

## 4 | Pädagogische Förderung

Die institutionelle Förderung von Kindern (und Erwachsenen) mit körperlichen Behinderungen und chronischen Erkrankungen orientiert sich an Lebensabschnitten der Betroffenen: vorschulisch, schulisch und nachschulisch mit ggf. individuellen fließenden Übergängen zwischen einzelnen Phasen (beispielsweise längere Schulzeit in Förderschulen). Hinzu kommen im Rahmen der Inklusion ein grundsätzlich großes Spektrum an spezifischen Orten und Formen der Förderung sowie diagnostische und didaktische Besonderheiten für diese Personengruppe.

### 4.1 Förderdiagnostik

Diagnostik (von griechisch *diagnosis* = das Unterscheidende) ist eine Maßnahme vertiefender Erkenntnisgewinnung über das intuitive Erfassen eines Sachverhaltes hinaus. In der Sonderpädagogik wird als Diagnostik der theoriegeleitete, systematische Prozess der Sammlung von Information über ein pädagogisches Problem angesehen, der zu Entscheidungshilfen für die Organisation und für Maßnahmen der Förderung führt. Die traditionelle psychologische „Diagnose“ einer Abweichung von statistischen Durchschnittswerten ist lediglich Ausgangspunkt und Begründung für weiterführende Erkenntnisse und hat vorläufigen Charakter. Eine sonderpädagogische Diagnostik versteht sich als *Förderdiagnostik* und muss damit anderen Ansprüchen genügen, als Abweichungen von der „Norm“ festzustellen. Dies gilt unabhängig vom Förderort. Sie soll „die Gesamtsituation des Kindes unter Einbeziehung der sozio-ökonomischen Bedingungen, des Entwicklungsstandes und Möglichkeiten der Weiterentwicklung“ berücksichtigen (Bundschuh 2000, 323) und konzeptuell eine *Kompetenzerweiterung* des Kindes anstreben.

Der Wandel vom deterministischen zum zirkulär-prozesshaften Denken und die Abkehr von der Defizitorientierung haben in den letzten Jahren auch von der Diagnostik gefordert, ihre Grundlagen neu zu überdenken. Schon seit Mitte der 1970er-Jahre werden ein „Unbehagen an der herkömmlichen Psychodiagnostik im sonderpädagogischen Bereich“ und Forderungen nach förderungsspezifischer Diagnostik artikuliert. In der Kritik steht vor allem das empirisch begründete psychometrische Verfahren des Tests, dessen Anwendung „neu zu überdenken, nicht jedoch gänzlich zu verdammen sei“ (Jetter/Schmidt/Schönberger 1983, 252f). „Verstehende Diagnostik“ heißt nicht, auf empirische Verfahren zu verzichten. Empirische Verfahren in Psychologie, Medizin und Pädagogik, die in den Lebensgeschichten behinderter

Menschen zum Tragen kommen, umfassen die gesamte Bandbreite der möglichen Methoden: von Verhaltensbeschreibungen (rein subjektiver Art bis hin zu objektivierten Ansätzen), über Fragebogen- und Testmethoden unterschiedlichster Ausprägung bis hin zu neuropsychologischen Verfahren“ (Jantzen 1996, 11). Der Test tendiert als Normvergleich seinem Prinzip nach zur Klassifikation, Selektion und zur Feststellung eines Defizits bei Kindern mit Körperbehinderung (Bundschuh 1994, 34ff), zumal wenn er sich an einem Konstrukt wie „Intelligenz“ orientiert und als Ergebnis nur einen Vergleichswert bietet, der keinen unmittelbaren Ansatz für die Förderung enthält. Eine Förderdiagnostik versteht sich kompetenzorientiert als ständig zu überprüfende *Begleitdiagnostik* (nicht als Querschnittsdiagnostik), die handlungsleitend für die pädagogische Förderung ist (Kobi u.a. 1990, 151ff).

In der Körperbehindertenpädagogik ist die pädagogische Diagnostik nicht additiv-, sondern integrativ-multidisziplinär zu verstehen, d.h. Befunde aller mit dem Kind vertrauten Fachkräfte (und sonstigen Bezugspersonen) fließen ineinandergreifend und im Austausch in die Diagnostik ein. „Die heilpädagogische Diagnose baut auf der medizinischen und psychologischen auf, spezifiziert und ergänzt diese jedoch in erzieherischer Richtung“ (Kobi u.a. 1990, 20). Medizinische und testpsychologisch orientierte Diagnostik wirken in diesem Kontext nicht mehr zwangsläufig defizitorientiert und etikettierend; vielmehr werden beide zu integrativen Einzelbausteinen im förderdiagnostischen Gesamtprofil des Kindes. Maßstab ist die *intraindividuelle Norm* (Hansen 1999, 282).

Förderdiagnostik orientiert sich in der Pädagogik am Lernverhalten und an der Lebensbewegung der Kinder in einem vernetzten Feld. Alle Kinder und damit auch körperbehinderte Kinder verhalten sich sinnvoll; bestimmt durch ihre individuelle biografische Determination, die durch die Persönlichkeit, die Erziehung und Erfahrungen beeinflusst ist, ist ihr Verhalten für sie selbst angemessen und folgerichtig. Deshalb begreift die Diagnostik das Kind als autonomes, sich selbst organisierendes System und hat stets das Ziel, Bedingungen zu erkennen und zu beschreiben, die das Kind befähigen, seine Kompetenzen zur Gestaltung seiner individuellen Welt einzusetzen. „Die Diagnostik hat [...] vor allem die Aufgabe aufzuspüren, in welchen Entwicklungs- und Funktionsbereichen sich die Lebensenergie bewegt, in welchen Bereichen Entwicklungsimpulse auftreten, wie sie sich ausdrücken, wie sie unterstützt werden können“ (Haupt 2003a, 31).

Es geht nicht mehr nur um das Aufzeigen von Einzelmerkmalen des Kindes („Wortschatz“, „Raumerfassung“), sondern um ein *approximatives Verstehen* der Bedeutung von untersuchten Merkmalen des Kindes mit Körperbehinderung für seine Entwicklung und für sein Leben in einer „an der Eigentätigkeit des Kindes orientierten Diagnostik“ (Kind agiert mit ihm vertrauten Menschen in seiner vertrauten Umgebung, Kind bestimmt weitgehend Plan und Ziel seines Handelns auf „sicherer Basis“, Diagnostiker unterstützt das Kind in der Ausführung seiner Handlungspläne, hält sich aber weitgehend zurück; Kautter u.a. 1998, 208ff). Das

setzt die Beobachtung des Kindes in seinen alltäglichen Lebensvollzügen (z. B. im Unterricht, aber auch beim Spielen) und das Bemühen um eine Beziehung zum Kind voraus und erhöht zwangsläufig die Komplexität und Schwierigkeit diagnostischen Handelns. Eine so verstandene und angewendete Förderdiagnostik kommt ihrem grundlegenden motivationalen Anliegen näher, weil so der Förderprozess bestimmt wird durch die Frage, ob das Kind bereit ist, sich auf die diagnostische Situation einzulassen. Eine solche Diagnostik respektiert die pädagogische Aufgabe, den Kindern die Bedingungen bereitzustellen, „die es ihnen erleichtern, die eigene Entwicklung zu tun, in bezogener Begleitung und gemeinschaftlicher Interaktion“ (Haupt 2011, 71).

Unschärfe stellt sich auch im Hinblick auf die *Objektivität* diagnostischen Handelns ein. Aussagen über das Kind mit Körperbehinderung und sein Entwicklungspotenzial müssen fern aller Beliebigkeit gültig und nachvollziehbar sein. Das traditionelle testpsychologisch messbare Gütekriterium der Objektivität, das definiert ist als minimaler Einfluss des Diagnostikers auf das Ergebnis seiner Untersuchung (Lienert 1969, 12f; Ingenkamp 1988, 34), hat sich in dieser Konsequenz jedoch als unhaltbar erwiesen. Der Diagnostiker als Person und die Spezifik des diagnostischen Prozesses bestimmen das Ergebnis immer mit. Subjektive Faktoren und Beziehungsfaktoren fließen fortwährend in die Diagnostik ein. Die Definition des Problems, Auswahl der Untersuchungsvariablen und Messinstrumente sind nicht frei von subjektiven Entscheidungen; die Beziehung zwischen Untersucher und Kind ist nicht neutral, sondern wird bestimmt durch zirkuläre Austauschprozesse vor dem Hintergrund ihrer Motivation und ihres Umfelds. Das Bemühen um eine sachliche, unbezogene Haltung zum Kind wirkt sich zudem oft auf (viel untersuchte) Kinder mit Körperbehinderung hemmend und damit ergebnisverzerrend aus. So kann es z.B. zu einer problematischen Diagnose von Lernbehinderung kommen, die im Grunde nur ein Beziehungsproblem widerspiegelt. Diagnostik bei Kindern mit Körperbehinderung zeichnet sich zudem meist durch subjektive, unterschiedlich verlangsamte und diskontinuierliche Prozesse aus, auf die sich der Diagnostiker immer wieder neu einstellen muss. Das Kriterium der Objektivität der Diagnostik wird deshalb in der Körperbehindertenpädagogik ersetzt durch das Kriterium der „kontrollierten Subjektivität“ (Hansen 1999, 288) als *Transparenz* und *intersubjektive Evidenz* (Nachvollziehbarkeit) des diagnostischen Prozesses. Haupt (2003a, 38ff) spricht im gleichen Zusammenhang von „verantworteter Subjektivität“.

In der gutachterlichen Praxis erfordert dies die Offenlegung aller Vorüberlegungen zum Anlass der Diagnostik und zu seiner Bedeutung für die Entwicklung des Kindes, der Begründungen der Auswahl von Untersuchungsvariablen und Instrumenten, der Durchführungs- und Beziehungscharakteristika sowie der Planungen von immanenten Fördermaßnahmen. Die Überlegungen zur Angemessenheit der Untersuchung für die Lebenswelt des Kindes und für die Praxis der Förderung verweisen auf weitere Gütekriterien der Diagnostik: *Realitätshaltigkeit* und *Praxis-*

*relevanz* (Huschke-Rhein 1993, 137f). Von Bedeutung ist weiterhin das Gütekriterium der *Gültigkeit* (Validität), also der Angemessenheit und Genauigkeit des Verfahrens und der Instrumente für das zu untersuchende Merkmal (Lienert 1969, 16); Verfahren und Instrumente, die an nichtbehinderten Kindern erprobt wurden, sind häufig nicht gültig und angemessen für Kinder mit Körperbehinderung (z.B. bei motorischen oder sprachabhängigen Leistungen), ihre Validität ist dann gering. Die spezifischen Erlebnisqualitäten von Kindern mit Körperbehinderung mit ihren Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung und auf das Selbst- und Lebenskonzept verlangen, dass sich der Gutachter nicht ausschließlich an der Lebenswelt nichtbehinderter Menschen orientiert. „Aus diesem Grund verbietet es sich, diagnostische Verfahren, die sich an den Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht behinderter Menschen ausrichten, unreflektiert anzuwenden“ (Staatsinstitut 1993, 84). Hansen verweist in diesem Zusammenhang auf ein weiteres Kriterium, das der *Fairness*: „Von einer fairen Diagnostik ist global zunächst einmal dann zu sprechen, wenn sie dem Kind in seiner Individualität gerecht wird und seine spezifische Lern- und Lebenssituation berücksichtigt. Diagnostik fair zu betreiben heißt nicht, dem Kind aus einem falsch verstandenen pädagogischen Wohlwollen heraus Fähigkeiten zu attestieren, die es gar nicht hat“ (Hansen 1999, 290).

Neben den Gütekriterien der diagnostischen Methodik darf die Wirkung der Diagnostik auf betroffene Menschen und deren Angehörige nicht unberücksichtigt bleiben. Das Verfahren muss „so einfühlsam angewendet werden können, dass die Würde der kindlichen Persönlichkeit gewahrt und die Hoffnung der Familie auf eine positive Entwicklung des Kindes nicht untergraben wird“ (Jetter 1999a, 70).

*Anlass der Diagnostik* in der Körperbehindertenpädagogik ist in der Regel die „Konkretisierung von Förderangeboten“, sie ist kein Hilfsmittel für Selektionsentscheidungen (Fengler u.a. 1999, 235). Im Vorschulalter der Kinder steht im Rahmen der Frühförderung in Kooperation mit Medizinern, Therapeuten und anderen Professionen die Feststellung des funktionellen Entwicklungsstandes im Vordergrund, die die Grundlage für ein pädagogisches Förderangebot auf der Spielebene von Bewegung und Sensorischer Integration sowie der interpersonellen Beziehung bildet. Auch im Schulalter erfolgt nach Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (1994, 7) zunächst in der Schuleingangsdiagnostik die Feststellung des individuellen *Förderbedarfs*. Allgemeine Grundlage zur Feststellung des Förderbedarfs von Kindern mit Körperbehinderung sind die „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung“ und „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ der Kultusministerkonferenz – KMK 1998 (Texte und Kommentare in Drave/Rumpler/Wachtel 2000). Die diagnostische Befunderhebung ist Basis eines sonderpädagogischen *Fördergutachtens*, das in der Regel Sonderpädagogen im Auftrag der Schulbehörde erstellen, die auf dieser Grundlage über den „Förderort“ entscheidet. Als mögliche Förderorte sind inzwischen in allen Bundesländern neben den Förderschulen und

den Schulen für Kranke auch die Allgemeinen Schulen ausgewiesen. Die Eltern werden dabei einbezogen und haben meist weitgehende Möglichkeiten, bei der Zuweisung ihres Kindes zu einer Schule mitzubestimmen. Die Gutachten sollen deshalb neben der Beschreibung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und den Hinweisen auf notwendige Rahmenbedingungen auch die Fördermöglichkeiten in einer Allgemeinen Schule beschreiben. Weitere förderdiagnostische Anlässe können sein: Entscheidung für Bildungsgänge (beispielsweise Lehrplan für Grundschulen, Förderschwerpunkt Lernen, Förderschwerpunkt geistige Entwicklung), Schulwechsel, beruflicher Werdegang.

### Förderdiagnostisches Gutachten

Die Förderdiagnostik dient nicht der „Erfassung der Gesamtpersönlichkeit“ (Kobi u.a. 1990, 154). Durch den Umgang mit dem Kind, den Personen aus seinem Umfeld und den Beobachtungen in entsprechend der Fragestellung ausgewählten Leistungsbedingungen entsteht eine Momentaufnahme seiner Entwicklungsbedingungen sowie seines Lern- und Sozialverhaltens. Förderdiagnostik ist eine prozesshafte, fortdauernde und vorläufige Einschätzung, bei der das Verhalten des Kindes immer auch als Funktion des Verhaltens der Pädagogen definiert ist und die somit deren bewusste Eigenwahrnehmung und -kontrolle erfordert. Als anlassorientierte Maßnahme soll sie individuell bedeutsame Erschwernisse des Verhaltens und der Entwicklung von Kindern mit Körperbehinderung aufdecken, um daraus pädagogische (und kooperativ-soziale) Maßnahmen abzuleiten. Sie orientiert sich an für Kinder mit Körperbehinderung angemessenen Theorien der Entwicklung und des Lernens. Unabhängig vom Förderort dient die Diagnostik körperbehinderter und chronisch kranker Kinder im Schulalter der *Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs*. Dazu ist nach dem Beschluss der KMK 1998 grundsätzlich die Ermittlung von „Informationen aus folgenden Bereichen wichtig“ (Drave/Rumpler/Wachtel 2000, 30):

- Erleben und Verhalten, Handlungskompetenzen und Aneignungsweise
- Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
- Entwicklungs- und Leistungsstand
- Soziale Einbindung
- Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit
- Individuelle Erziehungs- und Lebensumstände
- Das schulische Umfeld und die Möglichkeiten seiner Veränderung
- Das berufliche Umfeld und die erforderlichen Fördermöglichkeiten

Eine differenzierte Orientierung zum Vorgehen in der Erstellung und Überprüfung eines förderdiagnostischen Prozesses bietet das *Partizipationsmodell* von Beukelman/Miranda (1998; übersetzt von Antener 2001).

Hier ist zu ergänzen, dass ein sonderpädagogischer Förderbedarf keinesfalls deshalb ermittelt werden darf, um Zuständigkeiten der verschiedenen Pädagogen und Fach-

kräfte festzulegen. Unabhängig vom Förderort darf es nicht darum gehen, dass alleine die Sonderpädagogen für den festgestellten Förderbedarf verantwortlich sind. Alle Lehrkräfte tragen letztendlich Verantwortung für die Förderung, die sie auf den (immer wieder anzupassenden) Erkenntnissen sonderpädagogischer Diagnostik aufbauen müssen. Deshalb ist ein *förderdiagnostisches Gutachten* so abzufassen, dass auch ein möglicherweise „fremder“ Pädagoge mit entsprechenden didaktisch-methodischen Förderplänen und Maßnahmen darauf aufbauen kann und gewährleistet ist, dass „Förderdiagnostik Diagnostik bei der Förderung“ bleibt (ebd., 58). In das Gutachten fließen sowohl Alltagsbeobachtungen als auch systematisch erhobene Daten gezielter Aufgabenstellungen ein. Das förderdiagnostische Gutachten stützt sich auf Daten und Untersuchungsergebnisse einzelner Entwicklungsfunktionen in der Verhaltensbeobachtung (in unterschiedlichen Alltagssituationen; beim Spielen) und durch Testung; dabei steht zunächst die Beziehungsgestaltung zum Kind im Vordergrund, die durch Offenheit und Freude an gemeinsamer Aktion geprägt sein soll.

Die Ermittlung der Daten erfolgt somit in einem Prozess der Zusammenarbeit mit dem Kind, d.h. das Kind mit Körperbehinderung muss motiviert sein, Aufgaben zu erfüllen, und muss über den Zweck und die Ergebnisse kindgerecht informiert werden. In diesem Sinne ist auch die Diagnostik Teil der Erziehung zu Eigenaktivität, Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Partizipation. Die Wahl diagnostischer Verfahren und Vorgehensweisen wird für alle Beteiligten transparent gehalten. Die in das Gutachten einfließenden Daten und Informationen sowie deren Interpretation werden anhand folgender Verfahrensweisen erhoben, deren Gewichtung je nach Kind und Situation unterschiedlich ausfallen können. Hierbei sind die am Ende dieses Kapitels näher umrissenen Untersuchungsbereiche in den Blick zu nehmen:

1. *Beobachtung*: Neben der Fremdbeobachtung kommt vor allem die teilnehmende Beobachtung zur Anwendung, die ein Verständnis des pädagogischen Feldes ermöglicht und durch die der Pädagoge Prozesse variieren und gleichzeitig beobachten kann. Freie Beobachtungen können aufschlussreiche Ergebnisse und Hypothesen ergeben, die in der Folge zu gezielten Beobachtungen führen. Diese erfolgen mit Hilfe von Beobachtungsrastern und Skalierungen; Videoaufzeichnungen können hierbei die Interpretation dieser Ergebnisse absichern.
2. *Gespräch und Befragung*: Explorative Gespräche mit den Kindern, deren Eltern sowie anderen Personen des Umfelds (Anamnesen).
3. *Leistungsanalysen*: Die Feststellung und Interpretation von Leistungen und Problemlösestrategien sowie individuellen Schwierigkeiten im Lernprozess, um über Symptome hinaus Strukturen von Entwicklungerschwernissen kennenzulernen und daraus didaktisch-methodische Förderstrategien abzuleiten.
4. *Kreativer Ausdruck*: Auseinandersetzung über Zeichnungen, Bilder, Bastelarbeiten, Plaketten, sprachliche Äußerungen mit impliziten Informationen über Entwicklungsstand, Kreativität, Motorik und psychische Befindlichkeit.
5. *Tests*: Durch Individualverfahren können besondere Kompetenzen und Auffälligkeiten in einzelnen Entwicklungsbereichen erkannt werden, sodass z.B. auch Ursachen für bestehende Schwierigkeiten deutlich werden können (Haupt 2003a, 79ff; Bundschuh 2010, 68ff).

Der Stellenwert von Fördergutachten im Rahmen der Rehabilitation, insbesondere bei Entscheidungen über die künftige Schullaufbahn von Kindern mit Körperbehinderung, ist nicht zu unterschätzen. Für die Verantwortlichen in den Schulbehörden, die selbst das Kind zumeist nicht kennen, ist das Gutachten die Grundlage für Entscheidungen über den weiteren Lebensweg des Kindes. Gutachten, die in die Schulakte des Kindes eingehen, verbleiben dort viele Jahre und werden bei Schulwechsel an die neue Schule weitergereicht. Dies macht deutlich, wie wichtig es ist, Diagnostik über die gesamte Schulzeit regelmäßig fortzuführen, zu aktualisieren und zu dokumentieren. In den einzelnen Bundesländern gibt es als Verwaltungsvorschrift unterschiedliche Regelungen zur Abfassung eines Gutachtens für Sonderschulaufnahme- bzw. Überweisungsverfahren. Sie folgen ähnlichen Grundlinien der Gutachtenerstellung (Hansen u.a. 1992, 31ff; Bundschuh 1994, 150ff; Haupt 2003a, 41ff; Eggert 1997, 120ff; Fengler u.a. 1999, 234ff; vgl. Mutzeck 2000):

### Förderdiagnostisches Gutachten

1. *Person und Untersuchungssituation*: Name, Geburtsdatum, Schule, Untersuchungsanlass, Fragestellungen, Hypothesen, Untersuchungsbedingungen und Untersuchungsverlauf, Begründung der diagnostischen Verfahren
2. *Anamnese*: Bisherige Entwicklungsbedingungen des Kindes in Kind-Umfeld-Analyse bezogen auf alle Entwicklungsbereiche, Situation der Familie
3. *Feststellung von Kompetenzen sowie von Lern- und Entwicklungsschwernissen*: Untersuchung von Psychomotorik, Sensorischer Integration und Konzentration, Kognition und Gedächtnis, Emotion/Motivation und Selbstkonzept, Sprache und Kommunikation, Spontaneität und Kreativität. Beschreibung von Fähigkeiten des Kindes. Gegebenenfalls Feststellung des Schulleistungsstandes. Stellungnahme zur Schul- und Unterrichtssituation, Stellungnahme zu Förderbedingungen des außerschulischen Umfelds
4. *Gutachterliche Stellungnahme zum Förderbedarf*:  
Eine große Bandbreite ist hier möglich, von „Kein sonderpädagogischer Förderbedarf“ (Kind benötigt keine besondere Unterstützung, es organisiert seine Lebens- und Lernprozesse selbst erfolgreich) bis zu „Sonderpädagogischer Förderbedarf“ (Kind benötigt sonderpädagogische Einzelförderung in genau zu beschreibenden Teilbereichen; Kind benötigt andauernde Förderung in mehreren Lern- und Lebensbereichen)
5. *Aufstellung von kurz- bis mittelfristigen Förderplänen*: Förderbereiche, Förderziele, Zuständigkeiten, Hinweise zur Planung, Durchführung und Dokumentation von kooperativen Fördermaßnahmen (Arnold 2000, 36)
6. *Stellungnahme der Eltern*: Ergebnisse des begleitenden Dialogs mit den Eltern (Entwickeln gemeinsamer Sichtweisen; Beschreiben möglicher Differenzen)
7. *Entscheidung über den Förderort*: Förderung in der Allgemeinen Schule, in inklusiven Schulen (Möglichkeiten zu zieldifferentem Lernen), in der Schule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung
8. *Zeitpunkt erneuter Überprüfung*: Hypothesen und Fragestellungen



Die Überprüfung des Förderbedarfs sollte alle 1 bis 2 Jahre erfolgen. Sonderpädagogische Förderung im Schulalter kann, je nach Bundesland, sowohl in Allgemeinen als auch in inklusiv arbeitenden Schulen oder in der Schule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung erfolgen. „Die beste Schule für ein bestimmtes Kind ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ihm die Förderung gibt, die es braucht“ (Haupt 2003a, 54). Diagnostische Erkenntnisse münden in einen individuellen Förderplan. In ihm werden Ziele bzw. Teilziele individueller Entwicklung skizziert und Vorschläge zu didaktischen Maßnahmen unterbreitet, die auf festgestellten Kompetenzen aufbauen und die Motivation des Kindes berücksichtigen. Sie sind nicht als für lange Zeit feststehende Maßnahmen zu verstehen, sondern sollen bei Bedarf jederzeit angepasst werden. Häufig wird das Kind aus organisatorischen Gründen von den Gutachtern nur wenige Stunden gesehen. Längerfristige Beobachtungen der Kinder mit Lernerfolgsdokumentation als erster Schritt einer prozessimmanenten Diagnostik sind noch die Ausnahme.

Die Gutachter sind aufgefordert, „das Gute zu achten [...] und den persönlichen Werten und Fähigkeiten des Kindes Achtung und Respekt“ zu schenken (Bundschuh 1994, 150). Das fällt leichter unter der Betonung qualitativer Methoden (Verhaltensbeschreibung, Situationsanalyse; Eggert 1997, 115) und kritischer Disziplinierung von tradierter deterministischer Diagnostik.

In diesem Zusammenhang müssen auch die Rahmenbedingungen von Diagnostik und Gutachtenerstellung gesehen werden, die durch „Alltagstheorien“ der Pädagogen geprägt sind. Diese automatischen Denkgewohnheiten bei der Problemlösung im pädagogischen Alltag fließen auch in Inhalt und Form von Diagnostik und Gutachtenerstellung ein und wirken von dort wieder zurück in das Denken (beispielsweise mündet defizitorientiertes Denken in Frustration, weil Defizite per se keinen Förderansatz bieten).

### Untersuchungsbereiche

Folgende Untersuchungsbereiche lassen sich isolieren, in denen die Fähigkeiten der Kinder detailliert beschrieben werden und die zu Förderkonzepten führen (vgl. Tietze-Fritz 1992; Haupt 2003a; Bundschuh 1994 und 2010; 2000; Eggert 1997):

- **Motorik**

Die Bewegungsfähigkeit, ein Grundprinzip des Lebens, ist vernetzt mit allen anderen Entwicklungs- und Leistungsbereichen. Die Diagnostik von Motorik erfolgt im Zusammenhang mit allgemeinen Aussagen über die körperliche Entwicklung und das Erleben des eigenen Körpers des Kindes. Primäre Bewegungerschwernisse (im Unterschied zu Besonderheiten der Bewegung bei erschwerter sensorischer Integration) von Kindern mit Körperbehinderung sind direkte Hinweise auf Förderansätze für erleichternde und gelöste Bewegungsabläufe. Es muss unterschieden werden zwischen entwicklungslogischen Grundmustern der Motorik



(als allen Menschen eigenen Attraktoren der Entwicklung) und individuellen Besonderheiten beispielsweise hinsichtlich Harmonie, Geschwindigkeit und Möglichkeit der Bewegung. Grundmuster der Bewegungskompetenz erschließen sich diagnostisch quantitativ (als Leistungserhebung) und qualitativ (als Verhaltensbeschreibung) durch die Beobachtung der *Grobmotorik*, der *Feinmotorik* und *Kompensationsmechanismen* bei Bewegungserschwernissen in Spiel- und Leistungssituationen; die Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten und Ergotherapeuten ist in allen diesen Bereichen unerlässlich. Sie können motometrisch (messend), motoskopisch (beschreibend und kategorisierend) und motografisch (audio-visuell) erfasst werden.

Hinsichtlich der Grobmotorik (Aufrichtung, Haltung, Fortbewegung) geht es im *pädagogischen* Sinne förderdiagnostisch vor allem darum, den Bewegungsbedürfnissen der Kinder zu folgen und aufzuspüren, welchen Impulsen das Kind folgen möchte, um ihm gegebenenfalls im Moment Hilfestellung zu geben, gezielte Förderung anzubieten (einschließlich orthopädischer Hilfsmittel) und schließlich Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufzubauen und damit psychomotorisch motivierend zu wirken. Feinmotorische Fähigkeiten werden vor allem in der visuomotorischen Koordination und im Umgang mit Materialien bei alltäglichen Verrichtungen, im Spiel und bei Kulturtechniken offenbar. Schwierigkeiten in diesem Bereich können sich z.B. auch als Mangel an Leistungsmotivation niederschlagen (bis hin zur Resignation).

Eine kritische Sicht auf die Orientierung der Diagnostik an *Entwicklungsskalen* und *Verhaltensinventaren* (im Schulalter) hat Haupt (2003a, 33): „Manchmal werden auch Entwicklungstabellen für Funktionen aus der Normalentwicklung zu Hilfe genommen mit dem Versuch, den jeweils nächsten angegebenen Schritt einzutüben. Funktionstraining ist für die meisten Kinder eher eine Entwicklungserschwerung. Da Entwicklungen ihrer Natur nach komplex und vernetzt sind, bedeutet ein solches Training Abspaltung.“ Sie spricht sich dafür aus aufzuspüren, „in welchen Bereichen Entwicklungsimpulse auftreten, wie sie sich ausdrücken, wie sie unterstützt werden können“ (ebd., 31). Wird dies zu einer förderdiagnostischen Haltung, können zur Feststellung individueller Entwicklungsverläufe (und -gefährdungen) im Vorschulalter der Kinder *Entwicklungsskalen* (s. u.) und im Schulalter *Verhaltensinventare* eingesetzt werden, z.B. von Brand/Breitenbach/Maisel (1985, 107ff), Kesper/Hottinger (1993, 55ff), Cárdenas (1993, 38ff); vgl. Kap. 2.13 sowie „Checkliste motorischer Verhaltensweisen-CMV“ von Schilling (1976), „Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen-DMB“ von Eggert u.a. (1993), „Diagnostisches Inventar taktil-kinästhetischer Alltagshandlungen-DITKA“ von Eggert/Wegner (1996), „Diagnostisches Inventar auditiver Alltagshandlungen-DIAS“ von Eggert/Peter (1992), GMFM und GMFCS „Messung und Klassifikation motorischer Funktionen“ von Russel/Rosenbaum/Avery/Lane (2006).

Körper- und Bewegungserleben sowie das körperliche Selbstkonzept der Kinder werden erfasst durch die Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit und Schwierigkeiten, Bewegungsmotivation und Aktivitätsniveau, Sicherheit in sozialen Situationen und Erfolgserwartungen, Kenntnis des eigenen Körpers und Zufriedenheit mit ihm, Einstellung zu Körperpflege und Kleidung, Bewusstheit von Anspannung und Entspannung.

Bei Kindern mit nur leichten motorischen Auffälligkeiten können in Kooperation mit Fachkräften der Physiotherapie auch Motorik-Tests herangezogen werden. Hier eignen sich z.B. die beiden folgenden neuen Verfahren: „Bruininks-Oseretky Test der motorischen Fähigkeiten (BOT-2)“ (Bruininks u.a. 2014), „Movement Assessment Battery for Children-2 (M-ABC-2)“ (Henderson u.a. 2011).

Kinder mit deutlichen körperlichen Schädigungen und Behinderungen sollten nicht mit motorischen Testverfahren überprüft werden, um mögliche Frustrationen zu verhindern. Zusammen mit einer physiotherapeutischen Fachkraft kann stattdessen eine Beschreibung der motorischen Fähigkeiten erfolgen. Der so erstellte „Befund“ enthält dann auch Hinweise für die individuelle (motorische) Entwicklungsförderung im Unterricht.

Als diagnostisches Problem wird berücksichtigt, dass Kinder mit Körperbehinderung gemäß ihrer Beziehung zu unterschiedlichen Personen und in unterschiedlicher räumlicher Umgebung große Varianz in ihrer Leistung(sbereitschaft) zeigen können. Außerdem ist mit verminderten Leistungen bei Anforderungen an Koordination, Schnelligkeit, Rhythmus, Verbalität und Belastung durch Leistungsdruck (vor allem bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen) zu rechnen.

### • Sensorische Integration und Konzentration

Die grundlegenden Erkenntnisse in diesem Bereich gehen auf Piagets Modell der frühkindlichen sensomotorischen Intelligenz zurück. Diagnostisch liegt hier ein differenzierendes Bindeglied zwischen der Erfassung von Psychomotorik und Kognition. Über die Entwicklung von Leistungen der Sensorischen Integration werden *überindividuelle* Ordnungen (Gestalten) der Welt als Zusammenspiel von Wahrnehmungen aller Sinnesbereiche und der Motorik kortikal abgebildet und fügen sich ein in *individuell* bedeutungsvolle Lebensgestaltungen (Bergeest 1999b, 193ff). Diagnostisch bedeutsam ist z.B. die Erfassung der Ordnungsleistung einer *Figur-Grund-Diskrimination* (Hervorhebung von Wichtigem gegenüber Unwichtigem) und die damit verbundene *Konzentrationsleistung* als Fähigkeit, die Entwicklungsenergie auszuschöpfen und eins zu werden mit der Weltaneignung in einem „Kontaktprozess“ (Quitmann 1985, 94ff).

Eine Förderdiagnose von musterhaften Auffälligkeiten sensorischer Integrationsleistungen und der Konzentrationsfähigkeit führt aufgrund der Komplexität dieser Entwicklungsprozesse nicht monokausal zur Förderung im Sinne eines Trainings zur Symptomkorrektur (z.B. des Trainings visueller oder auditiver Figur-Grund-Diskrimination). Vielmehr weist sie einen entwicklungslogischen und kulturbezogenen Weg, dem Kind basale frühkindliche Erfahrungsprozesse zu ermöglichen und Lernlandschaften als „vorbereitete Umgebung“ bereitzustellen (d.h. bildlich gesprochen: die Wurzel des Baumes gießen und nicht die Krone formen).

Vor der pädagogischen Diagnose steht eine medizinische Überprüfung der Sinnesfunktionen durch Fachärzte und Beratungsstellen. Das kann in gebotener Eindeutigkeit vor allem für das Hören und Sehen erfolgen (Kobi u.a. 1990, 128f). Das pädagogisch-diagnostische Problem liegt im Erkennen von Verhaltenssignalen, die zurückverweisen auf nicht kompensierte frühkindliche Entwicklungserschwerisse (vgl. die grundlegenden Arbeiten von Ayres 1984, Kiphard 1984, Affolter 1987, Frostig 1992). Pädagogisch relevant sind in diesem Zusammenhang Auffälligkeiten von Leistungen der Bereiche Taktil-Kinästhetik, Vestibuläres System, Körperorientierung (Körperschema), Auge-Hand-Koordination, visuelle und auditive Diskrimination, Praxis (Verhaltensbeispiele bei Kesper/Hottinger 1993, 42ff und Cárdenas 1993, 38ff). Auch musterhafte emotionale Reaktionen und Verhaltensphänomene (z.B. mangelnde Leistungsmotivation) können Signale der Kinder für Wahrnehmungerschwerisse sein.

Förderdiagnostisch bedeutsam ist vor allem die *Verhaltensbeobachtung im Alltag*, die den Blick der Pädagogen für spezifische Signale der Kinder schärft. Der gezielten Beobachtung dienen *Verhaltensinventare* (s. oben „Motorik“). Die darin beschriebenen Auffälligkeiten sind sekundäre Entwicklungserschwerisse (primäre motorische Störungen, z.B. bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen, sind gesondert zu berücksichtigen).

Ein weiteres diagnostisches Instrument ist die *klinische Verhaltensbeobachtung* bei Leistungsanforderungen der Kinder. Systematische Zugänge zur Verhaltensbeobachtung legen die o.g. Autoren vor.

Für den *Normvergleich* stehen Entwicklungsskalen, z.B. „Sensomotorische Förderdiagnostik für Kinder von 4 – 7 ½ Jahren“ (Sinnhuber 2014), „Tübinger Luria-Christensen neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder-TÜKI“ (Deegener u.a. 1997; s.a. „Entwicklungsdiagnostik“) zur Verfügung: Der „Southern California Sensory Integration Test-SCSIT“ (Ayres 1972) hat keine deutschen Normen. Zur Anwendung im deutschsprachigen Bereich und zu empirischen Untersuchungen und deren spezifischen Implikationen sowie zu Beschreibungen einzelner Untertests vgl. Doering u.a. (1996, 86ff) und Brand/Breitenbach/Maisel (1985, 85ff). Der Test ist sehr zeitaufwendig in der Durchführung und muss bei Kindern mit Körperbehinderung entgegen der Durchführungsanweisung in mehreren Sitzungen vorgegeben werden. Aber auch die Vorgabe einzelner Untertests ist von förderdiagnostischem Wert. Jedoch besteht entgegen den überholten monokausalen Grundannahmen Jean Ayres' kein zwingender Zusammenhang zwischen geringen Scores eines Untertests und der Unterfunktion der gemessenen spezifischen Leistung. Geringe Scores werden heute in größeren Zusammenhängen aller Funktionsbereiche der Sensorischen Integration interpretiert (Doering/Doering 2001, 27ff).

Des Weiteren sind Leistungsprofile von Intelligenztests für die Diagnostik der Sensorischen Integration von Bedeutung. So ist etwa die Differenz zwischen hoher Kompetenz in der Verbalisierung von Handlungen und der mangelhaften Fähigkeit, diese konkret in Verhalten umzusetzen, ein Indiz für erschwerte sensorische Integration (im Sinne einer Dyspraxie). Besonders hervorzuheben für eine handlungsleitende *Frühdiagnostik* körperbehinderter Kinder sind die auf Piaget beruhenden „Ordinalskalen von Uzgiris/Hunt“ (deutsche Bearbeitung von Sarimski 1987; Ferrari/Cioni u.a. 1998, 199). Diese Skalen erlauben eine qualitative Aussage über Prozesse der Sensorischen Integration in sechs Entwicklungsbereichen: (1) Objektpermanenz, (2) Wahrnehmung von Mittel-Zweck-Beziehungen, (3) Lautimitation, (4) Wahrnehmung kausaler Zusammenhänge, (5) Wahrnehmung von räumlichen Beziehungen, (6) Entwicklung von Schemata im Umgang mit Gegenständen. Die Skalen bieten über die Diagnose hinaus auch konkrete Hinweise für pädagogische Förderprogramme und unterscheiden sich damit von den meisten anderen standardisierten Instrumenten.

### • Kognition und Gedächtnis

Motorik, Sensorische Integration und Kognition bilden im Entwicklungsprozess eine Einheit; trotzdem ist es diagnostisch sinnvoll, sie getrennt zu betrachten. Körperbehinderte Kinder selbst weisen den Weg: Viele von ihnen senden noch im Schulalter Signale aus, die nahelegen, dass ihnen kognitive Leistungen in Verbindung mit konkreten Sinnesinformationen leichter fallen. Sie scheinen in Phasen der Sensorischen Integration veränderte taktil-kinästhetische Schemata gebildet zu haben (Affolter 1983, 298ff) und über veränderte

Gedächtnisfunktionen (Merkfähigkeit und Reproduktion) zu verfügen (Leyendecker 1999, 172).

Kognition wird über Leistungen der Abstraktion erfasst: über anschaulich-symbolisches Denken, Denken in Analogien, kausal-logisches Denken, Fähigkeit zu Analyse und Synthese, Denken in räumlich-zeitlichen Zusammenhängen, Denken auf der Metaebene (Humor), Strukturierung von Aufgaben und Lösungswegen, ästhetische Differenzierung von Ereignissen und Objekten (Gestaltprägnanz), Erwerb von Kenntnissen und Kapazität des Gedächtnisses. Darüber hinaus umfasst Kognition jedoch auch wesentlich *Kreativität*, Fantasie, Assoziationsfähigkeit, Neugier, Gestaltungsfreude, Interesse an Menschen, Dingen, Situationen, Leistungsmotivation und Durchhaltevermögen bei Schwierigkeiten (Haupt 2003a, 131ff). „Die eigentlichen Impulse für das kreative Handeln liegen sicherlich in der Freude am Explorieren der Dinge. Es scheint nicht in erster Linie um die Erstellung eines reizvollen Produkts zu gehen, vielmehr darum, durch Einwirken auf den Gegenstand mehr über ihn und seine ‚Möglichkeiten‘ zu erfahren“ (Bundschuh 1994, 164).

Die förderdiagnostische Erfassung des kognitiven Entwicklungsstands erfolgt zunächst durch *Verhaltensbeobachtung* in alltäglichen Leistungssituationen bei selbstgewählten Aufgaben und Problemlösungen anhand der genannten Kriterien. Ferner durch Informationen der Bezugspersonen und Fachkräfte zum *bisherigen Erfahrungsweg* der Kinder. Vor allem jedoch durch *gezielte Beobachtungen* in eng definierten Leistungssituationen. Dabei ist vor dem Hintergrund der zuvor gewonnenen Erfahrungen und der Beobachtung eines Kindes mit Körperbehinderung darauf zu achten, dass diese Leistungssituationen der Lebenswelt des Kindes entsprechen und nicht wie in den meisten „Intelligenztests“ abstrakte Kunstwelten darstellen. Gleichwohl kann man sich bei der gezielten Verhaltensbeobachtung an der Konstruktion dieser Tests orientieren.

Die Bundesländer haben sehr unterschiedliche Standards bezüglich der Anwendung von *Intelligenztests* (die immer ein „Konstrukt“ erfassen) in der schulischen Praxis. In mehreren Bundesländern sind Aussagen über den Intelligenzquotienten körperbehinderter Kinder in den jeweiligen Verordnungen zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs nicht mehr vorgesehen (Huber 2000, 411ff). In einzelnen Bundesländern, so z.B. in Sachsen-Anhalt, dürfen Sonderpädagogen bei der Erstellung von Fördergutachten gar keine standardisierten Testverfahren durchführen; dies soll Psychologinnen und Psychologen vorbehalten bleiben. Ergebnisse von Intelligenztests müssen ohnehin kritisch und mit großer Sorgfalt behandelt werden, weil sie in unserer Gesellschaft in hohem Grade stigmatisierend wirken. Sie können nur ein kleiner Baustein in der Förderdiagnostik sein, denn sie sind nicht unmittelbar handlungsleitend (Ferretti 1998, 199), können jedoch für Diagnostik und Förderung wichtige Erkenntnisse generieren (Bundschuh 2010, 72f; Haupt 2003a, 131ff.). Die qualitative Auswertung standardisierter Testverfahren kann Stärken und Schwächen von Kindern aufzeigen und Impulse für die Förderung geben. So besteht im HAWIK IV (Petermann/Petermann 2008) die Möglichkeit, die zu bestimmenden Index-Werte der folgenden vier Bereiche gesondert zu interpretieren: Sprachverständnis, Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit.

Die Auswahl geeigneter Tests (und Untertests) orientiert sich an den besonderen Leistungsbedingungen körperbehinderter Kinder unter Berücksichtigung von Sprachverständnis, Sprechen, Kenntnis der deutschen Sprache, altersentsprechender Schulbildung, Arbeitstempo, visueller Wahrnehmung und feinmotorischer Koordination. Der speziell für die Leistungsbedingungen von Kindern mit Körperbehinderung entwickelte Intelligenztest ITK

(Neumann 1981) wird nicht mehr angewandt, da alle Kinder der Eichstichprobe ausschließlich die damaligen Schulen für Körperbehinderte besuchten; integrativ beschulte Kinder mit Körperbehinderung waren in die Normierung des Tests nicht einbezogen. In der Regel werden allgemeine Intelligenztests durchgeführt, bei deren Normierung auch Kinder und Jugendliche mit Behinderungen einbezogen waren. „Die Auswahl der Aufgaben und Verfahren entscheidet in hohem Maße über das Ergebnis. Das bedeutet, dass eine Reihe von unterschiedlichen Aufgabengruppen in Verfahren verfügbar sein muss, damit diagnostische Situationen auch mit schwerer behinderten Kindern verantwortlich gestaltet werden können. Wird das nicht beachtet, kann schlechtes Abschneiden im Test nicht interpretiert werden, weil nicht geklärt werden kann, welche Gegebenheiten Lösungen verhindern“ (Haupt 2003a, 134).

Folgende Tests können mit entsprechenden Einschränkungen für Kinder mit Körperbehinderung verwendet werden (vgl. ebd.; Stotz 2000):

- HAWIK IV (Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder; Petermann/Petermann 2008), 6–16; 11 Jahre. Subtests können einzeln vorgegeben werden; Nachteile für körperbehinderte Kinder z.B. durch motorische und zeitliche Anforderungen, aber einzelne Untertests können durch geeignetere ausgetauscht werden.
- K-ABC (Kaufman-Assessment Battery for Children; dt. Fassung Melchers/Preuß 2008), 2½–12½ Jahre. Einige Skalen können einzeln vorgegeben werden; viele Untertests sprachabhängig und mit motorischen Anforderungen, jedoch für körperbehinderte Kinder wegen günstiger Durchführungsbedingungen (z.B. Vorbereitungsphase) geeignet. Eine Revision mit neuen Items und Normierungen ist voraussichtlich ab 2015 unter dem Namen K-ABC II (3 bis 18 Jahre) verfügbar.
- Coloured Progressive Matrices – CPM (dt. Fassung Bullheller/Häcker 2002), 3;9–11;8 Jahre. Sprachfrei, keine Zeitbegrenzungen, wenig motorische Anforderungen, schnell durchführbar. Leistung jedoch nur an visuelle Wahrnehmung gebunden.
- SON-R 2½–7 (Snijders-Oomen non-verbaler Intelligenztest; Tellegen, P. J./Laros, J. A./Petermann, F.; 2. veränderte dt. normierte Auflage 2007); für Kinder im Alter zwischen 2;6 und 7;11 Jahren. Zwei weitere SON-Testverfahren sind verfügbar:
- SON-R 5½–17 (Snijders, J. Th./Tellegen, P. J./Laros, J. A.; 3. Auflage 2005), für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 5;6 und 17 Jahren.
- SON-R 6–40, (Tellegen, P.J./Laros, J.A./Petermann, F.; 2012) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Alter zwischen 6;0–40;11 Jahren. Bei allen Varianten: Subtests können einzeln vorgegeben werden, sprachfrei, einzelne Subtests auch bei schwerer motorischer Behinderung durchführbar, einzelne Subtests mit Zeitbegrenzungen, differenzierter Feinmotorik, visueller Wahrnehmung.

Durchführung und Auswertung von Intelligenztests werden naturgemäß umso schwieriger, je stärker die Beeinträchtigung der Motorik, der Wahrnehmung und des Ausdrucksvermögens der Kinder ist. Andererseits bieten Intelligenztests gerade bei Kindern mit schweren Ausdrucksproblemen die Chance, den Eindruck mangelnder geistiger Kompetenz zu korrigieren.

Bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen beispielsweise ist der Entwicklungsstand in untersuchten Bereichen oft sehr unterschiedlich, und Intelligenztests stoßen hier häufig an ihre Grenzen:

„Große Diskrepanzen bestehen nicht nur zwischen motorischen und anderen Funktionen, z.B. der Sprachfähigkeit, den Wahrnehmungsleistungen, logischem Denkvermögen und Sozialverhalten. Auch innerhalb der Fähigkeitsbereiche können deutliche Stärken und Schwächen vorhanden sein, etwa im konkreten vs. abstrakten Denkvermögen oder – wie durch die Anwendung des ‚K-ABC‘ nachweisbar ist – in Bezug auf ganzheitliche und analysierende Wahrnehmungsleistungen [...] In erster Annäherung, in einer Art Screening, könnte z.B. die Beobachtung, dass ein Kind mit schwerster motorischer Störung und fehlender Sprachfähigkeit seine Wünsche und Absichten nicht verwirklichen kann, zu einem diagnostischen Fehlurteil verleiten. Erwartet wird oftmals, dass auch die intellektuellen Funktionen schwer beeinträchtigt sind [...] Aber gerade diese Kinder sind nicht immer kognitiv und in ihren Wahrnehmungsmöglichkeiten, im Planen und Denken gestört. Ihre intellektuelle Differenziertheit lässt sich nicht so leicht erkennen, oft auch nicht mithilfe der beschriebenen Tests, weil diese nicht hoch-individuell angepasst werden können. Langzeitbeobachtungen im Sinne der teilnehmenden Beobachtung, Aufmerksamkeit auf Blickkontakte und die prüfende Interpretation der Wünsche und Absichten sind dann nicht nur kommunikationsfördernde, sondern auch diagnostische Möglichkeiten, um zu Aussagen über die intellektuelle Differenziertheit des Kindes mit schwerster Behinderung zu gelangen. Bei besonderer emotionaler Erregung, bei großer Freude und Enttäuschung gerät ein Kind mit athetotischer Bewegungsstörung sofort in einen Bewegungsturm mit mimischen Verzerrungen, die sehr schwer zu deuten sind. Nur sein Blick bleibt ‚sprechend‘, und oft teilt dieser Blick die Verzweiflung mit, dass das Kind sich nicht ausdrücken kann, obwohl es sich intensiv und deutlich ausdrücken will. Eine aufmerksam-empathische Kontaktaufnahme, die dem sprach- und bewegungsbehinderten Kind entgegenkommt und auf seinen Gefühlsausdruck eingeht, kann für es eine psychisch befreiende Wirkung haben. Das Kind fühlt sich in seinen Intentionen, in der ihm eigenen Differenziertheit anerkannt und besser verstanden“ (Stotz 2000, 84f).

### • **Emotion/Motivation und Selbstkonzept**

Die genannten diagnostischen Komplexe von Motorik, Sensorischer Integration und Kognition werden bestimmt durch den zentralen Bereich der *Emotion*, die als *Motivation* die Richtung des (Leistungs-)Verhaltens lenkt. Sie ist Basis der Lern- und Entwicklungsbereitschaft und der individuellen Erfahrungen mit sich selbst (seiner Behinderung) und mit der Welt. Biografisch bildet sie sich verdichtet als musterhafte Einstellung zum eigenen Standort in der Welt, als *Selbstkonzept*, ab und prägt neue Erfahrungen und Erwartungen. Emotion und Selbstkonzept haben direkte Auswirkungen auf die pädagogische Arbeit und sind ein bedeutender förderdiagnostischer Bereich bei körperbehinderten Kindern mit Erschwernissen der Entwicklung von Selbstakzeptanz.

Die Förderdiagnostik erfasst die Dimensionen von Emotionen und verwirklicht dabei gleichzeitig in der Auseinandersetzung mit dem Kind die Hauptdimensionen der Förderung: zum einen durch die respektierende Beziehungsgestaltung zum Kind, die Bedingung für die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts ist, zum anderen durch Bewusstmachung von Emotionen und Bedürfnissen der Kinder. Das Kind erfährt durch pädagogische Haltungen des *Respekts* vor seiner Entwicklungskompetenz und der *Empathie* von Seiten sozial verlässlicher Bezugspersonen eine Kompetenzerweiterung über die Bewusstmachung seiner individuellen Befindlichkeit, seiner Bedürfnisse, Stimmungen und Gefühle (Haupt 2003a, 106).



Eine Pädagogik, die die emotionale Entwicklung und sozial angemessene Ausdrucksmöglichkeiten von Emotionen nicht stärkt, entzieht gerade körperbehinderten Kindern mit ihren Ausdrucksschwierigkeiten eine zentrale Möglichkeit der Kommunikation. Diagnostisch ist Emotionalität nur über Empathie zugänglich. In der *Verhaltensbeobachtung* geht es um die Auseinandersetzung mit der Gestimmtheit, der Aufmerksamkeit, dem direkten Ausdruck von Erleben, Bedürfnissen und Gefühlen im allgemeinen Verhalten sowie im Gespräch, im Spiel und bei Leistungsaufgaben. Die *gezielte Verhaltensbeobachtung* erfolgt über den Einsatz kreativer Methoden (der ästhetischen Erziehung); dabei ist das Verhalten der Kinder aufschlussreich, vor allem aber auch das frei gewählte oder thematisch gebundene Produkt. Emotionen, Motive und Selbstkonzepte fließen verschlüsselt in Verhalten und kreativen Ausdruck (z.B. Bilder und Zeichnungen) ein. Die Diagnostiker brauchen nur den Impulsen der Kinder zu folgen, die alle ein Bedürfnis nach kreativem Ausdruck haben. Beispiele für den kreativen Ausdruck von Kindern mit Körperbehinderung finden sich bei Haupt (2003a, 151ff) und Hansen/Haupt (1999), für den *Symbolgehalt* des Ausdrucks körperbehinderter Kinder bei Haupt (2001).

Bei der Auswertung geht es nicht primär um Interpretationen und Deutungen, wie sie eine psychologische Fachkraft etwa durch projektive Verfahren vornehmen würde, sondern um die spielerische und gestalterische Auseinandersetzung der Pädagogen mit dem Kind. Eine Konzeption der Emotionalität ist dabei Voraussetzung der Wahrnehmung und Erfassung beschreibbarer Dispositionen. Ein kompaktes Konzept der Emotion (neben mehreren anderen Modellen) bietet Casriel (1983). Er unterscheidet 5 Grundgefühle: *Angst, Wut, Trauer, Freude, Liebe*. Identifizieren lassen sich auch Auslöser für Gefühle und Verarbeitungsweisen, musterhafte Grundstimmungen, Selbstkonzepte (Selbstbeschreibung, Selbstdarstellung im Bild), Kontaktverhalten und Auswirkungen auf die (Leistungs-)Motivation. Eine besondere Schwierigkeit stellt der Zugang zur Befindlichkeit schwerstbehinderter Kinder dar, deren Ausdrucksverhalten nur bei großer Vertrautheit mit ihnen entschlüsselt werden kann; Muskelspannung, Atemrhythmus, Lautierungen und vegetative Reaktionen sind Anhaltspunkte für die Interpretationen (Haupt 1991, 29f), die jedoch immer wieder überprüft werden müssen. Eine Förderdiagnostik berücksichtigt auch die spezifischen individuellen Ausdrucks- und Entlastungsmöglichkeiten körperbehinderter Kinder für Emotionen und Bedürfnisse. Diagnostisch relevant sind in diesem Zusammenhang die Gespräche mit Bezugspersonen des Kindes über dessen Verhalten und biografische Besonderheiten sowie über die Familiensituation insgesamt.

*Normvergleiche* (vor dem Hintergrund unterschiedlicher psychologischer Schulen) können von erfahrenen Diagnostikern durch die Anwendung projektiver Testverfahren (Bundschuh 2010, 252ff.) vorgenommen werden, z.B. CAT (Bellak/Bellak 1955); SAT (Kunert 1973a), Scenotest (v. Staabs 2004); F.B.T. (Howells/Lickorish 2010). Dem Nichtpsychologen dienen diese Tests ggf. auch der gezielten Verhaltensbeobachtung, die aber dann auch auf der beschreibenden Ebene bleiben muss.

### • Sprache und Kommunikation

Erschwernisse des Ausdrucksverhaltens, insbesondere bei Kindern mit cerebraler Bewegungsstörung, sind Gründe für Kommunikationsstörungen mit Auswirkungen auf andere Lebens- und Entwicklungsbereiche, die Rehabilitation und pädagogische Förderung. Besonderheiten der Grobmotorik, Handmotorik, Mimik, des Sprechens und der Sprache so-



wie Folgen primärer Sinnesschäden und sekundärer Erschwerisse Sensorischer Integration sowie verminderter sozialer Kontaktaufnahme beeinflussen zirkuläre Austauschprozesse im Netzwerk der Entwicklung. Sie führen oft zu behindernden, weil falschen Zuschreibungen und Etikettierungen durch das soziale Umfeld.

Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen können Sprechstörungen in unterschiedlichem Ausmaß entwickeln. Von leichten Erschwerissen des Sprechflusses über schwere Formen der Artikulationsstörung (*Dysarthrie*) bis zur Sprechunfähigkeit (*Anarthrie*). Die Gründe für diese Kommunikationserschwerisse sind vielschichtig: Pathologische Muskelspannung in Schultergürtel, Armen, Kopf und Gesicht, die sich ungünstig auf Mundschluss, Essen und das Sprechen auswirkt, Mangel an äußerer Anregung durch Mobilitätsprobleme, Folgen großer Anstrengungen bei Mitteilungsbedürfnissen, Mutlosigkeit und Folgen erschwerter kognitiver Prozesse führen zu verzögertem oder problematischem verbalem Ausdruck (Haupt 2003a, 65ff).

Diagnostisch von großer Bedeutung ist dabei die Abklärung von kognitiven Kompetenzen bei anarthrischen Kindern. Fehlende Sprechfähigkeit bedeutet nicht zwangsläufig fehlendes Sprachverständnis. Trotzdem wird bei ihnen nicht selten unbegründet auf eine zusätzliche geistige Behinderung geschlossen.

Förderdiagnostisch werden Pläne zur integrierten Förderung der Gesamtentwicklung angestrebt: Körperkontakt, soziale Erfahrungen, Eingehen auf Entwicklungsbedürfnisse, sensorische Anregung, reflexhemmende Sitzposition zur Normalisierung des Muskeltonus insbesondere im Mund-Nacken-Bereich („Esstherapie“), nonverbale Kommunikation, Sprechen, Gebrauch technischer Kommunikationshilfen (vgl. Kap. 2.3).

Die Diagnostik erfolgt zunächst über die Verhaltensbeobachtung des Kindes und die Beschreibung des allgemeinen kommunikativen Verhaltens. Haupt (2003a, 126) nennt hierzu zentrale Fragen des Diagnostikers bei der Beobachtung des Kindes in seinem Umfeld:

- Teilt sich das Kind durch Laute mit, durch Wörter, Sätze, im Spiel, in Zeichnungen, plastischen Gestaltungen, Geräuschen, Tönen, Rhythmen? Versteht es Sprache und nonverbale Äußerungen? Nutzt es Mimik, Gesten, Bewegungen? Hat es Freude daran, sich mitzuteilen? Fällt ihm Ausdruck schwer? Drückt es sich durch Schreien, durch Veränderung der Hautfarbe, der Körperhaltung, des Atemrhythmus aus? Gibt es Unterschiede in der Kommunikation mit vertrauten und nicht vertrauten Menschen? Gibt es Besonderheiten der Kommunikation mit anderen Kindern und in der Gruppe? Was erleichtert es dem Kind, sich mitzuteilen, was erschwert es?
- Wie reagieren die Menschen des Umfelds auf das Kind mit erschwertem Ausdrucksverhalten? Nehmen sie sich Zeit? Wie reagieren sie auf Protest des Kindes? Wer versteht das Kind am besten? Wie wird dem Kind Kommunikation erleichtert? Wer leitet neue Fachkräfte an?

Bei dysarthrischen Kindern werden die allgemeinen Bewegungskompetenzen abgeklärt und speziell die Mundmotorik beim Essen und Trinken beschrieben. Alsdann werden sozial-situative und räumliche Bedingungen gesucht, die dem Kind spontanes Lautieren und Sprechen unter Hilfestellung durch Bewegungserleichterung ermöglichen.

Bei anarthrischen Kindern liegen immer schwere motorische Störungen (auch im Mund- und Nackenbereich) vor. Diese Kinder drücken sich nonverbal meist über die Augen oder verabredete (eindeutige Laut- und Körper-)Zeichen aus. Bei entsprechender Versorgung und Förderung auch über nicht-elektronische oder elektronische Kommunikationshilfen.

Bei geringer Vertrautheit mit dem Kind bedarf es eines „Übersetzers“ (Familienmitglieder oder Klassenkameraden sind häufig die zuverlässigsten Übersetzer). Die Diagnostiker planen dazu genügend Zeit ein, zumal es für die Kinder selbst von großer Bedeutung für ihre sozialen Beziehungen und ihre weitere Entwicklung ist, dass sie verstanden werden. Wichtige Unterstützung bei der Erfassung der Kompetenzen geben Eltern oder enge Bezugspersonen. Eine dritte Gruppe sind Kinder mit *Sprachentwicklungsverzögerungen*. Diese treten auch in Verbindung mit dysarthrischen Störungen auf und sind diagnostisch dann nicht immer klar abzugrenzen. Entsprechende Probleme sind im Zusammenhang mit Prozessen erschwerter sensorischer Integration bedeutsam (s. o.).

Für die Überprüfung der Sprachkompetenzen sprechender Kinder stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung: ELFRA, Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (Grimm/Doil 2006); SETK 2 und SETK 3–5, Sprachentwicklungstests für 2-jährige bzw. 3–5-jährige Kinder (Grimm/Aktas/Frevert 2010); Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörung (Kauschke/Siegmüller 2009); ESGRAF-R, Modularisierte Diagnostik grammatischer Störungen (Motsch 2008).

Für die Überprüfung nichtsprechender Kinder: Triple C-Checkliste, Checklist of Communication Competencies (Bloomberg/West 1999); TASP, Test of Aided-Communication Symbol Performance (dt. Fassung Bruno/Hansen 2009); Soziale Netzwerke, Instrument zur Erfassung der Kommunikation unterstützt kommunizierender Menschen und ihrer Kommunikationspartner (Blackstone/Hunt 2006); Handreichung Unterstützte Kommunikation (Boenisch/Sachse 2007a); Kommunikationsprofil, Checkliste zur ersten Einschätzung kommunikativer Kompetenzen (Kristen 2004); COCP-Programm, Kommunikative Entwicklung von nicht-sprechenden Kindern und ihren Kommunikationspartnern (Heim/Jonker/Veen 2005).

Für erwachsene Menschen mit Dysarthrie findet die „Frenchay Dysarthrie-Untersuchung“ FDA-2 (Enderby u.a. 2012) Anwendung. Zur Abklärung sprachentwicklungsrelevanter Dimensionen gibt es diagnostische Inventare („Beschreibung individueller Entwicklungsverläufe, d.h. der weitgehende Verzicht auf normative Vergleiche“; Eggert 1997, 135), die hier unter Motorik und Sensorischer Integration aufgeführt wurden (s. o.).

### • Entwicklungsdiagnostik

Die Diagnostik im Vorschulalter körperbehinderter Kinder und die Diagnostik schwerstbehinderter Kinder berufen sich in ihren Aussagen vielfach auf *Entwicklungsskalen*, d.h. auf normorientierte „Meilensteine“ frühkindlicher Entwicklung. Die Anwendung dieser Skalen setzt voraus, dass sich die Diagnostiker bewusst an ein Modell (alters)gleicher Entwicklungsverläufe und Entwicklungsstrukturen halten. Aber der Vergleich von Entwicklungskompetenzen körperbehinderter Kinder mit statistischen Durchschnittswerten ist nur von eingeschränktem Wert für eine Förderdiagnostik. Zwar halten bezüglich der kognitiven Entwicklung auch Kinder mit Körperbehinderung „eine klare Reihenfolge der Entwicklungsstadien ein“, sie zeigen jedoch „größere Variabilität“ (Ferretti 1998, 208), die altersbezogenen Verläufe und Strukturen sind individuell unterschiedlich. Die existierenden Entwicklungsskalen sind zudem sehr grobe Verhaltensraster, die bei unkritischer Anwendung eher die Gefahr der Festschreibung von Defiziten bergen, als dass sie die differenzierte Feststellung individueller Entwicklungskompetenz zulassen. Für eine Förderdiagnostik schwerstbehinderter Kinder sind sie im Grunde ungeeignet, weil deren Verhalten in diesen Skalen nicht erfasst wird, „vorhandene Kompetenzen können unbemerkt bleiben“ (Haupt 2003a, 143).

Trotzdem kann eine normorientierte Diagnostik mit Hilfe von Entwicklungsskalen in der Frühförderung von Kindern mit Körperbehinderung Hinweise auf Entwicklungsgefährdungen liefern, die über die subjektive Sicht einzelner Fachleute oder Laien hinausreichen können.

Folgende Entwicklungsskalen liegen vor: „Denver-Entwicklungsskalen“ (Flehmg u.a. 1973), „Sensomotorisches Entwicklungsgitter“ (Kiphard 2014), „Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik“ (Hellbrügge 1994; zur Anwendung bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen; vgl. Stotz 2000, 76ff), „Griffiths Entwicklungsskalen“ (Brandt/Sticker 2001), „Sensomotorische Förderdiagnostik“ (Sinnhuber 2014). Die „Ordinalskalen von Uzgiris/Hunt“ (Sarimski 1987) sind insofern von besonderer Bedeutung, als sie im Gegensatz zu den genannten Entwicklungsgittern keinen primär quantitativen Vergleichsmaßstab darstellen, sondern qualitative Aussagen über die kognitiven Verarbeitungsfähigkeiten des Kindes erlauben; sie können als „angewandte Form der Entwicklungskonzeption von Piaget“ gelten (Stotz 2000, 74). Bei all diesen Verfahren, die für die Untersuchung nichtbehinderter Säuglinge entwickelt wurden, sind die gestellten Aufgaben jedoch sehr komplex und sprechen oft mehrere Kompetenzen gleichzeitig an. Motorische Anforderungen können von Kindern mit Körperbehinderung nicht immer bewältigt werden, beeinflussen aber das Ergebnis ganz erheblich. Haupt (2003a, 143) hält sie deshalb für die Arbeit mit schwer- oder schwerstbehinderten Kindern für ungeeignet.

„Die neue Komplexität im Verständnis der kindlichen Entwicklung macht eine Diagnostik erforderlich, die der Natur eben dieser Komplexität entspricht. Eine solche Diagnostik muss zunächst notwendigerweise ‚unschärfer‘ wirken, weil sie ja nicht mehr davon ausgeht, dass die Entwicklung des Kindes klar erkennbar und direkt beeinflussbar ist. Aber diese Diagnostik muss dennoch in ihrem Ziel und Vorgehen klar sein und in ihrem Ergebnis dazu taugen, in der Praxis der Frühförderung richtungweisend zu sein“ (Jetter 1999a, 73).

## 4.2 Vorschulische Förderung

Die vorschulische Rehabilitation von Kindern mit Körperbehinderung umfasst eine Reihe inhaltlicher, organisatorischer und institutioneller Fördermaßnahmen, die unter dem Oberbegriff *Frühförderung* zusammengefasst werden. Die Bedeutung früher Förderung (körper)behinderter Kinder liegt in der großen Beeinflussbarkeit und Lernfähigkeit des frühkindlichen Organismus sowohl hinsichtlich der körperlichen und kognitiven als auch der sozial-emotionalen Entwicklung. Das eröffnet vor allem in dieser Altersphase die Möglichkeit, durch Prävention einer möglichen Verstärkung der Auffälligkeiten der Kinder entgegenzuwirken, Schädigungen durch Fördermaßnahmen kompensieren zu helfen und dadurch die existenzielle Basis der Kinder zu stabilisieren. Übergeordnetes Ziel ist es, der Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes durch Kompetenzförderung zu dienen. Elemente der Frühförderung sind *Früherkennung/Frühdiagnostik, Frühbehandlung/Therapie* und *pädagogische Frühförderung einschließlich Elternberatung*. Frühförderung ist ein punktuelles (stundenweises) Geschehen und muss organisatorisch von größeren Strukturen, wie inklusiv

arbeitenden Kindergärten bzw. Kindertageseinrichtungen, abgegrenzt werden. Die Organisation der Frühförderung von Kindern mit körperlichen Behinderungen ist allerdings Teil inklusiver Betreuung in diesen Einrichtungen.

Eine systematische und umfassende Frühförderung, die neben medizinischen und therapeutischen Maßnahmen auch die pädagogische Arbeit einbezieht, entwickelte sich in den 1950er-Jahren aus Einzelinitiativen von Vertretern verschiedener Berufsgruppen über den Aufbau punktueller professionsbezogener Beratungsstellen. Hieraus entstand dann ein flächendeckendes Netz von Frühfördereinrichtungen mit interdisziplinärer Kooperation bis hin zur Entwicklung „makrosystemischer Zentrierungsversuche“ (Speck/Thurmair 1989, 13ff). Diese Entwicklung hat sich inzwischen rechtlich im Sozialgesetzbuch IX von 2001 niedergeschlagen, insbesondere in den §§ 22–25 zur Einrichtung gemeinsamer Servicestellen der verschiedenen Träger für behinderte Menschen. Dort sind u.a. Leistungen zur komplexen Früherkennung und Frühförderung vorgesehen im Rahmen sozialer Inklusion behinderter Kinder (Fuchs 2001, 150ff). Die Frühförderung wird damit auch organisatorisch mit größeren sozialen Strukturen (Kindergärten, Schulen) verzahnt, um Kontinuität der Rehabilitation zu gewährleisten und die komplizierte Mischfinanzierung der unterschiedlichen Leistungen verschiedener Träger (zuständig sind z.B. Krankenkassen, Sozialbehörden, Kultusbehörden, private Träger) zu regeln.

In der DDR fiel die Früherfassung geschädigter Kinder in die Zuständigkeit des Gesundheits- und Sozialwesens, und die pädagogische „Früherziehung geschädigter Kinder“ gehörte in den Bereich des Volksbildungswesens (vgl. K.-P. Becker 1984; R. Becker 1988 u. 1989). Dabei wurde mehr oder weniger streng arbeitsteilig in den Institutionen sozialmedizinischer Betreuung und den pädagogisch orientierten Krippen, Kindergärten und Beratungsstellen vorgegangen (Baronjan/Sammler 1995, 136ff).

Im Jahr 2010 gab es etwa 1300 interdisziplinär arbeitende Frühfördereinrichtungen (Leyendecker 2010, 16; Sohns 2010, 17). Ein wichtiger Impuls für die Schaffung eines flächendeckenden Netzes von regionalen Frühförderstellen und vor allem für die pädagogische Arbeit innerhalb der Frühförderung waren die Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates „zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ von 1973/74 (Speck 2008, 457). Frühförderstellen sind in unterschiedlicher Trägerschaft (u.a. auch von Kinderneurologischen Zentren für schwerer behinderte Kinder). Die Frühförderung erfolgt ambulant oder als Hausfrühförderung (Wilken, E. 1999, 45ff). Sie erstreckt sich auf das gesamte Vorschulalter und wird im Kindergartenalter (3–6 Jahre) in Sonderkindergärten und in Kooperation mit inklusiv arbeitenden Kindergärten durchgeführt (zur Praxis der Frühförderung in den einzelnen Bundesländern vgl. Sohns 2010, 151ff).

Frühförderung wird heute wissenschaftlich allgemein unter systemischen Gesichtspunkten betrachtet, um der Vernetzung unterschiedlicher Förderansätze der Betei-

ligten (Eltern, Mediziner, Therapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen) gerecht zu werden. Sie kooperieren „in Abgrenzung und eben doch in Zusammenarbeit“ (Wilken, E. 1999, 16) und bilden ein offenes System bei Wahrung der Identität jeder Profession (Sohns 2010, 92ff). Durch diese (Denk- und Handlungs-)Perspektive wird vermieden, dass jede Gruppe ihren Förderansatz verabsolutiert und „Divergenzen zwischen Teileinheiten destruktiv werden“ (Speck/Thurmair 1989, 11). Schlienger/Jantsch (1994) haben zur Systematisierung interdisziplinärer Kooperation in Anlehnung an norwegische und amerikanische Frühförderansätze als methodisches Konzept einer „fallbezogenen Reflexion“ (ebd., 35) das K.R.E.I.S.-Verfahren entwickelt („Kooperative Reflexion zwischen Eltern und Interdisziplinären Systemen“). Es basiert u.a. auf dem Empowerment-Gedanken und der Kooperativen Pädagogik körperbehinderter Kinder von Schönberger. Dabei geht es in der Praxis um die Gestaltung einer Gesprächssituation mit der Zielsetzung, eine von den Eltern und Fachleuten angestrebte Gemeinsamkeit von Verstehen und Handeln für das im Zentrum stehende Kind und seine Familie zu erreichen. Diese gleichberechtigte Teilnahme aller Beteiligten an den Fallgesprächen ähnelt in der Form Supervisionsgruppen (vgl. Kap. 6), d.h. es werden in regelmäßigen Abständen Gespräche geführt, die bestimmten Regeln bezüglich des Settings, der Moderation und der Gesprächsführung folgen.

Die *Qualitätssicherung* der Angebote von Frühförderstellen im Hinblick auf ihre Struktur (Ausstattung, Organisationsform), Prozesse (Förderkonzeptionen, Interdisziplinarität, Dokumentation) und Ergebnisse (Effizienz, subjektives Wohlbefinden der „Kunden“, Motivation der Mitarbeiter) erfolgt durch fortlaufende Protokollierung, Dokumentation und Selbstevaluation. Qualitätssicherung dient dabei nicht in erster Linie der Erfüllung von Mindestvorgaben, die ökonomisch begründet werden, sondern zuerst der Lebensqualität der Menschen. Beispiele und Fragebögen zu den Evaluationsbereichen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität von Frühförderung geben Korsten/Wansing (2000, 39ff).

### Früherkennung

Innerhalb der Frühförderung ist die *Diagnostik* ein primär medizinisches (aber auch an andere beteiligte Professionen delegiertes) Problem von Vorsorge- und Verlaufsuntersuchungen. Am Anfang jeder Rehabilitation körperbehinderter und chronisch kranker Kinder steht also eine medizinische Diagnose bzw. ein „Etikett“, wenn keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann, um die weitere Organisation von Prävention und Rehabilitation zu gewährleisten. Sie ist in Ermangelung von sicheren prognostischen Möglichkeiten immer nur „der Anlass für besondere Maßnahmen [...] niemals eine verbindliche Vorschrift“ (Jetter 1984, 268). Medizinische Diagnostik im weitesten Sinne ist Bestandteil der Leistungen der Krankenkassen, bei denen sich das Anliegen der Prävention von Behinderung immer mehr durchgesetzt hat. Von besonderer Bedeutung für die Eltern sind die Untersuchungen zur

Früherkennung und Vorsorge U1–U9, die bis zum 6. Lebensjahr (die U9 spätestens bis 5 Jahre und 4 Monate) aller Kinder durchgeführt werden sollten (vgl. Erläuterungen zum „Gelben Heft“ von Brüggemann 1991, 32ff). Sie stecken einen umfassenden Rahmen von Symptomen ab, die bei positivem Befund zu weiterführender Diagnostik insbesondere bei „Risikokindern“ führt. Die Vorsorgeuntersuchungen betreffen die körperliche und geistige Entwicklung und schließen Suchverfahren (Screenings) nach Stoffwechselstörungen und Mangelzuständen ein. Bei Verdacht auf Entwicklungsauffälligkeiten werden dann zunehmend differenzierte diagnostische Verfahren eingesetzt und u.U. Psychologen und Pädagogen hinzugezogen (*zur pädagogischen Frühdiagnostik* s. Kap. 4.1 u. vgl. Thurmair/Naggl 2000, 61ff). Die medizinische Diagnose dient vor allem auch der Ursachenklärung (die Ätiologie bei der Diagnose „Entwicklungsstörung“ bleibt jedoch in bis zu 50 % der Fälle unklar; Speck 1989, 37) und der Einleitung von präventiven Maßnahmen im Sinne einer interdisziplinären Frühbehandlung bzw. Therapie.

Nach Stellung der Diagnose erfolgt die Information der Eltern durch den Arzt. „Dieses *Diagnoseeröffnung* genannte Gespräch ist für alle Beteiligten eine schwierige und belastende Situation“ (Lambeck 1992, 12; Sohns 2010, 136ff), die Eltern von Kindern mit Körperbehinderung häufig als Trauma erleben, das sie oft viele Jahre verfolgt. Mediziner bedürfen spezieller Hinweise für den Umgang mit betroffenen Familien, um zu einem konstruktiven Bewältigungsprozess beizutragen (siehe den Leitfaden für die Diagnoseeröffnung von Lambeck 1992).

### Frühbehandlung

Bei den meisten Kindern mit Entwicklungserschwernissen sind die Möglichkeiten *medizinischer Therapie* im Rahmen der Frühförderung begrenzt. Eine spezifisch medizinische Frühtherapie erfolgt nur bei Indikation von diätetischen Maßnahmen, Hormonsubstitution und Medikamenten z.B. bei Stoffwechselstörungen, Drüsens-funktionsstörungen oder frühkindlichen Anfallsleiden als Dauertherapie oder bei vorübergehenden Erkrankungen als Akuttherapie (Speck 1989, 39).

Zentrale Bedeutung für die Rehabilitation von Kindern mit Körperbehinderung hat die *Physiotherapie* (Wilken, E. 1999, 130ff; Tietze-Fritz 1997, 326ff). Dabei handelt es sich um neurophysiologisch begründete Interventionsmaßnahmen, die bewegungsbehinderten Kindern die Harmonisierung der Beweglichkeit und des Bewegungsempfindens ermöglichen sollen. Eine Erleichterung und Erweiterung der Handlungsfähigkeit durch Kontrolle von Haltung und Bewegung in einem sensomotorischen Lernprozess begünstigt die Entwicklung und führt zu größerer Selbstständigkeit. Physiotherapie findet ein großes Anwendungsfeld bei allen Kindern mit Körperbehinderung (cerebrale Bewegungsstörungen, Querschnittlähmungen, Verformungen der Wirbelsäule, Fehlstellungen des Hüftgelenks und des Fußes, neuromuskuläre Erkrankungen, Verletzungen und Traumata, Schwerstbehinderung), aber auch bei allgemein pädiatrischen und chronischen Erkrankungen



(Herzfehler, Erkrankungen der Atemwege, rheumatische Erkrankungen, Tumoren). Neben allgemeiner Behandlung mit passiven und aktiven Techniken (Stellung, Bewegung, Gang, Lagerung) gelangen Methoden zur Anwendung, die aus den Arbeiten einzelner Wissenschaftler hervorgegangen und nach ihnen benannt sind. Die Indikation für bestimmte Therapiekonzepte ist noch weitgehend ungeklärt und in der Praxis zufallsabhängig. Jedes Konzept wird in eigener Tradition weitergegeben. Eine neurophysiologische Synthese der Konzepte steht noch aus. Die weiteste Verbreitung finden heute die hochentwickeltesten Methoden von Bobath (1983), Voita (1988) und Kabat (vgl. Voss u.a. 1988), daneben aber auch spezielle krankengymnastische Maßnahmen wie etwa die Bewegungstherapie im Wasser. (Zu *krankengymnastischen Konzepten* vgl. Kap. 2.2)

In der *Ergotherapie* (gr. *ergon* = Arbeit; frühere Bezeichnung: Beschäftigungstherapie) werden die überwiegend grobmotorisch bestimmten Maßnahmen der Physiotherapie durch feinmotorische Aufgabenstellungen ergänzt. So ist Ergotherapie vor allem indiziert, wenn entwicklungsbedingte Erschwernisse der sensorischen Integration als Primärstörung oder als Sekundärstörung (bei körperlicher Behinderung) vorliegen: Störungen des taktil-kinästhetischen Systems, des vestibulären Systems, des auditiven Systems, des visuellen Systems sowie Störungen der Körperorientierung und Dyspraxie (Pflüger 1993, 59ff; Hügel 1996, 9ff). Als Interventionsmethoden der Ergotherapie dienen Wahrnehmungstraining (Schilling 1994, 24ff), sensorische Integrationsbehandlung auf der Grundlage von Jean Ayres (1984; vgl. Fisher/Murray/Bundy 1998) und Hilfen für alltägliche Verrichtungen wie grobmotorische und feinmotorische Förderung bei Nahrungsaufnahme, Ankleiden und Spiel (Wilken, E. 1999, 114ff). In der ergotherapeutischen Frühförderung werden Eigenschaften und Funktionen von Materialien und Gegenständen wie Creme, Rasierschaum, Sahne, Fingerfarben, Ton, Plastilin, Wolle, Schnüre, Bänder, Stoffe, Decken, Bauklötze, Schachteln u. Ä. eingesetzt (Pflüger 1993, 63).

Die *Logopädie* widmet sich bei Kindern mit Körperbehinderung vor allem dem verbalen und nonverbalen Ausdrucksvermögen von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen und Sprechstörungen im Sinne einer *Dysarthrie* (Störung der Lautbildung durch gestörte motorische Entwicklung), komplexen Sprachentwicklungsverzögerungen und ohne Lautsprache (vgl. Kap. 2.3).

### **Pädagogische Frühförderung**

Die *pädagogische Frühförderung* als Aufgabenfeld der Kooperation von Pädagogen, Psychologen, Motopädagogen und Erziehern ist im Grunde genommen das übergreifende Dach der Förderung kindlicher Kompetenz. Sie stellt Bedingungen bereit, die es dem Kind ermöglichen, seiner Lebensbewegung und seinen Entwicklungsimpulsen zu folgen. Die kindliche Entwicklung kann nur aus dem Kind selbst he-



raus geschehen, sie kann dem Kind nicht aufgezwungen werden. Dieser Grundsatz gilt für alle an der Frühförderung beteiligten Personen und Professionen. Ärzte und Therapeuten sind in diesem Sinne auch Pädagogen. „Kinder mit Behinderungen entwickeln sich nur dann gut, wenn sie ihre eigenen Impulse, ihre eigene Aktivität für ihre eigene Entwicklung einsetzen können“ (Haupt 2000, 11). Der kindliche Organismus wird als autonomes selbstreferenzielles System (Huschke-Rhein 1998, 200; Speck 1989, 19; vgl. Bergeest 1999a) verstanden, das in sich geschlossen, aber nach außen offen für Einflüsse und mit anderen Systemen vernetzt ist. Unter dieser Voraussetzung läuft jede schematische Anwendung von direkten Standardmaßnahmen in der Frühförderung Gefahr, das eigentliche Förderziel zu verfehlen und eher Entwicklungsblockaden zu bewirken. Wer sich in der Frühförderung als Teil eines Netzwerks begreift, wird seine pädagogische Rolle entsprechend non-direktiv definieren. Forderungen an das Kind sind damit nicht ausgeschlossen, denn Kinder mit Entwicklungsproblemen können auch unterfordert werden, wenn ihre Intention zu schwach ist: „Es braucht daher im richtigen Moment Anregung von außen, dann nämlich, wenn es eine Spur von Bereitschaft zeigt. Wird seine diffuse, wenig zielgerichtete Suche nach Aufmerksamkeit übersehen, zieht sich das Kind wieder zurück und seine Aktivität erlischt“ (Aly 1998, 65).

Der Prozess der Frühförderung folgt demnach einem „ökologischen Programm“ (Speck 1989, 18ff). Die frühkindlichen Entwicklungsbedingungen werden gefördert. Dazu gehört die Bereitstellung von Möglichkeiten, die beständige Suchbewegung des individuellen *Organismus* zu unterstützen: auf dem Weg der Reduktion von komplexer Information über die Welt durch die Schaffung von Ordnungen, bei ihrer Erkundung und Gestaltung, bei personalen Kontakten und Ablösung, bei der Suche nach emotionaler Stabilität und existenzieller Sicherheit und einer Balance zwischen Stabilität und Instabilität (vgl. Kap. 2.13). Weitere Bedingungen sind die das Kind umgebenden Systeme, die *Familie*, die *Therapeuten* und *Pädagogen*, die einerseits in professionsübergreifender Kooperation in Austausch mit dem Kind stehen („Kokreativität“; v. Lüpke/Voß 1997, 41), andererseits aber auch auf die Balance ihrer eigenen (operational geschlossenen) Binnenstruktur angewiesen sind. Konkrete Arbeitsbereiche sind in diesem Zusammenhang Elternarbeit (auch im Hinblick auf die Stützung des Familiengleichgewichts und die Behinderungsverarbeitung, s.u.), Teamgespräche, Fortbildung und Austausch mit anderen Organisationen, aber auch Supervision und Selbstreflexion der Pädagogen (s. Kap. 6).

Spezifische *pädagogische Aufgaben* im Rahmen der Frühförderung sind (Wilken, E. 1999, 30f; Kautter u.a. 1998, 119f):

1. Beitrag zur diagnostischen Abklärung im Rahmen der interdisziplinären *Diagnostik*
2. Pflege einer entwicklungsfördernden *Beziehung* und Atmosphäre

3. Unterstützung der Kommunikationsbereitschaft, des sozialen Verhaltens und der Konzentrationsfähigkeit im *Spiel*
4. Hilfen bei der Bewegung und der *Anregung der Sinne*, bei der Entwicklung von Körpergefühl, bei der emotionalen und kognitiven Entwicklung, beim Erwerb lebenspraktischer Fertigkeiten

Zum *ersten Aufgabenbereich*, der Diagnostik, vgl. Kap. 4.1.

Der *zweite Aufgabenbereich* der Beziehungspflege ist gekennzeichnet durch die Qualität des Kontakts zum Kind in „ritualisierter Kontinuität“ ohne Ambivalenzen, Brüche, Wechsel und Unsicherheiten (Leyendecker 1999a, 313). Die Beziehung zum Kind und seinem Umfeld wird im Vordergrund der pädagogischen Arbeit stehen, während weitere pädagogische Interventionsmethoden eher zurücktreten. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich nicht auf einzelne Funktionen, sondern auf den gesamten Ausdruck des Kindes. „Frühbehandlung und Frühförderung wirken meist nicht methoden- oder behandlungsspezifisch, sondern mittelbar; d.h. es ist im wörtlichen Sinne die Art der ‚Vermittlung‘, die Beziehung, die die Wirkung ausmacht“ (Leyendecker 1997, 116). Die Operationalisierung pädagogischer Beziehungen ist in der Fachwelt bisher selten erfolgt; aus systemischer Perspektive sollten sie jedoch eher „respektvoll“ beobachtend und weniger dynamisch eingreifend sein. Der Kontakt zum Kind wird als Gestaltung der „*Berührung an der Peripherie*“ in Abgrenzung zu „Distanz“ und „Dominanz“ definiert. Pädagogische Gestaltungsqualitäten basieren auf Grundprinzipien von Respekt und Empathie (weitere Prinzipien siehe Bergeest 1993). Beziehungsqualitäten werden auch bei Körperkontakt für das Kind in basaler Weise spürbar. „Adäquater Körperkontakt [...], der für Eltern und Fachkräfte in der Frühförderung erschwert“ sein kann, wenn die Kinder wegen behinderungsbedingter veränderter Muskelspannung in unerwarteter Weise reagieren, setzt die Bereitschaft zu emotionaler Offenheit voraus (in Abgrenzung zu professioneller Distanz): „Ohne emotionale Offenheit ist Körperkontakt eine schmerzliche Erfahrung“ (Haupt 1980, 489). Andererseits kann schon eine einfache konzentrierte und zugewandte Berührung mit der Hand sehr unruhige Kinder augenblicklich beruhigen.

Unter diesem Aspekt ist auch die Frage nach dem *bestmöglichen Zeitpunkt* des Beginns der Frühförderung neu zu stellen. Neurophysiologisch begründete sich die Auffassung, dass bei körperbehinderten Kindern und Risikokindern aus Gründen der Plastizität neuronaler Strukturen in den ersten Lebensmonaten und -jahren die Förderung so früh wie möglich beginnen sollte. Das war schon immer eine sehr verengte, mechanistische Sicht. Die ganzheitliche Perspektive muss auch neurophysiologische Prozesse stets im Zusammenhang mit Motivation und Beziehungsqualitäten des Kleinkindes sehen (Leyendecker 1999a, 299ff). „Krankengymnastische Frühförderbehandlung, die darauf zielt, Entwicklungsschritte ‚anzubahnen‘ oder vorwegzunehmen, kann ein Frühgeborenes enorm unter Druck setzen. Sie kann

sein noch labiles Befinden stören und seine noch schwach entwickelte emotionale und motorische Eigeninitiative blockieren“ (Aly 1998, 38). Analog gelten diese Bedenken auch hinsichtlich früher Förderung von Kindern mit Körperbehinderung, wenn nicht die besondere Beziehungsstruktur und Bindung zwischen Kleinkind und Mutter in Therapiemaßnahmen einbezogen werden und Beginn und Ausmaß der Frühförderung bestimmen (Ritter 1999, 91ff).

Schwerpunkt der pädagogischen Arbeit im *dritten Aufgabenbereich* liegt darin, in enger Verflechtung mit Aufgaben der Physiotherapie (besonders bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen) und der Ergotherapie die *Spielimpulse* des Kindes zu unterstützen. Innerhalb der Frühförderung erfolgt das Spiel in der vorbereiteten (aber veränderbaren) Umgebung des häuslichen Bereichs, der Frühförderstelle oder des Kindergartens.

Es ist der Weg der Entwicklung von *Konzentration* als individueller Prozess der „Normalisation“ (Montessori) und das „Erleben der eigenen Person in [...] Selbstvergessenheit und Selbstvergewisserung“ (Fischer 2000, 89). Das Kind erhält im lustvollen freien Spiel die Möglichkeit zur Aneignung von Weltbezug, Sozialbezug, Kooperation, Regeln und Rollen. Es erfährt sich als aktives, offensives Individuum, das bewirken und gestalten kann und erfolgreiche Erfahrungen autonomer Lebensvollzüge macht, die es „unter normalen Lebensumständen nicht ausprobieren könnte“ (Fisher/Murray/Bundy 1998, 78). Es geht im weitesten Sinne um die frühe (rechtzeitige) Förderung von „Empowerment“, bei der ursprüngliche Durchsetzungs- und Abwehrimpulse verstärkt werden, wie sie schon bei 4 Wochen alten Säuglingen offensichtlich sind (Ziemen 1995, 71ff). Auch wenn „nur“ mit ihnen gespielt wird, entsteht damit zugleich für viele Kinder mit Körperbehinderung ein Gegengewicht zur mannigfaltigen, oft unabdingbaren passiv erlebten Behandlung im Zuge der Rehabilitation, und häufig lernen sie dabei auch erst zu spielen und damit ihren natürlichen Impulsen zu folgen („Nichts bereitet uns mehr Unbehagen, als ein Kind zu sehen, das nicht spielt“; West 1888 zit. n. Fisher/Murray/Bundy 1998, 75). Die Entwicklungsförderung durch das Spiel findet auf drei Ebenen statt (Thurmair/Naggl 2000, 85ff): (1) Das Lernen und Üben von Funktionen (Training und Konzentration); (2) Entwicklungsförderung im Handeln (Veränderung von Realität); (3) Spiel als sinnstiftende Tätigkeit (Projektionen des Kindes in die Spielsituation). In den ersten Lebensjahren entwickeln sich zunächst das Funktionsspiel oder Sensomotorische Spiel, dann das Konstruktionsspiel, das Rollenspiel (beide auch mit Symbolfunktion, vgl. Piaget 1996) und schließlich das Regelspiel (vgl. Einsiedler 1991; Mogel 1994; zur „Entwicklung der Spielformen“ vgl. Heimlich 2001). Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang der gestalterische Ausdruck des Kindes. Alle Kinder und vor allem belastete Kinder wollen sich über ihre Kreativität mitteilen.

Das Spiel erhält bei vielen körperbehinderten und chronisch kranken Kindern u.U. eine besondere Färbung durch die Notwendigkeit von Hilfestellung und Bewegungserleichterung, durch Erfahrungsmangel, Spannungslosigkeit, Mangel an Geschlossenheit aufgrund häufiger äußerer Störungen (es ist nicht so leicht, ein unterbrochenes Spiel bei nächster Gelegenheit wieder aufzunehmen) und Mangel an Polarisation der Aufmerksamkeit. Dies beeinflusst das „Moment der inneren Unendlichkeit“ als ein Wesensmoment des kindlichen Spiels (Scheuerl 1990, 67ff). Auch die *Nachahmung* im Spiel ist durch Bewegungsbeeinträchtigung und Erschwerung der Leistung sensorischer Integration betroffen. Diese Färbungen sind Hinweise auf entsprechende Förderbedürfnisse betroffener Kinder insbesondere im Hinblick auf freies Spiel und gestalterischen Ausdruck.

Eng verwoben mit Spiel in der vorbereiteten Umgebung sind die Schwerpunkte der pädagogischen Arbeit im *vierten Aufgabenbereich*, der Unterstützung von Erkundungs- und Suchbewegung des Kindes durch Bereitstellung von Möglichkeiten, alle seine Sinne einzusetzen. Wie beim Spiel wird auch hier nur der Weg beschritten, den die Kinder vorgeben. So etwa beim alltäglichen Paradoxon im Verhalten von Kindern in der Frühförderung: „Das Kind kann bestimmte Reize nicht diskriminieren, verlangt aber nach ihnen“ (Fisher/Murray/Bundy 1998, 455). Häufig wollen beispielsweise Kinder, deren Organismus Schaukel- und Drehbewegungen unvollständig integriert hat, immer wieder auf die Schaukel. Zur Veranschaulichung bietet sich hier die Metapher des „Baums der Erkenntnis“ an (Bergeest 1999b, 200), dem für sein Wachstum entsprechende Reizkonstellationen geboten werden, aus denen sein Organismus auf der Suche nach höheren Funktionen kognitiver Entwicklung, körperlicher Sicherheit, emotionaler Stabilität, Sprache und sozialer Teilhabe durch *Begreifen, Erfassen, Behalten, Verstehen, Vorstellen* und *Wahrnehmen* der Welt Impulse zieht.

Alle Kinder wollen sich vom Boden erheben und den Raum erobern (es sei denn, sie haben aufgrund ihrer Erfahrungen mit schwerster Behinderung resigniert). Die Raumeroberung ist von ganzheitlicher Bedeutung.

„Das Raumerleben ist vor allem emotionaler Art. Der Raum ist gefühlsmäßig gefüllt. Er besteht unter anderem aus dem, was auch der Erwachsene später noch als die Atmosphäre des Raumes erlebt. Das Raumerleben ist mittezentriert. Er wird vom jeweiligen Standpunkt aus erlebt und in seiner Ausdehnung (oben/unten/rechts/links) aufgebaut“ (Marbacher Widmer 1997, 11).

Dazu bedarf es der systematischen Einbeziehung der sensorischen Entwicklungssysteme von Seiten der Pädagogen und eines Repertoires von Spielmöglichkeiten, die den Reizerwartungen der Kinder genügen. Schwerpunktbereiche sind: Basiserfahrungen der Propriozeption durch Vibration, vestibuläre Anregung und psychomotorische Anregung (vgl. Hachmeister 2006) sowie der Exterozeption durch taktil-kinästhetische Anregung („Weltbegreifen“; Liechti 2000), visuelle, auditive und gusto-olfaktorische Anregung durch Bewegungspädagogik, Rhythmik und Musik (vgl. Zuckrigl/Helbling 1994; Tietze-Fritz 1997, 298ff). Zur Verbindung

von Spiel und Sensorischer Integration in der Praxis gibt es eine Vielzahl von systematischen Zusammenstellungen (vgl. Schilling 1994). Sie gründen alle auf Vorarbeiten von Ayres, Affolter, Frostig und Kiphart (Leyendecker/Horstmann 1997, 136ff), haben in der Regel eher Übungscharakter und gehen weniger von den Spielimpulsen der Kinder selbst aus.

Den Rahmen der Förderung sensorischer Integration bildet die Gestaltung von „Alltagssituationen“, „Situationen der Beobachtung und des versuchsweisen Eingreifens“ und „Situationen offener und zielgeleiteter Kooperation“ mit den Kindern (Jetter 1984, 186ff). Hervorzuheben ist die Gestaltung von *Alltags-handlungen*: z.B. das Ankleiden, die Nahrungsaufnahme, die Sauberkeitserziehung.

Die Spezifika einzelner Behinderungsformen erfordern darauf abgestimmte Fördermaßnahmen. So gilt es beispielsweise, die besonderen Bewegungsmuster von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen zu berücksichtigen, die in ihrer motorischen Entwicklung oft „Umwege“ machen müssen (Aly 1998, 112ff). Spina Bifida-Kinder können eine deutlich langsamere Entwicklung nehmen und benötigen u.U. spezielle Bewegungsangebote, um Fehlstellung und Fehlhaltungen zu vermeiden (ebd., 94ff). Schwerstbehinderte Kinder brauchen insbesondere basale Fördermaßnahmen wie Unterstützung des Saugens und Greifens sowie wertschätzende Pflege (Praschak 1999, 82ff; vgl. Fröhlich 1991 u. 1998).

Umfang und Qualität früher Förderung ist zudem häufig abhängig von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen:

„Kinder aus reichen Familien kommen oftmals bereits in frühem Alter in den ‚Genuss‘ exklusiver Bildungs- und Förderangebote [...] Die andere Seite der Medaille sind Kinder am unteren Ende der Gesellschaft. Sie werden durch Armut- und Benachteiligungsprozesse gesellschaftlich und bildungsmäßig ‚abgehängt‘, exkludiert. Gerade Säuglinge und Kleinkinder, die auf Grund ihrer schwierigen Lebensverhältnisse (Armut, Benachteiligung, Randständigkeit) in ihrer Entwicklung gefährdet sind, bekommen oftmals erst verspätet oder überhaupt nicht die Hilfen, die sie bräuchten“ (Weiß 2012, 43).

Ökologisch eingebettet ist die Arbeit mit dem Kind in Kooperation und Interdisziplinarität der Förderung. Dabei bestimmen neben der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter (Ausbildung, Fortbildung und Austausch von Fachwissen) „auch die Arbeitsbedingungen und die menschlich-fachliche Qualität der Zusammenarbeit und zwar im Team ebenso wie mit den Eltern“ maßgeblich die Wirkung der Frühförderung (Speck 2008, 463); zu Bedingungen der Arbeit in Frühförderstellen vgl. die empirischen Untersuchungen von Peterander/Speck (1999, 471ff).

Zentrale Bedeutung haben Familiennähe und *Zusammenarbeit mit den Eltern*. Die Eltern sind die primären Erzieher der Kinder und am engsten mit ihnen vertraut. Ihre „Alltagstheorien“ zur Entwicklung der Kinder dürfen nicht unterschätzt werden (außenstehende Fachleute sehen immer nur einen kleinen Ausschnitt des fa-

miliären Normen- und Wertesystems). Auf sie als „Experten“ für ihr eigenes Kind baut die professionelle Frühförderung, die ihre Förderziele am familiären Umfeld der Kinder orientiert (Weiß 1989, 74; Speck 2008, 469ff). Nur die Familie bietet den Kindern die für ihre Entwicklung notwendige Sicherheit, Geborgenheit und „Verwurzelung“ (Gebauer/Hüther 2001), die bei Kindern mit Körperbehinderung in besonderem Maße gefährdet sein können. Es gibt eine Reihe von Modellen, wie die Eltern in die Frühförderung einzubeziehen sind: das Laienmodell, das Ko-Therapeutenmodell, das Kooperationsmodell. Diese Ansätze werden seit Jahren kritisch reflektiert (Weiß 1989, 86ff; Schlack 1997, 17ff). Das Kooperationsmodell gegenseitiger Ergänzung bei eigenständigen Verantwortungsbereichen ist heute weitgehend unumstritten. Für die Eltern selbst und die Familie bedeutet die Zusammenarbeit auch eine „Unterstützung des Coping-Prozesses [...] auch im Sinne des Empowerment-Ansatzes“ (Ziemen 1995, 71ff).

Die Evaluationsforschung zur „Wirksamkeit“ von Frühförderung legt den Schluss nahe, dass es sich hier auch um ein „Geflecht von wechselseitigen und auch indirekten Wirkungen“ handelt. D.h. dass entwicklungsgefährdeten und behinderten Kindern und ihren Familien im frühen Lebensalter der Kinder größere Beachtung zuteil und ihr Selbstbewusstsein gestärkt wird, stellt per se ein Förderpotenzial dar; das schließt die Akzeptanz des So-Seins der Kinder ein (Weiß 1995, 69).

Die Operationalisierung der *pädagogischen* Förderung orientiert sich an folgenden Förderprinzipien (vgl. Doering/Doering 2001; Lapierre/Aucouturier 1998; Esser 2000; Gebauer/Hüther 2001):

- Prinzip des Dialogs: Personaler Austausch zwischen Individuen; Aufgreifen von Lebensbewegung und Neugierverhalten; kindzentrierte Berührungen und Hilfestellung; deutliche Reaktionen und Haltungen, eindeutige und klare Gestik und Sprache; Schaffung von *sozialer Verlässlichkeit* („Verwurzelung“)
- Prinzip der Selbstorganisation: Freiwillige, lustvolle Handlungen in vorbereiteter Umgebung; *selbstbestimmtes, freies Spiel* (Manipulieren, Beobachten, Verändern, Nachahmen)
- Prinzip der Sensomotorik: Bewegungserleichterung; propriozeptive, exterozeptive und feinmotorische Erfahrungen; *Funktionsspiele*
- Prinzip der Konstruktion: Gestaltung persönlicher Konstrukte der Welt; Fantasien in Pläne umsetzen, Bauwerke schaffen, Kneten, Malen in Verbindung mit Erkennen, Prüfen, Verstehen, Durchhalten und zweckgerichtetem Handeln; *Konstruktionsspiele* (mit Hilfestellung bzw. individuellen motorischen Lösungen)
- Prinzip der Symbolik: Erfahrungen verbinden sich mit Emotionen, die in direkter Beziehung zur eigenen Geschichte stehen; *symbolisches Spiel* in Höhlen, auf Türmen, Türme bauen und umwerfen, mit freiem emotionalem Ausdruck und symbolischer Sprache; *Rollenspiele* (mit individuellen Lösungen bei Problemen motorischer Nachahmung); Aktivierung unbewusster Prozesse bei Konstruktions- und Rollenspiel
- Prinzip der Balance: *Dynamik von Stabilität und Instabilität*; Austesten von neuen Lernsituationen und damit verbundenen Ängsten (Instabilitäten) mit stabiler Rückversicherung bei Bezugspersonen oder auf festem Boden

Die Praxis der Entwicklungsförderung im 1. Lebensjahr lässt sich exemplarisch folgendermaßen darstellen (Pflüger 1993, 29ff):

Allgemeines Kennzeichen ist nach Begrüßungsritualen, Klärung von Motivationen und Abstimmung des Vorgehens zunächst das Bestreben, beim Kontakt mit dem Kind und seinen Bezugspersonen einen *gemeinsamen Rhythmus* herzustellen. Entsprechend dem Entwicklungsalter verläuft die Förderung in vier Kontaktstufen.

- Kontaktaufnahme mit dem Kind (über die Mutter); zunächst über Nahsinne, später auch über die Fernsinne. Beobachtung seines Zustandes und Verhaltens
- Angebote zur Aktivierung der Aufmerksamkeit. Mit dem Kind „atmen“ und gemeinsam die Umgebung erkunden. Vestibuläre Reize (Schaukeln und Wiegen) wecken das Interesse und die Aufmerksamkeit des Kindes. Später treten visuelle und auditive Reize hinzu. Die Sprache wird der instinktiven Elternsprache angepasst. Bei Ankündigung eines neuen Reizes wird auf Blickkontakt des Kindes gewartet (frühe Figur-Grund-Diskrimination).

Bei bewegungsgestörten Kindern erfolgen durch entsprechende Lagerung (Handling) Stütz- und Bewegungserleichterungen

- Aufgreifen von bekannten und Aufbau von neuen Handlungsmustern. Unterstützter Aufbau von Spielhandlungen. Anbahnung von aktiven Bewegungen über zunächst geführte, passive Bewegungen (gemeinsames Anstoßen des Balles). Veränderung der Wahrnehmungs- und Erfahrungsperspektive durch Bewegung mit Möglichkeit des Rückzugs in die alte (sichere, bekannte) Haltung
- Beenden des Förderkontakts. Langsamer (nicht abrupt) Abbau des Aktivitätsniveaus. Spielhandlungen alleine beenden lassen. Austausch mit der Mutter

### Vorschulische Inklusion

Frühförderung von Kindern mit Körperbehinderung ist für das gesamte Vorschulalter in Frühförderstellen unterschiedlicher Trägerschaft (Vereine, konfessionelle Verbände, Wohlfahrtsverbände, öffentliche Hand) und Kinderneurologischen Zentren vorgesehen. Im Krippenalter (bis 3 Jahre) ist die Förderung weitgehend auf diese Förderorte beschränkt. „In einigen Bundesländern liegen zwar schon die ersten Erfahrungen mit *integrativer* Pädagogik in der Kinderkrippe vor. Aber in der Regel beginnt die gemeinsame Erziehung in der BRD mit dem Eintritt in den Kindergarten im Alter von drei Jahren“ (Heimlich 2003, 25). Bis Anfang der 1990er-Jahre waren offiziell im Grunde die Sondereinrichtungen zuständig für die Betreuung von Kindern mit Körperbehinderung im Kindergartenalter (3–6 Jahre). Heute besuchen die meisten dieser Kinder inklusive Kindertageseinrichtungen. Die spezifische Frühförderung für einzelne Kinder findet im Rahmen dieser Einrichtungen in Kooperation mit den zuständigen Frühförderstellen oder niedergelassenen Therapeuten statt.

„Beziehen wir Inklusion auf unser Thema der *Frühförderung*, so lässt sich auf den ersten Blick in fachlicher Hinsicht kein besonderes Spannungsverhältnis erkennen, jedenfalls



wenn man vom Schwerpunkt der Frühförderstellenarbeit ausgeht, nämlich der offenen Zusammenarbeit mit der einzelnen Familie und der stundenweisen Einzelförderung des Kindes“ (Speck 2012, 17).

Es ist also oft eine Verflechtung, jedoch müssen generell Frühförderung und allgemeiner Kindergarten getrennt betrachtet werden.

Im Rahmen rechtlich gestützter vorschulischer Inklusion in allgemeinen Kindertageseinrichtungen geht es nicht mehr um das „Wagnis“, ein Kind mit Körperbehinderung in eine Gruppe nichtbehinderter Kinder aufzunehmen und dort zu fördern, sondern um das selbstverständliche Recht jedes Kindes, am allgemeinen Gemeinschaftsleben teilzunehmen. Die Heterogenität der Gruppe und die Fähigkeiten jedes einzelnen Kindes werden in systemischen Zusammenhängen zelebriert („Wer kann welche Aufgaben innerhalb der Gruppe übernehmen; was kann die Gruppe für den Einzelnen tun?“).

Im Komplex vorschulischer Förderung von Kindern mit Körperbehinderung ist das Modell der Inklusion von außerordentlicher Bedeutung, gilt es hier doch, Prozesse des heterogenen Miteinanders und der gegenseitigen Akzeptierung anzustoßen und auf natürliche Weise in den Jahren größter Flexibilität und Bildbarkeit der Kinder wachsen zu lassen. In keiner anderen Altersgruppe ist die Internalisierung der Selbstverständlichkeit menschlicher Unterschiede so unproblematisch und bedeutsam für ein konstruktives, harmonisches Zusammenleben in dieser globalisierten Gesellschaft.

Der Weg zur Inklusion im Vorschulalter ist deshalb ohne Alternativen. Er steht für das Prinzip der „sozialen Eingliederung durch Normalisierung“ und der Abkehr von „indirekter sozialer Eingliederung“ durch Förderung in Sondereinrichtungen (Speck 2010, 14ff). Er erfüllt damit auch die Vorgaben des SGB IX von 2001, demzufolge behinderte Kinder „nach Möglichkeit [...] nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden“ sollen.

Die *Praxis* vorschulischer Inklusion in Tageseinrichtungen für Kinder hat sich heute weitgehend durchgesetzt und ist in allen Bundesländern vor allem durch *Einzelintegration* gekennzeichnet. Dabei wird bei der Umsetzung des Modells der *Inklusion* ein völliger Verzicht auf Aussonderung angestrebt. Nicht mehr das Kind mit Körperbehinderung muss inklusionsfähig sein, sondern die Tageseinrichtung muss sich anpassen. Die Schaffung von entsprechenden Plätzen in Tageseinrichtungen ist generell unübersichtlich und in Entwicklung begriffen.

Für die Durchführung integrativer Maßnahmen gibt es jedoch noch keine einheitliche rechtliche Regelung. Zudem gilt immer noch die komplizierte „Mischfinanzierung“ integrativer Tagesstätten aus Mitteln der Jugendhilfe (für die Förderung nichtbehinderter Kinder), der Sozialhilfe (für behinderungsbedingten „Mehraufwand“ bei Kindern mit Körperbehinderung) und der Krankenversicherer (bei Maßnahmen medizinischer Frühförderung).

Konzeptionell geht es bei der Inklusion vor allem um das gemeinsame Spiel. „Das gemeinsame Spiel bildet anscheinend aus kindlicher Perspektive höchst attraktive Chancen zur Herstellung von Gemeinsamkeit im Sinne sozialer Integration über alle Verschiedenheiten hinweg“ (Heimlich 1995a, 14). „Behinderungen spielen dabei eher eine sekundäre Rolle [...] Es gibt allerdings auch Kinder, die sehr lange Zeit des Abwartens und vorsichtigen Beobachtens benötigen, bevor sie sich in die lebhaften gemeinsamen Aktivitäten der Kindergartengruppe hineinbegeben“ (Heimlich 2003, 27). Es geht beim gemeinsamen Spiel weniger um Probleme der Auswirkungen von Körperbehinderung als um Fragen nach besonderen Fähigkeiten, die das einzelne Kind in die Situation einbringt.

Die Kinder begegnen sich im *Freispiel* in der Regel weitgehend spontan. Spontane Spielaktivitäten stehen auch im Mittelpunkt des Gruppenalltags, ergänzt durch Elemente *gezielter Spielförderung* in der pädagogischen Frühförderung von Kindern mit Körperbehinderung (s. o.), die dann allen Kindern zur Verfügung stehen (und von den nichtbehinderten Kindern oft besonders gern angenommen werden).

Die Erfahrungen aus Modellprojekten zur Inklusion im Elementarbereich in den einzelnen Bundesländern fanden ihren Niederschlag vor allem auch in vier systematischen Entwürfen, die als Ausgangspunkt für die integrative/inklusive Praxis dienen (und nicht trennscharf sind; Heimlich 1995a, 56ff; 2003, 29f): (1) *Aneignungstheoretischer Ansatz* von Feuser (gemeinsames Spielen und Lernen aller am gemeinsamen Gegenstand); (2) *Psychoanalytisch-prozessorientierter Ansatz* von Reiser (Förderung von Identitätsentwicklung mit Betonung von Interaktionsprozessen auf 4 Ebenen: innerpsychisch, interaktional, institutionell und gesellschaftlich); (3) *Ökosystemischer Ansatz* von Meister (integrative Prozesse sind eingebettet in ein Umfeldsystem; alle Kinder eines Wohnbezirks besuchen den nächstgelegenen Kindergarten); (4) *Situationsansatz* von Dichans (soziales Lernen im gemeinsamen Spiel; Kinder entwickeln Ich-, Sozial- und Sachkompetenz). „Es gilt zunächst festzuhalten, dass sich im Rahmen der Dokumentenanalyse ein bundesweiter Konsens bezüglich der Bedeutung des Situationsansatzes als Ausgangspunkt für eine Konzeption für gemeinsame Erziehung ergeben hat“ (Heimlich 1995a, 56).

### 4.3 Orte schulischer Förderung

Die Schule bereitet alle Kinder mit Körperbehinderung auf das Leben als erwachsenes Mitglied der Gemeinschaft vor. Sie nimmt einen Erziehungs- und Bildungsauftrag wahr. Erziehung ist die zielgerichtete, planmäßige „Einwirkung von Erziehern auf die heranwachsende Generation zum Zwecke der Persönlichkeitsbildung“ (Jank/Meyer 2007, 47); sie kann ebenso auf Repression wie auf Emanzipation des Menschen zielen. Bildung wird traditionell theoretisch bestimmt durch die *materi-*

ale Bildungstheorie, die Quantität und Inhalt erworbenen Wissens in den Mittelpunkt stellt, und durch die *formale* Bildungstheorie, die den Prozess der Bildung als Verwirklichung der im Kind zur Entfaltung drängenden Anlagen (Kreativität, Gestaltungsfähigkeit, Autonomie) sieht. Beide Ansätze werden im Konzept der *kategorialen* Bildung vereint (Klafki 1974, 38ff); es geht von einem wechselseitigen (durch die Kultur bestimmten) Prozess aus, in dem sich die Inhalte dem Menschen erschließen (sie werden „beherrschbar“) und sich der Mensch den Inhalten erschließt (er verändert sich durch sie). In diesem Zirkel von Einwirkung der Kultur auf den Menschen und dessen Rückwirkung auf die Kultur vollbringt jeder Mensch, ob körperbehindert oder nicht, durch Bildung eine kulturelle Leistung.

Kinder mit Körperbehinderung bedürfen besonderer Förderung zur harmonischen Entfaltung ihrer Anlagen. Alle körperbehinderten Kinder, und seien sie noch so schwer und mehrfach geschädigt, sind bildungsfähig und können ihre Anlagen entfalten. Seit den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz von 1994 zur „sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland“ (KMK 1994) und den Ergänzungen durch die „Empfehlungen zu den Förderschwerpunkten körperliche und motorische Entwicklung sowie Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ von 1998 (vgl. Stadler 1999 u. Drave/Rumpler/Wachtel 2000) hat sich der Begriff der *sonderpädagogischen* Förderung bzw. Förderpädagogik durchgesetzt (der nicht mehr nur zu Förderschulen, sondern zu Schulen allgemein in Beziehung gesetzt wird) und wird den Begriffen Erziehung und Bildung zugeordnet und als *schulische Förderung* (im Sinne individueller, spezifischer, begleitender Hilfen) für den Unterricht (körper)behinderter Kinder allgemein benutzt (vgl. Speck 2008).

Als ganzheitlicher Ansatz umfasst der Begriff der schulischen Förderung bezüglich seiner Inhalte sowohl formale als auch materiale Aspekte von Erziehung und Bildung, die als *Bedingungen* Kindern mit Körperbehinderung in der Schule zur Auswahl gestellt werden, um Strukturveränderungen ihres individuellen „Systems“ zu bewirken. Die Förderinhalte sind dabei nicht als „Sonderinhalte“ zu verstehen, die sich grundsätzlich von Inhalten der schulischen Erziehung nichtbehinderter Kinder unterscheiden (Kulturgüter sind für alle dieselben). Es handelt sich vielmehr um eine Differenzierung allgemeiner Inhalte mit je individuell angemessenen Modulationen gemäß den besonderen Lebens- und Entwicklungsschwernissen von Kindern mit Körperbehinderung. Die schulische Förderung hat das Ziel, ihnen ein Höchstmaß an Autonomie und Partizipation, d.h. an Lebensqualität zu ermöglichen.

Schulische Förderung als bewusste Gestaltung der Erziehungsbedingungen bedarf zudem der Formulierung von *Richtzielen*. Legitimierbare Ziele für die Förderung von Kindern mit Körperbehinderung sind nicht von außen vorgegeben, sondern orientieren sich an ihrer individuellen Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit für jeden

einzelnen Schüler. Allgemeine Richtziele des Unterrichts sind die personale Integration (Stabilisierung der Persönlichkeit), die soziale Integration (aktive Gestaltung des sozialen Lebens), Erwerb von Kompetenzen (Sachkompetenzen und Wissen, Sozialkompetenzen, moralische Kompetenzen; vgl. Speck 2008) sowie Kreativität (des Handelns und Denkens; Bergeest 1999b, 193ff). Die Ziele werden konkret durch *Unterrichtsinhalte* erreicht, die mit Hilfe von *Unterrichtsmethoden* vermittelt werden. Am Beginn der Überlegungen stehen dabei stets die Unterrichtsinhalte, die ebenso wie die Richtziele bedeutsam für den einzelnen Schüler sein müssen – Klafki verlangt beispielsweise, dass Lehrer sich immer wieder die Frage stellen, ob sich das, was man den Schülern anzubieten hat, für ihre Lebenswirklichkeit lohnt, und wo die Bedeutung des Inhalts für die Zukunft des Schülers liegt (Jank/Meyer 2007, 205). In der schulischen Förderung von Kindern mit Körperbehinderung spielt das Wecken von Neugier „eine herausgehobene, dauerhafte und gleichzeitig eine äußerst vielschichtige Rolle“ (Fischer 2000, 75), um kreative und schöpferische Energien für die weitere Lebensgestaltung freizusetzen (Fischer 1999, 327).

Organisatorische und institutionelle Fragen schulischer Förderung von Kindern mit Körperbehinderung sind in den jeweiligen Verordnungen über den sonderpädagogischen Förderbedarf der einzelnen Bundesländer festgelegt. Sie betreffen zunächst das diagnostische Problem der Feststellung eines *sonderpädagogischen Förderbedarfs*. Mit dieser Aufgabe werden in der Regel eine oder mehrere Lehrkräfte der infrage kommenden Schule durch die Schulbehörde beauftragt (oder in einigen Bundesländern sogenannte „Mobile Sonderpädagogische Diagnostische Dienste“). Nach der Erstellung eines oder mehrerer förderdiagnostischer Gutachten, in denen die bisherigen und künftigen schulischen Förderbedingungen beschrieben werden (s. Kap. 4.1; vgl. Gutachtenbeispiele in Hedderich 2006, 176ff; Lelgemann 2010, 60ff), fällt die Entscheidung über den „Förderort“.

Zunächst wird der reale Förderbedarf festgestellt, dann der Förderort gesucht. Dieses entspricht dem *Subsidiaritätsprinzip* („Hilfe, Unterstützung“) pädagogischer Förderung. „Übertragen auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen bedeutet dies, dass alles, was aus eigener Kraft bewältigt werden kann, von Fremdbestimmung frei zu bleiben hat. Insofern enthält das Subsidiaritätsprinzip recht verstanden auch einen Schutz der Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit Behinderungen“ (Heimlich 1999, 15).

Förderort ist die Schule, die dem Förderbedarf des Kindes mit Körperbehinderung gerecht wird. Das kann eine inklusiv arbeitende *Allgemeine Schule* bzw. *Schwerpunktschule* sein (s. u.), eine *Schule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung*, eine *Internats- oder Heimschule* oder ggf. auch die *Schule für Kranke*. Auf Antrag der Erziehungsberechtigten kann bei Wunsch nach inklusivem Unterricht oder bei Anfechtung des Förderdiagnostischen Gutachtens eine Fachkommission zur Entscheidungsempfehlung durch die Schulbehörde einberufen werden. Es besteht jedoch grundsätzlich ein Diskriminierungsverbot der Allge-

meinen Schule ohne die Möglichkeit eines sogenannten Ressourcenvorbehalts wegen beispielsweise baulicher, organisatorischer oder finanzieller Hürden. Letztlich entscheidet jedoch die Behörde über die Form und den Ort der Förderung; bei Abweichung vom Wunsch der Eltern ist eine besondere Begründung notwendig. Zur Berücksichtigung von spezifischen Förderschwerpunkten der Kinder ist in einzelnen Bundesländern grundsätzlich Förderung in Kleingruppen und Einzelunterricht zulässig. Ggf. können individuelle Förderpläne (unter Erweiterung der Rahmenrichtlinien und u.U. zeitlich befristet) aufgestellt werden (vgl. entsprechende Verordnung der Bundesländer über die sonderpädagogische Förderung).

Die Ausstattung der Schule ist bedarfsgerecht, wenn neben den spezifischen personellen Möglichkeiten der pädagogischen Förderung (Sonderschullehrer, pädagogische Fachkräfte) auch dauerhaft Möglichkeiten der therapeutischen und pflegerischen Versorgung (vgl. Lelgemann/Kuckartz 2003) sowie des Transports mit der entsprechenden personellen Ausstattung gegeben sind (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Fahrdienst). Das kann auch so organisiert sein, dass das Personal nach Bedarf die Schule aufsucht oder umgekehrt die Schüler therapeutische Behandlung außerhalb der Schule erhalten. Zu den sächlichen Voraussetzungen gehören darüber hinaus geeignete bauliche Gegebenheiten, Bedingungen des individuellen Tagesrhythmus (Ruhepausen, Therapiemaßnahmen), Lehr- und Lernmittel, angepasstes Mobiliar und apparative Hilfen. Bestandteil öffentlicher Förderschulen sind zudem sonderpädagogische Beratungsstellen, in denen Lehrkräfte der Schule Eltern und Kinder pädagogisch beraten.

Förderschulen haben einen weit größeren Einzugsbereich als Allgemeine Schulen und arbeiten meist als Ganztagschulen. Kinder mit Körperbehinderung werden nach Lehrplänen der Allgemeinen Schulen, des Förderschwerpunkts Lernen und des Förderschwerpunkts geistige Entwicklung unterrichtet. Die Schule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung umfasst die Schuljahrgänge 1 bis 10. Schüler, die Abitur machen wollen, besuchen den integrativen Unterricht an einem Gymnasium (vereinzelt auch an spezialisierten Gymnasien für körperbehinderte Kinder und Jugendliche. In besonderen Fällen gewährt die „Stiftung zur Förderung körperbehinderter Hochbegabter“ in Vaduz, Liechtenstein, finanzielle Hilfen). *Hausunterricht* wird für Schüler eingerichtet, die aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung längerfristig (in der Regel mehr als vier Wochen) nicht am Klassenunterricht teilnehmen können; Voraussetzung ist eine ärztliche Bescheinigung.

Die schulische Förderung von Kindern mit Komplexer Behinderung bzw. Schwerstbehinderung erfolgt ebenfalls zumeist in der Schule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung. Es existieren in Deutschland keine Lehrpläne, die ausdrücklich auf das bedeutsame Lernen körperbehinderter Kinder abgestimmt sind (mit der Betonung z.B. einer personalen und körperlichen Stärkung im Sinne der formalen Bildungstheorie, s. u.); vielmehr sind die schulischen Lehrpläne traditionell an geistigen Kriterien ausgerichtet.

### Förderschule/Inklusionspraxis

Die „Sonderschule“ als Förderort für körperbehinderte Kinder wurde in der BRD in der Folge der KMK-Beschlüsse von 1960 verstärkt auf- und ausgebaut (in der DDR war seit den 1950er-Jahren ein Netz von „Sonderschulen“ auch für „physisch-psychisch geschädigte“ Kinder eingerichtet worden). Die „Sonderschulen“ der BRD waren zunächst Teil der Allgemeinen Schule mit gemeinsamer Schulaufsicht, entwickelten sich dann jedoch als eigenständiges System von Schulen mit eigenen Curricula, eigener Lehrerausbildung, spezifischen rechtlichen Bestimmungen. Wie alle Systeme war auch dieses durch das Prinzip der Selbsterhaltung und -stabilisierung bestimmt (Haupt/Jansen 1983a, 83). Es wurden sinnvolle organisatorische Maßnahmen getroffen (z.B. Kleingruppenförderung, Zwei-Pädagogen-System, Fahrdienste), eine behinderungsspezifische Didaktik entwickelt und Kooperationen mit therapeutischen Diensten geschaffen. Das Selbstverständnis des Sonderschulsystems entwickelte sich aus den Besonderheiten der Förderung behinderter Kinder und aus einer Affinität zu pädagogischen Ideologien, die noch bis weit in die 1990er-Jahre hinein unangefochten schienen: der Bedeutung von einheitlichen schulischen Leistungen (und entsprechenden Beurteilungs- und Selektionskriterien) sowie der Konstituierung institutionalisierter „beschützender“ Förderung.

Aber auch das System Allgemeine Schule wurde implizit durch den Ausbau des Sonderschulsystems insbesondere bezüglich der Aufnahme „akzeptabler“ Kinder stabilisiert: Die „Sonderschule“ nahm der Allgemeinen Schule alle Kinder ab, die ihr einfach zu standardisierendes System (Organisation, Finanzen, homogenes Leistungsniveau) destabilisieren und darüber hinaus das gesellschaftliche Leistungssystem in Frage stellen könnten. So entwickelten sich zwei stabile Systeme in einem Interdependenzverhältnis.

Auf Seiten der „Sonderschule für Körperbehinderte“ entstand dabei die Chance der Schaffung von Förderorten, die dem Bedürfnis der betroffenen Kinder nach Individualisierung, der Erforschung geeigneter Fördermethoden und einer verstärkten ökosystemischen Ausrichtung (Einbeziehung des sozialen Umfelds) genügten. In Kauf genommen wurden Besonderung und Abtrennung der Kinder vom allgemeinen Sozialisationsprozess im Schulalter (und die Identifikation der Kinder mit ihrer Besonderung), die Beschränkung sozialer Erfahrung, die „System-Stigmatisierung“ (Speck) und die mögliche Beeinträchtigung des Sozialgefüges im Wohnort der Kinder.

Begünstigt von verstärkter gesellschaftlicher Pluralisierung, wurden diese inhaltlich wohlbegründeten, aber auch ideologisch (und politisch) verfestigten Systeme durch einzelne Eltern-Pädagogen-Initiativen (zunächst im Kindergarten; Schumann 1996, 37ff) und schließlich durch die Empfehlung der KMK von 1972 zur integrativen Beschulung behinderter Kinder infrage gestellt. Das geschah mit Forderungen und möglichen Konsequenzen, die das gesamte Schulsystem der BRD in den Grundfesten erschüttern sollten. Entsprechend schwierig und langwierig verlief der

Veränderungsprozess in den alten Bundesländern (in den neuen Bundesländern erfolgte dann ein plötzlicher Wandel über Verordnungen und Gesetze).

Zunächst gab es eine Vielzahl von *integrativen Schulversuchen*, die wissenschaftlich mit unterschiedlicher Methodik begleitet wurden und deren Ergebnisse kein einheitliches Bild ergaben. Die empirische Begründung von segregativer oder integrativer schulischer Förderung von Kindern mit Körperbehinderung kann es nicht geben. Es ist in der Schulforschung nicht möglich, entsprechende Kontrollvergleiche durchzuführen und eine Versuchsgruppe und Kontrollgruppe unter konstanten Bedingungen zu untersuchen. „Eine pädagogische Aktion ist nie ein einfacher, umschriebener Reiz, sondern eine komplexe ‚multivariate‘ Größe“ (Bleidick 1988, 133f). Die Schulversuche dienen denn auch nicht dem empirischen „Beweis“ besserer schulischer Förderung, sondern der Optimierung von schulischen Maßnahmen auf normativer Basis. D.h. Inklusion behinderter Menschen in die Gesellschaft ist inzwischen ein nicht mehr hinterfragbares Menschenrecht geworden – ein unteilbarer sozialer Wert, der jede Segregation ausschließt (Myschker/Ortmann u.a. 1999, 26ff). Dabei wird die übergeordnete Frage, ob das Primärziel sonderpädagogischer Förderung, die (*soziale*) Inklusion von Menschen mit Körperbehinderung, nur auf direktem (gemeinsame Sozialisation in allen Bereichen) oder auch indirektem Wege (Besonderung in einzelnen Lebensabschnitten wie z.B. Schulzeit) erreicht werden kann, bis heute kontrovers diskutiert. Der Begründungszusammenhang schulischer Inklusion ergibt sich aus den Entwicklungsbedürfnissen des einzelnen Kindes und einer Kind-Umfeld-Diagnose in ökosystemischer Vernetzung (Sander 1999, 33ff). Seit 2009 werden in systemischer inklusiver Verantwortung den Kindern alle pädagogischen Errungenschaften je nach Bedarf zeitweise oder dauerhaft zur Verfügung gestellt. Dazu gehört parallel zu inklusiv arbeitenden Institutionen der Erhalt aller bewährten bestehenden Angebote, beispielsweise auch die Förderschule mit ihren Strukturen.

In seiner Fokussierung auf das Zusammenleben und Lernen in der heterogenen Gruppe als systemischer Einheit bietet das Inklusionsmodell eine unverzichtbare Zielperspektive pädagogischer (und damit gesellschaftlich wirksamer) Arbeit.

Aus der Perspektive der *Körperbehindertenpädagogik*, die sich, wie andere sonderpädagogische Fachrichtungen auch, seit vielen Jahren auf diesem Weg befindet, sind jedoch Fragen hinsichtlich der praktischen Durchführbarkeit von Inklusion vorzubringen:

- Körperbehinderte Kinder sind eine außerordentlich heterogene Gruppe, die große Anforderungen an Ressourcen jeder Integration/Inklusion stellt. Bezeichnenderweise ist in den meisten Schriften zur Integration/Inklusion nur pauschal von „behinderten“ Kindern die Rede, Körperbehinderung wird spezifisch sehr selten genannt. Dabei entziehen sich Kinder mit Körperbehinderung wie keine andere Gruppe pauschalisierender Behandlung innerhalb dieses Problemkomplexes: Aufgrund von Wahrnehmungseinschränkungen sind nicht alle in der Lage, am Gruppengeschehen teilzunehmen, sondern bedürfen ständiger



individueller Förderung; viele sind schwer krank und müssen am Krankenbett unterrichtet werden; die Mehrzahl braucht im Schulalltag zusätzlich beständige pflegerische und therapeutische Hilfestellung. Das sind Beispiele für Probleme, die zwar organisatorisch überwindbar sind im Sinne der Inklusion. Voraussetzung für die meisten betroffenen Kinder ist allerdings die Bereitstellung aufwändiger Gruppenressourcen.

- Zentrales Element der Inklusion ist der Verzicht auf *Etikettierung* behinderter Kinder, die in der Zwei-Gruppen-Theorie angelegt ist. Für die Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung ist der Verzicht auf eine medizinische Diagnose nicht möglich, selbst wenn die administrative Initialphase der medizinischen Stellungnahme verändert würde. Das ist jedoch nicht vorstellbar, bleibt doch bei Kindern mit Körperbehinderung die Notwendigkeit medizinischer Diagnostik und Versorgung bestehen. In der Inklusion lernt die Gruppe, Kinder mit diesem Etikett nicht als Sondergruppe zu betrachten. Dennoch bleibt ein medizinisches Etikett präsent. *Gegen dieses Etikett und gegen die Dominanz des medizinischen Denkens kämpft die Körperbehindertenpädagogik seit Jahrzehnten.* Ein Verzicht auf das Etikett kann im Übrigen bedeuten, dass von verantwortlicher Seite spezifische Förderbedürfnisse nicht mehr wahrgenommen und besondere Hilfen eingespart werden (Lelgemann 2003, 342). Festzuhalten ist jedoch, dass heterogene Gruppen der Inklusion der Kontakthypothese entsprechend zum notwendigen Abbau von Vorurteilen beitragen.
- Für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung kann das Inklusionsmodell angesichts der atmosphärischen Veränderungen vieler staatlicher Schulen in den meisten Ländern Europas zurzeit problematisch sein. Die akademische Pädagogik hat die in den letzten Jahren vermehrt zu beobachtende sinkende Aggressionsschwelle und zunehmende Gewaltbereitschaft der Schülerschaft in manchen sozialen Brennpunktschulen noch nicht hinreichend thematisiert. Innerhalb eines Kontexts physischer Gewalt haben Jugendliche mit Körperbehinderung im Grunde keine Chance. Sie sind oftmals in ihrem Anderssein (und ihrer Hilflosigkeit) Ziel von Aggression und verbleiben in der (immobilen) Opferrolle mit allen Auswirkungen auf ihre persönliche Entwicklung. Dass sie in der Täterrolle mithalten, ist überhaupt nicht vorstellbar. „Die Berichte über den Beziehungsalltag in den Schulen, in die Eltern ihre behinderten Kinder und integrationsbefürwortende Pädagoginnen und Pädagogen Schülerinnen und Schüler mit unterschiedlichsten Behinderungen flächendeckend schicken und dort gemeinsam unterrichten wollen, stimmen nachdenklich. Es ist die Rede von Kränkungen, Abwertungen, stigmatisierenden Ausgrenzungen, Drohungen, verbalen Belästigungen [...] und psychischer wie physischer Gewalt unter Schülerinnen und Schülern. [...] Lehrerinnen und Lehrer fühlen sich maßlos überfordert“ (Cloerkes/Markowetz 2003, 454).

Die Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Körperbehinderung kann grundsätzlich nur erfolgreich sein, wenn das Lernen von Empathie begleitet ist und subsidiäre (unterstützende) Lernsituationen den Schulalltag bestimmen. Sonst verbleiben die Betroffenen über jahrelange lebensbestimmende Perioden in sozialen Verlierer- oder sogar Opferrollen. Trotz der genannten spezifischen Problemkomplexe ist das Inklusionsmodell als Orientierung ohne Alternative und die Leitlinie für die Körperbehindertenpädagogik.

In der inklusiven schulischen *Praxis* besteht nach wie vor ein „sehr großes Forschungs- und Orientierungsdefizit“; es gilt immer noch entsprechende Handlungskonzepte zu entwickeln (Boenisch 2000, 29 u. 53). Besonders in der Lehrerbildung vollzieht sich langsam ein Wandel.

Auch die Entwicklung einer systematischen inhaltlichen Struktur der Didaktik des integrativen Unterrichts steht noch am Anfang. Das liegt zum einen an den unterschiedlichen Qualifikationen der Pädagogen der verschiedenen Lehrämter, zum anderen aber auch an einer immer noch bestehenden Schieflage zwischen „äußerer und innerer Differenzierung“, d.h. dass Integration sich in der Praxis zumeist auf organisatorische, materielle und personale Rahmenbedingungen beschränkt und nur selten eine vertiefende didaktische Analyse erfolgt. Der Unterricht in der inklusiven Praxis orientiert sich nach wie vor besonders an der „reinen Wissensvermittlung“ (Feuser 1998, 19). Er ist damit im Sinne Klafkis einseitig auf materiale Bildung gerichtet und läuft Gefahr, die grundlegenden formalen Prinzipien des inklusiven Unterrichts zu vernachlässigen: *Kooperation am gemeinsamen Lerngegenstand, Innere Differenzierung durch entwicklungslogische und -adäquate Individualisierung* des gemeinsamen Curriculums.

(Zur Entwicklung einer inklusiven Didaktik vgl. Kap. 4.4)

### Schule für Kranke

Schulen für Kranke sind Kinderkliniken oder speziellen Rehabilitationszentren angegliedert und erfüllen den Rechtsanspruch auf schulische Förderung bei längeren Krankenhausaufenthalten (vgl. Ertle 1994, 238ff; Steinebach u.a. 1997, 187ff). Schulen für Kranke gibt es nicht in allen Bundesländern (z.B. Rheinland-Pfalz). Dort erhalten stattdessen die Kinder und Jugendlichen, die wegen einer Erkrankung ihre Heimatschule nicht besuchen können, Krankenhausunterricht, der von in die Klinik abgeordneten Lehrkräften erteilt wird. Der „Bettenunterricht“ für kranke Kinder wurde schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts insbesondere in orthopädischen Kliniken eingeführt. Im „Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens“ der Kultusministerkonferenz (KMK) von 1960 war festgehalten: „Die Krankenschule unterrichtet Kinder und Jugendliche, die aus gesundheitlichen Gründen in Krankenhäusern, Kliniken oder Heilstätten untergebracht sind und so am Besuch der zuständigen Schule verhindert sind“ (Wienhues 1979, 95). Diese Empfehlungen hatten in der Praxis wenige Auswirkungen. Sie wurden von der KMK 1968 weiter spezifiziert und gingen schließlich in die „Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens“ von 1972/73 ein. In der DDR wurden (zuletzt festgelegt 1984) „langfristig stationär behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche“ durch „Körperbehindertenschulen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ als zehnstufige polytechnische Oberschule unterrichtet, der Vorschulteile und Hilfsschulteile angegliedert sein konnten (Berndt 1986, 32).

In den „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ der KMK von 1998 (Drave/Rumpler/Wachtel 2000, 143f) heißt es nunmehr:

„Schülerinnen und Schüler, die aufgrund einer Erkrankung für längere Zeit oder in regelmäßigen Abständen im Krankenhaus bzw. in ähnlichen Einrichtungen stationär behandelt werden oder die Schule nicht besuchen können, erhalten nach den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen während dieser Zeit Unterricht.

Erziehung und Unterricht sind für kranke Kinder und Jugendliche von besonderer Bedeutung. Der Unterricht bietet den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit, trotz ihrer Krankheit mit Erfolg zu lernen; Befürchtungen, in den schulischen Leistungen in Rückstand zu geraten, werden vermindert. Unterricht kann auch die physische und psychische Situation der kranken Kinder bzw. Jugendlichen erleichtern. Sie können lernen, mit der Krankheit besser umzugehen sowie den Willen zur Genesung zu stärken.“

Die Empfehlungen gelten für den *Krankenhausunterricht* des einzelnen Kindes, die *Krankenhauschule* sowie für den *Hausunterricht* (Letzterer für Kinder in der Rekonvaleszenz bzw. für schwer kranke Kinder, die nicht durchgängig oder gar nicht in der Lage sind, eine öffentliche Schule zu besuchen) nach Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs. Damit ist der Förderunterricht im Krankenhaus- oder Hausunterricht eine zeitlich begrenzte Maßnahme, über deren Form und Umfang zumeist das staatliche Schulamt auf Antrag entscheidet und die Lehrerwochenstunden festsetzt. Für die Teilnahme ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. (Kinder und Jugendliche mit chronischen *psychischen* Erkrankungen finden in unserer Darstellung keine Berücksichtigung.)

Die Organisation der Krankenhausschule ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt (eigenständige Förderschule, Schulstellen ohne Schulstatus in Kinderkliniken, Filialen von Grund- oder Förderschulen, z.B. von Schulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung). Als eigenständige Organisationsform sind sie in der Regel für mehrere Kinderkliniken zuständig und auf die enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der jeweiligen Klinik angewiesen. Die Lehrer können hauptamtlich oder nebenamtlich für den Krankenhausunterricht abgeordnet werden. Es werden Schüler unterrichtet, die länger als 4–6 Wochen stationär behandelt werden müssen (Haupt 1997a, 110); in der Mehrzahl Schüler mit schweren (chronischen) Erkrankungen, Infektionen, Unfallfolgen und Folgen von Misshandlungen (Ertle u.a. 1997, 28).

„Kranke Kinder und Jugendliche erleben und verarbeiten Krankheit je nach Art, Schwere und Verlauf individuell verschieden. Dabei können physische, psychische, soziale, kognitive, willentliche und affektive Lebensfunktionen beeinträchtigt werden. Erkrankungen sind meist mit Begleiterscheinungen verbunden: Einschränkung der Mobilität, schnelle Ermüdbarkeit und Konzentrationsmangel, Störungen des Selbstwertgefühls und der Motivation, emotionale Veränderungen, Erschwerung der sozialen Integration und Einschränkungen bei der Kontaktaufnahme und der Erledigung schulischer Aufgaben.“

Kranke Schülerinnen und Schüler mit begrenzter Lebenserwartung bedürfen besonderer Unterstützung, die Lebens- und Zukunftsfragen aufgreift. Sie fordern meist aufgrund der fortschreitenden Erkrankung eine intensive pädagogische Begleitung ein. Das Lernangebot muss die individuelle Situation des Kranken besonders beachten“ (KMK 1998, zit. n. Drave/Rumpler/Wachtel 2000, 144).

Die Unterrichtsinhalte sollen auch den Anschluss an die vorher besuchte Schule gewährleisten. Daher sind die Zusammenarbeit mit der Heimatschule und wenn möglich regelmäßige gegenseitige Besuche wünschenswert (vgl. Pfeiffer u.a. 1998; Ertle u.a. 1997). In einzelnen Bundesländern liegt der Schwerpunkt auf den Basisfächern Deutsch und Mathematik (Grundlagenunterricht). Situationsbedingt kommt aber auch nach Wünschen betroffener Kinder in Übergangsformen von Spiel und kreativem Unterricht der Ästhetischen Erziehung besondere Bedeutung zu.

In der Krankenhausschule „ist fast alles anders und in so unterschiedlicher Form ausgeprägt wie bei keiner anderen Schulart hierzulande“; die Sonderdidaktik „einer vielfach enorm eigenständigen und sensiblen praktischen Pädagogik am Krankenbett, in der Kleingruppe oder im Hausunterricht“ ist erst in Ansätzen vorhanden (Ertle u.a. 1997, 11ff); das gilt auch für übergeordnete Theoriebildung. Steinebach (1997, 45ff) beruft sich beim Versuch der Entwicklung eines *Theoriemodells* aus ökosystemischer Perspektive auf Bronfenbrenners „Entwicklungsumwelten“ (Mikro-, Meso-, Exo-, Makrosystem der Rehabilitation von Kindern im Krankenhaus; vgl. Kap. 1.2). Er betrachtet das Kind in der Krankenhausschule als Teil verschiedener Systeme und leitet daraus die Forderung nach besonderen Kompetenzen des Lehrers ab, der nicht nur Wissensvermittler ist, sondern bei der Krankheitsbewältigung hilft: Es ist „der Bereich, in dem sich das Teilsystem Krankenhaus mit dem Teilsystem Schule überschneidet“ (Reinhold 1978, 284). Wienhues (1979, 131ff) legt ein „Kreiscurriculum“ für den Gruppenunterricht vor, „bei dem einzelne Schüler den Unterrichtsgang zu jedem beliebigen Zeitpunkt aufnehmen und beenden können“, und betont, dass „eine *eigene*, für *alle* Unterrichtssituationen gültige Didaktik und Methodik des Krankenhausunterrichts nicht erstellt werden kann“. Einziges gemeinsames Merkmal der Schüler ist es, krank zu sein, und bedingt durch Fluktuation und kürzere Verweildauer muss die Unterrichtsorganisation immer wieder überdacht und verändert werden (Probst 1999, 255ff).

Zudem muss sich die Didaktik hier der Methodik unterordnen. D.h. es ist vor allem eine Didaktik gefordert, die „Interaktion“ zu einem besonderen Merkmal macht (s. Kap. 4.4). Das persönliche Thema des einzelnen Kindes, also auch seine spezifische Krankheit, kann leichter als in der Allgemeinen Schule im Mittelpunkt des Unterrichts stehen (Pfeiffer 1998, 16). Bei allen Besonderheiten dieser Schulform bringt der Unterricht am Krankenbett für die Kinder zudem etwas Normalität und Alltag ins Krankenhaus (Ertle 1997, 57ff). Die Schüler erleben Kontinuität; „die gewohnten Lebenszusammenhänge bestehen trotz der Erkrankung fort“

(Pfeiffer u.a. 1998, 25). In diesem Sinne ist Schulunterricht auch eine Hilfe zur psychischen Bewältigung von Krankenhausaufenthalten.

Es geht zunächst um die Gestaltung des pädagogischen Kontakts, um dem Kind Sicherheit zu vermitteln und eine verlässliche soziale Basis herzustellen. In seiner Situation körperlicher und seelischer Belastung soll das Kind die Gewissheit haben, dass ihm zumindest von pädagogischer Seite nichts Unvorhergesehenes, Unangekündigtes widerfährt; der Pädagoge tut immer, was er sagt oder ankündigt.

Wacker (in Probst u.a. 1999, 259) umreißt ein *Unterrichtskonzept* für die Schule für Kranke:

- Raum für Beobachtung und Gespräche
- musische Angebote, Spiel und Bewegung
- Vermeidung von Leistungsdruck und Überforderung ebenso wie Unterforderung
- Stärkung des Kindes und seiner realistischen Selbsteinschätzung
- Inhalte zur Krankheitsverarbeitung
- Hilfen bei Aggressionen, Anspannungen und Angst
- Raum für Bedürfnisse und Interessen der Kinder
- Projektunterricht und fächerübergreifende Angebote
- Kontakt zur Realität des Kindes (insbesondere seiner Heimatschule) und Eröffnung realistischer Perspektiven für die Zeit nach seiner Entlassung

Pädagogische Arbeit mit kranken Kindern, die Tendenzen zu *kognitiver Regression* zeigen, besteht vor allem im Aufgreifen und Weiterverfolgen des Neugierverhaltens der Kinder, ihres Drangs nach Erfahrung, nach Erleben und Erkundung. Auf der *kognitiven Ebene* geht der Pädagoge auf Wünsche der Kinder nach bestimmten Unterrichtsinhalten ein, die kreativ aufbereitet werden (vgl. Kap. 4.5). Des Weiteren wird die *Krankheit zum Unterrichtsgegenstand* gemacht (Ortland 2006), zu dem auch spezifische Erfahrungen mit der medizinischen Behandlung und die Lebensgestaltung mit chronischer Erkrankung gehören: Bewusstmachung von Kompetenzen, Arbeit an Lebensplänen und Lebenszielen, Förderung von Autonomiebestrebungen, Förderung von Ausdrucksmöglichkeiten persönlicher Bedürfnisse, Förderung von Selbstakzeptanz und Selbstwerterleben. Dabei weisen Schmitt u.a. (1996, 103ff) auf 4 Wirkfaktoren einer pädagogisch/therapeutischen Intervention hin:

1. *Aktive Hilfe zur Problembewältigung* (im Sinne von Selbstsicherheits- und Durchsetzungstraining, Entspannungsverfahren und Familienberatung)
2. *Klärungsarbeit* („Sich selbst zum Mittelpunkt machen“ und persönliche Ziele klären mit Hilfe von Spielen, Malen, Gesprächen)
3. *Realerfahrung* (Umsetzung der Klärungsarbeit, Rollenspiele, Familiengespräche)
4. *Aktivierung von Ressourcen* (Austausch unter Betroffenen, Bewusstmachung von Stärken und Leistungsfähigkeit, Schaffung tragfähiger, zuverlässiger Beziehungen)

Auf der *emotionalen Ebene* erfolgen bei Vorschulkindern und Schulkindern pädagogische Hilfen zur Angstbewältigung vor medizinischen Maßnahmen. Auf dieser

Ebene geht es allgemein um den Erhalt der „seelischen Gesundheit“ der Kinder. In einem „Anforderungs-Ressourcen-Modell zur seelisch-körperlichen Gesundheit chronisch kranker Kinder und Jugendlicher“ (Steinebach 1997, 38ff) steht neben der pädagogischen Arbeit mit dem Kind auch eine Stützung der Familie, die in erster Linie Einfluss auf das emotionale Wohl des Kindes hat. Die Familie wird kooperativ einbezogen.

Schmitt u.a. (1996, 15ff) zeigen Interventionsmaßnahmen auf behaviouristischer Basis auf: kindzentrierte Ansprache, um der Erwartungsangst der Kinder zu begegnen; Behandlungserfahrungen im Spiel machen lassen (Arztkoffer); medizinische Behandlungsabläufe in abgestuften Erfahrungsschritten (erst probeliegen, dann untersuchen, dann behandeln) simulierend erproben; dem Kind die eigenen Einflussmöglichkeiten durch Respekt vor seinen Reaktionen bewusst machen; Kooperation anbieten („Wir machen es zusammen!“); die Angst selbst zum Gesprächsgegenstand machen; Wahrnehmungsumlenkung bei Angst-Eskalation (Kind auffordern, genau zu beschreiben, was Arzt oder Schwester gerade tun; auf andere reale Sinnesindrücke wie Geräusche oder Gerüche umlenken); „Paradoxe Verstärkung“ des Angstauslösers („Wie stark ist der Schmerz?“, „Kannst du es noch aushalten?“); Modell-Lernen (von relativ unängstlichem Kind vormachen lassen).

Dem kranken Kind werden Ausdrucksmöglichkeiten gegeben, die seinem Entwicklungsstand angemessen sind. Das sind weniger Worte und rationale Auseinandersetzung als vielmehr Spiel, Malen und Kreativität (vgl. Haupt 2003a; Hansen/Haupt 1999; Ertle u.a. 1997). Alle kranken Kinder wollen malen! – „Malen ist Hoffnung“ (Lobisch 1999). Das Bild ist in der Kinderklinik manchmal das wichtigste Ausdrucksmittel der Kinder (vgl. Klemm 1996). Hier gibt es zudem auch im Unterricht kein „Richtig“ und „Falsch“, den Schülern werden Erfolgserlebnisse vermittelt, sie erleben ein Stück kreativer Gestaltung und damit eine Erweiterung ihres Denkens über die Krankheit hinaus.

Konzentration auf das Erleben des Kindes und kommunikative Interventionsmethoden helfen dem Pädagogen, sich mit dem Ausdruck auseinanderzusetzen. Es ist auch bei nicht-diagnostizierender Auseinandersetzung über Kinderzeichnungen nicht von Nachteil, sich die Erfahrungen von Kinderpsychologen bei der Interpretation von Kinderzeichnungen zu eigen zu machen (vgl. Furth 1992; Meili-Schneebeli 1994), insbesondere auch zur Bedeutung von Kritzel (vgl. Aissen-Crewett 1988) und Farbwahl (vgl. Riedel 1986).

Bei aller Berechtigung einer Systematik der pädagogischen Förderung in der Schule für Kranke bleibt festzustellen, dass es angesichts der oft existenziell bedrohlichen Situation der betroffenen Kinder über die angemessenen pädagogischen Haltungen hinaus letzten Endes kein verbindliches Regelwerk für den Unterricht geben kann: „An Stelle von formalen Rezepten muss die Verantwortung treten, das individuelle Gewissen, das über die Gestaltung der konkreten, einmaligen und unwiederholba-

ren Situation entscheidet“ – geplant, kalkuliert, kontrolliert, sachlich und inhaltlich definiert, kurz: *verwaltet*, wird der Unterricht „längerfristig Vorgänge pädagogisch-dialogischer Begegnung erschweren“ (Wienhues 1985, 17).

#### 4.4 Allgemeine Didaktik

Die schulische Förderung von Kindern mit körperlicher Behinderung muss sich auch an wissenschaftlich begründeten Theorien der pädagogischen Praxis orientieren. Didaktik ist die Theorie und Praxis des Lehrens und Lernens. Das Spektrum von Theorien der Didaktik ist breit gefächert und schwer überschaubar. Die Frage nach „gültigen“ Modellen ist pragmatisch zu entscheiden. Seit den 1960er-Jahren sind unterschiedliche praxisrelevante Aussagen und Entwürfe „besseren Unterrichts“ mit körperbehinderten Kindern entwickelt worden. Diese Entwürfe orientieren sich an bedeutsamen Leitbegriffen der Didaktik des Unterrichts wie Bildung, Lernen, Interaktion und Konstruktion (vgl. Wellnitz/v. Pawel 1993, 157ff; Stadler 1998, 91ff; Fischer 1999, 322f; Hedderich 1999, 46ff; Peterßen 2001, 110; Lelgemann 2010, 118ff). Sie sind jeweils auf unterschiedlichen Theorieebenen abgebildet und operationalisierbar (vgl. die entsprechenden Hinweise in Kap. 1.5 „Ebenen der Theoriebildung“).

Auf dem gegenwärtigen Stand der Diskussion im Rahmen inklusiver pädagogischer Förderung tritt der Leitbegriff Konstruktion in den Vordergrund. Daher sind vor allem allgemeine Modelle zur *Konstruktivistischen Didaktik*, *Unterstützenden Didaktik* und der *Inklusiven Didaktik* relevant, die allerdings keinerlei Anspruch auf Trennschärfe genügen.

##### Konstruktivistische Didaktik

Grundlage einer konstruktivistischen Didaktik sind ökosystemische und konstruktivistische Theorien, die einfließen in die „Subjektive Didaktik“ von Kösel (1995), in die „Systemisch-konstruktivistische Pädagogik“ von Reich (2010) sowie Lüpke/Voß (1997) und in Ansätze „Systemisch-ökologischer“ Pädagogik von Huschke-Rhein (1992). Dazu kommen Annahmen über selbstreferenzielle Prozesse kindlicher Entwicklung (vgl. Bergeest 1999b, 193ff). In Abgrenzung gegen traditionelle Unterrichtskonzepte formuliert Peterßen explizit eine „Konstruktivistische Didaktik 2000“ mit der Kernaussage: „Lernen ist nicht machbar! Lernen ist bloß anregbar (perturbierbar)! Lernen kann nur jeder für sich. Von außen zwar angestoßen, vollzieht jeder seinen Lernprozess für sich selber. Nicht Bilder einer Außenwelt werden beim Lernen aufgenommen und verinnerlicht. Von außen lösen Reize im Lernenden Energieprozesse aus, durch die subjektives Wissen gestaltet wird und eine eigene Wirklichkeit entsteht“ (2001, 113). Für die Didaktik des Unterrichts mit körperbehinderten Kindern werden unter diesem Leitbegriff auch das „Didak-



tische Fundamentum einer Allgemeinen (integrativen) Pädagogik“ als „Entwicklungslogische Didaktik“ von Feuser (1998, 19ff) und das Modell „Gemeinsamer Lernsituationen“ von Wocken (1998, 40ff) nutzbar gemacht. Das hier bedeutsame Prinzip der „kreativen“ wechselseitigen Anpassung von Organismus und Umwelt findet sich ebenfalls in der „Gestaltpädagogik“ (Hansen 1993, 29ff; 1996; 1999a). Die konstruktivistische Didaktik versteht „die lehrenden und lernenden Subjekte als ‚Lebende Systeme‘, [...] die autonom und selbstreferenziell, rückbezüglich sind und jeweils eine subjektive ‚Wirklichkeit‘ für sich konstruieren“ (Kösel 1995, 4). Die Postulierung eines *vernetzten* didaktischen Feldes verweist auf ein Beziehungsgefüge aller untereinander verbundenen Bereiche (Institutionen, Personen, Kommunikationsstrukturen, Räume, Materialien usw.) der Entwicklung der Kinder zu autonomen Persönlichkeiten, die sich selbstgesteuert (Autopoiesis) im Milieu des Unterrichts als handelnde Subjekte organisieren (vgl. Maturana/Varela 1987).

Innerhalb dieser pädagogischen Vernetzung sind Kinder mit Körperbehinderung „die Erfinder, Entdecker und Enttarnen ihrer Wirklichkeit“, die im Unterricht sowohl ihre Inhalte als auch die zwischenmenschlichen Beziehungen „selbst erfahren, ausprobieren, experimentieren, immer in eigene Konstruktionen ideeller oder materieller Art überführen und in den Bedeutungen für die individuellen Interessen-, Motivations- und Gefühlslagen thematisieren“ (Reich 1997, 119ff). D.h. einem Kind mit Körperbehinderung kann nur sehr bedingt Kultur(technik) „beigebracht“ werden; es schafft sich seine „veränderte Wirklichkeit“ (s. o.) selbstreferenziell auf der Suche nach *Balance* von *Stabilität* und *Instabilität*; ohne (körperlich-seelisch-soziale) Stabilität ist keine Bereitschaft für neues Lernen vorhanden; Instabilitäten geben Impulse für neues Lernen (Bergeest 2002a, 7). Im ökosystemischen Denken erfolgt die Aneignung von Kultur (Differenzierung von „Endgestalten“; Bergeest 1999b, 197) im Unterricht nach Gesetzen der Attraktion (und *Faszination*), nach den „Erwartungswerten“ des Organismus (Singer, W. 1989, 52). „Denn wir nehmen nicht Töne, Laute, Farben und Strukturen wahr, sondern Gegenstände, Situationen und Personen, die für uns eine bestimmte Bedeutung haben“ (Staudte 2000, 307).

In der konstruktivistischen Didaktik werden dem Kind Sach- und Beziehungsqualitäten (Reize) in „vorbereiteter Umgebung“ zur eigenen Auswahl angeboten. Dabei spielt im Sinne eines offenen Unterrichts (individuelle Erziehungs- und Lehrpläne, individueller Arbeitsrhythmus, Ungleichheit des Lernens, Klein- oder Großgruppen, alltagspraktisches Lernen, Arbeit an Stationen, Lernlandschaften, Tagespläne, Wochenpläne) vor allem auch die für Kinder mit körperlicher Behinderung durchaus problematische freie Arbeit (für diese Kinder oftmals „angeleitet“) eine zentrale Rolle.

Neben dieses Prinzip der Selbstorganisation des Lernens tritt das der *Selbstähnlichkeit* von Teilsystemen des Unterrichts, das besagt, dass jeder Teil des Lernens und des Unterrichts Informationen des Gesamtsystems birgt. Das heißt für die Praxis

beispielsweise, dass die individuell bedeutungsvolle Aneignung und Gestaltung von Kultur eine Funktion verschiedener Teilleistungen integriert bzw. umgekehrt, dass jede Teilleistung (z.B. sich im Raum bewegen können; Gegenstände mit den Händen tasten) die Information übergeordneter Leistungen und die Endleistung (lesen, rechnen können) beinhaltet.

Bedingungen im Klassenunterricht mit körperbehinderten (auch schwerstbehinderten) Kindern ergeben sich durch „Kooperative Tätigkeit am gemeinsamen Gegenstand“ der Lehrenden und Lernenden nach Maßgabe einer „Inneren Differenzierung durch Individualisierung“ (Feuser 1998, 33; 1995, 178ff). Bedeutsam für die Unterrichtspraxis sind darüber hinaus Wockens (1998, 40ff) „Koexistente Lernsituationen“ (das Unterrichtsverhalten der Schüler ist durch die Inhalte ihrer individuellen Handlungspläne bestimmt), „Kommunikative Lernsituationen“ (das Unterrichtsverhalten der Schüler ist durch Beziehung und Interaktion bestimmt), „Subsidiäre Lernsituationen“ (das Unterrichtsverhalten der Schüler ist durch einander unterstützende Hilfen bei individuellen Handlungsplänen gekennzeichnet) und „Kooperative Lernsituationen“ (das Unterrichtsverhalten der Schüler ist durch gemeinsame Ziele und komplementäres bzw. solidarisches Verhalten gekennzeichnet).

Zur weiteren Operationalisierung einer konstruktivistisch orientierten Didaktik für Kinder mit Körperbehinderung lassen sich (ohne Anspruch auf Trennschärfe zu anderen didaktischen Konzepten) 5 Merkmale hervorheben: (1) *Selbstorganisation als Prinzip selbstbestimmten Lernens* (Das Chaos von Reizen zwingt das Gehirn ständig zur Schaffung von Ordnungen als individuelle Konstrukte der Wirklichkeit. Kortikale „Erwartungswerte“ steuern die musterhafte Aufnahme von Reizen; Bergeest 1999b, 193ff). (2) *Dialog als soziales Prinzip* (Wechselseitige Beeinflussung von Kind und Umwelt. Der Pädagoge stellt sich auf die Lebensbewegung und das Neuigerverhalten des Kindes ein, ist aber auch als Person in der Fördersituation greifbar und macht Vorstellungen, Wünsche und Forderungen transparent; Doering/Doering 2001, 18ff). (3) *Handlungsorientierung und Sensomotorik als somatisches Prinzip* (Hier werden die Prinzipien handelnden Lernens bedeutsam, und darüber hinaus erfolgt die Vermittlung von Körper- und Bewegungserfahrung im Fachunterricht; Esser 2000, 45ff). (4) *Symbolik als emotionales Prinzip* (In der Handlung und in der sensomotorischen Aktion tritt während der kindlichen Entwicklung in fließendem Übergang neben die Imitation und reine Funktionslust auch „das symbolische Schema des Spiels“, das nicht vorhandene Objekte und Emotionen „wachrufen“ soll; Piaget 1996, 119ff). (5) *Konstruktion als kognitives Prinzip* (Gestaltung persönlicher Konstrukte der Welt als Repräsentanzen der Wirklichkeit. Handlungspläne erstellen, Bauwerke schaffen, kneten, malen in Verbindung mit erkennen, prüfen, verstehen, durchhalten und zweckgerichtet handeln; Esser 2000, 52ff).

In der Diskussion zur praktischen Umsetzung der konstruktivistischen Didaktik für Kinder mit Körperbehinderung werden zunehmend auch kritische Einwände formuliert. Z.B. betont Lelgemann, „dass zahlreiche konstruktivistische Konzeptionen theoretisch sehr ambitioniert anstreben, teilweise sogar eigene, bisher unbekannte Begriffe in die Pädagogik einführen, [...] sich in ihren konkreten unterrichtlichen Hinweisen aber schließlich auf bekannte Methoden und Konzepte zurückziehen oder auf die Funktion des Lehrers als Lernbegleiter“ (Lelgemann 2010, 121).

### Exkurs: Unterrichtsqualität

Ziel aller didaktischen Modelle ist die Darstellung von Theorien und Konzepten zur Gestaltung von Unterricht, der der Herausbildung individueller und autonomer Persönlichkeiten als Teil des kulturellen und gesellschaftlichen Ganzen dient. Bildung stellt hierbei seit Jahrzehnten eine zentrale Größe dar, denn ohne Bildung und Erziehung kann der Mensch den Status seiner (kindlichen) Unmündigkeit nicht verlassen. Bildung ist ein Schlüssel zur kulturellen und gesellschaftlichen Teilhabe, Grundlage für den Berufseinstieg und eigenes Einkommen, für die Übernahme von Eigenverantwortung und Verantwortung (für andere), die Basis für ständige Weiterentwicklung und Selbstständigkeit (z.B. durch Lese- und Schreibkompetenz) und Partizipation an den Veränderungsprozessen der Gesellschaft: Guter Unterricht stellt somit eine Basis zur Selbstverwirklichung und Autonomie in Freiheit dar. Viele Didaktikmodelle thematisieren Unterrichtskonzepte und geben Anleitung zur Unterrichtsplanung (vgl. Jank/Meyer 2007), jedoch wurde in Deutschland bisher kaum eine allen didaktischen Reflexionen vorausgehende Frage kritisch, kontrovers und vor allem empirisch fundiert diskutiert: Was ist *guter* Unterricht? Und an dieser Stelle ist die allgemeinpädagogische Frage entsprechend zu ergänzen: Was ist *guter Unterricht* unter Berücksichtigung *von Kindern mit Körperbehinderung*?

Der Frage nach Unterrichtsqualität, also der Wirksamkeit von Unterrichtsprozessen, geht Helmke (2010) nach. Seine allgemeinen Feststellungen können in weiten Bereichen auch auf die Körperbehindertenpädagogik übertragen werden. Mit einem kritischen Blick auf bisherige Didaktikkonzepte und umfangreichen empirischen Studien aus der deutschen und internationalen Lehr-Lern-Forschung weist Helmke auf eine Schwäche von Didaktikentwürfen hin, denen trotz stringenter Theorieentwicklung vielfach der empirische Beweis für die Wirksamkeit ihrer abgeleiteten Prinzipien und Merkmale des Unterrichtens fehlt. Dabei differenziert er zunächst den Terminus „Qualität des Unterrichts“ in das, was im Klassenzimmer passiert, und in das, was man als Output (Lernergebnis) festhalten oder messen kann (prozessorientierte Sichtweise vs. produktorientierte Sichtweise; ebd., 22). Mit PISA und anderen Lernstandserhebungen wurde deutlich, dass nicht länger empirisch gut abgesicherte Laborsituationen ausreichende Informationen zu Leh-

ren und Lernen geben, sondern der gesamte Unterrichtsprozess auf seine Wirksamkeit evaluiert werden muss. Die Kluft zwischen Lehr-Lern-Forschung (als Feld der Pädagogischen Psychologie) und der Didaktik (als Ausbildungsinhalt und Gestaltungsrahmen von Unterrichtspraxis) muss überwunden werden, um Unterricht didaktisch so zu gestalten, dass er die erhofften Lernerfolge auch erreichen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das fachliche Vorwissen beim Lernen neuer Inhalte eine große Rolle spielt und dass Kinder mit Lernschwierigkeiten größere Probleme mit offenen Unterrichtsformen haben als Kinder mit großem Vorwissen und schneller Lernfähigkeit (ebd., 51). Diese Erkenntnis führt zur Einsicht, dass die lehrergelenkte Anleitung (Instruktion) einen größeren Stellenwert einnimmt als in neueren Didaktikentwürfen (z.B. den konstruktivistischen Modellen) vorgesehen. Dennoch wird dem konstruktivistischen Vorgehen im Unterricht (Erkunden, Forschen, Bauen, Entdecken usw.) eine besondere Stellung zugesprochen, da die Eigenaktivität und das eigene Handeln als zentrales Merkmal im Lernprozess aus der Hirnforschung belegt sind (vgl. Spitzer 2006). Es geht also nicht um den Rückfall in die Epoche des operanten Konditionierens (drill-and-practice-Unterricht) oder der kognitivistischen Unterrichtsmodelle mit einem „didactic leader“, der den Unterrichtsstoff in kleine und kleinste Einheiten zerlegt und über Instruktionen, Übungen und Wiederholungen zum Lernerfolg gelangt (mechanistisches Verständnis von Lernen). Die Lehr-Lern-Methode ist vielmehr abhängig vom Lernziel. So sind für bestimmte Fertigkeiten durchaus vorgegebene Übungen und Wiederholungen nützlich (z.B. Grundrechenarten, Schriftspracherwerb, bestimmte Verhaltensweisen), bei denen im Sinne des Verstärkermodells durch positiven Zuspruch in Form von Anerkennung, Ermutigung, Belohnung bei Erfolgen die Lernmotivation aufrechterhalten werden kann. Andere Inhalte und Ziele erfordern einen eher handlungsorientierten Zugang (z.B. soziale Kompetenzen, manuelle und motorische Fertigkeiten), wieder andere Inhalte können erst selbstständig entdeckt und erforscht werden, wenn ein Problembewusstsein und damit Interesse (z.B. durch eine gelenkte Diskussion, einen Film oder einen historischen Text) geweckt wurde. Helmke plädiert auf der Basis empirischer Unterrichtsforschung und im Sinne der sozial-konstruktivistischen Sicht für mehr Eigenaktivität des Lernenden, eine aktive Konstruktionszeit im Unterricht und für ein entdeckendes Lernen als durchgängiges Grundprinzip. Dabei ist das „Entdeckende Lernen“ jedoch nicht als völlig strukturloses Suchen und Finden zu verstehen, sondern als geplante und vorstrukturierte Unterstützung bei der Suche nach Lösungen. *Entdeckendes Lernen von Kindern mit Körperbehinderung bewegt sich somit auf einem Kontinuum vom offenen und projektähnlichen Unterricht bis hin zu gelenkten Unterrichtsformen und theoretischen (sokratischen) Diskursen.*

Neben dem Inhalt stellen die *Lernvoraussetzungen* ein weiteres Entscheidungsmerkmal der Methode dar, da weniger gute Schüler mehr Lenkung benötigen als leis-

tungsstarke Schüler. Als förderlich bei Lernproblemen haben sich folgende Varianten bewährt: „Reduktion der Komplexität der behandelten Modelle, Hilfen für einzelne Lernphasen, Vorgabe strukturierter Forschungszyklen, gleitende Übergänge von zunächst stark strukturierten zu offenen Formen des Lernens, tutorielle Unterstützung (scaffolding)“ (Helmke 2010, 69). Die Ausführungen verdeutlichen, dass es bei der Frage nach dem guten Unterricht nicht um ein *Entweder/Oder (Konstruktion vs. Instruktion)* geht, sondern letztlich um das Herstellen einer *guten Balance* dieser beiden häufig als unvereinbar beschriebenen Gegensätze in der Didaktik.

Guter Unterricht konstituiert sich jedoch nicht nur auf der Basis von Unterrichtsmethoden. Mit der Evaluation der komplexen Unterrichtsprozesse werden neun zentrale Merkmale sichtbar, die Einfluss auf die Qualität und Wirksamkeit von Unterricht nehmen (vgl. Helmke 2010, 71ff):

- *Unterricht als Angebot*: Im Sinne eines konstruktivistischen Unterrichtsverständnisses kann jeder nur für sich selbst lernen, was wiederum abhängig ist von der emotionalen, motivationalen und kognitiven Voraussetzung des Schülers sowie seinem Vorwissen. Der Begriff Angebot befreit den Lehrenden jedoch nicht von seiner Verantwortung dem Schüler gegenüber, sondern umfasst auch die Verpflichtung zur Unterstützung und Förderung beim Lernen sowie zur Konsolidierung und Sicherung des Gelernten.
- *Expertise der Lehrperson*: Die Lehrperson benötigt neben fundierten Kompetenzen in der Fachdidaktik auch umfangreiche Fähigkeiten in Klassenführung, Diagnostik, Werte-, Ziel- und Orientierungsvorstellungen. Ferner ist die Qualität des Unterrichts abhängig von den subjektiven und intuitiven Theorien des Lehrers zu Konzepten des Lehrens und Lernens, der Bereitschaft zur Selbstreflexion und dem berufsbezogenen Selbstvertrauen (Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit).
- *Prozessqualität des Unterrichts*: Unterrichten als Kerngeschäft der Lehrperson konstituiert sich aus zehn Prinzipien des guten Unterrichts: Klassenführung, Klarheit und Strukturiertheit, Konsolidierung und Sicherung, Aktivierung, Motivierung, Lernförderliches Klima, Schülerorientierung, Kompetenzorientierung, Umgang mit Heterogenität, Angebotsvariation.
- *Unterrichtsquantität*: Die Wirksamkeit von Unterricht ist auch abhängig von der quantitativen bzw. der effektiven Lernzeit. Voraussetzung ist zunächst die Anwesenheit des Schülers, aber auch die aktive Auseinandersetzung mit dem Stoffsegment. Negativ auf die effektive Lernzeit wirken dagegen das Management von Unterrichtsstörungen und Organisationsaufgaben (Verhaltensauffälligkeiten, Geld einsammeln, nicht gemachte Hausaufgaben usw.), sozialpädagogische Aktivitäten, zuspätkommen von Lehrer oder Schüler, aufräumen, Technikprobleme, Schulschwänzen sowie Krankheiten und Therapien. Zwar führt mehr Unterrichtszeit zu mehr Lernzuwachs, jedoch ist der Lernzuwachs pro Tag begrenzt und nicht beliebig vergrößerbar (insbesondere bei Kindern mit Lern- und Wahrnehmungsbeeinträchtigungen).
- *Qualität des Lehr-Lern-Materials*: Motivieren und unterstützen die Lehrbücher und -hefte beim Lernen und Wiederholen oder stehen sie einem eigenständigen Lernen durch Inhalt, Art und Gestaltung entgegen? Haben die Bücher einen eher erklärenden Charakter und verstehen die Schüler die Erläuterungen darin oder sind es eher Übungsbücher?

- *Familie und Lernpotenzial:* Die genetischen Voraussetzungen sowie Motivation, Lernbereitschaft, Lernstrategien, Konzentration und Ausdauer beeinflussen die Lerneffekte erheblich. Hinzu kommt der familiäre Hintergrund, der lernfördernd und -unterstützend sein kann, weil am Lernerfolg des Kindes interessiert, oder er ist eher lernhemmend, weil desinteressiert an den schulischen Leistungen des Kindes.
- *Mediationsprozesse:* Unterricht hat keine direkten und linearen Effekte. Vielmehr erklären sich seine Wirkungen über individuelle Verarbeitungsprozesse. Gemeint sind zwei Arten von Prozessen: a) die Wahrnehmung des Unterrichtsangebotes und des Lehrerverhaltens und b) die Lern- und Denkprozesse (Kognition), die Motivationen und Emotionen. Hierbei geht es um die Herausstellung von Wissensaufbau und den Lernerfolg beeinflussenden Faktoren (z.B. Musik, Entspannung, Spiel, private Interaktionen, Stillarbeit, Partnerarbeit, Tests).
- *Wirkungen:* „Unterricht hat viele – beabsichtigte oder nicht-intendierte – Wirkungen, weit über das fachliche Lernen und den Wissensaufbau hinaus [...] Ob Unterricht gut oder schlecht ist, ob Lehrkräfte erfolgreich oder erfolglos sind, hängt entscheidend davon ab, *welche Zielkriterien* man zugrunde legt, also z.B. kognitive oder affektive Wirkungen auf Schülerseite, Leistungssteigerung oder Ausgleich von Leistungsunterschieden. Eine allgemeine Frage wie die nach ‚dem‘ guten Unterricht stößt daher ins Leere“ (ebd., 84). Unterschiedliche Lernziele erfordern unterschiedliche Lehr-Lern-Arrangements: Automatisierungsprozesse (kleines Einmaleins, Schreibschrift, Ball prellen, Fahrrad fahren) erfordern viele Übungseinheiten, der Aufbau von (Fach-)Wissen dagegen Vorwissen und Aneignungsstrategien, der Aufbau von Sozialkompetenz vor allem praktisches Involviertsein in entsprechende Situationen. Bei der Frage nach gutem Unterricht ist gleichzeitig zu fragen: *Gut wofür?* Unterschiedliche Bildungsziele (Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Arbeitstechniken usw.) erfordern unterschiedliche Methoden. *Gut für wen?* Zielt der Unterricht auf alle Schüler, die wiederum unterschiedliche Lerntypen auf differentem Leistungsniveau sind, müssen sich die Methoden der Vermittlung für die verschiedenen Gruppen unterscheiden. *Gut, gemessen an welchen Startbedingungen?* Die (heutige) Klassenzusammensetzung, das Leistungsniveau, die Störhäufigkeit, die Lernmotivation sind wichtige Variablen, die den erhofften Lernerfolg maßgeblich beeinflussen. Erfolg ist ein relativer Begriff und zielt nicht nur auf die Wissensvermehrung. *Gut aus wessen Perspektive?* Der Schüler hat eine andere Sicht auf Unterricht und seine individuellen Lernerfolge als der Lehrer, der wiederum andere Schwerpunkte setzt als die Schulleitung, das Schulamt oder das Kultusministerium. *Gut für wann?* Ist Unterricht dann erfolgreich, wenn der im Curriculum verortete Inhalt bearbeitet und gefestigt worden ist – oder ist Unterricht erst dann gut, wenn er auf die aktuellen und späteren Lebensaufgaben außerhalb der Schule vorbereitet?
- *Die Rolle des Kontextes:* Die Altersstufe der Schüler (Primar- oder Sekundarstufe), der Bildungsgang (Förder-, Haupt-, Realschule, Gymnasium), die Schulart und die Schulform (Allgemeine Schule, Privatschule, spezielle Schule wie z.B. Musikgymnasium, Sportrealschule, Internat oder auch Förderschule körperliche und motorische Entwicklung) und das Unterrichtsfach (individuelles Interesse/Desinteresse) beeinflussen ebenfalls den Unterrichtsverlauf.

Die Institution Schule hat die Aufgabe, den ihr zugeordneten Bildungsauftrag professionell umzusetzen. Bildung ist ein Kerngeschäft von Schule, das vor allem in Form von Unterricht abläuft. Die hier angeführte Auflistung macht deutlich, wie komplex die Beantwortung der Frage nach *gutem Unterricht*, nach dessen Wirksamkeit und Effektivität ist. Qualität von Unterricht ist weitaus mehr als ein zu messender Output-Wert (abprüfbares Wissen). Unterricht hat Prozesscharakter und fordert von den Lehrenden fundierte Expertise in unterschiedlichen Bereichen sowie ein hohes Maß an Flexibilität, an Situationsverständnis und Einfühlungsvermögen. Didaktische Modelle helfen, sich dem Phänomen Unterricht zu nähern, Unterricht zu planen und Abläufe im Unterricht zu verstehen. Die Lehr-Lern-Forschung bietet vielfältige Anregungen, die eigene Unterrichtstätigkeit zu reflektieren und so dem Ziel des guten Unterrichts ein Stück näher zu kommen.

Hansen (2010) hat einige der hier skizzierten Aspekte und offenen Fragen aufgegriffen und das Konzept der *Unterstützenden Didaktik* als Didaktik für Allgemeine Schulen und Förderschulen entwickelt. Damit überwindet dieses Konzept nicht nur die Kluft zwischen klassischen Didaktikmodellen und der Lehr-Lern-Forschung, sondern stellt auch eine Brücke dar zwischen Allgemeiner Didaktik und der von Hahn Anfang der 1970er-Jahre noch geforderten Sonderdidaktik für Kinder mit Körperbehinderungen – eine didaktische Brücke auf dem Weg zur Inklusion.

### Unterstützende Didaktik

Vor dem Hintergrund bisheriger, z.T. gegensätzlicher Didaktikentwürfe und unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse aus der Lern- und Unterrichtsforschung entwickelt Hansen (2010) das Modell der *Unterstützenden Didaktik* als wissenschaftliche Reflexion institutionell organisierten Lernens. Basis seiner Didaktik ist ein systemisch-konstruktivistisches Grundverständnis von Lernen mit dem Fokus auf struktureller Koppelung, Anschlussfähigkeit an die Interessen und Lebenssituation der Schüler sowie Viabilität (Passung, Brauchbarkeit) des Lernens. D.h. Lernen kann einem sozialen System (Mensch) nicht verordnet werden, sondern vollzieht sich vor allem über Lernangebote, die der Schüler entsprechend seinen Interessen, Vorkenntnissen und Anschlussmöglichkeiten annimmt oder nicht. Unterricht ist dann erfolgreich, wenn die Lebensbedeutung erkennbar ist. Die Unterstützende Didaktik hat somit den Charakter einer *Beratungswissenschaft*. Auch wenn Beratungsangebote in der Regel freiwillig sind, so verzichtet die Unterstützende Didaktik dennoch nicht auf den in der Didaktik viel diskutierten und insbesondere bei Lern- und Verhaltensschwierigkeiten sowie in der Lehr- und Unterrichtsforschung (Helmke 2010) wieder erstarkten Aspekt der Instruktion. Soweit Instruktionen „potentiell konstruktionsunterstützende Wirkungen eingeräumt werden“ (Hansen 2010, 8), sind auch Instruktionen mit konstruktiven Lernangeboten im Sinne einer begleitenden Beratung kompatibel. Ziel dabei ist es, die Balance von Instruktion und Konstruktion zu finden, um einen ausgewogenen Unterricht zwischen Orien-



tierung und Anleitung zu gestalten, damit einerseits die Interessen, die Eigenaktivität und die Motivation des Schülers unterstützt werden, andererseits aber auch der Rahmen gesellschaftlichen Zusammenlebens und normativer Bezugsgrößen vorgelebt wird. Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass Hansen keinen radikalen Konstruktivismus vertritt, sondern einen gemäßigten, der auch auf *Rekonstruktionen* und *Dekonstruktionen* (Reich 2010, 118ff) zurückgreift. Lernen aus der Geschichte wird als genauso sinnvoll erachtet wie kritische Reflexionen zu gewohnten Handlungen, Theorien und Routinen, die zu Verstörungen im Lebensalltag führen können. Diese Verstörungen dienen als Motor für neue Entwicklungen, Einsichten und Erkenntnisse.

Aus der Stabilität heraus kommt es durch Rekonstruktionen und Dekonstruktionen zu Unsicherheiten, zur Infragestellung bisheriger Gewissheiten. Instabilität ist der Beginn neuen Lernens (vgl. Bergeest 2002a), bis aus neuem Wissen, Reflexionen und erweiterter Handlungskompetenz das Kind in den (neuen) Zustand von Stabilität zurückgeführt wird. Lernen ist ein aktiver Konstruktionsprozess unter beratender Anleitung des Lehrers, indem der Schüler das Lernen mit Sinn versteht und die Lernergebnisse aktiv in seine eigene Wirklichkeitskonstruktion mit einbindet. Die Zone der nächsten Entwicklung ist erreicht. Von hier aus startet der nächste Lernprozess.

Hansen entwickelt fünf Dimensionen, die für die Unterstützende Didaktik handlungsleitend sind: den Aspekt der *Beziehung*, des *Inhalts*, der *Methode*, der *Handlungsorientierung* und der *Emotionen*. Mit Rückblick auf die jahrzehntelange Dominanz des Inhalts vor der Beziehung und eine Kehrtwende seit dem Ende des letzten Jahrhunderts in der von Reich (2010) herausgestellten Bedeutung der Beziehung als Voraussetzung von Lernprozessen entwickelt Hansen das Bild von der *Balance von Inhalt und Beziehung* in der Didaktik: Beide Aspekte haben ihre gleichberechtigte Bedeutung, da ohne Sachinhalte und ohne Fachwissen keine Weiterentwicklung erfolgen kann.

- *Inhalt*: Nur wer vom Inhalt etwas versteht, kann Fragen beantworten, Probleme lösen und flexibel auf unterschiedliche Situationen reagieren. Gerade in einer schnelllebigen Informations- und Kommunikationsgesellschaft sind Grundlagenwissen, Fachwissen und Techniken der Wissensbeschaffung Voraussetzung, mitreden, mit Schritt halten und somit teilhaben zu können an den Interaktionsmustern der Gesellschaft. Mit Bezug auf empirische Studien verweist Hansen darauf, dass rein auf Selbstbestimmung basierende Lernumgebungen vor allem gute Schüler unterstützen (vgl. auch Helmke 2010). Schüler mit Lernschwierigkeiten „können davon offensichtlich weniger profitieren als leistungsstarke Schüler. Ein unreflektierter Einsatz von pur konstruktionsorientierten Methoden kann also die Kluft zwischen ‚guten‘ und ‚schlechten‘ Schülern verstärken“ (Hansen 2010, 66). Die Unterstützende Didaktik betont somit den in der systemisch-konstruktivistischen Pädagogik zurückgedrängten Aspekt des Inhalts wieder stärker und baut eine Brücke zwischen überwiegend (radikal) konstruktivistisch ausgewiesenen und bildungstheoretisch

bzw. fachwissenschaftlich orientierten Didaktikern, die weiterhin am „Primat des Inhalts“ (Klafki) festhalten.

- *Beziehung*: Trotz der Rückbesinnung auf die Bedeutung des Inhalts hat der Beziehungsaspekt eine herausragende Stellung innerhalb der Unterstützenden Didaktik. Der Begriff Beziehung ist zunächst neutral zu sehen: er kann positiv, aber auch negativ besetzt sein (Schüler-Lehrer-Verhältnis). Mit Bezug auf die in der Humanistischen Psychologie herausgearbeiteten Prinzipien des Lernens (Rogers) verweist Hansen darauf, dass eine kongruente und dialogisch gestaltete Beziehung sowie Personenzentriertheit am ehesten zu einem erfolgreichen Unterricht führen. Eine kommunikative Beziehungsgestaltung zwischen Lernenden und Lehrenden bildet die Basis authentischen Unterrichtens und ermöglicht das Erkennen der Zone der nächsten Entwicklung (Wygotski). Didaktisches Ziel ist, mit Hilfe der kommunikativen (Beziehungs-)Arbeit die Knospen der Entwicklung in ihrem Reifungsprozess zu unterstützen. In diesem Kontext authentischer und guter Beziehungsgestaltung zwischen Lehrer und Schüler haben dann auch Instruktionen und verlässliche Rahmenbedingungen (Hilfestellungen, Absprachen, Regeln, ggf. Verträge) als Unterstützung der Selbstentwicklung ihren Platz. Der dem konstruktivistischen Grundgedanken diametral gegenüberstehende Aspekt der Instruktion erhält über die Beziehungsgestaltung seinen notwendigen Platz in der Didaktik. Denn gute Beziehungsarbeit, die Achtung vor dem Schüler und Einfühlungsvermögen sind nicht zu verwechseln mit Nachgiebigkeit; sie beinhaltet Authentizität, Wertschätzung, Vertrauen, Klarheit und Verlässlichkeit (z.B. bei Regeln). Schüler mit Körperbehinderung, insbesondere die Kinder mit erheblichen Problemen in der Wahrnehmung, Konzentration und Orientierung, sind auf solche Unterstützungsmaßnahmen angewiesen. Diese didaktische Rahmenkonzeption entspricht nicht nur den Erkenntnissen der Lern- und Unterrichtsforschung, sondern ist darüber hinaus auch passfähig zu den neueren Erkenntnissen aus der neurophysiologischen Forschung (Hirnforschung) und der Sensorischen Integration (vgl. Kap. 3.1). Persönliche, authentische Beziehungen aufzubauen und sich auf institutionelle Rahmenbedingungen (Schulorganisation, Lehrschwerpunkte) zu verständigen, stehen in der didaktischen Reflexion gleichwertig nebeneinander.

Das Herstellen der *Balance von Beziehung und Inhalt* stellt für Hansen den *Schlüssel der Unterstützenden Didaktik* dar. Die in seiner Didaktik geforderten Diskursräume ermöglichen zum einen, unverständliche Instruktionen nicht als autoritäre oder willkürliche Lehrerdominanz wahrzunehmen, sondern sie im Gespräch nachvollziehbar zu machen. Zum anderen helfen Diskursräume gerade Kindern mit Körperbehinderung, sich aus der vielfach über Jahre gelernten Hilflosigkeit und Fremdbestimmung langsam zu lösen.

- *Handlungsorientierung*: Dem Postulat, die Selbstständigkeit der Schüler mit Körperbehinderung sowie deren kognitiven Möglichkeiten zu fördern, begegnet die Unterstützende Didaktik mit der Herausstellung der Handlungsorientierung. „Handlungsorientierter Unterricht ist ein ganzheitlicher und schüleraktiver Unterricht, in dem die zwischen dem Lehrer und den Schülern vereinbarten Handlungsprodukte die Organisation des Unterrichtsprozesses leiten, so dass Kopf- und Handarbeit der Schüler in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander gebracht werden können“ (Meyer 2004, 214). Diese Definition von Meyer trifft auf das Grundverständnis der Unterstützenden Didaktik, da es ihr nicht um eine unreflektierte handlungsorientierte Praxis oder eine puristische Realisierung des

„Offenen Unterrichts“ geht, sondern um Lernarrangements, in denen sowohl kognitive als auch handlungspraktische Dimensionen des Lernens angesprochen werden und die Schüler im konstruktivistisch ausgerichteten Unterricht nach Möglichkeit selbstgesteuert Anknüpfungspunkte der eigenen Entwicklung (strukturelle Koppelungen) findet (vgl. Hansen 2010, 100ff). Der Lehrer hat eine zurückhaltende, eher moderierende Funktion, ohne vollständig auf Führung oder Instruktionen (i. S. der Begleitung) zu verzichten, um über die gemachten Erfahrungen das *Lernen von Denken* zu fördern (ebd., 114; zur Problematik des offenen Unterrichts für Schüler mit Körperbehinderung s. Wiczorek 2006). Handlungsorientierter Unterricht entfaltet seine volle Kraft, wenn er die Handlungen mit Denkprozessen und Reflexion verknüpft (entdecken, erforschen, ausprobieren, produzieren, verstehen, reflektieren). Handeln und Tun tragen zu einem tieferen Verständnis von Lerninhalten bei, insbesondere dann, wenn Handlungen verknüpft werden mit Denk- und Sprachprozessen (symbolische Repräsentation; Hansen 2010, 117). Dabei müssen sich die Erfahrungen nicht ausschließlich auf materielle, fassbare Produkte reduzieren. Auch kognitive „Produkte“ wie Abbau von Vorurteilen, Verhalten im Streitfall, Selbstbehauptung aus dem Rollstuhl heraus können ebenso als handlungsorientierte und lebensnahe Lernergebnisse angesehen werden. Eine Grundlage aller handlungsorientierten Prozesse ist der soziale Kontext. Auch hier spielt der Aspekt der Beziehung (zu Lehrer und Mitschüler) erneut eine tragende Rolle im Sinne eines lernfördernden und lernunterstützenden Klimas.

- *Methode*: Die weiteren Schwerpunkte in der Methodendiskussion der Unterstützenden Didaktik beziehen sich auf das *Gestalten der Lernumgebung, ein methodenorientiertes Lernen, die Verbindung von sachbezogenem und sozialem Lernen sowie das exemplarische Lernen und Lehren*. Das exemplarische Lernen begründet sich aus der ständig weiter wachsenden Stofffülle, die schon aus lernökonomischen Gründen nicht abzuarbeiten ist. Vielmehr geht es beim exemplarischen Lehren und Lernen um die Vermittlung verallgemeinerbarer Prinzipien, Kontexte und Gesetzmäßigkeiten anhand einzelner Beispiele. Dieses Verständnis von Lernen ermöglicht Spielraum für Wiederholung und Festigung und entspricht somit der Lernstruktur des menschlichen Gehirns, das grundlegende Muster (durch Wiederholungen) besser lernt als neue Inhalte durch punktuelles (scheinbar abwechslungsreiches) Hin- und Herspringen von Themen (vgl. Kap. 3.1). Statt der Ansammlung von trägem Wissen soll durch exemplarisches Lernen die Möglichkeit zum Transfer, zur Dekontextualisierung geschaffen werden (was Kindern mit Körperbehinderung besonders schwerfällt). In der Auseinandersetzung mit ähnlichen Phänomenen, Problem- oder Fragestellungen werden die Einzelsituationen zunehmend marginal und das übergreifende (Lösungs-) Prinzip gewinnt an Schärfe und Kontur. Eingebunden in einen handlungsorientierten Kontext ist die Chance auf strukturelle Koppelung, auf Perturbation und Viabilität und somit auf Lernerfolg groß. Gerade Kinder mit Körperbehinderungen benötigen in der Regel mehr Zeit zur Verarbeitung des Lernstoffs und dessen Einordnung. Exemplarisches Lernen (Qualität), das sachbezogen und in soziale Kontexte eingebunden ist, kommt dem Lernverhalten von Kindern mit Körperbehinderung deutlich mehr entgegen als isoliertes Lernen und die Aneignung umfangreicher und vielfältiger Inhalte (Quantität). Allerdings sei hier angemerkt, dass Rückzugsmöglichkeiten für einzelne Kinder (z.B. mit Hydrocephalus; Konzentrationsstörungen) durchaus hilfreich sein können, z.B. beim Wiederholen des Stoffs (vgl. Blume-Werry 2011).

Die Reduktion von Inhalten wird jedoch nicht uneingeschränkt befürwortet. So kritisieren Weinert (1998 in Helmke 2009) und Helmke (2009) die zunehmende Forderung zur Vermittlung von Schlüsselkompetenzen (z.B. Medienkompetenz; Lerntechniken), da man ohne ausreichendes Grundlagenwissen keine höheren Lernprozesse initiieren kann: „Die wichtigste Voraussetzung für kumulative und anspruchsvolle Lernprozesse sind gerade nicht formale Schlüsselqualifikationen, sondern ist eine *solide und gut organisierte Wissensbasis*, das heißt ein in sich vernetztes, in verschiedenen Situationen erprobtes und flexibel anpassbares Wissen („intelligentes Wissen“), das Fakten, Konzepte, Theorien und Methoden gleichermaßen umfasst“ (Helmke 2009, 41). Dieser Verweis macht in besonderem Maße die Komplexität des Unterrichts von Kindern mit Körperbehinderungen deutlich, da exemplarisches Lernen immer auf Reduktion des Stoffumfanges und somit auch auf Schlüsselqualifikationen gerichtet ist. Es bedarf noch weiterer Reflexionen und Forschungen, um den „Königsweg“ zum Erwerb „intelligenten Wissens“ zu finden, der sowohl dem Lernverhalten der Kinder mit Körperbehinderung gerecht wird als sie auch mit ausreichendem Wissen und Techniken ausstattet, die die Basis bilden für alle weiteren auf sie zukommenden Wissens- und Bildungsanforderungen.

Ein weiteres methodisches Unterstützungsmerkmal im Lernverhalten von Kindern mit Körperbehinderung stellen *soziale* Lernstrukturen dar, z.B. in Form kooperativen Lernens, um sich gegenseitig ermutigen, helfen und motivieren zu können. Insbesondere fehlende Ausdauer, intrinsische Motivation und Erwachsenenfixierung sind häufig anzutreffende Phänomene des Lernens bei Kindern mit Körperbehinderungen, denen mittels kooperativer Lernmethoden begegnet werden kann. Bei der Aufzählung der Prinzipien der Lernumgebungsgestaltung in der Unterstützenden Didaktik verweist Hansen (2010, 96) zu Recht auf die Begeisterungsfähigkeit der Lehrkraft, die durch die persönliche Beziehungsgestaltung und die Methodenauswahl einen großen Einfluss auf die Lernmotivation der Schüler ausübt (pädagogisches Geschick, Fachlichkeit, Leidenschaft, Motivation, Engagement und Interesse an Sache und Schüler sind bei der Lehrkraft überdurchschnittlich ausgeprägt). Stimmt diese Basis, so können auch die ausgewählten Inhalte die ihr innewohnende Motivation entfalten und das Neugierverhalten der Kinder stärken.

- *Emotionen*: Vor diesem Gesamtentwurf der Unterstützenden Didaktik stellen die Emotionen eine tragende Säule dar, da kognitive Prozesse immer in Wechselwirkung und in Abhängigkeit zur emotionalen Ausgangslage der beteiligten Personen stehen. Emotionen, Körper und Geist bilden eine psychosomatische Einheit, Lernprozesse werden nicht nur von Bewegungs- und Handlungsoptionen, sondern auch von Emotionen wesentlich beeinflusst (vgl. Spitzer 2006). Hierbei ist zu beachten, dass sich die intrinsische Motivation und die Entwicklung zur Selbstbestimmung bei ständig gespürter Kontrolle oder Bestimmung reduziert. Im Umkehrschluss bedeutet dies den sukzessiven Rückzug der Lehrerdominanz im Unterricht zugunsten selbststeuernder und auf zunehmende Autonomie der Schüler ausgerichteter Lernprozesse. In diesen Lernprozessen ist darauf zu achten, dass

der bei Pädagogen häufig verbreitete „automatisierte Lobreflex“ vermieden wird. Lob wird bei für den jeweiligen Schüler bedeutsamen Leistungen ausgesprochen. Ein inflationärer Gebrauch von Lob trägt emotional nicht zur Lernmotivation des Schülers bei, sondern hat nicht selten den gegenteiligen Effekt. Eine respektvolle, wertschätzende und authentische Haltung dem Schüler gegenüber, die fürsorglich, aber nicht „kuschelpädagogisch“ vorgeht, die Leistungen erwartet, aber nicht überfordert, die klare Rahmenbedingungen und Regeln mit den Schülern vereinbart und nicht unberechenbar erzieherisch vorgeht, bildet die Basis des guten Zusammenlebens und Zusammenarbeitens im Klassenraum.

Diese primär allgemeinpädagogischen Erkenntnisse sind unabdingbar für den Unterricht mit körperbehinderten Kindern. Auch Kinder mit (schweren) Beeinträchtigungen der körperlichen und motorischen Entwicklung haben einen Bildungsanspruch. Dass dieser, je nach Institution, Fachkompetenz und Lehrerpersönlichkeit, mal mehr, mal weniger eingelöst wird, ist ein grundsätzliches Problem, das auch mit der Komplexität des Arbeitsbereiches zu tun hat. In der Tat kann man nicht von jedem Kind mit Körperbehinderung das Gleiche erwarten und verlangen. Im Gegenteil: Stress und Leistungsanforderungen können sich je nach Schädigungsbild auch kontraproduktiv auswirken (z.B. cerebrale Bewegungsstörungen, komplexe Behinderung). Diese Problematik sollte aber nicht zu einem generellen Verzicht auf Leistung führen, weil Bildung und die Auseinandersetzung mit der sozialen Realität die Grundlagen zur Teilhabe an den gesellschaftlichen Prozessen darstellen.

### **Inklusive Didaktik**

Die Durchführung von Unterricht mit körperbehinderten Kindern ist ein komplexer Interaktionsprozess, in dem es um mehr geht als um reine Wissensvermittlung mit messbarer Output-Orientierung. Didaktische Modelle und Didaktische Landkarten (Jank/Meyer 2007) helfen, sich in dem Dschungel von divergierenden Theorien, vielfältigen Praxiserfahrungen und subjektiven Ansprüchen an Schule und Unterricht zurechtzufinden (vgl. Lelgemann 2010). Die empirische Unterrichtsforschung bzw. Lehr- und Lernforschung überprüft (und kritisiert) didaktische Entwürfe mit dem Ziel der Optimierung und Weiterentwicklung der Konzepte. Didaktische Modelle sind somit keine statischen Konzepte (auch wenn der Begriff dies suggeriert), sondern selbst Teil der ständigen Veränderung von Schule und Unterricht. Mit der vor allem durch die Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention (2009) ausgelösten bundesweiten Öffnung der Allgemeinen Schulen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen muss sich der Unterricht weiter verändern. Umgang mit Heterogenität wird zunehmend Alltag werden, die Komplexität des (integrativen) Unterrichtens wird größer, die Ansprüche an die pädagogisch Professionellen steigen. Die Lehrerpersönlichkeit ist nicht (länger) reduzierbar auf die Kategorie *Bildung* in Form (sonderpädagogischen) Fachwissens, Methodenwissen und „pädagogisches Geschick“, sondern auch bestimmt durch übergeordnete Kompetenzen in Classroom-Management, Diagnostik, Kooperation und Teamar-

beit, Beratung, Selbstreflexion, Ambiguitätstoleranz, Bereitschaft zu lebenslangem Lernen, Öffnung für Unsicherheiten (siehe Kap. 6). Didaktisches Wissen (und die Kenntnis um die Widersprüche unter den didaktischen Modellen) bildet bei der Herausbildung der Lehrerpersönlichkeit eine wesentliche Basis. Hinzu kommen die Besonderheiten, die den Unterricht mit Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und motorischen Beeinträchtigungen kennzeichnen.

In diesem Kapitel wurden didaktische Entwicklungslinien aufgezeigt und verschiedene Schwerpunkte des Unterrichtens mit körperbehinderten Schülern zusammenfassend dargestellt. Vor dem Hintergrund der sich verändernden Förderorte geht es abschließend nicht um eine „körperbehindertenspezifische Didaktik“, sondern vielmehr um zentrale Merkmale einer *allgemeinen (inkluisiven) Didaktik*, die *unabhängig vom Förderort* dem Förderbedarf und der besonderen Lebenssituation von Schülern mit Körperbehinderung und chronischer Erkrankung gerecht wird. Dabei stehen die individuellen Förderbedürfnisse mit den entsprechenden didaktischen Konsequenzen dem Aspekt der Wirksamkeit von Unterricht (Unterrichtsqualität) und dem Anspruch an Professionalität nicht entgegen, sondern bilden vielmehr das Aufgabenspektrum und den Anspruch an die Lehrerpersönlichkeit ab mit dem Ziel, den Prozess der beruflichen Sozialisation durch Aus- und Weiterbildung zunehmend professioneller gestalten zu können.

Der Unterricht mit Kindern und Jugendlichen mit Körperbehinderung oder chronischer Erkrankung basiert auf unterschiedlichen didaktischen Modellen und Entwürfen, den Erkenntnissen aus der allgemeinen Unterrichtsforschung, den besonderen Sozialisationsbedingungen und der spezifischen Lebenssituation der betreffenden Schüler, eingebunden in den Kontext der organisatorischen, schul- und klassenspezifischen Rahmenbedingungen. Didaktische Spezifika des inklusiven Unterrichts mit körperbehinderten Kindern lassen sich zusammenfassend als folgende Leitmerkmale darstellen:

- *Unterricht als Angebot*: Im konstruktivistischen Verständnis von Lernen vollziehen sich die Prozesse der Wissensaneignung und Handlungsfähigkeit durch Eigenaktivität, die wiederum abhängig ist von der Anschlussfähigkeit des Lerngegenstandes (strukturelle Kopplung). Lernen kann nur angeregt, Wissen angeboten, aber nicht von außen „gelehrt“ werden. Unterricht versucht die Interessen des jeweiligen Schülers aufzugreifen, bietet Inhalte an, und begleitet den Schüler auf seinem Weg der Exploration und des Lernens.
- *Beziehungsgestaltung*: Verlässliche Beziehungen sind für das Lernen von Kindern mit Körperbehinderung Grundvoraussetzung. Lerninhalte werden hauptsächlich aufgenommen, wenn eine stabile Beziehung zwischen Lernendem und Lehrendem besteht.
- *Konstruktion und Instruktion*: Kinder mit Körperbehinderungen sind aufgrund ihrer Entwicklungs- und Sozialisationsbedingungen in der Regel verstärkt auf Anleitung und Orientierung sowie manuelle Aneignungsprozesse angewiesen. Vorstrukturierte und handlungsorientierte Unterrichtseinheiten unterstützen die kognitive Entwicklung. Ziel dabei ist, so viel Konstruktion (Freiheit in Erkunden, Forschen, Entdecken) wie möglich,



- so wenig Instruktion (Anleitung, Vorgaben) wie nötig, um den erschwerten Weg in die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Anfang an zu unterstützen.
- *Individualisierung und zieldifferentielles Lernen*: Jedes Kind lernt auf seiner ihm eigenen Entwicklungsstufe innerhalb der Rahmenrichtlinien des Unterrichts (gemeinsames Curriculum). Entwicklungslogisch-biografisch orientiertes Lernen führt aufgrund methodischer und didaktischer Differenzierung und Erweiterung zu individuellen Lernzielen.
  - *Kooperatives Lernen am gemeinsamen Gegenstand*: Suche nach gemeinsamen Themen im täglichen Unterricht, an denen die Kinder auf ihrem individuellen Lernniveau – die einen mehr handlungs-, die anderen mehr theorieorientiert – arbeiten können (Feuser 1995, 179). Es geht hierbei nicht nur um die Vermittlung einer „objektiven Realität“, sondern immer auch um die subjektive Sinnbildung, durch die erst die „eigene Welterkenntnis“ konstruiert wird.
  - *Soziale Lernstrukturen gestalten: Koexistente Lernsituationen* („raumzeitliche Gemeinsamkeiten der Beteiligten“ bei ziel- und inhaltsdifferentem Lernen), *kommunikative Lernsituationen* (spontane, inhaltsbezogene oder inhaltsoffene Gespräche), *subsidiäre Lernsituationen* (prosoziales, unterstützendes Lernverhalten) und *kooperative Lernsituationen* (komplementäre und solidarische Lernwege) ermöglichen.
  - *Gleitender Übergang vom strukturierten zum offenen Unterricht*: Aufgrund vielfältiger medizinisch-therapeutischer Maßnahmen, sozialisationsbedingter Entwicklungen und/oder kognitiver Beeinträchtigungen stellen offene Unterrichtskonzepte für Kinder mit Körperbehinderungen häufig eine Überforderung dar. Offener Unterricht ist aufgrund seines immanenten Lernpotenzials (Flexibilität, Transfer, strategisches und vorausschauendes Denken usw.) dennoch von großer Bedeutung im Entwicklungsprozess der Kinder und Jugendlichen. An Formen des Offenen Unterrichts müssen Kinder mit Körperbehinderungen in der Regel erst herangeführt werden, die hierzu notwendige Kreativität, Handlungskompetenz und Selbstbestimmung kann nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden.
  - *Kommunikation und Interaktion*: Körperbehinderung beinhaltet eine Ausdrucksbehinderung, die sich sehr häufig sowohl auf die verbale als auch auf die nonverbale Kommunikation auswirkt. Der Aufbau von Beziehungen, die Gestaltung von Interaktionen, die Aufrechterhaltung des sozialen Dialoges, die Stärkung des Selbstbewusstseins durch Selbstbehauptung, inneren Halt und Wissen, das Verlassen der sozialen Defensive, die sukzessive Teilhabe an den gesellschaftlichen Prozessen (Inklusion) erfolgen vor allem durch Kommunikation und Interaktion. In erster Linie hemmen nicht die motorischen Beeinträchtigungen, sondern die – durch die motorische und körperliche Behinderung entstehenden – kommunikativen Barrieren die soziale Partizipation.
  - *Emotionen beachten*: Der emotionale Ausdruck von Kindern mit (schwerer) Körperbehinderung ist oft nicht eindeutig. Diese Emotionen wahrzunehmen und zu entschlüsseln ist Voraussetzung dafür, dass diesen Gefühlen grundlegend entsprochen werden kann. Das Bemühen um Einfühlung in die augenblickliche Situation des Kindes stellt eine ebenso hohe Anforderung an die Pädagogen, wie auch die unerlässliche begleitende Verbalisierung der wahrgenommenen aktuellen emotionalen Prozesse.
  - *„Schonräume“*: Unabhängig vom Förderort kurz- oder mittelfristig notwendig erscheinende Rückzugsmöglichkeiten und Umgebungen des konfliktfreien Lernens („Schonräume“) zu ermöglichen, ist nicht als Rückfall in eine separierende Sonderpädagogik zu verstehen. Die verschiedenen Entwicklungsbereiche können so durch eine zeitlich begrenzte gesonderte Förderung bei einzelnen Kindern und Jugendlichen unterstützt werden.



- *Kreativitätsentwicklung unterstützen*: Mit der Ausdrucksbehinderung ist häufig auch ein Festhalten an gelernten Strukturen und Abläufen erkennbar (Stabilität). Flexibilität und Transferleistungen stellen für viele Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung eine große Herausforderung dar. Mit der Förderung der Eigenständigkeit durch die Gestaltung konstruktivistischen Unterrichts und dem exemplarischen Lernen mit Fokus auf Transferleistungen ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, im entdeckenden Lernen kreative und flexible Problemlösungswege zu finden. Abnehmende Hilfestellungen bei der Entwicklung von Kreativität und Flexibilität (im Problemlösen wie in der Alltagsbewältigung) können dabei zunächst notwendig sein, damit die Kinder Anregungen bekommen und den notwendigen Halt beim Verlassen der sicheren Strukturen erleben.
- *Therapieunterstützende Maßnahmen*: Unterricht mit körperbehinderten Kindern und Jugendlichen ist vielfach geprägt von deren motorischen und körperlichen Einschränkungen, von unwillkürlichen Bewegungsmustern, von einschließenden Reflexen, Bewegungsüberschuss oder Bewegungsarmut. Ebenso von Einschränkungen in der Feinmotorik, in der propriozeptiven, taktilen und vestibulären Wahrnehmung sowie in der Artikulation. Erforderliche therapeutische Maßnahmen werden von den Pädagogen, die u.U. in interdisziplinärer Kooperation von den Therapeuten angeleitet werden können, mit in den Unterricht integriert. Sonderpädagogische Förderung und die Einbindung therapeutischer Prinzipien sind *unterstützende* Maßnahmen und unterscheiden so die sonderpädagogische Unterrichtsplanung und -durchführung deutlich vom Unterricht mit nichtbehinderten Schülern (vgl. Boenisch 2002a).
- *Einheit von Körper und Geist*: Körperentwicklung und Körperwahrnehmung bilden eine zentrale Grundlage für die kognitive Entwicklung. Die neurophysiologische Entwicklung wird durch frühe Handlungsmuster geprägt (neurologische Spuren entstehen), die die Basis stellen für höhere kognitive Leistungen. Gerade über die körperliche Auseinandersetzung kommt der Schüler zur aktiven und später auch theoretischen bzw. reflexiven Auseinandersetzung mit dem Unterrichtsgegenstand. Ohne eine körperliche Grundstabilität erfolgt Lernen (als theoretische Aneignung von Wissen) unter deutlich erschwerten Bedingungen.
- *Interdisziplinarität, Kooperation, Teamarbeit und Beratungskompetenz*: Arbeiten im multiprofessionellen Team gehört zu den Standardkompetenzen im sonderpädagogischen und inklusiven Unterricht. Es bedarf umfangreicher Fach- und Methodenkenntnis, Bereitschaft zur Selbstreflexion, persönlicher Stabilität und Gelassenheit (aber keine Gleichgültigkeit) sowie Empathie als übergeordnete Kompetenzen zur Bewältigung des pädagogischen Alltags.
- *Struktur und Verlässlichkeit*: Für viele Kinder mit Körperbehinderung sind zumindest anfänglich verlässliche Strukturen wichtig (z.B. klare Abläufe, Einübung von Alltagsroutinen, Einhalten von Regeln und Verträgen); diese geben als organisatorischer Rahmen den Kindern Orientierung in Zeit, Raum und im sozialen Miteinander.
- *Rhythmisierung des Unterrichts*: Ein Wechsel von Anspannung und Entspannung, von Konzentration und Erholung begünstigt die Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit, bewahrt vor kognitiver Überforderung. Hierzu trägt auch eine Entschleunigung des Unterrichts bei. Statt möglichst viel Inhalt in einem ständig in Methode und Ablauf variierenden Unterricht anzubieten, ist vielmehr die *Entdeckung der Langsamkeit* und eine *Rhythmisierung von Unterricht* anzustreben.

- *In Ganzheiten lernen*: Unterrichtsstoff nicht in kleine und kleinste Einheiten bis zur Unkenntlichkeit des Gesamtvorhabens zergliedern, sondern stets das übergeordnete Ziel für alle Schüler transparent halten. Von hier aus ist es möglich, in vorstrukturierten Unterrichtseinheiten mit der Möglichkeit zur eigenen Exploration und Erkundung, im Wechsel von An- und Entspannung, von Statik und Dynamik, von Wiederholung und Veränderung, von Ruhe und Bewegung aus der Stabilität (des Wissens und der Routine) in die Instabilität des Lernens zu gelangen, damit sich hieraus neues Wissen und neue Handlungskompetenzen aufbauen und entwickeln können.
- *Kooperation mit anderen Gruppen*: Öffnung der Klasse für gemeinsame Projekte innerhalb und außerhalb der Schule. Das Erleben von gegenseitiger Unterstützung, von kultureller, nationaler, religiöser, sprachlicher Heterogenität sowie von Leistungsheterogenität als Bereicherung wahrnehmen.
- *Transparenz herstellen*: In Anlehnung an Wockens (2014, 180ff) Grundstrukturen inklusiver Didaktik und das pädagogische Konzept der Themenzentrierten Interaktion (TZI; Tscheke 2013, 106ff) wird im Unterricht inhaltliche und personale Transparenz hergestellt mithilfe einfacher Kommunikationsregeln für die Gestaltung der pädagogischen Arbeit („Themen“). Sie gehen davon aus, dass Lern- und Arbeitsprozesse in Gruppen von 4 Sozial-Faktoren beeinflusst werden: ICH (jedes Individuum und seine Bezüge), WIR (die Gruppendynamik), ES (Sachinhalte) und GLOBE (soziale und institutionelle Rahmenbedingungen). Diese Beziehungsfaktoren werden im thematischen Unterricht als „individuelle und kollektive Bedürfnisse“ (ebd.) bezüglich der Sachinhalte verbalisiert und damit transparent gehalten. Dadurch werden Lernprozesse angeregt und lebendig gestaltet und die Heterogenität der Schülerschaft in der Inklusion transparent gemacht. Inklusion ist nicht wirklich möglich ohne das Bemühen um diese Transparenz.

## 4.5 Spezielle Didaktik

Neben den allgemeinen didaktischen Landkarten wird eine spezielle Didaktik für Kinder mit körperlichen Behinderungen wirksam. Viele der betroffenen Kinder sind schon sehr früh mit umfangreichen und fremdbestimmenden Therapien konfrontiert. Nicht selten führt dies bei ihnen zu großer Verunsicherung. Deshalb ist es für sie zunächst besonders wichtig, dass sie in der Schule auf Menschen treffen, die eine verlässliche, stabile Beziehung zu ihnen aufbauen können. Auf dieser Basis kann zusammen mit einer respektvollen Haltung gegenüber dem Potenzial der Kinder Unterricht geplant und durchgeführt werden.

Die Spezifika für Kinder mit Körperbehinderung verlangen innerhalb der Rahmenrichtlinien der Bundesländer für den Unterricht eine Erweiterung der Perspektive, die in den Richtlinien häufig nur angedeutet ist. Sie können für Kinder mit Körperbehinderung allerdings nur organisatorische Hinweise geben, ähnlich wie die noch häufig anzutreffende Aufteilung in Jahrgangsklassen. Die Didaktik orientiert sich am *einzelnen* Kind. So werden für Kinder mit Körperbehinderung spezifische *Förderdimensionen* wirksam, die der Bewältigung ihrer Lebenssituation und individuellen Lebensgestaltung dienen.

Folgende Förderdimensionen sind hervorzuheben (vgl. Schönberger 1984, 123ff; Staatsinstitut für Schulpädagogik 1993, 59ff; Haupt 2003a, 79ff):

- *Psychomotorische Dimension* (Entwicklung und Verbesserung der motorischen Möglichkeiten)
- *Kognitive Dimension* (Förderung von Sensorischer Integration, Kognition und Sprache)
- *Sozial-kommunikative Dimension* (Förderung nonverbaler und verbaler Kompetenz und der sozialen Beziehungspflege)
- *Emotionale Dimension* (Förderung von Wahrnehmung und Stabilisierung des Gefühlslebens sowie der Entwicklung von Selbstwertempfindung)
- *Psychosexuelle Dimension* (Förderung der kindlich-lustvollen Beziehung zum eigenen Körper und zum Umfeld)
- *Ästhetisch-kulturelle Dimension* (Kennenlernen und Pflege kreativen Ausdrucks)
- *Wertstiftende Dimension* (Auseinandersetzung mit behinderungsspezifischen Grundproblemen und Sinnfindung)

Ein verbindendes pädagogisches Kriterium aller Dimensionen ist die Förderung von *Expansion/Exploration*, *Ausdruck* und *Sprache*.

Die übergreifende Unterrichtsorganisation folgt dem Verbund der im vorhergehenden Kapitel genannten Bausteine des *Offenen Unterrichts*.

Spezielle, direkt auf Schüler mit Körperbehinderung bezogene Lehrpläne zu einzelnen Lernbereichen gibt es nur in sehr allgemein gehaltenen Empfehlungen der einzelnen Bundesländer. Lehrkräfte sind auf ihr theoretisch fundiertes, breit gefächertes Fachwissen (allgemeine Fachdidaktiken, Psychologie, Medizin) und ihre Kreativität bei der Gestaltung des Unterrichts angewiesen. Die *Kunst* bei der Operationalisierung von speziellen Unterrichtskonzepten besteht in der Wahrnehmung und Identifizierung von Signalen der Kinder. Alle (körperbehinderten) Kinder senden Bewegungs- und Verhaltenssignale aus, die als *Suchbewegung* Hinweise auf (zu unterstützende) individuelle und aktuelle Entwicklungsschritte geben. Ihnen gilt es zu folgen. Der Unterricht in Lernbereichen ist damit sowohl durch die Fachdidaktiken strukturiert als auch gleichzeitig offen für die Lebensbewegung der Kinder.

„Die Basis schulischen Lernens ist die Entwicklung symbolischen Verhaltens eines Kindes [...] Das Angebot von Bedingungen, die symbolisches Verhalten erleichtern, ist ungleich wichtiger als das Einüben bestimmter Fertigkeiten für den Schulalltag“ (Haupt 2003a, 62). Largo (2011) beschreibt, wie bereits Säuglinge und Kleinkinder über das Mitmachen, Nachahmen und über Rollenspiele zum freien symbolischen Spiel gelangen, einer ganz wesentlichen Grundlage für die Entwicklung symbolischen Verhaltens und damit für schulisches Lernen. So bekommt das (freie symbolische) Spiel gerade für den Anfangsunterricht bei Schülern mit Körperbehinderung eine besondere Bedeutung. Vor allem auch deshalb, weil es Hinweise gibt, dass damit unter bestimmten Bedingungen das Lesenlernen, die Leseleistung und auch mathematische Kompetenzen unterstützt werden können

(Dorfman 1973; Haupt 1993; Haupt 2003a, 63f; Schmidtchen 1996, 26f). In inklusiven Klassen erhält in diesem Sinne auch die *Freiarbeit* bedeutenden Stellenwert: „Die freie Arbeitszeit wurde zum Kernstück unserer pädagogischen Arbeit. Die erste dreiviertel Stunde täglich war den Kindern für die freie Beschäftigung vorbehalten“ (Ehrenstein 2014, 159).

### Organisation

Auf der untersten didaktischen Ebene sind die organisatorischen Konzepte als biografisch und institutionell begründetes *Erfahrungs- und Betriebswissen des Praktikers* angesiedelt, der zum Aufbau eigener Handlungskompetenz Theoriewissen in Wechselwirkung mit unterrichtspraktischer Tätigkeit verknüpft. In zirkulären Prozessen formt sich aus Persönlichkeitsfaktoren, gesellschaftlichen Orientierungen, institutionellen Rahmenbedingungen, fachwissenschaftlichen Ansprüchen und Unterrichtserfahrungen sowie dem didaktischen Theoriewissen des Lehrers ein Bild des eigenen Unterrichts. Mit der Orientierung an wissenschaftlicher Systematik erfolgt der Übergang von intuitiver zu professioneller Didaktik.

Die Organisation des Unterrichts im Rahmen inklusiver Förderung körperbehinderter und chronisch kranker Kinder gehört zu den aufwändigsten pädagogischen Aufgaben und stellt eine eigene Dimension dar – weit vor einer noch so durchdachten inhaltlichen Gestaltung des Unterrichts. Grundsätzlich werden alle traditionellen institutionellen Möglichkeiten für die Kinder bereitgehalten, um den individuellen Förderbedürfnissen gerecht zu werden: von Teilnahme am Unterricht in inklusiven Klassen (organisiert nach dem Tandemprinzip mit mehreren Lehrkräften) über Kleingruppen und Einzelförderung (oder Einzelbetreuung ggf. durch Schulbegleiter) bis hin zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit einer Förderschule (als spezifische Maßnahme der Inklusion) und Neudefinition der Rolle der Schulleitung („Kommunikation und Kooperation mit allen Beteiligten – insbesondere SchülerInnen und Eltern – auf Augenhöhe“ (Hinz u.a. 2013, 208) und der Elternmitwirkung („nicht mehr ausschließlich auf das eigene Kind, sondern auf die ganze Schule bezogen“ (ebd., 186).

Des Weiteren bedarf es der Orientierung an bisher international entwickelten allgemeinen „Bausteinen einer inklusiven Schule und Didaktik“, wie sie von Reich (2014, 59ff) vorgestellt werden. Er fasst sie in 10 Rahmenpunkten zusammen: (1) Beziehungen und Teamgestaltung; (2) Demokratische und chancengerechte Schule; (3) Individuell qualifizierende Schule; (4) Ganztagschule mit Rhythmisierung des Ablaufs; (5) Förderliche Lernumgebung; (6) Einbeziehung von Lernenden mit besonderem Förderbedarf; (7) Differenzierte, unmittelbare und direkte Beurteilungen; (8) Geeignete Schularchitektur; (9) Lebensweltnahe Schule; (10) Beratung, Supervision und Evaluation.

Diese Bausteine sind aus Sicht der Förderpädagogik für Kinder mit körperlichen Behinderungen und chronischen Erkrankungen nur allgemeine Hinweise als grobes Raster, das weiterer Differenzierung durch spezifische Merkmale der Organisation des Unterrichts bedarf.

Spezifische Merkmale der Organisation des Unterrichts mit körperbehinderten und chronisch kranken Kindern sind (vgl. auch Walter-Klose 2015, 136f; Singer, Ph. 2015, 169ff):

- *Barrierefreie Architektur des Schulgebäudes und -geländes* (sowie des kommunalen Umfelds)
- *Klare Strukturierung des Raums*: Barrierefreiheit. Erreichbarkeit von didaktischen Materialien
- *Erleichterung der Beweglichkeit*: Z.B. nach dem Bobath-Konzept (vgl. Kap. 2.2)
- *Therapieunterstützende Maßnahmen*: Nach Rücksprache mit Physio-, Ergo-, Sprachtherapeuten werden Elemente aus deren medizinisch-therapeutischen Maßnahmen in den Unterricht integriert, um den Transfer in den (Schul-)Alltag der Schüler zu ermöglichen. Übernahme von „Verantwortung für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder“ (ebd., 189; vgl. Walter-Klose 2012; Haupt/Wieczorek 2012). Separate Räume für Therapie und Pflege; Ruheräume
- *Förderung von Mobilität*: Z.B. systematische körperliche Hilfestellung des Pädagogen durch Heben und Tragen (vgl. Kap. 6); psychomotorische Übungen im Unterricht; Organisation von Fahrdiensten
- *Respektvolle und achtsame Gestaltung von Körperkontakt*: Bei Bewegungserleichterung, Heben und Tragen, Förderpflege und Toilettengang
- *Förderung subsidiärer und kooperativer Lernsituationen*: Gegenseitige Hilfen und komplementäre Lernwege unterstützen
- *Individualisierung des Unterrichts*: Innere Differenzierung; Anpassung von Aufgabenformat und -länge, Arbeitsmaterialien und Beurteilungen („Ohne Zieldifferenz verdient Inklusion nicht ihren Namen“; Wocken 2014b, 118)
- *Einbeziehung von Verlangsamung und verminderter Aufmerksamkeitsspanne*: „Langer Atem“, Vermeidung von „Aktionismus“. Zusätzliche Erholungspausen
- *Verlässlichkeit und Übersichtlichkeit des Schulalltags*: Rhythmisierung des Tagesablaufs.
- *Innere* (bezogen auf die Schule) *und äußere* (bezogen auf die Kommune) *Öffnung des Unterrichts*
- *Klare, eindeutige Kommunikation*: Deutliche Reaktionen und Haltungen, Einschätzbarkeit des Lehrerverhaltens. Wertschätzende und respektvolle Klassenatmosphäre
- *Kooperation der Pädagogen und Therapeuten* (mit möglichst geringer Personalfrequenz). Personelle Doppelbesetzungen
- *Regelmäßige Fortbildungen*: Supervision und gezielte Selbstreflexion des Pädagogen (vgl. Kap. 6)
- *Einsatz von Schulbegleitern*: Individuelle Hilfestellung für schwer körperbehinderte Kinder
- *Orientierung an Hilfsmitteln und Leitlinien*: „Leitfaden für die Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit körperlicher Beeinträchtigung“ (Walter-Klose 2015a)

Zum „Betriebswissen“ des konstruktivistisch ausgerichteten Praktikers gehört, dass Lernprozesse und Unterricht *nicht* genau zu planen sind, wie die lineare und mechanistische Auffassung von Lernen (und Lehrerbildung) häufig suggeriert (Hansen 2002a, 24f). Die Nichtplanbarkeit des Unterrichts mit körperbehinderten Kindern bedeutet jedoch nicht, dass auf Strukturierungshilfen und Planung des zeitlichen Ablaufs von Unterrichtseinheiten verzichtet wird. „Unterrichtsplanung ist ein Balanceakt zwischen der Antizipation der nächsten Entwicklungsschritte der Kinder und Schaffung einer vorstrukturierten Lernlandschaft“ (Boenisch 2002a, 53). Besonders Berufsanfänger werden jedoch zunächst auf *stabile* Planung des Unterrichts angewiesen sein, bevor sie sich in eine *instabile* Struktur begeben, „die sie selbst bisher kaum oder noch gar nicht erfahren haben“ (ebd., 59).

### Identität

Der Sozialisationsprozess kann bei Kindern mit Körperbehinderung anders verlaufen als bei nichtbehinderten Kindern – mit entsprechenden Auswirkungen auf ihr soziales Rollenverständnis, ihre Handlungskompetenz und damit auf ihre personale und soziale Identitätsfindung (Staatsinstitut für Schulpädagogik 1993, 65). In den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz von 1998 wird folgerichtig die Begleitung körperbehinderter Schüler bei deren Auseinandersetzung mit ihren Sozialisationsbedingungen gefordert. Es geht um die Entwicklung von individueller Autonomie und sozialer Kompetenz sowie um Selbstbehauptung und „Empowerment“ (Theunissen/Plaute 1995; Seifert 1999) und somit auch die Förderung von Resilienz (Widerstandsfähigkeit, Belastbarkeit). Diese „Stärkung einer sicheren Basis“ geht einher mit „Selbst-Wertschätzung“ und „Erfahrungen der Selbst-Wirksamkeit“ (Weiß 2010a, 44f).

Für die schulische Förderung ergibt sich daraus eine gewisse Priorität: „Aufgrund der sozial-integrativen Zielsetzung ist eine rehabilitative Körperbehinderten-Didaktik im Schulalter auf eine umfassende Persönlichkeitsbildung hin auszurichten und zwar im Sinne einer weitestgehenden sozialintegrationsfähigen psychischen Stabilität“ (Wilken 2000, 283).

Im Bereich der *Sozialkunde* lernt das körperbehinderte Kind „das Leben im Bewusstsein seiner selbst und in vitalen und sozialen Bezügen“ (Staatsinstitut für Schulpädagogik 1993, 70ff) kennen, und die Auseinandersetzung mit der eigenen körperlichen Behinderung als Unterrichtsthema (Ortland 2006) ist essenziell. Es geht also im weitesten Sinne um die „Identitätsfindung Körperbehinderter“ (Leyendecker 1985, 1ff) und um „Stärkung“ der Schüler, die ihre soziale Wirkung einschätzen lernen (Stadler 1999, 159). Primäre Lernziele sind (Staatsinstitut für Schulpädagogik 1993, 70ff; Meyer 1994, 53ff; Wilken 2000, 287):

- Wissen, wer man ist; wissen, dass man einen Namen hat und zu einer Familie gehört; dass man in einem bestimmten Haus, einer Landschaft, einer Gemeinschaft wohnt, bestimmte Dinge mag oder nicht mag

- Auf vielfältige Weise erfahren, sich wohl zu fühlen; zum eigenen und zum Wohlbefinden anderer beitragen
- Zur eigenen Grundversorgung, Gesundheit und Hygiene beitragen
- Mut entwickeln, an die Umwelt Forderungen zu stellen; fähig sein, seine Gefühle und Bedürfnisse zu erkennen, auszudrücken und zu vertreten, was man denkt und fühlt; bereit sein, für andere einzutreten
- Über die Schädigung erfahren; Besonderheiten des eigenen Lernens erkennen; soziale Behinderungen einschätzen lernen
- Die eigenen Begrenzungen erfahren und erkennen; Erweiterung der Selbstständigkeit und des Aktionsraums erfahren
- Unterschiedliche Formen der Lebensgestaltung begreifen und nach außen vertreten; soziale Strukturen wahrnehmen
- Wirklichkeitserfahrungen durch unmittelbare Begegnung mit dem sozialen Umfeld machen und dadurch die allgemeine Lernbereitschaft steigern

Ein pragmatisches pädagogisches Konzept, das im Förderunterricht und im inklusiven Unterricht wirksam zum Einsatz kommen kann, ist die Themenzentrierte Interaktion (TZI) nach Ruth Cohn (Tscheke 2013, 106ff). Das Konzept ist ein unmittelbarer Weg in die Identitätsentwicklung und das Rollenverständnis der Schüler. Es umfasst ein Regelwerk für die Gestaltung der inhaltlichen Arbeit, das individuelle und kollektive Bedürfnisse transparent macht. Cohn formuliert zwei Hauptpostulate: (1) Sei dein eigener „Chairman“ (Sei dir deiner inneren Befindlichkeit in Bezug zu deiner Umwelt bewusst); (2) Störungen und Betroffenheiten haben Vorrang und werden immer zuerst thematisiert. In der TZI kommt dann ein Vier-Faktoren-Modell zur Anwendung, das davon ausgeht, dass Lern- und Arbeitsprozesse in Gruppen immer von den Faktoren ICH (jede einzelne Person, ihre Befindlichkeiten und Bezüge), WIR (die Gruppe mit ihrer Dynamik), ES (TZI-Inhalte, Sachverhalte, Curricula) und GLOBE (soziale und institutionelle Rahmenbedingungen) beeinflusst werden. Die damit verbundenen Inhalte gilt es zu verbalisieren und damit transparent zu machen als Baustein konstruktivistischer und inklusiver Didaktik.

Beispiele für die Unterrichtsarbeit nach diesem Modell sind: ICH-Faktor – „Wie erlebst du dich in der Klasse?“; WIR-Faktor – „Wie erleben wir uns, was verbindet, was unterscheidet uns?“; ES-Faktor – „Welche Emotionen lösen bestimmt Unterrichtsfächer oder Lerninhalte bei dir aus?“; GLOBE-Faktor – „Wie erlebst du Angebote, Möglichkeiten und Grenzen in der Öffentlichkeit?“

Gleichzeitig wirken Bewusstheit und Transparenz in diesem Sinne emanzipatorisch: Jedes Kind ist auch Experte („Chairman“) für sich selbst; Befindlichkeiten fordern Respekt und können nicht „wegdiskutiert“ werden.

Jeder Unterricht sollte die Identitätsfindung der Kinder unterstützen. Dies kann in vielfältiger Weise u.a. durch folgende spezifische Angebote geschehen:

*Körpererfahrung* (Körper zeichnen, anmalen; Körperbehinderung und Körpergrenzen erfahren); *Bewegungserfahrung* (Psychomotorik; motorische Begrenzungen und Ängste); *Behinderung und Krankheit als Unterrichtsthema* (Informationen über Behinderungen und Krankheiten, vgl. Kap. 2); *Gesundheitserziehung* („Was will ich tun, damit ich mich kör-



perlich wohlfühle?“); *Emotionale Erfahrung* („Wer bin ich? Was will ich? Wie bin ich? Was kann ich?“ Stichling 1995, 115f); *Spracherfahrung* (Kommunikations- und Sprechbereitschaft entwickeln; Erfahrung von Einflussnahme durch Sprache); *Entwicklung von Gruppenverhalten* („Wer bist du? Was kannst du? Ich gehe auf dich zu.“ ebd.); *Entwicklung von Perspektiven* (Pläne für „nachher“, „morgen“, „Zukunft“)

Angebote zur Unterstützung der Identitätsfindung besitzen über ihren funktionellen Charakter hinaus Sinndimensionen: Aus „Können“ soll „Kompetenz“ werden, d.h. Fähigkeiten werden „mit der Welt verknüpft“ (Fischer, D. 2000, 94ff).

### Exploration

Exploration innerhalb des Sachunterrichts soll die Kinder zur Erkundung ihrer Umwelt führen, ihre Kenntnisse und Handlungsfähigkeit erweitern und zur Lebensbewältigung beitragen. Das wird durch Erfahrungs- und Alltagsverbundenheit erreicht; die Unterrichtsinhalte sind für die gegenwärtige und zukünftige Lebenswirklichkeit der Kinder bedeutsam.

Die Praxis des Unterrichts mit körperbehinderten Kindern, exemplarisch aufgezeigt am Sachunterricht, sollte durch folgende elementare Merkmale gekennzeichnet sein:

- *Thematisch* erfolgt eine Orientierung an der alltäglichen Lebenswelt der Kinder, insbesondere am überschaubaren Umfeld
- *Didaktisch* werden Hilfen gegeben zur Exploration der Lebenswelt, die Kinder sollen neugierig werden auf Erkundung ihrer Welt, Faszination (Konzentration) entwickeln
- *Methodisch* werden die Schritte individuell aufbereitet, die nötig sind, dem jeweiligen Kind die Erfahrungen zu ermöglichen, die es machen möchte. Dazu sind genaue Analysen des beobachteten Explorationsverhaltens erforderlich, damit sich das Kind „Wissen und Fähigkeiten aneignet, die es mit seinem bestehenden Wissen vernetzen kann“ (Largo 2010, 81).

Sachunterricht umfasst verschiedene klassische Einzelfächer. Fächer- und jahrgangsübergreifende *Projekte* bieten sich an. Beispiele, wie Projekte (in der Inklusion) sich aus einem vorgegebenen und weit gefassten Thema in der Zusammenarbeit mit den Kindern immer mehr ausdifferenzieren können, finden sich bei Ehrenstein (2014, 205ff.); Beispiele für den fächerübergreifenden Sachunterricht bei Grimm (1996a). „Kinder lernen von sich aus fächerübergreifend“; sie gehen „sprunghaft“ vor und verbinden Inhalte nicht selten in für Erwachsene (und damit auch für Lehrkräfte) ungewohnter und ungewöhnlicher Weise (Wieczorek 2006, 134). Wird dies zugelassen, können die Kinder ihre ganz eigenen Wege finden. Das „kooperative Lernen am gemeinsamen Gegenstand“ in koexistenten, kommunikativen und subsidiären Lernsituationen (gegenseitige Hilfestellung nach Bedürfnis der Kinder) lässt sich im Sachunterricht uneingeschränkt verwirklichen, d.h. alle Kinder können auf jedem Entwicklungsstand und auf jeder Lernstufe am gemeinsamen Sachunterricht

teilnehmen. Dabei lernen sie am besten, „wenn ihre Aktivitäten in einem bedeutungsvollen Kontext stattfinden, der in Bezug zu ihrem Alltag und zu ihren Erfahrungen steht“ (Fthenakis u.a. 2008/2009, 40). Die *gemeinsame* Exploration des Lebensalltags der Kinder ist implizite Basis für Faszination im Unterricht. Kennzeichen einzelner Fächer sind beispielsweise:

- *Biologie*: Persönlicher Bezug und sinnliche Gestaltung des Unterrichts über die belebte Umwelt (Begegnung mit dem eigenen Körper und der Natur)
- *Geografie*: Geografische Phänomene im überschaubaren und erfahrbaren Feld erkunden (Funktion von Räumen, Merkmale von Gebäuden, Bedeutung einzelner Bereiche des Schulgeländes); topografische Kenntnisse anschauungsgebunden und handlungsorientiert festigen; Untersuchungen und Beobachtungen an Originalobjekten vornehmen (z.B. „Stein-Werkstatt“; Wißler/Zindler 1999)
- *Geschichte*: Erfahrung persönlicher Geschichte und biografischer Abläufe (Erleben von Zeit, eigener und familiärer Entwicklung; Begegnungen mit Zeitzeugen); auf höheren Lernstufen erfolgt die Behandlung historischer Abläufe in ihrer Bedeutung für die Gegenwart. Im Sinne der Gestaltpädagogik (s. o. „Didaktische Modelle“) können z.B. historische Ereignisse und Figuren im Spiel erlebbar gemacht werden und Identifikationen stattfinden; „Geschichte zum (Be)greifen nah“ gestalten (Homeier 1993)
- *Physik*: Erfahrung von Gesetzen und Kausalzusammenhängen alltäglicher Verrichtungen und Alltagstechnik; technische Hilfen und Gefahren (inklusive Funktionsweise des Rollstuhls; Weege 1989; Harfich u.a. 2001)
- *Chemie*: Stoffliche Zusammensetzung und Veränderungen von Materialien des alltäglichen Umgangs werden erfahren und gespürt (Veränderung und Wirkung von Nahrungsmitteln durch unterschiedliche Zutaten, Wirkung von Medikamenten)

Fthenakis u.a. (2008/2009) haben für den Bereich der frühen Bildung eine insgesamt sechs Bände umfassende Fachbuchreihe herausgegeben, die auch für den Unterricht mit körperbehinderten Kindern adaptiert werden kann. Detaillierte inhaltliche und methodische Vorschläge für die mathematische, naturwissenschaftliche, technische und Medien-Bildung werden in je einem Einzelband dokumentiert; ein weiterer Band befasst sich mit der Portfolio-Arbeit, die ebenfalls auf die Arbeit mit körperbehinderten Kindern übertragen werden kann.

Das *Schulgelände* bietet zahlreiche Möglichkeiten für einen lebensnahen, erfahrbaren, fächerübergreifenden Sachunterricht. Die *Schulwerkstatt (Lernwerkstatt)* verfügt über eine Fülle unterschiedlicher didaktisch-methodischer Materialien, die von den Kindern entsprechend ihrer Interessenlage ausgewählt werden und die die Kinder in der Auseinandersetzung mit ihrer aktuellen Lebenswirklichkeit unterstützen können. Das funktioniert eher weniger mit auch noch so gut aufbereiteten Arbeitsblättern, sondern eher mit Material, das die Schüler zum eigenen Forschen und Entdecken verführt. Auch ein selbstständiges und zunehmend selbst organisiertes Lernen kann mit einer aufmerksamen pädagogischen Begleitung ermöglicht werden. „Eine Werkstatt, die in der Schule eingesetzt wird, besteht aus einer Anzahl von Aufträgen, die von den Schülern selbstständig bearbeitet werden können, samt dazugehö-

rigem Material. Aufträge und Material sind vom Lehrer vorbereitet und strukturiert worden“ (Weber, A. 1998, 9). Ein weiterer Aspekt, der hierbei die Erziehung zur Selbstständigkeit unterstützen kann, ist die Selbstkontrolle der Aufgabenlösung. Die Gestaltung des *Schulgartens* kann Inhalte des Biologie-, Geografie-, Physik- und Chemie-, aber auch Deutsch- und Mathematikunterrichts mit einbeziehen (Moser 1985, 23ff). Schließlich wird das Schulgelände verlassen, um lebensnah im *kommunalen Umfeld* zu lernen (Burk/Rauterberg/Schönknecht 2008). *Waldkindergarten* und *Waldschule* sind eine weitere explorative sinnliche Erfahrung für Kinder mit Körperbehinderung.

### Literacy und Schriftspracherwerb

Die Fähigkeit, Lesen und Schreiben zu können, eröffnet dem Menschen in einer Medien-, Kommunikations- und Informationsgesellschaft das „Tor zur Welt“. Wer Lesen und Schreiben kann, kann teilhaben an der schriftlichen Kommunikation; hier mit zunehmender gesellschaftlicher Bedeutung vor allem an der digitalen Kommunikation innerhalb der Peers (SMS, Chat, Whatsapp, Facebook, Twitter usw.) und der digitalen Informationssuche über Online-Suchmaschinen, spezifische Homepages oder Online-Bibliotheken. Gerade die digitalen Medien eröffnen Menschen mit Körperbehinderung ein Heraustreten aus einer motorisch begrenzten Welt in die Welt der globalen Gesellschaft. Mittels kompensatorischer Ansteuerungshilfen steht auch einem sehr schwer körperbehinderten Menschen die digitale Welt mit ihren Möglichkeiten der Partizipation offen (z.B. Filme, Berichte, Nachrichten auswählen und ansehen; im Online-Shop einkaufen, peergruppenbezogene Videos bei YouTube ansehen und sich darüber austauschen). Sichere Schriftsprachkompetenzen bilden nicht nur eine zentrale Voraussetzung für den Bildungserfolg, sondern auch für die gesellschaftliche Inklusion des Menschen.

Der Kontakt mit Büchern und Schrift ermöglicht darüber hinaus eine variantenreiche Freizeitgestaltung, eröffnet Erfahrungen der Nähe und des gemeinsamen Austausches (z.B. beim gemeinsamen Anschauen und Vorlesen von Bilderbüchern), fördert die Kreativität, die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten und die kognitive Entwicklung. Von daher gehört die kontinuierliche Weiterentwicklung der Lese- und Schreibkompetenzen zu den wichtigsten schulischen Bildungszielen überhaupt.

Aufgrund ganz unterschiedlicher Spezifika kommt es bei körperbehinderten Kindern vermehrt zu deutlichen Erschwernissen im Schriftspracherwerb. Gründe hierfür können in der beeinträchtigten Sprech-, Augen- oder Handmotorik liegen (z.B. bei schweren cerebralen Bewegungsstörungen), aber auch in kognitiven oder sensorischen Beeinträchtigungen. Besonders häufig und besonders schwer betroffen sind Kinder ohne Lautsprache, die trotz Leseförderung oft nur eine niedrige Lesekompetenzstufe erreichen (s. u.; vgl. Münz/Münz/Boenisch/Willke 2014; Thiele 2008). Sie stehen in besonderer Weise in der Gefahr, trotz jahrelanger Schriftsprachförde-

rung in der Schule zu *funktionalen Analphabeten* zu werden. „Der Begriff *funktional* bedeutet, dass es sich nicht um Personen ohne Kenntnisse handelt, sondern dass sie mit ihren Fähigkeiten die Funktionen der Schrift in *ihrer* Gesellschaft nicht nutzen können. Sie haben deshalb Schwierigkeiten, eine Ausbildung zu beginnen und einen Arbeitsplatz zu finden“ (Füssenich/Löffler 2008, 12). Im Gegensatz zu „völligen Analphabeten“ verfügen „funktionale Analphabeten“ über grundlegende Kenntnisse der Schriftsprache (z.B. Graphem-Phonem-Korrespondenz), meiden aber aufgrund der enormen Anstrengung beim Lesen und Schreiben oder der umfassenden Verständnisprobleme Situationen, die schriftsprachliche Fähigkeiten erfordern.

Der Schriftspracherwerb bzw. Schriftspracherwerbsprobleme werden heute weder auf den schulischen Bereich noch auf das Lernen von Kulturtechniken begrenzt, sondern in den größeren Kontext von *Literacy* gestellt.

„Der Begriff ‚Literacy‘ umfasst verschiedene Aspekte der Auseinandersetzung mit Schriftsprache: neben der Freude am Vorlesen, dem Interesse an Schrift und dem Umgang mit Büchern werden auch die bewusste Auseinandersetzung mit der Struktur und der Bedeutung von Schrift, das Verfassen eigener Texte sowie die Fähigkeit zum sinnentnehmenden Lesen beschrieben [...] Im Fokus dieses Verständnisses stehen nicht nur der Schriftspracherwerb im engeren Sinne, die Produktion und die Rezeption von Schriftsprache, sondern auch die soziale Dimension der Auseinandersetzung mit Schrift“ (Sachse/Hallbauer 2013, 5.25; vgl. Schröder-Lenzen 2004).

Frühe Literacyerfahrungen unterstützen das Verständnis von der kommunikativen Funktion von Schrift. Der ins Deutsche bisher nicht adäquat übersetzte Begriff *Literacy* (Literalität, erweiterter Schriftspracherwerb) geht somit über den *Schriftspracherwerb* als Alphabetisierung, das Lernen von Lesen und Schreiben als Kulturtechnik, *im engeren Sinne* weit hinaus. Dieser Aspekt ist gerade für den Schriftspracherwerb bei Kindern mit Körperbehinderung von großer Bedeutung, stehen sie doch in der Gefahr, aufgrund ihrer motorischen, sprachlichen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen sowie aufgrund zahlreicher Therapie- und Krankenhausbesuche im Vorschulalter deutlich weniger Literacyerfahrungen zu machen als altersgleiche nichtbehinderte Kinder. Umfassende Literacyerfahrungen sind jedoch notwendig, um die notwendigen Vorläuferfähigkeiten für den eigentlichen Schriftspracherwerb ausbilden zu können.

„Wie wichtig sie [Literacyerfahrungen] am Anfang des Schriftspracherwerbs sind, um mögliche später auftretende Lese-Rechtschreibschwierigkeiten oder Analphabetismus zu vermeiden, wurde in verschiedenen Forschungsprojekten und Modellversuchen der letzten 20 Jahre bestätigt [...] Der Schule kommt daher die wichtige Aufgabe zu, solche Erfahrungen u.a. im sprachlichen Anfangsunterricht zu ermöglichen, damit alle Kinder erfolgreich Lesen und Schreiben lernen können“ (Weinhold 2007, 19).

Obwohl es eine Vielzahl an Modellen zum Schriftspracherwerb gibt, lassen sich in den verschiedenen Modellen und Ansätzen doch deutliche Parallelen in der jeweils dargestellten Schrittfolge im Schriftspracherwerbsprozess feststellen. Mayer (2014, 182ff) fasst in seiner Analyse der Modelle von Frith (1986), Günther (1986), Valtin (2000), Kirschhock (2004) und Klicpera u.a. (2013) zusammen, dass sich der reguläre Schriftspracherwerb bei diversen Abweichungen im Detail grundsätzlich in die fünf folgende Schritte einteilen lässt:

1. *Präliterale-symbolische Phase*: Betrachten von Bilderbüchern im Kleinkindalter, Entnahme einzelner Informationen und deren Bedeutung, Entwicklung eines Symbolverständnisses vom abgebildeten Gegenstand; Malen unvollständiger Bilder, die vom Kleinkind jedoch schon mit Bedeutung belegt sind, eigene Kritzeln als wichtige Vorbereitung auf späteres Schreiben.
2. *Logographemische Phase*: Kinder erkennen die Symbolhaftigkeit der Zeichen der Schrift für Sprache; erkannt werden einzelne hervorstechende Merkmale, nicht das ganze Wort in seinen Einzelteilen; Erkennen eines Wortbildes; noch keine auditive Analyse im Sinne eines Vorsprechens.
3. *Alphabetische Phase*: Erfassen der Phonem-Graphem-Korrespondenz, Erlernen des synthetisierenden Lesens und des lautgetreuen Aufschreibens; Kinder verstehen, dass Schrift eine systematische Symbolisierung der Lautsprache ist; Erlernen der indirekten Lese- und segmentalen Schreibstrategie. „Die alphabetische Strategie ist zwar eine sichere, gleichzeitig aber auch mühsame, insbesondere auf Satz- und Textebene unökonomische Lesestrategie, die einen großen Teil der kognitiven Ressourcen und Aufmerksamkeit bündelt, sodass die für spätere Sinnentnahme notwendigen Kapazitäten oft nicht mehr ausreichend sind“ (Mayer 2014, 184).
4. *Orthographische Phase*: Dem Kind gelingt es aufgrund zunehmender Perfektionierung der alphabethischen Strategie immer besser, größere Einheiten der Schriftsprache (z.B. Silben, Morpheme, häufige Wörter und Graphemfolgen wie Endungen) simultan zu erfassen und dadurch nicht mehr auf die Analyse einzelner Buchstaben bzw. Laute angewiesen zu sein. Das Lesen verläuft flüssiger und automatisierter; die orthographische Phase ist zunächst der Erwerb einer Lesestrategie, die später auf das Schreiben übertragen wird. „Der Wechsel von der alphabetischen zur orthographischen Phase stellt den entscheidenden Schritt auf dem Weg zum kompetenten Leser dar“ (Mayer 2014, 184) – das gilt in besonderem Maß für lese- und rechtschreibschwache Kinder. Das Erlernen der korrekten Orthographie erfolgt meist erst in einem längeren Entwicklungsprozess, da im Deutschen die Graphem-Phonem-Korrespondenz eindeutiger ist als die Phonem-Graphem-Korrespondenz.
5. *Integrativ-automatisierte Phase*: Zunehmende Integration aller beteiligten Verarbeitungsprozesse auf dem Weg zu einem automatisierten Lesen und Schreiben; im engeren Sinne keine neue eigenständige Phase, sondern Verweis darauf, dass dieser Prozess einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt.

Da sowohl schulische Lerninhalte als auch berufliche und freizeitbezogene Inhalte überwiegend schriftlich mitgeteilt werden, sind Menschen mit umfassenden Lese-Rechtschreibschwierigkeiten im Alltag stark benachteiligt, ggf. sogar von Bildungs-/Weiterbildungsangeboten, Lerngruppen, Netzwerken und sozialen Gruppen ausge-

geschlossen. Zu den besonders gravierenden Risikofaktoren für einen erschwerten Schriftspracherwerb gehören eine unzureichend ausgebildete phonologische Bewusstheit und Benennungsgeschwindigkeit sowie unzureichende lautsprachliche, grammatische und semantische Fähigkeiten. Deutlich werden diese Risikofaktoren, wenn Laute nicht korrekt gehört oder gebildet werden (z.B. keine Unterscheidung bei p-b, g-d, t-k, w-f), Wörter nur unzureichend in Silben segmentiert, Silben nicht zu Wörtern synthetisiert, Anfangs- und Endlaute von Wörtern nicht bestimmt, Laute nicht zu Wörtern synthetisiert und Wörter nicht in Einzellaute segmentiert werden können. Eine gut entwickelte phonologische Bewusstheit, häufig vereinfacht auch als „Innere Sprache; Inneres Vorsprechen“ bezeichnet, ermöglicht eine bewusste Identifizierung, Analyse, Synthese und Manipulation sprachlicher Einheiten. Die beim Lesen *koartikulatorisch* in Laute umkodierte Buchstaben werden mit Hilfe der phonologischen Bewusstheit zu bedeutungstragenden Einheiten synthetisiert, so dass beim Erfassen von mehreren Silben, häufigen Graphemfolgen und Wörtern eine Sinnerfassung möglich ist. Beim Schreibenlernen werden Wörter in Einzellaute segmentiert, die einzelnen Laute isoliert und identifiziert sowie dem entsprechenden Graphem zugeordnet. „Eine bereits zu Schulbeginn gut ausgeprägte phonologische Bewusstheit erleichtert es Kindern, das Prinzip der Graphem-Phonem-Korrespondenz zu verstehen und das synthetisierende Lesen sowie das lautgetreue Aufschreiben von Wörtern schnell und sicher zu erlernen“ (Mayer 2014, 186). Eine nicht gut ausgeprägte phonologische Bewusstheit zu Schulbeginn führt jedoch nicht zwangsläufig zu einer Lese-Rechtschreibschwierigkeit. Die phonologische Bewusstheit kann auch in der aktiven Auseinandersetzung mit der alphabetischen Phase trainiert werden. Hierzu eignen sich u.a. Reime, Sing-/Reimspiele, Silbenklatschen.

Neben einer nicht ausreichend ausgebildeten phonologischen Bewusstheit erschwert eine verlangsamte Benennungsgeschwindigkeit, d.h. das Erkennen und Umsetzen der Buchstabenfolgen eines Wortes in die Lautsprache, den Schriftspracherwerb, da das Arbeitsgedächtnis hierdurch über Gebühr beansprucht wird. Häufig vorkommende Buchstabenfolgen werden aufgrund der großen zeitlichen Distanz beim phonologischen Rekodieren nicht als wiederkehrende orthographische Muster erkannt und abgespeichert. Eine Automatisierung des Lesens und Schreibens einzelner Einheiten und die damit verbundene Entlastung des Arbeitsgedächtnisses kann dadurch nicht stattfinden, was wiederum die Sinnentnahme des Textes erschwert. Neben einer verlangsamten Worterkennung, die sich insbesondere auf das Lesen auswirkt, stellt eine Sprachentwicklungsverzögerung im Bereich der Semantik und Grammatik, so wie sie bei motorisch beeinträchtigten Kindern häufig zu beobachten ist, eine zusätzliche Hürde für das Leseverständnis dar. Fehlendes Sprachverständnis (geringer Wortschatz) und komplexe Satzstrukturen (z.B. Passivsätze) erschweren die Sinnentnahme gerade bei Informationstexten und Aufgabenstellungen, da beim Lesen im Gegensatz zur Lautsprache die nonverbalen

Informationsträger wie Mimik, Gestik, Prosodie und situativer Kontext fehlen, die das Dekodieren der vermittelten Information deutlich erleichtern.

Diese hier skizzierten Grundlagen und Problemstellen im Schriftspracherwerb verweisen darauf, dass Kinder mit umfassenden Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben systematische Unterstützungsangebote zur phonologischen Bewusstheit, zum Erwerb der Graphem-Phonem-Korrespondenz, zum Erlernen des synthetisierenden Lesens, zur automatisierten, direkten Worterkennung und somit zur Sinnentnahme, zur Verschriftlichung und ggf. zur Erweiterung des Wortschatzes benötigen. Neben diversen Lese- und Schreibförderprogrammen ist dabei jedoch auch auf die besondere Spezifik körperbehinderter Kinder zu achten. So stellt die Förderung der phonologischen Bewusstheit bei Kindern ohne Lautsprache (z.B. schwere Dysarthrie/Anarthrie) eine bisher noch nicht ausreichend erforschte Herausforderung dar. Die fehlende Artikulationsfähigkeit, so die bisherige Annahme, führt in der Regel zu umfassenden Defiziten in der phonologischen Bewusstheit, was in gravierenden Problemen der Segmentierung und Silbenbildung sichtbar wird (vgl. Thiele 2008). Die Studienergebnisse zu 148 körperbehinderten Kindern ohne Lautsprache von Münz u.a. (2014) bestätigen die Einschätzung, dass die alphabetische Phase die größte Hürde beim Erwerb des Lesens darstellt. „Verhältnismäßig viele unterstützt kommunizierende Schülerinnen und Schüler können einzelnen Buchstaben Laute zuordnen. Die Einsicht in das phonologische Prinzip der deutschen Sprache und das Synthetisieren einzelner Laute zu einem Wort scheinen hingegen eine große Herausforderung für Kinder und Jugendliche ohne Lautsprache darzustellen“ (Münz u.a. 2014, 14). Noch deutlicher wird die Diskrepanz im Bereich des Schreibens. Hier haben fast ausschließlich die Kinder die volle orthographische bzw. integrativ-automatisierte Stufe erreicht, die mit elektronischen Kommunikationshilfen kommunizieren und so zu ihren Aussagen jeweils auch das auditive Feedback erhalten, was der Entwicklung der phonologischen Bewusstheit dient. „Mit dieser Studie kann nachgewiesen werden, dass sich die Nutzung einer komplexen elektronischen Kommunikationshilfe hochsignifikant positiv auf die erreichte Schreibstufe auswirkt ( $r=0,226$  bei  $p=0,007$ ). Demgegenüber hat die Nutzung *körpereigener* Kommunikationsmittel kaum einen Einfluss auf das Niveau der erreichten Schreibfertigkeiten ( $r= -0,079$  bei  $p=0,347$ )“ (Münz u.a. 2014, 14). Interessanterweise hat die Art der Förderung (Einzelförderung, Talkergruppe, Förderung in Gruppen-/Klassensituation) keinen spezifisch positiven bzw. negativen Einfluss auf die erreichten Schriftsprachkompetenzen. Bedeutender ist vielmehr, ob den Kindern zugetraut wird, die Schriftsprache zu erwerben und ihnen somit überhaupt erst einmal die Chance des Schriftspracherwerbs ermöglicht wird.

Kindern mit schwerer Körperbinderung den Schriftspracherwerb zuzutrauen, stellt also die erste Hürde in deren Schriftspracherwerbsprozess dar. Mit Bezug auf anglo-amerikanische Studien verweisen Sachse/Hallbauer (2013, 5.26f) darauf, dass Kinder ohne Behinderung im Vorschulalter ca. 1000 Stunden bedeutungsvolle



Auseinandersetzung mit Schrift hatten. Dies geschieht in vielfältiger Form, z.B. beim Anschauen von Bilderbüchern, Vorlesen, Schreiben des Einkaufszettels oder von ersten Namen und Wörtern, Malen von Geschichten, Kritzeln, beim Beobachten der Eltern, wenn diese lesen (Bücher, Zeitung, am Computer u.a.) und schreiben, oder wenn die Kinder selbst im Spiel so tun, als ob sie schreiben und lesen würden. Sie nehmen unsere Schriftkultur wahr (Lesen von links nach rechts), das Umblättern der Seiten (von rechts nach links), dass Geschichten einen Anfang und ein Ende haben und dass Lautsprache verschriftlicht werden kann. Schröder-Lenzen verweist darauf, dass zu den zentralen Fähigkeiten im Prozess des Schriftspracherwerbs die Fähigkeit gehört, die Aufmerksamkeit von der Bedeutung einer Sprachäußerung auf den formalen Aspekt der Sprachlaute richten zu können. Sie hebt damit die aktive Auseinandersetzung des Kindes mit Buchstaben und Wörtern, mit Lesen und Schreiben (Literacyerfahrungen) als notwendige *Voraussetzung* für einen gelingenden Schriftspracherwerb hervor (Schröder-Lenzen 2004, 17). Vor diesem Hintergrund ist auch Ehrenstein zuzustimmen, wenn sie mit Blick auf körperbehinderte Kinder formuliert: „In der Entwicklung steht vor dem Schreiben und Lesen das Spielen und Erzählen. Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen brauchen möglicherweise auch in der Schule noch eine Zeit lang entsprechende Angebote: sprachliche Begleitung im schöpferischen freien symbolischen Spielen, das Vorlesen und Erzählen von Geschichten als Begegnung mit Sprachgestaltungen, vor allem aber Unterstützung beim eigenen Erzählen“ (Ehrenstein 2014, 212). Die Fähigkeit zum Lesenlernen ist u.a. abhängig von der Fähigkeit, Sprache zu erfassen, d.h. vor allem zunächst der Sprache zuzuhören. Diese Fähigkeit ist bei einigen Kindern mit Körperbehinderung nicht selbstverständlich vorhanden. Voraussetzung ist darüber hinaus die basale Fähigkeit zur Gestaltbildung (die Schrift selbst beruht auf Grund-/Endgestalten, z.B. Figur-Grund-Differenzierung, Reihenbildung), die über Sensorische Integration in Bewegung (Zeichen-Laut-Beziehung, Rhythmik) sinnbildend erfolgt (Milz 1988, 104f; Bergeest 1999b, 193ff). Bedeutend ist auch die Förderung zum kommunikativen Ausdruck, da Körperbehinderung oft einhergeht mit einer körperlich-sprachlichen Ausdrucksbehinderung.

Mit Auffälligkeiten der phonetischen, semantischen, syntaktischen und pragmatischen Sprachkomponenten und deren Auswirkungen ist bei Kindern mit Körperbehinderung zu rechnen. Kinder mit erheblichen motorischen Beeinträchtigungen und damit erschwelter Raumexploration verfügen möglicherweise über ein kleineres Repertoire lokaler und temporaler Präpositionen (z.B. hinter, vor, über, unter, zwischen, in; vgl. Boenisch 2009, 32). Unter den für den Schriftspracherwerb relevanten Entwicklungs- und Ausdruckserschwernissen betroffener Kinder sind die *Sprachentwicklungsverzögerungen*, insbesondere auf der Basis persistierender Reflexe, deshalb hervorzuheben. Bei diesen Kindern kann es trotz unauffälliger Intelligenzleistungen zu einer „Lese-Rechtschreib-Schwäche“ (LRS) kommen (Beinwierzinski 2000, 111ff).

Das Spezifikum des Erstleseunterrichts mit körperbehinderten Kindern ergibt sich aus deren veränderter Aneignung von Welt und Erschwernissen der Gestaltbildung. Die veränderten Wege bei der Entdeckung der Schriftsprache geht jeder körperbehinderte Mensch individuell. Sie lassen sich in viel geringerem Ausmaß verallgemeinern als bei nichtbeeinträchtigten Kindern. Alle Kinder, insbesondere aber Kinder mit Körperbehinderung, brauchen unterschiedlich viel Zeit auf diesem Weg. Sie verbleiben unterschiedlich lange auf den einzelnen Entwicklungsstufen. Für die Planung unterrichtlicher Aktivitäten bedeutet dies,

„die Situation eines jeden Kindes so umfassend wie möglich kennenzulernen, Themen, Sachgegenstände und Fragen zu finden, die die Schüler interessieren, anregen oder auch verstören und begeistern, und diese auf eine Art und Weise zu bearbeiten, die eine aktive Auseinandersetzung mit dem Lerngegenstand ermöglicht. Deshalb ist es hilfreich und notwendig, zunehmend vielfältige, dem einzelnen Schüler oder der Lerngruppe angemessene Unterrichtsmethoden [...] und keine Methode unabhängig von der Situation des Schülers oder des Gegenstandes zu präferieren“ (Lelgemann 2010, 156).

So können vor einem allgemeinen entwicklungslogischen Hintergrund Anregungen zum Lesenlernen in einer Leselandschaft bereitgestellt werden; für fortgeschrittene und leistungsstärkere Schüler ist auch ein „Stationsverfahren“ (Wendler 1998, 541; Wischmeyer 2000, 133), ein multifunktionaler Klassenraum mit „Lernspielstationen“ realisierbar (Schwarz 2000, 47ff; Köckenberger 1997, 43ff). Dabei steht vor allem das systemische Prinzip von Attraktoren der Entwicklung und Selbstähnlichkeit von Einzelbereichen im Beziehungsgeflecht des Schriftspracherwerbs im Vordergrund. Jeder Attraktor beinhaltet das Ganze und wirkt weiter (zirkulär) auf das Ganze zurück. Förderung bedeutet hier, den Automatismus in Gang zu bringen, der den Schriftspracherwerb kennzeichnet (die Lernwelt für die Kinder „attraktiv“ machen). Das besagt, dass bei der Entwicklungsmetapher eines Baumes (vgl. Wischmeyer 2000, 131) die komplexen Leistungen der Krone (Lesen und andere Kulturtechniken) die Information der Wurzel (Bewegung, Körperempfinden) enthalten und umgekehrt (in Bewegung und Körperempfinden der Wurzel ist bereits die Gestaltbildung der Krone angelegt).

Allgemein werden Expansion/Exploration, Ausdruck und Sprache gefördert. Auf pädagogischer Seite helfen dabei die *Versprachlichung der Handlung* und die Verstärkung von freien Spielimpulsen der Kinder. Der Zusammenhang „von Zeichen und Bezeichnetem, von realer und symbolischer Handlung“ muss den Kindern klar werden. Dazu verhilft viel Zeit beim freien Spielen, in dem sie „immer wieder ihre Wirklichkeit in Symbole“ übersetzen. Gerade für Kinder, denen das Lesenlernen schwerfällt, ist es wichtig, „von Anfang an das absichtsvolle Aufschreiben im Sinne von Alltagshandeln in den Unterricht einzubeziehen“ (Ehrenstein 2014, 208ff.) Darüber hinaus stehen grundsätzlich Arbeitsmaterialien (z.B. Sinnes- und Sprachmaterial von Montessori) und Spielsätze (Formlegespiele, Mosaiken, Symmetriespiele, Spiele zur Reihenbildung, Sprechlernspiele, Spiele zum ornamentalen

Sehen) als Orientierungshilfen im Leselernprozess zur freien Auswahl in der Spiel-ecke zur Verfügung. Die Kinder sind für die *Ordnung der Arbeitsmaterialien* und Spiele zuständig; sie erhalten damit *Orientierungshilfe* und übernehmen *Selbstverantwortung*.

Zum Lesenlernen eignen sich am besten Schriftbilder, die den Kindern aus dem Alltag vertraut sind und an denen sie sich orientieren können. Das sind vor allem Großantiqua und Gemischtantiqua, die dann auch beim Schreibenlernen bedeut-sam werden (vgl. Haupt 2003, 61).

Schreibenlernen ist für Kinder mit Körperbehinderung eine große Leistung. Zu den spezifischen Erschwernissen der motorischen und sensorischen Integration so-wie der Sprachentwicklung können hier noch Besonderheiten der Konzentration, der Belastbarkeit und des Lerntempos kommen. Ungenauigkeiten im Schriftbild, die jede Durchschnittsschrift nichtbehinderter Menschen aufweist, treten hier oft verstärkt auf: Die Verbindung der Buchstaben untereinander ist nicht immer ein-deutig, der Schreibdruck wechselt, die Größe der Buchstaben schwankt, die Zeilen-richtung wird nicht immer eingehalten, die Neigung von Buchstaben und Schrift-bild ist unregelmäßig, Ränder werden nicht erkannt.

Exemplarische Schwierigkeiten zeigen Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen:

„Die schreibtechnischen Schwierigkeiten von cp-Kindern werden vor allem dadurch her-vorgerufen, dass die Greiffunktion der Hand, die die Ausbildung des Halteverfahrens eines Stiftes sichert, nicht vorhanden oder gestört ist. Die Tonuserhöhung der Handmuskeln, die allgemeine Haltungsspannung, der paretische Zustand der Hand- und Finger-muskeln oder Hyperkinesen stören den Ablauf jener schwingenden ‚Mikrobewegungen‘, auf deren Grundlage sich die motorische Fertigkeit des Schreibens entwickelt. Die Schüler führen deshalb das Schreiben durch Bewegungen der Hand aus. Die Finger bleiben dabei un-beweglich und pressen angestrengt den Stift. In einigen Fällen werden auch zum Schreiben Bewegungen des gesamten Arms genutzt“ (Babenkova 1984, 108; vgl. Suchsland 1990, 374ff).

Die Förderung des Schreibens von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen setzt neben einer möglichst entspannten und physiologischen Sitz- und Haltungs-position eine sorgfältige Beobachtung der Halteweisen des Stiftes voraus (Differen-zierungen des Aufnehmens, Fingerstellung, Bewegungen der Finger beim „Schrei-ben in der Luft“, Bewegungen beim Schreiben von Buchstabenelementen). Im Zweifelsfall sollte immer die Beratung durch eine kompetente physio- oder ergo-therapeutische Fachkraft angefordert werden, die auch den Einsatz von speziellen Hilfsmitteln beraten und begleiten kann. Schreibenlernen ist für viele Kinder, vor allem für solche mit cerebralen Bewegungsstörungen, von gängigen schreibmotori-schen Übungen weit entfernt. Sie brauchen entsprechende technische Hilfen, also in der Regel Computer und spezielle Eingabegeräte, die an die motorischen Mög-lichkeiten der Kinder angepasst sind. Die anderen Kinder, für die das Schreiben

mit der Hand möglich ist, brauchen ein Heft oder eine Schülertafel, auf denen sie fest aufdrücken können. Der Unterricht wird immer mit Sprache verbunden. Kinder, die weniger flüssig lesen können, erhalten Hilfe, um die Scheu vor dem Text abzubauen (z.B. schreiben sie nur einzelne Schlüsselbegriffe, lesen Texte in Leichter Sprache oder Texte mit zunächst überwiegend bekannten Wörtern). Stark motivierende Inhalte aus der direkten Lebenswelt des Kindes sowie das Ansetzen an individuellen Leistungsstärken sind eine gute Grundlage für das Schreibenlernen.

Die motorische Leistung des Schreibens ist von Kindern mit Körperbehinderung u.U. nur mit Schreibhilfen zu erbringen. Es gibt eine Vielzahl technischer Möglichkeiten: von Verstärkung des Schreibstiftes (Stiftverdickung) über besondere Führungsschienen für die Bewegung bis hin zu elektronischen Hilfsmitteln wie PC (vgl. Beyer-Dannert 2003), Computer mit Spracherkennung (vgl. Hansen 2000) oder mit Erkennung von Augenbewegung (Eye-Gaze). Auf diese Hilfen ist bei schwer körperbehinderten Kindern nicht mehr zu verzichten, obwohl der Wert eigener kreativer manueller Schreibtätigkeit außer Frage steht. Als nach wie vor besonders geeignet hat sich das *Drucken von Buchstaben* (und Wörtern) erwiesen. Technische Hilfsmittel bieten sich auch deshalb an, weil beim freien Schreiben (und Malen) insbesondere Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen oft ihren eigenen ästhetischen Ansprüchen nicht genügen. Zur Entfaltung eigener und gemeinsamer Schreibideen sind kreative Methoden des „kommunikativen Schreibens von Anfang an“ durch „Wörterschieben, Bilder aus Wörtern, Malen-Schreiben“ geeignet (Bergk/Pfeistlinger 1986, 142ff) sowie „authentisches Schreiben“, d.h. zweckgebundenes Schreiben (Einladungen, Bitten und Aufforderungen, Anweisungen, Vereinbarungen; Bartnitzky 2000, 61ff).

Auch wenn der Schriftspracherwerbsprozess bei einzelnen Kindern sehr mühsam ist, sollte man nicht zu früh aufgeben, sondern die Chance wiederholt nutzen, das „Tor zur Welt“ trotz schwerer Behinderung zu öffnen, um so den Menschen ein zunehmend selbstbestimmtes Leben in sozialer Partizipation zu ermöglichen.

## Rechnen

„Mathematisches Denken ist Denken in Räumen“ (Milz 1999, 18). Kognitive Prozesse sind vor allem auch mathematische Prozesse des Handelns und räumlichen Vorstellens (das gilt z.B. auch für die Begriffsbildung; Oskamp 1992, 67). *Eine mathematische Operation ist die Erfassung der einer Handlung immanenten und dann von ihr abgelösten quantitativ-räumlichen Struktur, die durch pädagogische Hilfen von den „Handlungsschlacken“ befreit wird* (Piaget). Von besonderer Bedeutung für Kinder mit Körperbehinderung ist die Tatsache, dass erste quantitativ-räumliche Strukturen als „mathematische Ordnung der Welt“ Figur-Grund-Beziehungen und Empfindungen der Muskelspannung bei der frühkindlichen Bewegungsentwick-

lung in sozial-emotionaler Vernetzung sind; „Die absichtsvolle Bewegung wird zur Figur vor einem Grund“ (Kephart 1977, 22).

Dokumente zum Umgang mit Zahlen reichen bis ins 3. Jahrtausend v. Chr. zurück. Danach handelte es sich zunächst um ein „Rechnen nach Vorschrift“ (‘Tue dies, tue das‘). Dieses Rezeptrechnen wurde erst von griechischen Mathematikern hinterfragt (Lobeck 1992, 13). Sie stellten die Fragen nach „warum“ und „wozu“ und erweiterten den praktischen Umgang mit Zahlen. Die Römer systematisierten das Rechnen mit den Fingern. In einem vergleichbaren Spannungsfeld zwischen praktisch orientiertem Rechnen, körperlichen Zahlenvorstellungen und abstrakter Mathematik befindet sich auch der Anfangsunterricht im Rechnen für körperbehinderte Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf.

Mathematikunterricht für Kinder mit erschwelter Expansion/Exploration und Raumerfahrung macht deutlich, „dass die traditionelle Didaktik hier ihre Grenzen erfährt“ (Hönig 2000, 150). Ihnen muss die „Ordnung der Welt“ motorisch und körperlich anschaulich in persönlich bedeutsamen Entdeckungszusammenhängen vermittelt werden. D.h. dem schulischen Rechnen werden die Alltagsbedeutungen des Rechnens als „Straßenmathematik“ zurückgegeben. Neben der „Sachstruktur“ (mathematische Aufgabenstellung) und der „Aneignungsstruktur“ (kognitiver Entwicklungsstand, unterschiedliche Interessen im Vorschulalter, individuelles Tempo, individuelle Lösungswege, unterschiedlicher Umgang mit Anschauungshilfen, Unterschiede im Selbstvertrauen und in Selbstständigkeit) spielt für die veränderte Aneignung der mathematischen Welt durch Kinder mit Körperbehinderung als dritte Dimension vor allem auch die „interaktive Vermittlungsstruktur“ eine zentrale Rolle. Sie betrifft das Unterrichtsklima, den kooperativen Austausch aller Beteiligten, den Sach-, Umwelt- und Alltagsbezug sowie die Anwendungsmöglichkeiten des Gelernten (Krüll 1994, 29ff).

„Man muss das Kind zum Denken darüber anregen, was ihm im Bereich der Mathematik schon (häufiger) gelingt und unter welchen Bedingungen das geschieht, wie es das gelernt hat und was es als Nächstes können will [...] Dementsprechend versteht sich Lehren als ‚Anregung zur Konstruktionsbildung‘, d.h. wir können nicht eigentlich lehren, sondern lediglich versuchen, geeignete Lernwelten zu schaffen und Lernprozesse anzuregen. Nur auf der Grundlage eigener Erfahrungen und subjektiver Alltagstheorien über mathematische Themen wie beispielsweise Zahlenräume und Rechenoperationen vermag das Kind seine individuelle Eigenwelt zu erweitern und sich neue Sachverhalte zu erschließen [...] Gleichermäßen ist zu berücksichtigen, dass Mathematikunterricht eine kommunikative Situation darstellt, die nur dann erfolgreich verläuft, wenn eine gemeinsame Absicht anerkannt wird“ (Spiess/Werner 2001, 4ff).

Das Verständnis für Mengen, Größen und Zahlen wird im Vorschulalter und im schulischen Anfangsunterricht so erworben, „dass jede Übungseinheit mit einer *Handlungskompetenz* abschließt. Nur so vermeiden wir das ermüdende, endlo-

se Wiederholen mathematischer Grundlagen ohne wirklichen Erfolg“ (Heidjann 1993, 8). Die Erfahrung von Lernerfolg ist die Erfahrung der Erweiterung von Handlungskompetenz, die durch Probehandeln auf der bisherigen Handlungsfähigkeit aufbaut. Kinder mit Körperbehinderung wollen sich weiterentwickeln; sie entwickeln sich, wenn ihr Handeln für sie lustvoll und nützlich ist, wenn die Inhalte aus ihrer aktuellen Lebenswelt kommen und so einen direkten Bezug zu ihrem Lebensalltag haben.

Mathematische Förderangebote für Kinder mit Körperbehinderung orientieren sich an Modellen der Entwicklung mathematischen Denkens. Mathematisches Denken setzt räumliches Vorstellungsvermögen voraus. „Aber auch die Grundrechenarten beanspruchen räumliches Vorstellen und Denken. So sprechen wir von einem Zahlenraum, z.B. dem Zahlenraum des ersten Zehners. Und wir erweitern und überschreiten ihn. Was wir aber erweitern und überschreiten, sind immer Räume. Wir zerlegen Zahlen oder Mengen und wir messen Strecken und Zeiten. Wir gruppieren Objekte und beschäftigen uns mit den Eigenschaften von Gruppen und der Anordnung ihrer Elemente, den Gruppierungsphänomenen“ (Milz 1999, 11). Die Entwicklung mathematischen Denkens folgt demnach im weitesten Sinne dem entwicklungslogischen Geschehen mit den Schwerpunkten *Neuromotorik – Sensorik – Psychomotorik – Soziomotorik* (Kiphard 1984, 18; vgl. Hachmeister 2006), also den allgemeinen Bewegungsprozessen der Entwicklung sensorischer Integration und Kognition.

In Anlehnung an Milz (1999, 10) lässt sich ein Modell der Entwicklung mathematischen Denkens entwerfen, das vor allem auch die für die Förderung von Kindern mit Körperbehinderung relevanten *pränumerischen* Vorprozesse einbezieht:

1. *Entwicklungsstufe*: Modalitätsspezifische Erfahrungen und Neuromotorik (Erwerb gustolfaktorischer, taktil-kinästhetischer, auditiver, visueller Schemata)
2. *Entwicklungsstufe*: Supramodale Erfahrungen und Sensomotorik (Erwerb intermodaler und serialer Schemata)
3. *Entwicklungsstufe*: Vorsprachliche Leistungen und Psychomotorik (Nachahmung, Planung, Antizipation)
4. *Entwicklungsstufe*: Sprachliche Leistungen und Soziomotorik (Erwerb ausgeprägter Gestaltqualitäten der Wahrnehmung, Sprachbenutzung, Lesen und Schreiben)
5. *Entwicklungsstufe*: Leistungen mathematischen Denkens

Innerhalb dieses Bedingungsgefüges entwickelt sich die Raumvorstellung aus Erfahrungen des „Umgebenseins“, von Begrenzungen (Kontakt und Widerstand), der Aufrichtung und über Information der Fernsinne (einschließlich Augenbewegung), des Körperschemas sowie der taktilen und psychomotorischen Erkundung. Aus diesen Lernerfahrungen leitet sich die Dimension des *euklidischen Raumes* ab: (1) Vertikale Dimension – Richtung der Schwerkraft; (2) Horizontale Dimension – Konzept der Lateralität (Seitigkeit); (3) Vorne-hinten-Dimension – Hinweise auf

die Tiefe. Aus der Verschmelzung dieser Dimensionen ergibt sich das dreidimensionale System mit der Lokalisation und Konstanz der Objekte im Raum, ihren Beziehungen untereinander und ihren Gruppierungen (Milz 1999, 13f; vgl. Lockowandt 1987). Im Gruppierungsprinzip, d.h. durch das Verstehen der Beziehung von (mindestens 3) Objekten im Raum, *begreift* das Kind die *Arithmetik* und erwirbt mathematisches Verständnis (vgl. Kephard 1977).

Das „prälogische“ Zahlenverständnis entwickelt sich zunächst über den Vergleich von erfahrbaren *Mengen* konkreter Gegenstände („gleich viel, mehr, weniger“; Lobeck 1992, 158ff). Der Übergang zum „logischen“ Zahlenverständnis ist möglich, wenn jedes Element, das gezählt werden soll, losgelöst von seiner Beschaffenheit als Einheit erkannt wird (mit kardinalem Aspekt = Anzahl der Elemente und ordinalem Aspekt = Stellung des einzelnen Elements innerhalb der Gesamtzahl). Der *Zahlbegriff* ist dabei als Zahlwort und Ziffer ein Abstraktionsbegriff der Zahl und gehorcht neurophysiologisch den gleichen Entwicklungsgesetzen wie das Lernen von Schriftzeichen (es kann zu den gleichen Verdrehungen und Vertauschungen aufgrund von Wahrnehmungerschwernissen kommen wie bei Buchstaben).

Schließlich wird unter einer *mathematischen Operation* eine Zustandsänderung im Sinne einer Gleichung (Arithmetik und Algebra) auf 1. Stufe (Addition, Subtraktion) und 2. Stufe (Multiplikation, Division) verstanden. Sie ist mittels Zahlwort und Ziffer eine abstrakte Handlung. Das Kind, das zu mathematischen Operationen fähig ist, ist von den konkreten „Handlungsschlacken“ befreit.

Der Weg in mathematisches Denken ist für Kinder mit Körperbehinderung, bei denen in diesem Bereich Förderbedarf beschrieben werden kann, *allgemeindidaktisch* gekennzeichnet durch:

- psychomotorische Expansion/Exploration
- taktilen Umgang mit persönlich bedeutsamen Gegenständen des alltäglichen Lebens und spielerische Arbeit mit mathematischem Material
- Verbalisierungen und Symbolisierung in Zeichen
- Schaffung von Beziehungsnetzen und Sinnzusammenhängen (keine Isolierung und Übung an Einzelproblemen)
- Handlungsorientierung (keine abstrakten Begriffe, sondern immer Verbindung mit einer Handlung)
- Redundanz (zur bekannten Situation kommt immer nur eine neue Variable hinzu)
- „entdeckendes Lernen“ (Schüler erarbeitet den Stoff aktiv selbst in Mitverantwortung in vorstrukturierter mathematischer Landschaft; Regelein 1994, 11f; Hönig 2000, 150ff)

Förderorte sind in vielen Fällen zunächst die Turnhalle und der ganze Klassenraum und dann auch der eigene Tisch oder Tafel und Bildschirm.

Folgende inhaltliche Schwerpunkte können das Erst-Rechnen bestimmen. Orientierungslose und fremdbestimmte Kinder benötigen aufmerksame Begleitung (vgl. „Literacy und Schriftspracherwerb“). Folgende Beispiele zeigen eine Auswahl mög-



licher Inhalte des Mathematik-Unterrichts mit körperbehinderten Schülern (vgl. Staatsinstitut für Schulpädagogik 1992; Wunderlich 1996; Reich, F. 1997):

1. *Lernanreize zur Eroberung des Zahlenraums*. Z.B. Bewegungserleichterung (nach Bobath-Prinzipien); Gruppenspiele, „Zahlenlieder“; erlebnisnahe Erfassung des Raums; freie Arbeit, eigenes Tempo; Alltagsbegegnung mit Zahlen (Uhr, Geld)
2. *Raumerfahrung*. Z.B. Spiele zur Entwicklung des Körperschemas (Frostig 1992, 44ff); Orientierung im Raum; Spiele zur Raumerfahrung; Kennenlernen der Fläche; Benennung von Formeigenschaften; Spiele mit Zeit und Rhythmus
3. *Pränumerische Sinneserfahrung*. Z.B. Gruppenbildungen; Reihenbildungen (Seriation); Mengen und Mengenkonzanz; Tauschaufgaben; Mengen vergrößern und vermindern; „Plus und Minus“; Zeichen zuordnen
4. *Numerische Erfahrung*. Z.B. Einführung von Zahlwörtern und rhythmisches Zählen; Zuordnung von Menge und Zahl; Erfahrung der Kardinalzahl, Ordinalzahl, Messzahl, Zähzahl und Rechenzahl; Darstellung der Ziffer; Erfahrung von Geldwert, Umgang mit Geld; „Rechnen aus Freude“: kombinieren, sortieren, ordnen

Inhaltliche und methodische Hinweise für den mathematischen Anfangsunterricht finden sich in Band 2 von Fthenakis u.a. (2008/2009). Weitergehende Ausführungen zur Organisation und Durchführung des Mathematikunterrichts als individuelles entdeckendes Lernen in den Klassen 2 bis 4 der Förderschule geben Walter/Suhr/Werner (2001, 147f) in ihrem Konzept „mathe 2000“.

### Kreativität

Die ästhetische Erziehung (von griechisch *aisthesis* = durch die Sinne wahrnehmen) ist ein Schlüsselbereich schulischer Förderung von Kindern mit Körperbehinderung. Sie erfüllt mehrere Funktionen:

- Die Erfahrung von Material, Form, Farbe, Tönen und Rhythmus als *sinnenhaft fassbarer Weltbezug*
- Die sinnvolle Gestaltung der eigenen Welt als Weg in die *Kreativität*, Erwerb manueller Fähigkeiten und Lernen durch eigenes Tun (Haupt 1999, 26ff)
- Die Schaffung eines eigenen (autonomen) Produkts mit Möglichkeiten der Identifikation und impliziter Förderung der *Persönlichkeitsentwicklung*
- Die Auseinandersetzung mit der eigenen, *individuellen ästhetischen Form*, dem eigenen Rhythmus jenseits der Anpassung an Normen (es gibt kein „richtig“ oder „falsch“)
- Erwerb eines *Ausdrucks- und Kommunikationsmediums* für Bereiche, die nicht mit Worten zu fassen sind (auch symbolischer Art). Vielen chronisch und progredient kranken Kindern ist dieses Medium wichtigstes Ausdrucksmittel für ihre Befindlichkeit
- Freisetzen von *Lernimpulsen* eines sinnhaften Weges der Erschließung der Welt und Erwerb von Kulturtechniken. Der Lernbereich ist offen für subjektive, sinnliche, fantastische und zufällige Elemente und damit für freie Kreativität und Exploration
- Schärfung *kognitiver Fähigkeiten* des Erkennens, Vergleichens, Deutens, Unterscheidens, Ordnen, Benennens in Verbindung mit Genuss (Lust) und Erfahrung von Freiheit im überschaubaren Rahmen

Schon Georgens/Deinhardt haben 1863 die Ästhetische Erziehung als Ausgangspunkt heilpädagogischer Arbeit angesehen. Hans Würtz wies zu Beginn des Jahrhunderts in den Anfängen der Körperbehindertenpädagogik der Kunsterziehung eine bedeutende Rolle bei der „Ausbildung der Krüppel“ zu: „Selbst der Rechenunterricht muss eine gewisse künstlerische Phantasie zu Hilfe nehmen“ (1912, 169). Die kreative Gestaltung der eigenen Umgebung (z.B. Alltagsobjekte plastisch ausgestalten; Bredebusch 1998, 75ff) vermittelt den Kindern die Erfahrung, dass sie selbst in der Lage sind, Einfluss zu nehmen und etwas zu verändern.

Egger (1987) sieht im *Malen* eine Lernhilfe. Lernen von Kindern mit Körperbehinderung ist gekennzeichnet durch die Auseinandersetzung zwischen inneren Kräften der Weiterentwicklung und äußeren Widerständen (Schädigung, Krankheit). Papier ist für Kinder mit Körperbehinderung ein überschaubares Feld, wo rhythmische Abläufe erfahren, Richtungen entdeckt und Bewegungen ausgelebt werden können (Egger 1987, 45ff; Krenz 1996, 28ff). Im Malen finden die Kinder häufig die präzisere Möglichkeit, sich auszudrücken, als dies verbal geschehen könnte. Hier liegt die Chance für emotionale Erleichterung und Entspannung. Malen und Gestalten setzen die Kräfte individuell frei. Malen dient der Verarbeitung von Angst und Aggression (Maltechniken können z.B. der Wut angepasst werden), und in der Kreativität wird depressiven Tendenzen und Resignation vorgebeugt (vgl. Lobisch 1999). Die Welt wird durch Bilder leichter fassbar; Ereignisse werden in der „Größe“ gestaltet, in der sie empfunden werden; diese Relationen setzen Prioritäten. Malen ist ein Weg in die soziale Offensive: Auf dem Papier macht das Kind die Erfahrung, dass es seine Behinderung beherrscht.

Die Auswahl des Mediums und der Ausdruck der Kinder sollten zunächst „frei“ sein, ohne Thema und unkorrigiert. Die Kinder werden dabei zum einen kooperativ begleitet, „die andere Aufgabe ist es wahrzunehmen, wo die Schüler verweilen [...] diese Wahrnehmungen können Anhaltspunkte für eine Unterstützung auf dem Wege hin zu mehr Authentizität im Ausdruck sein“ (Ehrenstein 1999, 59). In einem zweiten Schritt können Themen gestellt und Ausdruckstechniken angeboten werden (Lockerungstechniken, Feinmotoriktechniken, Ganzkörperstechniken, Überraschungstechniken; Egger 1987, 63ff; vgl. Aissen-Crewett 1989; Steiner 1992;). U.a. werden Kleisterfarben, Spritztechniken, Kordeldruck, Linoldruck angeboten; Malen nach Musik (mit Fingerfarben) fügt ein zusätzliches rhythmisches Element ein (Theunissen 2004, 102ff). Der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper dient die Gestaltung von Körperbildern mit den unterschiedlichsten Materialien (vgl. Gebauer 2003). Hinweise für den Anfangsunterricht gibt Dobeneck (1983, 6):

„Der Übergang zu einfachen gegenstandsbezogenen Themen erfolgt fließend. Wenn sich das Kind in vorangegangenen Farb- und Formübungen mit Kreisen, Linien, Vertikalen und Horizontalen beschäftigt hat, kann man erwarten, dass es diese Grundformen, z.B. in der Sonnenblume, wiedererkennen wird. Das Kind kann also auf vertraute Formen

zurückgreifen, seine Aufmerksamkeit den typischen Merkmalen des Objekts zuwenden und seine Formensprache erweitern.“

Besonderheiten des Gestaltungsprozesses von Kindern mit Körperbehinderung sind größere Langsamkeit, leichtere Ermüdbarkeit, weniger (motorische) Flexibilität bei der Suche nach Materialien und in Farbe und Form. Häufig sind spezielle Maßnahmen bei beeinträchtigten Kindern notwendig: Stabilisierung der Körperhaltung, einstellbare Tischplatte, rutschfeste Unterlagen, Verdickung der Pinselgriffe, Benutzung von Stirnschreibern, verdickte Farben, Verwendung von Schwämmen und Bürsten, Einsatz von kreativen Ganzkörpertechniken, beidhändiges Bemalen von Glasscheiben, Bemalen des eigenen Körpers. Häufig ist Hilfestellung bei der Gestaltung notwendig, um weiteren Ausdruck und Tätigkeiten anzubahnen.

Weitere Chancen kreativer Gestaltung liegen im *Theaterspiel* und körperlichen Ausdruck, bei denen die Kinder individuell selbst Thema und Weg suchen oder sich in ein „Theaterensemble“ einfügen. Musisch-kreative Arbeitsfelder sind (vgl. „Sommertheater Pustebume“; Reuter/Theis 1997): Zaubern, Spielen mit Figuren, Schattenspiel, Improvisationstheater, Schwarzlichttheater, Zirkus, Tanztheater, „Basales Theater“ (für schwerstbehinderte Menschen), auch Tanz und Rhythmus sind geeignet (Winter 1988; Zuckrigl/Helbling 1994). Besondere Bedeutung hat das *Maskenspiel* als Materialerfahrung, Anregung der Fantasie, kreativer Ausdruck und Identitätsfindung „im Schutz der Maske“ (Kasteel 2002a, 166ff).

Durch Theaterspiel werden Ausdrucksfähigkeit und Expansion gefördert, Körperbewusstsein und Selbstsicherheit trainiert, sozial offensive Haltungen geübt und Sozialkompetenz verbessert, Fantasie entwickelt und eigene Ideen in Handlung umgesetzt und erprobt. Durch Einsatz von technischen Medien wie Videokamera werden Feedback-Prozesse eingeleitet und die Selbsteinschätzung der eigenen Erscheinung und des eigenen Verhaltens verbessert. Weitere Ausdrucksspiele „als Selbstaüßerung von Seele und Körper“ (Theunissen 2004, 132ff) können eingeführt werden: Körperbemalung und Ausdrucksspiel, Verpacken von Personen, Papierrollen-Happening, Gardinen-Happening.

Richtlinien für den *Musikunterricht*, die den speziellen Förderbedürfnissen von Kindern mit Körperbehinderung gerecht werden, fehlen bundesweit. Im herkömmlichen Musikunterricht stellt sich bei körperbehinderten Kindern aufgrund der Besonderheiten ihrer Wahrnehmung, des erschwerten Bezugs zu Melodie und Rhythmus sowie erschwelter Stimmgebung häufig Überforderung ein, die physisch bedingt ist und psychisch belastet. „Es ist daher notwendig, rhythmisch-metrische, melodisch-harmonische und instrumentale Aufgaben den Fähigkeiten eines Körperbehinderten anzupassen“ (Keller 1979, 481). Die Rahmenrichtlinien für Grundschulen und des Förderschwerpunkts Lernen sind nur zum Teil zu gebrauchen: „Gesang und Stimme“, „Hören von Musik“ sind bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen problematisch (mangelnde Konzentration, erschwertes Richtungshören, erschwertes Zuordnen von Geräuschen und Tönen und Identifizieren

von Lauten); ebenso das „Musizieren mit Instrumenten“ (erschwerter Handhabung, Grob- und Feinmotorik, Probleme mit der Differenzierung von Tempo, Lautstärke, Klangfarbe, Kontrasten); ebenso „Musik und Bewegung“ (Probleme mit Rhythmus und Nachahmung). Ungeachtet dieser Schwierigkeiten brauchen Kinder mit Körperbehinderung den Musikunterricht, der für alle Kinder ein basales Förderpotenzial besitzt und der sie ohnehin fasziniert. Vorrang haben arhythmische Schallspielformen in Kombination mit rhythmischen Elementen (vom einfachen Schlag auf einen Gong bis zu anspruchsvolleren Klangfiguren). Bei starken Bewegungsbeeinträchtigungen und Ausfall von Armen und Beinen sind Kompensationsmöglichkeiten z.B. vokaler Art zu finden sowie adäquate Instrumente, Spieltechniken und Spielhilfen zu wählen (ebd., 482ff).

Kemmelmeyer (1977, 281) erweitert die Funktion des Musikunterrichts mit körperbehinderten Kindern folgerichtig und sieht darin vor allem auch *kompensatorische* Aufgaben. In Anlehnung daran lassen sich 6 Bereiche hervorheben:

1. *Schwingungen und Klang erfahren*. Vibrationen am eigenen Körper über Gitarre, Tonblöcke, Klangschalen erfahren; Schwingungen über Wasserbett körperlich erfahren; Schwingung einer Saite, des Paukenfells, des Gongs hören und sehen
2. *Atmen und Singen*. Geräusche bei Ausatmung, Seifenblasen, Trillerpfeife, Vokale singen und in Körperregionen spüren, Tiere imitieren, eigenen Namen singen, einfache Kinderreime mit Instrumentenbegleitung singen
3. *Musizieren*. Faszinosum des Experiments mit unterschiedlichen Musikinstrumenten in freier Wahl; grobmotorisches Trommeln; feinmotorisches Zupfen; Musikinstrumente aus alltäglichen Materialien bauen (Piel 1985, 121ff); Diskriminationsübungen mit dem Orff-Instrumentarium (Wolfgang 1971, 51ff) und weitere grundlegende Übungen zur Entwicklung von Selbstvertrauen im Umgang mit dem Medium Klang (Addison 1991, 4ff)
4. *Selbstfindung durch Hören von Musik*. Aufmerksam werden und „sich selbst hören“, Konzentration und Entspannung bei Musik (Tischler/Moroder-Tischler 1993, 23ff; vgl. Rett u.a. 1981), Snoezelen
5. *Musik und Bewegung*. Schmieren und Malen auf der Plane zur Musik; Rollstuhlbewegung
6. *Freie musikalische Gestaltung*. Improvisieren und kreativer musikalischer Ausdruck

Für den Musikunterricht mit schwer bewegungsgestörten Kindern bieten sich leicht zu bedienende elektronische Tasteninstrumente an. Bei feinmotorischen Schwierigkeiten auch z.B. elektronische Blasinstrumente.

## Sport

*Sport und Bewegungsförderung* für Kinder mit Körperbehinderung bedeuten gleichzeitig Förderung von Sozialkontakten, Kommunikation, Interaktion, Raumerfahrung und Expansion/Exploration. Es ist ein komplexer Arbeitsbereich der Körperbehindertenpädagogik, der in guter Zusammenarbeit von Pädagogen, Krankengymnasten und ggf. auch Ärzten verantwortungsvoll gestaltet werden muss.

„Bei der Planung und Durchführung von Sportunterricht mit körperbehinderten Kindern und Jugendlichen ist zu berücksichtigen, dass die unterschiedlichen Erkrankungen und Behinderungen der Schüler mit den jeweils anderen neurophysiologischen und muskelphysiologischen Gegebenheiten unterschiedliche methodisch-didaktische Überlegungen erfordern“ (Haupt 1999a, 69; vgl. Krieter 1980, 493ff). Sport und Bewegung mit körperbehinderten Kindern sind nie isoliert zu betrachten, sondern stehen in besonderem Maße in einem Lebens- und Wirkzusammenhang. „Leben ist Bewegung und Bewegung ist Leben. Menschen mit Körperbehinderungen haben veränderte, andere Fähigkeiten sich zu bewegen“ (Daut 2002b, 140). Deshalb ist sportliche Betätigung immer begleitet von individuellen Körpererfahrungen, Wahrnehmungsprozessen, Emotionen, Lust/Unlust Erfahrung, Sozialerfahrung, Sprache und Kognition. Sportunterricht mit körperbehinderten Kindern verfolgt folgende Grobziele (Pusch/Fritz 1986, 48ff; Schoo 2010, 7f):

- *Aufrechterhaltung bzw. Vermittlung von Freude an körperlicher Betätigung*
- *Erweiterung der Bewegungserfahrungen* (Festigung und Erweiterung fundamentaler Bewegungsfertigkeiten wie Krabbeln, Rollen, Gehen, Laufen, Schaukeln, Werfen, Fangen)
- *Qualitative Verbesserung konditioneller und koordinativer Fähigkeiten* (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Rhythmus)
- *Inklusion* (gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung)
- *Erlernen elementarer sozialer Verhaltensweisen* (gemeinsam agieren, kommunizieren, kooperieren und spielen, Gestaltung subsidiärer Übungssituationen)
- *Förderung der Persönlichkeitsentwicklung* (Selbstbewusstsein, Verantwortung, Initiative, Offensive)
- *Körpererfahrung* (Körperbewusstsein, Psychomotorik)
- *Materialerfahrung* (Erfahrung an unterschiedlichen Geräten, Lösung vom sicheren Boden, Erfahrung von Räumlichkeit)
- *Salutogenese* (Bewegung und Sport aus eigenem Antrieb fördern, um Balance der Empfindungen von Gesundheit und Gesundheitsbedrohung herzustellen; vgl. Balz 1995; Knoll 1997)

Darüber hinaus wird Sport mit körperbehinderten Schülern auch als ein Mittel zur Entwicklungsförderung gesehen (vgl. Daut 2002b, 141ff).

Die körperliche Belastbarkeit von körperbehinderten und chronisch kranken Kindern ist sehr unterschiedlich. Ganz allgemein sind ihnen Sportarten gemäß, die körperliche Entlastung bieten und zu ihrer Beweglichkeit beitragen – z.B. kommt der Bewegung im warmen Wasser (ca. 32 Grad) besondere Bedeutung zu, denn warmes Wasser bewirkt eine Tonussenkung; die Auftriebskraft des Wassers und die Wirkung auf Beweglichkeit und Herz-Kreislauf-Funktion haben geradezu therapeutische Qualitäten. Die Faszination des Wassers für den Menschen lässt sich hier nutzen (Innenmoser 1988, 26ff; vgl. Lory 1988). Erhebliche Anforderungen stellt das Schwimmenlernen an körperbehinderte Kinder mit einer zusätzlichen geistigen

Behinderung. Einige von ihnen können das Schwimmen erlernen, „jedoch nur in kleinsten Schritten“ (Lause 1998, 13).

Im Hinblick auf den Sportunterricht sind bei den einzelnen Formen der Behinderung folgende Besonderheiten zu beachten (vgl. Schoo 2010, 42ff):

- Bei *Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen* sind die pathologische Muskelspannung, die erschwerte Koordination der Bewegungsabläufe und das eingeschränkte Bewegungsempfinden zu berücksichtigen. Die willentliche Anstrengung insbesondere bei Leistungsanforderungen verschlechtert in der Regel die Bewegungsmöglichkeit. Die betroffenen Kinder müssen durch Bewegungserleichterung und gezielte, zyklische und geführte Bewegungsformen, wie sie z.B. beim Schwimmen, Reiten und Radfahren typisch sind, aus Beugehaltungen heraus ihr Bewegungsempfinden aufbauen. Ein Beispiel ist die Führung der Bewegung auf dem Spastikerfahrrad (mit fixierten Füßen) bei geschlossenen Hebelreihen in Rotationsbewegung. Weiterhin ist das Reiten für diese Kinder von großem sportlichem und therapeutischem Wert (vgl. Kap. 2.2) und könnte bei entsprechender Ausstattung erlebnispädagogisch gestaltet werden (vgl. Gäng 2001). Der Wunsch von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen nach Wettbewerb (wie bei anderen Kindern) ist verständlich, für den Aufbau von Bewegungsempfinden und Leistungssteigerung jedoch kontraindiziert. Stattdessen sollten den Kindern Gruppenspiele angeboten werden, Bewegungsabläufe ohne Anstrengung mit Freude an der Bewegung, Spiele in Verbindung mit Musik, in Bauch- oder Rückenlage, ggf. auch Partnerübungen. *Leistungsmaß* ist die eigene Leistung, nicht die der anderen Kinder. Die Kinder lernen im Sportunterricht, verantwortungsvoll mit ihrem Körper umzugehen, sie lernen Gesetzmäßigkeiten ihres individuellen Bewegungsverhaltens kennen und einzuschätzen und entwickeln so im weitesten Sinne ein „Selbstbewusstsein“.
- Bei *querschnittgelähmten Kindern* bieten sich zunächst sog. Grundtätigkeiten an: Klettern, Hangeln, Rutschen, Stützen, Schaukeln, Werfen und Fangen, da vor allem Spina Bifida-Kinder keine entsprechenden Erfahrungen haben. „Mit dem Fehlen von konkreten Bewegungserfahrungen muss mit einer Einschränkung in allen inhaltsbezogenen Fähigkeiten wie Interesse, Lernverhalten, Sprachverständnis, Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens, Orientierung und Wahrnehmung gerechnet werden“ (Strohkendl/Schüle 1978, 47). Neben den Basiserfahrungen nehmen die Kinder am Spielen und je nach Belastungsfähigkeit an Rollstuhlportarten teil. Darüber hinaus hat Sportunterricht auch die allgemeine Aufgabe der Entwicklung und Schulung von Techniken im alltäglichen Umgang mit dem Rollstuhl (Rollstuhltraining; Kosel/Froböse 1999, 139). Bei Auswahl der Sportarten müssen die erhöhte Knochenbrüchigkeit, das allgemeine Verletzungsrisiko „nicht gespürter“ Körperbereiche und die Dekubitus-Gefahr berücksichtigt werden. Bei Spina Bifida-Kindern mit einem zusätzlichen Hydrocephalus ist Vorsicht mit der Liquorableitung geboten (Daut 2002a, 144).
- Für *epilepsiekranke Kinder* ist der Sport ohne erhöhtes Risiko möglich und in der Regel von großem Nutzen. Nur für eine kleine Zahl akut anfallgefährdeter Kinder (mit Problemen medikamentöser Einstellung) gelten Einschränkungen wegen des Unfalls- bzw. Verletzungsrisikos. Grundsätzlich führt sportliche Aktivität nicht zur Verschlechterung der Anfallsituation, bei den genannten Risikokindern sind jedoch anfallsprovozierende Faktoren zu vermeiden (Rieder u.a. 1996, 441). Dazu zählen u.U.: schnelle Rotationsbewegungen, Flackerlicht auf Wasseroberflächen, Hyperventilation, Spannungsänderung



während der Erholungsphase, psychische Belastung durch Wettbewerb. Wenn die entsprechende Aufsicht gewährleistet ist, können epilepsiekrankte Kinder sonst an allen sportlichen Aktivitäten teilnehmen, mit Einschränkungen bei Turnübungen an hohen Geräten, die vermieden werden sollten. Beim „Reizthema Schwimmen“ ist ebenfalls für individuelle Aufsicht zu sorgen (Wehrle 1994, 44). Ein übergeordnetes Ziel des Sportunterrichts mit epilepsiekranken Kindern ist es, dem negativen Empfinden, den Körper nicht zu beherrschen, durch positives Erleben des eigenen Körpers entgegenzusteuern und damit Selbstwertgefühl und Handlungsfähigkeit zu steigern.

- Bei *muskelkranken Kindern* sind zu vermeiden: Überanstrengungen durch erschöpfendes Muskeltraining, kraftvolle Bewegungsausführungen, Heben und Tragen schwerer Sportgeräte, Stufenklettern, Überdehnungen vor allem im Bereich der Streckmuskulatur (z.B. durch Gymnastik), starke Beugstellung der Gelenke (z.B. Hocksitz oder Fersensitz) und Unterkühlung (Weimann 1994, 53ff; Schoo 1999, 43; Daut 2002a, 145). Selbstbestimmtes Fortbewegen für nicht mehr gehfähige Schüler ist dauerhaft nur mit einem an die individuellen Bedürfnisse angepassten Elektrorollstuhl möglich.
- *Asthmakranken Kindern* sollten keine plötzlichen Leistungsanforderungen gestellt werden. Die Kinder werden gemäß ihrem Wohlbefinden kontinuierlich an körperliche Leistungen herangeführt, um ein Belastungsasthma zu vermeiden (Rieder u.a. 1996, 286). Laufen löst bei ihnen offenbar eher Atemnot aus als Radfahren oder Schwimmen. „Das asthmakranke Kind sollte aus sozialen, charakterlichen, pädagogischen und gesundheitlichen Gründen Sport und körperlichem Training zugeführt werden“ (Hollmann 1985, 863; vgl. Zach 1985, 868ff).
- Bei *Kindern mit Hämophilie* ist der Schulsport dort eingeschränkt, wo es vermehrt zu Prellungen (Fußball) und Überbeanspruchung von Gelenken (Weitsprung) kommen kann oder wo Verletzungsgefahr besteht. Kurme/Seuser (2002) legen einen Trainings- und Sportkatalog für Hämophilie-Betroffene vor, in dem sie nach „Blutungsrisikofaktoren“ unterscheiden: „provozierte Blutungen“ u.a. bei Fußball, Handball, Hockey; „fast unvermeidbare Blutungen“ u.a. bei Geräteturnen, Leichtathletik; „Blutungen liegen über Alltagsbelastung“ u.a. bei Rudern, Reiten, Basketball; „nicht mehr Blutungen als im alltäglichen Leben“ u.a. bei Schwimmen, Segeln, Tischtennis, Tanz.
- Bei *Kindern mit Diabetes mellitus* ist Sport wegen seiner blutzuckersenkenden Wirkung besonders wichtig („Richtig verstanden ist Sport vielleicht die wichtigste Vorsorge gegen Spätschäden der Krankheit“; Mehnert-Standl 1997, 104). Es kann jedoch durch körperliche Anstrengung zu einer Unterzuckerung (Hypoglykämie) kommen, die die allgemeine Leistungsfähigkeit herabsetzt, zu Konzentrationsstörungen und im Extrem zu Krämpfen und Ohnmacht führt. Hier sind neben den üblichen prophylaktischen Maßnahmen (zusätzliche Glukose, Fruchtsäfte oder insbesondere reifes Obst) die Kontrolle der Blutzuckerwerte während des Sports und die Früherkennung entsprechender Symptome unerlässlich (Blaumeiser u.a. 1999, 91; Storm 1998, 43ff).
- Bei *rheumakranken Kindern* kann gezielte sportliche Betätigung schmerzhemmende Wirkung haben (Schonhaltungen mit negativer Verstärkung nehmen ab, Kondition wird verbessert, Ablenktaktoren werden wirksam). Sport muss sich jedoch am aktuellen Aktivitätszustand der Erkrankung orientieren; bei bestimmten Krankheitsbildern kann Sport Gelenkschädigungen verursachen (Rieder u.a. 1996, 340). Als geeignete sportliche Betätigung für rheumakranke Kinder gelten: Radfahren, Wandern, Schwimmen, Rhythmische Gymnastik mit Bällen, Reifen, Bändern nach Musik.



- Sehr schwache, *kaum belastbare kranke und behinderte Kinder* (schwer rheumakranke und herzkranken Kinder) brauchen nicht vom gemeinsamen Sportunterricht ausgeschlossen zu werden. Sie nehmen je nach Belastbarkeit und nach Rücksprache mit den zuständigen Ärzten an Spielangeboten teil oder sie helfen bei der Organisation (Lehmkuhl 1996, 244).

Spielformen und Sportarten für körperbehinderte Kinder und auch speziell für Rollstuhlfahrer sind genauso vielfältig wie für nichtbehinderte Kinder: Sie reichen von Entspannungsübungen („Umschalten auf Ruhe“; Rieder u.a. 1996, 197), leichter Körpererfahrung (Gehen auf der Linie, Schaukeln, Wippen) über Training der Bewegungsfertigkeiten im Rollstuhl, kleine Sportspiele mit dem Ball, Gymnastik, kooperative Spiele, Staffelspiele, Abenteuerspiele, Ringen und Kämpfen bis zu Mannschaftsspielen, Leichtathletik und Tanzen (Schoo 1996, 100ff; 2010); im Leistungssport gibt es erstaunliche Möglichkeiten (Tennis, Volleyball, Hockey, Skifahren). Zu einzelnen Sportarten und geeigneten Spielen und deren Voraussetzungen vgl. Strohkendl (1989, „Rollstuhlsport für Anfänger“), Rusch/Größing 1991, Zuhrt 1981, Schoo 1999 u. 2010, Arnold/Israel/Richter 1992, Innenmoser 1988. Für den organisierten Rollstuhlsport wurde die Berücksichtigung von Behinderungsart und Behinderungsumfang zur „Funktionellen Klassifizierung für den Rollstuhlsport“ (Strohkendl 1978) eingeführt.

In der Übertragung der Besonderheiten in ein didaktisches Konzept für jüngere Schüler bietet sich das Modell der *Bewegungslandschaft* an, in dem die Kinder sich spielerisch anhand einer Rahmengeschichte entweder selbst eine *Bewegungslandschaft* aufbauen und sich darin individuell (häufig mit „Begleitung“) den einzelnen Stationen zuwenden. Zuerst kann es jedoch erforderlich sein, dass Aufbau und Rahmengeschichte von den Lehrkräften vorgegeben werden; dabei orientieren sie sich an den Bedürfnissen und Interessen der beteiligten Kinder und berücksichtigen deren Änderungsvorschläge (zu Beispielen für Bewegungslandschaften vgl. Daut 2002a, 148f).

### Sexualerziehung

Die *Sexualerziehung* körperbehinderter Kinder in der Schule orientiert sich an den allgemeinen „Richtlinien und Lehrplänen zur Sexualerziehung“ der einzelnen Bundesländer (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004). Diese Richtlinien sind in der Regel sehr allgemein und fachübergreifend gefasst. Dabei liegt das Schwergewicht über alle Klassenstufen zumeist auf Sachunterricht/Biologie. Spezifische Richtlinien für den Sexualkundeunterricht mit körperbehinderten Kindern und Hinweise für die fachliche Zuständigkeit existieren nicht.

In der schulischen Praxis führt die fachübergreifende „Beliebigkeit“ der Sexualerziehung dazu, dass sich niemand so recht zuständig fühlt (bzw. fühlen will). Gezielte Sexualerziehung betroffener Kinder in der Schule ist daher abhängig vom Engagement einzelner Lehrer. Sexualerziehung im weitesten Sinne ist jedoch eine

Notwendigkeit für viele Menschen mit Körperbehinderung. Keiner anderen Bevölkerungsgruppe ist die Entdeckung ihres Körpers, ihrer Partner, ihrer Beziehungen, ihrer Welt und damit ihrer *lustvollen Existenz* und darüber hinaus die Entfaltung ihrer Sexualität so erschwert wie Menschen mit Körperbehinderung. Hier ist vor allem die professionelle Pädagogik gefordert, die sich nach ihrem eigenen Selbstverständnis dieser Aufgabe nicht entziehen darf.

Elementare Ziele schulischer Sexualerziehung für Kinder mit Körperbehinderung sind vor allem:

- Auseinandersetzung mit der eigenen körperbehinderten Existenz, mit Wünschen, Zielen und sozialen Beziehungen
- (Wieder)Entdeckung des eigenen – behandelten und „enteigneten“ – Körpers in seiner lustvollen, sinnlichen Existenz
- Wahrnehmung der Sexualität als Lebensenergie (von Spannung/Entspannung)
- Entwicklung partnerschaftlicher Rollenmuster und psychosexueller Identität

Knapp (1983) sieht in diesem Sinne die Sexualerziehung als vorschulische und schulische Aufgabe („Sexualerziehung beginnt mit dem Tage der Geburt. Die Sexualerziehung bei körperbehinderten Kindern wird durch die Behinderung erschwert, die wie von selbst in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt“, ebd.). Seine Empfehlungen reichen entsprechend von früher Zärtlichkeit über angstfreie Reinlichkeitserziehung bis zu den Unterrichtsthemen genitale Sexualität, Selbstbefriedigung und Partnerschaft.

Ansätze einer Sexualpädagogik für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung orientieren sich an der allgemeinen Sexualpädagogik. Die spezifische Sexualpädagogik für Kinder mit Körperbehinderung erfährt jedoch „eine Erweiterung klassischer sexualpädagogischer Themen“ (Ortland 2010, s. u.; vgl. Römer 1995; Roth/Brokemper 1991). Aufgrund mangelnder Mobilität und sozialer Expansion der Betroffenen gewinnen beispielsweise die sozialen Netzwerke im Internet besondere Bedeutung. Darüber hinaus sind Online-Informationen zur Sexualität und Partnerschaft (und bei Jugendlichen auch die Demonstration sexueller Handlungen) von großem Interesse.

Grundelement der Struktur einer Sexualerziehung körperbehinderter Kinder und Jugendlicher ist *kommunikative Transparenz*, d.h. Überwindung von Sprachlosigkeit und Orientierungslosigkeit (auf Seiten der Betroffenen *und* auf Seiten der Pädagogen) auch angesichts von Problemsituationen. Transparenz lässt sich nach folgenden Bereichen aufschlüsseln (vgl. o. g. Autoren und Hoyler-Herrmann/Walter 1987; Hopf 1990; Sielert u.a. 1993; Oberlack u.a. 1997):

- *Handlungstransparenz*. Sinnlicher Umgang mit dem eigenen Körper und mit Erfahrungen in der Welt; Auseinandersetzung mit der Schädigung und Krankheit; Umsetzung körperlicher Selbstbestimmung

- *Kognitive Transparenz.* Informationen über Körper und Behinderungen, Geschlechtsteile, Masturbation, Geschlechtsverkehr, Spielarten der Liebe, Geschlechtskrankheiten, Verhütung, Geburt, Körperpflege (vgl. Etschenberg 2000)
- *Emotionale Transparenz.* Ausdruck von Grundemotionen und emotionale Erfahrungen der Kinder; Spaß haben an der Thematik (vgl. Windisch 2000, 20ff); Auseinandersetzung mit persönlichen Begrenzungen und Enttäuschungen
- *Soziale Transparenz.* Blickkontakt, Berührungen des Gesichts, Körperkontakte, Zärtlichkeiten nehmen und geben; Sprache und nonverbale Kommunikation; Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken (vgl. Roth/Brokemper 1991; Etschenberg 2000)

Praxisrelevante sexualpädagogische Unterrichtsvorschläge und -materialien speziell für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung (z.B. mit Bezug zur geschädigten Körperlichkeit) im Sonderschulbereich und integrativen Klassen sind erst in den letzten Jahren entwickelt worden. Ortland/Czerwinski (2009) haben behinderungsspezifisches Unterrichtsmaterial vorgestellt, „das im Rahmen des Forschungsprojektes KiSS (Kompetente, integrierende Sexualpädagogik für Menschen mit körperlicher Schädigung an der Förderschule) entwickelt, erprobt und von Lehrer/-innen bewertet wurde“ (Ortland 2010). Die im Materialband präsentierten Bausteine gliedern sich in folgende Themenbereiche:

- *Mein Körper, Behinderung und Sexualität* (vgl. hierzu Ortland 2006 u. 2009)
- *Ich als Junge/Mädchen mit Behinderung*
- *Meine Beziehungen, Behinderung und Sexualität*
- *Foto-Love-Stories von Schüler/-innen für Schüler/-innen*
- *Pflege erleben und gestalten*
- *Schwul/Lesbisch mit Behinderung*
- *Ich als Sohn/Tochter mit Behinderung*
- *Ich als Vater/Mutter mit Behinderung*

Darüber hinaus wird hier die (unabdingbare) Reflexion der Pädagogen über die eigene Sexualität genauso mit einbezogen wie die Freiwilligkeit für die Pädagogen und die Möglichkeit der Distanzierung und Ablehnung des Angebots vonseiten der Schüler (vgl. Ortland 2006).

Eine umfangreiche Lehrerbefragung zur Sexualpädagogik an Schulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung in NRW hatte ergeben, dass die Situation als „dringend verbesserungswürdig“ angesehen wurde (Ortland 2005).

Ergebnisse: Die Lehrer fühlten sich mangelhaft vorbereitet und inkompetent, gaben Fortbildungsbedarf an, forderten behinderungsspezifische Ausrichtung aller Richtlinien, fühlten sich häufig überfordert durch sexualisiertes Verhalten der Schüler ihnen gegenüber, fühlten sich ratlos bei sexualisiertem Verhalten der Schüler in Pflegesituationen, forderten Unterstützung durch Beratungsstellen, wünschten sich eine stärkere Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten.

Folglich war eine der Grundlagen des KiSS-Konzeptes Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter durch Fortbildungsangebote; Kompetenzerweiterung der Erziehungsberechtigten durch Eltern-Informationsabende; Netzworfbildung vor Ort mit Beratungsstellen, Ärzten und Selbsthilfeverbänden; Unterstützung und Begleitung der Arbeit an einem schulinternen behinderungsspezifischen Spiralcurriculum (Ortland/Czerwinski 2009).

Spezielle Unterrichtseinheiten gelten der *Prävention sexuellen Missbrauchs*: Erfahrung körperlichen Selbstbestimmungsrechts, Gefühle wahrnehmen und mitteilen, Grenzen erkennen (Berührungen ablehnen, Nein sagen), schöne und schlechte Geheimnisse unterscheiden, mit Ängsten umgehen, Hilfe holen, Schuldgefühle dem Vertrauenslehrer mitteilen (vgl. Böhmer u.a. 1995; Weinwurm-Krause u.a. 1994, 75ff; Windisch 2000, 38ff; Reschke 2003, 84). Ein weiterer spezieller, sehr komplexer Bereich betrifft *sexuelle Hilfestellung* für körperbehinderte Jugendliche (und Erwachsene) mit schwersten Bewegungseinschränkungen. Auch hier ist der einzige Lösungsweg die Überwindung von Sprachlosigkeit (vgl. Kap. 3.3).

### Selbstständiges Leben

Innerhalb eines „Curriculums zur Lebensvorbereitung“ (Stadler 1992) werden auch Anforderungen des Erwachsenenlebens zum Inhalt schulischer Förderung. Tischer/Thiele (1993, 480) betonen dabei als besondere didaktische Konzeption das „Lebensvorbereitungsjahr in den Körperbehindertenschulen“. Diese Perspektive muss jedoch für viele Kinder mit Körperbehinderung auf mehrere Schuljahre bzw. auf die gesamte Schulzeit erweitert werden. Es geht u.a. zum einen um den langfristigen Lernprozess selbstständigen Lebens und Wohnens im Sinne einer lebenspraktischen Handlungs- und Geschäftsfähigkeit; zum anderen besitzt Lebenswirklichkeit aber auch ein weiteres Grundmerkmal, nämlich das Verwiesensein des Menschen auf den anderen (Weiß 2000, 137ff). In diesem Spannungsfeld können schwerbehinderte Menschen ein Leben in Selbstständigkeit mit Assistenz und ambulanter Versorgung führen.

Für die Schulpraxis heißt dies, dass die Schüler soweit wie möglich an ihre individuellen Möglichkeiten selbstständigen Lebens und Wohnens herangeführt werden. Das kann für viele schwer körperbehinderte Kinder ein jahrelanger Prozess sein (im Extrem werden bei ihnen „nur“ der Ausdruck existenzieller Bedürfnisse und das Kommunikationsvermögen gefördert).

*Förderdiagnostisch* sind Erschwernisse, Zielvorstellungen und Förderpläne für das einzelne Kind festzustellen. In Anlehnung an Tischer/Thiele (1993, 481) sind folgende Faktoren für eine realistische Einschätzung individueller Erschwernisse selbstständiger Lebensführung (und im Hinblick auf Assistenz und Hilfestellung) von Bedeutung:

Individuelle Vorstellungen und Wünsche (Realitätsgehalt, Konzentrationsvermögen, Gedächtnis); Freude an Selbstständigkeit und Bedürfnis nach Emanzipation; Bewegungsfähigkeit, manuelles Geschick, kompensatorische Möglichkeiten; Selbstständigkeitsniveau, Wille und Durchsetzung; Fähigkeit zu planvollem Handeln und zur Organisation; Soziale Kontaktbereitschaft und -gestaltung; verbale Kommunikationsfähigkeit und Fähigkeit zur Organisation von Hilfestellung; Fähigkeit zur schriftlichen Äußerung; körperliche Kondition und medizinischer Status.

Förderdiagnostische Erkenntnisse zu diesen Komplexen geben Hinweise auf den individuellen Status von Selbstständigkeit/eigenständiger Lebensführung und sind ein Indikator für entsprechende Assistenz und Hilfestellung in den Bereichen der Haushaltsführung (s. u.).

In der Unterrichtspraxis bietet sich das „gemeinsame Lernen in Projekten“ (Heimlich 1999a) an, insbesondere als Organisationsform des Epochenunterrichts, der für die didaktischen Ziele von Selbstständigkeit/Hauswirtschaft für Kinder mit Körperbehinderung eine Reihe spezifischer Vorteile hat: „Als vorteilhaft gilt der Epochenunterricht u.a. im Hinblick auf die Konzentrationsfähigkeit der SchülerInnen. Außerdem bieten sich mehr Möglichkeiten zu intensiverer Auseinandersetzung mit einem Lerngegenstand einschließlich handlungsorientierter und entdeckender Lernabschnitte“ (ebd., 146; zum Projektunterricht vgl. Kap. 4.5).

Thematische Schwerpunkte der Unterrichtsprojekte zum „Haushalten“ (Stadler 1989, 276) sind beispielsweise (vgl. Rahmenpläne Hauswirtschaft der einzelnen Bundesländer; Stadler 1992):

Hauswirtschaft, Wohnen (Planung, Analyse und Durchführung von hauswirtschaftlichen Arbeitsprozessen, Einsicht in die Organisation, Kenntnis und Benutzung von Hilfsmitteln); Ernährung, Lebensmittelkunde, Einkauf, Vorratshaltung, Zubereitung von Nahrungsmitteln, Verpackungen öffnen, Tischsitten, gemeinsames Essen; Küche als Arbeitsplatz, Umgang mit Geräten und Maschinen, Unfallverhütung; Ordnung und Sauberkeit in der Wohnung; Körperhygiene, Pflege, Kosmetik; Kleidung, Wäsche, Hilfsmittel; Einkünfte, Finanzen, Versicherungen; Fahrdienste, ambulante Dienste; Gesundheit; Feste und Feiern; Umgang mit Ämtern und Behörden.

Der Lernbereich Selbstständigkeit/Hauswirtschaft ist im Zusammenhang mit Phasen der Erprobung und Übung in Wohnprojekten nach der Schulzeit zu sehen (vgl. Kap. 4.7). Und nicht zuletzt ist hier auch die Motivierung der betroffenen Jugendlichen eine pädagogische Aufgabe; der Lehrer muss damit rechnen, dass bei vielen Schülern mit Körperbehinderung jahrelange Motivierungsprozesse für selbstständige Versorgung nötig sind.

### Arbeitslehre

Schulische Aufgaben zur Vorbereitung auf die *berufliche Eingliederung* von Jugendlichen mit Körperbehinderung sind zentraler Unterrichtsbestandteil und haben speziell ihren Platz im Lernbereich Arbeitslehre. „Über den besten Weg der Ein-

gliederungsvorbereitung wird in der Körperbehindertenpädagogik seit langem gestritten“ (Stadler 1989, 257). Grundsätzlich sind für curriculare Entscheidungen individuelle Akzente zu setzen für Schüler, die einen Regelschulabschluss anstreben, für Schüler mit besonderem Förderbedarf in den Bereichen Lernen oder geistige Entwicklung und schwerstbehinderte Schüler (ebd., 259f).

„Lernen in Verbindung mit praktischem Tun zu gestalten ist eines der zentralen Prinzipien des Lehrens und Lernens, die in den neuen Richtlinien aller Schulformen zum Ausdruck kommen [...] Die Bedeutung des Faches Arbeitslehre im Rahmen dieser Entwicklungen ist offensichtlich“ (Landesinstitut 1992, 9). Im Unterricht mit körperbehinderten Kindern wird der Lernbereich Arbeitslehre nicht nur vom 8. Schuljahrgang aufwärts, wie an Allgemeinen Schulen vieler Bundesländer vorgesehen, sondern *über viele Schuljahre* relevant. Es geht zunächst ganz elementar um allgemeine Bedingungen des Schulalltags mit Wirkungen auf das Lernfeld Arbeitslehre (Windisch u.a. 1993, 49ff):

- *Erwerb sozialer Kompetenz:* Zuverlässigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit und Dialogbereitschaft, Leistungsbereitschaft, Durchhaltevermögen, Übernahme von Verantwortung, Durchsetzung, soziale Anpassung und Rücksichtnahme, Umgang mit Hilfestellung und Assistenten
- *Erwerb von Handlungskompetenz:* Orientierungsfähigkeit, Fähigkeit zu kausalem und operativem Denken, Erfassung von zeitlichen Abläufen, Einschätzung des eigenen Arbeitstempos, Freude am kreativen Gestalten, Flexibilität, Konzentrationsfähigkeit, Selbstständigkeit und selbstorganisiertes Arbeiten, Identifikation mit einer Aufgabe, Gestaltung des persönlichen (behindertengerechten) Arbeitsplatzes, Fähigkeit zur Organisation in der Arbeitsassistentenz

Später geht es um die Erarbeitung des persönlichen Bezugs zur Arbeit allgemein und zu einer speziellen beruflichen Tätigkeit mit realistischer Einsicht in die eigenen Möglichkeiten und die Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dazu gehört auch Information über berufliche Erstausbildung für Jugendliche mit Körperbehinderung: beispielsweise über den eher traditionellen Weg der Berufsbildungswerke (BBW: „Erst qualifizieren, dann platzieren“) oder auch über neue Wege Unterstützter Beschäftigung mit Hilfe von Integrationsfachdiensten und Arbeitsbegleitung (z.B. „Ambulantes Arbeitstraining“ der Hamburger Arbeitsassistentenz: „Erst platzieren, dann qualifizieren“; vgl. Kap. 4.6).

Die Didaktik der Arbeitslehre orientiert sich an Organisationsformen des Projektunterrichts (vgl. Kap. 4.5). Kennzeichen sind gemeinsame, subsidiäre Lernsituationen, die unmittelbar an Interessen der Schüler anschließen (die Schüler lernen voneinander am gemeinsamen Gegenstand). Didaktische Akzentuierung des Projektunterrichts kann in Anlehnung an modellhaft durchgeführte Projekte der Allgemeinen Schule vorgenommen werden (vgl. Landesinstitut 1992) und beispielsweise sein:

- *Arbeitsprojekte als Fallstudie*: z.B. „Welchen Beruf haben meine Eltern? Was haben sie dabei zu tun?“
- *Arbeitsprojekte als Rollenspiel*: z.B. „Ich bewerbe mich um einen Ausbildungsplatz“; „Ich vermiete ein Hotelzimmer“
- *Arbeitsprojekte als Planspiel*: z.B. „Wir gründen eine Pommes-Bude“
- *Authentische Arbeitsprojekte innerhalb des Schulgeländes zur Bereicherung des Schullebens* (als offenes Jahrescurriculum): z.B. Klassenraum streichen, Gartenteich anlegen, Blumen züchten
- *Authentische Arbeitsprojekte an außerschulischen Lernorten* (mit Hilfe von Experten): z.B. behindertengerechte Kommune planen
- *Authentische Arbeitsprojekte mit unternehmerischem Risiko*: z.B. Serviceleistungen innerhalb der Schule wie Nachhilfedienst, Cafeteria, Disco (mit Hospitationen von Integrationsfachdiensten für spätere Beratung)
- *Berufsfeldorientierung und Betriebserkundung* (in Zusammenarbeit mit Berufsberatern und Beratern für Unterstützte Beschäftigung)
- *Betriebspraktikum* (zur praktischen Durchführung vgl. Lelgemann 2003a, 63f)

Innerhalb dieser Arbeitsprojekte erwerben die Schüler grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten in Planung, Organisation und Kontrolle von Arbeits- und Fertigungsprozessen und erfahren die Wirkung eigener Entscheidungen. Darüber hinaus erhalten sie die Möglichkeit, sich mit eigenen Produkten und Arbeitsleistungen zu identifizieren (vgl. Stadler 1991, 9 sowie die Richtlinien und Beispielpläne zur Arbeitslehre der einzelnen Bundesländer). An Praxistagen der Schule sind alle Klassenverbände aufgelöst, und die Kinder und Jugendlichen erproben in Lerngruppen Arbeitsformen im Bereich Textil, Holz, Haushalt, Büro sowie Mobilität im Rahmen vielgestaltiger Projekte (Lelgemann 2002a, 120).

Stadler (2001, 464ff) verweist auf die Tatsache, dass Schulabgänger mit Körperbehinderung (insbesondere Absolventen der Schule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung) zu mehr als 50 % in die Werkstatt für behinderte Menschen eintreten. „Für eine beachtliche Gruppe der Absolventen der Schule für Körperbehinderte ist das Ziel der Eingliederung in die Arbeits- und Wirtschaftswelt offensichtlich unerreichbar, so dass sie auf ein Leben ohne Erwerbsarbeit vorzubereiten sind. Diese Aufgabe widerspricht in vieler Hinsicht einem Verständnis von Schulpädagogik, die eine bestimmte Erwachsenenwelt im Blick hat“. Stadler betont, dass schwerer behinderte Jugendliche auch angesichts ihrer begrenzten Chancen auf dem Arbeitsmarkt das Recht auf eine humane Lebensgestaltung haben. Dazu gehört im weitesten Sinne das „Recht auf Arbeit“, das sich auch jenseits der Erwerbsarbeit verwirklichen kann. Die schulische Arbeitslehre für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung sollte daher auch „eine erfüllende Realisierung von Hobbys und Interessen anbahnen, die sowohl im persönlichen und privaten Bereich als auch in der Gemeinschaft mit Behinderten und Nichtbehinderten betrieben werden kann“ (ebd., 469).



## Religion

Der Religionsunterricht mit körperbehinderten Kindern ist eine Auseinandersetzung über Religionen, Weltanschauungen und Ideologien; er sucht nach Antworten und vermittelt Reflexionen und Erfahrungen zu Lebenswert und Lebenssinn sowie ethischen Normen des Handelns. Vor allem aber vermittelt er ein Gefühl übergreifender Geborgenheit über „Einbeziehung in den Glauben durch *religiöses Erleben*. Ich lebe nicht allein – ich erfahre mich und die anderen in meiner Umwelt“ (Heggenberger-Lutz 2000, 193). Religionsunterricht hat an Schulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung traditionell einen besonderen Stellenwert, denn viele Institutionen sind konfessionell geprägt, wie auch die Rehabilitation historisch eine ihrer Wurzeln in der kirchlichen Arbeit hat (Pithan u.a. 2002, 53ff).

Ein Spezifikum des Religionsunterrichts mit körperbehinderten Kindern ist die Suche nach Antworten auf die in sehr frühem Alter gestellte Frage nach dem Sinn körperbehinderter Existenz: „Warum ich?“ (Kollmann 1993, 44ff; Boenisch 1997, 11ff). Der Religionsunterricht gilt also auch primär den Sinnfragen der betroffenen Kinder und ihrer Eltern und ihrem unausgesprochenen Versuch der Leidensbewältigung (vgl. Erfahrungsberichte der Seelsorge bei Kindern mit chronischen und progredienten Erkrankungen von Braun, O. 1983). Zu diesen Fragen äußern sich alle großen Religionen (vgl. Ermer/Pesch 1991; Pithan u.a. 2002).

Religionsunterricht mit körperbehinderten Kindern findet statt durch Sprechen und Nachdenken, Meditation, Selbstreflexion und „auf kreative Weise“ (vgl. Adam/Kollmann/Pithan 1998). Es bieten sich gruppendynamische Methoden, personenzentrierte Gesprächsführung sowie Identifikationsübungen aus der Gestaltpädagogik an („Praxis gestaltorientierter Katechese“, Höfer u. Mitarbeiter 1982, 27ff). Der Unterricht kann thematisch an christliche Inhalte gebunden sein; es ist sinnvoll, „vor dem Hintergrund biblischer Aus- und Zusagen gemeinsam mit den Schülern eine (mutmachende) Lösung für die aktuellen Fragestellungen zu erarbeiten“ (Boenisch 1999a, 121; für körperbehinderte Kinder und Jugendliche bietet sich z.B. das *Buch Hiob* an: ebd., 120ff; Boenisch/Daut 2002a, 177ff; Pithan u.a. 2002, 121ff). *Religionsdidaktisch* werden heute vor allem auf konstruktivistischer Basis subjektorientierte Schwerpunkte gesetzt („Jeder Mensch ist Gottes Ebenbild“), „weil die Einzelnen nicht ein vorgegebenes Abbild der Wirklichkeit oder ein feststehendes fixes Weltbild übernehmen, sondern fortwährend ihr eigenes Weltbild entwerfen, konstruieren, korrigieren und auf Grund gemachter Erfahrungen adaptieren“ (Pithan u.a. 2002, 364). Auf dieser Basis können folgende Elemente eines *integrativen Religionsunterrichts* mit körperbehinderten Kindern genannt werden (ebd., 362ff):

- „*Mit allen Sinnen glauben lernen*“: Handlungs- und Erfahrungsorientierung, Projektunterricht, Stationenarbeit, Freiarbeit (ebd., 428ff); elementare Erfahrungen ausgehend von

alltäglichen Erlebnissen im Zusammenhang mit Spiritualität machen („Ich habe Hunger. Brot macht satt. Brot ist von Gott gegeben.“)

- *Ökumenisches Lernen als „Suchbewegung“*: Begegnung mit den anderen, dem Fremden und Behinderten; Dialogfähigkeit und Toleranz erwerben („Empathie einüben“, „sich über Leid beklagen“, „prosoziales Empfinden konkretisieren“, „Zukunft entwerfen“; ebd., 412ff); „Erziehung zur Liebesfähigkeit“ (Höfer/Thiele 1982, 103ff); „Mich gibt es nur einmal“, „Regeln und Gebote christlichen Zusammenlebens“, „Streiten – sich vertragen“, gemeinsam beten, Eucharistie (vgl. Lehr- und Beispielpläne der einzelnen Bundesländer)
- *Bearbeitung biografischer Elemente*: Auseinandersetzung mit Lebensfreude, mit Träumen, aber vor allem auch mit Scheitern, Verlust, Krankheit, Schuldgefühlen, versagten Wünschen; Erfahrungen sammeln über „gesund und krank“, Analogien und Symbole dazu finden und in Beziehung setzen zu Spiritualität und Glauben (Rohrer 1998, 23ff); „Erschließung innerer Unabhängigkeit trotz äußerer Abhängigkeit“ (Kollmann 1993, 47)
- *Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Wertsystemen*: Reflexion gesellschaftlicher Normen von Menschenrecht und Menschenwürde; „Ethik der Würde – Recht auf Leben“ (Pithan u.a. 2002, 140)
- *Symbolorientierung und Ritualisierung*: Erschließung von Tiefendimensionen des Glaubens und Erfahrung seiner Ganzheitlichkeit; Ordnungen des Schweigens und Meditierens, Erzählens, Spielens, Feierns, Arbeitens; Darstellung von Texten, Gebärden, Bildern und Musik (ebd., 443ff; Höfer/Thiele 1982, 123ff)

Als „sinnhafte Erfahrung“ lässt sich folgendes Schema handelnden Religionsunterrichts für die Arbeit mit Glaubenstexten entwerfen:

1. Die Schüler richten sich alle zur Mitte in einem Kreis aus: z.B. auf dem Boden, Stuhlkreis; auch schwerst mehrfach behinderte Schüler werden hierin mit einbezogen
2. Biblischen Text in einfacher Form und mit eigenen Worten erzählen
3. Kernaussage der Geschichte herauslösen
4. Herauslösen einzelner wichtiger Elemente und Materialien aus der Geschichte, welche im Kreis betrachtet, herumgereicht, untersucht werden. Erstellung eines Mittelebildes
5. Rollenspiel zum Mittelebild
6. Gebet/Lied
7. Bildbetrachtung zum Mittelebild (Heggenberger-Lutz 2000, 193)

Als weitere Methoden im Religionsunterricht bieten sich beispielsweise an: Bilder malen, Standbilder, szenisches Spiel, Schattenspiel, Gesang, musikalische Darstellung und Kindertheater (Pithan u.a. 2002, 425ff).

## Englisch

Fremde Sprachen bieten eine indirekte Möglichkeit der Expansion/Exploration. Für schwer körperbehinderte Menschen bedeutet das Surfen im Internet eine leicht zugängliche Teilhabe an der Gemeinschaft. Die elektronischen Medien der Informationsgesellschaft sind die 3. Sozialisationsinstanz geworden. Dabei hilft die englische Sprache und erlaubt einen Schritt in den „Erwerb von Autonomie“ (Schöler/Degen 1999, 7).

Richtlinien für den Fremdsprachenunterricht an Förderschulen fehlen. Englischunterricht (oder andere Sprachen) für Kinder mit Körperbehinderung muss erlebnis- und handlungsorientiert (ggf. als schulische Arbeitsgruppe) gestaltet werden. Allgemeines Lernziel sind Fertigkeiten im Sprechen und Verstehen, Lesen und Schreiben. Lautrichtiges Sprechen, Betonung und Intonation (wie in den allgemeinen Richtlinien vorgesehen) können für Kinder mit Körperbehinderung nicht im Vordergrund stehen; bei vielen werden nur das Verstehen, Lesen und Schreiben (am PC) relevant. Es werden jeweils individuelle Fähigkeiten gefördert.

Der Unterricht findet fern der Zielkultur statt. Handlungsorientierter Englischunterricht folgt daher dem Prinzip der Erweiterung des Erfahrungsraums Klassenzimmer (Schädler 2000, 69):

- *Eigenständige Suche* nach Begriffen, Bildern, Gegenständen, Formen, Dingen und Worten des alltäglichen Lebens für die persönliche Vokabelkartei (vgl. Schöler/Degen 1999, 83); Bewusstmachung von Anglo-Amerikanismen der deutschen Alltagssprache (Quenstedt 1994, 420)
- „*Schülerorientierte Spiele*“. Schreibspiele, Dialogspiele, Lernspiele, Ratespiele, Interaktionsspiele, Quizspiele, Rollenspiele, Wettspiele (vgl. Löffler/Kuntze 1987)
- *Authentische Handlungssituation*. Kontakte zu Schulklassen in England (Briefe, Pakete, Videos, Fotos, E-Mails) stimulieren das Lernen
- *Rituale*. Neue Identität durch englische Namen, Atmosphäre und Fantasiereisen (Unterhaltung mit englischer Popmusik); „Talking about yourself“ (Quenstedt 1994, 423ff)
- *Handlungs- und Bewegungsfeld*. Alltägliches Handeln mit englischsprachiger Begleitung
- *Lernen durch Hinausgehen*. Begegnungsprojekte mit fremden Kulturen, Klassenreisen
- *Lernwerkstatt Englisch*. Lernlandschaft für alle Klassen gemeinsam mit Wandzeitungen, Musik, Büchern, Videos auf Englisch (als Erfahrungsraum für alle Kinder)

Jedes Kind mit Körperbehinderung kann aktiv oder passiv zumindest die Anfänge einer Fremdsprache lernen und u.U. durch Wiedererkennen fremdsprachlicher Elemente im Alltag zum weiteren Lernen stimuliert werden. Auch *Kinder ohne Lautsprache* (vgl. Kap.2.3) lernen zunehmend Englisch und kommunizieren auf Englisch mithilfe ihrer elektronischen Hilfsmittel.

## 4.6 Nachschulische/außerschulische Förderung

Die nachschulische Förderung körperbehinderter Jugendlicher und Erwachsener betrifft vor allem die berufliche Eingliederung, die Suche nach geeignetem Wohnraum oder nach Wohngruppen, Mobilität und die Organisation von Freizeitangeboten und Freizeitgestaltung sowie die Rechtsberatung und nicht zuletzt Strategien der Durchsetzung von eigenen Interessen und Rechten. In all diesen Bereichen sind die Betroffenen und ihre Familien selbst aktiv, sie brauchen jedoch die Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbänden (s. u.). Die Förde-

rung schwerbehinderter Menschen und ihrer Familien ist eine spezifische Aufgabe der Sozialarbeit in der Rehabilitation als Rehabilitationsberatung (in persönlichen, familiären, organisatorischen und sozialrechtlichen Fragen; Stadler 1998, 177). Kennzeichnend für die nachschulische Förderung von Menschen mit Körperbehinderung ist die Verflechtung mit Aufgaben, die die Schule zur Vorbereitung auf das Leben nach der Schule übernimmt; dazu gehören: Vorbereitung auf das Berufsleben durch schulische Maßnahmen der Arbeitslehre und des Sach-/Technikunterrichts, Informationen zu persönlichem Budget und zu den Möglichkeiten der Assistenz sowie die Vorbereitung auf Wohnen und Freizeit. Schon sehr früh grundgelegt werden müssen selbstbestimmtes Handeln und soziale Durchsetzung („Empowerment“; Theunissen/Plaute 1995); gelingen kann dies durch dem Lebensalter entsprechend angepasstes und begleitetes Einbeziehen der Betroffenen in Entscheidungsprozesse. Durch das persönliche Budget und die Möglichkeiten der Assistenz hat der Gesetzgeber eine gute Grundlage geschaffen, auf der selbstbestimmtes Leben für Menschen mit Körperbehinderung gelingen kann; in der Praxis müssen jedoch vielfach noch hohe Hürden überwunden werden (vgl. Hausmanns/Scholdei-Klie 2010).

### Beruf

Zur beruflichen Eingliederung erfolgt in der *Arbeitslehre an den Schulen* die Vorbereitung auf die Arbeitswelt (zur autonomen Lebensführung, Existenzsicherung, sinnvolle und menschenwürdige Gestaltung des Lebens). Die Schüler sollen Wissen und Grundfertigkeiten erlangen zur Teilhabe an Gesellschaft, Technik und Wirtschaft. Sie lernen, nach Interessenlage ihre Fähigkeiten realistisch einzuschätzen, ihr Leben und ihre Zukunft zu planen und ihre persönliche Situation zu gestalten (zur Organisation und Didaktik vgl. Kap. 4.5). Daran schließt sich in der Regel ein Prozess der Berufsberatung und ggf. praktischen Erprobung bzw. eines Berufsvorbereitungsjahrs, der fachlichen Begutachtung durch die Bundesagentur für Arbeit oder der Erstellung eines Fähigkeitsprofils für Unterstützte Beschäftigung an. Dieser Prozess verläuft in jedem Einzelfall anders, abhängig von der Schwere der Behinderung. Motorisch schwer behinderte Jugendliche haben dabei im Vergleich zu anderen Gruppen behinderter Menschen nach wie vor die geringsten Chancen, auch angesichts der neuen Entwicklung Unterstützter Beschäftigung und Arbeitsassistenz (s. u. und vgl. empirische Ergebnisse von Barlsen/Hohmeier u.a. 2001, 39ff). Die berufliche Eingliederung findet traditionell nach dem Prinzip „Erst qualifizieren, dann platzieren“ statt, das den meisten Schulabsolventen mit Körperbehinderung nicht gerecht wird und sie benachteiligt. Neuere Maßnahmen der Unterstützten Beschäftigung gehen stattdessen den Weg des „*Training on the job – erst platzieren, dann qualifizieren*“.

Die *traditionelle Berufsausbildung* erfolgt in Betrieben und Berufsschule. Für die Ausbildung von Jugendlichen mit Körperbehinderung und für die Einrichtung behindertengerechter Arbeitsplätze stehen Mittel des Integrationsamtes (ehemals: Hauptfürsorgestelle) zur Verfügung.

Die *überbetriebliche Rehabilitation* erfolgt traditionell in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation: in Berufsbildungswerken (BBW) zur *Erstausbildung* behinderter Jugendlicher (in Internatsunterbringung mit zusätzlichen medizinischen und sozialen Leistungen), in Berufsförderungswerken (BFW) zur *Fortbildung und Umschulung* für behinderte Erwachsene (meist mit Internatsunterbringung) und in *Werkstätten für behinderte Menschen* (WfbM) für sehr schwer behinderte Menschen, die den Anforderungen auf dem freien Arbeitsmarkt nicht gewachsen sind (vgl. Cloerkes 2007, 62f; Stadler 1998, 179ff).

„Seit Beginn der 80er Jahre wurde es [in den alten Bundesländern] für viele Absolventen der Schule für Körperbehinderte immer schwieriger, eine Berufsausbildung zu beginnen“ (Stadler 1996, 187; vgl. Hohmeier 2007). Dem Recht der betroffenen Menschen auf berufliche Qualifizierung wird seitdem aufgrund der Arbeitsmarktlage keineswegs hinreichend entsprochen. Die Gruppe körperbehinderter Berufsanfänger ist jedoch so heterogen, dass es zu den unterschiedlichsten Problemlagen kommt. Eine sehr schwierige Situation besteht für Menschen, die in erheblichem organisatorischen, technischen und zeitlichen Ausmaß auf Hilfe angewiesen sind (z.B. Menschen mit schwerer cerebraler Bewegungsstörung und extremen verbalen Kommunikationsschwierigkeiten, denen auch die WfbM keine geeignete Tätigkeit bietet). Für sie stehen in einigen Bundesländern spezielle Förder- und Pflegeangebote in Tagesförderstellen, Tagesstätten oder Fördergruppen unter dem Dach der WfbM bereit (Lelgemann 1998, 41; 2000, 178ff). In diesen Einrichtungen sind Arbeitsplätze und Arbeitshilfen für „individuelle Lösungen“ in den Bereichen Holz, Montage, Textil, Töpferei, PC und „Kreativ“ geschaffen worden (Lelgemann 1996, 47f).

Die Entwicklung der letzten Jahre (seit 2001 auch gesetzlich durch SGB IX abgesichert) führt im Rahmen des „*Horizon*“-Programms der EU zur Betonung der *Unterstützten Beschäftigung* bei Maßnahmen zur beruflichen Integration (Horizon-Arbeitsgruppe 1995). „Unterstützte Beschäftigung bezeichnet einen ambulanten Arbeitsansatz, der für einen bestimmten ‚Kunden‘ einen dessen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz in Wohnortnähe sucht, ihn – sofern erforderlich – auf die Arbeitsaufnahme vorbereitet und ihn in der Regel bei der Einarbeitung am Arbeitsplatz und der Einnahme einer sozialen Rolle im Betrieb unterstützt“ (Barlsen/Hohmeier u.a. 2001, 18). Diese Aufgabe übernehmen *Integrationsfachdienste* (Träger sind u.a. Eltern-Selbsthilfverbände, Wohlfahrtsverbände, Bildungswerke, Krankenhäuser; ebd., 42ff). Das Modell gliedert sich in 6 Bereiche (ebd., 65ff; Horizon-Arbeitsgruppe 1995, 15ff; Hinz/Boban 2001, 32):

1. *Erstellung eines Fähigkeitsprofils und Vorbereitung auf die Arbeitsaufnahme*: Gespräche mit den Bewerbern und Personen des sozialen Umfelds; Auswertung von zugänglichen Akten; Beobachtung und Auswertung bisheriger Arbeit, Praktika, Arbeiterprobungen; Auswer-

- tung von Erfahrungen gemeinsamer Freizeitunternehmungen; vorberufliches theoretisches und praktisches Training; Platzierungsvorschläge
2. *Akquisition von Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt*: Informelle Kontakte (Mundpropaganda, Telefongespräche); offizielle Kontakte (Vorstellungen bei Firmen, Medien, Integrationsämtern)
  3. *Arbeitsplatzanalyse*: Motorische Anforderungen; kognitive Anforderungen; Handlungsspielräume; Zeitabhängigkeiten; Funktionsvielfalt; Interaktionsfelder; Tätigkeitsstruktur; Arbeitsumgebung; Anschaulichkeit des Arbeitsprozesses; Lernmittel; Lehrpersonal; Lernortkombinationen; generelle „Handlungsorientierungen zielgerichteter Tätigkeit“. Der Arbeitgeber sorgt für behindertengerechte Ausstattung
  4. *Arbeitsbegleitung/Arbeitsassistentenz*: Unterstützung bei der Orientierung am Arbeitsplatz (räumlich, zeitlich, organisatorisch, strukturell); Unterstützung bei der Weiterentwicklung fachlicher Kompetenzen, sozialer Kompetenzen und organisatorischer Kompetenzen (Pünktlichkeit, Regelmäßigkeit, Ausdauer); Unterstützung im Umgang mit Krisen und Konfliktsituationen, bei der Erweiterung von Selbstreflexion, Bewältigungsstrategien und Selbstorganisation. Der behinderte Mensch wird „Arbeitgeber im Sinne des Sozialrechts“ für seinen Arbeitsassistenten, der betriebliche Arbeitgeber ist mit innerbetrieblicher oder betriebsfremder Assistenz von mindestens 15 Wochenstunden einverstanden (vgl. Regelungen der zuständigen Integrationsämter)
  5. *Qualifizierung der Arbeitsassistenten*: Theoretische Ausbildung und kontinuierliche Weiterbildung in berufsbegleitenden Fachkursen und Lehrgängen von Personen mit entsprechender Berufserfahrung oder pädagogischer Ausbildung (häufig Sozialpädagogen)
  6. *Auswertung und Reflexion des Unterstützungsprozesses*: Reflexions- und Beurteilungsgespräche aller Beteiligten; Etablierung von Rückmeldesystemen; regelmäßige Beobachtung und Beurteilung der Arbeitnehmer; Dokumentation von Entwicklungsverläufen; Beurteilung der Erfolge im Hinblick auf Zielsetzungen; Sicherung erfolgreicher Strategien und Veränderung erfolgloser

Für körperbehinderte *Schulabgänger mit Hochschulreife* gibt die Beratungsstelle für behinderte Studienbewerber und Studenten des Deutschen Studentenwerks Auskunft über behindertengerechte Einrichtungen der deutschen Hochschulen (vgl. Deutsches Studentenwerk 2005). Außerdem sind die jeweiligen Behindertenbeauftragten der Hochschule ihre Ansprechpartner. Regelungen und Empfehlungen zum Nachteilsausgleich für behinderte und chronisch kranke Studierende sind auf der Webseite des Deutschen Studentenwerks für alle 16 Bundesländer aufgeschlüsselt ([www.studentenwerke.de](http://www.studentenwerke.de)).

## Wohnen

„Das selbstbestimmte Leben und Wohnen Behinderter ist ein Maßstab für ihre soziale Eingliederung“ (Stadler 1998, 208). Kompetenz zur Selbstbestimmung (auch als Übernahme von Verantwortung für den eigenen Wohn- und Lebensbereich) wird im Laufe der gesamten Sozialisation erworben. Wohnen ist dabei als ökologisches System zu betrachten, bei dem der Einzelne vernetzt ist mit dem Umfeld, mit dem mehr oder weniger (unterstützender) Austausch stattfindet (Arlt 1992, 72ff).

Spezifische pädagogische Aufgaben zur Vorbereitung auf das selbstständige Leben und Wohnen liegen in der Schaffung von Erprobungs- und Erkundungsfeldern als Brücken zur Lebenswirklichkeit, im Training von Alltagssituationen und in der Schulung des Bewusstseins der Komplexität eines selbstständigen Lebens. Dazu gehören die Reflexion über die Gestaltung des eigenen Wohnens („Grammatik der Wohnfeldgestaltung“; Mahlke/Schwarte 1985, 30ff) und die Vermittlung von Kenntnissen über die funktionsgerechte Wohnung z.B. für Rollstuhlfahrer (nach DIN 18 025): Maße von Türen, Fenstern, Bad, Küche, Wohnräumen, aber auch Zugang zum Haus und zum Wohnbereich, Haustür und Wohnungstür, Aufzüge und Rampen, Müllsammler, Briefkästen und Parkmöglichkeiten. Die Klärung von Wohnnerwartungen und spezifische Wohnenerfahrungen gehören zu den engeren Zielen der Förderung (vgl. Seifert/Arenz 1998).

Die Wohnmöglichkeiten erwachsener Menschen mit Körperbehinderung lassen sich zum einen in *geschlossene* (Anstalten, Pflegeheime, Dorfgemeinschaften) vs. *offene* (Wohnheime, Wohngruppen, Wohngemeinschaften, Einzelwohnungen, Elternhaus) Wohnformen und zum anderen in *fremdbestimmte* (Wohnheim, betreutes Wohnen, ambulante Dienste, Fokusmodell, Servicehaus, Hilfe durch Angehörige) vs. *selbstbestimmte* (Assistenzmodell) Wohnformen unterteilen (vgl. Frehe 1999; U. Wilken 1999; zu Wohnmodellen für behinderte Menschen im europäischen Ausland vgl. Franke/Westecker 2000).

Die meisten körperbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen bleiben allerdings im Familienverband wohnen und werden durch Familienmitglieder über lange Jahre unter großen Belastungen betreut (Bartz 1996, 22ff). Das Leben in der Familie bedeutet für die Betroffenen oft ein größeres subjektives Wohlbefinden (in ihrer vertrauten Umgebung), Ablösung und Selbstständigkeit werden dabei durch die eingeschliffenen Lebensautomatismen jedoch häufig erschwert. Viele betroffene Jugendliche sind weder durch die Familie noch durch die Schule auf selbstständiges Wohnen vorbereitet.

Für schwerbehinderte Menschen sind eine Reihe von Modellen *betreuten Wohnens* entwickelt worden (Theunissen/Plaute 1995, 147ff):

- *Wohnheim*. Betreuung rund um die Uhr; wohnen in der Gemeinschaft mit anderen Behinderten; aber wenig Möglichkeiten zur Eigeninitiative; einfügen in den Gruppenalltag; in den letzten Jahren „Aufbruch“ von starren Organisationsstrukturen zu erweiterter Autonomie der Bewohner (vgl. Metzler 1997; Simmen 1998; Weinwurm-Krause 1999)
- *Betreute Wohngemeinschaft*. Eigene Gestaltung der Wohnung; Leben in übersichtlicher Gruppe; aber Leben mit Kompromissen und eingeschränkter Selbstbestimmung
- *Ambulante Dienste*. Weitgehend selbstbestimmtes Leben als Einzelner oder als Paar; aber starre Dienstpläne des Personals; kaum Auswahlmöglichkeiten der Betreuer
- *Servicehaus und Fokusmodell*. Rund um die Uhr besetzter Hilfsdienst; Hilfe nur, wenn sie angefordert wird; hoher Grad an selbstbestimmtem Leben; aber oft personelle Engpässe in Stoßzeiten und oft wechselndes Personal



- *Assistenzmodell.* Der behinderte Mensch ist in seiner eigenen Wohnung Arbeitgeber eines lebensbegleitenden Assistenten; der Assistent wird selbst gesucht, entlohnt und ggf. auch entlassen; hoher Grad an selbstbestimmtem Leben; aber auch Notwendigkeit besonderer Kompetenzen und Übernahme von Verantwortung (vgl. Frehe 1999, 275f; U. Wilken 1999, 22ff; Markowetz 2007, 322ff)

Alternative Wohn- und Betreuungskonzepte für Menschen mit körperlichen und mehrfachen Behinderungen skizziert Jocham (2010). Das *Neunte Buch Sozialgesetzbuch* (SGB IX) regelt seit 2001 auch die Finanzierung des betreuten Wohnens (einschließlich des Assistenzmodells).

### Mobilität

Der *Rollstuhl* ist laut DIN 13 240 „ein Fortbewegungsmittel für Personen, deren Gehfähigkeit eingeschränkt ist“. Ca. 400 000 Menschen in Deutschland sind dauerhaft auf den Rollstuhl angewiesen. Für körperbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene ist der Rollstuhl mehr als nur ein Fortbewegungsmittel, mit dessen Hilfe die Betroffenen mehr Mobilität, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit gewinnen. Schon für Kinder ist er auch ein Medium zur Vergrößerung des Aktionsradius und zur Erforschung der Umwelt, das sie aufmerksamer macht und ihre Eigeninitiative fördert. Er ist ein Medium, Erfahrungen zu sammeln mit Koordination, Schnelligkeit, Krafteinsatz, Wegfahren, Auf-jemanden-zu-Fahren, Spiel, Sport, Entscheidungsfreude, aber auch um Aggressionen auszuleben (Holtz 1997, 269f). Rollstühle werden nach EG-Richtlinien für Medizinprodukte („Medical Devices Directive“ von 1993) gebaut, die 1998 als Medizin-Produkt-Gesetz (MPG) nationale Rechtsverbindlichkeit erhielten (Harfich 2001, 13ff). Rollstühle müssen auf die Größe und das Alter des Benutzers, die Art der Behinderung und die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten sein. Dazu gehören: Sitzbreite, Sitzhöhe, Sitztiefe, Sitzneigung, Rückenlehnenhöhe, Rückenlehnenwinkel, Unterschenkellänge und Fußstütze, Schiebegriffe, Konturen von Sitz- und Rückenbespannung, Materialbeschaffenheit, Farbzusammenstellung und ggf. Kopfstütze und Elektroantrieb (Epp 1998, 41ff). Rollstühle gibt es mit unterschiedlichen fahrwerktechnischen Variationen und in unterschiedlicher Ausstattung, z.B. Standardrollstuhl, Leichtgewichtrollstuhl, Aktivrollstuhl, Rollstühle mit Greifreifenantrieb und Rückenlehnenverstellung (Harfich 2001, 38ff; Kalbe 1995, 45ff; Bröckes/Herzog 1993, 14ff). Für Rollstuhlfahrer gibt es spezielle, modische Bekleidung (Epp 1998, 123ff).

Für die Mobilität von Menschen mit Körperbehinderung sind weiterhin *Gehhilfen* und *Stebhilfen* von Bedeutung. Wie bei Rollstühlen bedarf es auch hier zunächst eines Anforderungsprofils, um dann aus den vielfältigen Hilfsmitteln auszuwählen: Welche funktionalen Voraussetzungen besitzt der Benutzer? Wo, wofür und wie lange soll die Gehhilfe eingesetzt werden? (Hedderich 1999, 98). Die wichtigsten Steh- und Gehhilfen sind Stützen und Stöcke (z.B. Unterarmstützen, Vierpunktstützen),

Gehgestelle und Gehwagen, Rollator, Delta-Gehrad, Schiebewagen sowie die unterschiedlichsten einstellbaren Modelle fester und fahrbarer Stehständer (Kalbe 1995, 28ff; Hedderich 1999, 98ff; Kurz 1998, 44ff).

Allen Mobilitätshilfen ist gemein, dass sie eine Gebrauchsschulung des Benutzers erfordern. Sie erfolgt bei Steh- und Gehhilfen in der Regel durch Physiotherapeuten, beim *Rollstuhltraining* sind auch Pädagogen involviert. Dabei geht es im Einzelnen um (Simon 1985, 27ff):

- *Sitzübungen*: Verteilung des Körpergewichts, Bewegungen im Halsbereich, Bewegungen im Schulter-Arm-Bereich, Bewegungen im Rumpfbereich, Übungen im Beinbereich, Entlastungs- und Lockerungsübungen
- *Grundübungen des Fahrens*: Vor- und Rückwärtsfahren, Durchfahren von Kurven, Beschleunigen und Bremsen, Drehen auf der Stelle, Übungen auf verschiedenen Bodenqualitäten, Überwinden von Hindernissen
- *Umsteigeübungen*: Vom Rollstuhl aufs Bett, vom Rollstuhl auf die Toilette, vom Rollstuhl in die Badewanne, vom Rollstuhl in das Auto und umgekehrt

Zum Rollstuhltraining gehört auch die *Anleitung von Hilfspersonen* („So viel Hilfe wie notwendig, aber so wenig wie möglich“): Hilfestellung erfolgt grundsätzlich hinter dem Rollstuhl (Rollstuhlfahrer mit freiem Gesichtsfeld), Kontrolle der Bremsen, Kippen, Fahren auf Wegsteigungen (ggf. rückwärts mit gekipptem Rollstuhl), Überwinden von Bordsteinen und Treppen (vorwärts mit gekipptem Rollstuhl) (ebd., 15ff).

Zum Mobilitätstraining gehört weiterhin die *Verkehrserziehung* für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderung:

- *Verkehrsbeobachtung*: Wahrnehmungsfähigkeit und Reaktionsvermögen in der Realerfahrung
- *Verkehrsteilnahme*: Übung als Fußgänger oder Rollstuhlfahrer im Straßenverkehr und Bitte um Hilfestellung
- *Theoretische Schulung*: Einsicht in verkehrstechnische Probleme, Regeln und Zeichen

Darüber hinaus geht es um Information zur Benutzung *öffentlicher Verkehrsmittel* und zum *Führerscheinwerb* für schwerbehinderte Menschen (spezielle Fahrschulen, Gutachten des Arztes, Gutachten des TÜV). Die Kommunen sind aufgefordert, gesetzliche Bestimmungen zur Barrierefreiheit im Straßenverkehr, bei baulichen Anlagen und in Verkehrsmitteln durchzusetzen.

Einen indirekten Weg für schwer körperbehinderte und chronisch kranke Menschen zur sozialen Teilhabe, zur Alltagsbewältigung und zur Mobilität bietet die Nutzung elektronischer Medien. Im Juli 2002 trat eine Bundesverordnung zur Schaffung *barrierefreier Informationstechnik* in Kraft, die die wesentlichen Standards von „Wahrnehmbarkeit, Bedienbarkeit und Verständlichkeit der jeweiligen Information“ z.B. bei Nutzung von Handys und des Internets für behinderte Menschen gewährleisten soll (vgl. Schlenker-Schulte 2004).

## Freizeit

Der „positive“ Freizeitbegriff zielt darauf ab, gegen die Spaltung von Arbeit und Freizeit ein ganzheitliches Lebenskonzept zu setzen. Opaschowski (1990, 86) spricht deshalb von „Lebenszeit“. Innerhalb dieser Einheit sind Menschen mit Körperbehinderung in der Erfüllung ihrer Freizeitbedürfnisse benachteiligt. Folgende Erschwernisse werden in unterschiedlichem Ausmaß wirksam:

- *Unmittelbare Folgen der Schädigung*: Geringe körperliche Belastbarkeit, fehlende Mobilität, Sichtbarkeit der Behinderung, Erfordernis einer Begleitperson
- *Zeitlicher Aufwand für alltägliche Versorgung*: Hygiene- und Gesundheitsmaßnahmen, Nahrungszubereitung, Essen, Mobilität
- *Zeitlicher Aufwand für Rehabilitationsmaßnahmen*: Ständige Behandlungserfordernisse
- *Familiäre Bindung*: Zentrierung auf Familienleben, Überbehütung
- *Fehlendes geeignetes Freizeitangebot*: Wenige Kontaktstellen, wenige Vereine
- *Probleme der Erreichbarkeit*: Überwindung großer räumlicher Entfernungen, Schwierigkeit der Beschaffung von Information über Freizeitangebote
- *Selbstisolierungstendenzen*: Vermeidung von unbekanntem sozialen Strukturen
- *Unzureichende Ausbildung von Interessen und Freizeitgewohnheiten*

Es gilt daher, in der Schule und in nachschulischer Förderung die individuellen Freizeitbedürfnisse bewusst zu machen; das „Ziel ist es, Gemeinsamkeiten zwischen behinderten und nichtbehinderten Kindern im Lebensbereich Freizeit zu fördern“ (Markowetz 1998, 7). Gefordert wird u.a. eine „animative Didaktik“, die Offenheit, Mobilität, Zeiteinteilung, Entscheidungs- und Wahlmöglichkeit sowie Initiative zum Gegenstand hat (Markowetz 2000, 50ff).

Der integrative Prozess setzt den Nachteilsausgleich voraus, d.h. die Kommunen müssen für behindertengerechte Einrichtungen sorgen, und ggf. sind integrative Modellprojekte nötig, die auch von den Betroffenen ausdrücklich gewünscht werden (Markowetz 2007, 338f). Als Beispiel sei hier das „Projekt zur Förderung integrativer Ferien- und Freizeitmaßnahmen – PFiFF“ (Rosenberger u.a. 1998, 315ff) genannt, in dem behinderten Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines integrationspädagogischen Dienstes durch Assistenten der Weg in einen „normalen“ Verein geebnet wird. Dabei sind folgende Phasen des integrativen Prozesses vorgesehen:

- *Phase 1*: Erstgespräch mit den Eltern und Finden geeigneter Assistenten
- *Phase 2*: Kontaktphase des Assistenten mit dem Kind und der Familie
- *Phase 3*: Suche nach einem geeigneten Verein
- *Phase 4*: Integration und Mitgliedschaft auf Probe
- *Phase 5*: Reflexion der Mitgliedschaft auf Probe und der gemachten Erfahrungen
- *Phase 6*: Stabilisierung der Integrationsmaßnahme

Dabei kommt es darauf an, den Betroffenen die Idee der Integrationsbegleitung zu erläutern; ein Kompetenztransfer soll ermöglichen, dass sich der Assistent langsam überflüssig macht.

Es existieren inzwischen eine Vielzahl von Erfahrungsberichten zur Praxis sozialintegrativer Freizeit aus den unterschiedlichsten Bereichen wie: Integrative Erwachsenenbildung; Urlaub, Reisen und Tourismus; Judo; Kanu; Segeln; Trommeln; Integratives Spiel; Erlebnistheater; „Pfadfinderin Trotz Allem“ (PTA); Musikschule; Zirkusprojekte; Orientalischer Tanz (vgl. Wilken 1997). Ein umfangreicher Katalog von Orientierungsadressen zu Freizeitgestaltungsmöglichkeiten behinderter Menschen findet sich in Markowetz/Cloerkes (2000, 378ff).

Des Weiteren haben Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände wichtige Aufgaben im Freizeitbereich (Freizeitangebote, Durchführung von Projekten, Kontakt zu Sportvereinen, Anmahnung behindertengerechter Einrichtungen in den Kommunen). „Integration im Freizeitbereich muss zu einem verlässlichen, wohnortnahen, interessenbestimmten Handlungsfeld werden“ (Markowetz 1998, 9).

### Pflege

Die Abhängigkeit von Pflege kann die bisher skizzierten Bereiche Ausbildung und Beruf, Wohnen, Mobilität und Freizeit nachhaltig beeinflussen. Zur Pflege gehören nicht nur unterstützende Hilfen bei der Körperpflege und der Hygiene, beim An- und Auskleiden, sondern auch medizinisch notwendige Pflegehandlungen wie invasive und nicht-invasive Beatmung, Sondenernährung, Katheterisieren u. Ä. (vgl. Schlüter 2010, 92f; Legemann 2007, 207). Allgemein ist die Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch die *Sozialgesetzbücher V und XI* geregelt (vgl. Kamps 2009).

Während des Schulbesuchs sind Menschen unterschiedlicher Berufsgruppen in die Pflege eingebunden: Lehrkräfte, Zivildienstleistende, Praktikantinnen und Praktikanten (diese auch oft bei kürzerer Verweildauer) und Krankenpflegerinnen und -pfleger. Einzelne Bundesländer haben für medizinische Pflegemaßnahmen strengere Regelungen getroffen. Eine enge Kooperation mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ist bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern unverzichtbar, erleichtert eine adäquate und fachgerechte Unterstützung und hilft Missverständnisse und Fehleinschätzungen zu vermeiden. Sehr kritisch zu sehen ist der zuweilen in integrativen/inkluisiven Lernsituationen geforderte pflegerische Einsatz von Mitschülern und Eltern (meist die Mütter); dies sollte nur im Notfall geschehen, in der Regel jedoch grundsätzlich strukturell geregelt werden. Im Schnitt müssen Schülerinnen und Schüler im Laufe eines Schuljahres vier verschiedene Pflegepersonen akzeptieren. Gleichgeschlechtliche Pflege scheint bei jüngeren Schülern kaum realisiert und auch bei älteren in vielen Fällen nicht umgesetzt werden zu können (vgl. Orland 2010, 186f). Im Hinblick auf einen würde- und respektvollen Umgang, aber auch wegen möglicher Gefahren im Zusammenhang mit sexuellem Miss-

brauch ist die gleichgeschlechtliche Pflege jedoch letztlich unerlässlich. Das bisher eher tabuisierte Thema Pflege sollte in der Schule schon früh mit den auf Hilfe angewiesenen Schülerinnen und Schülern besprochen werden; auch bei der Wahl der Pflegepersonen ist eine Beteiligung organisierbar. So kann die Vorbereitung auf die nachschulische Lebenssituation bereits früh grundgelegt werden. Bei älteren Schülerinnen und Schülern sind Fragen zur Organisation pflegerischer Assistenz zu thematisieren. Hier sollten auch Erfahrungen von anderen auf pflegerische Hilfen angewiesenen Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen einbezogen werden. Dies kann zum einen durch konkrete persönliche Begegnungen und Gespräche geschehen, zum anderen durch die gemeinsame Lektüre von biografischen Erfahrungsberichten (vgl. Faßbender/Schlüter 2010). Bei Menschen mit komplexen Behinderungen, die ihre Wünsche und Vorstellungen nicht verständlich artikulieren können, sollten die Fachkräfte, die als Hauptbezugspersonen gelten, die pflegerischen Maßnahmen durchführen. Gerade in diesem Bereich ist die Qualität der Beziehung von größter Bedeutung. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Signale erkannt und verstanden werden; Signale, die Hinweise geben können, ob die Situation als eher angenehm oder unangenehm erlebt wird (solche Signale sind in Kapitel 2.6 beschrieben). Grundvoraussetzungen für eine angenehme Gestaltung von Pflegesituationen haben Seifert/Fornefeld/Koenig bereits 2001 (196) beschrieben; hierzu gehören z.B. die kommunikative Zuwendung, das Eingehen auf individuelle Vorlieben, das Anregen von Eigenaktivität u.a. mehr. Sind erwachsene Menschen mit Behinderung auf pflegerische Hilfe angewiesen, wird diese außer von den bereits genannten pflegenden Personengruppen auch von Assistenzkräften geleistet. Eine geschlechtssensible, zugewandte, achtende und einfühlsame Pflege muss hier ebenso gewährleistet sein.

### Selbsthilfe

Die Selbsthilfe von Menschen mit Körperbehinderung als selbstorganisierte und selbstverwaltete Hilfsorganisation lässt sich als eine von vielen unterschiedlichen „Armenorganisationen“ bis ins späte Mittelalter zurückverfolgen. Sie hatten den Zweck der sozialen und materiellen Absicherung ihrer Mitglieder, waren auf die gesamte Lebenssituation der Betroffenen ausgerichtet und boten ihren Mitgliedern Identifikationsmöglichkeiten (Moeller 1996, 57ff). Die rein sozialökonomische Selbsthilfe wandelte sich im Zuge der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts zu einer sozialpolitischen Selbsthilfe und konstituierte sich als Kritik der Dienstleistungsgesellschaft als *neue Selbsthilfebewegung* in den frühen 1960er-Jahren des 20. Jahrhunderts (Braun/Opielka 1992, 20ff). Die Entwicklung der Selbsthilfebewegung vollzog sich in der BRD und in der DDR unterschiedlich: In der BRD kam es nach den ersten Zusammenschlüssen von Kriegsbeschädigten im Bereich der Selbsthilfe von Menschen mit Körperbehinderung nach dem Zweiten Weltkrieg zur Gründung einer Vielzahl von Gruppen und Organisationen körperbehinderter

und chronisch kranker Menschen. In der DDR durfte es neben der staatlichen Fürsorge aus ideologischen Gründen keine offiziellen Selbsthilfegruppen geben. Zusammenschlüsse existierten jedoch inoffiziell, häufig unter dem Dach der Kirche (Maaz 1993, 134f; Schmid u.a. 1992, 37f). Gegenwärtig ist das Selbsthilfespektrum in Deutschland nur noch schwer zu überschauen. Unter den Selbsthilfeorganisationen finden sich sowohl Zusammenschlüsse von Eltern und Angehörigen als auch von den Betroffenen selbst. „Die Gruppen entstehen am [...] ehesten dort, wo die professionelle Versorgung quantitativ oder qualitativ nicht ausreicht. Sie gleichen ‚Seismographen für Mängel‘“ (Moeller 1996, 97).

In der Selbsthilfe gibt es heute eine unterschiedlich enge Verzahnung mit staatlichen Stellen bzw. Verbindung mit einzelnen Personen des öffentlichen Lebens; und die professionelle (vor allem medizinische) Hilfe und Beratung ist fester Bestandteil der Programme von Selbsthilfeorganisationen körperbehinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Familien. Behindertenverbände z.B. unter dem Dach des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes gibt es in allen größeren Zentren; Selbsthilfegruppen existieren für alle Behinderungsformen, die größeren sind bundesweit über Netzwerke und Ansprechpartner organisiert und unterhalten Beratungsstellen und ggf. medizinische Ambulanzen (vgl. Gesamtverzeichnis von Schmid 1992 oder *Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V.* und auch *Allianz chronischer seltener Erkrankungen – ACHSE*).

Fundament ihrer Arbeit sind kontinuierliche Gruppentreffen und individuelle Beratung der Mitglieder sowie Informations- und Fortbildungsseminare. Daneben gibt es eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten. Wichtiger Bestandteil der Arbeit sind zudem Publikationen von Informationsschriften und Büchern, Selbstdarstellungen, Mitgliederzeitschriften, Geschäftsberichten.

Alle Aktivitäten von Selbsthilfegruppen dienen auch dazu, ein Stück Normalität für die Betroffenen zu schaffen, gegenseitige Stützung und ein sinnerfülltes Leben mit der Behinderung oder Erkrankung zu fördern. Ziel der Mitglieder ist vor allem, die soziale und politische Stärke der Gruppe zu nutzen und individuelle Kompetenzen zu erwerben: *psychische Kompetenz* zur Krisenbewältigung; *Wissenskompetenz*, um Behinderung und Krankheit kontrollieren zu können; *soziale Kompetenz* zur Emanzipation, zur Durchsetzung von Rechten und zur Gestaltung von Kontakten; *Leistungskompetenz* zur kreativen Gestaltung des Lebens.

## Recht

Menschen mit Körperbehinderung müssen zur Wahrnehmung ihrer Rechte und zur Durchsetzung ihrer Interessen und des Nachteilsausgleichs befähigt werden. Dazu benötigen sie umfassende Information über rechtliche Belange. Diese Information macht unabhängiger und ist ein weiterer Schritt in das autonome Leben. Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände verfügen in der Regel über ein Netzwerk von Kontakten zu juristischen Fachleuten. Aus gutem Grund haben die

meisten jedoch auch allgemeinverständliche Schriften zur „Übersetzung“ der Gesetzestexte herausgegeben, die immer wieder aktualisiert werden: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte („Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen“, 1997); ASbH e. V. („Recht so!“, 1998a); Stiftung Michael („Rechtsfragen bei Epilepsie“, 1994).

Das *Neunte Sozialgesetzbuch* (SGB IX) ist seit Juli 2001 das zentrale Gesetzeswerk, das behinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben und die Verwirklichung von Lebenszielen ermöglichen soll (Fuchs 2001; Marschner 2001; Welti 2001; Mroczynski 2001). Menschen mit Körperbehinderung sind nicht mehr primär Objekt der Fürsorge, sondern werden bei ihrer selbstständigen Lebensgestaltung unterstützt. Zugleich ist damit die Umsetzung des Benachteiligungsverbots nach Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes beabsichtigt. Das Rehabilitations- und Behindertenrecht, das bis dahin in das Bundessozialhilfegesetz (BSHG), das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) und das Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) aufgegliedert war, ist in diesem Gesetzbuch zusammengefasst worden. Es gliedert sich in zwei Teile. Teil 1 enthält die Regelungen zur Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. In Teil 2 – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen – ist das bisherige Schwerbehindertengesetz aufgegangen. Dabei findet die neue, weniger stigmatisierende und weniger lenkende Begrifflichkeit, die sich in der Rehabilitation seit vielen Jahren durchgesetzt hat, im Gesetzestext Verwendung (beispielsweise wurde aus „Schwerbehinderter“ im SchwbG „schwerbehinderter Mensch“ im SGB IX, aus „Hauptfürsorgestelle“ wurde „Integrationsamt“, aus „Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeits- und Berufsleben“ wurde „Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben“).

Das Gesetz betont Prävention, Rehabilitation und Integration in die Gemeinschaft und in das Arbeitsleben. Es erweitert den Kreis der Leistungsträger der Rehabilitation: Neben bisherigen Leistungsträgern wie der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und den Trägern der Kriegsopferversorgung gehören jetzt auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe dazu. Die Wahlmöglichkeit von Leistungen wird wesentlich vergrößert und berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen (z.B. kann betreutes Wohnen erstmals als Form der Hilfe anerkannt werden). Das Gesetz enthält auch einen Rechtsanspruch auf „Arbeitsassistenz“, die u.a. über die Integrationsämter und die Bundesagentur für Arbeit finanziert wird. Außerdem wird der Ersatz von Sach- durch Geldleistungen erprobt, mit denen behinderte Menschen eine nötige Assistenz in unterschiedlichen Lebensbereichen als eigener „Arbeitgeber“ finanzieren können.

Eine zentrale Neuerung bei der praktischen Verwirklichung des Benachteiligungsverbots ist die Zusammenführung von Zuständigkeiten in gemeinsamen „Servicestellen“ aller Rehabilitationsträger auf Kreisebene. Sie sollen als Anlaufstelle für betroffene Menschen wohnortnah, schnell, trägerübergreifend und verbindlich



Beratung und Hilfe bieten. Die rechtliche Grundlage der gemeinsamen Servicestellen ist durch §§ 22 – 25 des SGB IX geregelt. Im Jahre 2002 wurde auf Bundesebene ein *Gleichstellungsgesetz* für Menschen mit Behinderung beschlossen, das das Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes weitergehend umsetzt. 2006 wurde das „Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz – AGG“ verabschiedet; seit 2007 überwacht die „Antidiskriminierungsstelle des Bundes – ADS“ dessen Einhaltung. 2009 wurde die UN-Konvention für die Rechte und die Gleichstellung behinderter Menschen in Deutschland in Kraft gesetzt.

Initiativen und Aktionen, wie sie z.B. in den 1990er-Jahren nach der Grundgesetzänderung entstanden sind (vgl. Aktion Grundgesetz 1997; Heiden 1996), tragen dazu bei, die Rechte der Betroffenen zu stärken und durchzusetzen. Nachschulische/außerschulische Förderung von Menschen mit Körperbehinderung bedeutet deshalb auch, „sich gemeinsam einzumischen“ (Singer, K. 1992).

### Selbstbehauptung

Als Weg in die soziale Offensive, zur Durchsetzung von Wünschen, Bedürfnissen und Rechten, zur Erweiterung des sozialen Handlungsspielraums (Überwindung sozialer Ängste) bietet sich ein *Verhaltenstraining zur Selbstbehauptung* an. Dabei wird Bewusstheit über das eigene Verhalten hergestellt und das Verhaltensrepertoire durch Ausprobieren erweitert. Hierzu werden Erkenntnisse der Lerntheorien genutzt. Selbstbehauptungstraining ist somit Arbeit an den persönlichen Verhaltensgrenzen, an der Dynamik und der Veränderbarkeit dieser Grenzen. Es geht einerseits um die Sicherung des persönlichen Territoriums („Nicht alles mit sich machen lassen“) und andererseits darum, Verhaltensautomatismen zu erkennen und ggf. aufzulösen und neues Verhalten zu lernen. Ziel ist *Stabilität* („Behauptung“) der individuellen Existenz („Selbst“) im Umgang mit anderen Menschen. Es ist ein Ausweg aus einer (oft von früh auf gelernten) manifesten sozialen Defensive von Menschen mit Körperbehinderung durch Überwindung innerer Widerstände gegen die Veränderung vertrauter Verhaltensmuster.

Es gibt zahlreiche Situationen, die Menschen mit Körperbehinderung als besonders problematisch erleben und die ein Selbstbehauptungstraining sinnvoll erscheinen lassen:

Andere Menschen um Hilfe bitten müssen, unerwünschte Hilfestellung ablehnen; Anliegen bei Behörden, offiziellen Stellen der Rehabilitation und deren Fachvertretern durchsetzen (lernen zu „nerven“); Zusammenhänge nicht sofort verstehen und wiederholt nachfragen müssen; unangenehme soziale Situationen aushalten müssen („angestarrt werden“); Rechte einfordern; *aber auch*: Kontakt zu anderen Menschen herstellen und erotische Beziehungen eingehen

Es gibt bisher nur wenige systematische Ansätze eines spezifischen Selbstbehauptungstrainings für Menschen mit Körperbehinderung (etwa das „Sozialtraining für

Rollstuhlabhängige“ von Schöler/Lindenmeyer/Schöler 1981). In der Praxis bemühen sich einzelne Behindertenverbände um entsprechende Förderangebote, die auf vielen unterschiedlichen Quellen basieren (s. u.). Beispielsweise hat der Allgemeine Behindertenverband in Halle/S. über Jahre ein wöchentliches Training für seine Mitglieder angeboten. Dieses „Spiel mit dem Verhalten“ gliedert sich in mehrere Stufen:

- *1. Stufe: Motivation.* Nachdenken, Bewusstheit und Einsicht herstellen; „Wir haben das Recht, Nein zu sagen, Fehler zu machen, andere Menschen um Gefallen zu bitten, unser Verhalten zu ändern, ohne uns dafür zu rechtfertigen, so zu leben, wie wir es möchten, wenn wir die Rechte anderer nicht verletzen“; „Wir können üben, Schwierigkeiten nicht mehr aus dem Weg zu gehen, konsequent anderes Verhalten auszuprobieren, und schon kleine Erfolge sind erstrebenswert.“  
Angaben, welche Situationen problematisch erlebt werden, wann mit Vermeidung, Beklemmung, Wut, Traurigkeit reagiert wird; malen: „Wie sehe ich mich selbst, wie sehen mich andere“; aufschreiben: „Wann gehe ich gut mit mir um, wann gehe ich schlecht mit mir um“; feststellen: „Was ist mir Veränderung wert? Täglich 20 Minuten Übung?“
- *2. Stufe: Rollenspiel/Realspiel.* Selbstmotivation: „Ich gehe Schwierigkeiten nicht mehr aus dem Weg“, „Ich kann es ertragen, wenn andere nicht mit mir zufrieden sind“, „Ich gebe mich nicht gleich geschlagen“, „Ich agiere, statt immer nur zu reagieren“, „Ich übernehme für mein Verhalten die Verantwortung“, „Ich sage: ich kann!“  
Spielen und ausprobieren: „Kontakt herstellen“ (Gespräch beginnen und beenden); „fragen und bitten“ (Wünsche und Forderungen äußern); „Nein sagen“; „positive und negative Gefühle äußern“; „schwierige Situationen aushalten“. Auf dieser Stufe wird bei Bedarf auf Übungen und Spiele folgender Autoren zurückgegriffen: Merkle 1990, Ullrich/Ullrich 1994, Petermann/Petermann 1994, Petermann u.a. 1997, Schöler/Lindenmeyer/Schöler 1981.
- *3. Stufe: Rückmeldung.* „Wie erging es dir bei dem Spiel?“; Videofeedback: „Was fällt dir an dir auf? Was findest du gut? Was findest du schlecht?“; Aufzeigen von Alternativen: „Wie würdest du dir besser gefallen?“; „Was willst du real anders machen?“
- *4. Stufe: Neue Gewohnheiten einschleifen lassen.* Hausaufgaben: Eine Aufgabe zu einem konkreten Zeitpunkt ausführen, beim nächsten Treffen vorstellen und durchspielen.

Das Hauptproblem lag in der *Motivierung* der Teilnehmer. Dieses Training fand über Jahre großen Zuspruch, wurde aber sehr unterschiedlich aufgenommen. Einige Teilnehmer nahmen das Angebot spontan als Bereicherung und Chance an, andere wurden durch „sanften Druck“ überredet.

Durchsetzung/Selbstbehauptung hat die gleichen Ziele wie das *Empowerment*-Konzept (Seifert 1999, 366ff) und könnte Teil dieses übergeordneten Ansatzes sein. Hier werden Rahmenbedingungen geschaffen, die behinderte Menschen befähigen, ihre Kompetenzen zu entdecken, ihre Interessen selbst zu vertreten, ihre Lebensbedingungen zu verändern und Selbstbestimmung zu realisieren. „Eine wichtige Voraussetzung für gelingende Empowermentprozesse ist das Vertrauen in die individuellen Ressourcen bzw. in die Fähigkeiten der Betroffenen“ (Theunissen/Plaute 1995, 13). Dazu werden drei Linien verfolgt:

- (1) *Subjektzentrierung*: An Interessen und Bedürfnissen, subjektiver Befindlichkeit und sozialer Problemlage des behinderten Menschen ansetzen; (2) *Dialogische Assistenz*: Nicht behandeln und bestimmen, sondern Assistenz zur Selbstentscheidung geben; (3) *Lebensweltbezug*: Selbstbestimmung auch durch Veränderung des sozialen Umfelds fördern

Weiterhin ist Durchsetzung/Selbstbehauptung eng verwandt mit dem Assertiven Training, einem komplexen Ansatz zum Erwerb von Selbstsicherheit und Kompetenz. „Es führt aber gleichzeitig zum Neu- und Umlernen von Strategien sozialer Interaktion sowie zur Schulung in der Analyse steuernder sozialer Bedingungen und sozialer Verhältnisse. Verhaltensänderung schafft veränderte soziale Bedingungen und umgekehrt“ (Ullrich/Ullrich 1994, 11). Das Assertive Training gliedert sich in mehrere Schritte:

- (1) Analyse von Erscheinungsformen selbstsicheren und selbstunsicheren Verhaltens sowie der Entstehung sozialer Schwierigkeiten; (2) Analyse der Bedingungen gegenwärtigen Verhaltens; (3) Praktische Anwendung von Steuerungsprinzipien des Verhaltens auf lerntheoretischer Basis; (4) Übungsaufgaben als Verhaltensprobe und Hausaufgaben; (5) Bilanzierung

Grundsätzlich muss für Durchsetzung/Selbstbehauptung körperbehinderter und insbesondere sehr schwer behinderter Menschen (auch geistigbehinderter Menschen) systematische Hilfestellung bereitgehalten werden im Sinne des amerikanischen „Buddy-Systems“ (Buddy = Kumpel). Der Buddy ist ein freiwilliger Helfer, der, vermittelt durch Selbsthilfegruppen oder Kirchengemeinden, eine Art Patenschaft und in der persönlichen Bindung, wenn nötig, auch einen Teil Verantwortung übernimmt. Damit wird zudem zwei Problemen begegnet, die die Existenz vieler Menschen mit Körperbehinderung prägen: Einsamkeit und mangelnder Kontakt zu nichtbehinderten Menschen.



## 5 | Zusammenarbeit mit den Eltern

Kinder sind eingebettet in ein Netzwerk von Entwicklungsbedingungen. Im Zentrum sollten dabei die Eltern als die engsten Bezugspersonen stehen, die in der Regel mit ihren Kindern am besten vertraut und die eigentlichen Experten für ihr Wohlergehen sind. Familien stellen eine soziale Einheit dar mit eigenem Wertesystem und eigener Dynamik, eigenen Kommunikationsstrukturen, Kohärenz sowie Kompetenz für das Wohlergehen und die Förderung ihrer Mitglieder. Bei Kindern mit Entwicklungserschwernissen ist das Netzwerk darüber hinaus gekennzeichnet durch die Kooperation der Familien mit Fachleuten der Rehabilitation. Nicht nur Krankheit oder Behinderung, sondern auch jede Maßnahme der Rehabilitation betrifft immer die ganze Familie (und das übrige Netzwerk der Entwicklung). Jede Maßnahme zielt (auch) auf die „Integration der Förderung in die tägliche Spiel- und Übungswelt des Kindes“ (Weiß 1989, 73) und betrifft implizit die Beziehung der betroffenen Menschen untereinander. Ein solches Modell vielseitiger Interdependenzen im System Familie und innerhalb eines sozialen Netzwerks macht den Stellenwert der Kooperation der Fachleute mit der Familie, ungeachtet derer wirklichen Förderkompetenz, deutlich. Die systemische Definition von Familie (mit behindertem Kind) schließt dabei eine einseitige Determination von außen aus, weil in sich geschlossene, aber nach außen offene Systeme danach trachten, ihre Autonomie über die eigene Auswahl von Außenimpulsen zu erreichen (auch eine völlige Überantwortung der Zuständigkeit für Familienbelange an Fachleute, wie dies häufig geschieht, steht dazu nicht im Widerspruch). Das Verhältnis zwischen Fachwelt und der Familie des Kindes kann aber immer nur ein komplementäres, sich gegenseitig ergänzendes sein. „Eltern sollen Eltern und Fachleute sollen Fachleute bleiben“ (Speck 2008, 485).

Die Praxis der Rehabilitation von Kindern mit Körperbehinderung, also auch die pädagogische Arbeit in der Frühförderung und in der Schule, sollte die „Lebenswelten der Kinder und die Mit-Einbeziehung der jeweiligen Familie in alle Planungen und Aufgaben“ berücksichtigen. Dabei geht es auch darum, Familien auf ihrem Weg in die gleichberechtigte soziale Teilhabe bzw. Inklusion zu stärken und Selbsthilfe zu stützen. Diese Forderung nach Familiennähe aller Maßnahmen folgt einem „humanistischen Modell“ des Dialogs mit allen Betroffenen und schließt die „Akzeptanz von Individualität und Variabilität“ im Kontakt mit den Familien ein (Tietze-Fritz 1993, 10). Elternarbeit darf deshalb nicht nur als formaler (*quantitativer*) Akt organisatorischer Absprachen zur Förderung und Rehabilitation der Kinder gestaltet werden, sondern ist offen für individuell unterschiedliche *qualitative*