zulassen
- ggf. Schreiben am Computer ermöglichen
- Bewegen und Begreifen einbeziehen (Hören und Sehen reichen oft nicht aus)
- Pausen ermöglichen
- klare Struktur des Raumes schaffen (verschiedene feste Zonen einrichten)
- klar strukturierte Bilder, Tafelbilder, Kopiervorlagen einsetzen
- mehrteilige Arbeitsanweisungen, längere Lehrervorträge vermeiden
- wiederkehrende Lernsituationen schaffen
- Lernen in PA, GA und in der gesamten Klasse ermöglichen

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT
zu Muskeldystrophie, s. Materialseite 2.3

- Schreiben am Computer ermöglichen
- weiterführende Themen anbieten, gesteigertes Interesse fördern
- Aufgaben im Klassenverband übertragen
- Wortschatz, Satzfragmente und andere Möglichkeiten zum Ausdruck von Stimmungen und Gefühlen bereitstellen

2.3 Muskeldystrophie

Begriffsklärung

Die Muskeldystrophie ist eine Form der Körperbehinderung, für die eine fortschreitende Schwächung bzw. Rückbildung der Muskulatur kennzeichnend ist. Da die Duchenne Muskeldystrophie (DMD) eine der häufigsten Muskelerkrankungen ist, wird diese im Folgenden näher erläutert. Die DMD ist durch einen fortschreitenden Verlauf gekennzeichnet, bei dem Muskelzellen durch Bindegewebe ersetzt werden. Die Erkrankung ist genetisch bedingt und wird entweder über das X-Chromosom von den Müttern an die Söhne vererbt oder entsteht durch Neumutation (vgl. Lelgemann 2010, 89).

Symptome/Erscheinungsformen

Zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr zeigen sich erste Auffälligkeiten, wie eine verzögerte motorische Entwicklung, Stolpern, rasches Ermüden und gehäufte Infekte. Da zunächst die Rumpf- und Beinmuskulatur betroffen ist, sind Aufrichten, Treppensteigen und Kopfkontrolle zunehmend erschwert und erfordern Hilfestellungen. Gegen Ende der Grundschulzeit nutzen die Jungen i.d.R. zunächst einen mechanischen Rollstuhl. Aufrechtes Sitzen und Selbstversorgung sind noch weitestgehend möglich. Durch die zunehmende Rückbildung der Schulter- und Armmuskulatur wird das Nutzen eines Elektrorollstuhles erforderlich. Die Jugendlichen benötigen für die Selbstversorgung und das Führen alltäglicher Gegenstände Unterstützung. Die Atmung ist zunehmend erschwert. Die Betroffenen können bereits während der Schulzeit versterben oder bis zu 40 Jahren alt werden (vgl. Daut 2005, 32).

Die Lagerung im Rollstuhl kann zu Verkrümmungen der Wirbelsäule, zu einer erhöhten Knochenbeanspruchung, zu Verkürzungen der Sehnen besonders in den Beinen sowie zu Druckstellen führen. Zur Vorbeugung werden spezielle Sitzschalen, orthopädisches Schuhwerk sowie Physiotherapie und Lagerungswechsel genutzt.

Häufigkeit

Bei der DMD ist von einer Häufigkeit von 1:3 400 aller männlichen Geburten auszugehen, das sind jährlich etwa 100 Kinder. Durch weitere Chromosomenveränderungen können in sehr seltenen Fällen auch Mädchen betroffen sein (vgl. Daut 2005, 21 f.).

Schulische Förderhinweise

Siehe auch die allgemeinen Hinweise im Kapitel 2: Verschiedene Formen von Körperbehinderungen.

Auf die Notwendigkeit der Barrierefreiheit wurde bereits hingewiesen. In den ersten Schuljahren schreiben die Schüler zumeist mit der Hand. Das Schreibtempo kann verlangsamt sein. Je stärker Armkraft und Bewegungsradius abnehmen, desto notwendiger wird das Schreiben am Computer. Es können spezielle Eingabehilfen genutzt werden.

Aufgrund des Erlebens der eigenen körperlichen Veränderungen und der Reaktionen des sozialen Umfeldes können sich Besonderheiten im Gruppen- und Lernverhalten der Schüler ergeben. Protest, Verweigerung, Aggressionen, aber auch Zurückgezogenheit und depressive Verhaltensweisen sind beobachtbar. Das Erlernen sozialer Regeln kann erschwert sein durch Mitleid und Zurückhaltung seitens der Pädagogen und Eltern. Viele Kinder entwickeln einen kompensatorischen Ehrgeiz, der zu guter Allgemeinbildung und entsprechenden Schulleistungen führen kann (vgl. Bergeest 2011, 116 f.).

Im Schulalltag sind verstärkt folgende Punkte zu beachten:

- gut gepolsterte Sitzunterlagen;
- weiche Lehnen im Rücken;
- Armauflagen nutzen, Tischhöhe anpassen;
- beim Sitzen Beine möglichst abwechselnd hoch lagern;
- der Schüler sollte im Rollstuhl gut abgesichert sein;
- ständiges Sitzen im Rollstuhl vermeiden;
- Vorsicht bei passiven Bewegungen, da Schmerzgrenze sehr schnell erreicht ist;
- viel an die frische Luft gehen;
- auf angemessene Ernährung achten;
- so gut wie möglich altersentsprechenden Wünschen entsprechen;
- zugewandtes Beziehungsverhalten;
- weiterführende Themen anbieten (Interessen gehen oftmals über das im Unterricht Behandelte hinaus);
- Verantwortungs- und Selbstwertgefühl steigern durch Übertragung von wichtigen Aufgaben;
- Hilfe bei Findung von Lebenssinn geben;
- Möglichkeiten zum Ausdruck von Stimmungen und Gefühlen;
- frühzeitige Aufklärung über die Krankheit unter Beachtung der Signale des Kindes;
- offener Umgang mit der Erkrankung in enger Zusammenarbeit mit den Eltern.

(von Jürgen Tscheke)

Literatur:

BERGEEST, H.: Körperbehindertenpädagogik. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2011.

DAUT, V.: Leben mit Duchenne Muskeldystrophie. Eine qualitative Studie mit jungen Männern. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2005.

LELGEMANN, R.: Körperbehindertenpädagogik. Kohlhammer, Stuttgart 2010.

3 Sprachstörungen

Begriffsklärung

Sprache

Die Sprachentwicklung eines Kindes ist ein komplexer vielschichtiger Prozess, welcher nicht isoliert, sondern immer als Teil der kindlichen Gesamtentwicklung zu verstehen ist. Hierbei muss vor allem auf die Verknüpfungen mit anderen Entwicklungsbereichen wie Wahrnehmung, Motorik, Kognition sowie dem sozial-emotionalen Funktionsbereich hingewiesen werden.

Unsere Sprache lässt sich als Kommunikationsmittel neben anderen nichtsprachlichen Kommunikationsmitteln wie Gestik oder Mimik zunächst in Laut- und Schriftsprache unterscheiden. Für das Verstehen unserer Sprache ist Wissen zu unterschiedlichen sprachlichen Ebenen notwendig.

Wir unterscheiden:

- **Phonetisch-phonologische Ebene:** Die Phonetik beschäftigt sich mit den Eigenschaften der Laute einer Sprache, wie man sie sprechmotorisch realisiert und welche akustischen Eigenschaften sie haben. Die Phonologie befasst sich damit, welche bedeutungsunterscheidende Funktion die Laute in einem Sprachsystem haben.
- **Semantisch-lexikalische Ebene:** Die Semantik beschäftigt sich mit der Bedeutung sprachlicher Ausdrücke. Die Lexik (der Wortschatz) beschreibt die Menge der Wörter einer Sprache.
- **Syntaktisch-morphologische Ebene:** Diese Ebene stellt die grammatischen Phänomene der Sprache in den Mittelpunkt. Die Morphologie beschäftigt sich dabei mit den Morphemen (Wortbausteinen), ihrer Kombination bei der Wortbildung und ihrer Stellung in einem Sprachsystem. Als Syntax wird die Lehre vom Satzbau beschrieben, welche sich mit den Regularitäten beschäftigt, nach denen Wörter einer Sprache zu größeren Einheiten wie Phrasen oder Sätzen zusammengestellt werden können.
- **Kommunikativ-pragmatische Ebene:** Die Kommunikation bezeichnet die zwischenmenschliche Verständigung über sprachliche und nichtsprachliche Mittel wie Gestik, Mimik, Stimme u.a. Die Pragmatik steht für die Sprachverwendung, das heißt, inwieweit die sprachlichen Mittel beispielsweise kontextangemessen eingesetzt werden.

Daneben lässt sich ab dem Schulalter die Ebene der Schriftsprache (mit entsprechenden Vorläuferfertigkeiten im Vorschulalter) ergänzen. Für eine erfolgreiche Kommunikation ist weiterhin ein angemessener Redefluss, ein gezielter Einsatz prosodischer Parameter (z. B. Sprechrhythmus, Betonung), eine gesunde stimmliche Realisierung von Sprache und ein intaktes Hörvermögen notwendig.

Sprachstörungen

Es gibt allerdings Kinder, denen das Kommunikationsmittel Sprache nicht uneingeschränkt zur Verfügung steht. Dies kann die Laut- und/oder Schriftsprache betreffen.

Zu kennzeichnen sind dabei Störungen, welche die Fähigkeiten auf den unterschiedlichen Sprachebenen betreffen. Dies sind Aussprachestörungen (phonetisch-phonologische Ebene), syntaktisch-morphologische Störungen, semantisch-lexikalische Störungen und kommunikativ-pragmatische Störungen bzw. auch entsprechend häufig auftretende Mischformen. Weiterhin kann ein Kind auch Probleme hinsichtlich des Redeflusses oder stimmliche Auffälligkeiten zeigen. Bei allen sprachlichen Problemen ist zunächst immer ein intaktes Hörvermögen sicherzustellen bzw. vorab zu überprüfen.

Symptome/Erscheinungsformen

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Auffälligkeiten und Störungen im Bereich der Sprache. Zu einigen sind unter folgenden Überschriften Ausführungen zu finden:

- Phonetisch-phonologische Störungen
- Poltern
- Semantisch-lexikalische Störungen
- Stottern
- Syntaktisch-morphologische Störungen

Für eine bessere Lesbarkeit der Beispieläußerung wurde in den genannten Bereichen die orthografische Transkriptionsform verwendet.

Schulische Förderhinweise

Die auf den entsprechenden Seiten beschriebenen ausgewählten Förderbedarfe skizzieren nach einer jeweiligen begrifflichen Klärung Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen der Sprache. Alle beschriebenen Symptome und Erscheinungsformen stellen die mögliche Breite dar und müssen nicht in dieser Form und Zusammenstellung auftreten!

Weiterhin werden schulische Förderhinweise skizziert. Diese pädagogische Unterstützung beginnt bei dem gezielten förderlichen Einsatz der Lehrersprache und endet in individualisierenden Angeboten für das einzelne Kind.

Dazu folgende Anmerkung: Lehrkräfte der Grundschulen sind keine Sprachtherapeuten oder Sprachheilpädagogen und können und sollen dies auch in inklusiven Settings nicht sein (vgl. Knapp u.a. 2011; Wildemann/Vach 2013).

Kindern, welche auch im Schulalter noch erheblichen Förderbedarf im Bereich Sprache aufweisen, wird eine alleinige pädagogische Förderung oft nicht gerecht. Bitte informieren Sie sich bei den Eltern, inwieweit betreffende Kinder parallel bereits logopädische/sprachtherapeutische Angebote nutzen und treten Sie ggf. über die Eltern mit den entsprechenden Therapeuten in Kontakt.

Bitte nutzen Sie weiterhin auch die Beratungs- und Kooperationsangebote Ihrer Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Förder- und Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Sprache. Diese sind in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlicher Weise organisiert (z. B. über entsprechendes Personal an den Regelschulen oder über zusätzliche Förderstunden des sonderpädagogischen Dienstes oder der Förderzentren).

(von Markus Spreer)

Literatur:

KNAPP, W.; Löffler, C.; Osburg, C. & Singer, K.: Sprechen, schreiben und verstehen. Sprachförderung in der Primarstufe. Klett, Stuttgart 2011.

REBER, K. & Schönauer-Schneider, W.: Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts. Ernst Reinhardt, München 2014.

WENDLANDT, W.: Sprachstörungen im Kindesalter. Thieme, Stuttgart 2006.

WILDEMANN, A./VACH, K.: Deutsch unterrichten in der Grundschule. Kompetenzen fördern, Lernumgebungen gestalten. Klett, Stuttgart 2013.



TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- gezielter Einsatz der Lehrersprache
- individuelle Angebote für die Schüler

3.1 Phonetisch-phonologische Störungen

Begriffsklärung

Förderbedarf im Bereich der Aussprache umfasst phonetische und phonologische Störungen, welche auch gemischt auftreten können.

Dabei versteht man unter einer phonetischen Störung eine Artikulationsstörung (Sprechstörung), bei der ein oder mehrere Laute falsch gebildet werden.

Eine phonologische Störung (als Sprachstörung) wird dann sichtbar, wenn das Kind zwar den Einzellaute isoliert richtig bilden kann (sprechmotorisch), ihn in Wörtern aber nicht korrekt (bedeutungsunterscheidend) verwendet (vgl. Wildegger-Lack 2009, 27).

Symptome/Erscheinungsformen

Die phonetische Störung äußert sich durch eine sprechmotorische Fehlbildung von Lauten, d.h. abweichend von der zielsprachlichen Aussprachenorm. Häufig betroffen sind dabei der S-Laut (Sigmatismus/ugs. Lispeln) oder das <SCH> sowie das <CH> (im Sinne des ch1, wie in <ich>, oder des ch2, wie in <ach>).

Diese phonologische Störung beschreibt Schwierigkeiten beim Erlernen phonologischer Regeln einer Sprache. Dabei treten sogenannte phonologische Prozesse auf, welche in der Sprachentwicklung von Kindern reguläre Entwicklungsschritte darstellen, jedoch bis zum Vorschulalter abgebaut werden.

Diese äußern sich wie folgt:

- das Kind verändert die Silbenstruktur (z. B. Auslassung unbetonter Silben <Zitrone> → <Trone> oder Reduzierung der Mehrfachkonsonanz <Blume> → <Bume>);
- einzelne Laute werden der Lautumgebung im Wort angeglichen (z. B. <Julika> → <Lulika>);
- einzelne Laute werden durch andere ersetzt (z. B. häufig <k> ersetzt durch <t>, z. B. in <Kinder> → <Tinder>)

(vgl. auch Braun 2006; Weinrich / Zehner 2011).

Daneben finden wir häufig eine Verschränkung von phonetischen und phonologischen Symptomen.

Die beschriebenen Symptome können auch inkonstant (nicht immer) oder inkonsequent (nicht immer in der gleichen Weise) auftreten.

Im Schulalter sind häufig auch Auswirkungen auf den Schriftspracherwerbsprozess zu beobachten.

Schulische Förderhinweise

- Falls das Kind begleitend eine sprachtherapeutische/logopädische Förderung erhält, kann die schulische Förderung dies unterstützen. Eine Absprache mit den Therapeuten ist hierzu sinnvoll.
- Ggf. professionelle Unterstützung über zusätzliche (außer-)schulische Angebote durch Sprachheilpädagoginnen, Beratungsstellen u.a. einholen.
- Günstig sind weiterhin auditive Wahrnehmungsübungen zur Förderung der Identifikations- und Diskriminationsfähigkeit einzelner Laute, wie sie auch im Rahmen von Übungen zur phonologischen Bewusstheit angewendet werden (z. B.: Welchen Laut hörst du am Anfang des Wortes? Klängen diese beiden Wörter gleich? Hörst du in diesem Wort ein [t]?).
- Im Unterricht verwendetes Wortmaterial sollte hinsichtlich der Schwierigkeiten des Kindes geprüft und ggf. angepasst werden.
- Die Verwendung von Handzeichen/Lautgebärden kann das Kind unterstützen.
- Bei phonologischen Störungen zeigen sich häufig auch Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb. Gerade dieser bietet jedoch gute Möglichkeiten, die bedeutungsunterscheidende Funktion von Lauten (z. B. in Minimalpaaren: <Bus> vs. <Busch>) deutlich zu machen.

(von Markus Spreer)

Literatur:

BRAUN, O.: Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart 2006.

WILDEGGER-LACK, E.: Aussprachestörung – Phonetik. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Kohlhammer, Stuttgart 2009.

WEINRICH, M./ZEHNER, H.: Phonetisch-phonologische Störungen. Springer, Berlin 2011.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- auditive Wahrnehmungsübungen (Welchen Laut hörst du? Was klingt gleich? etc.)
- ggf. Handzeichen oder Lautgebärden einsetzen
- Schriftsprache fördern, um bedeutungsunterscheidende Funktion von Lauten deutlich zu machen

3.2 Poltern

Begriffsklärung

Kinder mit der Redeflussstörung Poltern zeigen häufig Auffälligkeiten in der Phonetik, indem sie z. B. Laute oder Silben verschmelzen oder auslassen, was zur Unverständlichkeit von Äußerungen führen kann (Sick 2014). Weiterhin ist ein hohes und/oder irreguläres Sprechtempo zu beobachten (ebd.).

Symptome/Erscheinungsformen

Die Symptomatik stellt sich individuell sehr unterschiedlich dar, u. a. durch:

- Auffälligkeiten im Bereich Phonetik und Phonologie (z. B. Laute auslassen, verschmelzen oder verschlucken);
- Auslassungen von Morphemen oder syntaktischen Elementen sowie Satzabbrüche, Umstellungen oder Wiederholungen, welche zu fehlerhaften Satzstrukturen führen;
- die Rede, die durch eine hohe Sprechgeschwindigkeit und Sprechrate mit häufig monotoner Sprechmelodie, uneinheitlichem Betonungsmuster und/oder schwankender Lautstärke gekennzeichnet ist.

Dadurch ist die Mitteilungsabsicht nicht immer klar ersichtlich. Selbstkorrekturen der Kinder finden kaum statt.

Schulische Förderhinweise

- Einsatz von Kommunikationsregeln in der Klasse und Etablierung einer Sprachkultur, welche dem einzelnen Sprecher Zeit lässt und so langsames und deutliches Sprechen ermöglicht.
- Dem Kind verdeutlichen, dass es nur schwer verständlich ist. Dies kann man ihm sehr gut bewusst machen, wenn es z. B. als Sprecher gesprochener Arbeitsaufträge für die Stationsarbeit oder bei der Ge-

staltung eines Hörspiels oder -buchs eingesetzt wird. Auf diese Weise können der Höreindruck und die Verständlichkeit besprochen und konkrete Modifikationen angeleitet werden. Für ein Feedback der verwendeten (non)verbalen Elemente, Artikulationsbewegungen und des Sprechtempos werden häufig Audio- bzw. Videoaufnahmen eingesetzt (vgl. Mußmann 2012, S. 47).

- Mit dem Ziel der Verbesserung der Verständlichkeit wird häufig auf eine Verringerung des Sprechtempos hingewiesen, was jedoch stets mit einer deutlichen Artikulation und einem gezielten Einsatz der Prosodie einhergehen sollte (vgl. Sick 2014). Auch hier sei auf das kooperative Arbeiten mit Sprachheilpädagogen/Sprachtherapeuten verwiesen, da viele Elemente und Strategien auch für die unterrichtliche Arbeit wichtig sind, beispielsweise die Arbeit an der Aufmerksamkeit und Konzentration oder an der Prosodie (u. a. Einsatz von Sprechpausen, Übungen zum Wort- und Satzakzent und zur Variation der Sprechlautstärke zählen; vgl. ebd.).

(von Markus Spreer)

Literatur:

MUSSMANN, J.: Inklusive Sprachförderung in der Grundschule. Ernst Reinhardt, München 2012.

SICK, U.: Poltern. Thieme, Stuttgart 2014.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Zeit geben, um langsames und deutliches Sprechen zu ermöglichen
- Kommunikationsregeln in der ganzen Klasse einsetzen
- Rückmeldung zu Höreindruck und Verständlichkeit geben

3.3 Semantisch-lexikalische Störungen

Begriffsklärung

Förderbedarf im Bereich Wortschatz und Sprachverständnis wird mit unterschiedlichen Begriffen bezeichnet. Häufig spricht man dabei von semantisch-lexikalischen Störungen. Dies bedeutet, dass es den betroffenen Kindern häufig nicht gelingt, neue Wörter effektiv zu lernen, abzuspeichern und dann in einer bestimmten Situation situationsadäquat, entsprechend ihrer Intention, abzurufen und zu verwenden (vgl. Siegmüller & Kauschke 2006, 77).

Daneben werden auch die Termini Wortschatzstörung, Wortfindungsstörung, Sprachverständnisstörung, Lexikalische Erwerbsstörung u.a. verwendet, welche teilweise gezielt einzelne Symptome in den Mittelpunkt stellen (vgl. Rupp 2013).

Symptome/Erscheinungsformen

Kinder mit semantisch-lexikalischen Störungen besitzen oftmals einen gegenüber Gleichaltrigen geringeren expressiven und/oder rezeptiven Wortschatz (eingeschränkte lexikalische Vielfalt). Neben dieser quantitativen Einschränkung existieren zu den bekannten Wörtern weiterhin oftmals schwache und unzureichende semantische Repräsentationen und ein unsicheres Wissen bezüglich der kategorialen Zuordnung, auch durch die fehlende Vernetzung der Wörter.

Dies äußert sich u.a. in:

- Wortfindungsproblemen (Kinder können nicht adäquat auf die eigentlich bekannten Begriffe zugreifen);
- Sprachverständnisproblemen (auch Anweisungsverständnis), da hier häufig differenzierte Kenntnisse hinsichtlich der Wortbedeutungen notwendig sind (auch in Verbindung mit grammatikalischen Auffälligkeiten bzgl. des Satzverständnisses);
- Ersetzungen fehlender Wörter durch ähnlich klingende Wörter, Umschreibungen, nonverbale Kommunikationselemente, Wortneuschöpfungen, unspezifische Allzweckwörter (z. B. <Dings>, <machen>) oder Floskeln;
- Übergeneralisierungen (in fehlerhaften Bezeichnungen sichtbar, z. B. <gestern> als Ausdruck für alle Zeitangaben);
- Äußerungen mit Satzabbrüchen, Umformulierungen, Verzögerungen, Unterbrechungen und Pausenfüllern (<ähm>);
- Metakommentaren (z. B. <Wie heißt das?>) (vgl. Glück 2009, 76 ff.).

Semantisch-lexikalische Störungen treten häufig in Zusammenhang mit sprachbezogenen Entwicklungsstö-

rungen auf und führen ggf. auch zu Problemen im Fremdspracherwerb (vgl. Glück 2009).

Schulische Förderhinweise

Zunächst: Kindern, welche auch im Schulalter noch erheblichen Förderbedarf im Bereich Wortschatz und Sprachverständnis aufweisen, wird eine alleinige pädagogische Förderung oft nicht gerecht. Bitte informieren Sie sich bei den Eltern, inwieweit betreffende Kinder bereits parallel logopädische/sprachtherapeutische Angebote nutzen und treten Sie ggf. über die Eltern mit den entsprechenden Therapeuten in Kontakt.

Bitte nutzen Sie weiterhin auch die Beratungs-, Unterstützungs- und Kooperationsangebote Ihrer Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Förder-/Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Sprache und Kommunikation. Diese sind in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlicher Weise organisiert (z. B. über entsprechendes Personal an den Regelschulen oder über zusätzliche Förderstunden des sonderpädagogischen Dienstes oder der Förderzentren).

Bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache sind Schwierigkeiten im Wortschatz und Sprachverständnis vor dem Hintergrund der Sprachkontaktzeit des Kindes mit der Zweitsprache Deutsch zu betrachten und nicht per se als Störung zu definieren!

Neben spezifischen Interventionen durch Fachkräfte kann die Begriffsbildung mit folgenden lernpsychologischen Vorgehensweisen unterstützt werden (vgl. Tücke 2005, 185 f.):

- Neue Wörter/Begriffe durch prägnantes Beispiel einführen und anschließend mit weiteren Beispielen festigen. Dabei die Bedeutung des Wortes und auch die Wortstruktur erarbeiten (Wortbild, Wortstamm, Silbenzahl etc.);
- diese neuen Wörter explizit in das Vorwissen der Schüler einordnen (Assoziationen zu bekannten Begriffen, ggf. Hervorheben der Ähnlichkeiten und Unterschiede) und so Bezug zu Erfahrungen und/oder momentanen Erlebnissen des Kindes herstellen;
- eine möglichst aktive, handelnde Auseinandersetzung und somit vielfältige Sinneserfahrungen ermöglichen (Primärerfahrungen);
- neue Wörter hochfrequent (häufig) und in unterschiedlichen syntaktischen Strukturen anbieten;
- Verständnis von verbalen Aufgaben sichern (z. B. durch kleinschrittiges Vorgehen, Einsatz von Symbolen);
- Strategien zur Wortschatzerweiterung vermitteln (z. B. Arbeit mit Lexika/Suchmaschinen).

(von Markus Spreer)

Literatur:

GLÜCK, C. W.: Semantisch-lexikalische Störungen als Teilsymptomatik von Sprachentwicklungsstörungen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie Bd.2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Kohlhammer, Stuttgart 2009.

RUPP, S.: Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern: Blickrichtung Wortschatz. Springer-Verlag 2013.

SIEGMÜLLER, J. & Kauschke, C.: Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen. Elsevier, München 2006.

TÜCKE, M.: Psychologie in der Schule. Psychologie in der Schule – Psychologie für die Schule. LIT, Münster 2005.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- bei neuen Wörtern sowohl die Wortbedeutung als auch die Wortstruktur erarbeiten
- Assoziationen zu bereits bekannten Begriffen herstellen
- neue Wörter hochfrequent in unterschiedlichen Satzstrukturen umwälzen
- kleinschrittige Aufgaben einsetzen
- Symbole verwenden
- Arbeit mit Lexika und/oder Suchmaschinen fördern

3.4 Stottern

Begriffsklärung

„Stottern ist eine Redeflussstörung oder Sprechablaufstörung, bei der es nicht nur gelegentlich, sondern auffallend häufig zu Unterbrechungen im Redefluss kommt. Ein Stotterer weiß genau, was er sagen will, ist aber im Augenblick des Stotterns unfähig, die für die Umsetzung des sprachlichen Inhaltes erforderlichen Artikulationsbewegungen fließend auszuführen“ (Natke 2005, 2).

Symptome/Erscheinungsformen

Stottern ist gekennzeichnet durch die Wiederholung von Lauten und/oder Silben („klonisch“, z.B. <D-D-D-D-Danke>) und/oder Blockierungen („tonisch“, z.B. <_____alle> und Dehnungen von Lauten und/oder Silben (z.B. <Kin::::::::::::der>).

Zusätzlich zu den grundlegenden Symptomen treten Begleitsymptome auf. Ziel dieser Begleitsymptomatik ist das Vermeiden oder die Überwindung der Symptome. Sie tritt individuell sehr unterschiedlich auf, u. a.:

- begleitende Mimik und Gestik;
- Verwendung von sog. Startern (häufig eingesetzte Laute, Phrasen oder Wörter, die symptomfrei sind);
- Vermeidung von Gesprächssituationen;
- Atem- und Stimmauffälligkeiten;
- ausdrucksarmes Sprechen mit unangemessenem Tempo;
- vegetative Symptome wie Erröten, Zittern, Schwitzen oder Erblassen (vgl. auch Sandrieser / Schneider 2008).

Die betreffenden Kinder zeigen dabei häufig ein starkes Störungsbewusstsein.

Häufigkeit

Stottern kann bei ca. 4–5 % aller Kinder als beginnendes Stottern wahrgenommen werden. Diese Rate sinkt jedoch durch Remissionen im Altersverlauf ab, sodass man im Erwachsenenalter von ca. 1 % Betroffenen ausgeht (vgl. Johannsen 2009).

Schulische Förderhinweise

- Es ist wichtig, stotternde Schülerinnen und Schüler von Anfang an auch mündlich im Unterricht zu beteiligen. Nur über diese Sprechaufgaben ist es für sie möglich, positive Erfahrungen zu machen, flüssige Redeanteile zu erleben und Anforderungen in diesem Bereich bewältigen zu können (Schindler 2001);
- Blickkontakt halten und aussprechen lassen;
- für die konkrete Unterstützung eines Schülers ist es wichtig, mit den Eltern und beteiligten Therapeuten in Kontakt zu treten, da das Vorgehen einer begleitenden Stottertherapie ganz unterschiedlich ausgerichtet sein kann (Nichtvermeidungsansatz: Abbau der Begleitsymptomatik, Aufarbeitung negativer Gefühle und Gedanken sowie Verflüssigung des Stotterns über entsprechende Strategien vs. Fluency-Shaping-Ansatz: Erwerb eines neuen stotterfreien, flüssigen Sprechmusters; vgl. Thum/Mayer 2014, 38 ff.).
- Enttabuisierung des Stotterns in der Klasse bzw. Schule;
- Absprachen mit dem Schüler bei mündlichen Leistungen treffen (ggf. Nachteilsausgleich nutzen).

(von Markus Spreer)

Literatur:

JOHANNSEN, H. S.: Stottern bei Kindern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie Bd. 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Kohlhammer, Stuttgart 2009.

NATKE, U.: Stottern. Huber, Bern 2005.

SANDRIESER, P./SCHNEIDER, P.: Stottern im Kindesalter. Thieme, Stuttgart 2008.

SCHINDLER, A.: Stottern und Schule. Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer. Demosthenes, Köln 2001

THUM G./MAYER, I. (2014): Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ernst Reinhardt, München 2014.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- den Inhalt des Gesagten in den Vordergrund stellen
- Blickkontakt halten und aussprechen lassen

3.5 Syntaktisch-morphologische Störungen

Begriffsklärung

„Förderbedarf im Bereich Grammatik umfasst als syntaktisch-morphologische Störung (veraltet: Dysgrammatismus) Schwierigkeiten auf der syntaktisch-morphologischen Sprachebene. Dies meint eine Störung des grammatischen Sprachgebrauchs und Spracherwerbs aufgrund von Beeinträchtigungen der Fähigkeit, das morphologisch-syntaktische Regelsystem der Muttersprache normgerecht anzuwenden bzw. aufzubauen“ (Braun 2006, 194).

Symptome/Erscheinungsformen

Die individuelle Symptomatik betrifft das im Rahmen des Spracherwerbs aufzubauende morphologisch-syntaktische Regelsystem, wobei folgende Aspekte kennzeichnend sind:

- Auslassung von Wörtern (z. B. von Funktionswörtern, Artikeln, Präpositionen, Konjunktionen oder Fragewörtern);
- fehlerhafte Wortstellung, welche sich beispielsweise in der noch fehlenden Verbzweitstellung äußert (z. B. <Tim das gehört.>);
- Konjugationsfehler, die sich in einer fehlerhaften Subjekt-Verb-Kongruenz äußern (z. B. <Ich magte Fußball.>);
- Deklinationsfehler im Kasus (vor allem im Dativ, z. B. <von der Mann>) und/oder im Numerus (z. B. durch Übergeneralisierung eines Pluralmorphems <Stuhl> → <die Stuhler>) und/oder Genus (z. B. <der Schaf>);
- fehlende Verbendstellung im untergeordneten Nebensatz (<... weil ich darf das.>) (vgl. Berg 2008; Motsch 2010, 49 ff.).

Schulische Förderhinweise

Zunächst: Kindern, welche auch im Schulalter noch erheblichen Förderbedarf im Bereich Grammatik aufweisen, wird eine alleinige pädagogische Förderung oft nicht gerecht. Bitte informieren Sie sich bei den Eltern, inwieweit betreffende Kinder bereits parallel logopädische/sprachtherapeutische Angebote nutzen und treten Sie ggf. über die Eltern mit den entsprechenden Therapeuten in Kontakt.

Bitte nutzen Sie weiterhin auch die Beratungs-, Unterstützungs- und Kooperationsangebote Ihrer Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Förder-/Sonderpädagogik mit dem Schwerpunkt Sprache und Kommunikation. Diese sind in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlicher Weise organisiert (z. B. über entsprechendes Personal an den Regelschulen oder über zusätzliche Förderstunden des sonderpädagogischen Dienstes oder der Förderzentren).

Bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache sind Schwierigkeiten in der Grammatik vor dem Hintergrund der Sprachkontaktzeit des Kindes mit der Zweitsprache Deutsch zu betrachten und nicht per se als Störung zu definieren!

- Wie für alle Kinder mit sprachlichen Beeinträchtigungen gilt auch hier, dass eine positive und vertrauensvolle Lernumgebung, welche Fehler zulässt und Kinder zum sprachlichen Austausch ermuntert, eine gute Rahmenbedingung für die pädagogische Förderung darstellt.
- Modellierung: Antworten der Kinder nochmals aufgreifen und erweitern (vs. Lehrer-Echo: Auf Äußerungen wie beispielsweise „Tim ist weggehet“ könnte man mit „Genau, Tim ist weggegangen“ antworten).
- Diese didaktische Akzentuierung grammatischer Phänomene (z. B. Flexionsendungen) kann durch visuelle (in der Schriftsprache) oder prosodische (in der Lautsprache) Hervorhebung erfolgen.
- Anbieten neuer Sprachformmuster im Sprachinput;
- im Schulalltag können weiterhin bestimmte Satzmuster Rituale unterstützen und dienen gleichzeitig als sprachlicher Rahmen von Äußerungen.
- Einsatz von Metasprache (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, 133 ff.).

(von Markus Spreer)

Literatur:

BERG, M.: Kontextoptimierung im Unterricht. Praxisbausteine für die Förderung grammatischer Fähigkeiten. Ernst Reinhardt, München 2010.

BRAUN, O.: Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart 2006.

MOTSCH, H.-J.: Kontextoptimierung. Förderung grammatischer Fähigkeiten in Therapie und Unterricht. Ernst Reinhardt, München 2010.

REBER, K. & Schönauer-Schneider, W.: Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts. Ernst Reinhardt, München 2014.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- offene Fragen verwenden (W-Fragen)
- Rituale mit bestimmten Satzmustern belegen

4 Down-Syndrom

Begriffsklärung

Der englische Arzt Dr. John Langdon H. Down beschrieb 1866 erstmals die Merkmale des heute nach ihm benannten Down-Syndroms (DS). Neben diesem aktuell gebräuchlichen Terminus trifft man allerdings auch auf synonyme Bezeichnungen wie Trisomie 21, Morbus Down oder Down Anomalie (vgl. Wilken 2010). Das Down-Syndrom ist keine Krankheit, sondern lediglich eine genetische Besonderheit. Das Chromosom 21 ist nicht, wie üblich, zweimal vorhanden, sondern dreimal.

Symptome/Erscheinungsformen

In der medizinisch geprägten Beschreibung des Down-Syndroms lassen sich mehrere syndromtypische Merkmale charakterisieren (vgl. Wilken 2010, 25–33). Es bleibt jedoch anzumerken, dass die über 300 Symptome im Rahmen der Beschreibung der Trisomie 21 in extrem schwankender Varianz auftreten. Generell zeichnet sich die Gruppe der Menschen mit Down-Syndrom trotz syndrombedingter Gemeinsamkeiten durch eine hohe Heterogenität in der Lern- und Leistungsfähigkeit aus (vgl. Wilken 2010). Häufig auftretende äußere Merkmale (z. B. Lidfalte, leicht verflachter Hinterkopf, Vierfingerfurche etc.) verleiten zur Annahme einer Gleichartigkeit der Kinder mit DS. Tatsächlich sind die Entwicklungs- und Begabungsunterschiede zwischen Menschen mit Down-Syndrom besonders groß. Auch die gesundheitlichen Einschränkungen (z. B. Herzfehler, Hüftdysplasien, Mittelohrentzündungen etc.) betreffen immer nur einen gewissen Prozentsatz an Kindern mit DS. In pädagogischer Hinsicht stellen die äußeren und gesundheitlichen Erscheinungen weniger relevante Merkmale dar. Hier gilt es eher folgende beispielhafte Besonderheiten zu berücksichtigen: Hypotonie (niedriger Muskeltonus in der Gesamtmuskulatur), spezifische Beeinträchtigungen bei der Sprachentwicklung wie z. B. Artikulationsschwierigkeiten (z. B. ist häufig in den ersten Lebensjahren das Sprachverständnis schon wesentlich besser entwickelt als die expressive Sprache), etwaige Sehbeeinträchtigungen, Schwierigkeiten in der Informationsverarbeitung, -speicherung und in der Aufmerksamkeitssteuerung sowie der Motivation usw.

Kinder mit Down-Syndrom sind in der Regel sehr aktive und ansteckend-lebensbejahende Personen. Sie haben ein enormes Entwicklungspotenzial und Stärken werden ihnen meist hinsichtlich einer ausgeprägten Sozialkompetenz und einer musikalischen Vorliebe (rhythmischen Begabung) nachgesagt.

Häufigkeit

Die Auftretenshäufigkeit des Down-Syndroms wird heute in Deutschland in der Regel mit ca. 1:500 angegeben, d.h. etwa 0,2 % aller Menschen in Deutschland leben mit einer Trisomie 21. Es werden jedoch drei genetische Formen unterschieden: Freie Trisomie 21 (ca. 95 %), Translokationsform (ca. 4 %) und Mosaikstruktur (ca. 1 %).

Ein Zusammenhang hinsichtlich des Down-Syndroms besteht mit dem Alter der Mutter bei der Empfängnis: „Beträgt die Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom bei einem Alter der Mutter von 20–30 Jahren noch 1 auf ca. 1500 Geburten und im Alter von 30–35 1 auf ca. 800 Geburten, so steigt das Risiko im Alter von 35–40 auf 1 zu 280 und im Alter von über 40 Jahren auf 1 zu 150 mit weiter zunehmender Tendenz“ (Wilken 2010, 16).

Schulische Förderhinweise

Frühe Förderung hat sich bei Kindern mit DS als besonders effizient erwiesen und ist daher enorm wichtig.

Neben der Beschulung an einer Sonder-/Förderschule hat gerade auch für Kinder mit DS der integrative Unterricht an Regelschulen mehr und mehr an Bedeutung zugenommen. „Die natürlichen Kommunikationssituationen in gemeinsamen Handlungen, im Gesprächskreis, in den Projekten und das gute sprachliche Vorbild bieten den Kindern vielfältige Anregungen“ (Wilken 2010, 175). Für den Unterricht ist es wichtig, dem Kind strukturierte Aufgaben sowie überschaubare Lernangebote zu machen. Aufgrund einer eventuell geringeren Speicherleistung des Kurzzeitgedächtnisses und einer potenziell langsameren Verarbeitung von Informationen sollte für die Aufnahme und Umsetzung mehr Zeit eingeplant werden. Kinder mit DS können sich teilweise nur schwer über einen langen Zeitraum konzentrieren und sind oftmals leicht ablenkbar. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, dem Unterricht für längere Zeit zu folgen. Die Lernangebote sollten deshalb gut „portioniert“, motivierend und nicht überwiegend verbal erfolgen, sondern mehrere Sinnebenen einbeziehen. „Durch ein an Handlungen gebundenes Lernen kommen die Schüler besser zu einem Lernerfolg. Sie können Sprache weniger zur Vorstellung von geplanten Handlungen verwenden und nutzen sie deshalb weniger als Mittel des Denkens, um aus zeitlicher und räumlicher zur abstrakten Vorstellungsbildung zu kommen“ (Wilken 2009). Durch das Bereitstellen von anschaulichen Hilfsmitteln sind für Kinder mit DS Aufgaben erfolgreicher zu bewältigen (vgl. Dittmann 2004). Visuell gestaltete Informationsmaterialien wie Bil-

der, Symbole und/oder Wortkarten helfen, die Merkfähigkeit zu erhöhen und Lernangebote besser wahrnehmen zu können (vgl. Wilken 2009).

- Hinweisbeispiele zum Lesen: Die Bedeutung des Lesens als Kulturtechnik sollte im Kontext Schule als ein wichtiges Ziel angesehen werden. Der Leseunterricht kann insbesondere die sprachliche Entwicklung fördern. Einige Kinder mit Down-Syndrom erlernen die geschriebene Sprache eher als die gesprochene Sprache (vgl. Havemann 2007). Das häufig gut ausgebildete visuelle Gedächtnis kann genutzt werden, um häufig auftretende Schwächen im Bereich der Wahrnehmung durch eine Visualisierung der Sprache zu kompensieren.
- Hinweisbeispiele zum Schreiben: Für viele Kinder mit DS ist zunächst das Erlernen von Druckschrift mit großen und kleinen Buchstaben sinnvoll, weil die motorischen Anforderungen hierbei geringer sind (vgl. Wilken 2009). Mit dem eigentlichen Schreiben wird begonnen, wenn einzelne Wörter in Druckschrift bekannt sind. Ein Abschreiben und Kontrollieren der Worte kann mit vielfältigen Materialien wie Wortkarten oder Wortmemory erfolgen.

Versucht man abschließend die Besonderheiten des Down-Syndroms zusammenzufassen, überzeugt eine Aussage von Angela Fritzen (Mitarbeiterin mit DS bei Ohrenkuss): „Ich bin das Besondere“ (Peschka & de Braganca 2008, o.S.).

(von Prof. Saskia Schuppener)

Literatur:

CANNING, C. & Püschel, S.M.: Zum Verlauf der Entwicklung des Kindes – ein Überblick. In: S.M. Püschel (Hrsg.). Down-Syndrom. Für eine bessere Zukunft. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1995. S. 78–85.

DITTMANN, W.: Syndromspezifische Aspekte von Intelligenz und Lernen. In: Wilken, E. (2004). Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. 2., überarbeitete Auflage. Lebenshilfe-Verlag, Marburg 2004. S. 51–64.

HAVEMANN, M. (Hrsg.): Entwicklung und Frühförderung von Kindern mit Down-Syndrom. Kohlhammer, Stuttgart 2007.

PESCHKA, B. & de Braganca, K.: Das Wörterbuch OHRENKUSS. Downtown – werkstatt für kultur und wissenschaft, Bonn 2008.

WILKEN, E.: Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. 2., überarbeitete Auflage. Lebenshilfe-Verlag, Marburg 2009.

WILKEN, E.: Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom. 11. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart 2010.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Stärken hinsichtlich ausgeprägter Sozialkompetenz nutzen (bei gespielten Dialogen/Szenen)
- musikalische Vorliebe (rhythmische Begabung) nutzen (beim Singen, Rappen etc.)
- strukturierte Aufgaben geben (klare Arbeitsanweisungen mit Beispiel)
- überschaubare Lernangebote machen (reduzierte Aufgabenmenge)
- mehr Zeit zur Verfügung stellen (Reduktion)
- an Handlung gebundenes Lernen (Szenen, Situationen spielerisch umsetzen) anbieten
- visuell gestaltete Informationsmaterialien wie Bilder, Symbole, Wortkarten einsetzen

5 Geistige Behinderung

Begriffsklärung

Der Begriff „Geistige Behinderung“ steht schon seit vielen Jahren kontrovers zur Diskussion, da ihm ein stigmatisierender, negativer, ausgrenzender Charakter unterstellt wird. Alternative Begriffe, die vereinzelt auftauchen und den Versuch darstellen, eine positivere Zuschreibung zu beinhalten, sind Folgende (vgl. Kulig, Theunissen & Wüllenweber 2006, 116–127):

- Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden;
- Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung;
- Menschen mit besonderem Unterstützungs-, Assistenz- bzw. Hilfebedarf;
- Menschen mit kognitiver, intellektueller oder mentaler Beeinträchtigung;
- Menschen mit seelischer Behinderung;
- Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Jede Definition von Geistiger Behinderung basiert auf externen Zuschreibungen: „Es gibt Menschen, die wir aufgrund unserer Wahrnehmung ihrer menschlichen Tätigkeit, im Spiegel der Normen, in dem wir sie sehen, einem Personenkreis zuordnen, den wir als ‚geistigbehindert‘ bezeichnen“ (Feuser 1996, 18). Es sollte demnach bewusst und (selbst)reflexiv damit umgegangen werden, dass der definatorische und auch der eigene Blick auf das Verständnis von Geistiger Behinderung immer ein „Außen-Blick“ ist, der vorrangig spekulativen Charakter hat und mit welchem man der großen Heterogenität dieser Personengruppe niemals gerecht wird. Aus heutiger Perspektive wird eine Geistige Behinderung nicht mehr ausschließlich an personenbezogenen Definitionskriterien festgemacht, sondern häufig als Situation eines Individuums beschrieben, in welcher ein außergewöhnlicher Assistenzbedarf innerhalb verschiedener Entwicklungs- und Lebensbereiche vorliegt (vgl. Speck 2005).

Symptome/Erscheinungsformen

Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung „weisen meist eine organische Schädigung auf, die direkt oder indirekt das Gehirn betrifft. Sie beeinflusst die Gesamtpersönlichkeit des Menschen, sein Denken, Empfinden, Wahrnehmen, Handeln und Verhalten. Diese Schädigungen können vor, während oder nach der Geburt entstehen“ (Fornefeld 2009, 72) und – je nach Lebenssituation der Personen – zu ganz unterschiedlichen Entwicklungen, Kompetenzen und Schwierigkeiten führen. Darüber hinaus lassen sich kaum eindeutige Angaben zu spezifischen Symptomen und Erscheinungsformen machen, weil sich hinter der Diagnose „Geistige Behinderung“

eine Vielzahl an unterschiedlichen Erscheinungsbildern verbirgt, deren Entwicklungsprognose stets sehr unterschiedlich ist. Die individuellen Kompetenzen und Handicaps einer Person lassen sich jeweils nur in einer „verstehenden Diagnostik“ (Theunissen 2006, 311–319) mit dem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen gemeinsam ergründen mit dem Ziel, eine gemeinsame Entwicklungs-/Förderperspektive zu entwerfen.

Häufigkeit

Über die Auftretenshäufigkeit der Diagnose „Geistige Behinderung“ können weder im internationalen noch im nationalen Raum fundierte und einheitliche Aussagen gemacht werden. Erschwert wird dies u. a. dadurch, dass das Verständnis von Geistiger Behinderung in verschiedenen europäischen Ländern sehr variiert. Man kann in Deutschland davon ausgehen, dass ca. 185.000 Kinder und Jugendliche sowie ca. 235.000 Erwachsene das Etikett „Geistige Behinderung“ tragen. Im schulischen Bereich machen Schüler mit der Diagnose „geistig behindert“ ca. 18 % aller Schüler mit Förderbedarf aus und sind damit die zweitgrößte Population unter allen Schülern mit diagnostiziertem Hilfebedarf (vgl. Fornefeld 2009).

Schulische Förderhinweise

Es geht – im Sinne einer allgemeinen, inklusiven Pädagogik vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (Vereinte Nationen 2006) – zentral um die Gestaltung eines adäquaten Lernklimas, welches dem Anspruch aller Kinder auf individuelle Förderung gerecht werden kann (vgl. Schuppener 2007a). Dieser Anspruch stellt nach wie vor eine Herausforderung an Theorie (Konzeption konkreter Themenaufbereitungen und Unterrichtsentwürfe gemäß der entwicklungslogischen oder inklusiven Didaktik) und Praxis (Umsetzung dieser Konzeptionen und Evaluation) dar. Als didaktische Grundsätze für den Unterricht mit Schülern mit Förderbedarf im Schwerpunkt „Geistige Entwicklung“ differenziert Speck (2005) folgende acht Prinzipien:

1. Individualisierungsprinzip: Berücksichtigung der Individualität der Schüler durch Differenzierung;
2. Aktivitätsprinzip: Ermöglichung einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Lerngegenstand;
3. Ganzheitsprinzip: ganzheitliche Organisation des Unterrichtes durch Erfahrungsorientiertheit und Situationsoffenheit;
4. Prinzip der Lehrzielstrukturierung: Bereitstellung von Strukturierungshilfen;

5. Prinzip der Anschaulichkeit und Übertragung: konkrete Erfahrung der Wirklichkeit durch anschauliche Lernangebote und die Möglichkeit der Übertragung bisheriger Kenntnisse und Fertigkeiten auf neue Lerngegenstände;
6. Prinzip der Entwicklungsgemäßheit: Orientierung an der aktuellen und nächsten Zone der Entwicklung;
7. Prinzip des aktionsbegleitenden Sprechens: Begleitung kognitiv und handelnd zu erfassender Lerninhalte durch begleitendes Sprechen;
8. Prinzip der sozialen Lernmotivierung: Förderung der sozialen Motivation als Grundlage des Lernens.

Insgesamt geht es im Rahmen der schulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarf im Schwerpunkt „Geistige Entwicklung“ um eine Balance zwischen Gruppenaktivitäten und Einzelförderangeboten (vgl. Mühl 2006). Die Förderung in der Lerngruppe sollte dominieren, wenngleich es – besonders für Schüler mit intensivem Unterstützungsbedarf – auch um basale und pflegerische Einzelangebote geht. Bei Schülern mit zusätzlichen herausfordernden Verhaltensweisen kann es ebenfalls erfolgversprechend sein, punktuell auf Möglichkeiten der Einzelförderung zurückzugreifen (z. B. mit Interventionsansätzen aus dem Bereich der kognitiven Verhaltensmodifikation, vgl. Schuppener 2007b). Zur Gestaltung des Unterrichts mit der gesamten Lerngruppe werden meist offene, handlungsbezogene Formen (Projektunterricht, Stationsarbeit, Freiarbeit, Wochenplanarbeit etc.) empfohlen, da diese Art der Strukturierung von Unterrichtsvorhaben auf differente Lernbedürfnisse am flexibelsten reagieren kann. Aufgrund der Tatsache, dass der „Heterogenitätshorizont“ beim Phänomen Geistige Behinderung besonders weit ist, lassen sich spezifischere Hinweise zur schulischen Förderung immer nur für den Einzelfall ableiten. Auch geht es in erster Linie um ein bewusstes Reflektieren des eigenen pädagogischen Handelns vor dem Hintergrund eines Einlassens auf die Begegnung mit Schülern mit Behinderungserfahrungen und darum, von ihnen und mit ihnen gemeinsam zu lernen.

(von Prof. Saskia Schuppener)

Literatur:

- FEUSER, G.: Geistig Behinderte gibt es nicht! Projektionen und Artefakte in der Geistigbehindertenpädagogik. *Geistige Behinderung*, 35 (Heft 1). 1996. S. 18–25.
- FORNEFELD, B.: *Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik*. 4. Auflage. Reinhardt UTB, München 2009.
- KULIG, W., Theunissen, G. & Wüllenweber, E.: *Geistige Behinderung*. In E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen*. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2006.
- MÜHL, H.: *Schulische Didaktik und Methodik*. In E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen*. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2006.
- SCHUPPENER, S.: *Geistig- und Schwermehrfachbehinderungen*. In: J. Borchert [Hrsg.], *Einführung in die Sonderpädagogik*. Oldenbourg, München 2007a.
- SCHUPPENER, S.: *Schülerinnen und Schüler mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen – „behinderte Begegnungen“ und Möglichkeiten der Enthinderung*. *Sonderpädagogik 37* (Heft 1). 2007b. S. 16–28.
- SPECK, O.: *Menschen mit geistiger Behinderung: Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. 10. Auflage. Reinhardt, München 2005.
- THEUNISSEN, G.: *Verstehende Diagnostik*. In E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen*. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2006.
- VEREINTE NATIONEN: *Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Aussenpolitik/Themen/Menschenrechte/Download/Behindertenkonvention.pdf>. 2006. (Stand: 26.07.2011)

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Gruppenarbeit und Einzelförderung ermöglichen
- Projektunterricht, Stationsarbeit, Freiarbeit, Wochenplanarbeit können am flexibelsten auf differente Lernbedürfnisse eingehen

6 Hörschädigung

Begriffsklärung

Das Hören gehört zu den wichtigsten Sinnen des Menschen, dessen Funktion man erst dann wirklich begreift, wenn er ausfällt oder nur begrenzt funktioniert. Hörschäden können angeboren sein, aber auch erworben werden (durch Lärm oder Folge einer Infektion oder Erkrankung).

Symptome/Erscheinungsformen

Neben der an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit kennen wir unterschiedliche Arten und Stufen der Schwerhörigkeit. Schalleitungsschwerhörigkeit resultiert aus Deformationen des äußeren Ohrs oder Schädigungen im Mittelohr. Schädigungen des Innenohrs führen zu einer Schallempfindungsschwerhörigkeit. Wie wirkt sich dies auf das Hören aus? Der Schalleitungsschwerhörige hört alles „leiser, gedämpfter“ (max. 60/70 dB Hörverlust), bei dem Schallempfindungsschwerhörigen liegt eine „Fehlhörigkeit“ vor, d. h. er hört die Sprache „entstellt, verzerrt“, dadurch entstehen „Verhörfehler“ (anstelle „Haus – Maus“ etc.). Das ist für den Lehrer bedeutsam, denn daraus erklären sich Dyslalien und Dysgrammatismen (z. B. auch Schreibfehler im Diktat usw.). Beide Formen treten auch kombiniert auf. Die sensorineurale Schwerhörigkeit beruht auf einer Schädigung des cortischen Organs und/oder der nervalen Hörbahnen. Schwerhörigkeit hat, wie in Tabelle 3 dargestellt, auch direkte Auswirkung auf die Sprachentwicklung.

Ausmaß des Hörverlustes	Auswirkungen auf das Hören gesprochener Sprache	Auswirkungen auf die Sprachentwicklung
20 – 40 dB Leichte Schwerhörigkeit	Stimmlose Konsonanten und Zischlaute werden nicht deutlich gehört.	Artikulationsstörungen, Verzögerungen des Spracherwerbs, Dyslalien.
40 – 60 dB Mittlergradige Schwerhörigkeit	Die Mehrzahl der Sprachlaute wird nicht gehört.	Sprachentwicklungsstörungen mit Dysgrammatismus, schlecht verständlichem Sprechen.
60 – 90 dB Hochgradige Schwerhörigkeit		Spontane Sprachentwicklung bleibt aus.

Tab. 3: Auswirkung auf die Sprachentwicklung (Leonhardt 2002, 77)

Es wurde eine Reihe von Hilfsmitteln entwickelt, um die Schädigung zu kompensieren. So helfen Hörgeräte, den Schalleindruck besser wahrzunehmen. Diese werden von Experten (Hörgeräteakustikern) individuell angepasst (z. B. das Hinter-dem-Ohr-Gerät); Höranlagen können aber auch einer großen Gruppe das Zuhören erleichtern. Seit den 70er-Jahren wird in zunehmendem Maße ein Implantat, das sogenannte Chochlea-Implantat eingesetzt, das den Funktionsausfall im Innenohr kompensieren kann.

Neben den genannten Hilfen wurden auch weitere Hilfsmittel entwickelt, die die Kommunikation erleichtern können. Dazu gehören manuelle Hilfen, visuelle technische Hilfsmittel und mechano-kutane Hilfsmittel. Die manuellen Hilfen sind vor allem zwei grundlegende Systeme, das Fingeralphabet einerseits, mit dem man jeden Buchstaben in ein Fingerzeichen umsetzt und das Phonembestimmte System, bei dem jedes Phonem mit einem Fingerzeichen wiedergegeben wird. Man spricht zwar von „Lautgebärden“, aber eigentlich sind das keine Gebärden.

Visuelle technische Hilfsmittel sind z. B. der Lichtwecker und die Lichtklingel. Heute bilden der PC (E-Mails) und das Handy (SMS) wesentliche technische Kommunikationsmittel.

Häufigkeit

Die statistischen Angaben schwanken. Hintermair et al. spricht von 20 % (vgl. Hintermair/Lehmann-Tremmel/Meiser 2000). Das Kinderhilfswerk stellte bei 13 % der 3–14-jährigen bei mindestens einer Testfrequenz eine Hörbeeinträchtigung von über 20 dB fest. Bei 2,4 % läge sogar eine Höreinschränkung von über 30 dB vor (vgl. Kinderhilfswerk 2006, 6).

Schulische Förderhinweise

- Informieren Sie sich bitte über den Grad der Schwerhörigkeit und seine Auswirkung im Hören und Sprechen bzw. im Sprachverständnis.
- Lassen Sie sich erklären, welche Fördermaßnahmen durchgeführt wurden und werden und welche Hilfsmittel das Kind nutzt.
- Achten Sie auf das kontinuierliche Tragen und die Funktionstüchtigkeit des Hörgerätes.
- Halten Sie „Nebengeräusche“ niedrig. Dies gilt besonders für den Störschall (Lärmpegel) im Klassenraum, der von Hörbehinderten weniger unterdrückt werden kann. Vermeiden Sie unnötige Nebengeräusche.

- Berücksichtigen Sie ein mögliches Recruitment (Lautheitsausgleich) beim Hörgeschädigten (Recruitment – d. h. der Hörgeschädigte nimmt nicht nur leise akustische Ereignisse nicht wahr, sondern ist auch lauten Tönen gegenüber schmerzempfindlicher – die Schmerzschwelle liegt bereits bei ca. 70 dB).
- In Zusammenhang mit Innenohrschäden können Gleichgewichtsstörungen auftreten, die (z. B. im Sport) zu berücksichtigen sind.
- Sprechen Sie das Kind immer von vorn an, vergewissern Sie sich, dass es Blickkontakt aufgenommen hat. Berühren Sie das Kind, wenn es Sie ansehen soll.
- Sprechen Sie deutlich und artikuliert, aber schreien Sie nicht.
- Sichern Sie eine Rückkoppelung (feedback), d. h. sichern Sie vor allem „Sinnverständnis“ ab (z. B. Rückfragen: Was habe ich gefragt? Was wurde gesagt?). Eine Frage nur wiederholen lassen, ist ungeeignet, da damit nicht das Sinnverstehen der Frage, des Satzes geprüft wird.
- Das „Lehrerecho“ (z. B. zum Schüler mit einer Hörbehinderung gewendet wiederholen: Schüler X hat gesagt) ist vorteilhaft, da es das Verstehen anregt.
- Gestatten Sie dem Schüler mit einer Hörbehinderung, nachzufragen.
- Achten Sie darauf, dass immer nur eine Person spricht (z. B. im Unterrichtsgespräch).
- Setzen Sie den Schüler mit einer Hörbehinderung in der ersten Reihe so, dass er die Möglichkeit hat, den Lehrer und die Schüler anzusehen (evtl. mittels eines Drehstuhls).
- Achten Sie auf die Lichtverhältnisse, damit es zu keiner Schattenbildung auf dem Gesicht des Sprechers kommt, was das Absehen erschwert.

- Visualisieren Sie viel, vor allem Arbeitsanweisungen, dies ist auch für andere Kinder hilfreich. Sie können dazu auch vereinbarte Piktogramme einsetzen (Buch für Lesen, Füller für Schreiben etc.).
- Schaffen Sie Anlässe zum Sprechen, geben Sie dem Kind ausreichend Zeit, sich zu artikulieren.

(von Prof. Klaus-Dietrich Große)

Literatur:

HINTERMAIR, M., Lehmann-Tremmel, G. & Meiser, S.: Wie Eltern stark werden. Soziale Unterstützung von Eltern hörgeschädigter Kinder. Eine empirische Bestandsaufnahme. Verlag hörgeschädigte Kinder, Hamburg 2000.

Kinderhilfswerk e.V.: Kinder und Jugendliche in Deutschland 2006. Zahlen, Daten, Fakten: http://www.dkhw.de/aktiv/themen/zahlen_daten_fakten.pdf (Stand: 30.06.2011)

LEONHARDT, A.: Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik. München, Reinhardt 2002.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Lärmpegel in der Klasse niedrig halten, Nebengeräusche vermeiden
- viel visualisieren, auch Arbeitsanweisungen mithilfe von Piktogrammen
- Blickkontakt suchen (ggf. Kind an der Schulter berühren) und von vorne ansprechen
- im Unterrichtsgespräch darauf achten, dass immer nur eine Person spricht

7 Sehbehinderung

Begriffsklärung

Ein Kind ist sehbehindert, wenn es eine erheblich reduzierte Sehschärfe hat, die durch eine Brille nicht gebessert werden kann. Im Vergleich zu einem normalsichtigen Kind (Sehschärfe 1.0), das ein Objekt aus 1 m Entfernung erkennen kann, muss ein sehbehindertes Kind (Sehschärfe 0.3 oder weniger) auf 30 cm oder näher herangehen.

Eine Sehbehinderung erkennt man nicht an einer besonders dicken Brille! Ein sehbehindertes Kind kann gar keine, eine unauffällige oder auch eine sehr dicke Brille haben. Wenn ein Kind schielt oder nur ein sehtüchtiges Auge hat (z. B. nach einer unzureichenden Schielbehandlung), gilt es nicht als sehbehindert. Eine – auch starke – Kurz- oder Weitsichtigkeit, die sich mit einer Brille gut korrigieren lässt, ist ebenfalls keine Sehbehinderung.

Ein sehbehindertes Kind kennt die Welt nur so, wie es sie sieht. Sein Sehen erscheint ihm normal, vollständig und keineswegs „schlecht“. Es wird daher nur äußerst selten oder nie sagen „Das sehe ich nicht!“.

Ein Kind wird als blind eingestuft, wenn es für seine Lernprozesse vorrangig den Tast- und Hörsinn einsetzt (z. B. Brailleschrift). Auch bei blinden Kindern bestehen seit Jahrzehnten Erfahrungen im gemeinsamen Unterricht. Da ihr Schulbesuch jedoch immer längerfristig mit intensiver Unterstützung eines Förderzentrums für den Förderschwerpunkt Sehen vorbereitet wird, werden sie im Folgenden hier nicht mit berücksichtigt.

Symptome/Erscheinungsformen

Die deutliche Herabsetzung der Sehschärfe auf 0.3 oder weniger ist nicht das einzige Kriterium für eine Sehbehinderung. Betroffene Kinder müssen sich fast immer mit weiteren Sehproblemen auseinandersetzen. Möglich sind Einschränkungen des Gesichtsfelds (z. B. „blinde Flecken“), die das Lesen oder die Orientierung im Raum erschweren. Häufig zittern die Augen, sodass das Fixieren erschwert wird. Die meisten sehbehinderten Kinder haben Einschränkungen im Bereich des räumlichen Sehens, des Farbsehens, des Kontrastsehens und/oder sind stark blendempfindlich. Auch Probleme der visuellen Informationsverarbeitung können zusätzlich auftreten und die Auswirkungen einer Sehbehinderung beeinflussen.

Häufigkeit

Sehbehinderungen im Kindesalter sind sehr selten. Bundesweit waren im Schuljahr 2009/10 insgesamt 7161 Kin-

der und Jugendliche mit dem Förderschwerpunkt Sehen registriert (KMK). Die reale Anzahl sehbehinderter Kinder im Schulsystem liegt weit höher, da Sehbehinderungen häufig unentdeckt bleiben oder von den Eltern keine Förderung in Anspruch genommen wird.

Schulische Förderhinweise

Sehbehinderte Kinder lernen immer die normale Schrift lesen und schreiben. Höhergradig sehbehinderte Kinder benötigen hierzu allerdings besondere Hilfsmittel und Vergrößerungen, die durch Fachleute angepasst und durch Sehbehindertenpädagogen im Gebrauch angeleitet werden müssen. Am wichtigsten ist jedoch die soziale Einbindung des Kindes in die Klasse sowie die Bereitschaft der Lehrerinnen und Lehrer, sich auf seine Bedürfnisse einzustellen.

Maßnahmen

Zuerst ist eine genaue Diagnostik des funktionalen Sehens durch ausgebildete Sehbehindertenpädagoginnen/-pädagogen in der Schule notwendig. Hier wird erfasst, wie das Kind im Klassenraum visuell zurechtkommt, welche Maßnahmen und Hilfsmittel es benötigt und welche Nachteilsausgleiche umzusetzen sind (z. B. Zeitverlängerung bei Leistungskontrollen). Da sich Sehanforderungen und häufig auch das Sehvermögen eines Kindes ändern, ist eine regelmäßige Wiederholung der Diagnostik notwendig. Einen Kontakt zu Sehbehindertenpädagoginnen oder -pädagogen können Sie selbst herstellen, indem Sie sich direkt an das nächstgelegene Förderzentrum für den Förderschwerpunkt Sehen wenden.

Anschließend ist eine regelmäßige Beratung der Lehrerinnen und Lehrer durch ausgebildete Sehbehindertenpädagoginnen/-pädagogen vor Ort in der Schule erforderlich. Ziel ist es, durch einfache methodische Maßnahmen zu erreichen, dass das sehbehinderte Kind weitgehend barrierefrei am Unterricht teilnehmen kann. Auch hier gilt: Ein Kind akzeptiert eine Situation meist so, wie sie ist. Erwarten Sie nicht, dass es Sie darauf aufmerksam macht, den Tafelanschrieb oder die Overheadprojektion nicht erkennen zu können.

Wichtig ist zudem eine Anpassung optischer oder elektronischer Hilfsmittel (z. B. Lupenbrille, Lupe, Monokular, Bildschirmlesegerät) durch spezialisierte Optiker, Augenkliniken oder Beratungsstellen. Diese Hilfsmittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen für den integrativen Schulbesuch bezahlt. In der Schule muss die Handhabung der Hilfsmittel mit dem Kind eingeübt und mit allen unterrichtenden Lehrkräften besprochen werden. Die Hilfsmittel verändern sich im Laufe der

Schulzeit, da auch die Sehanforderungen ansteigen. Aber: Jedes Kind möchte so sein wie die anderen. Eine (zeitweise) Ablehnung von Hilfsmitteln ist daher entwicklungsbedingt und normal!

Unerlässlich ist eine regelmäßige Kooperation zwischen Klassenleitung, allen unterrichtenden Lehrkräften, Erzieherinnen, Eltern des Kindes und Sehbehindertenpädagoge/-in, um Fördermaßnahmen und Nachteilsausgleiche festzulegen, Entwicklungsrisiken zu erkennen und Fragen zum Umgang mit der Sehbehinderung zu klären.

Beratungsanlässe

Jede Sehbehinderung ist anders und in ihren individuellen Auswirkungen von Kind zu Kind unterschiedlich. Daher können kaum pauschale Hinweise für schulische Situationen gegeben werden. Im Folgenden werden häufige Beratungsanlässe aus der Praxis beschrieben.

Barrierefreiheit: Für jedes Kind müssen individuelle Lösungen gefunden werden, wie Sehanforderungen in der Ferne (Tafelbild, OH-Projektor, Videos, Experimente) sowie in der Nähe (Lesen, Schreiben) bequem zugänglich gemacht werden können.

Arbeitsplatzeinrichtung: Kein Kind möchte allein sitzen! Der Arbeitsplatz muss in Kooperation mit einer Sehbehindertenpädagogin/einem Sehbehindertenpädagogen sorgfältig ausgesucht und eingerichtet werden (Kriterien sind unter anderem Blickrichtung, Blendung, Abstand nach vorn, Ablage von Materialien und Hilfsmitteln, Ergonomie etc.).

Sozialverhalten: Sehbehinderte Kinder können keinen Blickkontakt über Entfernung aufnehmen und daher keine Mimik erkennen. Um sie in Interaktionen nicht zu benachteiligen, muss beim Aufrufen ihr Name genannt werden, Gefühle deutlich verbal und stimmlich ausgedrückt und mimische Begleitung verbalisiert werden. Die fehlende Wahrnehmung von Gestik und Mimik kann zu Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen führen.

Strukturierung: Viele sehbehinderte Kinder kommen auf den ersten Blick erstaunlich gut in bekanntem Umfeld zurecht. Häufig wird dabei übersehen, dass sie erheblich mehr Kraft investieren müssen, um Dinge zu finden oder dass sie Ausweichstrategien entwickeln. Die Lernumwelt ist daher so zu strukturieren, dass das sehbehin-

derte Kind sich gut selbstständig orientieren kann: Materialien sind an ihrem festen Ort, Pläne und Bilder hängen auf Augenhöhe, Schubfach/Garderobenhaken/Materialordner des Kindes befinden sich an gut auffindbarer Stelle, Tische und Sitzordnung werden nur in größeren Abständen geändert, Wochenpläne sind übersichtlich gestaltet etc.

Methodik: Sehbehinderte Kinder sind genauso wie andere Kinder individuell eher visuell, auditiv oder praktisch ausgerichtete Lerntypen. Ein gut strukturierter, handlungsorientierter Unterricht mit reichhaltigem Material- und Erlebnisangebot, aber wenig Arbeit mit frontalen Medien (Tafel, Overhead-Projektor ...) kommt ihren Bedürfnissen jedoch sehr entgegen.

Umgang mit der Sehbehinderung: Die Entwicklung von Bewusstsein über die Sehbehinderung und die Fähigkeit zum selbstständigen Umgang damit ist Ziel der sehbehindertenpädagogischen Förderung und ein Prozess, der die ganze Schullaufbahn über andauert. Hier gilt es, das Kind nicht zu überfordern, sondern entwicklungsangepasst kleine Schritte zu unterstützen. Aufgabe der Lehrkraft ist es, offen mit der Sehbehinderung umzugehen, ohne das Kind zu beschämen oder sozial auszugrenzen. Hier helfen schon kleine Kniffe: Bei einer Demonstration wird z.B. nicht nur das sehbehinderte Kind, sondern die ganze Klasse nach vorn geholt.

(von Dr. Friederike Beyer)

Zur weiteren Information:

OPP, G.; Theunissen, G. (Hrsg.): Sehbehinderung und Blindheit. In: Handbuch schulische Sonderpädagogik. Klinkhardt/UTB, Bad Heilbrunn 2009. S. 193–223.

„ISaR-Projekt“ der TU Dortmund: <http://www.isar-projekt.de> (Stand: 26.07.2011)

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- Sehanforderungen in der Ferne (Tafel, OHP etc.) und nah (Schreiben, Lesen) beachten
- Blickrichtung, Blendung, Abstand nach vorne berücksichtigen
- mimische Begleitung beim Sprechen verbalisieren
- Lernumfeld gut strukturieren (Orientierungshilfe)
- Pläne, Bilder, Poster in Augenhöhe aufhängen

8 Lese-Rechtschreibschwäche (LRS)

Begriffsklärung

Für einen deutlichen Förderbedarf im Bereich der Schriftsprache existiert eine Vielzahl verschiedener Termini, welche zusätzlich sehr unterschiedlich definiert werden, wie z.B. Legasthenie, Lese-Rechtschreibschwäche oder -störung oder (Entwicklungs-)Dyslexie.

Die Lese- und Rechtschreibstörung (LRS) bezeichnet dabei eine umschriebene Entwicklungsstörung, welche auf eine eindeutige Beeinträchtigung im Bereich des Schriftspracherwerbs hinweist und u.a. nicht auf das Entwicklungsalter oder eine unangemessene Beschulung zurückzuführen ist (vgl. WHO 2010). Sie zählt zu den Teilleistungsstörungen.

Symptome/Erscheinungsformen

Zunächst: Die Abgrenzung zwischen Schwierigkeiten im Lese- und Schreiblernprozess und einer LRS muss entsprechend festgestellt werden. Dazu existieren in den jeweiligen Bundesländern ganz unterschiedliche Erlasse und Richtlinien.

Bei Kindern mit einer LRS können sich u.a. folgende Symptome zeigen:

- Störungen in der Analyse- und Synthesefähigkeit;
- Schwierigkeiten in der Phonem-Graphem-Zuordnung (Buchstabenbild ↔ Lautklang);
- stockendes langsames Lesen mit Schwierigkeiten in der Sinnerfassung;
- Auslassen oder Vertauschen von Lauten, Wortteilen oder Wörtern;
- Rechtschreibfehler, wobei die betroffenen Kinder die gleichen Fehler zeigen wie alle anderen Kinder, nur deutlich gehäuft sowie mit einer Zunahme bei längeren Texten: z.B. Auslassung und/oder Hinzufügung von Buchstaben, falsche Reihung der Buchstaben; falsche Laut-Buchstaben-Zuordnungen sowie sog. Regelfehler (Groß- und Kleinschreibungsfehler, Dopplungs- und Dehnungsfehler, Ableitungsfehler, Wortgrenzenfehler);
- Korrekturen in den Wörtern durch die Kinder selbst erschweren die Lesbarkeit von schriftlichen Arbeiten (vgl. dgs 2004).

Schulische Förderhinweise

Voneinander abzugrenzen sind hier zunächst präventive Angebote für Kinder, welche bereits vor dem Schuleintritt beginnen (z.B. Förderung der phonologischen Bewusstheit) und Maßnahmen nach einer Bestätigung des Vorliegens einer LRS (in der Regel im 2. Schuljahr).

- Die Unterstützungssysteme von Kindern mit einer LRS innerhalb der Schule sind länderspezifisch geregelt. Bitte informieren Sie sich über Ihre regionalen Beratungs- und Förderangebote.
- Für den jeweiligen Schüler sind die inner- und ggf. außerschulischen Maßnahmen aufeinander abzustimmen.
- Für das effektive Handeln der Lehrkraft in der Arbeit mit dem betreffenden Schüler ist es notwendig, individuell zugeschnittene Fördermaßnahmen zu entwickeln (vgl. Mayer 2013).
- Gemäß den Empfehlungen der KMK (2007) kann bei Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben ein Nachteilsausgleich zum Einsatz kommen (z. B. Verlängerung der Arbeitszeit bei Klassenarbeiten, didaktische oder technische Hilfsmittel) oder es werden Abweichungen von den allgemeinen Grundsätzen der Leistungsbewertung in Betracht gezogen (z. B. stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen oder Aussetzung der Bewertung von Lese- und Rechtschreibleistungen in Deutsch und anderen Lernbereichen/Fächern, vgl. KMK 2007). Die verschiedenen Bundesländer Deutschlands haben auch hierzu individuelle Regelungen getroffen, die sich auch hinsichtlich der Anerkennung des „Förderstatus“ oder der Förderangebote unterscheiden.

(von Markus Spreer)

Literatur:

dgs – Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Gestörter Schriftspracherwerb. dgs-e.V., Berlin 2004.

Kultusministerkonferenz-KMK: Grundsätze zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder im Rechnen. 2007.

MAYER, A.: Gezielte Förderung bei Lese- und Rechtschreibstörungen. Ernst Reinhardt, München 2013.

WHO (Weltgesundheitsorganisation)/Dilling, H. & Freyberger, H. J.: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Huber 2010.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- stärkere Gewichtung von mündlichen Leistungen vornehmen
- Zeit geben beim Lesen, aussprechen lassen
- keine Korrekturen innerhalb eines Wortes zulassen, Wort neu schreiben lassen
- auf klare Trennung von Text und Bild (keine bild-/fotounterlegten Texte anbieten) achten

9 Rechenschwäche

Begriffsklärung

Schwierigkeiten beim Rechnen werden in der Literatur mit den Begriffen Rechenschwäche, Dyskalkulie, Arithmastenie oder Rechenstörung bezeichnet. Dabei sind grundlegende Rechenfertigkeiten wie Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division beeinträchtigt. Neben der Gruppe der Kinder, die explizit Schwierigkeiten im mathematischen Bereich aufweisen, gibt es eine Gruppe von Kindern, die mathematische Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer allgemeinen Lernschwäche aufweisen. Mathematische Kompetenz entwickelt sich aus entwicklungsökologischer und systemischer Sicht immer auf der Grundlage individueller Lernvoraussetzungen im Zusammenhang mit der sozialen Umwelt und im Kontext schulischer Lernangebote und Instruktionen. Im Sinne einer Kind-Umfeld-Analyse müssen somit neben den individuellen Lernvoraussetzungen des Kindes immer auch Risiken und Ressourcen im familiären, sozialen und schulischen Umfeld betrachtet werden. Zu den individuellen Risikofaktoren zählen Angst vor Mathematik, geringes Zutrauen in die eigenen Lernleistungen, Motivations- und Aufmerksamkeitschwächen, Probleme beim Aufnehmen und Behalten von Informationen. Häusliche und schulische Sozialisationsbedingungen sowie institutionelle pädagogische Ange-

bote werden ebenfalls ursächlich für das Entstehen von Rechenschwierigkeiten benannt (vgl. Kretschmann 2003, 176–200).

Symptome/Erscheinungsformen

Auf der beobachtbaren Ebene zeigen sich Lernschwierigkeiten im mathematischen Bereich dadurch, dass Kinder länger auf der Stufe der konkreten Anschauung verbleiben, häufig Fingerzähl-Strategien verwendet werden, mathematische Verfahren mechanisch auswendig gelernt werden und besondere Schwierigkeiten beim Problemlösen oder bei komplexeren Aufgaben auftreten. Kinder mit Rechenschwierigkeiten weisen ein geringes oder kein Verständnis für Mengen und Zahlen sowie für Zahlaufbau und Stellenwertsystem auf. Rechenoperationen, Zehner-, Hunderter- und Tausenderübergänge werden nicht verstehend bewältigt (vgl. Kutzer/Waniek 2004, 58).

Die individuellen Mathematikleistungen bleiben zwei bis vier Jahre unter den erwarteten Leistungen zurück. Die Schüler/-innen benötigen für die Erarbeitung der Lerninhalte eines Schuljahres zwei oder mehr Jahre (vgl. Waasmeier 2009, 38).

Mathematischer Bereich	Beobachtbare Schwierigkeiten
Zählen – grundlegende Kompetenz	Zahlbegriff: Stufe der Erfassung der Menge-Invarianz der Zahl noch nicht erreicht; fehlende oder unsichere Kopplung von Menge, Zahlwort und Ziffer; Zahlwortreihe wird mechanisch beherrscht, Rückwärtszählen gelingt nicht
Operationen	Grundoperationen im Basisbereich des Einspluseins und Einmaleins sowie der Umkehroperationen nicht automatisiert; Finger werden als Hilfsmittel genutzt; unsichere Verwendung von Operationszeichen
Schriftliche Operationen	Bedeutung der Rechenschritte nicht erkannt (Stellenwert, Rest, Zahl herunterholen, einrücken, Übertrag); Fehler beim Einhalten von Ablauf und Richtung beim rechnerischen Vorgehen
Textverständnis – Sachrechnen	Unsicherheiten beim Verstehen des Textes (Fähigkeit zur lesetechnischen Bewältigung berücksichtigen!), beim Erfassen wesentlicher Inhalte und dem Herausarbeiten mathematischer Problemstellungen sowie bei der Ableitung notwendiger Rechenoperationen; Schwierigkeiten bei der Vorhersage des Ergebnisses und der Formulierung einer Antwort
Dezimalsystem, Zahlenraum, Dezimalbruch	Größe und Zusammenhang von Einheiten, die Schreibweise im Stellenwertsystem und die Mehrdeutigkeit von Einheiten werden nicht verstanden (Komma falsch gesetzt, Reihenfolge von Ziffern verwechselt); Verwenden der Strategie des Abzählens großer Einheiten; Brüche vergleichen, kürzen/erweitern nicht möglich; Verrechnen beim Umwandeln zwischen unechtem und echtem Bruch und gemischter Zahl, Fehler beim Operieren mit Brüchen
Maßeinheiten	Größenvorstellungen nicht vorhanden; Bedeutung, Namen und Reihenfolge der Einheiten nicht verstanden

Tab. 5: Schwierigkeiten in verschiedenen mathematischen Bereichen (vgl. Barth 2006, 157 f.; Schmassmann 2004, 88 ff.)

Permanentes Misserfolgserleben bezüglich mathematischer Anforderungen beeinflusst das Selbstwernerleben und die Motivation des betreffenden Kindes erheblich.

Die Übersicht in Tabelle 5 fasst Schwierigkeiten in den verschiedenen mathematischen Bereichen auf der beobachtbaren Ebene zusammen (vgl. Barth 2006, 157f.; Schmassmann 2004, 88ff.).

Häufigkeit

In der Literatur werden je nach Untersuchung zwischen 2 und 20 % aller Schüler/-innen mit mehr oder weniger großen Schwierigkeiten im mathematischen Bereich, mit Rechenstörungen, als extrem rechenschwach oder mit förderbedürftiger Rechenstörung beschrieben (vgl. Waasmeier 2009, 38). Zwischen 6 und 15 % der Schüler/-innen haben einen umfangreichen Förderbedarf im Umgang mit mathematischen Operationen (vgl. Heimlich 2009). Untersuchungen zu Rechenstörungen gemäß der Internationalen Klassifikation für Psychische Störungen der WHO (ICD-10) machen für den deutschsprachigen Raum Häufigkeitsangaben zwischen 4,4 und 6,7 % aus (vgl. von Aster 2003, 163–178).

Schulische Förderhinweise

Förderung im mathematischen Bereich kann nicht als bloßes Nachholen lehrplanbezogener Inhalte verstanden werden. Gestützt auf eine umfassende Analyse der individuellen Lernvoraussetzungen sollte die Förderung intentionell grundlegende mathematische Kompetenzen erarbeiten und soweit sichern, dass ein Zurückgreifen darauf keinen erhöhten Zeit- und Arbeitsaufwand für das Kind bedeutet.

Es kann notwendig sein, auch in höheren Klassenstufen den Aufbau des Zahlenraumes bzw. arithmetische Anforderungen im Zahlenraum bis 20 bzw. 100 handelnd und bildhaft zu erfahren und somit zu verstehen (Zahlverständnis über Anzahlerfassung und Zahldarstellung, Addition und Subtraktion). Kinder brauchen zudem ein flexibles Operationsverständnis. Die Erarbeitung und Verinnerlichung von Rechenoperationen folgt didaktisch-methodisch gleichen Erarbeitungsschritten und verknüpft Angebote auf der Ebene des konkret handelnden Umgangs mit Material, Angebote auf der bild- oder modellhaften Ebene und Angebote auf der symbolhaften Ebene (Ziffern) in Verbindung mit handlungsbegleitendem Sprechen als Ebene der sprachlichen Verarbeitung.

Förderziele umfassen neben rein mathematischen Inhalten auch Ziele zum Aufbau von Lern- und Arbeitsstrategien. Mit der individuellen Förderung im mathema-

tischen Bereich geht die Stärkung der Erfolgszuversicht des Kindes einher. So ist es von besonderer Bedeutung, solche Ziele in der Förderung festzulegen, die das Kind erreichen kann. Nur so stellen sich Erfolg und Erfolgserleben ein. Die Beobachtung des Lernerfolgs und der Zielerreichung und damit die Prüfung der Angemessenheit des Vorgehens bei der Förderung erfolgt regelmäßig.

Fragen bezüglich der Verwendung von Anschauungsmitteln (vgl. Lorenz 2003, 158):

- Entsprechen sie den kindlichen Denkvoraussetzungen?
- Dienen sie sowohl der linearen als auch der räumlichen Darstellung des Zahlenraumes?
- Unterstützen sie die Eigentätigkeit des Kindes bei der Problemlösung?

(von Angela Gutschke)

Literatur:

BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter. 5. Aufl. Reinhardt [u.a.], München 2006.

HEIMLICH, U.: Lernschwierigkeiten. Sonderpädagogische Förderung im Förderschwerpunkt Lernen. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2009.

KRETSCHMANN, R.: Manchmal ist Rechnenlernen schwer- eine entwicklungsökologische und systemische Problemsicht. In: Fritz, A.; Ricken, G.; Schmidt, S. (2003): Rechenschwäche. Lernwege, Schwierigkeiten und Hilfen bei Dyskalkulie: ein Handbuch. Beltz, Weinheim 2003.

KUTZER, R.; Waniek, D.: Rechenzüge-Spiele für den Mathematikunterricht. In: Fördern. Sammelband Lernchancen. Friedrich Verlag, Seelze 2004.

LORENZ, J. H.: Überblick über Theorien zur Entstehung und Entwicklung von Rechenschwächen. In: Fritz, A.; Ricken, G.; Schmidt, S.: Rechenschwäche. Lernwege, Schwierigkeiten und Hilfen bei Dyskalkulie: ein Handbuch. Beltz, Weinheim 2003.

SCHMASSMANN, M. (2004): Neue und alte Schwierigkeiten. In: Fördern. Sammelband Lernchancen. Friedrich Verlag, Seelze 2004.

VON ASTER, M.: Neurowissenschaftliche Ergebnisse und Erklärungsansätze zu Rechenstörungen. In: Fritz, A.; Ricken, G.; Schmidt, S. (2003): Rechenschwäche. Lernwege, Schwierigkeiten und Hilfen bei Dyskalkulie: ein Handbuch. Beltz, Weinheim 2003.

WAASMAIER, S.: Aktiv-entdeckendes, metakognitives Lernen im Mathematikunterricht der Hauptschule. Entwicklung und Förderung fachbezogener und fachübergreifender Kompetenzen im Rahmen eines Unterrichtsprojektes in der 7. und 8. Jahrgangsstufe. Franzbecker, Hildesheim/Berlin 2009.

TIPPS FÜR DEN UNTERRICHT

- fehlende oder unsichere Kopplung von Menge, Zahlwort und Ziffer kann zu Missverständnissen führen
- fehlende Größenvorstellungen berücksichtigen
- Bedeutung, Namen und Reihenfolge von Maßeinheiten bewusst klären
- Textverständnis sichern (wesentliche Inhalte nennen, Problemstellungen herausarbeiten, Vorhersagen treffen, Antworten formulieren)

