

InkluCam - ein multimediales Inklusions - Unterrichtskonzept

Seit dem 26. März 2009 ist die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auch in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft.

Entsprechend dieser Konvention heißt es in Artikel 24 (2): „Bei der Verwirklichung dieses Rechts (auf Teilhabe) stellen die Vertragsstaaten sicher, dass a) Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden ...“

Infolgedessen werden in den Bundesländern - in unterschiedlicher Ausprägung - Modelle zur Inklusion behinderter Schüler entwickelt.

In Rheinland-Pfalz sollen vom Schuljahr 2014/2015 an Eltern einen rechtlichen Anspruch haben, ihr beeinträchtigtes Kind auf einer Regelschule unterrichten zu lassen. Die 255 Schwerpunktschulen, an denen behinderte mit nicht behinderten Klassenkameraden zusammen lernen, sollen ausgebaut werden. Bis 2016 sollen 40 Prozent der beeinträchtigten Kinder an herkömmlichen Schulen unterrichtet werden.

Trotz der geplanten Unterstützung durch „Förder- und Beratungszentren“ (ehemalige Förderschulen) ist zumindest in den ersten Jahren mit einer großen Unsicherheit im Umgang mit den beeinträchtigten Schülern auszugehen. Diese Unsicherheit betrifft Lehrer ebenso wie Mitschüler. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die Unkenntnis der Behinderung, der medizinischen und psychologischen Ursachen sowie der Auswirkungen im Unterricht mit den behinderten Mitschülern.

Inklusion im Sinne der Menschenrechtskonventionen kann aber nur gelingen, wenn die Schüler und Lehrer die Bedürfnisse der anderen Schüler kennen.

Hier setzt die Methode „*InkluCam*“ an. Mit ihr kann spielerisch ein multimedialer Einstieg in die Wahrnehmung der verschiedenen Beeinträchtigungen vorgenommen werden.

Gleichzeitig werden unterschiedliche Behinderungsformen durch die Teilnehmer (Schüler) erarbeitet und anschließend den Mitschülern vorgestellt.

Der Einsatz der Kamera (Smartphone, Tablet-PC) ist kein Selbstzweck - die Kamera stellt nämlich die Sicht des behinderten Menschen dar und ermöglicht so einen Einblick in seine Erlebniswelt.

Die Methode ist insbesondere auch gut für Schulklassen geeignet, die bisher keine Erfahrungen mit behinderten Schülern gemacht haben oder auch Jugendgruppen (Pfadfinder, Messdiener etc.). Sie kann je nach Gewichtung auch im Rahmen des Ethik-/ Religionsunterrichtes oder auch des Biologieunterrichtes verwendet werden.

Die Schüler werden in Gruppen mit 4 - 6 Schülern eingeteilt. Auch größere oder kleinere Gruppen sind möglich.

Jede Gruppe erhält ein Blatt, welches die Zusammenfassung der Daten steuert, sowie der Vorbereitung des Drehbuches dient (Kopiervorlage). Zusätzlich ist auf diesem Blatt auch eine Tabelle eingefügt, in die das Drehbuch für den folgenden Film eingetragen wird.

Erst mit der Herausgabe der Unterlagen (z.B. durch „Lösen lassen“) erfahren die Schüler, mit welcher Behinderung sie sich auseinandersetzen sollen. Je nach Einschätzung der Lehrkraft kann aber auch eine bewusste Entscheidung der Gruppen für eine Behinderungsform gewählt werden.

Zur Recherche gibt es zwei Alternativen:

Alternative 1:

Die Schüler erhalten ein Blatt mit einer Beschreibung der Behinderung, der Begriffsklärung, Beschreibung der Symptome und Erscheinungsformen, der Häufigkeit sowie Hinweise zum Umgang mit der Behinderung durch Lehrer und Mitschüler. (Beispiele s. Anlage)

Alternative 2:

Die Schüler suchen sich mit Hilfe ihrer Smartphones/Tablet-PCs selbstständig die erforderlichen Informationen aus dem Internet.

Hiermit sollen sich die Schüler in einem festgelegten Zeitraum auseinandersetzen. Die wichtigsten Elemente - insbesondere bezüglich der Auswirkung der Behinderung - werden in eine bereits mitgegebene Tabelle eingetragen.

Im nächsten Arbeitsschritt erhalten die Schüler den Auftrag, die Behinderung, mit der sie sich beschäftigt haben, filmisch darzustellen.

Hierzu erstellen sie zuerst ein Drehbuch. Die schriftliche Form ist wesentlicher Bestandteil und sollte sich aus der Tabelle (erster Arbeitsschritt) entwickeln.

In den Zeilen: „Merkmale der Behinderung“, „Probleme, die sich aus der Behinderung in der Schule ergeben können“ und „Lösungsmöglichkeiten“ werden erste Auswertungen des Textes mit der praktischen Umsetzung des Drehbuches in Verbindung gebracht.

Nach der Erstellung des Drehbuches und Organisation eventuell erforderlicher Hilfsmittel erstellen die Kleingruppen den Film.

WICHTIG:

Die Kamera stellt stets die Sicht des behinderten Menschen dar. Das bedeutet, die Kamera, die den Rollstuhlfahrer darstellt, bewegt sich nur auf Rollen (Drehstuhl, Rollwagen etc.), die Kamera, die einen Schüler mit Autismus darstellt, „schaut“ nicht in die Augen der Mitschüler, die Kamera des sehbehinderten Schülers simuliert mittels einer Papierrolle den Tunnelblick, wird durch vorgespanntes Pergamentpapier unscharf (bzw. mit gesperrter Fehlfokussierung der Kamera) usw.

Erkannt werden sollen allerdings die Mitschüler - entweder in der Situation als hilflose Mitschüler oder auch als Schüler, die Lösungen vorschlagen und durchführen.

Durch den Blickwinkel „Mit den Augen des Betroffenen“ können Einblicke in die Problematik gewonnen werden - die bis hin zu einer gewissen Empathie gegenüber behinderten Menschen führen soll.

„Spezialaufgaben“: Hier soll der Gruppe eine oder mehrere spezielle Aufgaben gestellt werden.

Gruppe Sehbehinderung:

Beispiel 1: Der sehbehinderte Schüler mit eingeschränktem Blickfeld soll im Raum einen bestimmten Schüler oder Gegenstand suchen (hierzu kann aus einer leeren Rolle Küchen- oder Toilettenpapier ein Vorsatz vor die Kamera befestigt werden, der einen

„Tunnelblick“ simuliert“). *Wie „fühlt“ sich so etwas an? Wie kann er sich Hilfe bei den Mitschülern holen?*

Beispiel 2: Der sehbehinderte Schüler soll etwas an der Tafel lesen, was aber für ihn nur schemenhaft zu erkennen ist (Kamera unscharf stellen und Fokus fixieren bzw. das Objektiv mit Pergamentpapier, durchsichtiger Folie o.ä. abdecken). *Wie kann er das Problem lösen? Können die Mitschüler helfen? Oder der Lehrer?*

Beispiel 3: Der sehbehinderte Schüler geht durch den Raum und auf dem Boden liegt ein Gegenstand (Stuhl o.ä.) *Wie gehen die Mitschüler damit um?*

Gruppe Rollstuhl (z.B. infantile Cerebralparese - „Spastische Behinderung“)

Beispiel 1: Der Schüler im Rollstuhl (Kamera auf einem Drehstuhl befestigt) muss schnell in ein anders Stockwerk, zu der weiter entfernten Rampe im anderen Gebäudebereich kann er aus Zeitgründen nicht alleine hinkommen - einen Fahrstuhl gibt es nicht.... *Können die Mitschüler helfen?*

Beispiel 2: Schüler kann die Unterlagen wegen seiner Behinderung nicht aus der Tasche, die hinter ihm am Sitz befestigt ist entnehmen. *Wie erhält er Hilfe? Können die Schüler ein Hilfesystem entwickeln, dass der Rollstuhlfahrer sie nicht immer bitten muss aber dennoch keine „Sonderrolle“ erhält?*

Gruppe Autismus (z.B. Asberger Syndrom)

Beispiel 1: Der Schüler mit Asberger Syndrom war gestern krank. Jetzt muss er die Mitschüler nach den Hausaufgaben fragen. Es ist ihm unangenehm, insbesondere kann er wegen seiner Behinderung aber keinem anderen Schüler in die Augen schauen. *Wie erlebt Ihr die Situation? Wie könnt ihr ihm helfen?*

Beispiel 2: Die Klasse macht im Fach Musik einen Gruppentanz. Der Schüler mit Autismus möchte aber nicht angefasst werden. *Welche Lösung kann es geben?*

Gruppe ADS/ADHS

Beispiel 1: Ein Mitschüler hält ein langweiliges Referat. Da der Schüler mit ADHS bereits mehrere Klassenbucheinträge hat, muss er vorsichtig sein. Aber er kann diese Situation nur schwer aushalten.... *Was kann er tun? Was kann der Lehrer/ die Mitschüler tun? Wie kann mit seinem evtl. Fehlverhalten umgegangen werden?*

Beispiel 2: Der Vertretungslehrer - er kennt den Schüler mit seiner ADHS Problematik nicht - bittet die Schüler, Mandalas zu malen. Der Schüler mit ADHS kann und möchte sich nicht darauf einlassen. *Wie kann man die Situation entschärfen?*

Gruppe Epilepsie

Beispiel 1: Schüler mit Epilepsie ist medikamentös nicht gut eingestellt. Er bekommt erneut einen starken epileptischen Anfall. *Wie verhalten sich die Mitschüler? Wie kann geholfen werden?*

Beispiel 2: Schüler mit Epilepsie ist medikamentös noch nicht gut versorgt („eingestellt“). Die Medikamentierung macht sehr müde und so schläft er während des Unterrichtes häufig ein. *Was können die Mitschüler tun?*

Gruppe Hörschädigung

Beispiel 1: Lehrer des schwerhörigen Schülers denkt nicht an die Behinderung des Schülers und geht ständig quer durch den Raum, redet undeutlich und leise. Dem schwerhörigen Schüler ist es mittlerweile zu lästig, den Lehrer zu bitten, lauter und deutlicher zu reden. *Was können die Mitschüler tun?*

Beispiel 2: Das Cochlear Implantat eines gehörlosen Schülers, mit dem er normalerweise gut hören kann, ist defekt. Heute wird aber ein neues, wichtiges Thema durchgenommen. *Können die Mitschüler ihm helfen?*

Beispiel für eine Unterrichtsequenz (3x45Minuten)

Dauer	Einheit	Hinweise
20 Minuten	Einführung in das Thema (Plenum)	Unterschied zwischen Krankheit und Behinderung, Vorstellung der Schulkonzepte Förderschulen / Integration / Inklusion, Erarbeitung der Behinderungsarten im Klassenverband <ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der sozialen- und emotionalen Entwicklung • Körperbehinderung • Sinnesbehinderung • geistige Behinderung, • Lernbehinderung • Sprachbehinderung
25 Minuten	Gruppenaufteilung und Gruppenarbeit (Kleingruppe)	Auswertung des Textes, Benennung der Einschränkungen, welche sich für den behinderten Schüler ergeben
15 Minuten	Erstellen eines Drehbuches (Kleingruppe)	Erstellung des Drehbuches innerhalb der Kleingruppe auf Grundlage der gewonnen Erkenntnisse, hierzu gehört auch die Auswahl der geeigneten Hilfsmittel.
30 Minuten	Filmen und gegebenenfalls Schneiden des Filmes (beispielsweise mit iMovie)	ACHTUNG: Weisen Sie die Schüler darauf hin, dass sie sich vorsichtig verhalten sollen, damit weder den Schülern noch den Kameras (Smartphone, Tablet-PC) etwas passiert. Beim Dreh sollte auf eine gewisse Ernsthaftigkeit geachtet werden, auch wenn die Arbeit Spaß machen sollte. Die selbsterdachten oder extern formulierten „Spezialaufgaben“ sollten eingebracht werden.
30 Minuten	Vorstellung der einzelnen Projekte (Drehbücher und Filme)	Eine Herausforderung hierfür ist - sofern die Methode als „bring your own device“ durchgeführt wird - die Übertragung der Filme vom Smartphone auf einen Projektor. Sollte mit mobilen Geräten der Firma Apple gearbeitet werden, so kann die Übertragung über die Apple TV Box erfolgen.
15 Minuten	Auswertung der Unterrichtseinheit	Die Beschreibung der Behinderung, die Drehbücher können zusammen mit Szenenfotos auf einem Plakat dokumentiert werden. Dieses sorgt für eine nachhaltige Wahrnehmung des Themas in der Klasse.

Kurzinfo

Infantile cerebrale Bewegungsstörung (häufig fälschlicherweise mit Spastik umschrieben) ist eine Form der Körperbehinderung. Verursacht wird die Körperbehinderung durch Störungen im zentralen Nervensystem (Gehirn und Rückenmark).

Die Bewegungsstörung erfolgt vor, während oder nach der Geburt.

Die Muskelspannung und die Koordination der Muskeln sind verändert.

Häufige Ursachen: Mangelversorgung des Gehirns (hervorgerufen durch Sauerstoffmangel oder Infektionen).

Symptome/Erscheinungsformen:

Die cerebrale Bewegungsstörungen unterscheidet man in Spastik, Athetose und Ataxie.

Spastik: erhöhte Muskelspannung und eingeschränkter Bewegungsradius

Athetose: häufiger und nicht kontrollierbarer Wechsel der Muskelspannung sowie ein erhöhtes Bewegungsausmaß. Auch Mimik und Sprechen verändert sich

Ataxie: verringerte Muskelspannung mit stark schwankendem Gangbild.

Die Auswirkung der Bewegungsstörung des Körpers und der betroffenen Gliedmaßen unterscheiden sich.

Bei einer Tetraplegie ist der gesamte Körper (Kopf, Hals, Rumpf, 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 mit ihren jeweiligen Extremitäten.

Aus den cerebralen Bewegungsstörungen ergeben sich häufig orthopädische Auswirkungen (Fehlstellungen der Wirbelsäule, Gelenke und Füße), Störungen der Nahrungsaufnahme und des Sprechens (Dysarthrien, Anarthrien) sowie Epilepsien.

Die „Sensorische Integration“ (das Verknüpfen von Wahrnehmungsinformationen des Körpers wie Muskelspannung, Stellung der Gelenke, Gleichgewicht, Hautwahrnehmung und aus der Umwelt wie Sehen, Hören, Riechen, Schmecken kann ebenfalls verändert sein (Bergeest 2011).

Innerhalb der Gesamtbevölkerung ist die infantile cerebrale Bewegungsstörung die häufigste körperliche und motorische Schädigung im schulischen Bereich (0,2%), $\frac{2}{3}$ hiervon sind männliche, $\frac{1}{3}$ weibliche Schüler.

Auswirkungen in der Schule

Aufgrund der beschriebenen Bewegungseinschränkungen nutzen viele Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen einen Rollstuhl - zum Teil auch mit Elektroantrieb.

Das Schulgebäude, der Pausenhof sowie alle für das Kind relevanten Räume (auch die Sanitärräume) sollten deshalb barrierefrei sein.

Viele Kinder mit umfänglichen, schwerwiegenden Sprechstörungen erlernen bereits vor Erreichen des Schulalters den Umgang mit elektronischen oder nichtelektronischen Kommunikationshilfen, so genannten Talkern, die als elektronische Stimme das vorlesen, was der Schüler eingibt (Schriftlich, über Symbole bzw. Phrasen).

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. Der Arbeitsplatz des Schülers muss entsprechend angepasst werden (Höhenverstellung, ausreichende Bewegungsfreiheit für den Rollstuhl...)

Kurzinfo

Hörschädigung

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).

Neben der an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit kennen wir unterschiedliche Arten und Stufen der Schwerhörigkeit.

Schallleitungsschwerhörigkeit resultiert aus Deformationen des äußeren Ohrs (auch des Trommelfells) oder Schädigungen im *Mittelohr*. Der Schallleitungsschwerhörige hört alles „leiser, gedämpfter“.

Schädigungen des *Innenohrs* führen zu einer Schallempfindungsschwerhörigkeit. d. h. die Sprache klingt „entstellt, verzerrt“.

Das ist für die Schule bedeutsam, denn daraus können Dyslalien (undeutliche Aussprache) und Dysgrammatismen (falsche grammatikalische Anwendung der Sprache) entstehen. Beide Formen treten auch kombiniert auf.

Es wurde eine Reihe von Hilfsmitteln entwickelt, um die Schädigung zu kompensieren. So helfen Hörgeräte, den Schalleindruck besser wahrzunehmen. Diese werden von Hörgeräteakustikern individuell angepasst.

In zunehmendem Maße wird das sogenannte Chochlea - Implantat eingesetzt, das den Funktionsausfall im Innenohr kompensieren kann.

Häufigkeit

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). Andere Autoren (Hintermair/Lehmann/Meiser) sprechen von 20%.

Die Zahl gehörloser Schüler, die mittels Gebärdensprache kommunizieren, reduziert sich durch die Implantation von Cochlear-Implantaten in der frühen Kindheit (vor dem Erwerb der Sprache) stark.

Ein gehörloser Mensch, der mit Cochlear Implantat versorgt ist, hat durch dieses Hilfsmittel oftmals ein Hörvermögen, welches mit Schwerhörigen verglichen werden kann.

Schulische Förderhinweise

Halten Sie „Nebengeräusche“ niedrig. Dies gilt besonders für den Störschall (Lärmpegel) in Klassenräumen. Nebengeräusche können von Hörbehinderten weniger unterdrückt werden.

Die **Gehörlosigkeit** ist synonym zu den Begriffen hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Hörschädigung, Resthörigkeit und Taubheit. Circa 98 % der tauben Menschen haben ein Restgehör.

Dabei handelt es sich um eine *Hörschädigung*, bei denen entweder nichts oder akustische Reize nur noch mit Hörhilfen wie einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat wahrgenommen werden können. Ob das Gesprochene und in welchem Maße mit diesen Hörhilfen verstanden wird, ist individuell verschieden.

Visuelle technische Hilfsmittel sind z. B. der Lichtwecker und die Lichtklingel.

Heute bilden der PC (E-Mails) und das Smartphone wesentliche technische Kommunikationsmittel.

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).

Auf Grund der Wahrnehmungsstörungen können komplexe Aufgabenstellungen nicht erfasst werden, die Kinder „ecken“ ständig an.

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.

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

Etwa 4,8 % der Mädchen und 10,8 % der Jungen haben Hyperaktivitätsprobleme (Hölling et al. 2007, 787).

Hinweise für den Unterricht:

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.

(nach: Hintergrundwissen Inklusion Klett Verlag)

Sehbehinderung 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).

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.

Häufigkeit

Sehbehinderungen im Kindesalter sind selten. Bundesweit waren im Schuljahr 2009/10 insgesamt 7161 Kinder und Jugendliche mit dem Förderschwerpunkt Sehen registriert.

Schulische Förderhinweise

Sehbehinderte Kinder lernen immer die normale Schrift lesen und schreiben.

Jede Sehbehinderung ist anders und in ihren individuellen Auswirkungen von Kind zu Kind unterschiedlich.

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.

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 sehbehinderte 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.

(nach: Hintergrundwissen Inklusion Klett Verlag)

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

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 (Grand Mal), verbunden mit Bewusstlosigkeit, Stürzen, Zuckungen des ganzen Körpers 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 (Anfallsserien) ist der Notarzt zu verständigen, da die Gefahr einer Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel besteht.

Fokale Anfälle gehen von bestimmten Hirngebieten auftretend mit oder ohne Bewusstseinsstörungen auf und können sich zu generalisierten Anfällen ausweiten. Häufig sind sinnlose Handlungen und Bewegungen, Schmatzen oder wirres Reden zu beobachten. Die meisten Epilepsien entstehen im Kindesalter. Viele Formen können medikamentös gut eingestellt werden.

Bei bestimmten Formen ist die medikamentöse Behandlung mit starken Nebenwirkungen verbunden wie z.B. starke Dämpfung oder Unruhe, in Appetitlosigkeit oder -Steigerung, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen 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 Bezugs Personen führen. Die Kinder selbst können durch die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes bzw. durch die erlebte Unbeherrschbarkeit des eigenen Körpers verunsichert sein.

Häufigkeit

Ungefähr 1 % der Bevölkerung ist betroffen. Die Hälfte der Betroffenen erkrankt vor dem 10. Lebensjahr.

Um auf einen möglichen Anfall in der Schule vorbereitet zu sein, sind im Vorfeld Informationen über das bisherige Anfallsgeschehen einzuholen. Eltern, Schulleitung, Lehrpersonen und der behandelnde Arzt sollten verbindlich klären, wer in welchem Fall ein Notfallmedikament verabreicht.

Folgende Hinweise sind in bestimmten Situationen zu beachten:

Ruhe bewahren, das 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, gegebenenfalls stabile Seitenlage nach dem Anfall.

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, eine Liegemöglichkeit im Klassenzimmer einrichten. Gemeinsames Kennenlernen der Warnsignale, verbindliche Absprachen für das Verhalten bei einem Anfall

Autismus (Asperger-Syndrom) Kinder mit Asperger-Syndrom entwickeln sich 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: viele Kinder mit Asperger-Syndrom 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 Verdrehen der Finger, wiegende Körperbewegungen u.a..

Häufigkeit

Jungen sind achtmal so häufig betroffen wie Mädchen.

In der Schule:

Auf klare Strukturen achten:

Wiederkehrende Übungstypen und gleiche Schemata benutzen (z.B. beim Tafelbild, Hefteintrag, Übungen auf Kopiervorlagen etc.).

Handlungsabläufe im Unterricht gleich gestalten (z.B. bei der Hausaufgaben-Kontrolle, bei der Vokabelabfrage).

Zur Motivation besondere, individuelle Interessen der betroffenen Schüler nutzen.

Autismus (Kanner-Syndrom) Die Schüler weisen eine extreme Zurückgezogenheit auf. Auffallen ist 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 Erschweren, spontan und abwechslungsreich phantasievoll 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 motorische Bewegungen.

Häufig kann Wesentliches kaum von Unwesentlichem unterschieden werden. In diesem Zusammenhang besteht auch oft die Gefahr einer Reizüberflutung

Menschen mit ASS haben häufig Probleme, sich in andere Menschen hineinzusetzen und nachzuvollziehen, mit welcher Absicht der andere handelt.

Diese Art „fehlende Empathie“ führt meist zu Schwierigkeiten innerhalb sozialer Begegnungen und erschwert die Nutzung gängiger Kommunikationsstrategien.

Häufigkeit 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 Kinder mit ASS lernen im inklusiven schulischen Miteinander, Kontakte in einer Gruppe aufzunehmen sowie gemeinsam zu spielen. 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.