

Einleitung

Dieser Band mit dem Titel »Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung« ist Bestandteil der Publikationsreihe »Kompendium Behindertenpädagogik«, woraus sich unmittelbar die zentrale Zielstellung des Buches ableiten lässt: Einführend und vertiefend sollen die Grundlagen der Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung als wissenschaftliche Disziplin dargestellt, die Breite der professionellen Handlungsebenen aufgezeigt und die institutionelle Vielfalt der pädagogischen Praxis skizziert werden. Für uns als Autorin und Autor, die wir dieses ambitionierte Vorhaben versuchen umzusetzen, kommt eine weitere Zielperspektive hinzu, die sich aus den historisch gewachsenen und mittlerweile etablierten Entwicklungslinien der Blinden- und Sehbehindertenpädagogik ergibt und die sich zudem in der Kombination unserer unterschiedlichen Berufsbiographien und Arbeitsschwerpunkte widerspiegelt. Konstituierend und charakteristisch für die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik ist von Anfang an die enge Beziehung zwischen psychologischen und diagnostischen Aspekten einerseits und pädagogischen bzw. didaktischen Handlungskonsequenzen andererseits. Didaktische Entscheidungen, die unabhängig vom Lernort die Qualität der pädagogischen Versorgung und Unterstützung bestimmen, sind von einer umfangreichen und fundierten Diagnostik abhängig. Darüber hinaus bestimmen psychologische Grundlagen maßgeblich das Erkennen spezifischer Förderbereiche. Die Darstellung dieser interdisziplinären Beziehungen zwischen Psychologie und Pädagogik ist handlungsleitend für den gesamten Reihenband, so dass alle Einzelkapitel konsequent unter dieser Prämisse in Beziehung zueinander stehen. Daneben wird in allen Kapiteln ein enger Bezug zur Praxis stets mitbedacht.

Im Großkapitel »Disziplin« stehen das disziplinäre Selbstverständnis und die pädagogisch-psychologischen Grundlagen der Blinden- und Sehbehindertenpädagogik im Mittelpunkt. Ausgangspunkt ist hierbei eine Definition der Bezugsgruppe, die deutlich macht, dass alle kategorialen Definitionsversuche Grenzen haben. Anhand historischer Entwicklungen kann die wichtige Rolle der Psychologie für den Aufbau einer theoretisch fundierten Blinden- und Sehbehindertenpädagogik im 19. Jahrhundert thematisiert werden. Weitere zentrale Entwicklungen beziehen sich auf die Lösung der Schriftfrage (Durchsetzen der Brailleschrift) und vor allem auch auf die Emanzipation der Sehbehindertenpädagogik von der Blindenpädagogik. Die Grundlagen blinden- und sehbehindertenpädagogischen Handelns werden im Kontext allgemeinpädagogischer Entwicklungen erarbeitet und auf Herausforderungen im Zuge inklusiver Bildungssysteme bezogen. Eine Konkretisierung der Bedeutung psychologischer Grundlagen wird hinsichtlich entwicklungspsychologischer und wahrnehmungspsychologischer Aspekte vorgenommen. Die entsprechenden psy-

chologischen Grundlagenkapitel legen die Basis für die diagnostischen und pädagogisch-didaktischen Arbeitsgebiete, die im zweiten Großkapitel »Profession« zentral behandelt werden. Ohne eine wissenschaftlich fundierte Darstellung entwicklungspsychologischer und wahrnehmungspsychologischer Besonderheiten blinder und sehbehinderter Kinder ist die Bedeutsamkeit pädagogischer Förderkonzepte der Bewegungsförderung, Begriffsbildung oder des Sozialen Lernens nicht nachvollziehbar. Die spezifische Profession wird von der Diagnostik des funktionalen Sehens und der pädagogisch-psychologischen Diagnostik in großem Umfang geprägt. Hierauf basierend erfolgen der Einsatz von Hilfsmitteln und die Auswahl blinden- und sehbehindertenspezifischer didaktischer Handlungsoptionen. Diese Bereiche werden aufeinander aufbauend und mit Verweisen auf die jeweiligen Verflechtungen detailliert und mit konkretem Praxisbezug erarbeitet. Hierbei wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass eine entsprechende Expertise für inklusive Bildungskontexte unabdingbar ist.

Im letzten Großkapitel »Institution« werden über die gesamte Lebensspanne hinweg blinden- und sehbehindertenspezifische Einrichtungen und institutionelle Unterstützungsleistungen beschrieben.

Der Reihenband »Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung« soll pädagogische Fachkräfte, die mit Menschen mit Blindheit und Sehbehinderung arbeiten, Studierende der Sonderpädagogik und allgemeiner Lehrämter sowie alle an der Fachdisziplin Interessierte dazu einladen, sich mit den Grundlagen der Blinden- und Sehbehindertenpädagogik vertiefend zu beschäftigen, um pädagogische Herausforderungen besser verstehen und entsprechend notwendige Handlungskompetenzen finden bzw. entwickeln zu können.

Disziplin

1 Bezugsgruppe und Personenkreis

1.1 Begriffsklärungen

Im deutschen Sprachraum existieren verschiedene Ansätze, die unterschiedlichen Ausprägungsgrade von Beeinträchtigungen des Sehens zu definieren und zu klassifizieren. Hierbei lassen sich medizinische, sozialrechtliche und pädagogische Sichtweisen unterscheiden, die jeweils eigene Schwerpunkte und Definitionskriterien festlegen.

In medizinisch-sozialrechtlichen Kontexten werden die Kategorien »Blindheit«, »hochgradige Sehbehinderung« und »Sehbehinderung« unter dem Oberbegriff »Seherschädigung« zusammengefasst. Die Einteilung in die jeweiligen Untergruppen erfolgt auf der Grundlage der ophthalmologisch gemessenen Sehschärfe (Visus) oder einer in den Auswirkungen vergleichbaren Einschränkung des Gesichtsfelds. Auf dieser Grundlage werden beispielsweise staatliche Unterstützungsleistungen und Formen des Nachteilsausgleichs zugewiesen.

Bei einer Visusmessung muss die Testperson Sehzeichen (Optotypen) in einer Normdistanz erkennen. Aus der Differenz zwischen Normdistanz und tatsächlicher Prüfdistanz lässt sich die Sehschärfe folgendermaßen errechnen:

$$\text{Visus} = \frac{\text{Prüfdistanz}}{\text{Normdistanz}}$$

Beispiel: Ist ein Optotyp für eine Entfernung von fünf Metern normiert, die Testperson müsste jedoch die Distanz bis auf einen Meter verkürzen, um es erkennen zu können, beträgt der Visuswert 1/5 (0,2). Der Referenzwert für nicht beeinträchtigtes Sehen liegt bei 1,0 (in unserem Beispiel 5/5).

Neben Visuswerten für die Ferne, kann mit entsprechend normierten Prüftafeln auch ein Nahvisus bestimmt werden. Bei Sehprüfungen sollte grundsätzlich beides, Fern- und Nahvisus, getestet werden, da der Nahvisus beispielsweise für Lese- und Schreibtätigkeiten von hoher Bedeutsamkeit ist.

Neben der Sehschärfe spielt das Gesichtsfeld bei der medizinischen und sozialrechtlichen Bestimmung einer Seherschädigung eine zentrale Rolle. Als Gesichtsfeld wird derjenige Bereich der Außenwelt bezeichnet, der bei unbewegtem Kopf und ohne Augenbewegungen wahrgenommen werden kann (Henriksen & Laemers, 2016, 142).

Bei einem nicht sehbeeinträchtigten Erwachsenen beträgt die horizontale Ausdehnung des Gesichtsfelds beider Augen etwa 180°, die vertikale etwa 60° nach oben und 70° nach unten (Abbildung 1).

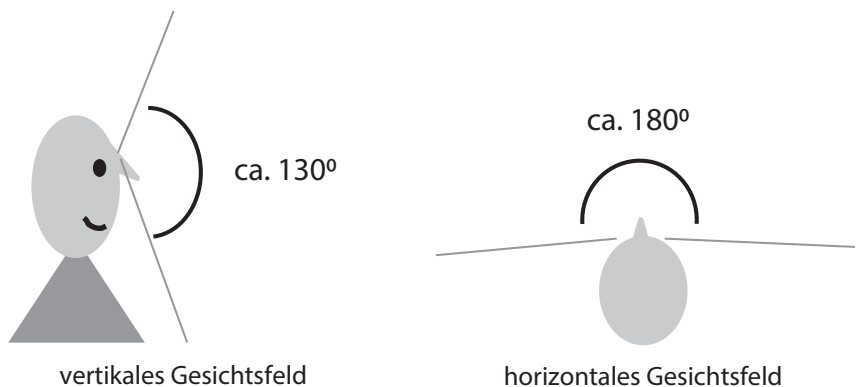


Abb. 1: Vertikales und horizontales Gesichtsfeld

Basierend auf diesen medizinischen Grundlagen werden in Deutschland Menschen mit einem auf dem besseren Auge (mit Korrekturhilfen wie Brille oder Kontaktlinse) ermittelten Visus von $\leq 0,3$ bis ausschließlich 0,05 als sehbehindert, mit einem Visus von $\leq 0,05$ bis ausschließlich 0,02 als hochgradig sehbehindert und mit einem Visus $\leq 0,02$ als blind bezeichnet (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, 2011; Rath, 1987, 18). Das derzeitige internationale Klassifikationsmodell der World Health Organisation (International Classification of Diseases, ICD-10) sieht fünf Abstufungen vor, wobei die Stufen 1 und 2 zusammengefasst der deutschen Definition von Sehbehinderung entsprechen und Stufe 3 der Definition von hochgradiger Sehbehinderung (Tabelle 1).

Tab. 1: Sozialrechtlich-medizinische Klassifikation von Sehschädigung im Vergleich

Klassifikation der Sehschädigung anhand der Sehschärfe (Visus)					
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG 2011)	$\leq 0,3$ bis ausschl. 0,05 Sehbehinderung		$\leq 0,05$ bis ausschl. 0,02 hochgradige Sehbehinderung	$\leq 0,02$ Blindheit	
International Classification of Diseases ICD-10-GM, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, (DIMDI 2018)	$\leq 0,3$ bis ausschl. 0,1 moderate Sehbehinderung	$\leq 0,1$ bis ausschl. 0,05 schwere Sehbehinderung	$\leq 0,05$ bis ausschl. 0,02 Blindheit	$\leq 0,02$ bis Lichtscheinwahrnehmung	Keine Lichtscheinwahrnehmung

Eine sehr starke zentrale Gesichtsfeldeinschränkung (»Röhrengesichtsfeld«) auf 5° wird sozialrechtlich ebenfalls dem Begriff »Blindheit« zugeordnet (Diepes et al., 2007, 10). Neben dem Visuswert sind somit auch Gesichtsfeldeinschränkungen bzw. Kombinationen von Visusminderungen und Gesichtsfeldeinschränkungen im sozialrechtlich-medizinischen Klassifikationsmodell maßgeblich.

Aufgrund der Tatsache, dass sich pädagogische Maßnahmen nicht unmittelbar aus medizinischen Richtwerten (Visus, Gesichtsfeld etc.) ableiten lassen, verzichten pädagogische Definitionen von Blindheit und Sehbehinderung auf deren Nennung und beschreiben stattdessen die Zielgruppe und deren Unterstützungsbedarf. In den »Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Sehen« der Kultusministerkonferenz von 1998 finden sich dementsprechend folgende Ausführungen (Drave et al., 2000, 179):

»Blinde Kinder und Jugendliche können nicht oder nur in sehr geringem Maße auf der Grundlage visueller Eindrücke lernen. Sie nehmen Informationen aus der Umwelt insbesondere über das Gehör und den Tastsinn sowie über die Sinne der Haut, des Geruchs und des Geschmacks auf. Die kompensierenden Funktionen dieser Sinne können durch geeignete Lernangebote entwickelt und gefördert werden. Kinder und Jugendliche mit einer Sehbehinderung können ihr eingeschränktes Sehvermögen nutzen. Sie sind in vielen Situationen auf spezielle Hilfen angewiesen. Sie bedürfen besonderer Anleitung, sonderpädagogischer Förderung und technischer Hilfen. Dies kann auch bei Sehbehinderungen geringeren Grades notwendig sein wie bei Beeinträchtigungen des Sehvermögens beider Augen oder bei Einäugigkeit.«

Medizinisch diagnostizierte Sehschädigungen müssen nicht zwangsläufig zu Behinderungen der Teilhabe führen. Um diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, wird in aktuellen Veröffentlichungen im pädagogischen Kontext (u. a. Walthes, 2014; Lang & Thiele, 2020) der Begriff »Sehbeeinträchtigung« verwendet.

Diese Begriffsdifferenzierung steht in engem Zusammenhang mit der seit 2001 vorliegenden WHO-Klassifikation ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) und deren Weiterführung ICF-CY (WHO, 2013). Mit der ICF liegt ein Instrumentarium vor, das den Begriff der Behinderung von einem einseitigen personalen Bezugsrahmen löst, der Behinderung monokausal als Folge einer medizinischen Schädigung betrachtet. Stattdessen werden kontextbezogene und situative Aspekte einbezogen (Abbildung 2).

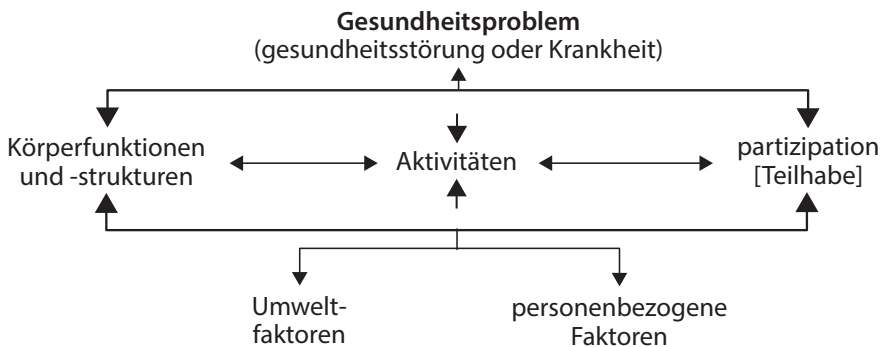


Abb. 2: Grundstruktur der WHO-Klassifikation ICF (WHO, 2013, 46)

Die Lebenssituation eines Individuums hängt nicht nur von den zur Verfügung stehenden Körperfunktionen und -strukturen ab, sondern ganz entscheidend auch von den Möglichkeiten zur Aktivität und zu sozialer Partizipation, die wiederum maßgeblich von Umweltfaktoren und von individuellen personenbezogenen Faktoren beeinflusst werden. Eine Beeinträchtigung der Körperfunktionen, wie beispielsweise diejenige des Sehens, muss demnach nicht zwangsläufig in jeder Lebenssituation eine Behinderung darstellen.

Aufgrund der skizzierten Zusammenhänge sollte der Begriff »Seherschädigung« nur dann verwendet werden, wenn medizinische Aspekte, also Einschränkungen der Körperstrukturen und -funktionen, im Vordergrund stehen oder wenn auf Leistungen des Sozialrechts Bezug genommen wird. Abbildung 3 veranschaulicht die weiteren begrifflichen Zusammenhänge, die insbesondere für pädagogische Kontexte bedeutsam erscheinen. Unterschieden werden hierbei die Begriffe »Sehbeeinträchtigung« und »Blindheit«. Beide Bezeichnungen verstehen sich als unabhängig von der Schädigungsursache und umfassen okulare, zerebral bedingte und psychische Ursachenzusammenhänge. Der Begriff »Sehbeeinträchtigung« lässt sich weiter differenzieren in die sozialrechtlich bedeutsamen Kategorien »Sehbehinderung« und »Hochgradige Sehbehinderung«, schließt jedoch auch sozialrechtlich nicht relevante Einschränkungen von Sehfunktionen mit ein. Sowohl bei »Sehbeeinträchtigung« als auch bei »Blindheit« bleibt offen, ob eine Behinderung von Teilhabe und Aktivität vorliegt oder nicht. Wie bereits dargestellt, ist das Vorhandensein von Behinderungen von Aktivität und Teilhabe maßgeblich von Umweltfaktoren und personalen Faktoren abhängig, die situativ gegeben oder nicht gegeben sein können. Grundsätzlich kann bei allen Formen und Ausprägungsgraden beeinträchtigten Sehens eine Behinderung vorliegen, muss aber nicht.

Die Abstufung der genannten Kategorien kann sich an Visusgrenzen orientieren oder anhand vergleichbarer Beeinträchtigungen und Einschränkungen vorgenommen werden (z. B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Kombination verschiedener visueller Beeinträchtigungen einschließlich zerebral bedingter Beeinträchtigungen). Die Abgrenzung von »Blindheit« und »Sehbeeinträchtigung« sowie die weitere Ausdifferenzierung von »Sehbeeinträchtigungen« erscheint grundsätzlich sinnvoll, weil die jeweiligen Maßnahmen zum Abbau von Behinderung von Teilhabe und Aktivität bzw. die Maßnahmen zum Aufbau optimierter Umweltfaktoren (z. B. Barrierefreiheit, Hilfsmittelversorgung) und zum Aufbau personaler Kompetenzen (z. B. Hilfsmittelnutzung, Kompensationsstrategien) höchst unterschiedlich sind.

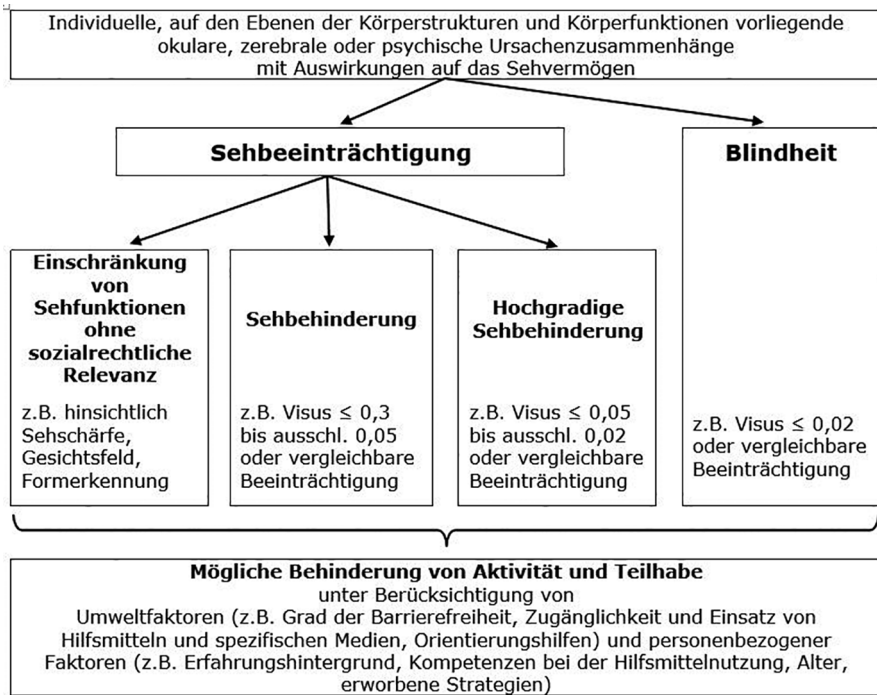


Abb. 3: Zusammenhänge der Begriffe »Sehbeeinträchtigung«, »Blindheit« und »Behinderung«

1.2 Ursachen von Sehbeeinträchtigungen

Die Ursachen von Sehbeeinträchtigungen sind vielfältig (vgl. Walthes, 2014, 63 ff.) und lassen sich auf genetisch, stoffwechsel- oder umweltbedingte Faktoren zurückführen.

Von grundlegender Bedeutung ist die Lokalisierung der Sehschädigung, d. h. inwieweit der Sehapparat (Linse, Hornhaut, Netzhaut etc.) eine Schädigung aufweist oder etwaige Störungen der Reizverarbeitung auf zerebraler Ebene die beobachtbaren Symptome erklären können.

Als CVI (Cerebral Visual Impairment) werden zentrale Störungen der visuellen Wahrnehmung bezeichnet. CVI kann isoliert, in Kombination mit Schädigungen des Sehapparats oder in Verbindung mit komplexen zerebralen Schädigungen auftreten.

Zu den Standardverfahren einer von Augenärzten durchgeführten funktionellen Sehdiagnostik gehören die Bestimmung der Sehschärfe (Visusmessung), das Ermitteln des Gesichtsfeldes (Perimetrie), die Feststellung des Augeninnendrucks und die

Überprüfung der Intaktheit von Netzhaut, Linse und Sehnerv. Die diesbezüglichen Ergebnisse stellen jedoch lediglich eine Bezugsgröße für die pädagogische Intervention dar. Ergänzend müssen Informationen unter anderem zur Farbwahrnehmung, zum Kontrastsehen, zum Vergrößerungsbedarf oder zum räumlichen Sehen hinzukommen, die über jeweils spezifische Testverfahren erfasst werden. Darüber hinaus bedarf es für den pädagogischen Kontext einer auf Beobachtungen basierenden, funktionalen Sehdiagnostik, bei der verschiedene alltagsrelevante Faktoren (Beleuchtung, Kontraste, Zeit etc.) und konkrete Aufgabenstellungen (z. B. Leseaufgaben, feinmotorische Aufgaben) berücksichtigt werden (► Kap. 6.2 und ► Kap. 6.3).

Die Hauptursachen für Sehbeeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich maßgeblich von denjenigen, die im vorangeschrittenen Lebensalter entstehen. 1998 wurden für die USA folgende Ursachenhäufigkeiten für kindliche Sehschädigungen genannt (Garber, Huebner 2017, 67): Zerebrale Sehschädigungen (CVI): 20,6 %, Retinopathia praematurorum (Frühgeborenenretinopathie): 19,1 %, Sehnervschädigungen: 16,6 %, Strukturveränderungen des Auges (tapetoretinale Degenerationen etc.): 11,1 %. In einer Untersuchung von Hatton et al. (2013), bei der Daten von Frühförderstellen aus 28 US-Bundesstaaten (N = 5.931; Alter < 39 Monate) ausgewertet wurden, zeigte sich eine ähnliche Verteilung:

- Zerebrale Sehschädigung (CVI): 24,9 %
- Retinopathia praematurorum: 11,8 %
- Sehnervschädigungen: 11,4 %
- Strukturveränderungen (Kolobome, Mikroophthalmie etc.): 7,9 %
- Netzhauterkrankungen (Leber'sche Amaurose etc.): 5,5 %
- Albinismus: 4,5 %.

Bei Betrachtung der Gesamtgruppe blinder und sehbehinderter Menschen sind hauptsächlich altersbedingte Ursachen für das Auftreten einer Sehbeeinträchtigung verantwortlich. Für Deutschland werden in diesem Zusammenhang die Altersbedingte Makuladegeneration (AMD) mit einer Häufigkeit von 49,8 %, das Glaukom (15 %) und die diabetische Retinopathie (10,6 %) genannt (Wolfram & Pfeiffer, 2012, 7).

1.3 Epidemiologische Daten

Aussagen zur Häufigkeit von Sehbeeinträchtigungen sind dadurch erschwert, dass keine absoluten Angaben über die Anzahl Betroffener vorliegen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2012) kann davon ausgegangen werden, dass weltweit 39 Millionen Menschen blind und 246 Millionen sehbehindert sind. Auf der Basis der WHO-Statistiken kommt Bertram für Deutschland auf eine Gesamtzahl von 1.066.000 sehbehinderten Menschen und 164.000 Menschen mit Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung (Bertram, 2005).

Große Differenzen ergeben sich innerhalb der Verteilung sehgeschädigter Menschen auf die unterschiedlichen Altersgruppen. Generell kann festgestellt werden, dass Sehschädigungen im fortgeschrittenen Lebensalter wesentlich häufiger auftreten als im Kindes- und Jugendalter (► Kap. 13.1). Aus den Angaben des Statistischen Bundesamts geht hervor, dass im Jahr 2017 in Deutschland 79 % der blinden und sehbehinderten Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis besaßen und bei denen die Sehschädigung die schwerste Behinderung darstellte, 60 Jahre und älter waren (Statistisches Bundesamt, 2019). Auf das Schulalter bezogen ergibt sich laut Statistik des Sekretariats der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK, 2020) für das Schuljahr 2018 eine Zahl von 9.385 blinden und sehbehinderten Schülerinnen und Schülern. Bei dieser Angabe ist jedoch – wie bei sämtlichen statistischen Aussagen zur Häufigkeit von Blindheit und Sehbehinderung – zu beachten, dass Menschen mit Sehschädigungen und zusätzlichen Beeinträchtigungen nicht hinlänglich berücksichtigt werden. Umfangreiche Daten aus der Frühförderung (Hatton et al., 2013) bestätigen die bisherigen Schätzungen, wonach 60–70 % der blinden und sehbehinderten Kinder und Jugendlichen eine weitere Behinderung (Zerebralparese, geistige Behinderung etc.) aufweisen. Drave, Fischer und Kießling (2013) konnten in einer Prävalenzstudie mit orthoptischen Reihenuntersuchungen an Schulen der Förderschwerpunkte Geistige Entwicklung und Motorische Entwicklung nachweisen, dass 15 % der dort untersuchten Schülerinnen und Schüler nach sozialrechtlicher Definition sehgeschädigt sind. Wird dieser Wert auf die vom Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister (KMK 2020) veröffentlichten statistischen Angaben zu den Förderschwerpunkten Motorische Entwicklung und Geistige Entwicklung übertragen, würde sich die Gesamtzahl blinder und sehbehinderter Kinder und Jugendlicher etwa verdreifachen. Festzuhalten bleibt, dass die absolute Anzahl derjenigen Menschen, die eine blinden- und sehbehindertenspezifische Unterstützung und Förderung benötigen, wesentlich höher ist, als es die Angaben in amtlichen Statistiken vermuten lassen.

Eine kombinierte Hör- und Sehbehinderung stellt eine Behinderung eigener Art dar, die sich nicht additiv aus Hör- und Sehschädigungen ableiten lässt. Lang et al. (2015) konnten mittels einer Online-Befragung Prävalenzdaten aus Deutschland erheben und diese mit umfassenden Erhebungen aus den USA vergleichen. Hierbei konnte aufgezeigt werden, dass in Deutschland von einer Prävalenz von 0,01 % taubblinder und hörschbehinderter Kinder und Jugendlicher bis 18 Jahren ausgegangen werden kann. Demnach benötigen allein in Deutschland etwa 1.300 Kinder und Jugendliche eine taubblinden- bzw. hörschbehindertenspezifische Unterstützung.