



Behinderung, Bewegung, Befreiung

Rechtlicher Anspruch und individuelle Möglichkeiten im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung

Herausgeber:
Manfred Wegner & Hans-Jürgen Schulke



Behinderung, Bewegung, Befreiung:

Rechtlicher Anspruch und individuelle Möglichkeiten im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung

Beiträge des Internationalen Symposiums der SOD Akademie
20./ 21. Juni 2008 in Karlsruhe

Herausgeber:

Manfred Wegner & Hans-Jürgen Schulke



Mit freundlicher Unterstützung der Sport-Thieme GmbH, Partner der Special Olympics Deutschland Akademie

IMPRESSUM

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Olshausenstr. 74
24118 Kiel

www.uni-kiel.de/sport

©2010 B. Weisser, A. Wilhelm, M. Wegner, W.-D. Miethling & R. Kähler

Das Werk einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Bildnachweis

Nutzungsrechte: Special Olympics Deutschland e.V.

Fotografen: Clemens Lennermann, Christina Kratzenberg

Layout: Florian Pochstein & Maja Wiemann

Druck: Sport-Thieme GmbH

ISSN: 1865-9810

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	4
Katrin Neumann, Christiane Hey, Uwe Baumann, Judy Montgomery, Harald A. Euler & Ulrike Hild Eine hohe Prävalenz von Hörstörungen bei den Special Olympics belegt die Notwendigkeit von Hörscreenings für Personen mit geistiger Behinderung	6
Katharina Bussemaß & Maria Elena Herrera Glomm Einschränkung des Sehvermögens bei Trisomie 21	18
Reinhild Kemper, Juliane Lippmann & Dieter Teipel Zum Selbst- und wahrgenommenen Fremdkonzept von Fußballspielern mit geistiger Behinderung	27
Florian Pochstein, Manfred Wegner & Maike Rotermund Leistungssport von Menschen mit geistiger Behinderung	42
Erin Müller, Michaela Knoll & Klaus Bös Balance Training for Youth with Multiple Disabilities within a Physical Education Setting.	58
Maria Dinold & Agnes Wohanka Beweggründe zur Teilnahme an Unified Sports® am Beispiel des Volleyballteams „Pinguine“	67
Ulrich Meseck & Mike Lochny Golfsport für Menschen mit Behinderungen – eine empirische Untersuchung zu Wirkungen und Potentialen des KidSwing Programms	83
Gudrun Ludwig & Judith Obermayer Ein Rückenschulkonzept im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung für Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen	96
Gunar Senf, Christian Eichfeld & Kati Nieswandt Gestaltung integrativer Sportveranstaltungen	113

Vorwort

Das 2.wissenschaftliche Symposium von Special Olympics Deutschland (SOD) hat den Titel „Behinderung, Bewegung, Befreiung – Rechtlicher Anspruch und individuelle Möglichkeiten im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung“ und ist am 20. und 21. Juni 2008 in Karlsruhe in Kooperation mit der Stadt und der Technischen Universität Karlsruhe durchgeführt worden. Eingebunden war die Veranstaltung in die "Special Olympics National Summer Games", die mit über 10.000 Aktiven vom 16. bis 20. Juni, verteilt über die ganze Stadt Karlsruhe, stattfanden. 3.600 Athletinnen und Athleten sind in 17 Sportarten auf 14 Sportstätten gegeneinander und miteinander angetreten.

Mit dem Besuch der sportlichen Wettkämpfe, der Abschlussveranstaltung oder beim Rundgang bei den Aktivitäten von "Healthy Athletes", den medizinischen Vorsorgemaßnahmen im Programm von SOD, konnten die Teilnehmer am Symposium hautnah erleben, was die Begeisterung von Athleten, Betreuern, Trainern und Zuschauer ausmacht – dies ist "Lebensfreude-pur"!

Das Karlsruher Symposium reiht sich nun nahtlos in die wissenschaftliche Arbeit von SOD ein. Die Kongresse in Hamburg, 2006, und Bremen, 2007, waren erste Schritte, die wissenschaftliche Arbeit und die bundesweite Vernetzung im Bereich des Sports von Menschen mit geistiger Behinderung anzuregen. Der erste Band der Bremer Tagung von 2007 liegt seit 2008 in schriftlicher Form und als Internet-Dokument vor und ist Teil der Kieler Schriften zur Sportwissenschaft der Universität Kiel.

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Qualitätssicherung der Arbeit von SOD ist die Gründung der "Special Olympics Akademie" (SODA). Mit dem Gründungsakt am 18. September 2008 in Berlin ist eine Aus- und Fortbildungsinstitution etabliert worden, ein wichtiger Schritt, um der gezielten Nachfrage in der Ausbildung und Qualifizierung aller Mitarbeiter von SOD nachzukommen.

Was bietet nun der Berichtsband der Karlsruher Tagung, an der über 80 Experten aus Wissenschaft, Politik und Sportpraxis teilgenommen hatten? Neun Beiträge gehen davon in die Publikation ein. An dieser Stelle sei den Referenten und den Autoren herzlichst gedankt.

Ein Schwerpunkt der Tagung sollte Hintergründe zum rechtlichen Anspruch von Menschen mit geistiger Behinderung beleuchten. Aufgrund einiger Absagen konnte dieser Aspekt nicht in der erwarteten Form präsentiert werden und geht daher nicht in die Publikation ein. Der Schwerpunkt dieses Berichtsbandes liegt in den inhaltlichen Möglichkeiten im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung. Und in diesem Zusammenhang ist es wieder gelungen einen guten Querschnitt der Forschungsaktivitäten im wissenschaftlichen Umfeld von SOD zusammenzustellen.

Die ersten beiden Beiträge sind an den Arbeiten und Forschungsaktivitäten im Zusammenhang mit "Healthy Athletes" ausgerichtet. Die Arbeitsgruppe um *Katrin Neumann* (Frankfurt) begründet die Notwendigkeit eines Hörscreenings für Personen mit geistiger Behinderung, während *Katharina Bussemaß und Maria Elena*

Herrera Glomm (Berlin) die Defizite im Sehvermögen bei Personen mit Trisomie 21 herausstellen. Psychologische Aspekte von Menschen mit geistiger Behinderung sind Thema in den Untersuchungen zum Selbstkonzept von *Reinhild Kemper, Juliane Lippman und Dieter Teipel* (Jena) oder den trainingsbegleitenden Studien von *Florian Pochstein, Manfred Wegner und Maike Rotermund* (Kiel/Norderstedt). Anwendungsbereiche und Erfahrungen in umgesetzten Sport- und Bewegungskonzepten werde von *Erin Müller, Michaela Knoll und Klaus Bös* in einem "Balance Training" vorgestellt, Beweggründe zur Teilnahme an Unified Sports Volleyball von *Maria Dinold und Agnes Wochanka* (Wien) thematisiert und von *Ulrich Meseck und Mike Lochny* (Bremen) im das Golfsport untersucht. Abschließend stellen *Gudrun Ludwig und Judith Obermayer* (Fulda) ein gesundheitsorientiertes Rückenschulskonzept vor und *Gunar Senf, Christian Eichfeld und Kati Nieswandt* (Leipzig) tragen Erfahrungen zur Gestaltung integrativer Sportveranstaltungen zusammen.

Die Gestaltung der Tagung und die Erstellung des Berichtsbandes war nur möglich durch die Mithilfe zahlreicher Personen und Institutionen. Finanziell und ideell wurde die Tagung unterstützt von Special Olympics Deutschland und seinen Partnern, der Stadt Karlsruhe und der Technischen Universität Karlsruhe. Für die Organisation der Tagung geht der Dank an Dr. Michaela Knoll und Kristine Gramkow. Zu danken ist den Referenten für die Gestaltung der Beiträge, sowie Dr. Florian Pochstein und Maja Wieman für die Erstellung des Berichtsbandes.

Die Erstellung dieses zweiten Berichtsbandes ist ein weiterer Schritt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Sport und seinen Rahmenbedingungen im Umfeld von Special Olympics. Die Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen und Konzepte sollen in die Arbeit mit den Athletinnen und Athleten einfließen. Sie sind letztlich der Mittelpunkt unserer Bemühungen.

Manfred Wegner und Hans-Jürgen Schulke

KATRIN NEUMANN, CHRISTIANE HEY, UWE BAUMANN, JUDY MONTGOMERY, HARALD A. EULER & ULRIKE HILD

Eine hohe Prävalenz von Hörstörungen bei den Special Olympics belegt die Notwendigkeit von Hörscreenings für Personen mit geistiger Behinderung

Einleitung

Wegen verbesserter sozioökonomischer Bedingungen, moderner Neonatologie und reduzierter Mortalität steigt die Prävalenz von geistiger Behinderung (GB) ständig (Cooper et al., 2004). Da geistig Behinderte spezielle Gesundheitsanforderungen haben, hat dieser Anstieg Einfluss auf den medizinischen Gesundheitsservice für diese Personen.

Menschen mit geistiger Behinderung sind weniger gesund als die übrige Gesellschaft (Schmid et al. 2004). Beispielsweise besteht eine Reihe syndromassoziierter Krankheiten wie Epilepsie, motorische und sensorische Störungen, aber auch inaktivitätsassozierte Erkrankungen wie Osteoporose und kardiovaskuläre Erkrankungen, ebenso lifestyle- bezogene Probleme bezüglich Ernährung und Bewegung (Piachaud et al. 1998; Van Schrojenstein Lantman-De Valk et al. 2000, 2007; Jansen et al. 2004). Viele dieser Probleme bleiben unerkannt und unbehandelt, nicht zuletzt deshalb, weil die geistige Behinderung die Fähigkeit der Betroffenen, ihre Gesundheitsprobleme zu erkennen und zu kommunizieren und an Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit und Wohlbefinden teilzuhaben, beeinträchtigt. Zudem sind die Kenntnisse von Betreuungspersonen zu medizinischer Vorgeschichte und Gesundheitsproblemen ihrer Schützlinge oft mangelhaft. Geistig behinderte Personen benötigen daher externe Hilfe, um einen Gesundheitsservice in Anspruch nehmen zu können (Kerr et al. 2003; Van Schrojenstein Lantman-De Valk 2005).

Geistig Behinderte haben ein höheres Risiko für Hörstörungen als die Normalbevölkerung (Beange et al. 1999; Van Schrojenstein Lantman-De Valk et al. 2000; Evenhuis et al. 2001; Neumann et al 2006). Es besteht eine hohe Prävalenz sowohl für Schalleitungsstörungen, bedingt durch chronische Mittelohrinfektionen und die Gehörgänge blockierendes Cerumen, als auch für sensorale und kombinierte Hörverluste. Besonders bei Personen mit Down-Syndrom kommen Hörstörungen gehäuft vor (Roizen 1996; Van Allen et al. 1999; Van Buggenhout et al. 1999; Shott et al. 2001; Meuwese-Jongejeugd et al. 2006). Obwohl epidemiologische Daten über die Population geistig Behinderter in den letzten 10 Jahren zunehmend publiziert wurden, bleiben solche Probleme oft unidentifiziert und unbehandelt (Beange et al. 1999; Bogardus et al. 2003). Ein unbehandelter Hörverlust kann zu zahlreichen sozialen und psychischen Problemen führen und die Lebensqualität schon bei nicht behinderten Menschen deutlich einschränken (Arlinger 2003; Chia et al. 2007). Daher ist die Erkennung und Behandlung von Hörstörungen bei geistig Be-

hinderten, bei denen ohnehin eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit besteht, besonders wichtig.

Die hier präsentierte Studie wurde während der Deutschen Special Olympics Sommerspiele in Berlin 2006 durchgeführt. Special Olympics ist das weltweit größte Sportprogramm für geistig Behinderte (Dykens & Cohen 1996). Das hauptsächliche Ziel von Special Olympics ist es, Personen mit geistiger Behinderung in die Lage zu versetzen, körperliche Fitness zu entwickeln und an Training und Wettbewerben teilzunehmen. Weiterhin soll ein höheres Verständnis für geistige Behinderung auch in der übrigen Bevölkerung in einer Umgebung von Gleichheit, Respekt und Akzeptanz geschaffen werden.

Das Healthy Athletes Programm, das 1996 gegründet wurde, ist ein spezieller Gesundheitsservice für Special Olympics Athleten. Es beinhaltet die Disziplinen Fit Feet (Podologie), FUNfitness (Physiotherapie), Healthy Hearing (Audiologie, Otologie), Health Promotion (Gesundheitsinformation), Opening Eyes (Augenheilkunde), MedFest (Allgemeinzustand wie Gewicht, Körpergröße, Blutdruck, usw.) und Special Smiles (Zahnheilkunde). Die Ziele des Healthy Athletes Programms sind die Folgenden: (1) Special Olympics Athleten einen veranstaltungsassoziierten Gesundheitsservice über Screeningprogramme anzubieten; (2) sie, wenn nötig, ihren heimischen Ärzten zuzuführen; (3) im Gesundheitswesen Tätige oder Studierende mit den Bedürfnissen und der Gesundheitsfürsorge für Personen mit geistiger Behinderung vertraut zu machen; (4) Daten über den Gesundheitsstatus und die Bedürfnisse von geistig Behinderte zu sammeln, zu analysieren und die Analyseergebnisse zu verbreiten und (5) eine verbesserte Gesundheitspolitik und Programme für geistig Behinderte auf den Weg zu bringen (Special Olympics 2006). Bisherige Untersuchungen im Healthy Athletes Programm hatten ergeben, dass viele Athleten medizinisch unterversorgt waren und dass gravierende Defizite in der allgemeinen Gesundheitsfürsorge für geistig Behinderte bestanden. Das Healthy Athletes Programm dient damit nicht nur dem direkten Gesundheitsservice für die Athleten sondern liefert auch noch Einsichten für Mediziner über die Prävalenz und Koinzidenz von Gesundheitsproblemen, die mit geistig Behinderte assoziiert sind. Die Screening-Daten werden in einer weltweiten Datenbank gespeichert und bieten eine Forschungsgrundlage um letztendlich die Gesundheitsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern.

Das Healthy Hearing Programm beinhaltet ein Hörscreening-Protokoll, das Otoskopie, Messung der otoakustischen Emissionen, Tympanometrie und Reintonaudiometrie (RTA) umfasst, weiterhin einen optionalen Service wie die Anpassung von Schwimmschutz-Ohreinsätzen für Schwimmer und die Überprüfung von Hörgeräten. Das Programm wurde in Deutschland erstmals im Jahr 2004 durchgeführt. Von den 755 teilnehmenden Athleten bestanden damals mehr als ein Drittel das Training nicht. Diese FAIL-Rate war hoch, verglichen mit internationalen Daten (Neumann et al. 2006). Um die diagnostische Qualität des Screenings zu evaluieren und zu verbessern, wurde kürzlich eine diagnostische Tonaudiometrie in das Healthy Hearing Programm eingeführt.

Ziele der hier vorgestellten Studie waren: (1) die Prävalenz genauer als in vorangegangenen Studien (Montgomery 2003; Montgomery et al. 2006; Neumann et al. 2006) durch Einschluss einer diagnostischen RTA zu bestimmen, (2) Art und Grad der Hörverluste zu bestimmen, und (3) die Sensitivität und Spezifität des Screenings durch den Vergleich von Screening und diagnostischer RTA zu bestimmen.

Methode

Teilnehmer

Von den 2700 Athleten, die an den Deutschen Special Olympics Sommerspielen 2006 teilnahmen, unterzogen sich 552 Athleten (214 weiblich, 338 männlich; Alter 10-69 Jahre, mittleres Alter 27 Jahre) einem Hörscreening. Die Teilnehmer der Spiele waren über Schulen, Berufsausbildungsstätten oder Sportclubs rekrutiert worden. Medizinische Ausschlusskriterien waren auf instabile körperliche Bedingungen beschränkt oder auf Gründe, die für die Athleten ein großes Schädigungsrisiko bedeutet hätten (Carek et al. 2002). Die genaue Ursache und Schwere der geistig Behinderte wurden aus ethischen Gründen nicht erfasst.

Durchführung

Das Screening wurde an 4 Tagen der Sportwettkämpfe in drei Räumen durchgeführt. Der RTA-Raum hatte eine Trittschalldämmung. Ein Team von 28 freiwilligen Fachleuten, bestehend aus Phoniatern, Pädaudiologen, HNO-Ärzten, Audiologen, Akustikern, Logopäden sowie Studenten und Dozenten der Hörgeräteakustik führten das Screening durch. Die meisten Athleten waren vorab über die Möglichkeit des Healthy Athlete Service informiert worden. Daher kamen viele von ihnen spontan, um am Screening teilzunehmen. Zusätzlich rekrutierten einige freiwilliger Helfer Athleten vor Ort.

Das Hörscreening entsprach den internationalen Richtlinien von Healthy Hearing (Herer & Montgomery 2006) und wurde an sechs Stationen ausgeführt: (1) Check-in, (2) Otoskopie und Ohrmikroskopie, (3) DPOAE(Distortionprodukte otoakustischer Emissionen)-Screening (Funktionstüchtigkeit Innenohr), (4) Tympanometrie-Screening (Funktionstüchtigkeit Mittelohr), (5) RTA-Screening und (6) Check-out. Zusätzlich gab es eine diagnostische RTA-Station und zwei Stationen für Forschungsprojekte zu DPOAE-Wachstumsfunktionen und Tests zentral-auditiver Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfunktionen.

Alle Teilnehmer wurden am Check-in-Tisch bei Station 1 begrüßt und über den Ablauf der Tests informiert. Weiterhin wurden die Athleten und ihre Betreuungspersonen zu früheren Ohr- und Hörprobleme befragt. Bei Station 2 wurden die Ohren durch HNO-Ärzte oder Phoniater-Pädaudiologen entweder mittels Otoskopie inspiziert oder im Falle von Cerumen oder auffälligen Befunden durch eine Ohrmikroskopie. Wenn Cerumen vorlag, das das weitere Screening hätte behindern können, wurde es – soweit möglich – entfernt. Der Status des Gehörgangs wurde als „frei“,

„partiell blockiert“ oder „blockiert“ dokumentiert. Diese Station galt als nicht bestanden, wenn blockierendes, nicht zu entfernendes Cerumen oder Anomalien des äußeren oder Mittelohrs vorlagen. Die otoakustischen Emissionen wurden mit dem Cochlea Scan (Fischer-Zoth Diagnosesysteme GmbH, Germering, Deutschland) als DPOAE bei 2, 3, 4 und 5 kHz bilateral gemessen, entsprechend dem Healthy Hearing Standard Protokoll. Damit diese Station bestanden wurde, mussten Emissionen mindestens bei drei dieser Frequenzen nachweisbar sein. Die Athleten beendeten das Screening, wenn Stationen 2 und 3 bestanden wurden.

Bei denjenigen Athleten die eine dieser Stationen nicht bestanden hatten, schlossen sich ein Tympanometrie- und ein RTA- Screening an. Bei Station 4 wurde die druckabhängige Trommelfell-Impedanz mit dem MAICO Impedanzmessgerät MI 34[®] registriert (MAICO Diagnostics, Berlin, Deutschland). Bei Station 5 wurde mit dem Audiometer MAICO Ks5[®] (MAICO Diagnostics, Berlin, Deutschland) eine getrenntohrige Reintonaudiometrie über Kopfhörer in einer schallgeschützten Audiometrikabine durchgeführt. Nach einem anfänglichen Training, bei dem der Athlet gebeten wurden, seine Hand zu heben, wenn er Töne gehört hatte, die in ihrer Intensität von 50 dB HL zu 25 dB HL abnahmen, wurde das Gehör bei 2 und 4 kHz bei 25 dB HL getestet. Der Erfolg des anfänglichen Trainings und der Testdurchführung wurden dokumentiert.

An jeder Stationen wurden die PASS- und FAIL-Ergebnisse und mögliche Empfehlungen für eine weitere Diagnostik dokumentiert. PASS- und FAIL-Kriterien des Hörscreenings sind detailliert bei (Neumann et al., 2006) beschrieben.

Am Check-out-Tisch von Station 6 erhielten die Athleten ein Geschenk. Diejenigen, die das Screening nicht bestanden hatten, oder ihre Betreuer erhielten eine schriftliche Empfehlung, in der den Betroffenen angeraten wurde, einen HNO-Arzt wegen einer der folgenden Gründe aufzusuchen: (1) regelmäßige Kontrolle wegen Cerumens, (2) Probleme des äußeren Gehörgangs, (3) Probleme des Mittelohrs und (4) audiometrische Untersuchung.

Zur Quantifizierung der Qualität des Screenings wurden die Ergebnisse der Screening-RTA mit denen einer diagnostischen RTA bei 0,5, 1, 1,5, 2, 3, 4 und 6 kHz verglichen. 101 Athleten, die das Screening nicht bestanden hatten und zusätzlich 94 Athleten, die das RTA-Screening bestanden hatten, unterzogen sich einer diagnostischen RTA. Mit dieser sollte zudem Typ und Ausmaß des Hörverlustes der bestätigten auffälligen Fälle bestimmt werden. Eigentlich wäre eine Knochenleitungsaudiometrie, die einen Schalleitungsverlust von einem kombinierten Schallempfindungs-Schalleitungshörverlust unterscheidet, notwendig gewesen, um das Ausmaß eines Schalleitungsverlustes und damit auch den Typ des Hörverlustes zu bestimmen. Eine Knochenleitungsaudiometrie wurde versucht, war den Athleten aber in der aufgeregten Special Olympics Sportatmosphäre oft nicht möglich. Da ein maximaler Schalleitungsverlust selten eine Knochen-Luftleitungsdifferenz von 40 dB übersteigt (Murphy, 2000), wurde ein kombinierter Hörverlust dann als wahrscheinlich angenommen, wenn die RTA-Schwelle höher als 50 dB war und das Tympanometrie-Screening nicht bestanden wurde. Natürlich trennt so ein Ent-

scheidungskriterium einen Schallleitungs- von einem kombinierten Hörverlust nur suboptimal.

Ergebnisse

Die Hörscreening-Ergebnisse von 552 Studienteilnehmern finden sich in Tabelle 1. Bei 28 Athleten konnte das Screening nicht beendet werden, in 18 Fällen davon wegen eines nicht entfernbaren Cerumens. 76% der übrigen 524 Fälle bestanden das Screening. 23,5% der Athleten bestanden das Hörscreening nicht, aber nur in 5,7% der Fälle war zuvor eine Hörstörung bekannt.

Tab. 1: Gesamtergebnis des Hörscreenings geistig behinderter Athleten während der Deutschen Special Olympics Sommerspiele 2006.

Fälle	Anzahl (Prozent)
gescreente Athleten	552
Männlich	338
Weiblich	214
Entfernung Cerumen	265
abgeschlossene Screenings	524 (100%)
PASS	401 (76.5%)
FAIL	123 (23.5%)
Möglicher Grund: Sensorineural	65 (12.4%)
Schallleitungsverlust	26 (5.0%)
Kombinierter Hörverlust	32 (6.1%)
FAIL bilateral	87 (16.6%)
FAIL rechtes Ohr	17 (3.2%)
FAIL linkes Ohr	19 (3.6%)
Empfehlung einen HNO-Arzt oder Akustiker zu konsultieren wegen:	228 (41.3%*)
Gehörgangproblemen	16 (2.9%*)
Mittelohrproblemen	54 (9.8%*)
Verdacht auf sensorineuralen Hörverlust	114 (20.7%*)
blockierenden Cerumens	146 (26.4%*)

53% der Fälle waren wahrscheinlich durch sensorineuralen Probleme verursacht, 21% durch Schallleitungsprobleme und 26% durch eine kombinierte Hörstörung. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Häufigkeit der Fails (χ^2 -Test) zwischen

Männern und Frauen. Abbildung 1 zeigt Alter- und Geschlechtsverteilung der Nichtbesteher.

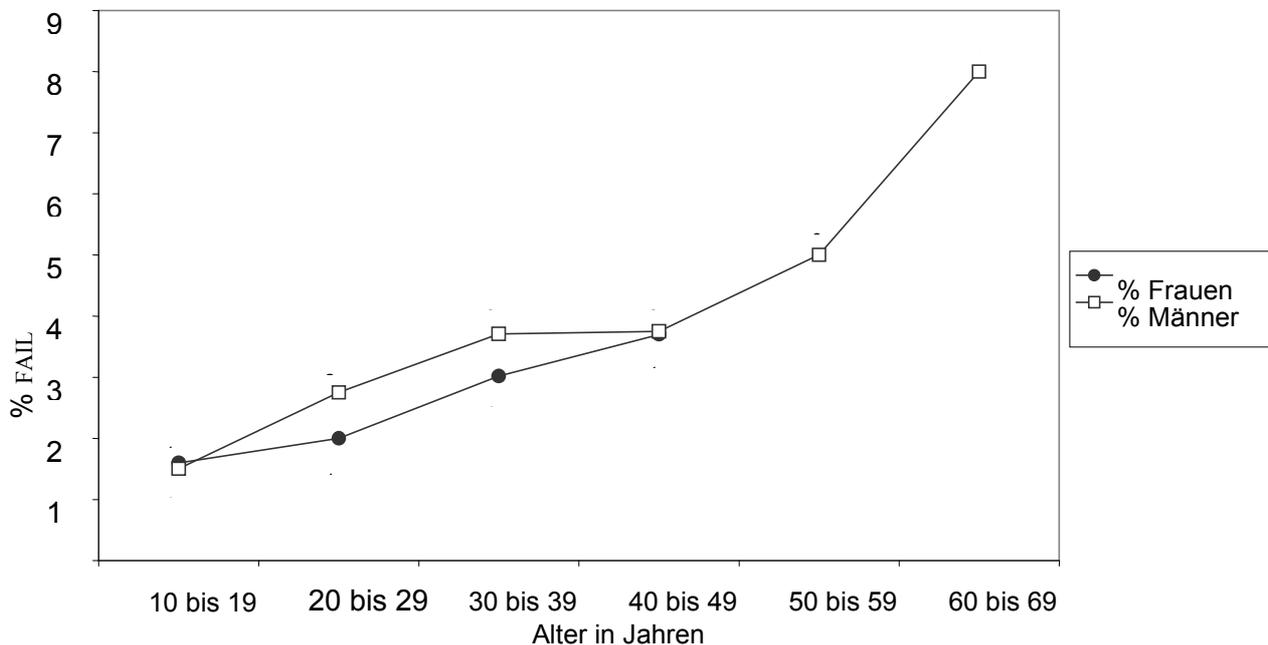


Abb. 1: Alter und Geschlechtsverteilung von Athleten, die das Hörscreening nicht bestanden. Die Zahlen an den Datenpunkten entsprechen den Stichprobengrößen.

42% der Athleten erhielten die Empfehlung einen HNO-Arzt oder Hörgeräte-Akustiker zu konsultieren. Dieser Anteil übersteigt den Anteil an FAILS, da eine gewissen Anzahl von Personen, die das Screening bestanden, aber zuvor obturierendes Cerumen hatten, eine regelmäßige Ohrschmalzentfernung benötigten.

Für 195 Athleten wurde eine diagnostische RTA zusätzlich zur Screening-RTA bei 2 und 4 kHz durchgeführt. Insgesamt unterzogen sich 101 Athleten, die das Screening nicht bestanden hatten, einer diagnostischen RTA. Eine Hörstörung wurde bei 99 von ihnen bestätigt und war in 69 Fällen bilateral und in 30 Fällen unilateral. Der bilaterale Hörverlust war geringgradig (<40 dB) in 31% der entsprechenden Fälle, mittelgradig (40–69 dB) in 49%, hochgradig (70–94 dB) in 17% und an Taubheit grenzend (>95 dB) in 3%. Einohrige Hörstörungen waren geringgradig in 37% der entsprechenden Fälle, mittelgradig in 40%, hochgradig in 10% und an Taubheit grenzend in 13%. Bei 74% dieser Athleten war der Hörverlust bis zum Screening nicht bekannt und daher unbehandelt. Besonders alarmierend ist, dass 11 von 14 Fällen mit einem hochgradigen oder an Taubheit grenzenden Hörverlust waren bislang nicht als hörgestört bekannt waren.

Die Korrelation zwischen RTA-Screening und diagnostischem Screening ergab einen Cramer's V - Index von 0,98. Nur zwei Fälle wichen von der Screening-RTA ab

wegen eines Ausreißers bei 2000 Hz. Von den 195 mit diagnostischer RTA untersuchten Athleten hatten 96 Personen die Screening-RTA bestanden und 99 Personen nicht. Werden die diagnostischen RTA-Messungen als externes Referenzkriterium für die Screening-Ergebnisse herangezogen (alle Screening-Methoden zusammengenommen), unter Beachtung der Restriktionen eines solchen Vorgehens, dann ergibt sich auf dieser Datenbasis eine Sensitivität des RTA-Screenings von 100% (95% Konfidenz-Intervall 98,1% bis 100%) und eine Spezifität von 98% (95% Konfidenz-Intervall 95,1% bis 100%).

Hörscreenings nach einem vergleichbaren Protokoll wurden bei einer Reihe von Special Olympics - Spielen durchgeführt (Montgomery et al. 2006; Bentler R. 2007, persönliche Kommunikation; Tamin S. 2007, persönliche Kommunikation). FAIL-Raten der internationalen Spiele 2005 und 2006, der US-Spiele 2006 und 2007 und der Indonesischen Spiele 2006 bewegten sich in einem Bereich von 16,3% (Internationale Spiele 2006) bis 27,4% (USA 2007), mit Stichproben-Umfängen von $n = 295$ bis $n = 1070$. Die 23,5% FAIL-Rate der hier vorgestellten Studie liegt innerhalb dieses Bereichs und ist relativ nahe dem gewichteten Mittel von 20,3% oder dem Median von 21,6% all dieser Spiele ($n_{gesamt} = 3316$). Aus allen aufgeführten Screenings, einschließlich des hier vorgestellten, resultiert damit eine mittlere FAIL-Rate von 20,8% ($n_{gesamt} = 3840$).

Diskussion

Die FAIL-Rate von 24% des Hörscreenings, das in dieser Studie durchgeführt wurde, befindet sich in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer nationaler und internationaler Healthy Hearing Screenings. Gering- und mittelgradige Hörverluste dominierten in den beiden Screenings, bei denen das Ausmaß des Hörverlustes bestimmt worden war (Deutsche Nationale Spiele 2006, Internationale Spiele in Nagano 2005). Jedoch war der Anteil von hochgradigen oder an Taubheit grenzenden Hörstörungen signifikant höher bei den Deutschen Nationalen Spielen 2006 als bei den Internationalen Spielen in Nagano (Sinha et al. 2006), wahrscheinlich wegen der Unterschiedlichkeit der untersuchten Populationen. Es könnte möglich sein, dass die Populationen der Teilnehmer an Nationalen Spielen einen höheren Anteil an eher schwerer geistig behinderten Personen enthält als das unter Teilnehmern an Internationalen Spielen der Fall ist. Dass Stichproben- oder Rekrutierungsunterschiede für die Abweichungen in Grad und Art des Hörverlustes verantwortlich sein können, wird durch die Ergebnisse von of Evenhuis et al. (2001) und Timehin & Timehin (2004) unterstützt, die über eine annähernd gleiche Häufigkeit von gering- bis mittelgradigen und hochgradigen/an Taubheit grenzenden Hörstörungen unter geistig Behinderten, die in Heimen getestet wurden, berichteten. Offensichtlich gehören die Teilnehmer von Internationalen Spielen, Nationalen Spielen und geistig Behinderte in Heimen zu unterschiedlichen Populationen. Der Hauptteil der Teilnehmer der Spiele kam mit der RTA-Durchführung zurecht, eine Kompetenz die nicht ohne weiteres für denselben Anteil von Personen in Heimen

angenommen werden kann. Eine Generalisierung über Prävalenzen innerhalb solcher Populationen kann nur mit Vorsicht gemacht werden, was eine Einschränkung der hier vorgestellten Studie bedeutet.

Neu an dieser Studie ist der Einschluss eines diagnostischen audiometrischen Tests der Hörschwelle, der eine Validierung des Screening-Programms ermöglicht. Eine diagnostische RTA wurde bei etwa einem Drittel der Athleten zusätzlich zum Hörscreening durchgeführt. Nur zwei dieser 195 Athleten hatten ein nicht identisches Ergebnis wegen Ausreißern im Screening bei 2000 Hz. Die Sensitivitäts und Spezifitäts-Indizes des Screenings waren so befriedigend, dass das Screening (einschließlich einer RTA bei 2 und 4 kHz) allein eine valide Diagnose unter guten Screening-Bedingungen zu liefern scheint. Damit liefern die FAIL-Raten der nationalen und internationalen Wettkämpfe, die zwischen 16,3 und 27% rangieren, ein realistisches Bild der Hörsituation von Special Olympics Athleten. Sogar unter Beachtung, dass einige schwer geistig Behinderte keine Antworten in der Verhaltensaudiometrie geben können und durch objektive audiometrische Methoden untersucht werden müssten, ist für die meisten Menschen ab einem Entwicklungsalter von vier Jahren die RTA ein adäquates Screening- und Diagnostik-Instrument (Evenhuis et al. 2003). Von allen 524 Screening-Teilnehmern dieser Studie hatten nur zehn Probleme mit dem RTA Test-Instruktionen. Eine bedeutsame Einschränkung muss jedoch gemacht werden: eine Knochenleitungsaudiometrie wäre nötig gewesen, um die Art des Hörverlustes mit ausreichender Sicherheit zu identifizieren; das jedoch war unter den Vor-Ort-Bedingungen nicht möglich.

Bei ungefähr einem Viertel der geistig behinderten Athleten wurde ein Hörverlust bestätigt, was beträchtlich mehr ist als die 4-6% Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung vergleichbaren Alters (Hesse & Laubert 2005). Das Problem wird dadurch verstärkt, dass obturierendes Cerumen insbesondere bei Personen mit geistiger Behinderung auftritt wegen ihrer häufigen Irregularitäten in der Ohranatomie, der veränderten Zusammensetzung des Cerumens und seines erschwerten Auswärtstransports (Crandell & Roeser 1993). Bei fast der Hälfte aller Athleten musste Cerumen entfernt werden.

Etwa drei Viertel der beidseitigen Hörstörungen waren bis zum Screening unbekannt und daher unbehandelt. Ein gestörtes Hörvermögen ist aber bereits für nicht geistig behinderte Personen ein deutliches Kommunikationshindernis. Sogar gering- und mittelgradige bilaterale oder unilaterale Hörstörungen beeinträchtigen die sprachlichen, schulischen und sozialen Fähigkeiten, auch bei Personen ohne geistige Behinderung (Culbertson & Gilbert 1986). Bei geistig Behinderten stellt ein schlechtes Hörvermögen ein noch größeres Hindernis für verbale Kommunikation, soziale Orientierung und die Bewältigung täglicher Probleme dar.

Hörverluste bei älteren geistig Behinderten sind besonders ernst, da der mit der geistigen Behinderung assoziierte Hörverlust sich auf den altersbedingten Hörverlust aufpropft. Der altersbedingte Hörverlust von Personen mit Down-Syndrom übersteigt beispielsweise den altersbedingten Hörverlust der Allgemeinbevölkerung

beträchtlich und auch den anderer Ursachen für geistige Behinderung und erreicht im Alter von 60 Jahren fast 100% (Meuwese-Jongejeugd et al. 2006).

Die 2006 während der Deutschen Special Olympics Sommerspiele durchgeführten Healthy Hearing Screenings zeigten deutlich bessere Ergebnisse als die bei den Spielen 2004 erhaltenen, bei denen 38% der Athleten das Screening nicht bestanden (Neumann et al. 2006), verglichen mit nur 24% zwei Jahre später. Diese Abweichung muss vor allem den verbesserten Schallschutzbedingungen zugeschrieben werden, unter denen das Screening 2006 verglichen mit 2004 durchgeführt worden war.

Durch die Einbeziehung einer diagnostischen RTA wurde unmittelbare vor Ort eine Anpassung mit Hörgeräten möglich. Ryals (2006, persönliche Kommunikation) berichtete, dass ein Follow-up von Special Olympics Athleten, die die Empfehlung erhalten hatten, eine HNO-Arzt oder Hörgeräteakustiker aufzusuchen, zu einer Compliance in nur 2% führte. Die hauptsächlichen Ursache lag wahrscheinlich in der eingeschränkten Fähigkeit von geistig Behinderten, ihrer Hörprobleme selbst anzugeben und die Initiative für ihre Beseitigung zu ergreifen. Die Weiterleitung von Information und Verantwortlichkeit von einem Betreuer zu einem anderen ist nicht sehr verlässlich, und die Betreuer selbst sind nur indirekt von den Problemen ihrer Schützlinge betroffen. Mit einer Vor-Ort-Anpassung von Hörgeräten kann jedoch eine bessere Compliance und damit eine größere Versorgungsrate der Betroffenen erwartet werden, da die Behandlung sofort und direkt nach dem Hörscreening folgt und eine nachfolgende Anpassung der Hörgeräteeinstellung wahrscheinlicher ist, wenn Personen bereits mit Hörgeräten ausgestattet sind.

All die angestellten Betrachtungen sollten die Betreuer geistig Behinderter dazu stimulieren, reguläre Überprüfungen des Hörvermögens ihrer Schützlinge zu veranlassen. Diese Überprüfungen sollten auf nationaler Ebene empfohlen werden und durch die Krankenversicherungen finanziert werden (Evenhuis 1996). Ein internationaler Konsensus über die früher Erkennung und Abklärung von Hörstörungen bei geistiger Behinderung empfiehlt Screenings im ersten Lebensjahr, während des Schulalters und alle fünf Jahre bei Personen jenseits des 50. Lebensjahrs (Evenhuis & Nagtzaam 1998). Personen mit Down-Syndrom sollten wegen der hohen Inzidenz von Mittelohrproblemen, obturierendem Cerumen und kombinierten Schalleitungs-Schallempfindungshörstörungen jedes dritte Jahr über ihre gesamte Lebenszeit untersucht werden.

Betreuern ist oft nicht bewusst, dass Personen mit gering- und mittelgradiger geistiger Behinderung, die in der Gemeinschaft leben, ein erhöhtes Risiko für Sinnesbehinderungen haben, und fühlen sich daher nicht verantwortlich für ein Screening oder eine erhöhte Fürsorge für solche sensorischen Probleme. Die hier vorgestellte Studie zeigt jedoch klar, dass diese Haltung nicht gerechtfertigt ist. Da Hörstörungen generell eine hohe Prävalenz bei geistig Behinderten aufweisen und nur selten spontan von diesen geäußert werden, wird ein Netz aus Prävention, regelmäßigen Überprüfungen und standardisierten Therapieprogrammen benötigt, ebenso eine höhere Aufmerksamkeit unter Fachleuten und Betreuern.

Literatur

Arlinger S. (2003) Negative consequences of uncorrected hearing loss – a review. *International Journal of Audiology* **42**, 2S17–20.

Medline

Beange H., Lennox N. & Parmenter T. R. (1999) Health targets for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* **24**, 283–97.

CrossRef

Bogardus S. T., Yueh B. & Shekelle P. G. (2003) Screening and management of adult hearing loss in primary care. *The Journal of the American Medical Association* **289**, 1986–90.

CrossRef, CSA

Carek P. J., Dickerson L. M. & Hawkins A. (2002) Special Olympics, special athletes, special needs? *Journal of the South Carolina Medical Association* **98**, 183–6.

Chia E. M., Wang J. J., Rochtchina E., Cumming R. R., Newall P. & Mitchell P. (2007) Hearing impairment and health-related quality of life: the Blue Mountains Hearing Study. *Ear and Hearing* **28**, 187–95.

CrossRef, Medline, ISI

Cooper S.-A., Melville C. & Morrison J. (2004) People with intellectual disabilities. *British Medical Journal* **329**, 414–15.

CrossRef, Medline, ISI

Crandell C. C. & Roeser R. J. (1993) Incidence of excessive/impacted cerumen in individuals with mental retardation: a longitudinal investigation. *American Journal on Mental Retardation* **97**, 568–74.

Medline, ISI, CSA

Culbertson J. L. & Gilbert L. E. (1986) Children with unilateral sensorineural hearing loss: cognitive, academic, and social development. *Ear and Hearing* **7**, 38–42.

CrossRef, Medline, ISI

Dykens E. M. & Cohen D. J. (1996) Effects of Special Olympics International on social competence in persons with mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **35**, 223–9.

CrossRef, Medline, ISI

Evenhuis H. M. (1996) Dutch consensus in diagnosis and treatment of hearing impairment in children and adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* **40**, 451–6.

Synergy, Medline, ISI, CSA

Evenhuis H. M. & Nagtzaam L. M. D. E. (1998) Early Identification of Hearing and Visual Impairment in Children and Adults with an Intellectual Disability. International Consensus Statement, IASSD. Available at: <http://www.iassid.org/pdf/consensir.alg.doc> (retrieved 3 April 2007).

Evenhuis H. M., Theunissen M., Denkers I., Verschuure H. & Kemme H. (2001) Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* **45**, 457–64.

Synergy, Medline, ISI, CSA

Evenhuis H. M., Meuwese-Jongejeugd A., Van Zanten G. & Verschuure J. (2003) Hearing impairment in people with intellectual disabilities: an undeveloped area. *ENT News* **12**, 41–4.

Herer G. B. & Montgomery J. K. (2006) Healthy Hearing – Guidelines for Standardized Screening Procedures. Special Olympics. Available at: http://www.specialolympics.org/NR/rdonlyres/eldxz7hsihqdiavwnf7y24evtm2chv2bpvez54ygn6dzdtsu4yt7knkeu5jecrv3es4bq3ooznacddrr6cdcoi5pavf/healthyhearing_manual.pdf (retrieved 13 November 2006).

Hesse G. & Laubert A. (2005) *Hörminderung im alter – ausprägung und lokalisation* [Hearing loss in the elderly – characteristics and location]. *Deutsches Aerzteblatt* **102**, A2864–8.

Hild, U., Hey, C., Baumann, U., Montgomery J., Euler, H. A., Neumann, K. (2008). High prevalence of hearing disorders at the Special Olympics indicate need to screen persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* **52**, 520-8, doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01059.x.

- Jansen D. E. M. C., Krol B., Groothoff J. W. & Post D. (2004) People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *Journal of Intellectual Disability Research* **48**, 93–102.
Synergy, Medline, ISI, CSA
- Kerr A. M., McCulloch D., Oliver K., McLean B., Coleman E., Law T. *et al.* (2003) Medical needs of people with intellectual disability require regular reassessment, and the provision of client- and care-held reports. *Journal of Intellectual Disability Research* **47**, 134–45.
Synergy, Medline, ISI, CSA
- Meuwese-Jongejeugd A., Vink M., Van Zanten B., Verschurre H., Eichhorn E., Koopman D. *et al.* (2006) Prevalence of hearing loss in 1598 adults with an intellectual disability: cross-sectional population based study. *International Journal of Audiology* **45**, 660–9.
CrossRef, Medline, ISI
- Montgomery J. (2003) *Cumulative Healthy Hearing Outcomes 1999–2003*. Special Olympics, Washington, DC
- Montgomery J., Herer G., Neumann K., Itoh H., McPherson D. L. & Sinha A. K. (2006) Intellectual disabilities and hearing loss. Poster presented at the International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC) Congress, Duesseldorf, Germany.
- Murphy T. P. (2000) Hearing results in pediatric patients with chronic otitis media after ossicular reconstruction with partial ossicular replacement prostheses and total ossicular replacement prostheses. *Laryngoscope* **110**, 536–44.
CrossRef, Medline, ISI
- Neumann K., Dettmer G., Euler H. A., Giebel A., Gross M., Herer G. *et al.* (2006) Auditory status of persons with intellectual disability at the German Special Olympics Games. *International Journal of Audiology* **45**, 83–90.
CrossRef, Medline, ISI
- Piachaud J., Rohde J. & Pasupathy A. (1998) Health screening for people with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research* **42**, 341–5.
Synergy, Medline, ISI, CSA
- Roizen N. J. (1996) Down syndrome and associated medical disorders. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* **2**, 85–9.
CrossRef
- Schmid A., Huber G., Marschner J. & Zimmer M. (2004) Medizinische Aspekte im Behindertensport [Medical aspects of sports in disabled persons]. *Deutsches Aerzteblatt* **101**, B1819–25.
- Shott S. R., Joseph A. & Heithaus D. (2001) Hearing loss in children with Down syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* **61**, 199–205.
CrossRef, Medline, ISI, CSA
- Sinha A. K., Montgomery J. K., Herer G. & McPherson D. L. (2006) Hearing screening outcomes for persons with intellectual disability – a preliminary report of findings from the 2005 Special Olympics World Winter Games. Proceedings of the 38th National Conference of the Indian Speech and Hearing Association, Ahmedabad, India.
- Special Olympics (2006) About Healthy Athletes. Available at: http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/English/Initiatives/Healthy_Athletes/default.htm (retrieved 22 December 2006).
- Timehin C. & Timehin E. (2004) Prevalence of hearing impairment in a community population of adults with learning disabilities: access to audiology and impact on behaviour. *British Journal of Learning Disabilities* **32**, 128–32.
Synergy
- Van Allen M. I., Fung J. & Jurenka S. B. (1999) Health care concerns and guidelines for adults with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics* **89**, 100–10.
CrossRef, Medline, ISI, CSA
- Van Buggenhout G. J. C. M., Trommelen J. C. M., Schoenmaker A., DeBal C., Verbeek J. J. M. C., Smeets D. F. C. M. *et al.* (1999) Down syndrome in a population of elderly mentally retarded patients: genetic–diagnostic survey and implications for medical care. *American Journal of Medical Genetics* **85**, 376–84.
CrossRef, Medline, ISI, CSA

Van Schrojenstein Lantman-De Valk H. M. J. (2005) Health in people with intellectual disabilities: current knowledge and gaps in knowledge. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* **18**, 325–33.

Synergy

Van Schrojenstein Lantman-De Valk H. M. J., Metsemakers J. F. M., Haveman M. J. & Crebolder F. J. M. (2000) Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Family Practice* **17**, 405–7.

CrossRef, Medline, CSA

Van Schrojenstein Lantman-De Valk H. M. J., Linehan C., Kerr M. & Walsh P. N. (2007) Developing health indicators for people with intellectual disabilities. The method of the Pomona project. *Journal of Intellectual Disability Research* **51**, 427–34.

Synergy, Medline

Einschränkung des Sehvermögens bei Trisomie 21

Einführung

In einer Studie, die im Jahre 2004 von der School of Optometry and Vision Sciences in Wales, Großbritannien, durchgeführt wurde, wollten Ruth E. Stewart et al. herausfinden, ob es sinnvoll ist, Kinder mit dem Down Syndrom mit Bifokalgläsern zu versorgen. Diese Vorgehensweise ist in Nordamerika und Skandinavien gängige Praxis. Der Ausgangspunkt hierfür lag darin, dass sich in bereits vorausgegangenen Studien herausgestellt hatte, dass bei mehr als 75% der Kinder mit Trisomie 21 eine Akkommodationsschwäche vorliegt. Diese hat nichts mit dem beschleunigten Alterungsprozess, der durch das Syndrom bedingt ist, zu tun. Die Kinder sind nicht oder nur verzögert dazu in der Lage, auf genaue Entfernungswerte zu akkommodieren. Es nahmen 34 Schulkinder im Alter von fünf bis elf Jahren teil, die in zwei Gruppen aufgeteilt wurden. Alle Kinder hatten eine Akkommodationsschwäche. Es wurde eine Gruppe mit Bifokalgläsern versorgt, die einen einheitlichen Nahzusatz von +2,50 dpt erhielten. Die Kontrollgruppe wurde mit Einstärkengläsern versorgt. Die Dauer der Studie betrug fünf Monate, in diesem Zeitraum fanden drei Kontrolltermine statt. Die Kinder trugen die Brillen nur während der Schulzeit und bei den Hausarbeiten. Es wurde die Akkommodationsgenauigkeit mittels Skiaskopie in den Entfernungen 25,0 cm, 16,7 cm und 10,0 cm geprüft. Es stellte sich heraus, dass die Kinder mit den Bifokalbrillen nach fünf Monaten eine deutliche Verbesserung der akkommodativen Genauigkeit hatten. Zum Erstaunen der Wissenschaftler trat dies auch für die Ferne ein. Einige Kinder wollten die Gläser auch außerhalb der vorgegebenen Tragezeiten nutzen (1).

Eine frühere Studie, die ebenfalls von Ruth E. Stewart et al. im Jahre 1993 in Wales durchgeführt wurde, befasste sich mit dem Zusammenhang von Akkommodationsgenauigkeit, Hyperopie und Strabismus bei Kindern mit dem Down Syndrom. Die Untersuchungen ergaben, dass Kinder mit einer Akkommodationsschwäche vermehrt eine Hyperopie und einen zusätzlichen Strabismus im Sinne einer Esotropie ausbilden. Es wird vermutet, dass sich die Esotropie aus der erhöhten Akkommodation entwickelt, die wiederum Konvergenz zur Folge hat. Da auch untersuchte Kinder mit Down Syndrom eine Akkommodationsschwäche ohne Strabismus aufwiesen, wurden für diese noch weitere unbekannte Ursachen vorausgesetzt (2). Inwiefern die verzögerte Akkommodation sich im Erwachsenenalter auswirkt, wurde nicht angegeben.

Die bisherigen Studien über die Sehkraft bei Trisomie 21 befassen sich fast ausschließlich mit Kindern im Alter bis zu 15 Jahren. Es ist zu vermuten, dass aufgrund der verzögerten Akkommodation, des verfrüht einsetzenden Alterungsprozesses und des schlechten Muskeltonus, Menschen mit dem Down Syndrom einen früheren Bedarf für eine Nahkorrektur gegenüber nicht betroffenen Personen haben.

Tabelle 1: Alter in Jahren Nahzusatz für einen Arbeitsabstand von 35 bis 40 cm(3).

Alter	Addition
45	0,50 - 1,00 dpt
50	1,25 - 1,50 dpt
55	1,50 - 2,00 dpt
60	2,00 - 2,50 dpt

Die Schätzwerte (Tabelle 1) für einen durchschnittlichen altersabhängigen Nahzusatz für die Entfernungen von 35cm bis 40cm werden bei Menschen ohne beeinträchtigte Akkommodation verwendet. Ob diese Schätzwerte auch für Menschen mit Trisomie 21 sinnvoll sind, konnte bislang nicht geklärt werden.

Vor dem Hintergrund dieses Kenntnisstandes lag es nahe, die augenoptische Versorgung von Menschen mit Trisomie 21 in Deutschland näher zu untersuchen, um die Einschränkungen des Sehvermögens der Betroffenen besser einordnen zu können.

Wahrnehmung bei Trisomie 21

Das Down Syndrom bedingt eine veränderte Wahrnehmung. Die größte Rolle spielen hierbei die vorliegenden Seh- und Hörschädigungen. Wenn ein Kind schwerhörig auf die Welt kommt, so erhalten akustische Signale folgerichtig nur einen untergeordneten Stellenwert. Das Erlernen der Sprache wird verlangsamt. Die vorliegende Fehlsichtigkeit nimmt ebenfalls Einfluss auf die Wahrnehmung, so erzeugt zum Beispiel ein hoher Astigmatismus ein stark zu einer Seite verzerrtes Bild. Die schlechte Sehleistung lässt den Tastsinn umso stärker werden. Abstraktes Denken fällt den meisten Kindern mit Down Syndrom schwerer als anderen Kindern, was ihnen in der Schule besondere Schwierigkeiten bereitet. Die Fähigkeit, die Stimmungslage der Mitmenschen zu erfassen ist bemerkenswert gut ausgeprägt. Menschen mit Trisomie 21 reagieren besonders stark und mit positiven Emotionen auf rhythmische laute Musik. Musik kann also gut zum Spannungsabbau dienen. Auch die Arbeit mit tiergestützten Therapien, wie dem therapeutischen Reiten, kann sinnvoll eingesetzt werden, besonders beim Vorhandensein autistischer Züge (15); (16).

Spezifische Augenveränderungen bei Trisomie 21

Folgende Veränderungen treten gehäuft im Zusammenhang mit einer Trisomie 21 auf:

- Keratokonus
- Strabismus
- Latentes Schielen
- Nystagmus

Methoden

Visus cc

Der Visus in Ferne und Nähe wurde mit Lea Sehzeichen ermittelt. Um eine möglichst realistische Einschätzung der derzeitigen Sehleistung zu erhalten, nutzte der Proband seine Brille. Für die monokulare Visus-Bestimmung wurde ein Auge abgedeckt.

Zum besseren Vertrauensaufbau zwischen Proband und Prüfer wurde der Nah-Visus zuerst geprüft. Der Lea-Nahtest ist für 40 cm ausgelegt. Im unteren Bereich sind alle vorkommenden Symbole nochmals stark vergrößert dargestellt.

Subjektive Refraktion

Vor der subjektiven Refraktion wurde mit dem Auto-Refrakto-Keratometer eine objektive Refraktion ermittelt. Die aktuelle Korrektur wurde in die vorangepasste Messbrille eingesetzt und damit der Fern-Visus erneut überprüft. Die letzte noch mögliche Visus-Zeile aus der vorangegangenen Messung wurde dargeboten. War das Vorlesen fließender oder komplett richtig, wurde die nächste Zeile dargeboten. Die bisherige Korrektur und die objektive Refraktion wurden miteinander verglichen. Bei der Bestimmung der Sphäre wurde nach der Dondersschen Methode vorgegangen. Hierbei wird Plus gegeben, bis der Klient sagt, dass das Sehen mit diesem Glas schlechter wird. Das vorherige Glas wird dann als Korrektionsglas gewählt (45). Die meisten unserer Probanden konnten dies nur schlecht bewerten, daher wurde ein abgewandeltes Verfahren angewandt. Das Abbruchkriterium war nicht die subjektive Empfindung, sondern ein abfallender Visus, bzw. eine geringere Lesegeschwindigkeit.

Tabelle 2: Stufungstabelle für das Vorhalten sph. Messgläser (46).

Momentaner Visus	Sphärisches Messglas
< 0,10	2,00 dpt
0,10 ... 0,25	1,00 dpt
≥ 0,32	0,50 dpt

Eine Abschätzung der Myopie mittels der Stufungstabelle (Tabelle 2) war schwierig anzuwenden. Die Frage nach einer Verbesserung des Sehens war problematisch. Daher war bei der Gabe von Minusgläsern besondere Vorsicht geboten.

Ein Abgleich des Astigmatismus mittels Kreuzzylinder hat sich als nicht durchführbar erwiesen. Selbst bei der Prüfung der Größe des Korrektionszylinders mit einem Kreuzzylinder von $\pm 0,5$, konnte keiner der Probanden eine Aussage treffen. Bei der Überprüfung des Astigmatismus diente die objektive Refraktion als Orientierung.

Zunächst wurde ein Abgleich der Achslage durchgeführt. Die letzte erkennbare Visus-Zeile wurde mit der bisheriger und mit objektiver Achslage dargeboten. Die Lesegeschwindigkeit bzw. der Visus wurden beurteilt und die Achse demnach ein-

gestellt. In ähnlicher Weise erfolgte der Abgleich der Zylinderstärke. Die aktuelle Visuszeile wurde vorgelesen und dann mit neuem Zylinder überprüft.

Im Anschluss an die Korrektur des Astigmatismus ist ein Feinabgleich der Sphäre durchgeführt worden.

Bei der Nahprüfung wurde ebenfalls eine Lea-Nahsehprobe verwendet. War der Nah-Visus schlechter als der Fern-Visus, so wurde eine Addition gegeben. Die Stärke der Addition wurde anhand einer Visussteigerung überprüft.

Abdecktest

Der Abdecktest, auch Covertest genannt, beurteilt das Fixierverhalten eines Auges beim Übergang vom Binokularsehen zum Monokularsehen. Er dient zur Aufdeckung einer Heterotropie.

Der Covertest ist ohne besondere Hilfsmittel durchzuführen. Der Proband fixiert ein Objekt in der Ferne bzw. in der Nähe. Ein Auge wird in schneller Weise zugedeckt und dabei das Gegenauge auf eine eventuelle Bewegung hin beobachtet. Findet eine Bewegung des nicht abgedeckten Auges statt, so nimmt dieses nun die Fixation auf.

Tabelle3: Richtung der Einstellbewegung bei Vorliegen einer Tropie.

Richtung der Einstellbewegung	Art der Tropie
von temporal nach nasal	Exotropie
von nasal nach temporal	Esotropie
von oben nach unten	Hypertropie
Von unten nach oben	Hypotropie

Stereotest

Als Stereotest wurde die Titmus Fliege verwendet. Dieser Test ist in der Regel leicht verständlich und auch für Kinder geeignet. Bei der Durchführung ergaben sich Probleme, daher wurde zum Ende der Studie nur noch der Treffversuch nach Lang angewendet.

Ergebnisse

Probandengruppe

In die Studie wurden insgesamt 47 Personen mit Trisomie 21 aufgenommen. Die Anzahl der tatsächlich geprüften Personen reduzierte sich durch fehlende Mitarbeit (8 Personen) auf 39 Personen. Eine weibliche Probandin war derart introvertiert, dass bei ihr nur der Nah-Visus messbar war. Eine weitere Person musste aufgrund einer Keratoplastik von der Studie ausgeschlossen werden. Die auswertbare Menge der Prüfergebnisse lag somit bei $n=37$. Es konnten die Daten von 21 weiblichen und 16 männlichen Probanden ausgewertet werden.

An der Studie waren Personen im Alter von 30 bis 58 Jahren beteiligt. Eine Normalverteilung der Altersstruktur kann zugrundegelegt werden (Shapiro-Wilk $p=0,296$). Das Durchschnittsalter lag bei 42,8 Jahre \pm 6,2 Jahre (bei Männern (42,5

Jahre $\pm 6,1$) und Frauen (43,0 Jahre $\pm 6,4$) annähernd gleich). 27 Probanden (72%) waren jünger als 45 Jahre, die Mehrheit (24 (64%)) unserer Probanden war zwischen 35 und 45 Jahren alt.

Vorhandene Korrektur für die Ferne

Der Anteil an Brillenträgern betrug insgesamt 78%. Nur 8 der 37 Probanden trugen keine Korrektur. Von den Probanden, die eine Brille besitzen (29 Probanden), kamen 23 Probanden (62 %) mit ihrer Brille zur Augenprüfung. Als Vergleich wurde die von dem Verein Kuratorium Gutes Sehen e.V. in Auftrag gegebene Allensbach-Brillen-Studie (2005) herangezogen. Demnach tragen 63,7% der Bundesbürger eine Brille, 36,1% tragen diese ständig.

Der Anteil an ständigen Brillenträgern (62%) im Probandenkollektiv war scheinbar deutlich höher. Eine Kontrolle des Vertrauensbereichs (einseitig unten mit $x=23$; $n=37$; $\alpha=0,05$) ergibt aber den Wert $p_{un} = 0,27$. Der Anteil an ständigen Brillenträgern in unserer Studie widersprach daher nicht dem Ergebnis der Allensbach-Studie.

Bei der Prüfung hatten 6 Personen ihre Brille nicht dabei. Es kann vielerlei Gründe geben, warum eine Brille nicht benutzt wird, diese konnten nicht endgültig geklärt werden. Eine falsche Korrektur ist genauso denkbar wie Eitelkeit der Probanden.

Fern-Visus

Es konnte weder eine Normalverteilung für die Grundgesamtheit des Visus V_{cc} noch des $\lg(V_{cc})$ angenommen werden (Shapiro-Wilk-Test, Testbedingung $p>0,05$) Zum Nachweis, dass unsere Korrektur die Sehleistung der Probanden nachweislich verbessert hatte wurden die Ergebnisse mit einem Wilcoxon-Test verglichen. Die Unterschiede sind durch den Wilcoxon-Test als signifikant erkannt worden. Daher kann eine Verbesserung nachgewiesen werden.

Der Visus in Abhängigkeit vom Alter war deutlich geringer bei Probanden die 50 Jahre oder älter sind. So hatte der Großteil (78,6%) nur einen Visus zwischen 0,05 und 0,3. Sie konnten daher nach den WHO-Richtlinien als Sehbehindert (Stufe 1+2) eingestuft werden. Das bedeutet, dass bei Stufe eins der Sehbehinderung der Visus $< 0,3$ und $\geq 0,1$ ist. In Stufe zwei ist der Visus $< 0,1$ und $\geq 0,05$. Grundlage hierfür ist der Visus mit der jeweils bestmöglichen Korrektur. Diese Einordnung galt auch für 30,5% der unter 50 jährigen Probanden.

In der Regel werden Personen mit einer Sehkraft $V_{cc} < 0,3$ zusätzlich mit Vergrößernden Sehhilfen versorgt. Doch nur eine der elf sehbehinderten Probanden verfügte über eine Nahunterstützung. Kein Proband besaß eine Lupe oder ein vergleichbares Hilfsmittel. Die gesetzlichen Krankenkassen leisten zusätzlich zu den Hilfsmitteln auch für Brillen-Korrekturen eine Zuzahlung an Sehbehinderte mit einem Visus unter 0,3. Diese finanzielle Unterstützung könnten viele der Probanden in Anspruch nehmen.

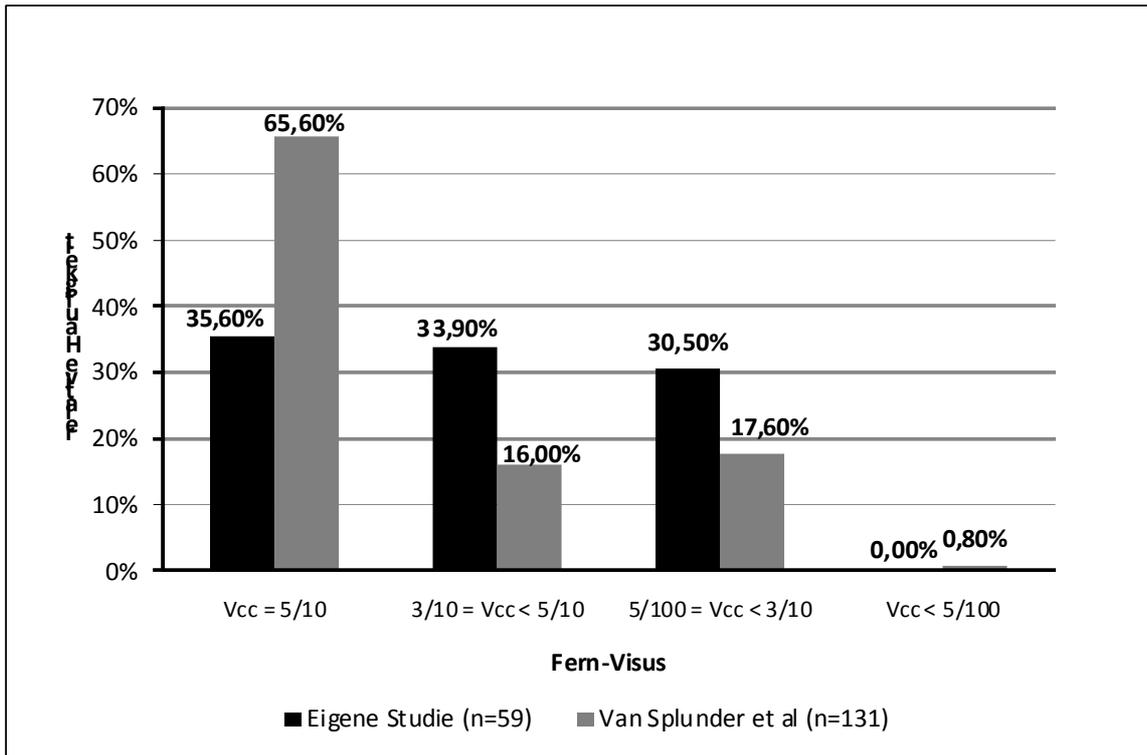


Abbildung 1: Studienvergleich Fern -Visus (Alter der Probanden < 50 Jahre) (48).

Im Vergleich der ermittelten Daten zu einer Studie aus dem Jahr 2003(48) fiel besonders der allgemein schlechte Visus unserer Probanden auf (Abbildung 1 und Abbildung 2). Van Splunder ermittelte in seiner Studie den Visus von geistig Behinderten. Dabei wurde der Visus von Menschen mit Down Syndrom gesondert dargestellt und diente dieser Studie als Vergleichsgrundlage. Der Visus wurde hier mittels Snellen-Haken ermittelt. Die genaue Grenze der Visuseinteilung ist in der Quelle nicht klar definiert.

Die meisten der unter 50-jährigen Probanden dieser Studie (65,6 %) zeigten einen Visus über 0,50 auf. In unserem Probandenkollektiv hatten nur 35,59 % einen Visus von 0,50 oder besser. Aufgrund der geringen Anzahl von Probanden können über die Verteilung der Visuswerte keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden.

Veränderung des Visus

Insgesamt stieg der Visus durch die neue Korrektur durchschnittlich um 1,36 Stufen an. Eine unveränderte Sehschärfe war bei 24 Probanden (64%) zu verzeichnen. Bei vier Probanden (11%) beobachteten wir eine Steigerung des Visus von vier und mehr Stufen. Ein Proband erreichte sogar eine Verbesserung von neun Stufen (V_{cc} bisher=0,02; V_{cc} neu=0,16). Der Wilcoxon-Test ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang der Verbesserung der Sehschärfe im Vergleich mit der bisherigen Korrektur zur neuen Korrektur ($p=0,000$).

Nah-Visus

Für die Grundgesamtheit des Visus $Ig(V_{cc})$ konnte keine Normalverteilung angenommen werden (Shapiro-Wilk-Test, Testbedingung $p > 0,05$).

Aufgrund der Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests muss der Wilcoxon-Test (Signifikanztest zum Vergleich von verbundenen Stichprobenergebnissen) als nicht parametrischer Test durchgeführt werden. Das Ergebnis des Wilcoxon-Test zeigt eine nachweisliche Verbesserung der Nah-Sehleistung der Probanden.

Der Median stieg beim binokularen Nah-Visus um eine Visusstufe an. Der minimale Visus stieg um vier Stufen (von Visus 0,05 auf 0,125) an. Beim maximalen Visus war ein Anstieg von einer Visusstufe (von Visus 0,8 auf Visus 1,0) zu verzeichnen.

Nah-Korrektion

Zehn der Probanden ($n=37$) waren älter als 45 Jahre und benötigten daher sehr wahrscheinlich einen Nahzusatz. Nur zwei dieser Probanden (20%) besaßen zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine Brille mit Nahunterstützung (Bifokalbrille). Beide Probanden (weiblich) waren hyperop. Die 50 jährige Probandin hatte eine im Vergleich zur Schätztabelle geringe Addition von +1,25 dpt. Mit +2,50 dpt lag die Addition der 58 jährigen Probandin im Bereich der Schätztabelle.

Der jüngste Proband, der eine Addition benötigte, war 32 Jahre alt. Er war stark myop und ist nach WHO-Klassifikation Sehbehindert Stufe 1. Eine Abhängigkeit der Addition von einem verfrüht einsetzenden Alterungsprozess konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden. Die Sehbehinderung von 78% der Probanden könnte ein zusätzlicher Einflussfaktor gewesen sein.

Strabismus

Beim Covertest lag bei 49% der Probanden eine Esotropie vor. Nach Angaben der American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (51) weisen 20-60% der Personen mit Down Syndrom einen Strabismus auf. Der Anteil von Personen mit Strabismus in Deutschland liegt insgesamt bei nur 7%. Dass es sich bei den vorgefundenen Strabismen ausschließlich um Esotropien handelte, ist spezifisch für das Down Syndrom.

Eine Kombination von Esotropie und Hypertropie lag bei einer Probandin am rechten Auge vor. Diese ist nach eigener Aussage nach einer Operation auf diesem Auge erblindet und stellt somit einen Ausnahmefall dar.

Stereosehen

Der Stereotest wurde von 43% bestanden, bei 51% der geprüften Personen konnte kein Stereosehen nachgewiesen werden. Bei 5% konnte durch fehlende Mitarbeit kein Testergebnis herbeigeführt werden.

Der Stereotest wurde zu Beginn der Messungen mit der Titmusfliege durchgeführt. Diese Methode erwies sich als schwer praktizier- und auswertbar. Der Stereotest wurde umgestellt auf den Treffversuch nach Lang, der von den Probanden sehr gut angenommen wurde.

Mit 51% war der Anteil der Personen ohne räumliches Sehen sehr hoch. Viele der Probanden sind jedoch bei ihrer täglichen Arbeit auf räumliches Sehen angewiesen. Fehlt das Stereosehen, so bereiten viele der Arbeiten Probleme, die sich durch Konzentrationsschwierigkeiten oder Fehler äußern können.

Sonstige Auffälligkeiten

Während des Covertestes konnten vereinzelte latente Nystagmen in Kombination mit einer Esotropie beobachtet werden.

Bei der objektiven Refraktion mit dem Auto-Refraktometer fielen irregulär verzerrte Testmarken auf. In diesen Fällen löste das Gerät nur vereinzelt eine Messung aus. Dieses kann als Hinweis auf das Vorliegen eines Keratokonus gewertet werden. Deformierte Pupillen waren bei mehreren Probanden zu beobachten.

Schlussfolgerungen

Ein wesentliches Ziel dieser Arbeit war, die optische Korrektur für die Nähe von Menschen mit Trisomie 21 zu überprüfen.

Die Brillenwerte der Probanden waren in den wenigsten Fällen aktuell, so dass der größte Teil der Zeit mit der Fernvisus-Bestimmung und der Refraktion für die Ferne verbracht wurde.

Ursprünglich sollte eine Augeninnendruckmessung mit dem Non-Kontakt-Tonometer ein fester Bestandteil der Untersuchungen sein. Das Auslösen des Gerätes und der damit verbundene plötzliche Luftdruck hätte viele Probanden derartig erschreckt, dass das Vertrauen verletzt worden wäre. Während der Messungen fanden sich bereits andere Probanden im Prüfraum ein. Eine im Anschluss an die Untersuchungen durchgeführte IOP Messung hätte ebenso das Vertrauen der zukünftigen Probanden in die Prüferinnen schon im Voraus verletzen können.

Da die Konzentrationsspanne der Probanden nur kurz war, musste die Nahzusatzbestimmung möglichst schnell durchgeführt werden. Die ermittelten Additionen waren bezogen auf das Alter schwankend. Aufgrund der geringen Anzahl der Probanden konnte kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Addition festgestellt werden. Der Einfluss einer starken Sehbehinderung auf die Addition blieb ebenfalls ungeklärt.

Es war deutlich zu merken, dass die jeweils untersuchte Person zum Ende der Messung nur schwer motivierbar war. Zwei Prüftermine pro Person hätten diese Problematik vermindern können, ließen sich aber durch den vorher mit der Werkstatt erstellten Zeitplan nicht mehr spontan realisieren.

Die schlechte Sehkraft der untersuchten Personen in Zusammenhang mit den häufig vernachlässigten Augenuntersuchungen lässt vermuten, dass der Sehkraft nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Die überwiegend anatomisch schlecht angepassten Brillen bestätigen diesen Eindruck. Eine Überprüfung der optischen Brillenanpassung wurde nicht durchgeführt.

Da geistig behinderte Menschen oftmals ihre Bedürfnisse nicht genügend mitteilen können, sind sie auf die Unterstützung ihres sozialen Umfeldes angewiesen. Ein visuelles Defizit wird von den Betroffenen selbst nur selten erkannt.

Es wäre also wichtig, dass die Familien, die gesetzlichen Betreuer, aber auch die verschreibenden Ärzte, sowie Augenoptiker noch mehr Aufklärung zu diesem Thema erfahren.

Insbesondere sollte die Ausbildung der mit Augenprüfungen befassten Fachleute im Bereich „Versorgung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ in diesem Bereich verbessert werden. Eine Augenprüfung bei Menschen mit Down Syndrom ist zeitintensiv und erfordert ein hohes Maß an Geduld und Einfühlungsvermögen.

Die Messergebnisse dieser Studie haben gezeigt, dass es lohnenswert ist, mehr Zeit aufzuwenden, da eine Verbesserung der Sehleistung in fast allen Fällen möglich war.

Menschen, die schon mit grundlegenden Behinderungen leben müssen, könnte mit einer optimalen visuellen Versorgung ansatzweise eine bessere Teilhabe am sozialen Leben und eine verbesserte Integration ermöglicht werden.

Literatur

1. **Stewart, Ruth E. et al.** *In focus: the use of bifocal spectacles with children with Down's syndrome*, 514-522. 25, Cardiff University, UK : s.n., 2005.
2. **Stewart, Ruth et al.** Association Between Accommodative Accuracy, Hypermetropia, and Strabismus in Children with Down's Syndrome. *OPTOMETRY AND VISION SCIENCE*, 2382-2387. 1993, 84.
3. **Köhler, J.** (2006) Skript Nahglasbestimmung SS 2006.
15. **Neuhäuser, Gerhard.** *Syndrome*. Marburg : Lebenshilfe- Verlag, 2004.
16. **Murken, Dr., Jan/ Dietrich-Reichart, Elke.** *Down-Syndrom, 1. Auflage*. Starnberg-Percha : R.S. Schulz Verlag, 1990.
45. **Diepes, Heinz.** *Refraktionsbestimmung, 3. Auflage*. Heidelberg : DOZ-Verlag, 2004.
46. **Von Handorff, Christian.** Sehbehinderten gerechte Refraktionsbestimmung. *Optometrie* . 2, 2005.
48. **Van Splunder, Jacques et al.** Refractive errors and visual impairment in 900 adults with intellectual disabilities in the Netherlands. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*. 2003, pp. 123-129.
51. <http://www.aapos.org>. [Online] [Zitat vom: 30. 05 2008.]
<http://www.aapos.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=214>.

Zum Selbst- und wahrgenommenen Fremdkonzept von Fußballspielern mit geistiger Behinderung

Problemstellung

Die Bedingungen und Lebensumstände für Menschen mit geistiger Behinderung haben sich in den letzten Jahrzehnten durch gesellschaftliche Umdenkprozesse wesentlich verbessert. Dennoch werden Menschen mit geistiger Behinderung im Allgemeinen immer noch mit negativen Beurteilungen ihrer Leistungsfähigkeit, ihrer Identität, ihres Selbstkonzepts und ihrer sozialen Anerkennung versehen. Insofern unterliegen sie im Vergleich zu Personen mit einer Körperbehinderung in der Gesellschaft häufig einer hohen Stigmatisierung (Julius, 1999; Cloerkes, 2001).

Im Jahr 2006 wurde in Deutschland erstmals die ‚Fußball-Weltmeisterschaft der Menschen mit geistiger Behinderung‘ ausgetragen. Für die Organisation war die ‚International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability‘ (INAS-FID) zuständig. INAS-FID wurde 1986 gegründet und hat sich vorrangig der Aufgabe verschrieben, den wettkampforientierten Sport der Menschen mit geistiger Behinderung in möglichst vielen Sportarten zu fördern. Die Wettkämpfe werden nach den Statuten der Weltsportverbände der Nichtbehinderten (z.B. FIFA, IAAF) ausgetragen. INAS-FID nutzte damit die Chance, geistig behinderten Fußballspielern eine Plattform zur Präsentation ihrer Leistungsfähigkeit und zur Erhöhung der Akzeptanz in der Öffentlichkeit zu bieten.

Im Rahmen der Selbstkonzept- und Fremdkonzeptforschung wurden bisher nur wenige Studien veröffentlicht, die sich mit der spezifischen Problematik der Entwicklung des Selbst- und Fremdkonzepts von Menschen mit einer Behinderung allgemein und speziell von Menschen mit einer geistigen Behinderung befassten (Sherill, 1997; Ahrbeck & Rath, 1999; Wegner, 2000; Kemper & Treu, 2007).

In der vorliegenden Studie wurde die Möglichkeit genutzt, die Fußballspieler der Deutschen Nationalmannschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der Vorbereitung auf die Fußball-Weltmeisterschaft 2006 in Deutschland in Hinsicht auf die Auswirkungen des Sports und insbesondere des Fußballs unter der Berücksichtigung der Zugehörigkeit zur Nationalmannschaft auf die Aspekte ihres Selbstkonzepts und ihres wahrgenommenen Fremdkonzepts differenziert zu befragen.

Spezifische Aspekte des Selbst- und wahrgenommenen Fremdkonzepts

Im Folgenden werden wesentliche Kennzeichen des Selbst- und wahrgenommenen Fremdkonzepts dargestellt.

Kennzeichen des Selbstkonzepts

Offensichtlich findet sich in vorliegenden theoretischen und empirischen Studien keine einheitliche Definition des Begriffs *Selbstkonzepts*. Dieser Begriff des Selbstkonzepts wird auf der einen Seite häufig mit unterschiedlichen Termini (Selbst, Selbstbild, versehen, auf der anderen Seite werden aber auch manchmal die gleichen Termini für unterschiedliche Konzepte (Persönlichkeit, Verhaltenstendenzen) verwendet. Weitgehende Einigkeit besteht jedoch darüber, dass das Selbstkonzept eine handlungs- und verhaltenssteuernde Funktion hat, relativ stabil ist, dabei jedoch Schwankungen und Veränderungen unterliegen kann. Das Selbstkonzept besteht allgemein aus dem *privaten Selbst* und dem *sozialen Selbst*. Das private Selbst entspricht in diesem Sinne dem Bild einer Person von sich selbst, das sie auf der Grundlage von Erfahrungen mit der Umwelt und der Bewertung des sozialen Selbst gewonnen hat. Das soziale Selbst beinhaltet das wahrgenommene und vermutete Fremdbild und damit das Bild von der Meinung anderer über die eigene Person.

Allgemein könnten die Aspekte des Selbst, des Selbstkonzepts und des Selbstwertgefühls differenziert werden. Hierbei stellt das Selbstkonzept die kognitive Komponente dar, in die alle Wahrnehmungen zur eigenen Person einfließen. Das Selbstwertgefühl wird durch die affektive Komponente bestimmt und wird somit aus der Gesamtheit der Selbsteinschätzungen bezüglich eigener Fähigkeiten, Merkmale und Eigenschaften gebildet. Thomas (1992) und Asendorpf (2004) fassen das Selbstkonzept als komplexes System auf, in dem das Wissen über die eigene Person organisiert ist. In diesem Sinne enthält das Selbstkonzept zum einen Informationen, die innerhalb einer Kultur allgemein anerkannt sind, zum anderen aber auch individuelles, spezifisches Wissen über Persönlichkeitseigenschaften, Ereignisse und Erfahrungen, die die eigene Person betreffen.

Das Selbstkonzept eines Menschen beinhaltet laut Herkner (1993) das im Langzeitgedächtnis gespeicherte Wissen über sich selbst dar und enthält Informationen über soziale Beziehungen, Gefühle, Stimmungen, Einstellungen, Eigenschaften, Verhaltensweisen, Ziele, Erlebnisse und Ergebnisse. Ferner beinhaltet es Informationen über ein in bestimmten Situationen erwartetes Verhalten und über das individuell angestrebte Verhalten. Deusinger (1998) spricht in diesem Zusammenhang von einem multidimensionalen System und konstatiert mehrere parallel bestehende Selbstkonzepte. Andere Autoren gehen davon aus, dass es für verschiedene Situationen und Bereiche, wie für die Familie, für den Beruf und für die Freizeit, unterschiedliche Selbstkonzepte gibt, da jedes Individuum in allen Lebensbereichen eine andere Funktion übernimmt bzw. Rolle spielt (u. a. Mummendey & Mielke, 1989; Fiske & Taylor, 1991; Herkner, 1993; Delhees, 1994).

Mummendey (2006) betrachtet das Selbstkonzept als ein hierarchisches System, das in das emotionale, das soziale, das körperbezogene und das leistungsbezogene Selbstkonzept eingeteilt werden kann. Bei dem emotionalen Selbstkonzept können die Merkmale der eher positiv bzw. negativ getönten Grundstimmung und der situationsabhängigen Gestimmtheit untergliedert werden. Das soziale Selbstkon-

zept kann sich an der Beziehung zu den Eltern und Familienangehörigen, zu den Freunden und zu fremden Personen orientieren. Beim körperbezogenen Selbstkonzept werden zudem die Komponenten für die Gesundheit und die äußere Erscheinung unterschieden. Das leistungsbezogene Selbstkonzept setzt sich u.a. aus der schulischen, sportlichen und künstlerischen Leistung zusammen. Diese einzelnen Komponenten des Selbstkonzepts können nach unterschiedlichen Inhalten und Funktionen weiter aufgliedert werden.

Neben den unterschiedlichen Einstellungen („Attitüden“), die sich hinsichtlich der begrifflichen Bestimmung des Selbstkonzepts herausstellen lassen, wird davon ausgegangen, dass Selbstkonzepte in ihrer Entwicklung Veränderungen unterliegen, die z.B. bewusst herbeigeführt werden können, wie durch das Streben nach Selbstwerterhöhung (Fiske & Taylor, 1991; Filipp, 1993; Baumeister, 1999) oder durch traumatische Erlebnisse wie Erfahrungen von Verlust einer Funktion oder einer nahestehenden Person oder des Eintritts einer Behinderung verursacht werden können (Kemper, 2003; Kemper & Treu, 2007).

Auch die Theorie der Selbstdarstellung bzw. Selbstpräsentation beinhaltet ein veränderliches Selbstbild in Abhängigkeit von spezifischen Rollen in verschiedenen Umweltbedingungen. Laut Delhees (1994) wendet jeder Mensch in Kommunikationssituationen eine Reihe von Selbstdarstellungstechniken an. Mummendey und Mielke (1989) sprechen in diesem Zusammenhang von Eindrucksmanagement („Impression-management“). Hierunter fallen vor allem die Hervorhebung eigener positiver Eigenschaften und die Negation bzw. das Verbergen negativer Eigenschaften und Verhaltenstendenzen.

Kennzeichen des Fremdkonzepts und wahrgenommenen Fremdkonzepts

Fremdbilder sind den Selbstbildern in vieler Hinsicht ähnlich. Sie sind im Vergleich zum Selbstbild jedoch weniger umfangreich und weniger differenziert, da der Beobachter Informationen über Gefühle, Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Eigenschaften und Gewohnheiten anderer Personen oftmals nur aus bestimmten Hinweisreizen ableiten kann und zu bisherigen Verhaltensweisen oder in der Zukunft erwünschten Verhaltensweisen keinen direkten Zugang hat (Rosemann & Kerres, 1986; Fiske & Taylor, 1991; Herkner, 1993). Ferner stehen dem Beobachter zumeist nur Hintergrundinformationen über physiologische Zustände und Vorgänge zur Verfügung. Konkrete Informationen zu Gewohnheiten, Merkmalen und Einstellungen der von ihm beobachteten Person sind für ihn entweder gar nicht oder nur in geringem Maße zugänglich.

Diese fehlenden Informationen bergen die Gefahr in sich, dass Fremdbilder ein verzerrtes oder falsches Bild von der beobachteten Person oder Gruppe produzieren. Dabei können verschiedene Arten von Fremdbildern und Einstellungen unterschieden werden. So sind *Stereotype* Vorstellungen und Vorurteile, die Mitglieder einer Gruppe oder Gemeinschaft gegenüber anderen Gruppen besitzen. Sie liegen zu Vertretern verschiedener Nationen, aber auch zu verschiedenen Berufs- und Bevölkerungsgruppen und Minderheiten vor wie z.B. zu Menschen mit Behinderun-

gen. Eine Sonderform sozialer Vorurteile bilden *Stigmata* (Cloerkes, 2001; Kauer & Bös, 1998). Mittels der Zuweisung eines Stigmas wird Andersartigkeit unter der Zuschreibung negativer Eigenschaften festgelegt. Stigmatisierung stellt oftmals eine Bedrohung für das Selbstkonzept und die Identitätsfindung dar.

Das *wahrgenommene Fremdkonzept* beruht auf den Beobachtungen und Erkenntnissen einer Person, wie sie sich von anderen Personen wahrgenommen sieht. Diese Bewertungen können aus Reaktionen anderer Personen auf eigene verbale oder nonverbale Reaktionen entnommen werden, oder sie können vom Hörensagen über Dritte an die entsprechende Person herangetragen werden. Wie beim Fremdkonzept allgemein kann auch das wahrgenommene Fremdkonzept auf fehlerhaften Informationen und deren subjektiver Deutung beruhen, was die verbale und nonverbale Kommunikation zwischen Personen und/oder Gruppen in bestimmten Situationen erschweren, aber auch erleichtern kann.

Ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der Entwicklung des wahrgenommenen Fremdkonzepts kommt der Integration und Akzeptanz einer Person in ihrem sozialen Umfeld zu. Mittels Integration können Einstellungen positiv verändert und soziale Vorurteile vermieden werden. Gelungene Integration trägt durch Entstigmatisierung maßgeblich zu einer positiven Identitätsentwicklung bei.

Ausgewählte Aspekte der geistigen Behinderung

Die Begriffe ‚geistig behindert‘ oder ‚Geistige Behinderung‘ und entsprechende Wortverbindungen wurden im deutschsprachigen Raum erst seit 1958 mit Gründung des Vereins ‚Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind‘ verwendet und ersetzen bis dahin gebräuchliche Ausdrücke, wie ‚schwach- und blödsinnig‘ oder sogar ‚idiotisch‘ (Borchert, 2000). Nach Speck (2005) drückt der Terminus ‚geistige Behinderung‘ ein Defizit bzw. ein negatives Kennzeichen aus, das stigmatisierend wirkt, da es eine intellektuelle Unzulänglichkeit induziert. Der Autor unterstrich jedoch auch, dass anstelle der Substantivierung ‚Geistigbehinderte‘ der fortschrittlichere und angemessenere Terminus ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ eingeführt wurde. So wird ein Mensch mit einer geistigen Behinderung nicht nur auf seine Behinderung reduziert, sondern es wird herausgestellt, dass die Behinderung lediglich eine bestimmte Eigenart bzw. Besonderheit der Person ausmacht.

Hinsichtlich der Klassifikation psychischer Störungen auf internationaler Ebene wird die geistige Behinderung als ‚Intelligenzminderung‘ bzw. ‚Oligophrenie‘ (‚Schwachsinn‘) bezeichnet (WHO, 2000, ICD-10 Kapitel V(F)). Als solche gilt „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ (WHO, 2000, ICD-10 Kapitel V(F), 254). Es werden die verschiedenen Grade der Intelligenzminderung unterschieden:

- IQ 50-69 = leichte Intelligenzminderung (leichte Oligophrenie),
- IQ 35-49 = mittelgradige Intelligenzminderung (mittelgradige Oligophrenie),
- IQ 20-34 = schwere Intelligenzminderung (schwere Oligophrenie),

- IQ unter 20 = schwerste Intelligenzminderung (schwerste Oligophrenie).

Bei einer solch starr festgelegten Klassifikation mit dem Ziel, international vergleichbare Kriterien und Bezeichnungen für psychische Störungen zu erstellen, bleibt zu bedenken, dass eine geistige Behinderung nicht ausschließlich mit einer Intelligenzminderung gleichzusetzen ist. Ferner muss das Behinderungsbild im Bereich anderweitiger Verhaltensstörungen bzw. psychischer Störungen betrachtet werden (Speck, 2005; Van der Schoot & Seeck, 1990). Darüber hinaus ist zu bedenken, dass eine kognitive Beeinträchtigung neben genetischer und neurophysiischer Bedingtheit auch immer eine Ausprägungsform der spezifischen Sozialisation ist (Cloerkes, 2001). So steht die psychophysische Schädigung des Gehirns als Auslöser und Ursache einer geistigen Behinderung, sie gilt aber auch als soziale Abweichung von der Norm, die der jeweiligen Gesellschaft und ihrer Entwicklung zu Grunde liegt.

Geistige Behinderung reicht von Formen der im Grenzbereich liegenden schulischen Lernbehinderung bis hin zur schwersten Ausprägung der geistigen Behinderung und ist gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung in den Bereichen der Intelligenz und dem sozial-adaptiven Verhalten, aufgrund dessen die Betroffenen lebenslange pädagogische und soziale Unterstützung benötigen. Häufig ist die geistige Behinderung begleitet von Beeinträchtigungen in den Bereichen der Sprache, der Motorik, der Wahrnehmung und der Emotion. Nach Van der Schoot und Seeck (1990) können sich diese Beeinträchtigungen in weiteren psychischen Störungen äußern, wie z.B. in stereotypen Bewegungsstörungen, in Aufmerksamkeitsstörungen mit Überaktivität, in Verhaltensstörungen, in Formen der Aggressivität und Zornausbrüchen sowie in neurologischen Anomalien des Sehens, des Hörens oder in Krampfanfällen.

Spezifische Fragestellung

Menschen mit geistiger Behinderung werden offensichtlich noch immer mit einer negativen Beurteilung ihrer Leistungsfähigkeit, ihrer Identität und ihrer sozialen Anerkennung in der Gesellschaft versehen und unterliegen einer hohen Stigmatisierung (Julius, 1999; Cloerkes, 2001). Solch stigmatisierende Tendenzen beinhalten negative, das individuelle und das soziale Selbstkonzept gefährdende Einschätzungen. Insofern schrieben Levy-Shiff, Kedem und Sevilla (1990) und Neisse (1999) Menschen mit einer geistigen Behinderung ein eher rudimentäres, negatives und unrealistisches Selbstkonzept zu.

Allerdings stellten Hofmann, Kunisch und Stadler (1991) und Schuppener (2005) bei Personen mit einer leichten geistigen Behinderung trotz der Gefahr der Fremdbestimmung und Stigmatisierung ein durchaus positiv entwickeltes Selbstkonzept fest. Darüber hinaus konnten in Untersuchungen zum Selbstkonzept von Menschen mit Behinderung nachgewiesen werden, dass sportliche Aktivitäten im Breiten- und Leistungssport positive Effekte auf das Selbstkonzept in sich bargen (Kemper & Treu 2007).

Angesichts der teilweise divergenten Aussagen in den angeführten Studien wurden in der vorliegenden Untersuchung folgende Fragestellungen unter den Aspekten des emotionalen, des körperbezogenen, des leistungsorientierten Selbstkonzepts sowie des wahrgenommenen Fremdkonzepts formuliert:

- * Inwiefern wird hinsichtlich des emotionalen Selbstkonzepts die eigene Behinderung von den Untersuchungspersonen wahrgenommen und welche Rolle spielt die Zugehörigkeit zur Nationalmannschaft bezüglich der Entwicklung des emotionalen Selbstkonzepts?
- * Welche Auswirkungen haben die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die äußere Erscheinung, und die Gesundheit und die körperliche Effizienz auf die Entwicklung des körperbezogenen Selbstkonzepts?
- * In welchem Maße beeinflusst die Wahrnehmung der sportlichen Leistung das leistungsbezogene Selbstkonzept?
- * Wie wirken sich die wahrgenommene Akzeptanz in der Öffentlichkeit durch Medieninteresse auf das wahrgenommene Fremdkonzept aus?
- * Können Strategien gegen mögliche selbstkonzeptgefährdende Situationen aufgezeigt werden?

Methode

Der Studie zum Selbst- und wahrgenommenen Fremdkonzept von Fußballspielern mit geistiger Behinderung lag ein speziell entwickelter Interviewleitfaden zu Grunde. Es wurden halbstrukturierte, narrative Interviews durchgeführt (Bortz & Döring, 1995). Die Untersuchung wurde während des letzten Trainingslagers in Duisburg vor der Fußball-Weltmeisterschaft für Menschen mit geistiger Behinderung 2006 in Deutschland durchgeführt. Für die Interviews standen die Zeiträume zwischen und nach den Trainingseinheiten an insgesamt drei Tagen zur Verfügung.

An der Untersuchung nahmen acht männliche Fußballspieler der Nationalmannschaft der Menschen mit geistiger Behinderung teil. Die Fußballspieler waren im Durchschnitt 21.75 Jahre alt. Sechs Spieler waren in der Kreisliga und ein Sportler in der Verbandsliga der Nichtbehinderten aktiv. Ein Spieler war nicht an einen Verein gebunden. Bis auf einen Probanden hatten die Befragten im Alter von vier bis acht Jahren mit dem Fußballspiel begonnen und gehörten zum Zeitpunkt der Befragung zwischen vier und zehn Jahren der Nationalmannschaft an.

Hinsichtlich der schulischen und beruflichen Situation hatte ein Spieler die Hauptschule und sieben Spieler die Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen absolviert. Ein Proband hatte seine Lehre abgebrochen, zwei Probanden waren im Handwerksbereich tätig, zwei Spieler absolvierten eine Ausbildung zum Hauswirtschaftsgehilfen, ein Proband arbeitete als Lagerarbeiter in einer Getränkefirma. Ein Spieler holte seinen Abschluss der 10. Klasse in Verbindung mit einer Berufsschulbildung nach. Ein Spieler hatte seine Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann abgeschlossen und einen Arbeitsvertrag bei einem Baumarkt unterschrieben.

Zur Klassifizierung konnten keine genauen Angaben über die einzelnen Spieler ermittelt werden. Es galt jedoch als Voraussetzung für die Spielberechtigung in der Nationalmannschaft, dass bei den Spielern ein Intelligenzquotient (IQ) von nicht höher als 75 ermittelt wurde.

Sieben Spieler waren nach eigenen Aussagen im Alltagsleben nicht auf fremde Hilfe angewiesen. Lediglich ein Proband gab an, dass er bei Alltagsproblemen seinen Betreuer kontaktierte.

Ergebnisse

In Anlehnung an Mummendey (2006) finden in der Ergebnisdarstellung Aspekte des emotionalen, des sozialen, des körperbezogenen und des leistungsbezogenen Selbstkonzepts der Probanden Berücksichtigung. Ferner ließen sich aus den Interviewaussagen der acht Fußballspieler mit geistiger Behinderung Aspekte zum wahrgenommenen Fremdkonzept näher analysieren. Abschließend werden Strategien gegen selbstkonzeptgefährdende Situationen aufgezeigt.

Emotionales Selbstkonzept

Zunächst interessierte, inwiefern im Rahmen des emotionalen Selbstkonzepts die eigene Behinderung von den Untersuchungspersonen wahrgenommen wurde. Darüber hinaus wurde der Frage nachgegangen, welche Rolle die Zugehörigkeit zur Nationalmannschaft bezüglich der Entwicklung des emotionalen Selbstkonzepts für die Probanden spielte.

Bezüglich der **Wahrnehmung der eigenen Behinderung** stufen sich die Befragten, als lernbehindert, aber nicht als geistig behindert ein, ohne auf die Klassifizierung näher einzugehen:

„Man braucht länger, bis der Groschen fällt.“

„Nur was bei mir fehlt, ist das Geld, dass ich mit Geld nicht so richtig umgehen kann.“

Zwei Spieler waren der Ansicht, dass sie bei entsprechenden Bemühungen ihre mentalen Defizite beseitigen könnten:

„Lesen ist nicht so gut und auch einige andere Sachen nicht. Aber ich denke, dass man das komplett wegmachen kann.“

Drei Spieler fühlten sich ungerechtfertigt einem Behindertenstatus ausgesetzt:

„Ich bin nicht behindert, sondern normal mit kleinen Fehlern.“

„Behinderung eigentlich nicht, sage ich mal. Ich spiele hier gerne bei der Behinderten-Nationalmannschaft, aber das heißt nicht, dass ich behindert bin.“

Die Tatsache, zur **Nationalmannschaft zu gehören**, wurde mit Begriffen wie ‚Ehre‘ und ‚Stolz‘ unterstrichen. Diese Gesichtspunkte wurden in folgenden Aussagen deutlich:

„Es stört mich auch nicht, dass es nur die Nationalmannschaft der Behinderten ist. Nationalmannschaft ist Nationalmannschaft. Und wir sind genauso stolz, den Adler auf der Brust zu tragen.“

„Ich habe denen das zu Hause ja auch mitgeteilt, dass ich in der Nationalmannschaft bin. Und die haben gesagt, dass sie stolz auf mich sind und so, dass ich das halt erreicht habe. Das macht mich auch total stolz.“

„Also für mich bedeutet das eine ganze Menge, denn wie viele Leute haben die Chance, in der Nationalmannschaft zu spielen.“

Drei Probanden unterstrichen ihre **Vorbildfunktion** in der Heimmannschaft, da sich ihr fußballtechnisches Können in der Nationalmannschaft verbessert hatte:

„Und ich bringe denen immer noch relativ viel bei und so. Also meinten die anderen: ‚Guck, was die immer so machen, da kannst du noch relativ viel lernen.‘ Und die fragen mich dann immer, ob ich denen das, was ich gelernt habe, zeigen kann.“

Wie sehr die Zugehörigkeit zur Nationalmannschaft sich weiterhin auf die **Persönlichkeitsentwicklung** auswirkte, belegen folgende Zitate:

„Ich bin eigentlich sehr ruhig, sehr ruhig geworden. Ich war vorher richtig laut beim Spiel, ja ich schreie dann die Leute an. Jetzt ist das nicht mehr so. Ich halte mich ein bisschen mehr zurück, und das freut mich auch. Wenn ein anderer mal etwas sagt, dann höre ich das an und mache das dann auch anders.“

„Selbstsicherer. Das hat mir der Trainer an einem Tag gesagt. Da hat er mich gelobt. Ich freue mich einfach und erzähle das auch jedem, dass ich mich freue und mich auch mehr entwickle.“

Insgesamt zeigten die Probanden aufgrund der Wahrnehmung der eigenen geringfügigen Behinderung, der Vorbildfunktion im Heimatverein und der Auswahl für die Nationalmannschaft ein sehr positives Selbstwertgefühl und emotionales Selbstkonzept. Insbesondere die Zugehörigkeit zur Nationalmannschaft erfüllte die Spieler mit Freude und Stolz. Hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung äußerten sich die Probanden zudem, kontrollierter und selbstsicherer geworden zu sein.

Körperbezogenes Selbstkonzept

Im Rahmen des körperbezogenen Selbstkonzepts standen die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die äußere Erscheinung, die Gesundheit und die körperliche Effizienz im Fokus der Untersuchung.

Alle Spieler gaben an, **keine körperlichen Einschränkungen** zu haben und **mit ihrem äußeren Erscheinungsbild zufrieden** zu sein. Die Probanden führten ihr gutes Aussehen und die Attraktivität ihrer Körper auf regelmäßiges Sporttreiben zurück:

„Ich würde nicht so cool aussehen. Wenn ich keinen Sport machen würde, würde es halt ansetzen.“

Sechs Probanden gaben an, aus gesundheitlichen Gründen **nicht zu rauchen**, damit sie den Leistungsanforderungen in der Nationalmannschaft genügen konnten. Die anderen zwei Befragten wollten mit dem Rauchen aufhören:

„Geraucht habe ich noch nie, da bin ich streng mit mir selbst. Ich wollte ja immer Leistungsfußballer werden, da kann man nicht rauchen.“

Auch auf eine **gesunde Ernährung und Fitness** wurde im Rahmen einer gesunden Lebensweise Wert gelegt:

„Und bei der Ernährung versuche ich schon, nicht nur fettiges Zeug zu essen, sondern wie sagt man, ausgewogen.“

„Ich stehe jeden Morgen um 5.00 Uhr auf, dann laufen, dann frühstücken.“

Der **Körperpflege** wurde von allen Spielern ein hoher Stellenwert zugerechnet:

„Mein Äußeres ist wichtig, meine Haare und meine Figur. Ich will schon gut aussehen.“

In diesem Zusammenhang verdeutlichten die Aussagen auf Seiten der Befragten auch eine Verknüpfung von Gesundheit und aktivem Sporttreiben:

„Ja, so oft war ich nicht krank bisher, sicher auch durch den Sport, wir sind ja immer draußen.“

Regenerierende Maßnahmen im Rahmen von Trainingslagern wie Physiotherapie und Sauna wurden darüber hinaus in Hinsicht auf die Gesundheitsförderung positiv bewertet.

Bezüglich der Effizienz (Leistungsfähigkeit) des eigenen Körpers hielten sich 7 Fußballspieler für motorisch geschickt und in ihrer Sportart für leistungsstark:

„Natürlich, ich bin sehr sportlich. Ich habe ja mein ganzes Leben lang Sport gemacht. Und mit dem Ball kann ich auch gut umgehen.“

Sport förderte nach Meinung der Probanden die Gesundheit, die körperliche Attraktivität und begünstigte die körperliche Leistungsfähigkeit, so dass in den drei Aspekten zum Körperkonzept, nämlich der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, mit der äußeren Erscheinung und mit der Gesundheit sowie mit der körperlichen Effizienz (Leistungsfähigkeit) bei den befragten Fußballspielern mit geistiger Behinderung ein in hohem Maße ausgeprägtes positives körperbezogenes Selbstkonzept festgestellt werden konnte.

Leistungsbezogenes Selbstkonzept

Die Auswertung bezüglich des leistungsbezogenen Selbstkonzepts erfolgte auf der Grundlage von Aussagen zum ‚**Selbstkonzept der sportlichen Leistung**‘. Die meisten Spieler schätzten sich als gute Fußballspieler ein:

„Ich war schon immer ein guter Fußballspieler, seit ich mit dem Fußball angefangen habe, und ich bin immer stärker geworden.“

„Ich bin einer, der technisch nicht schlecht ist, sehr kopfballstark, kämpferisch sehr stark und der für sein Alter noch schnell ist.“

Sieben Spieler dokumentierten, dass sie durch das Training in der Nationalmannschaft ihre fußballtechnischen und taktischen Fähigkeiten erhöht hatten:

„Früher konnte ich überhaupt nichts mit rechts, da habe ich mir so einen Plastikball genommen und in meinem Zimmer geübt. 400mal, dann konnte ich es halt.“

„Ja, auf jeden Fall. Besser bin ich geworden. Ich kann schon mehr den Ball kontrollieren und so etwas.“

Auch wirkte sich das Training in der Nationalmannschaft positiv auf die Anzahl der **Erfolge in den Heimmannschaften** aus:

„Bei mir zu Hause im Verein bringe ich jetzt auch mehr Erfolge.“

Drei Spieler äußerten, dass ihnen durch die erhöhte Leistungsfähigkeit in der Nationalmannschaft von einigen Familienangehörigen eine **Sportkarriere** zutraut wurde, von der sie finanziell profitieren konnten:

„Meine Schwester findet das relativ gut, sie hat schon immer gesagt, dass aus mir mal etwas werden kann. Und jetzt habe ich die Chance, hat sie gesagt.“

„Mein Vater hat gesagt, dass ich damit mal Geld verdiene.“

Bezüglich des leistungsbezogenen Selbstkonzepts wurde deutlich, dass sich die Befragten insgesamt als gute Fußballspieler einschätzten. Insbesondere durch das Training in der Nationalmannschaft hatte sich das technische Können verbessert und somit auch die Leistungen in den Heimmannschaften. Auch die Tatsache, dass Familienmitglieder einem Spieler eine weitere Karriere zutrauten, stärkte das Selbstvertrauen dieser Spieler. Aus den Aussagen konnte entnommen werden, dass das leistungsbezogene Selbstkonzept im Laufe der Zugehörigkeit zur Nationalmannschaft aufgrund der verbesserten Kompetenzen positiv beeinflusst wurde.

Wahrgenommenes Fremdkonzept

Bezüglich des wahrgenommenen Fremdkonzepts interessierte insbesondere, inwiefern sich die Fußballspieler selbst von der Öffentlichkeit akzeptiert fühlten und in welcher Form Menschen mit einer Behinderung generell in der Öffentlichkeit **Akzeptanz** erhielten. Da zum Zeitpunkt der Untersuchung die Weltmeisterschaft der Menschen mit einer mentalen Beeinträchtigung 2006 in Deutschland bevorstand, wurde zudem nach der **Medienpräsenz** und der damit verbundenen wahrgenommenen Aufmerksamkeit und Akzeptanz durch unterschiedliche Medien gefragt. Auf die Frage, ob **behinderte Menschen in der Öffentlichkeit genauso akzeptiert wurden wie nichtbehinderte Menschen**, äußerten 5 Spieler, dass es Schwierigkeiten hinsichtlich der Akzeptanz gab:

„Es gibt Leute, die in Ordnung sind, die akzeptieren solche Personen. Aber die Leute, die nicht in Ordnung sind, die akzeptieren diese Personen nicht. Und ich denke nicht, dass man alle in einen Faden bringen kann. Das ist unmöglich. Das denke ich einfach.“

„Da gab es mal so zwei oder drei Leute, die wollten mit einem Behinderten nichts zu tun haben. Aber ich weiß, dass ich behindert bin, ich stehe dazu, fertig. Und wer mich nicht so akzeptiert, wie ich bin, mit dem will ich nichts zu tun haben, die können mir gestohlen bleiben.“

„Ich bin eigentlich ein Mensch, der Gewalt aus dem Weg geht, aber jetzt ist es einmal passiert, weil einer nicht aufgehört hat. Der hat mich beleidigt und provoziert, da habe ich ihm eine mitgegeben. Das war das erste und hoffentlich einzige Mal. Eigentlich versuche ich, Beleidigungen zu überhören. Oder ich gehe auf die Leute zu und konfrontiere sie mit mir. Vor allem bei Jugendlichen, da kann man eventuell noch auf Verständnis stoßen.“

Drei Spieler solidarisierten sich mit anderen Behinderten:

„Ich bin ja selber behindert. Ich will, dass die anderen genauso behandeln werden wie jeder Mensch.“

Fünf Probanden **differenzierten zwischen körperlicher und geistiger Behinderung**, wobei sie den Vergleich stets zu Gunsten der Personen mit einer geistigen Behinderung vornahmen:

„Ich meine, die körperlich Behinderten haben es noch schwerer, weil man die Behinderung direkt sieht. Sie sind im täglichen Leben eingeschränkt. Ich glaube, die werden noch weniger akzeptiert. Da bin ich froh, dass ich nur das habe.“

„Eigentlich werden ja immer die bevorzugt, die nur einen leichten Grad der Behinderung haben, nicht körperlich, sondern nur so ein bisschen psychisch.“

Die anderen Probanden fühlten sich **nicht zum Kreis der ‚Behinderten‘ zugehörig**, wünschten sich aber trotzdem mehr Akzeptanz gegenüber behinderten Menschen:

„Ich behandle sie so, also genauso wie jeden. Daher sollen die anderen sie auch so behandeln, denke ich. Ich verstehe mich mit Behinderten, die sind auch ganz nett, nicht anders als wir.“

Durch die **Teilnahme an der Weltmeisterschaft** erhofften sich einige Spieler eine Akzeptanzerhöhung:

„Behinderte werden noch nicht von allen akzeptiert. Aber durch die WM werden wir zeigen, dass wir auch genauso gute Leistungen bringen können. Dann werden wir vielleicht als stark angesehen. Momentan werden viele, hauptsächlich die körperlich Behinderten noch als schwach und dumm angesehen. Es gibt viele Vorurteile, auch wenn ich persönlich gute Erfahrungen gemacht habe. Aber die Leute sollen uns erst einmal kennen lernen, und dann sieht das schon anders aus.“

Einige Spieler betonten zusätzlich die Chance, dass es durch die Medienpräsenz während der Weltmeisterschaft der Menschen mit geistiger Behinderung 2006 zu einer **Steigerung des öffentlichen Interesses** und dadurch zu einer verstärkten Akzeptanz kommen sollte:

„Ja, mehr akzeptiert werden wir, denke ich. Ich habe das ja erzählt mit dem Heimatverein. Die haben das noch nie gehört, dass es so etwas gibt, dass Behinderte so etwas machen können, Nationalmannschaft. Und wenn das jetzt im Fernsehen kommt und überall, dann sehen die, dass wir ganz normale Menschen sind.“

Die **Vorbildfunktion**, die die Spieler durch die Medien verstärkt nach außen tragen konnten, wurde von allen Befragten unterstrichen. Ferner war damit eine selbst auferlegte Verpflichtung verbunden, den vermuteten Erwartungen der Menschen in ihren sozialen Bezugsfeldern gerecht zu werden:

„Wir haben durch unsere Präsenz in den Medien ein Zeichen gesetzt. Wir versuchen, das Interesse für diesen Sport und Menschen mit Defiziten zu wecken. Unser Hauptanliegen ist eigentlich eine bessere Integration behinderter Menschen, sowohl sportlich wie auch in anderen Bereichen. Wir wollen auch anderen Behinderten Mut machen, sich nicht zu verstecken.“

„Und mit der Nationalmannschaft will ich mich auch immer gut in den Medien präsentieren und will auch immer zeigen, was wir wirklich drauf haben. Ich will nicht, dass die jetzt denken, wir haben den Adler auf der Brust und können kein Fußball spielen. Und ich will auch immer zeigen, dass jeder für jeden ist, dass wir zusammen kämpfen und dass wir wirklich ein Team sind wie die normale Nationalmannschaft.“

Fünf Spieler äußerten, dass das öffentliche Interesse an ihrer Person durch die Teilnahme an der WM gestiegen war:

„Ja, also auch in Essen, da war ich mal mit meiner Freundin. Also da waren so Leute, die meinten: ‚Ja, du bist von da und da. Herzlichen Glückwunsch, mache die WM, den ersten Sieg. Wunderbar.‘“

Durch die **gestiegene Medienpräsenz** entstanden Kontakte und Begegnungen, die wiederum eine Integration und gegenseitiges Verständnis förderten:

„Ja, sehr viele Leute kommen auf einen zu. Das macht mich auch immer sehr stolz. Und wenn die Leute uns erst einmal kennen lernen, merken sie, dass wir gar nicht so anders sind.“

Bezüglich des wahrgenommenen Fremdkonzepts wurde deutlich, dass sich die meisten befragten Fußballspieler als weitgehend akzeptiert in der Gesellschaft einschätzten. Dennoch gaben einige Spieler an, selbst schon stigmatisierende Situationen erlebt zu haben.

Die erhöhte Präsenz in den Medien und die Zugehörigkeit zu der Nationalmannschaft wurde positiv hinsichtlich der vermehrten Wahrnehmung und Akzeptanz Lernbehinderter und geistig behinderter Menschen in der Gesellschaft betrachtet. Ferner hatte sich der Bekanntheitsgrad einiger Spieler durch die Medienberichterstattung erhöht, was wiederum von den Spielern positiv erlebt wurde.

Selbstkonzeptstabilisierende Strategien

Selbstkonzeptstabilisierende Strategien, die im Rahmen dieser Untersuchung bei den befragten Fußballspielern zur Anwendung kamen, waren u.a. Formen der Selbstbestätigung, indem die Spieler sich bemühten, vieles zu tun und zu denken, was Schaden von ihrem Selbstwertgefühl abwenden konnte. Diese Techniken äußerten sich z.B. in der Negation der Behinderung aufgrund des Vorhandenseins von kleinen Fehlern im Verhalten und in der Hervorhebung der Zugehörigkeit zu der Nationalmannschaft der Menschen mit geistiger Behinderung.

Darüber hinaus kamen bei einigen Spielern mit geistiger Behinderung Tendenzen der sogenannten ‚Top-Down‘-Vergleiche zum Tragen, die der Abwehr selbstkonzeptgefährdender Momente dienten. Eine solche Tendenz wurde in dem Vergleich

mit körperbehinderten Personen deutlich, wonach es die Menschen mit einer körperlichen Behinderung noch schwerer hatten, weil man die Behinderung direkt sehen konnte und weil sie im täglichen Leben noch eingeschränkter waren.

Ferner war ersichtlich, dass durch die Mannschaftszugehörigkeit im Sinne der Selbstkategorisierung („self-categorization“) eine Erhöhung des leistungsbezogenen Selbstkonzepts stattgefunden hatte. Mittels der Selbstdefinition der Auszeichnung durch die Auswahl aus vielen anderen Spielern und der Berufung in die Nationalmannschaft sowie durch den Vergleich mit der normalen Nationalmannschaft konnten selbstkonzeptgefährdende Bedrohungen abgewehrt werden.

Aus den Antworten der Fußballspieler mit einer mentalen Behinderung ging hervor, dass im Sinne von Hofmann, Kunisch und Stadler (1991) und Schuppener (2005) bei Personen mit einer leichten geistigen Behinderung trotz der Gefahr der Fremdbestimmung und Stigmatisierung Strategien entwickelt werden konnten, die einer Gefährdung der einzelnen Komponenten des Selbstkonzepts positiv entgegenwirkten.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurden Aspekte des Selbst- und wahrgenommenen Fremdkonzepts von Fußballspielern mit geistiger Behinderung vor der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 in Deutschland analysiert. An der mündlichen Befragung mittels eines weitgehend standardisierten Interviewleitfadens nahmen 8 männliche Fußballspieler mit geistiger Behinderung teil. Die befragten 8 Fußballspieler der Nationalmannschaft der Menschen mit geistiger Behinderung verfügten über ein ausgeprägtes positives *Selbstkonzept*. Bezüglich der Wahrnehmung der eigenen Behinderung im Rahmen des *emotionalen Selbstkonzepts* betrachteten sich die Fußballspieler vorrangig als Personen mit einer Lernbehinderung, wobei 5 Probanden sich eher als nichtbehindert einstufen. Die Zugehörigkeit zur Nationalmannschaft erfüllte die Sportler mit Freude und Stolz und hatte zu einer positiven Persönlichkeitsentwicklung der Befragten beigetragen, indem sie in ihrem Verhalten kontrollierter und selbstsicherer geworden waren.

Bezüglich des *körperbezogenen Selbstkonzepts* waren die Befragten der Meinung, dass sich durch die sportliche Betätigung und insbesondere durch die guten Trainings- und Spielleistungen in der Nationalmannschaft ihre körperliche Leistungsfähigkeit und auch ihre Attraktivität erhöht hatten. In den drei Aspekten der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, der äußere Erscheinung und der Gesundheit mit der körperlichen Effizienz konnte bei den Probanden ein hochgradiges positives körperbezogenes Selbstkonzept festgestellt werden.

Im Rahmen des *leistungsbezogenen Selbstkonzepts* wurde deutlich, dass sich die Befragten insgesamt als gute Fußballspieler einschätzen. Durch das Training in der Nationalmannschaft hatte sich das technische und taktische Können der Spieler verbessert, so dass sie zum Teil auch bessere Leistungen in ihren Heimmannschaften erzielen konnten. Diese Leistungssteigerung und das Zutrauen einer wei-

teren Karriere als Fußballspieler stärkten das Selbstvertrauen und das leistungsbezogene Selbstkonzept einiger Spieler in hohem Maße.

In Bezug auf das *wahrgenommene Fremdkonzept*, speziell die wahrgenommene Akzeptanz von Menschen mit Behinderung in der Öffentlichkeit, ordnete sich kaum einer der befragten Fußballspieler der Gruppe der Menschen mit Behinderung zu. Einige Spieler hatten Vorurteile und Formen der Stigmatisierung erlebt und wünschten sich eine höhere Akzeptanz gegenüber Menschen mit einem Handicap in der Öffentlichkeit. Die im Vorfeld der Fußball-Weltmeisterschaft der Menschen mit geistiger Behinderung 2006 in Deutschland erlebte erhöhte Präsenz einzelner Spieler in verschiedenen Medien und die Zugehörigkeit in der Nationalmannschaft wurden positiv hinsichtlich der vermehrten Wahrnehmung und Akzeptanz Lernbehinderter und geistig behinderter Menschen in der Gesellschaft betrachtet. Der Bekanntheitsgrad einiger Spieler hatte sich durch die Berichterstattung in den Medien erhöht, was wiederum von den Spielern positiv hinsichtlich des wahrgenommenen Fremdkonzepts eingeschätzt wurde.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Befragung lässt sich ableiten, dass dem Sport allgemein und speziell dem Fußball ein hoher Stellenwert hinsichtlich der Förderung von sportartorientierten Kompetenzen und der Erhöhung des Selbstkonzepts und der damit verbundenen positiven Beeinflussung des wahrgenommenen Fremdkonzepts zukam. Dies steht in weitgehender Übereinstimmung mit den Befunden von Kemper und Treu (2007). Ein negatives oder diffuses Selbstkonzept allgemein und in Hinsicht auf die einzelnen Bestandteile konnte nicht festgestellt werden. Die Befunde zeigten, dass bei Personen mit einer leichten geistigen Behinderung trotz der Gefahr der Fremdbestimmung und Stigmatisierung Strategien wie Hervorhebung der Zugehörigkeit der Nationalmannschaft entwickelt werden konnten, die einer Gefährdung des Selbstkonzepts positiv entgegenwirkten. Die einzelnen Facetten des Selbstkonzepts sollten unter der Berücksichtigung der Art, des Grads und des Verlaufs der geistigen Behinderung nicht nur bei Fußballspielern, sondern auch bei Athleten in anderen Sportarten vertiefend untersucht werden.

Literatur

- Ahrbeck, B. & Rath, W. (1999). Sehbehinderte Menschen. In J. Fengler & G. Jansen (Hrsg.), *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie* (S. 36-50). Stuttgart: Kohlhammer.
- Asanger, R. & Wenninger, G. (Hrsg.). (1994). *Handwörterbuch Psychologie* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Aspendorpf, J. B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Baumeister, R.F. (1999). *The self in social psychology*. Philadelphia: Psychology Press.
- Bös, K. & Brehm, W. (1998). *Gesundheitssport. Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann.
- Borchert, J. (Hrsg.). (2000). *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (Hrsg.). (1999). *Bewegung, Spiel und Sport im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Empfehlung der Bundesvereinigung Lebenshilfe*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Cloerkes, G. (2001). *Soziologie der Behinderten*. Heidelberg: Winter.
- Delhees, K.H. (1994). *Soziale Kommunikation. Psychologische Grundlagen für das Miteinander in der modernen Gesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Deusinger, I.M. (1998). *Die Frankfurter Körperkonzept-Skalen (FKKS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fengler, J. & Jansen, G. (1999). *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Filipp, S.H. (Hrsg.). (1993). *Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (1991). *Social cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Herkner, W. (1993). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Huber.
- Hofmann, C., Kunisch, M. & Stadler, B. (1991). „Ich spiele jetzt in Zukunft den Depp“. Geistige Behinderung und Selbstbild. *Geistige Behinderung*, 1, 26-41.
- Julius, M. (1999). Zur Identität und Selbstkonzept von Menschen mit geistiger Behinderung. *Behindertenpädagogik*, 39 (2), 175-194.
- Kauer, O. & Bös, K. (1998). *Behindertensport in den Medien*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Kemper, R. (2003). *Spezifische Karriereaspekte von nichtbehinderten und behinderten Leistungssportlern. Eine empirische Studie zu motivationalen, identitätsorientierten und sozialen Aspekten*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Institut für Sportwissenschaft Jena.
- Kemper R. & Treu, C. (2007). *Selbst- und Fremdkonzept von Frauen mit Behinderung*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Levy-Shiff, R., Kedem, P. & Sevilla, Z. (1990). Ego identity in mentally retarded adolescents. *American Journal on Mental Retardation*, 94 (5), 541-549.
- Markowitz, R. (2000). Soziale Integration, Identität und Entstigmatisierung. *Gemeinsam Leben*, 8, 112-120.
- Mummendey, H.D. (2006). *Psychologie des Selbst. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mummendey, H. D. & Mielke, R. (1989). *Die Selbstdarstellung des Sportlers*. Schorndorf: Hofmann.
- Neise, K. (1999). Menschen mit geistiger Behinderung. In J. Fengler & G. Jansen (Hrsg.), *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie* (S. 131-152). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rosemann, B. & Kerres, M. (1986). *Interpersonales Wahrnehmen und Verstehen*. Bern: Huber.
- Schuppener, S. (2005). Selbstkonzepte von Menschen mit geistiger Behinderung. Empirische Befunde und Implikationen für Praxis, Theorie und Forschung. *Heilpädagogische Forschung*, 31 (4), 166-178.
- Sherill, C. (Ed.). (1986). *Sport and disabled athletes*. Champaign: Human Kinetics.
- Sherrill, C. (1997). Disability, identity, and involvement in sport and exercise. In K.R. Fox (Ed.), *The physical self. From motivation to well-being* (pp. 257-286). Champaign: Human Kinetics.
- Speck, O. (2005). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. München: Reinhardt.
- Thomas, A. (1992). *Grundriß der Sozialpsychologie. Band 2: Individuum–Gruppe–Gesellschaft*. Göttingen: Hogrefe.
- Van der Schoot, P. & Seeck, U. (1990). *Bewegung, Spiel und Sport mit Behinderten und von Behinderung Bedrohten. Indikationskatalog und Methodenmanual*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Wegner, M. (2000). Psychologie, Sport und Behinderung. Theorie–Konzepte–Erfahrungen. *Psychologie und Sport*, 7 (3), 125-140.
- World-Health-Organisation (WHO). (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Leistungssport von Menschen mit geistiger Behinderung

Einleitung

Für Menschen mit geistiger Behinderung spielt Sport, bzw. körperliche Aktivität eine ganz besondere Rolle. Durch eine solche Aktivität bieten sich vielfältige Möglichkeiten, die Handlungsfähigkeit, die soziale Kompetenz, die Selbständigkeit und auch die Gemeinschaftsfähigkeit zu fördern (Wegner, 2001a). Aus diesen Gründen ist dem Sport in seinen vielschichtigen Ausprägungen ein fester Bestandteil in der Lebensgestaltung dieser Personen gewidmet.

Allgemein wird angenommen, dass mit der sportlichen Aktivität direkte Wirkungen auf die physische, psychische und soziale Handlungsfähigkeit verbunden sind. Gleichzeitig werden auch Kompetenzen angesprochen, die für Menschen mit geistiger Behinderung unmittelbar mit der Anpassung und Bewältigung des Lebenskontextes verbunden sind. Empirisch belegt werden diese Aussagen allerdings zumeist nicht. Auf die defizitäre Lage im Forschungsbereich dieser Zielgruppe haben u.a. Bös und Knoll (1993) hingewiesen. Auch in einer aktuellen Metaanalyse kommen Frey, Stanish und Temple (2008) zu dem Schluss, dass die (englischsprachigen) Untersuchungen zur Thematik von Sport bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung oftmals aufgrund methodischer Schwächen und unklarer Outcome-Variablen kaum Erkenntnisse liefern, die zu verallgemeinern wären. Ein grundsätzlich positiver Einfluss von körperlicher Aktivität auf Psyche und Physis der Zielgruppe ließe sich aber durchaus erkennen, trotz der erwähnten methodischen Probleme.

Neben diesem Mangel an empirischen Überprüfungen fällt bei der Sichtung der deutschsprachigen Literatur auf, dass es sich bei den meisten Untersuchungen um Sport im schon erwähnten Kontext von Fördermaßnahmen, Breitensport oder auch Rehabilitationssport handelt. Leistungsbezogene Aspekte des Sports von Menschen mit geistiger Behinderung fehlen fast völlig.

Die vorliegende Arbeit widmet sich daher explizit dem Leistungssport und dessen Auswirkungen auf diese Personengruppe. Dabei steht einerseits der individuelle Athlet mit seiner physischen Leistungsentwicklung, aber auch in seiner psychischen Entwicklung im Mittelpunkt. Andererseits soll auch das soziale Umfeld erfasst werden. Dazu werden Daten über die Betreuungs- und Trainingssituation in den Werkstätten, aber auch die Auswirkung auf den Kontext der Familie erfasst. Ziel der Studie ist die systematische wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines langfristigen Trainingsprogramms, um die individuellen, psycho-sozialen und systemischen Komponenten von Leistungssport von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu untersuchen.

Leistungssport – auch für Menschen mit geistiger Behinderung

Leistungssport von Menschen mit Behinderungen ist ein Phänomen, das inzwischen gesellschaftsfähig geworden ist. Bei internationalen Großereignissen, wie z. B. den in diesem Jahr in Peking stattfindenden Paralympics, werden die außergewöhnlichen Leistungen behinderter Athleten von der Weltöffentlichkeit wahrgenommen. Menschen mit Behinderungen zeigen dabei herausragende sportliche Leistungen und werden anhand dieser beurteilt, das Handicap rückt in den Hintergrund (Scheid & Wegner, 2004). Dadurch entstehen ein erhöhtes Medieninteresse und eine starke Professionalisierung des Trainings und des Umfelds der Athleten, die der Leistungsentwicklung der behinderten Sportler zuträglich sind. Es bestehen allerdings immer noch Unterschiede zum Nichtbehindertensport im Bereich der Nachwuchsförderung, der Qualifizierung der Trainer und nicht zuletzt auch der sportwissenschaftlichen Auseinandersetzung (DBS, 2000; Innenmoser, 2001).

Allerdings liegt der Fokus der Berichterstattung bei den Paralympics, das Interesse und auch die öffentliche Wahrnehmung ist auf den Sport und die Leistungen von Sportlern mit körperlicher Behinderung ausgerichtet. Leistungssport von Menschen mit geistiger Behinderung findet dagegen kaum Beachtung. Betrachtet man zudem abseits großer Sportereignisse die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Sport von Menschen mit geistiger Behinderung, dann wird ersichtlich, dass die Forschungslage defizitär ist. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die positiven Aspekte des Leistungssport nicht auch für Menschen mit geistiger Behinderung nutzbar sein sollten. Betrachtet man die Entwicklungsmöglichkeiten und die Trainierbarkeit dieser Personengruppe, dann ist eine leistungssportliche Orientierung für viele sicher möglich.

Eine Arbeit zur generellen Trainierbarkeit hat Fediuk (1990) vorgelegt. In seinen Untersuchungen kommt er zu dem Ergebnis, dass auch Personen mit leichter (IQ 50-85), moderater (IQ 30-50) und schwerer geistiger Behinderung (IQ 20-30) sich in der Ausprägung ihrer konditionellen und koordinativen Fähigkeiten verbessern können. Der Leistungsverlauf ähnelt in vielen Parametern (Schnelligkeit, Kraft, Ausdauer) dem vom Nichtbehinderten, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau. Zusätzlich stagniert dieses Niveau ab einem Alter von etwa 18 Jahren.

Auch die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation des Deutschen Sportabzeichens für Menschen mit geistiger Behinderung (Wegner, 2001b; DBS, 2003) zeigt, dass mit einem angemessenen und regelmäßigen Training viele Menschen mit einer geistigen Behinderung ihre sportmotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten steigern können.

Außerhalb des deutschen Sprachraums ist die Forschungslage zum Problemfeld leistungsbezogener Sport und geistige Behinderung differenzierter. Vor allem ange-regt durch die Special Olympics-Bewegung in Nordamerika sind eine Vielzahl von Studien durchgeführt worden, die einerseits die psycho-soziale Entwicklung durch regelmäßigen und leistungsorientierten Breitensport als andererseits auch die physische Entwicklung und Zunahme der Leistungsfähigkeit untersuchen. So konnten

Cluphf, O'Connor und Vanin (2001) in einem Kontrollgruppendesign die positiven Auswirkungen eines dreimonatigen intensiven Aerobictrainings auf die Ausdauerleistungsfähigkeit von erwachsenen Personen mit geistiger Behinderung feststellen. Pitetti und Yarmer (2002) konnten zeigen, dass Kinder mit geistiger Behinderung reduzierte isometrische Kraftwerte der unteren Extremität im Vergleich zu Nichtbehinderten aufweisen. Das daraus entstehende erhöhte Gesundheitsrisiko wird zum Anlass genommen, diese Kraftdefizite durch ein spezielles Krafttraining auszugleichen. Castagno (2001) konnte bei Schülern (6.- 8. grade) in einem drei Mal wöchentlich durchgeführten Special-Olympic-Basketballprogramm nachweisen, dass die Schüler mit einer geistigen Behinderung sowohl in ihrer physischen Leistung als auch in psychischen Parametern eine Verbesserung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigen.

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt der anglo-amerikanischen Untersuchungen liegt auf der Motivationsstruktur der Athleten. Warum treiben sie Sport? Was hält sie bei der sportlichen Aktivität und wie wird dem Drop-Out-Phänomen entgegengewirkt? Was erwarten sie von der regelmäßigen Teilnahme und einem systematischen Training bzw. welchen Nutzen erhoffen sich Eltern, Angehörige und Betreuungspersonal?

Mit dem Sport Motivation Questionnaire befragte Shapiro (2003) 147 erwachsene Special Olympics Athleten zwischen 21 und 70 Jahren hinsichtlich ihrer Teilnahmemotivation. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass eine Aufgabenorientierung (Spaß haben, trainieren, etwas machen, indem man gut ist) hier den relevantesten Einfluss hat. Nachgeordnet sind soziale Motive (mit anderen zusammen trainieren, reisen) und an dritter Stelle erst extrinsische Motive wie Medaillen zu gewinnen oder berühmt zu werden. Differenzen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Sportart konnten dabei nicht festgestellt werden.

In einer Interviewstudie an 38 erwachsenen ($M_{\text{Alter}} = 32,7$) kanadischen Special Olympics Athleten kommen Farrell, Crocker, McDonough und Sedgwick (2004) zu dem Ergebnis, dass die Trainer-Athlet-Interaktion den entscheidenden Einfluss hat, der die Athleten zur langfristigen Teilnahme motiviert. Desweiteren sind positives Feedback und auch das Demonstrieren der eigenen Fähigkeiten aus Sicht der Athleten wichtige Faktoren, die zu einer regelmäßigen Aktivität führen.

Eltern und Familienangehörige erhoffen sich von den Sportprogrammen insbesondere eine gute Betreuung ihrer Kinder bzw. Verwandten sowie eine Stärkung des Selbstvertrauens. Goodwin, Fitzpatrick, Thurmeier und Hall (2006) konnten in Interviews und Feldbeobachtungen zeigen, dass durch die Partizipation im Wettkampfsystem von Special Olympics insgesamt eine Verbesserung der gesamten Lebensqualität für die Kinder und jungen Erwachsenen aber auch für die betroffenen Familien festzustellen war. Dafür wurden 16 Familien interviewt, die jeweils ein Familienmitglied in so einem Programm haben. Neben einer körperlichen Entwicklung waren für die Eltern insbesondere der Umgang der Trainer mit ihren Kindern und die Akzeptanz der individuellen Möglichkeiten entscheidend.

Sport, auch und gerade unter Leistungsaspekten, kann also bei Personen mit geistiger Behinderung durchaus zu einer Verbesserung der Lebenssituation führen und sie selbstbewusster machen. Gleichzeitig scheint es aber aus leistungssportlicher Sicht auch möglich, diese Personengruppe durch ein entsprechendes Trainingsprogramm zu sportlicher Leistungssteigerung zu führen. Luxen (2003) stellt in ihrer Beschreibung der allgemeinen Motivstruktur von geistig behinderten Menschen dar, dass mit zunehmendem Behinderungsgrad die Fähigkeit zu leistungsbezogenen Motiven abnimmt. Ebenso seien Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich mehr extrinsisch als intrinsisch motiviert. Diese Erkenntnisse decken sich nicht mit den Studienergebnissen von Shapiro (2003) und sollen deshalb in der vorliegenden Untersuchung näher betrachtet werden.

Entwicklung eines Leistungssportkonzeptes für Menschen mit geistiger Behinderung

Aus den Erfahrungen und gezeigten Leistungen im Rahmen des Deutschen Sportabzeichens für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelte sich ein Talentförderkonzept in der Sportart Leichtathletik für diesen Personenkreis. Im Folgenden wird dieses Konzept, das vom Innenministerium Schleswig-Holstein seit der Gründung im Jahr 2002 finanziell unterstützt wird, näher dargestellt.

Bausteine des Landesleistungszentrums (LLZ)

Das Talentförderprojekt ist an eine der größten Werkstätten des Landes Schleswig-Holstein in Norderstedt angebunden. Die Athleten stammen aber aus allen Werkstätten des Landes. Konzeptionell ist das LLZ sowohl für Menschen mit körperlichen als auch mit geistigen Einschränkungen ausgerichtet, der Schwerpunkt liegt allerdings auf der Arbeit mit geistig behinderten Sportlern, was die Sonderstellung dieses Konzeptes ausmacht. Das Konzept des LLZ sieht ein vierstufiges Vorgehen vor:

1. Aufbau eines Leistungskaders
2. Aufbau und Durchführung eines leistungsorientierten Trainingsangebots
3. Optimale Betreuung durch fachkundige Trainer
4. Teilnahme an Landes- und Deutschen Meisterschaften

Durch die durchgeführten Sichtungen in den Werkstätten des Landes ist ein Kader von z. Zt. 14 Athleten entstanden, die dem LLZ angehören und dort trainieren. Vier Trainerinnen betreuen die Gruppe, zwei mit einem pädagogischen Schwerpunkt, zwei weitere aus dem Leistungssport komplettieren das Team und organisieren und begleiten zusammen das leistungsorientierte Training. Erfolge konnten mehrfach mit Deutschen Meistertiteln und der Teilnahme an Europameisterschaften erlangt werden. Zuletzt wurden 2007 bei den Internationalen Deutschen Meisterschaften für geistig behinderte Sportler in Singen eine Goldmedaille, dreimal Silber und zweimal Bronze in den Wurf- und Stoßdisziplinen erzielt.

Grundlage für die erfolgreiche Arbeit ist das Trainingskonzept, welches im LLZ Norderstedt entwickelt worden ist. Es besteht aus vier Komponenten, die aufeinander aufbauen und für alle Athleten obligatorisch sind. (1) Zunächst muss jeder Athlet sein persönliches Trainingsprogramm zuhause durchführen. Hierbei werden hauptsächlich Kraft, Koordination und Beweglichkeit durch individualisierte Trainingspläne geschult. (2) Als arbeitsbegleitende Maßnahme wird ein Leistungstraining in der jeweiligen Einrichtung (i.d.R. betreute Werkstätten) absolviert. (3) Einmal im Monat findet ein gemeinsames Kadertraining zentral in Norderstedt bzw. in Hamburg statt. (4) Einmal im Jahr wird ein mehrtägiger Trainingslehrgang für alle Kaderathleten durchgeführt. Hierfür fahren die Athleten, deren Betreuer und die Trainerinnen in verschiedene Sportschulen des Landes.

Die erfolgreiche Arbeit des Trainerteams zeigt sich u.a. in dem guten Abschneiden der Norderstedter Athleten bei nationalen und internationalen Meisterschaften. Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit und vor allem auch eine positive Entwicklung der Sozialkompetenz, des Selbstbewusstseins und der Eigeneinschätzung der Athleten wird von den Trainerinnen berichtet, allerdings ohne dass hierfür wissenschaftliche Kriterien angelegt werden.

Auf der Basis der bisherigen Erkenntnisse zum Problemfeld (Leistungs-) Sport von Menschen mit geistiger Behinderung soll deshalb das Talentförderprojekt für diese Zielgruppe eingehend begutachtet und hinsichtlich der Effektivität bewertet werden. Erwartet wird ein Nachweis über die generelle Trainierbarkeit sowie ein Einfluss auf die psycho-soziale Entwicklung der Athleten. Hierbei steht vor allem die Frage nach den Motiven zur Sportpartizipation im Vordergrund. Da es sich um Leistungssportler handelt, wird erwartet, dass leistungsbezogene Motive an erster Stelle stehen. Unterschiede zur Motivationsstruktur Nichtbehinderter, wie sie u. a. Gabler (2002) dargestellt hat, sind grundsätzlich nicht zu erwarten. Auch bei Menschen mit geistiger Behinderung, die Leistungssport treiben, sind demnach Motivklassen wie Leistung, der Wunsch nach sozialer Anerkennung und Gesundheitsaspekte ausgeprägt. Diese Kategorien werden in der Auswertung als Klassifizierungsgruppen genutzt, um die Motivstruktur darzustellen. Aus Sicht der Eltern und Betreuer wird eine Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbständigkeit im Alltag erwartet, wie er von Goodwin et al. (2006) nachgewiesen werden konnte.

Methode

Untersuchungsplanung

Die Evaluation des Talentförderprojekts erfolgt in drei Bereichen in einem Kontrastgruppendedesign. In einem ersten Schritt wird die Leistungsentwicklung der Athleten anhand vorhandener Daten zur Trainings- und Wettkampftwicklung abgebildet. Hierfür standen die Trainingstagebücher der Jahre 2006 und 2007 zur Verfügung, die ausgewertet werden konnten. Diese Tagebücher lagen in der Form von kalendarischen Einträgen über die Trainingsinhalte von verschiedenen Sportlern vor. Die

Dokumentation in diesen Tagebüchern beschränkt sich allerdings auf die unregelmäßige Nennung von einzelnen Sportlern und den durchgeführten Trainingsmaßnahmen. Angaben zur Intensität, Dauer und Wiederholung der einzelnen Maßnahmen werden nicht oder nur sehr unvollständig gemacht, so dass eine gezielte Auswertung nicht möglich war. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde mit den Trainerinnen vereinbart, dass ein vorrangiges Ziel in der weiteren Arbeit des LLZ in der Entwicklung eines systematisch nutzbaren Leistungsprotokoll liegen muss.

In einem zweiten Bereich stehen insbesondere die Trainings- und Wettkampfmotivation, der Umgang mit Erfolg und insbesondere auch Misserfolg, die Entwicklung der sozialen Kompetenz sowie die Selbstwahrnehmung der eigenen Kompetenz und der sozialen Akzeptanz im Mittelpunkt. Hierfür werden problemzentrierte Interviews durchgeführt, die in ihrer Struktur den Leitfäden aus den Untersuchungen von Shapiro (2003) sowie Farrell et al. (2004) angelehnt sind. Durch den Einsatz des Bilderfragebogens zur selbstwahrgenommenen Kompetenz und soziale Akzeptanz (Theiß, 2005) wird die Eigeneinschätzung der Athleten zu diesen Variablen ermittelt.

Der dritte Aspekt, der zu untersuchen ist, betrifft das soziale Umfeld der Athleten. In einer Betrachtung dieses Umfelds werden sowohl fördernde Aspekte als auch Barrieren der Teilnahme am Leistungssport aus Sicht der Eltern und Betreuer erkundet und hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt. Desweiteren sind mögliche Auswirkungen auf das Familienleben sowie soziale Unterstützungsmöglichkeiten der Familie innerhalb dieses Ansatzes zu eruieren. Die Datenerhebung erfolgte durch ein problemzentriertes Interview, das sich an die Vorarbeiten von Goodwin et al. (2006) anlehnt

Um die Athleten und die Auswirkungen des Leistungssports auf diese gegenüber einer Personengruppe zu kontrastieren, die nicht im Hochleistungssport aktiv ist, trotzdem aber regelmäßig organisiert Sport betreibt, wurden Special Olympics Gruppen in die Analyse eingeschlossen. Dabei wurden zwei Werkstätten ausgewählt, die ein regelmäßiges Programm anbieten. Die Special Olympics Athleten sind in den Sportarten Handball und Fußball aktiv, trainieren einmal pro Woche und sind dem Breitensport von Menschen mit geistiger Behinderung zuzuordnen. Gemäß dem Sportkonzept von Special Olympics (www.specialolympics.de) steht für diese Personen ein regelmäßiges Sporttreiben im Mittelpunkt, leistungsbezogene Aspekte sind nicht das primäre Anliegen.

Stichprobenezusammensetzung

Die Teilnehmer dieser Untersuchung entsprechen dem Kader des LLZ, bzw. ausgesuchter Personen dieses Kaderns. Zum Start der Untersuchung konnten von ursprünglich neunzehn Personen vierzehn registriert werden, die regelmäßig am Leistungstraining teilnahmen. Die anderen haben u.a. aus Verletzungsgründen, Leistungsmangel oder fehlender Motivation das Training abgebrochen. Von diesen Teilnehmern wurden in Kooperation mit den Trainerinnen nach folgenden Kriterien ausgewählt

- Vorliegen einer geistigen Behinderung (zwei Sportler sind “nur“ körperlich behindert)
- ein kognitiver Entwicklungsstand, der ein Interview ermöglicht, und
- die Zustimmung der Eltern bzw. Betreuer.

Unter Einschluss dieser Kriterien konnten 10 Personen (neun Männer und eine Frau) aufgenommen werden, an denen die systematische Überprüfung des Talentförderprojektes durchgeführt wurde. Das Alter der Athleten lag zwischen 19 und 35, das durchschnittliche Alter betrug 23,5 (SD = 8,3) Jahre (s. Tabelle 1). Bei allen Sportlern lag eine attestierte geistige Behinderung vor, deren Ausprägung eher in den Bereich der „leichten“ geistigen Behinderung fällt (AAMR, 2002). In der Gruppe der Special Olympics-Athleten konnten neben vierzehn Männern sechs Frauen erreicht werden, die in der Ausprägung der geistigen Behinderung mit den Athleten des LLZ vergleichbar sind.

Tabelle 1: Altersverteilung der LLZ- und Special Olympics-Athleten.

Gruppe	Min	MAX	N	M	SD
LLZ	19	35	10	23,5	8,3
Special Olympics	19	52	20	31,4	10,9

Psychosoziale Entwicklung

Die Motive der Sportpartizipation sowie die Einstellung der Athleten zum Sportprogramm wurden durch problemzentrierte Interviews (Mayring, 2002) erhoben und inhaltsanalytisch (Mayring, 2007) ausgewertet. In Anlehnung an die Studie von Farrell et al. (2004) und Shapiro (2003) wurden die Athleten nach ihren Beweggründen zum Sport, nach positiven wie negativen Aspekten des jeweiligen Programms und nach ihren Erfahrungen mit einem regelmäßigen Training befragt. In Rahmen einer Selbsteinschätzung wurde den Athleten weiterhin die Möglichkeit gegeben darzustellen, wie sich ihr Leben und evtl. sie sich selbst durch den Sport verändert haben.

Der Bilderfragebogen zur selbstwahrgenommenen Kompetenz und sozialen Akzeptanz ist ein von Theiß (2005) aus dem Holländischen übertragene Version eines Instruments, das die Kompetenzeinschätzung aus Sicht der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt. Der Fragebogen besteht aus 37 Items, die den vier Subskalen motorische Kompetenz (15 Items), schulisch-kognitive Kompetenz (7 Items), allgemeinkognitive Kompetenz (5 Items) und soziale Akzeptanz (10 Items) zugeordnet werden können. Gerade die Einschätzung der eigenen motorischen Kompetenz und der sozialen Akzeptanz scheinen für die Bearbeitung unseres Forschungsvorhabens von Interesse. Anhand von farbigen Bildern werden zu jedem Item zwei gegensätzliche Kompetenzen dargestellt. Einmal ist eine Person zu sehen, die eine Kompetenz gut ausführen kann („Diese Person kann gut balancieren“), während auf dem zweiten Bild eine Person zu sehen ist, die Schwierigkeiten („Diese Person kann nicht so gut Balancieren“) bei der Bewältigung der Aufgabe hat (s. Abb. 1).

Die befragte Person entscheidet sich für das Bild, das ihrer Meinung nach der eigenen Kompetenz entspricht, das andere wird für einen zweiten Erhebungsschritt verdeckt. Das noch offene Bild wird nun anhand einer weiteren Unterscheidung (Beherrschung der Fähigkeit sehr gut vs. gut bzw. sehr schlecht vs. schlecht) noch spezifiziert. Somit entsteht ein vierstufiges Messverfahren, welches die Probanden in zwei Schritten bearbeiten können. Theiß (2005) sowie Vermeer, Lijnse & Lindhout (2004) im holländischen Original konnten in ihren Untersuchungen gute bis sehr gute Reliabilitäts- und vor allem Validitätswerte dieses Verfahrens nachweisen.

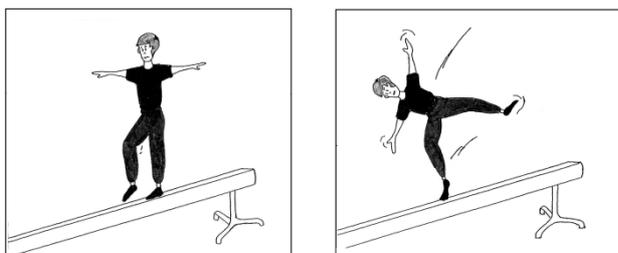


Abb.1: Beispielitems zur motorischen Kompetenz des Bilderfragebogens (Theiß, 2005).

Umfeldanalyse

Neben den Einschätzungen und Motiven der Aktiven wird auch die Sichtweise der Eltern und Betreuer erfasst. In Anlehnung an Goodwin et al. (2006) wurde anhand problemzentrierter Interviews nach Auswirkungen des Sportengagements auf das Familienleben sowie nach einer möglichen sozialen Unterstützung durch die Bezugspersonen gefragt. Der Interviewleitfaden enthielt Fragen zum Konzept des LLZ, zur Veränderung des Verhaltens der Kinder, zur Partizipation der Familienmitglieder (z. B. Begleitung zu Wettkämpfen, Austausch über den Trainingsalltag innerhalb der Familie), sowie zu Auswirkungen auf den Familienalltag.

Untersuchungsdurchführung

Die Interviews mit den Athleten des LLZ wurden zu den Terminen durchgeführt, zu denen die monatlichen Kadertrainings stattfanden. Die Interviews fanden in den Trainingspausen statt, einzelne Interviews auch nach dem Training und hatten eine durchschnittliche Länge von etwa 15 Minuten. Die Athleten waren durch die Trainerinnen auf den Besuch des Interviewteams vorbereitet um etwaige Kommunikationsprobleme zu minimieren. Die Sportler waren sehr offen und berichteten freizügig von ihren Leistungen, ihren Motiven, ihren Erwartungen und Zielen. Die Interviews wurden mittels eines Diktiergerätes aufgezeichnet, ein identisches Vorgehen erfolgte mit den Eltern sowie den Betreuern der Athleten. Das Ausfüllen des Fragebogens wurde organisatorisch bedingt durch die Trainerinnen durchgeführt, die ihre

Athleten auch außerhalb des Trainings in der Werkstatt betreuen, um nicht zuviel der Trainingszeit zu verlieren.

Die Befragung der Kontrastgruppe der Special Olympics Athleten wurde analog durchgeführt, nur dass sich die Kontaktaufnahme anders gestaltete. Bevor die Interviews durchgeführt wurden, waren die Interviewer beim Training der Handballer bzw. Fußballer anwesend und haben aktiv mitgemacht, um ein gewisses Vertrauen aufzubauen. Nach dieser Trainingseinheit war der Kontakt so gut, dass weitere Termine in den Werkstätten ausgemacht wurden, zu denen die Interviews geführt und die Fragebögen ausgefüllt wurden. Eine Befragung der Betreuer war aus organisatorischen Gründen für die Gruppe der Special Olympics Athleten nicht möglich, so dass hier „nur“ die Daten aus den Sportlerinterviews sowie die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung vorliegen.

Die aufgezeichneten Interviews wurden der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2007) folgend, erst wörtlich transkribiert, danach in zwei Schritten erst paraphrasiert und dann zu Kernaussagen zusammengefasst, die den vorher erstellten Motivstrukturen zugeordnet wurden. Diese Strukturen wurden in Anlehnung an Gabler (2002) und den Ergebnissen von Shapiro (2003) gestaltet, mit den Ausprägungen Leistungsmotivation, soziale Motivation und Gesundheitsmotivation. Für die Eltern wurden induktiv Kategorien gebildet, die die Bereiche Selbstvertrauen, Selbstständigkeit und Auswirkungen auf das Familien- bzw. Werkstattleben abbildeten.

Ergebnisse

Motivstruktur aus Sportlersicht

Die Phase der Trainingsaufnahme ist bei den Athleten hauptsächlich von zwei Aspekten gekennzeichnet. Zum einen sind alle Athleten durch eine Empfehlung der jeweiligen Betreuer zu einem Sichtungstraining geschickt und dabei für den Kader gewonnen worden. Der Start der Leistungssportkarriere scheint also durch das Konzept des LLZ mit seinen Sichtungstrainings eng verbunden zu sein.

„Da gab es einen allgemeinen Werkstattwettkampf,...so ein Turnier halt. Da habe ich dann beim Schlagballwurf gewonnen. ... Auf Empfehlung von meinem Betreuer bin ich dann halt zu so einem Sichtungstraining gegangen. Und dann habe ich halt so angefangen mit dem Sport hier in Norderstedt“ (Proband 3).

Zum anderen scheint bei vielen Sportlern durchaus auch der Sport an sich schon genügend Motivation zu sein, mit dem Sport anzufangen. Aussagen wie,

„Ich wollte es selbst gerne machen“ (Proband 2) oder „Sport war immer schon ganz, ganz wichtig für mich, das wollte ich immer schon, so lang ich schon denken kann“ (Proband 1)

zeugen davon, dass Sport im Leben dieser Personen eine wichtige Rolle spielt. Nach der Darstellung dieser ersten Erkenntnisse, die das Vorgehen im Konzept des LLZ mit seinen Sichtungsveranstaltungen stützt, sollen im Folgenden die Ergebnisse hinsichtlich der aufgestellten Fragestellungen bzw. Motivstrukturen dargestellt werden.

„...ich war schon immer gut im Sport, das kann ich wirklich. Maike (die Betreuerin, F.P.) sagt, dass ich hier noch besser werden kann. Darum bin ich hierher gekommen, um besser, noch besser zu werden. Klappt auch ganz gut meistens...“ (Proband 4).

Die Motivation, das durchaus aufwendige und anstrengende Training aufrecht zu erhalten, dominieren leistungs- und sozialbezogene Motive. Die Athleten des LLZ bestätigen mit ihren Aussagen die Erwartungen. Auch Menschen mit geistiger Behinderung, die leistungssportlich aktiv sind, stellen das Leistungsmotiv an erste Stelle. Insofern können keine Unterschiede zur Motivstruktur von nichtbehinderten Leistungssportlern aufgedeckt werden.

„Ich will immer das Beste geben, immer der Beste sein, klappt aber nicht immer, das ist nicht schön“ (Proband 4).

Neben den leistungsbezogenen Motiven ist auch die Anerkennung durch andere von hoher Wichtigkeit. Eltern, Betreuer, aber auch Freunde oder Kollegen in der Werkstatt sind stolz auf die Leistungen. Durch die erlebte soziale Unterstützung erfolgt aus Sicht der Athleten eine Stärkung der eigenen Motivation.

„Ich will etwas erreichen. Mein Zimmer ist voller vieler Pokale und Urkunden, das ist schön. Meine Eltern sind glaube ich schon stolz auf mich“ (Proband 9).

„Das ist schon super, dass ich in der Zeitung war, da bin ich schon stark stolz drauf. Meine Eltern sagen auch, dass das gut ist. Finden die auch gut, dass das so ist“ (Proband 6).

Neben dem Leistungs- und Sozialmotiv werden von einigen Personen noch die Gesundheit (Fitness und weniger Rückenschmerzen) sowie vereinzelt der Wunsch nach einem attraktiveren Aussehen geäußert. In der Tabelle 2 sind die Aussagen der Athleten den verschiedenen Motiven zugeordnet, wie sie Gabler (2002) in seiner Analyse der Motivstruktur Nichtbehinderter verwendet hat. Dabei ist die Reihenfolge der Darstellung identisch mit der Anzahl der gegebenen Antworten bzw. Aussagen.

Tabelle 2: Zusammenfassung und Reihung der Motive der LLZ-Athleten.

Motiv	PB1	PB2	PB3	PB4	PB5	PB6	PB7	PB8	PB9	PB10
Leistung	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sozial	x		x	x	x		x	x		x
Gesundheit		x	x					x	x	x
Aussehen		x				x				

In der Gruppe der Special Olympics Athleten konnten ähnliche Motivstrukturen offengelegt werden. Allerdings war die Reihung dieser Personengruppe anders. Leistungsbezogene Gründe für die Sportpartizipation wurden seltener genannt, dafür standen die sozialen und gesundheitsbezogenen Motive im Mittelpunkt. Vor allem der Aspekt „Gewicht verlieren“ und „die Figur verbessern“ wurden in dieser Gruppe auffallend oft geäußert.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Motive der SO-Athleten.

Motiv	PB 1	PB 2	PB 3	PB 4	PB 5	PB 6	PB 7	PB 8	PB 9	Pb 10	PB 11	PB 12	PB 13	PB 14	PB 15	PB 16	PB 17	PB 18	PB 19	PB 20
Sozial	x	x		x	x		x	x	x		x		x	x	x		x	x		x
Gesundheit	x				x			x		x	x		x		x	x		x	x	x
Aussehen	x	x	x	x		x		x				x		x			x			x
Leistung		x				x			x		x		x		x					x

Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

Die Bestimmung der selbstwahrgenommenen Kompetenz und der sozialen Akzeptanz durch den Bilderfragebogen führt zu folgenden Ergebnissen. Auf eine Skala von eins (ich beherrsche die Fähigkeit sehr schlecht) bis vier (ich beherrsche die Fähigkeit sehr gut) erlangten die Sportler aus dem LLZ durchgängig Werte, die um 3,5 und höher liegen (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Mittelwerte des Bilderfragebogens für das LLZ.

Merkmal	M	SD	Cronbachs Alpha
Motorische Kompetenz (MK)	3,8	0,3	.77
Allgemein-kognitive Kompetenz (AKK)	3,6	0,4	.78
Schulisch-kognitive Kompetenz (SKK)	3,5	0,4	.76
Soziale Akzeptanz (SA)	3,8	0,3	.78

Dieses lässt sich als Deckeneffekt interpretieren und an der Aussagekraft des Fragebogens zweifeln, obwohl er eigentlich für den Personenkreis der Erwachsenen mit leichter geistiger Behinderung konzipiert wurde (Theiß, 2005). Auf der anderen Seite könnte man aus diesen Ergebnissen folgern, dass die Sportler aus dem LLZ besonders hohe Ausprägungen in diesen Kategorien haben. Im Vergleich zu den Sportlern der SpecialOlympics sind die Werte tatsächlich höher (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Mittelwerte des Bilderfragebogens für die Special Olympics Athleten.

Merkmal	M	SD	Cronbachs Alpha
Motorische Kompetenz (MK)	3,2	0,5	.74
Allgemein-kognitive Kompetenz (AKK)	3,2	0,4	.45
Schulisch-kognitive Kompetenz (SKK)	3,1	0,5	.56
Soziale Akzeptanz (SA)	2,9	0,5	.73

Die Mittelwerte dieser Personengruppe liegen deutlich niedriger, auch wenn sie mit einer Ausprägung von etwa drei deutlich über dem theoretischen Mittelwert von 2,5 liegen. Zu beachten ist hier allerdings die schwache Reliabilität der Skalen AKK und SKK, die kognitive Kompetenz ist nicht konsistent erfasst worden. Diese beiden Skalen sind ein elementarer Bestandteil des Fragebogens, beschäftigen sie sich doch mit der objektiv eingeschränkten Kompetenz der Zielgruppe. Hier müssen Replikationsstudien mit diesem Instrumentarium weitere Erkenntnisse bringen. Aufgrund der schlecht ausgeprägten Reliabilität der Skalen AKK und SKK wurde nur für die beiden Skalen MK und SA ein Mittelwertvergleich mittels T-Test durchgeführt (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Zwischengruppenvergleich für die Skalen MK und SA.

Kriterium	LLZ	SO	T	df	p
MK	3,8 +/- 0,3	3,2 +/- 0,5	8,9	28	0.04
SA	3,8 +/- 0,3	2,9 +/- 0,5	14,4	28	< 0.00

Bei aller Vorsicht aufgrund der hohen Ausprägungen und der geringen Stichprobengröße zeigt sich im Vergleich ein signifikanter Unterschied im Bereich der motorischen Kompetenz bzw. der Einschätzung dieser. Ebenso nehmen sich Sportler aus dem LLZ als sozial anerkannter an.

Umfeldanalyse

Die Ergebnisse der Betreuerinterviews und des Interviews mit den Eltern eines Sportlers decken sich weitgehend mit den Einschätzungen der Sportler, und verleiht deren Aussagen somit noch mehr Gewicht. In Anlehnung an die Untersuchung von Goodwin et al. (2006) wurde hierbei vor allem nach Veränderungen im Selbstbewusstsein und in der Selbständigkeit der Athleten im Alltag gefragt. Die Betreuer stellten besonders heraus, dass ihre Schützlinge eine Stärkung des Selbstbewusstseins erfahren haben.

„Der X hat sich enorm gemacht, seitdem er hier regelmäßig trainiert. Er ist kaum wiederzuerkennen. Am Anfang war er sehr schüchtern, wollte gar nicht so recht hierher. Ich habe ihn dann mehr oder weniger gedrängt, da ich von seiner sportlichen Qualität überzeugt war und bin. X

hat von Anfang an viel Freude, hat Kontakt zu den anderen gefunden und verehrt die Britta (eine Trainerin, F.P.). Nein, ich muss sagen, er ist viel offener und selbstsicherer geworden seit er hier ist. Er ist ja auch erfolg-reich bis jetzt“ (Betreuer 1).

Mit dieser Steigerung ist bei vielen Athleten auch eine erhöhte Selbständigkeit im Alltag zu verzeichnen. Beispielhaft sei hier das folgende Zitat genannt:

„Er macht jetzt auch viel mehr alleine. Früher haben wir immer zusammen trainiert, sind laufen gegangen und so. Jetzt macht er das allein. Ich kann das auch gar nicht mehr, er ist viel zu schnell. Aber das er das jetzt allein macht, echt Wahnsinn, das hätte es früher nicht gegeben. Auch sonst: In der Werkstatt ist er viel eigenständiger, macht auch manchmal Mist, aber er versucht es halt nun oft allein. Das ist gut, auch wenn es manchmal anstrengend ist“ (Betreuer 4).

Die Aussagen der Betreuer lassen darauf schließen, dass die Teilnahme im LLZ sich durchweg positiv ausgewirkt hat. Das Auftreten, das Selbstbewusstsein und die körperliche Fitness hat sich bei fast allen verbessert (s. Tabelle 7). Schwierigkeiten zeigen sich höchstens in der mangelnden sozialen Unterstützung der Familien, die sich kaum um ihre Kinder und dessen Leistungen kümmern. Deshalb konnten in der Studie auch keine Auswirkungen auf das Familienleben aufgedeckt werden, wie eigentlich bezweckt.

Tabelle 7: Auswirkungen des regelmäßigen Trainings aus Sicht der Betreuer.

Auswirkungen	B1	B2	B3	B4	B5	B6
Selbstvertrauen	x	x	x	x	x	x
Selbständigkeit	x		x	x		x
Leistungsfähigkeit	x	x		x	x	x
gesünderer Lebensstil		x				x

Diskussion

Der Ausgangspunkt dieses Projekts hat sich aus der als defizitär empfundenen Forschungslage zum Leistungssport von Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt. Durch die einzigartige Konzeption des LLZ, einen engen Kontakt zu den Verantwortlichen und bedingt durch das Interesse dieser Personen, ihr Konzept zu hinterfragen, wurde diese Studie angeregt.

Die Frage nach dem Einfluss des Leistungssports auf die leistungsbezogene, psycho-soziale und familiäre Entwicklung der Athleten stand im Mittelpunkt. In einem qualitativ-quantitativen Ansatz wurde das System Leistungssport von Menschen mit geistiger Behinderung anhand von problemzentrierten Interviews und quantitativen Befragungen untersucht.

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen. Aus Sicht der Athleten mit geistiger Behinderung ist ihr Einsatz im LLZ durchaus von einer starken Leistungsmotivation geprägt. Der Wille, in etwas gut zu sein, andere im Wettkampf zu besiegen oder aber seine persönliche Bestleistung zu unterbieten sind wichtige Merkmale dieser Sportler. In der Stichprobe, die untersucht

wurde, sind durchgängig Personen, die eher leicht bis mittelgradig geistig behindert sind. Für diese Gruppe ist die Möglichkeit einer leistungsbezogenen Motivation auch anzunehmen, Personen mit stärkerer Ausprägung der geistigen Behinderung sind dazu nicht oder nur teilweise fähig (Luxen, 2003).

Diese hohe Leistungsmotivation ist auch notwendig, damit das anstrengende Training dauerhaft durchgeführt werden kann. In Gesprächen mit den Trainerinnen wurde deutlich, dass mehrere Personen, die sportlich durchaus talentiert waren, diese hohe Motivation nicht aufbringen konnten. Diese Personen sind nach und nach aus dem Training ausgeschieden, bzw. haben ihr persönliches Trainingsprogramm nicht durchgeführt. Dadurch hat sich die Leistung dann nicht weiter entwickelt oder sogar verschlechtert, was einen Ausstieg aus dem Programm zur Folge hatte.

Weitere Motive, die die Trainingsgruppe charakterisieren sind das Bedürfnis nach sozialen Kontakten und vor allem sozialer Anerkennung durch Eltern, Verwandte und besonders durch die Trainerinnen. Neben den Trainingspartnerschaften, die sich zum Teil in Freundschaften gewandelt haben, scheint vor allem die Rückmeldung der Trainerinnen von großer Wichtigkeit. Die Athleten versuchen den Trainerinnen zu imponieren, wollen durch ihre Leistung positiv auffallen. Dies führt einerseits zu einer starken Fixierung einiger Sportler, andererseits kann man vermuten, dass die Motivation zur Leistungssteigerung dadurch unterstützt wird.

Durch den Einsatz des Bilderfragebogens zur selbstwahrgenommenen Kompetenz und sozialen Akzeptanz sind in dieser Studie Ergebnisse ermittelt worden, die nicht in allen Punkten mit den Vorgaben der Testentwickler übereinstimmen (Theiß, 2005). Die Athleten schätzen sich allesamt sowohl motorisch als auch kognitiv als höchst kompetent ein, die Mittelwerte liegen sehr nah am theoretischen Maximum. Für den Bereich der Motorik ist dies durchaus nachzuvollziehen, es handelt sich bei den Athleten im LLZ um Personen, die motorisch höchst begabt sind, ansonsten würden sie den Anforderungen dieses Leistungskaders nicht genügen. Die im Fragebogen formulierten Items (z.B. hüpfen, auf einem Bein stehen, klettern) stellen für die Athleten keine besondere Schwierigkeit dar.

Die Einschätzung der hoch wahrgenommenen sozialen Akzeptanz auf Seiten der LLZ-Athleten scheint ebenso erklärbar, insbesondere im Vergleich zu den SO-Athleten. In Norderstedt treffen die Leistungen der Athleten auf ein sehr großes Medienecho, welches die Teilnehmer auch registrieren. Berichte über die eigenen Leistungen, über die Anzahl der Titel, die erreichten Zeiten und Weiten sind in der Werkstatt Tagesgespräch. In den Interviews wurde deutlich, dass diese Berichterstattung sehr genau verfolgt wird, und dass sie auch eine persönliche Wichtigkeit besitzt. Die Erkenntnis, dass man selbst etwas leisten kann, dass man von der Bevölkerung als eine Person wahrgenommen wird, die nicht in erster Linie behindert ist, sondern sportliche Höchstleistungen erbringt, erzeugt wiederum ein Selbstbewusstsein, dass dem ganzen Auftreten der Sportler auch in ihrem Alltag gut tut.

Die Werte der SO-Athleten entsprechen eher den Ergebnissen der Fragebogenentwickler. Die Ausprägungen sind signifikant niedriger als bei den LLZ-Athleten,

aber immer noch deutlich über dem theoretischen Mittelwert der vierstufigen Skala. Sportliche Höchstleistungen stehen nicht im Mittelpunkt, eine Verbesserung der sportmotorischen Kompetenz wird aber auch hier angestrebt. Das regelmäßige, auf den Breitensport ausgelegte Training, befähigt die Athleten, die im Fragebogen abgefragten Aktivitäten überdurchschnittlich gut durchzuführen. Die Wahrnehmung der sozialen Kompetenz ist deutlich niedriger ausgeprägt. Eine Rückmeldung in der Form wie im LLZ erfolgt nicht, obwohl auch die SO-Gruppen durchaus von der Öffentlichkeit registriert werden. Im Juni 2008 finden in Karlsruhe die Special Olympics National Games statt, eine Veranstaltung, die sowohl von den Medien als auch von der Politik ein hohes Maß an Aufmerksamkeit erhält. Die Auswirkungen solcher Events auf das Erleben der sozialen Akzeptanz und die Persönlichkeitsentwicklung der Sportler zu untersuchen sind Ansätze, die in der Zukunft sicher lohnenswert sind.

Die Aussagen der Betreuer und eines Elternpaares zur Entwicklung der Sportler gehen in dieselbe Richtung wie die Aussagen der Athleten. Eine Steigerung des Selbstbewusstseins und ein selbständigeres Leben wird durchgängig als Effekt genannt. Die Erfolge im Wettkampf und Training, aber auch die klaren Strukturen im Training, scheinen diese positiven Auswirkungen auf das Leben der Athleten zu unterstützen. Alle Beteiligten stellen die Entwicklung der Sportler im persönlichen Bereich äußerst günstig dar. Die Betreuer berichteten in Einzelfällen von sozialer Verwahrlosung und äußerst schlechten Lebensbedingungen. Seit der Teilnahme an dem Trainingsprogramm und dem Erfahren der eigenen Kompetenz zeigen diese Personen eine deutliche Verbesserung in diesen Aspekten.

Problematisch ist der Umgang mit Misserfolg. Menschen mit geistiger Behinderung sind nur bedingt zur rationalen Reflexion fähig, die für eine Aufarbeitung schlechter Leistungen wichtig erscheint (Luxen, 2003). Die Trainerinnen berichteten von einigen Sportlern, die sehr schnell an ihrer generellen Leistungsfähigkeit zweifeln, wenn der Erfolg im Wettkampf ausbleibt. Aus diesen Zweifeln entstehen bei diesen Personen oft Übertragungen auf die generelle Leistungsfähigkeit, die sich negativ auf die tägliche Arbeit in der Werkstatt und das Sozialverhalten auswirken. Ein Schwerpunkt in der zukünftigen Arbeit des LLZ wird es deshalb sein, Konzepte zu entwickeln, wie im Falle eines Misserfolgserlebens langfristige Probleme verhindert werden können.

Literatur

- American Association on Mental Retardation (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington: AAMR.
- Adolph, H. (1981). *Sport mit geistig Behinderten. Ein didaktisch-methodisches Gesamtkonzept mit praktischen Lehr- und Übungsbeispielen*. Bad Homburg: Limpert.
- Bös, K. & Knoll, M. (1993). Bewegung, Spiel und Sport geistig Behinderter – Entwicklung, Forschungsergebnisse und Perspektiven. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.), *Sport geistig Behinderter* (S. A8 1–21). Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte.

- Castagno, K.S. (2001). Special Olympics Unified Sports: Changes in Male Athletes During a Basketball Season. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18, 193-206.
- Cluphf, D., O'Connor, J. & Vanin, S. (2001). Effects of Aerobic Dance on the Cardiovascular Endurance of Adults with Intellectual Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18, 60-71.
- Danuser-Zogg, E. (1995): *Die Welt be-greifen. Bewegungsarbeit und Rhythmik mit geistig behinderten Kindern*. Sankt Augustin: Akademia.
- Deci, E & Ryan, R. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39, 223-238.
- Deci, E & Ryan, R. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Deutscher Behinderten-Sportverband (2000). Paralympic Games Sydney 2000. www.paralympics.de (abgerufen am 23.9.2000).
- Deutscher Behinderten-Sportverband (2003). *Deutsches Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen*. Duisburg: DBS.
- Farrel, R.J., Crocker, P.R.E., Mcdonough, M.H. & Sedgwick, W.A. (2004). The driving force: Motivation in Special Olympians. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21, 153-166.
- Fediuk, F. (1990). *Bewegung, Spiel und Sport Geistig Behinderter. Zielgruppenanalyse unter besonderer Berücksichtigung motorischer Fähigkeiten*. Kassel: Uni Press.
- Frey, G. C., Stanish, H. I. & Temple, V. A. (2008). Physical Activity of Youth With Intellectual Disability: Review and Research Agenda. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25, 95-117.
- Gabler, H. (2002). *Motive im Sport: motivationspsychologische Analysen und empirische Studien*. Schorndorf: Hoffmann.
- Goodwin, D.L., Fitzpatrick, D.A., Thurmeier, R. & Hall, C. (2006). The Decision to Join Special Olympics: Parents' Perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23, 163-183.
- Innenmoser, J. (2001). *Von Rom bis Sydney – Die Entwicklung der Paralympics. Behinderte machen Sport*, (9), 6-10.
- Kosel, H. & Froböse, I. (1999). *Rehabilitations- und Behindertensport: Körper- und Sinnesbehinderte (2. Aufl.)*. München: Pflaum.
- Lebenshilfe (1993). *Ohne Norm in Form*. Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Luxen, U. (2003). Emotionale und motivationale Bedingungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung*. (S. 230-267). Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Pitetti, K.H. & Yarmer, D.A. (2002). Lower Body Strength of Children and Adolescents with and without Mild Mental Retardation: A Comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19, 68-81.
- Scheid, V. & Wegner, M. (2004). Wettkampf- und Leistungssport von Menschen mit Behinderungen. In R. Prohl & H. Lange (Hrsg.), *Pädagogik des Leistungssports. Grundlagen und Facetten*. Schorndorf: Hofmann.
- Shapiro, D.R. (2003). Participation motives of Special Olympic Athletes. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20, 150-165.
- Sowa, M. (1994). *Sport ist mehr. Eine Untersuchung zur Selbstständigkeitsförderung von Menschen mit geistiger Behinderung in heterogenen Sportgruppen*. St. Ingberg: Röhrig.
- Theiß, D. (2005). *Selbstwahrgenommene Kompetenz und soziale Akzeptanz bei Personen mit geistiger Behinderung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Theunissen, G. & Franz, S. (2006). *Begrenzung oder Entgrenzung. Zur Sinnhaftigkeit von Definitionen geistiger Behinderung im Spitzensport von Menschen mit Behinderung*. Halle: Universität Halle, Institut für Rehabilitationspädagogik.
- Vermeer, A., Lijnse, M. & Lindhout, M. (2004). Measuring perceived competence and social acceptance in individuals with intellectual disabilities. *European journal of special need education*, 19 (3), 283-300.
- Wegner, M. (2001a). *Sport und Behinderung: Zur Psychologie der Belastungsverarbeitung im Spiegel von Einzelfallanalysen*. Schorndorf: Hofmann.
- Wegner, M. (2001b). Das Deutsche Sportabzeichen für Menschen Behinderungen: Kriterien, Einführung und Evaluation. *Vortrag beim Internationalen Kongress Adapted Physical Activity in Wien*.

Balance Training for Youth with Multiple Disabilities within a Physical Education Setting.

Introduction

Whether it be stepping onto the sidewalk or competing in team sports, the ability to maintain postural balance¹ is an integral part of almost every movement task a person may perform (Burton & Davis, 1992). Postural control consists of a relationship between the position of one's centre of body mass (CBM) relative to the base of support (Horak, 1987) and is controlled with the help of information provided by the somatosensory system, visual system and vestibular system. In the literature, balance ability is widely understood to consist of *static balance*, the ability to maintain posture while in a standing or sitting position and *dynamic balance*, the ability to maintain or regain postural control during a movement or physical displacement (Westcott, Lowes & Richardson, 1997).

There are two schools of thought for assessing balance in the Sport Sciences. Some researchers view balance as a general ability that underlies many different movement tasks, known as the General Motor Ability Hypothesis, whereas other researchers view balance as task specific, supporting the Specificity of Motor Abilities Hypothesis (Magill, 2007). Taking a closer look at research supporting these two views, Burton & Davis (1997) demonstrate that correlations between scores of two balance items on the same test were quite low and that many test items load more heavily on non-balance factors, suggesting a validity problem². Therefore, it is important that static and dynamic balance are measured separately and that more than one test item is used. Additionally, every effort should be made to test balance in the context of the functional tasks of interest (Riccio & Stoffregen, 1988).

In people with disabilities, one or more of the systems providing information can be disrupted, resulting in the delivery of inadequate or conflicting information. This, combined with physical restraints that limit the ability to apply corrective forces, decreases balance ability and acts as a limiting factor in regard to what specific movement skills an individual may be able to perform (Burton & Davis, 1992; Thelen, 1986). Burton and Davis (1992, p.26) state: "The use of a particular postural control strategy is determined not only by the task demands and environmental conditions but also by the biomechanical and perceptual constraints of the performer." For example, a person with cerebral palsy may have postural deviations that move the CBM to the edge of the base of support. The high or low muscle tone that this indi-

¹ In this paper, the terms postural stability/control and balance will be interchangeably used.

² For a more in depth discussion on research supporting these views, see Burton & Davis (1997, p. 16-17).

vidual may have affects the ability to apply corrective forces in this unstable situation, which causes restricted movements and can lead to injuries.

Various studies have been conducted examining postural control in people with various disabilities in comparison to “typically developing” peers (see, for example, Villerme, Marin & Debû, 2008 and Ribadi, Rider & Toole, 1987). However, few studies have examined the trainability of balance in people with disabilities. Furthermore, these few existing studies deliver conflicting results. Table 1 summarizes the three relevant intervention studies found by a systematic review through the Human Kinetics electronic database³ (keywords: postural stability, balance ability, (intellectual) disability). Chosen articles were to meet the following search criteria: The articles were to be dated 1980 to the present, dealing with special populations and examining exclusively postural control. Although many studies examine populations with an intellectual disability, none were found that included an intervention program.

Tab. 1. Summary of intervention studies meeting the search criteria.

Study i.e author		
Research Question		
Population	Procedure	Results
Effgen, 1981		
Does balance ability improve in deaf children after a 10-day intervention?		
Deaf children n = 49 age: 7-10 years	<u>Test</u> : On force platform in 4 different stances. <u>Intervention</u> : “Daily exercise program traditionally used to facilitate balance ability” (p.873) carried out for 10 days.	No sig. difference in static balance ability measured in sway. Sig. increase in length of time the experimental group could stand on one leg.
Rintala, Lyytinen & Dunn, 1990		
Do balance and ball skills improve in children with cerebral palsy after a specified 4 month training program?		
Children with cerebral palsy (ambulatory, hemi- or diplegic) n = 8 age: 7-11 years	<u>Test</u> : Multiple baseline design across subjects. <u>Intervention</u> : physical fitness, ball skills and static and dynamic balance were trained for 4 months.	Slight overall improvement in physical fitness. Specific balance training was ineffective. Improvement in dynamic balance seen only in one subject
Ledep et al., 2005		
Does balance training improve the stance and gait of school aged children with cerebral palsy?		
Children with cerebral palsy. n = not given age: “school aged”	<u>Test</u> : Stance and gait parameters based on forceplate data. <u>Intervention</u> : 3 times a week for 6 weeks. Assessment a.) before intervention, b.) after 6 weeks and c.) after 10 weeks. Control group	Improvement of performance on the tasks that were trained. Walking pattern became more symmetrical.

³ <http://www.humankinetics.com>

It is also important to note that studies concerning the elderly were not examined, considering this population makes up a large area of research in itself. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the improvement of dynamic balance in students with various disabilities within a physical education setting following a balance specific training program.

Methods

The subjects completed a pre- and post-training test to measure dynamic balance. The tests consisted of known, proven test items that could be modified to the abilities of the class, as well as an obstacle course to mimic every day activities of moving around. The assessment days and the 4 weeks of training took place in the regular weekly physical education block. Due to the heterogeneity of the group, it was impossible to compare the results within the group, therefore, to determine a difference in performance of the individuals, pre- and post-test values for each subject were compared.

2.1 Sample Group

The sample class (N = 10; mean age, 13.6) was a physical education class at a school for children with intellectual disabilities. Therefore, the sample was incidental, consisting of a small population of children within the school, who also have physical limitations. There was no control group. The students in the class had a physical, intellectual and/or learning disability (Table 2).

Tab. 2. Sample group

Student	Age	Remarks
1	14	learning disability
2	14	scoliosis: Rod in back
3	13	intellectual disability
4	14	cerebral palsy: hemiplegic
5	13	cerebral palsy: tetraplegic
6	11	attention deficit hyperactive disorder
7	13	cerebral palsy: tetraplegic
8	13	spina bifida
9	16	cerebral palsy
10	15	spina bifida

2.2 Balance Intervention Program

The balance program was focused on training balance for every day activities within a physical education setting. The secondary focus was set on reducing fear, increasing body awareness and the acceptance of new ideas and game forms.

Every week, the balance program was planned according to the same structure: A warm-up game (eg. a variation of tag), stretching (in standing), balance exercises (eg. writing your name in the air with one foot), a main game (eg. soccer on roll boards), cool-down and the closing circle. The game forms and balance exercises were researched and compiled to a “program databank”. Each week, program points were taken from this databank and modified to the needs of the students, as a group and for each individual.

2.3 Test Items

Test items that came into consideration were items that have been used and proven in previous studies, measure dynamic balance, were suitable for variation when needed, are economical and use equipment that can be transported with a small car. Considering the needs of the sample group and the purpose of the study, test items were varied according to the following guidelines provided by Burton & Davis (1992); by implementing a change in body location, a change in the supporting environment, position of extremities, manipulating the base of support (eg. size) and manipulating perceptual information. The test items were as follows:

1. One leg stand with Pylons



In the form of an “8”, the leg of choice is lifted and moved around pylons placed behind and in front of the standing leg (stand point is marked). The subject has 2 trials of 15 seconds to form as many complete “8s” as possible.

Rationale: also used in tests such as Bruininks, 1978 (BOTMP), Fetz, 1990; and the Basic Fitness Test. Test was modified from the “stork stand” to add a dynamic component.

2. Beam Walk



Participants are to walk across a beam (3m long, 3 cm high, 4,5cm wide) without touching the ground. The length is measured in cm and the best result from 2 trials counts.

Rationale: Kiphard & Schilling, 1974 (KTK). Modification to walking forwards instead of backward to lower the level of difficulty.

3. Jumping to and fro⁴



On a wooden board (100cm x 30cm), participants are to jump to and fro across a divider in the middle. Subjects are given 2 trials, 15 seconds each. The number of jumps are counted and the best score is taken.

Rationale: Kiphard & Schilling, 1974 (KTK). Modification from jumps to steps for those who could not jump.

4. Obstacle Course

Station:

1&2



3



4



5



Objective: to complete all 5 stations as fast as possible. When contact with the floor or other defined boundaries was made, this was counted as a "mistake." Stop time was in seconds plus an additional 2 seconds for every mistake. The stations were slightly modified to create two levels of difficulty. Subjects completed the corresponding variation according to functional ability.
Rationale: To simulate moving through every day life with contrived obstacles.

Results and Discussion

The raw scores for each subject in each test item were converted to Z-Scores to allow a comparison of general performance across test items (Figure 1). Considering the small intervals of the table, there is very little improvement to be seen in the overall balance performance of the subjects.

⁴ Picture taken from: <http://www.motorik-modul.de/seitlichesHinUndHerspringen.html>

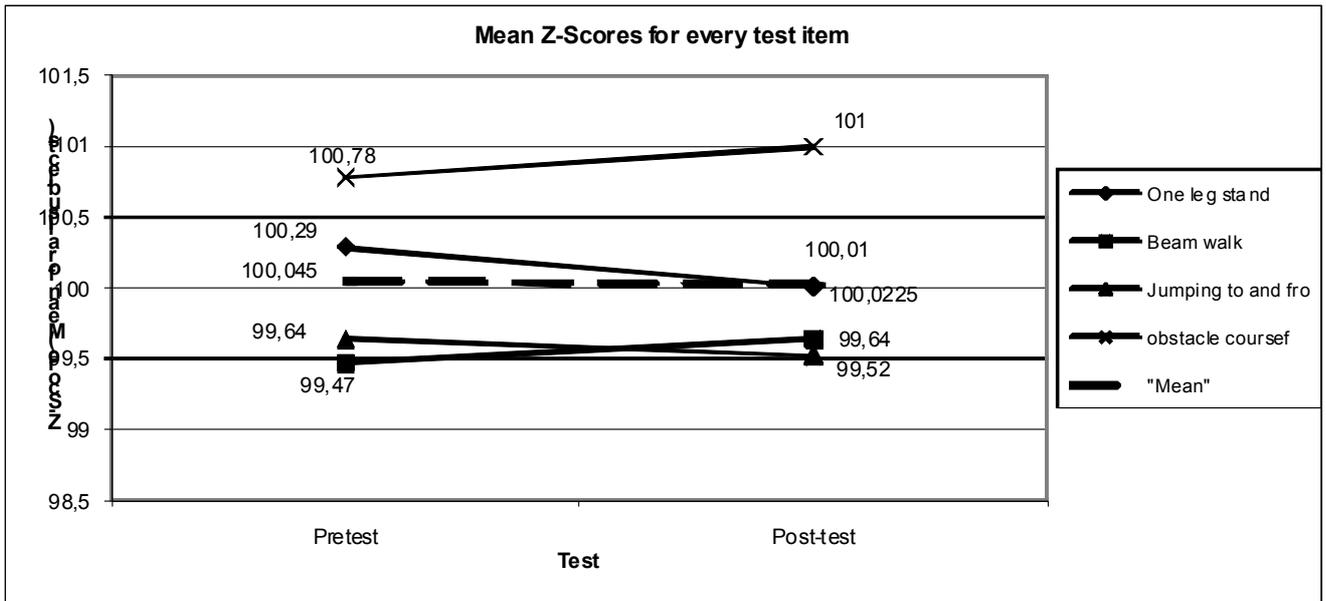


Fig 1. Comparison of the pre- and post-test Z-Scores for every test item (mean values from all subjects).

Furthermore, in 3 of the 4 test items, under half of the subjects improved their performance (Table 3). Thus, results show no significant overall improvement on the group level in dynamic balance ability after training in children with various disabilities.

Tab. 3. Summary of type of change of performance in each test item

Test Item	Increase in performance	No change	Decrease in performance
One leg stand	4	3	3
Beam Walk (4,5 cm)	3	6	1
Jumping to and fro	0	1	9
Obstacle Course	9	0	1

For each individual, the Z-scores were added together to make up a “sum Z-score index.” On the individual level, there are no consistent tendencies to be seen. On the contrary, as seen in Figure 2, there is a wide range of performance from one subject to the next. With such a wide range in performance, for example, the improvement of subject 10 and the decrease of performance in subject 1, it was necessary to take a closer look at the performance of each individual (eg. Fig. 3 and 4). Referring to Table 2, we learn that subject 1 has a learning disability. On any given day, tasks that require concentration can be quite difficult and therefore, performance measures can be inconsistent, independent from motor ability. With subject 9 and spina bifida, there is a small degree of improvement in every test item, with the exception of the one leg stand with pylons, where performance essentially stays the same. With a lower starting base, this subject had more room for improvement.

This improvement could be due to overcoming fear through practice and, therefore, gaining more confidence in execution of the test items.

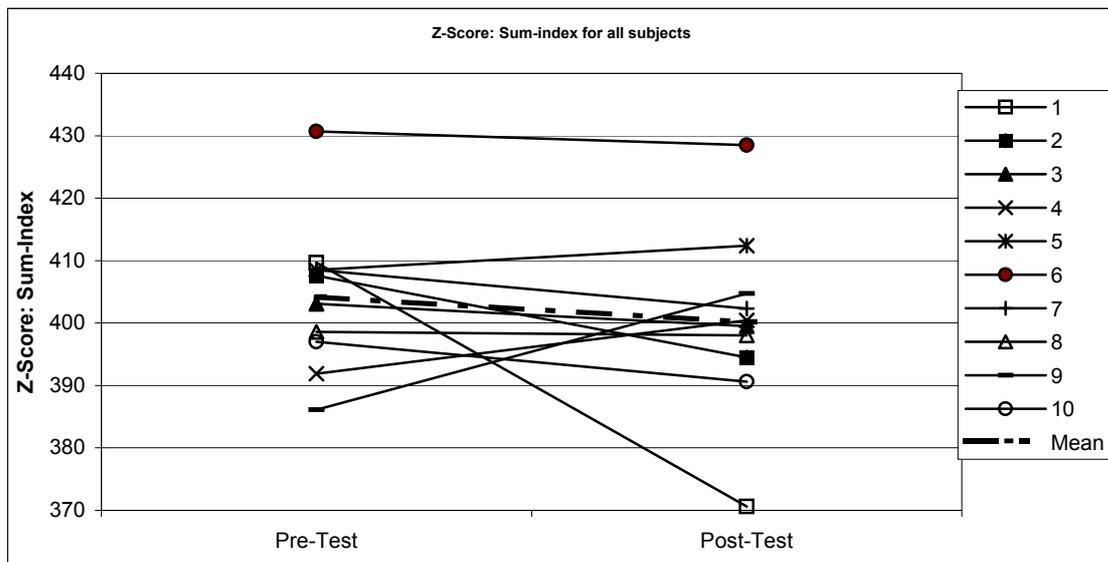


Fig.2. Comparison of the pre- and post-test Z-Scores for all test items for every subject

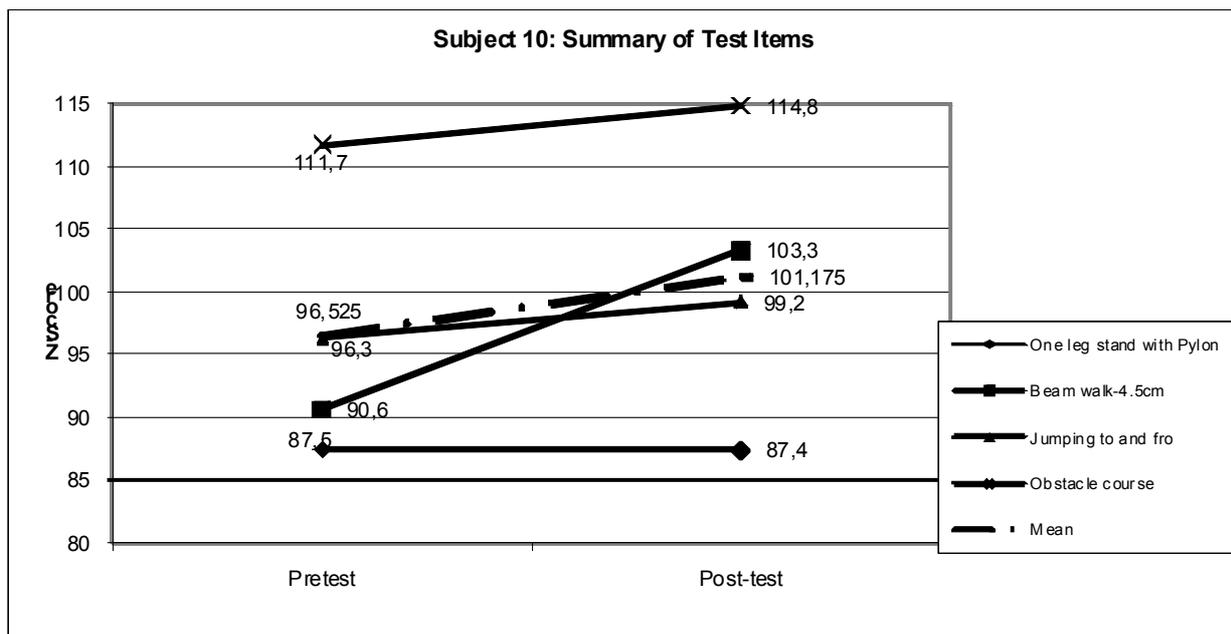


Fig. 3. Subject 10 with spina bifida: Summary of performance

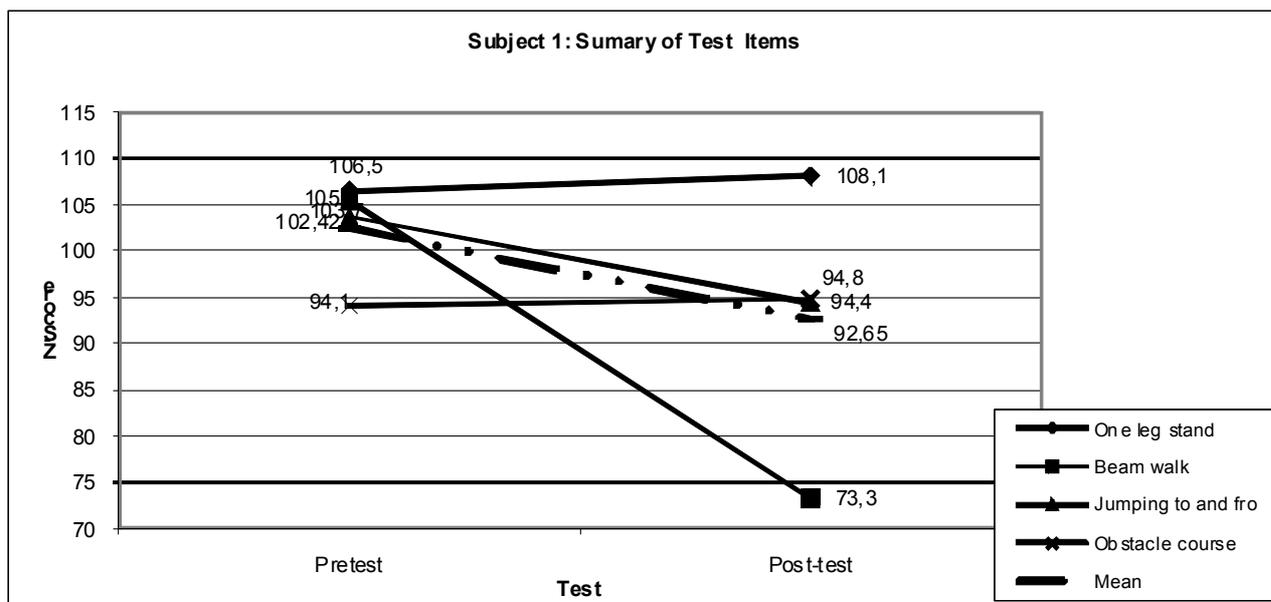


Fig. 4. Subject 1 with a learning disability: Summary of performance

The program itself was restricted to the time offered by the school, and therefore, too short. However, the results correspond to that from Rintala, Lyytinen, & Dunn (1990) and Eggen (1981), in which the training consisted of 4 months and 10 days respectively. This would suggest that it is necessary to increase the frequency (amount of training per week) and/or the length of time the balance program runs. However, the scheduled physical education classes do not always allow for this. On the post-test day, the “uneasiness” of the group during the first 3 items of the post-test may have also contributed to a lack of concentration and, consequently, lower performance scores. It is also quite difficult to find test items that are suitable to all levels of ability in such a heterogeneous group. The level of difficulty for the test item “beam walk” was too easy, implying that the subjects could either perform the item on a smaller width of beam (e.g. 3cm), or also perform the item backwards, as is found in Kiphard and Schilling (1974).

As discussed in the introduction, the construct of balance is quite complex and it’s trainability is still being discussed by researchers in the field (see Magill, 2007). When one of the numerous systems contributing to postural control does not function properly, the concept for improving performance becomes even more difficult.

This program is representative of a possible balance training program at school for children with disabilities in Germany and corresponds to the difficulties that teachers are faced with every day. The results of this study reflect the heterogeneity of the sample group and reinforce the necessity of individualized programs, especially within the disabled population.

In closing, I would like to include a comment from the regular physical education teacher of the sample class:

“In all the 6 classes, the students trusted themselves to complete physical actions that they otherwise wouldn’t normally attempt independantly in the everyday or in physical education class. This is for me a confirmation, that the students must always again be led on their ‘motoric

limits' and with that, encourage them through challenge" (Homeroom teacher and physical educator, Gustav-Heinemann-Schule; Pforzheim, Germany).

Literature

- Burton, A.E. & Davis, W.E. (1992). Assessing Balance in Adapted Physical Education: Fundamental concepts and applications. *Adapted Physical Activity Quarterly*, (9), 14-46.
- Effgen, S.K. (1981). Effect of an exercise program on the static balance of deaf children. *Physical Therapy*, 61, 873, 877.
- Horak, F.B. (1987). Clinical measurement of postural control in adults. *Physical Therapy*, (67), 1881-1885.
- Kiphard & Schilling (1974). Körperkoordinationstest KTK für Kinder (Testrezension). In K. Bös, (Hrsg.), (2001). *Handbuch Motorische Tests*. (2., vollständige überarbeitete und erweiterte Aufl.). (S.173-176). Göttingen: Hogrefe – Verlag.
- Ledebt, A. Becher, J., Hanneke, K., Rozendaal, R., Bakker, R., Leenders, I. & Savelsbergh, G. (2005). Balance Training with Visual Feedback in Children with Hemiplegic Cerebral Palsy: Effect on Stance and Gait. *Motor Control*, 9 (4), 459-468.
- Magill, Richard, A. (2007). *Motor Learning and Control: Concepts and Applications*. (8th edition). McGraw – Hill: USA.
- Ribadi, H., Rider, R.A. & Toole, T. (1987). A Comparison of static and dynamic balance in congenitally blind, sighted, and sighted blindfolded adolescents. *Adapted Physical Activity Quarterly*, (4), 220-225.
- Riccio, G.E. & Stoffregen, T.A. (1988). Affordances as constraints on the control of stance. *Human Movement Science*, (7), 265-300.
- Rintala, P., Lyytinen, H. & Dunn, J. (1990). Influence of a Physical Activity Program on children with Cerebral Palsy: A Single Subject Design. *Pediatric Exercise Science*, (2), 46-56.
- Thelen, E. (1986). Development of coordinated movement: Implications for early human development. In M.G. Wade, & H.T.A. Whiting, (Eds.), *Motor Development in children: Aspects of coordination and control* (pp.107-124) Boston: Martinus Nijhoff.
- Villerme, N., Marin, L. & Debû, B. (2001) Assessment of Static Postural Control in Teenagers with Down Syndrome. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 417-433.
- Westcott, S.L., Lowes, P.L. & Richardson, P.K. (1997). Evaluation of Postural Stability in Children: Current Theories and Assessment Tools. *Physical Therapy*, (6), 629-644.

Beweggründe zur Teilnahme an Unified Sports[®] am Beispiel des Volleyballteams „Pinguine“

Einleitung

Nach einer einleitenden Vorstellung der acht Prinzipien der Philosophie (Benefits) der Special Olympics Unified Sports[®] (Roswal, 2007) wird sich dieser Beitrag mit den (leistungs)bestimmenden Komponenten des Volleyballspiels beschäftigen. Danach werden die Varianten der möglichen Bewerbe innerhalb des Unified Sports[®] Volleyball genannt und das Team der „Pinguine“ wird vorgestellt. Sodann wird im Hauptteil die Frage nach den Beweggründen zur Teilnahme an diesem Unified Sport[®] gestellt und anhand einiger Untersuchungsergebnisse versucht werden, diese differenziert herauszufinden.

Es ist anzunehmen, dass Sportaktivitäten von Menschen mit intellektueller Behinderung häufig aus denselben oder ähnlichen Motiven betrieben werden wie von nichtbehinderten Sportler(inne)n. Dabei können Argumente sowohl für den spezialisierten Behindertensport wie für den gemeinsamen Integrationssport gefunden werden. Bei der näheren Betrachtung des Unified Sports[®] – hier speziell Volleyball – kann man einen Eindruck darüber gewinnen, wie sich persönliche Beziehungen entwickeln und wie das gemeinsame Ziel die unterschiedlichen Partner gegenseitig beeinflussen kann. Sportspiele sind ja „eine Möglichkeit zum Erleben von körperlicher Herausforderung, emotionalem Reagieren, sozialem Handeln und auch kreativen Aktivitäten“ (Fritzenberg & Krüger, 2002). Gerade Volleyball verlangt auf höherem Niveau Schnellkraft, Ausdauer und (aufgrund der anspruchsvollen Ballbehandlungstechnik) zahlreiche koordinative Fähigkeiten. Gemäß der Annahme über fehlende Geschlossenheit und Harmonie der Bewegungen von geistig behinderten Menschen (Faltermeier, 1985) könnte dieser Sport leicht zu herausfordernd bis überfordernd wirken. Die Komponente des sozialen Handelns und die durch die Regeladaptation erreichte geteilte Verantwortlichkeit kann jedoch die Entwicklung der erforderlichen Handlungs- und Sozialkompetenz unterstützen.

Rahmenbedingungen: Special Olympics – Unified Sports[®] – Volleyball – „Pinguine“

Um die Absicht der hier dokumentierten Untersuchung, nämlich die Feststellung der Beweggründe zur Teilnahme an gemeinsamen Sportaktivitäten von Menschen mit und ohne Behinderung in einem Teamsport, umzusetzen, sollen zunächst einige Rahmenbedingungen des Projekts dargestellt werden.

Acht Prinzipien des Special Olympics Unified Sports (Benefits of SO-UfS)

In dem (auch auf der internationalen SO-website abrufbaren) Special Olympics Unified Sports Handbook wird Unified Sports® als zusätzliches Mittel der Mission von Special Olympics (SO) bezeichnet. Teams werden dabei mit der Absicht einer sinnvollen und herausfordernden Betätigung bei Training und Wettkampf zusammengestellt, welche alle Sportler/innen miteinbeziehen soll. Diese Möglichkeiten führen häufig zu verbessertem Eigenkönnen, höherem Selbstwertgefühl und gleichberechtigtem Status unter Gleichaltrigen sowie zu neuen Freundschaften (SO-Handbook, 2003).

Ausführlich werden folgende *Benefits* genannt:

- *Sport-Specific Skill Development* – unter geschulter Anleitung wird SO-UfS-Teilnehmer(inne)n die Möglichkeit geboten, ihre sportspezifischen Fertigkeiten zu entwickeln und zu verbessern.
- *Competition Experience* – Athle(inn)en erfahren neue physische und mentale Herausforderungen und werden besser darauf vorbereitet, in Schul- oder Vereinstams auf höherem Wettkampfniveau als SO anzutreten.
- *Meaningful Inclusion* – Die SO-UfS-Regeln und die Richtlinien zu Alters- und Fähigkeitseinteilung, wie sie sportart-spezifisch definiert werden, stellen sicher, dass alle Beteiligten eine wichtige, bedeutungs- und wertvolle Rolle im Team spielen.
- *Community-Based Participation* – SO-UfS-Programme erhalten nicht zu unterschätzende Unterstützung und bieten oft die Möglichkeiten der besseren Eingliederung in Gemeindewesen und Öffentlichkeit durch Partnerschaften mit Freizeiteinrichtungen, Schulen und/oder Jugendorganisationen.
- *Transition and Choice* – Durch UfS werden den SO-Athlet(inn)en Möglichkeiten geboten, an regulären (*mainstream*) Sport- und Gemeindeaktivitäten teilzunehmen. SO-UfS-Programme unterstützen Schulen dabei, ihre Übergangs- und Integrationsaufgaben wahrzunehmen und bieten alternative Wahlmöglichkeiten für schon als SO-Athlet(inn)en Registrierte wie auch für Neulinge.
- *Public Education* – UfS verbessert die öffentliche Aufmerksamkeit für Geist, Geschick und Fähigkeiten von Menschen mit intellektueller Behinderung.
- *Family Involvement* – Geschwister von SO-Athlet(inn)en können als wertvolle Partner oder Coaches zur Verfügung stehen. Allerdings ist eine sorgfältige Auswahl, je nach Sportart, hinsichtlich der Beteiligung von Eltern zu berücksichtigen. In einigen Sportarten (z.B. Golf, Tennis, Bowling) passt eine solche Teamzusammensetzung und ist ziemlich normal. In vielen anderen Sportarten kann jedoch ein solches Eltern-Kind-Team als unpassend bezüglich Alter und Gleichwertigkeit angesehen werden.
- *Personal Development* – Teamkolleg(inn)en können ihr Selbstwertgefühl verbessern, Freundschaften entwickeln und gegenseitiges Verständnis durch *Team-Spirit* und gleichberechtigte Anerkennung erlangen (Roswal, 2007; SO-Unified Sports Handbook, 2003).

Komponenten des Volleyballspiels

Das Volleyballspiel ist, wie heutzutage schon verbreitet bekannt, ein Teamspiel ohne Fremdkontakt, wobei ein Team aus sechs Spieler(inne)n besteht. Diese befinden sich in einem 9 x 9 m großen Feld, das durch ein Netz vom anderen Team getrennt wird. Das Ziel des Spieles ist es, mittels maximal drei Berührungen innerhalb eines Teams den Ball über das Netz auf den gegnerischen Boden zu bringen. Bei Aufkommen eines Balles am Boden (oder anderen Regelverstößen z.B. Netzberührung oder Linienübertritt, etc.) erhält der Gegner einen Punkt. Sieger eines Satzes ist das Team, das als erstes 25 Punkte hat. Gespielt wird in der Regel auf drei gewonnene Sätze, wobei der 5. Satz bei 15 Punkten (mit 2 Punkten Differenz) endet. Zur Berührung des Balles dürfen nur die speziell erlaubten Techniken angewendet werden: Pritschen, Baggern, Angriffsschlag, Service und Block. Da die verschiedenen Spieltechniken kaum etwas mit der Alltagsmotorik gemein haben und im Spiel Bälle unterschiedlicher Geschwindigkeit und Flugrichtung damit berührt werden müssen, ist ein hohes Maß an Koordination zur Erlernung und Anwendung notwendig (Papageorgiou & Spitzley, 2007).

Durch die sich ständig ändernden Spielsituationen ist Volleyball eines der koordinativ und konzentrativ hochwertigsten Teamspiele. Neben der Koordination sind Kraft (besonders Schnellkraft) und Ausdauer (besonders Kraftausdauer und Kurzausdauer) von Bedeutung, und auch Beweglichkeit ist zur Ausübung von Volleyball notwendig. Dabei kommen vor allem Kombinationen dieser Fähigkeiten in fast jeder Situation zum Tragen.

Wie in dem einleitenden Zitat erwähnt, bietet das Volleyballspiel außer den physischen Anforderungen auch die Möglichkeit zum Erleben von *emotionalem* Reagieren, *sozialem* Handeln und *kreativer* Aktivität (Fritzenberg & Krüger, 2002). Für emotionale Reaktionen gibt es da ein breites Feld. Die Freude über Erfolge sowie auch das Erlernen Misserfolge hinzunehmen und zu verarbeiten, sind nicht nur im Volleyball mit intellektuell behinderten Menschen von zentraler Bedeutung. Da sich in einem Spiel durch die Zählweise des Running-Scores ständig Erfolge an Misserfolge reihen, ist der emotionale Umgang mit dem dauernden Wechselbad der Gefühle etwas, was erlernt werden muss.

Die Komponente des sozialen Handelns tritt hier ebenfalls stark in den Vordergrund. Nur durch gemeinsames Handeln kann das Spiel überhaupt stattfinden und ein Sieg errungen werden. Unter dem Aspekt, kreative Aktivitäten im Sportspiel zu erleben, könnte man im Volleyball die verschiedenen Möglichkeiten der Lösung einer Spielsituation nennen. Auf der Basis von Entscheidungs- und Reaktionsfähigkeit liegt es an der *Kreativität* des/der Spielers/Spielerin, was er/sie mit dem Ball macht. Nach Innenmoser und Kolb (2005) wird aus therapeutischer Sicht gerade im Sportspiel die Entwicklung psychischer, physischer und sozialer Funktionen gefördert. Weiters meinen sie, dass bei behinderten Kindern und Erwachsenen Spielerlebnisse einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten. Dazu gehört außer der physischen Gesundheit auch die psycho-soziale Komponente der Lebenseinstellung, die durch die Wahl der passenden Sportart nicht nur den Sport-

ler/die Sportlerin mit intellektueller Behinderung positiv beeinflussen, stimulieren und stärken kann. Sport kann auch das Leben der im sozialen Umfeld der Aktiven Beteiligten – seien es Eltern, Geschwister oder Betreuende – verändern, wenn Fähigkeit (ability) und nicht Unfähigkeit (disability) als Katalysator gesehen wird (INAS-FID Europe¹).

Volleyballbewerbe bei Special Olympics Games

Gemäß den offiziellen Bewerbungsbestimmungen für die Sportart Volleyball der SO (www.specialolympics.org) können folgende offizielle Events durchgeführt werden:

- 1. Volleyball Juggle
- 2. Volleyball Pass
- 3. Volleyball Toss and Hit
- 4. Individual Skills Competition
- 5. Team Skills Volleyball
- 6. Team Competition
- 7. *Unified Sports[®] Team Competition*
- 8. Modified Team Competition

Im Folgenden soll nun kurz auf den Unified Sports[®] Team Bewerb eingegangen werden, an dem das in der späteren Untersuchung dargestellte Team auch international teilnimmt.

Dieser Volleyball-Bewerb kann als Unified Sport[®] wettkampfmäßig und hobbymäßig betrieben werden. Die Teams bestehen aus einer gleichen Anzahl an Personen mit und ohne intellektueller Behinderung. Zur Ausübung von Unified Volleyball gibt es zusätzlich ein spezielles Regelwerk. Die wichtigsten Punkte darin sind:

Drei *Athlet/innen* (die intellektuell behinderten Sportler werden im Unified Sport[®] immer als *Athlet/innen* bezeichnet) und drei *Partner/innen* müssen in der Grundaufstellung immer abwechselnd stehen.

- Zwei Partner/innen dürfen den Ball nicht (nur notfalls) hintereinander berühren.
- Pro Angriff muss *mind. eine* Ballberührung durch eine Athletin/einen Athleten erfolgen.
- Es können nur drei Punkte mit demselben Service erzielt werden, dann muss eine Position weitergedreht werden.

Dadurch soll verhindert werden, dass in einem Match die Partner/innen innerhalb eines Teams nur untereinander und auch nur gegen die anderen Partner/innen spielen und die Athlet/innen so zu Statist/innen und fast schon „Hindernissen“ des Spiels werden. Die Athlet/innen sollen dadurch mehr in den Vordergrund rücken, und die Teamfähigkeit und das Zusammenspiel von Partnern/innen und Athlet/innen werden gefördert. Daher ist auch ein gemeinsames Training eines Unified Teams unerlässlich.

Eine weitere Besonderheit stellen die so genannten „*Skill Assessment Tests*“ dar. In Vorrundenspielen wird versucht die Stärke der Teams einzuschätzen, um Wett-

¹ INAS-FID Europe, Benefits of Sports. Zugriff am 23. September 2008 unter: http://www.inas-fid-europe.com/index.php?mod=page&ac=page&id_page=5

kampfgruppen mit ähnlich guten Teams zu bilden, die dann gegeneinander spielen. Das erscheint wichtig, um homogene Gruppen mit vergleichbarem Leistungsniveau zu schaffen (SOEU, 2007).

Die Pinguine - ein Unified® Volleyballteam

Die Pinguine oder auch BOP-Volleys sind ein Volleyballteam bestehend aus *Athlet/innen* verschiedenen Alters mit intellektueller Behinderung und deren nicht behinderten *Partner/innen*. Das Team wurde bereits 1989 gegründet, unter besonderer Bemühung von Herta Skargeth². Sie hat in mühevoller Kleinarbeit und mit intensivem Trainings- und persönlichem Aufwand ein Team geformt, dem es Spaß macht miteinander Sport zu treiben und Integration zu leben. Tagtäglich erleben so alle Beteiligten, wie die Kluft zwischen „normal“ und „nicht normal“ schwimmt. Das Team, das seit 1999 unter der Leitung von Andrea Freh steht, trainiert regelmäßig (einmal pro Woche) mit dem Trainer und Unified® Partner Franz Strakonitzky. Weiters nehmen sie an den Hobbymixed-Meisterschaften in Wien und an diversen Special Olympics Veranstaltungen teil. Bei den Special Olympics Weltspielen 1991 und 1995 in den USA und 2003 in Dublin gelang es ihnen, jeweils eine Silbermedaille im Unified® Volleyball zu gewinnen. Im selben Bewerb konnten sie sich 2007 in Shanghai die lang ersehnte *Goldmedaille* erkämpfen. Auch bei den Skill-Bewerben der Special Olympics gab es in der Vergangenheit immer wieder gute Resultate, unter anderem eine Goldmedaille 1995. Doch diese Erfolge sind nicht unbedingt die wichtigsten. Ihr Ziel ist es vor allem *Integration* zu leben, wozu gegenseitige Unterstützung, Rücksichtnahme, Leistungs- und Lernorientierung sowie Offenheit in Konfliktsituationen gehören.³

Untersuchung zur Teilnahmemotivation im Unified® Volleyball

Die Frage nach den Beweggründen Volleyball, und im speziellen Unified® Volleyball, zu spielen, stand im Zentrum dieser Untersuchung. Es sollte festgestellt werden, ob *Unterschiede*, *Ähnlichkeiten* oder *Gleichheiten* zwischen den einzelnen Teammitgliedern, aber auch innerhalb der Gruppe von Athlet(inn)en und Partner(inne)n vorhanden sind. Mittels Klärung dieser Fragestellung wollte man auch in Erfahrung bringen, was am Volleyballspiel so attraktiv ist, um dadurch in weiterer Folge mehr Menschen zur Ausübung dieses Teamsports zu bringen.

Es wurde gefragt, warum die einzelnen Teammitglieder Volleyball spielen und was genau sie dazu anfangs und auch weiterhin bewegte, Unified® Volleyball im Speziellen auszuüben.

Durch Kenntnis dieser Faktoren könnten Trainingsangebote und das Training selbst (Abläufe und Methodik) besser auf die Bedürfnisse und die Interessen der

² Sie ist eine ehemalige österreichischen Nationalteamspielerin, mit der ich persönlich (Dinold) damals auch kurz im Team zusammen spielte

³ Das findet sich auf der Homepage der Pinguine. Zugriff am 13. September 2008 unter:
<http://www.woodo.org/downloadschrift.htm>

Spieler/innen abgestimmt werden. Es wurde auch ein Einblick in die (positiven) Effekte dieses Sports erhofft. Schließlich sollte durch die Interviews herausgefunden werden, ob die Athlet/innen selbst die Entscheidung getroffen haben, Volleyball zu spielen, also ob sie selbstbestimmt gehandelt haben.

Ergänzend muss hier gesagt werden, dass es schwierig bis nicht zulässig ist, allgemeine Rückschlüsse von den Aussagen der interviewten Athlet/innen auf die gesamte Personengruppe der intellektuell behinderten Menschen aufgrund der relativ kleinen Gruppe und ihrer Heterogenität zu ziehen.

Die übergeordneten Fragestellungen der Untersuchung lauteten daher:

- Warum spielen Menschen mit und ohne intellektuelle Behinderung Volleyball?
- Warum spielen sie gemeinsam Volleyball?
- Gibt es unterschiedliche, ähnliche oder sogar idente Beweggründe?
- Wenn ja, welche sind das?

Methode, Durchführung und Auswertung

Die Untersuchung der Teilnahmemotivation wurde mittels teilstrukturierter Interviews anhand eines Leitfadens durchgeführt. Dabei wurden folgende Themen berücksichtigt:

- Biografie (Fragen: 1 - 3)
- Volleyballbezogene Biografie (Fragen: 4, 5)
- Beweggründe zur Ausübung von Volleyball (Fragen: 6 - 8)
- Volleyball bei den Pinguinen (Fragen: 9 - 16)
- Für Partner/innen: Unterschiede Unified[®] und sonstiges Volleyball (Frage: 17)
- Zusatzfragen nach den Wetsommerspielen in Shanghai (Fragen: 18, 19)

Diese Themen fanden sich im Interviewleitfaden als ausformulierte Fragen wieder. Falls die Hauptfrage nicht verstanden wurde, nicht alles abklärte oder um Themenkomplexe genauer zu erfragen, wurden vorbereitete Nebenfragen gestellt.

Es wurden Spieler/innen des Unified[®] Volleyballteams „Pinguine“ interviewt. Insgesamt waren es 12 Personen, davon 6 mit und 6 ohne intellektuelle Behinderung, also 6 Athlet/innen und genauso viele Partner/innen. Die Gruppe der Athlet/innen bestand aus 2 Frauen und 4 Männern, bei den Partner/innen gab es nur eine Frau und 5 Männer. Die Teilnehmer/innen waren zwischen 23 und 47 Jahre alt. Das Alter der Partner/innen lag zwischen 34 und 43 Jahren und das Alter der Athlet/innen zwischen 23 und 47 Jahren.

Der Kontakt zu den Interviewteilnehmer/innen wurde während der Teilnahme an einem Training hergestellt. Da ein Interview weder ein informelles Gespräch noch ein Frage-Antwort-Spiel sein soll (Cropley, 2005), wurde versucht eine angemessene Variante dazwischen zu finden. Dies gestaltete sich in diesem Fall unerwartet schwierig für die Fragestellerin (Wohanka). Einerseits wegen der schon bestehenden Vertrautheit zu einigen der Partner/innen. Andererseits gaben einige der interviewten Athlet/innen nur zögerlich Antworten, sodass eine freundschaftliche und daher teilweise eher informelle Gesprächsführung, die sichtlich leichter fiel, notwendig war, um tiefer greifende Antworten zu bekommen.

Weiter war es wichtig, ein geeignetes Sprachniveau zu benutzen, da es laut Fontana und Frey (1998) im Rahmen des Interviews wichtig ist, alle Aspekte von Kommunikation den Merkmalen des/der Gesprächspartners/in anzupassen (Fontana und Frey, 1998). Dies wurde in den Interviews mit den Personen deutlich, die einen stärkeren Dialekt sprachen, sodass auch die Fragen mehr im Dialekt formuliert wurden.

Zur Auswertung wurden zunächst Transkripte der Interviews erstellt, die sodann einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2002) unterzogen wurden. Deren Grundgedanke, eine schrittweise und systematische Analyse des Materials, wurde anhand der Themen des Leitfadens sowie in eventueller Auseinandersetzung mit neu genannten Motiven weitgehend eingehalten.

Ausgewählte Ergebnisse

In diesem Abschnitt soll eine Auswahl der Inhaltsanalysen zu vier der möglichen sechs Themen vorgestellt werden, wobei allerdings nicht immer alle genannten Motive angeführt werden können.

Volleyball bezogene Biografie

Die Dauer der Volleyballausübung ist bei den Teammitgliedern der „Pinguine“ breit gefächert und reicht von zwei bis vier Jahren bis zu 32 Jahren. Einer der Partner/innen begann mit neun Jahren bereits Volleyball zu spielen, während einer der Athlet/innen erst mit 35 begann. Dies zeigt, dass die Erfahrung und auch das technische Können in diesem Team sehr unterschiedlich sein müssen.

Weiters wurde deutlich, dass die Athlet/innen im Durchschnitt später zum Volleyballsport kamen als die Partner/innen. Die Athlet/innen begannen zwischen 19 und 35 Jahren und die Partner/innen deutlich früher, zwischen 9 und 21 Jahren.

Die Gründe für diese deutlichen Unterschiede zwischen den Athlet/innen und den Partner/innen sind unklar. Wahrscheinlich sind eine fehlende sportliche Förderung in der Jugend oder auch zu wenig Information und Angebote für intellektuell behinderte Jugendliche und ihre Eltern die Gründe.

Die Begleitumstände für den Beginn mit Volleyball waren bei den Partner/innen ähnlich. Vier Partner/innen fingen über die Schule mit Volleyball an, einer über eine Freundin und einer über den Freundeskreis. Drei der Partner/innen, die in der Schule begannen, wurden von Lehrer/innen und Trainer/innen gefördert und zum Verein gebracht. Über ihre damaligen Beweggründe gaben sie kaum Auskunft. Zwei der Partner begannen unter anderem aus sozialen Gründen mit dem Volleyball und fingen daher an, Mixedvolleyball zu spielen. Die einzige weibliche Partnerin begann zwar schon früh mit dem Volleyball, beendete jedoch die Ausübung dieses Sports mit 18 Jahren verletzungsbedingt. Nach einer fast 20-jährigen Pause begann sie, mit 36, bei den „Pinguinen“ aus dem Motiv, Kontakt mit behinderten Menschen und auch wieder Ballkontakte haben zu wollen.

Bei den Athlet/innen fingen drei über eine/n Freund/in oder eine/n Bekannte/n mit Volleyball an, zwei über die Organisation „Jugend am Werk“ und eine davon und

eine weitere über die damalige Trainerin. Die Trainerin hatte damals zu ihr gemeint, sie solle sich das Training mal anschauen. Sie fand Volleyball ansprechend und hat deshalb weitergemacht. Ein Athlet war immer schon sportlich und fand Volleyball interessant, ein anderer war vor Volleyball turnerisch aktiv und wechselte zu Volleyball, weil es ihm mehr Spaß machte und er für Turnen zu langsam war. Sehr viele Beweggründe für seinen Beginn mit Volleyball gab ein weiterer Athlet an. Einerseits waren es die Bewegung und die anderen Leute, mit denen man bei diesem Sport Kontakt hat, andererseits die Möglichkeiten an verschiedene Orte zu kommen und Hobbyturniere zu spielen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es zahlreiche und sehr verschiedene Beweggründe für die Athlet/innen gab, mit Volleyball zu beginnen. Einerseits, weil der Sport faszinierend, interessant und „nicht schlecht“ war bzw. „gefallen“ hat, und andererseits auch weil es mehr Spaß macht als etwas anderes. Bewegung, andere Leute und der Aspekt an verschiedene Orte zu kommen, waren wichtig.

Beweggründe zur Ausübung von Volleyball

Die Beweggründe zur Ausübung von Volleyball waren allgemein sehr vielfältig. Die einzelnen Komponenten, die sich aus den jeweils von den Teilnehmer/innen genannten Aspekten und Themen zusammenfassen ließen, sind: „der Sport an sich“, „spielbezogene Aspekte“, „körperliche Aspekte“, „soziale Aspekte“, „persönliche Aspekte“, „Sonstiges“, sowie „keine Antwort“ und „Antwort nur nach Vorgabe von Möglichkeiten“.

Allgemein war die Kategorisierung der Antworten auf die gestellten Fragen in diesem Bereich problematisch. Die Schwierigkeiten bestanden darin, dass die meisten genannten Aspekte sehr vielschichtig zu verstehen sind und daher in mehrere Kategorien passten. Die Möglichkeit, keine Antwort zu geben, wurde in der Kategorie „keine Antwort“ erfasst, wobei in diesen Fällen Antwortmöglichkeiten gegeben wurden, deren Ergebnisse der Kategorie „Antwort nur nach Vorgabe von Möglichkeiten“ zugeteilt wurden.

Um diese Vielfalt nun einigermaßen übersichtlich zu erklären, werden zu den einzelnen Aspekten hier nur Schlagworte der Aussagen wiedergegeben:

Sportartspezifische Aspekte - „Der Sport an sich“

☺ *Es gefällt:* Schönheit des Sports, Ausgleich und Ruhe, dynamisch attraktiver ganzkörperbetonter Sport, Sportart für jede Jahreszeit, Mannschaftssport, Mixed-Volleyball, athletisch und technisch anspruchsvoller Sport, Hobbyturniere, Olympiaden.

♯ *Besonders wichtig:* Mannschaftssport, der Sport an sich, Mixed-Volleyball, auch im Sommer möglich, das Spielen selbst.

„Der Sport an sich“ ist eine Komponente, die sich aus den allgemeinen Aussagen über und zum Volleyballsport ergab. Das bedeutet zum Beispiel, dass einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin Volleyball gefällt, weil es ein Teamsport ist oder weil er/sie es dynamisch findet. Im Vergleich dazu geht es in der nächsten Komponente

„spielbezogene Aspekte“ um Elemente des Volleyballsports, die diesen definieren, wie zum Beispiel das Service, die Annahme, das Aufspiel oder das Training und das Match. Die Komponente „körperliche Aspekte“ umfasst alle Gründe, aus denen Volleyball gefällt oder nicht gefällt, die den Körper betreffen, wie zum Beispiel Bewegung oder Verletzungen.

Die meisten positiven Aspekte des Volleyballs wurden in der ersten Kategorie „der Sport an sich“ genannt, wobei der Punkt, dass Volleyball ein Mannschaftssport ist, am häufigsten genannt wurde. Außerdem wurden in dieser Kategorie keine negativen Aspekte genannt.

Spielbezogene Aspekte

- ☺ *Es gefällt*: nicht so viele Leute und nicht so großer Platz notwendig, kein Körperkontakt, Angriff, Service, Annahme, Training, Match.
- ☝ *Besonders wichtig*: Rotationsprinzip, Service, Aufspiel und Service.
- ☹ *Es gefällt nicht*: neue Regelungen und Schiedsrichterentscheidungen, schwache Gegner, mangelnde Spielfelddisziplin, unnötiger Stress, Angriff, Training, Aufwärmen.

Die meisten negativen Aspekte fielen in der Kategorie „spielbezogene Aspekte“, wobei hier genauso viele positive Aspekte genannt wurden. Allgemein wurden weniger negative Aspekte als positive erwähnt und ein Spieler meinte sogar, dass ihn nichts am Volleyball stört. Zwei der Interviewpartner/innen waren sich einig, dass ihnen nicht gefällt, dass sie trainieren müssen, wenn sie zu müde sind oder sie keine Lust dazu haben.

Körperliche Aspekte

- ☺ *Es gefällt*: Bewegung
- ☹ *Es gefällt nicht*: Verletzungen, Größenabhängigkeit, Kreuzschmerzen

Soziale Aspekte

- ☺ *Es gefällt*: Mannschaftssport, Leute treffen, Freundschaften
- ☝ *Besonders wichtig*: Nur zusammen kann man gewinnen, Männer und Frauen können zusammen spielen-> Mixed-Volleyball, Team
- ☹ *Es gefällt nicht*: Disharmonie in der Mannschaft

Unter die Kategorie der „sozialen Aspekte“ fallen unter anderem Gründe wie, „dass man dort Leute trifft“, und „dass man Volleyball nur als Team gewinnen kann“.

Persönliche/emotionale Aspekte

- ☺ *Es gefällt*: Geben und Bekommen, sich messen, beweisen können, Emotionen ausleben können, etwas für sich selbst machen können, Spaß haben.
- ☝ *Besonders wichtig*: sich messen können, Spaß und Freude.
- ☹ *Es gefällt nicht*: manchmal Probleme mit einer Person.

„Persönliche Aspekte“ sind alle Aspekte, die nur auf die betreffende Person selbst eine positive oder negative Wirkung haben. Dazu gehören Aussagen, „dass man sich gerne mit anderen misst“ und „etwas für sich selbst machen“ möchte. Unter „sonstige Aspekte“ fallen alle anderweitig nicht kategorisierbaren Aussagen.

Volleyball bei den „Pinguinen“

Der nächste Fragenkomplex bezog sich auf Angaben und Meinungen zum Team der „Pinguine“ und wollte dabei Teilnahmedauer, Beweggründe zu Beginn und in Folge, Erwartungen, Wünsche, Ziele und Gründe fürs Dabeibleiben eruieren.

Dauer

Die Dauer der Teilnahme bei den „Pinguinen“ reicht von einem knappen Jahr bis zu elf Jahren. An den Angaben ist zu sehen, dass die Athlet/innen im Durchschnitt länger bei den „Pinguinen“ sind als die Partner/innen, von denen zwei auch erst aufgrund der Special Olympics World Summer Games 2007 in Shanghai angefangen haben. Am längsten bei den „Pinguinen“ sind ein Athlet und eine Athletin, die bereits seit 11 Jahren im Team sind; am kürzesten ist ein Athlet seit zwei Jahren dabei. Bei den Partner/innen ist einer seit sieben Jahren im Team dabei, und ein anderer hat zwar auch damals begonnen, jedoch eine Pause eingelegt und vor einem dreiviertel Jahr wieder begonnen. Bis auf einen der Partner, der erst vor einem Jahr begonnen hat, spielen die restlichen drei Partner/innen seit drei bis fünf Jahren im Team.

Beweggründe und Begleitumstände für den Beginn

Die Angaben zu den Beweggründen und Begleitumständen erfolgten von den einzelnen Spieler/innen ziemlich unterschiedlich, bei den Partner/innen jedoch gab es viele Ähnlichkeiten.

- *Partner/innen*: Spielermangel bei wichtigem Event, Anfrage durch Spieler oder Trainer, Kontakt mit behinderten Menschen haben, Ballkontakte
- *Athlet/innen*: Freund/innen/ Bekannte, Organisation „Jugend am Werk“, Trainerin, Schule (identisch mit denen des Beginns mit VB)

Zusammenfassend ist erkennbar, dass für eine Teilnahme bei den „Pinguinen“ Athlet/innen und Partner/innen unter anderem sowohl Freunde und Trainer/innen als auch Institutionen nannten. Dadurch wird deutlich, dass eine Motivation durch eine Person oder Institution bei fast allen Teammitgliedern bedeutend für das Anfahren war. Das Weitermachen nach der ersten Trainingseinheit hatte jedoch andere Gründe. Die Hälfte des Teams, drei Athlet/innen und drei Partner, haben nach dem ersten Training bei den „Pinguinen“ weiter gemacht, weil es ihnen gleich Spaß gemacht oder gefallen hat.

Außer dem Spaßfaktor waren auch andere Elemente verantwortlich. Z.B. war es der Mutter eines Athleten wichtig, etwas Regelmäßiges zu haben, das mit einem Ansporn und einem Ziel verbunden ist. Das bedeutet, dass auch ein regelmäßiges

Training einen Beweggrund darstellt, Volleyball bei den Pinguinen zu spielen. Andere Motive, wie Bewegung machen zu können, andere Leute zu treffen, um gemeinsam Sport zu treiben, und der Aspekt an verschiedene Orte zu kommen, können durch eine Teilnahme bei den Pinguinen ebenfalls erfüllt werden.

Erwartungen

Drei Partner/innen gaben an, keine Erwartungen gehabt zu haben bzw. dass sie versucht haben, ohne Erwartungen ins erste Training zu gehen. Wichtig war ihnen, offen auf die Mitspieler/innen zuzugehen und alles auf sich zukommen zu lassen. Ein Partner meinte auch, dass er sich nicht vorstellen konnte, wie stark behindert die Athlet/innen seien und wie sie Volleyball spielen würden. Ein anderer Partner hatte sich erwartete, dass alles so sein würde, wie er es aus Erzählungen von einem Mitspieler kannte, daher gab es für ihn auch keine Überraschungen. Ein weiterer gab zu, mehr Ängste als Erwartungen gehabt zu haben, da er zuvor keine Erfahrungen mit behinderten Menschen gemacht hatte und nicht wusste, wie das Volleyballspiel gemeinsam mit den Athlet/innen sein würde. Die einzige Partnerin hatte zwar keine Angst, jedoch machte sie sich Gedanken, ob sie akzeptiert werden würde und wie die Reaktionen der Athlet/innen sein würden. Sie erzählte, dass sie sofort von allen ins Herz geschlossen wurde.

Auch die Athlet/innen machten sehr unterschiedliche Angaben bezüglich ihrer Erwartungen, als sie zu den „Pinguinen“ kamen. Ein Athlet erwartete sich die Teilnahme an den Hobbymixed-Meisterschaften, wusste aber damals noch nicht, dass die „Pinguine“ auch an Special Olympics-Events teilnehmen würden. „Viel Spaß“ und „die Meisterschaften zu gewinnen“ stellte sich eine der Athletinnen vor, als sie bei den „Pinguinen“ begann. Ein weiterer erwartete sich viele Spiele, wobei es beim Interview den Anschein hatte, dass er nicht wirklich wusste, was er auf die Frage antworten sollte. Einer der Athleten meinte, dass er zu seinen Erwartungen nichts sagen kann, und der Gesichtsausdruck eines anderen Athleten war verständnislos nach der gestellten Frage. Diese Reaktionen lassen den Schluss zu, dass die Frage nicht von allen Athlet/innen verstanden wurde. Auch eine Athletin erzählte nicht von ihren Erwartungen, sondern von ihren Erfahrungen im ersten Training.

Wünsche zum Training

Sowohl die Partner/innen als auch die Athlet/innen fanden das Training gut oder sogar sehr gut und waren zufrieden damit. Kein/e Spieler/in äußerte Kritik oder Wünsche an der Art und Weise der Trainings oder dem Trainer, obwohl F., der momentan Spielertrainer der „Pinguine“ ist, meinte, dass seine Trainingsmethoden oft kritisiert werden. Nur zu den Trainingsbedingungen wurden Wünsche geäußert. Zwei Partner und eine Athletin würden sich eine größere Halle wünschen, andere hätten gerne mehr Trainingseinheiten pro Woche. Eine Partnerin würde außerdem gerne mehr Ballkontakte haben, also mehr Spiele gegen verschiedene Teams. Andere Wünsche betrafen die Spieler/innen selbst. Ein Athlet hätte gerne, dass alle Athlet/innen selbstständiger werden, um zum Beispiel allein aufwärmen zu können. Ein Partner wünschte sich, dass entweder alle Athlet/innen besser und aufmerk-

mer werden oder dass das Team, wie er meinte, „bessere“ behinderte Spieler/innen bekommt, damit sie international konkurrenzfähiger werden.

Wünsche zum Wettkampf

Bezüglich der Wettkämpfe, Mixed-Meisterschaften und Special Olympics-Events, wurden nur 5 Partner/innen und eine Athletin befragt. Die meisten Spieler/innen meinten, dass alles gut organisiert war und dass sie keine Wünsche hätten. Ein Partner meinte, dass der Spielmodus und die Leistungsfeststellung passend wären und so beibehalten werden sollten. Im Gegensatz dazu meinte ein anderer Partner, dass es schon Probleme mit dem „Divisioning“ und der Regelauslegung dabei gebe, da sich Teams verstellen könnten und dann erst im Finale ihre tatsächliche Stärke zeigen. Dadurch wird das Spiel, so wie es seiner Meinung nach in Shanghai passiert ist, zu einem Spiel allein zwischen den Partner/innen beider Teams. Änderungsvorschlag dazu hat er jedoch keinen. Auch die befragte Athletin äußerte den Wunsch, dass manche Teams nicht so brutal spielen sollen. Sie würde sich wünschen, dass die Bewerbe der Special Olympics wirklich für behinderte Menschen gemacht sind und daher Teams, die hart spielen wollen, in einer anderen Liga spielen sollten.

Ziele der Spieler/innen

Als Ziele mit den „Pinguinen“ wurden sowohl von den Partner/innen als auch von den Athlet/innen unter anderem spielergebnisbezogene Ziele genannt, wie Siege, Platzierungen und Medaillen. Die einzige Partnerin, die vor den World Summer Games in Shanghai interviewt wurde, erklärte etwa, dass ihr Ziel eine Goldmedaille wäre, jedoch fügte sie hinzu, dass „Dabeisein“ auch schon viel bedeutet. Dieses Ergebnis ist überraschend, steht es doch in leichtem Widerspruch zur Philosophie von Special Olympics, dass das Gewinnen zweitrangig sein soll.

Als trainingsbezogene Ziele wurden genannt: weiter trainieren, Trainingslager, Leistung halten oder verbessern. Andere richteten ihre Ziele auf Wettkämpfen und Spielen: (mit 2 Mannschaften) Dabeisein, Spaß haben. Verbreitet zeigten sich auch altruistische Ziele (für Athlet/innen da sein). Manche konnten auch keine Ziele nennen.

Gründe fürs Dabeibleiben

Die Gründe fürs Dabeibleiben bei den Pinguinen werden diesmal in einem tabellarischen Überblick (Tab. 1) erfasst:

In dieser Zusammenfassung ist zu sehen, dass viele erwähnte Aspekte, sowohl bei den Partner/innen als auch bei den Athlet/innen, im Bereich der teambezogenen Gründe zu finden waren. Für einen Athleten sind die „Pinguine“ zum Beispiel wie eine Familie, und für eine Partnerin ist das Team sogar mehr als nur ein Teil ihres Lebens. Der Aspekt der Harmonie wurde zweimal genannt, wie auch bestimmte Eigenschaften der Athlet/innen, wie Herzlichkeit, Fürsorglichkeit und Ehrlichkeit. Dies zeigt, dass den meisten das Team sehr wichtig ist und die einzelnen Spieler/innen sich gut verstehen.

Tab. 1. Zusammenfassung der Gründe fürs Dabeibleiben bei den Pinguinen (Wohanka, 2008, S. 114)

Äußerungen der Spieler/innen	Anzahl der Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Teambezogene Gründe:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>das Team selbst</i> - <i>Harmonie des Teams</i> - <i>Eigenschaften der Athlet/innen</i> 	<p>6 (3 Partner/innen, 3 Athletinnen) 2 Partner 2 Partner</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Persönliche Gründe:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Spaß</i> - <i>Gefallen</i> - <i>Bewegung.</i> - <i>Abschalten</i> - <i>Zeitliche Möglichkeit</i> - <i>„weiß nichts anderes“</i> 	<p>3 (2 Partner, 1 Athletin) 3 (1 Partner, 2 Athlet/innen) 1 Athletin 1 Partnerin 2 (1 Partner, 1 Athlet) 1 Athlet</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Special Olympics-Events</i> 	3 Partner
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Altruistische Gründe:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Erfahrung weitergeben</i> 	3 Partner

Altruistische Gründe wurden ausschließlich von den Partner/innen genannt. Zwei Partner gaben an, dass sie dabeibleiben, um ihre Erfahrungen weitergeben zu können. Einer meinte sogar, dass er, indem er den Pinguinen etwas gibt, dem Leben etwas zurückgeben kann. Dadurch wird ersichtlich, dass die nicht behinderten Spieler/innen sich durchaus in der Rolle der hilfreichen und unterstützenden Partner/innen sehen.

Fragen an Partner/innen

Ein Fragenkomplex wurde nur den Partner/innen gestellt, da die Athlet/innen ausschließlich Unified® Volleyball spielen. Allgemein nannte jede/r der Befragten mindestens einen Unterschied, obwohl einer zuerst meinte, dass es keine gäbe.

Tab. 2. Zusammenfassung Unterschiede Unified® - sonstiges Volleyball (Wohanka, 2008, S. 116)

Äußerungen der Partner/innen	Anzahl der Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Unterschiede die Spieler betreffend</i> <ul style="list-style-type: none"> - Für Partner/innen: <ul style="list-style-type: none"> andere Spieler/innen mehr motivieren höherer Denkaufwand - anspruchsvoller höhere Präzision Schwierigkeit Balance zu finden zwischen siegen und alle ins Spiel einbinden - Für Athlet/innen: <ul style="list-style-type: none"> Reaktionen schlechter brauchen mehr Pausen körperlich schwächer - Für alle Spieler: <ul style="list-style-type: none"> weniger Athletik gefordert Mannschaft steht im Vordergrund • <i>Gemeinsamkeiten:</i> <ul style="list-style-type: none"> Spaß, Streitereien, Bemühungen, Einsatz der Spieler, es ist dasselbe Spiel • <i>Keine Unterschiede</i> 	<p>2 1 1 1 1 1 1 1 2 1 3 1</p>

Die Unterschiede wurden hauptsächlich im Spiel und den Verhaltensweise der Partner/innen gesehen, aber auch in den Fähigkeiten der Athlet/innen festgestellt. Für einen Partner bestand der wesentliche Unterschied für die Partner/innen in einem höheren Aufwand im Kopf, da sie Spielzüge vorausplanen müssen. Dadurch ist für ihn als Partner Unified® Volleyball anspruchsvoller. Ein anderer sah den Unterschied für die Partner/innen in einem genaueren Spiel und einer vermehrten Motivation der Mitspieler/innen, sowohl der Partner/innen als auch der Athlet/innen. Dieser Meinung war auch ein weiterer Befragter. Ein Unterschied für einen Partner war der, dass man als Partner/in einerseits nicht zu „überehrgeizig“, aber andererseits auch nicht zu „lasch“ (zu wenig einsatzfreudig und aktiv) sein sollte. Die Balance zu finden zwischen einem Spiel bei dem alle Spieler/innen eingesetzt werden sollen, und einem, das man gewinnen will, ist für ihn besonders schwierig im Unterschied zu sonstigem Volleyball. Die einzige Partnerin gab die Unterschiede bei den Athlet/innen an. Die Reaktionen dieser sind langsamer, sie brauchen mehr Pausen und halten Menschen nicht so lange aus, meinte sie. Ein Befragter erkannte, dass die Athlet/innen teilweise auch körperlich benachteiligt sind, wodurch ebenfalls ein Unterschied entsteht.

Drei der Befragten nannten auch Gemeinsamkeiten. Einer erklärte, dass es ja immerhin dasselbe Spiel ist, die Partnerin war der Meinung, dass die Athlet/innen dieselben Bemühungen und denselben Einsatz zeigen, wenn es um etwas geht, und ein Partner nannte einige Gemeinsamkeiten wie Spaß und Streitereien, die es in jedem Team gibt. Zwei Partner nannten auch den Aspekt der Athletik und körperlichen Beanspruchung, der ihrer Meinung nach beim sonstigen Volleyball mehr im Vordergrund steht.

Zusammenfassend sehen die Partner/innen Unified® Volleyball, im Unterschied zu sonstigem Volleyball, durch ein präziseres, konzentrierteres Spiel der Partner/innen gekennzeichnet, die vorausdenkend, nicht zu überehrgeizig und trotzdem einsatzfreudig und aktiv agieren, ihre Mitspieler/innen motivieren und das Team mehr in der Vordergrund stellen sollen.

Zusammenfassung der Ergebnisse und Interpretation

Zwischen Athlet/innen und Partner/innen bestanden viele Unterschiede bezüglich der Biografien und der Beweggründe oder Motive der Teilnahme bei den „Pinguinen“. Es konnten aber auch zahlreiche Gemeinsamkeiten in den Aussagen von Partner/innen und Athlet/innen festgestellt werden

Unterschiede

Durch das unterschiedliche Alter und die unterschiedlich langen Erfahrungen mit dem Volleyballsport ist das technische, taktische und spielerische Können zwischen den einzelnen Spieler/innen sehr verschieden. Dieser Umstand steht jedoch

im Gegensatz zu den Ideen von Special Olympics, die im Unified Sports Handbook (2003) erläutert werden.

Ein weiterer Unterschied kann darin gesehen werden, dass die meisten Athlet/innen später zum Volleyball kamen als die Partner/innen. Die Gründe dafür wurden nicht erforscht, jedoch liegt die Annahme nahe, dass das wegen zu wenig oder fehlender sportlicher Förderung in der Jugend oder auch zu wenig Information und Angeboten für intellektuell behinderte Jugendliche und ihre Eltern geschah. Den Partner/innen gefiel an diesem Sport, dass es ein Mannschaftssport ist, bei dem man Leute treffen kann, bei dem Freundschaften entstehen können und bei dem man nur gewinnen kann, wenn alle zusammenspielen. War der soziale Aspekt für alle Partner/innen beim Volleyball wichtig, nannten nur zwei Athlet/innen diesen im Interview. Eine Athletin erklärte sogar wiederholt, dass sie nur mit Volleyball angefangen hat, weil sie etwas für sich selbst tun möchte.

Gemeinsamkeiten

Von den meisten Spieler/innen wurde im Verlauf der Interviews immer wieder erwähnt, dass das Volleyballspielen bei den „Pinguinen“ Spaß mache. Dies scheint also ein wichtiger Beweggrund für die Teilnahme, den Beginn und das Dabeibleiben, bei einem Unified® Volleyballteam wie den „Pinguinen“ zu sein. Was genau jedoch Spaß macht, wurde nicht direkt erfragt, jedoch manchmal erwähnt.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht in der hohen Zufriedenheit mit dem Training und dem Trainer. Auch das Team selbst, die Harmonie und die Mitspieler/innen wurden sowohl von Athlet/innen als auch von Partner/innen als Beweggründe für ein Bleiben bei den Pinguinen genannt. Das Team selbst, dass sich alle gut verstehen und Spaß miteinander haben, ist für viele sehr wichtig.

Eher überraschend war die Tatsache, dass insgesamt sieben Spieler/innen, zwei Partner/innen und fünf Athlet/innen, ein Ziel nannten, dass durch den Sieg, Platzierungen oder Medaillen gekennzeichnet ist, dass Gewinnen nicht das Wichtigste sein soll, da dieses Ergebnis doch im Widerspruch zur Philosophie von Special Olympics steht. Hier wird ersichtlich, dass es vor allem für die Athlet/innen beim Unified® Volleyball und bei einer Teilnahme an Special Olympics Games unter anderem um Siege geht. Erfolge stellen also auch einen Motivationsgrund für die Athlet/innen dar, bei den Pinguinen zu spielen.

Abschließend war noch ersichtlich, dass allen Spieler/innen, die dazu befragt wurden, die zehn gemeinsamen Tage in Shanghai, also die Bewerbe selbst, die Stadt und die gemeinsamen Aktivitäten, sehr gefallen haben.

Konklusion – mögliche Diskussionsthemen

Das Ziel dieses Beitrags, nämlich die Dokumentation der Untersuchung der Frage, warum Partner/innen und Athlet/innen beim Unified® Team „Pinguine“ teilnahmen, wurde hoffentlich befriedigend erfüllt. Es wurde deutlich, dass *die Partner/innen* in diesem Team die Möglichkeit haben, unter anderem ihre Erfahrungen weiter-

zugeben und Erfahrungen zu sammeln, Spaß zu haben gemeinsam mit anderen Leuten und an Special Olympics Veranstaltungen teilzunehmen. Es zeigte sich auch, dass die *Athlet/innen* bei den „Pinguinen“ spielen, um Bewegung und etwas für sich selbst zu tun, ebenfalls Spaß zu haben und etwas zu erleben. Sehr wichtig waren für die meisten Interviewten das Team und der Spaß, den man miteinander haben kann, aber auch Erfolge wurden von vielen Spieler/innen als Ziel genannt. Dieser Aspekt steht jedoch im Gegensatz zur Philosophie der Special Olympics, dass Gewinnen nicht im Zentrum stehen sollte.

Dieses Ergebnis der Untersuchung lässt die Frage aufkommen, warum intellektuell behinderte Sportler/innen, nicht genauso wie nicht behinderte das Recht haben als Ziel einen Sieg anstreben zu wollen. Die Diskussion zur Klärung dieser Frage wird nach wie vor auch zwischen den beiden Organisationen INAS-FID und Special Olympics und unter den Fachleuten geführt. Hier könnten vor allem Forschungsmethoden eine Rolle spielen, die die betreffenden Menschen selbst dazu befragt. Welche Forschungsmethoden hier eingesetzt werden können und die Klärung der Frage „Leistungssport für intellektuell behinderte Menschen?“ sollten im Zentrum weiterer zukünftiger Forschungen stehen.

Literatur

- Cropley, A. J. (2005). *Qualitative Forschungsmethoden – Eine praxisnahe Einführung*. Frankfurt am Main: Dietmar Klotz GmbH.
- Faltermeier, L. (1985). *Sport macht lebendiger: Zur Entdeckung des Körperpotentials und der Körper-Lust von Menschen mit geistiger Behinderung*. Bonn: Dürr'sche Buchhandlung.
- Fritzenberg, M. & Krüger, T. (2002). Volleyball für Behinderte. In H. Ohlert & J. Beckmann (Hrsg.), *Sport ohne Barrieren* (S. 214 – 232). Schorndorf: Hofmann.
- INAS-FID Europe, Benefits of Sports. Zugriff am 23. September 2008 unter: http://www.inas-fid-europe.com/index.php?mod=page&ac=page&id_page=5
- Innenmoser, J. & Kolb, M. (2005). Sportspiel im Behindertensport. In A. Hohmann, M. Kolb und K. Roth (Hrsg.), *Handbuch Sportspiel* (S. 263-276). Schorndorf: Hofmann.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Roswal, G. (2007). Special Olympics Unified Sports®: Providing a Transition to Mainstream Sports. *Journal of the Brazilian Society of Adapted Motor Activity. Special Issue: Book of Proceedings of the 16th International Symposium of Adapted Physical Activity*, 12, 1, 13-15.
- Papageorgiou, A. & Spitzley, W. (2007). *Handbuch für Volleyball. Grundlagen* (8. überarb. Aufl.). Aachen: Meyer & Meyer.
- SOEU. (2007). *Special Olympics University Curriculum*. Lessons 1- 5. CD-ROM.
- Special Olympics (Eds.). (2003). *Unified Sports Handbook*. Zugriff am 21. August 2007 unter http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/English/Compete/Unified_Sports/default.htm
- Special Olympics Sports Rules/Summer Sports. Zugriff am 13. September 2008 unter http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/English/Compete/Sports_Rules/Summer+Sports.htm
- Wohanka, A. (2008). *Special Olympics und Unified Sports® am Beispiel Volleyball*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Wien.

Golfsport für Menschen mit Behinderungen – eine empirische Untersuchung zu Wirkungen und Potentialen des KidSwing Programms

Einleitung

In diesem Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Exploration und Evaluation der sozialintegrativen, persönlichkeitsfördernden und therapeutischen Potentiale des Golf Spielens für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen im Rahmen des KidSwing Programms“ vorgestellt. Das KidSwing Programm wurde von der Deutschen Kinderhilfe Direkt e.V. und der Vodafone Stiftung Deutschland initiiert und ab 2004 als soziales Interventionsprogramm an mittlerweile 16 Stützpunkten bundesweit etabliert. Mit dem Trainingsprogramm wird das Ziel verfolgt therapeutische Wirkungen für Kinder und Jugendliche mit Krankheiten und Behinderungen zu erzielen (Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V., o.J.).

Erfahrungsberichte von positiven Wirkungen des Trainingsprogramms lagen bei Projektbeginn von Eltern, Golftrainern und beteiligten Kindern vor. Sie ergaben jedoch auf der Ebene von Einzelfällen kein geschlossenes Bild, sondern verwiesen auf unterschiedliche therapeutische Wirkungen und die Entwicklung von Fähigkeiten bzw. Kompetenzen. Darüber hinaus schienen die Wirkungen des Golftrainings Entwicklungen in Gang zu setzen, die für unterschiedliche Lebensweltbereiche der Kinder und Jugendlichen relevant sind. Ausgangspunkt des Projekts war somit die Fragestellung, ob das Golf Spielen entgegen landläufiger Zuschreibung (Stichwort Elitesport) von seiner Anforderungsstruktur und den Rahmenbedingungen soziale Integration und therapeutische Wirkungen beinhaltet sowie Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in unterschiedlichen Persönlichkeitsbereichen fördert.

Diese bisher nicht wissenschaftlich untersuchten Zusammenhänge zwischen Golftraining und den damit verbundenen Wirkungen sollten evaluiert werden. Die Aufgabe stellte sich sowohl hinsichtlich einer summativen Evaluation, die an den Ergebnissen einer Intervention ansetzt, als auch hinsichtlich einer formativen Evaluation, bei der die Prozesse der Durchführung betrachtet werden (Flick, 2006). Letztlich sollen die Ergebnisse der Studie auch eine Dialogfunktion beinhalten und Informationen zur angemessenen Einschätzung des Programms für die durchführenden Organisationen sowie für die Tätigkeit der agierenden Personen liefern. Die Forschungsfördermittel wurden von der Vodafone Stiftung Deutschland und der Universität Bremen bereitgestellt.

Forschungsansatz

Die Ausgangsfragestellung verweist auf komplexe Zusammenhänge zwischen Golftraining und seinen Wirkungen, die sowohl Entwicklungsprozesse im Training als auch Bereiche der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen betreffen. Das Trainingsprogramm ermöglicht den Erwerb von golfspezifischen Fähigkeiten und Kompetenzen in einer speziellen Fördersituation. Der Kompetenzerwerb ist zugleich explizit oder implizit mit förderpädagogischen Zielgebungen verbunden, die auf die Bewältigung von Alltagssituationen in Familie, Schule und Freizeit ausgerichtet sind.

Der Lebensweltansatz von Schütz & Luckmann (2003) scheint für die Forschungsfragestellung insofern bedeutsam zu sein, da die wesentlichen Lebensweltbereiche der Kinder und Jugendlichen erfasst werden müssen, um aufzeigen zu können, ob und in welchem Maß Effekte des Trainingsprogramms wirksam werden. Um die Wirksamkeit der postulierten Potentiale des KidSwing Programms überprüfen zu können, scheint es aus unserer Sicht erforderlich zu sein, "möglichst viele und vielfältige aktuelle und sedimentierte Äußerungs- und Vollzugformen einer zu rekonstruierenden (Teil-)Wirklichkeit" (Honer, 2005, S. 201) zu erfassen und interpretativ verfügbar zu machen.

In Lebensweltanalysen wird das Subjekt als Mittelpunkt seiner Lebenswelt betrachtet. Sie wird von ihm aktiv gestaltet und in zeitlichen, räumlichen und sozialen Aufschichtungen strukturiert. Die einzelnen Menschen werden selbst als Experten ihrer Lebenswelt angesehen, über die sie kompetent Auskunft geben können. Bei den Forschungssubjekten dieser Studie, überwiegend Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen und Beeinträchtigungen, schien jedoch nach Kommunikationserfahrungen im Training nicht gesichert, dass sie auf dem für die Forschungsfragestellung notwendigen Abstraktionsniveau über ihr Leben Auskunft geben können. Daher war die Frage zu klären, ob Stellvertreteraussagen in Betracht kommen.

In der einschlägigen Fachliteratur wird aus methodologischer Sicht diskutiert, ob speziell Menschen mit geistigen Behinderungen nach ihren subjektiven Bedeutungszumessungen und Sichtweisen gefragt werden können (Hagen, 2002). Grundsätzlich wird die Möglichkeit gesehen, Menschen mit geistiger Behinderung selbst zu befragen oder relevante Informationen über sie mit Hilfe von so genannten Stellvertreterinterviews zu erheben. Letzteres stellt ein verbreitetes Vorgehen dar (z.B. Wendeler, 1992). Der Hauptgrund Menschen mit geistiger Behinderung zu ihrer Lebenssituation nicht selbst zu befragen liegt darin, dass sie eine starke Tendenz aufweisen Fragen zu bejahen, da z.B. Unwissen kaschiert und Anstrengung durch Nachdenken über die Antwort vermieden werden soll, sowie der Wunsch nach sozialer Anerkennung besteht (Hagen, 2002). Ähnliche Verhaltensweisen lassen sich allerdings auch bei Menschen finden, die nur über ein geringes Bildungsniveau verfügen (Hagen, 2002). Daher können die Gründe für dieses Antwortverhalten nicht ausschließlich auf geistige Behinderungen zurückgeführt werden.

Thornicroft et al. (1993) konnten weiterhin zeigen, dass in Punkto Validität und Reliabilität des Antwortverhaltens von langzeithospitalisierten Patienten keinerlei Unterschiede zwischen den Antworten von Menschen mit und ohne geistiger Behinderung auszumachen waren. Diese Erkenntnisse sprechen dafür, dass eher die lebensweltlichen Bedingungen, unter denen jene Menschen leben und weniger die geistige Behinderung selbst diese Ergebnisse bedingen. Menschen mit geistigen Behinderungen können dementsprechend nicht generell als ungeeignete Gesprächspartner bei Befragungen betrachtet werden (Hagen, 2002). Bei der hier dargestellten Diskussion handelt es sich allerdings primär um Aussagen über Studien mit erwachsenen Menschen mit geistigen Behinderungen.

In unserem Forschungskontext stellte sich die Frage, ob speziell Kinder und Jugendlichen, die am KidSwing Programm teilnehmen, in der Lage sind, reflektiert Auskunft über die Auswirkungen dieses Trainings auf ihre Lebenswelt geben zu können. Neben der beschriebenen Problematik des Antwortverhaltens im Allgemeinen ist speziell in der Komplexität der Hauptfragestellung dieser Untersuchung die Schwierigkeit zu sehen. Neben der Entwicklung persönlicher Potentiale beim Training, die die Teilnehmer in einfacher Form möglicherweise selbst beschreiben könnten, sollen explizit auch therapeutische und sozialintegrative Potentiale des Golfspiels berücksichtigt werden. Hier wäre es selbst für Kinder und Jugendliche ohne Behinderungen schwierig, reflektiert und distanziert Auskunft zu geben. Aus diesem Grund haben wir uns dafür entschieden, die Datenerhebung im Wesentlichen mit Stellvertreterbefragungen durchzuführen. Selbstauskünfte der Teilnehmer fließen im Rahmen der Vorstudie partiell durch die Trainingsbeobachtungen ein.

Bei dem gewählten Ansatz der Datenerhebung entsteht jedoch auch ein beträchtlicher Vorteil: Mehrere Experten geben Auskunft über Ausschnitte der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen, die ihnen am besten bekannt sind. Differenzierte Aussagen können speziell von den befragten Förderschullehrern, Therapeuten und Medizinern aufgrund ihrer fachspezifischen Ausbildung und Berufserfahrung erwartet werden. Die Eltern können als Experten für die familiäre Lebenswelt und das Freizeitverhalten des Kindes gelten, die Golftrainer als Experten für die golferischen Lernprozesse und Integrationsmöglichkeiten im Club.

Der Forschungsstand soll in diesem Beitrag nur sehr eng dahingehend skizziert werden, dass keine einschlägigen Forschungsergebnisse für Golf und Menschen mit geistigen Behinderungen vorliegen. Eine Ausnahme stellt eine Einzelfallstudie von Thompson (2003) dar, der einen durch Unfallfolgen schwer behinderten Jugendlichen in einem mehrjährigen Prozess zurück zum Wettkampfgolf auf Clubebene führte. Einige erfolgversprechende Ansätze in anderen Sportarten sind im Entstehen (vgl. Wegner & Schulke, 2008 und den hier vorliegenden Symposiumsbericht), jedoch vom Forschungsansatz und methodologisch anders ausgerichtet.

Methodologie und Durchführung

Durchgeführt wurde eine zweistufige Untersuchung mit einer regional begrenzten Vorstudie und einer bundesweiten Datenerhebung in der Hauptstudie. Das Gesamtdesign wird in der folgenden Abbildung gezeigt.

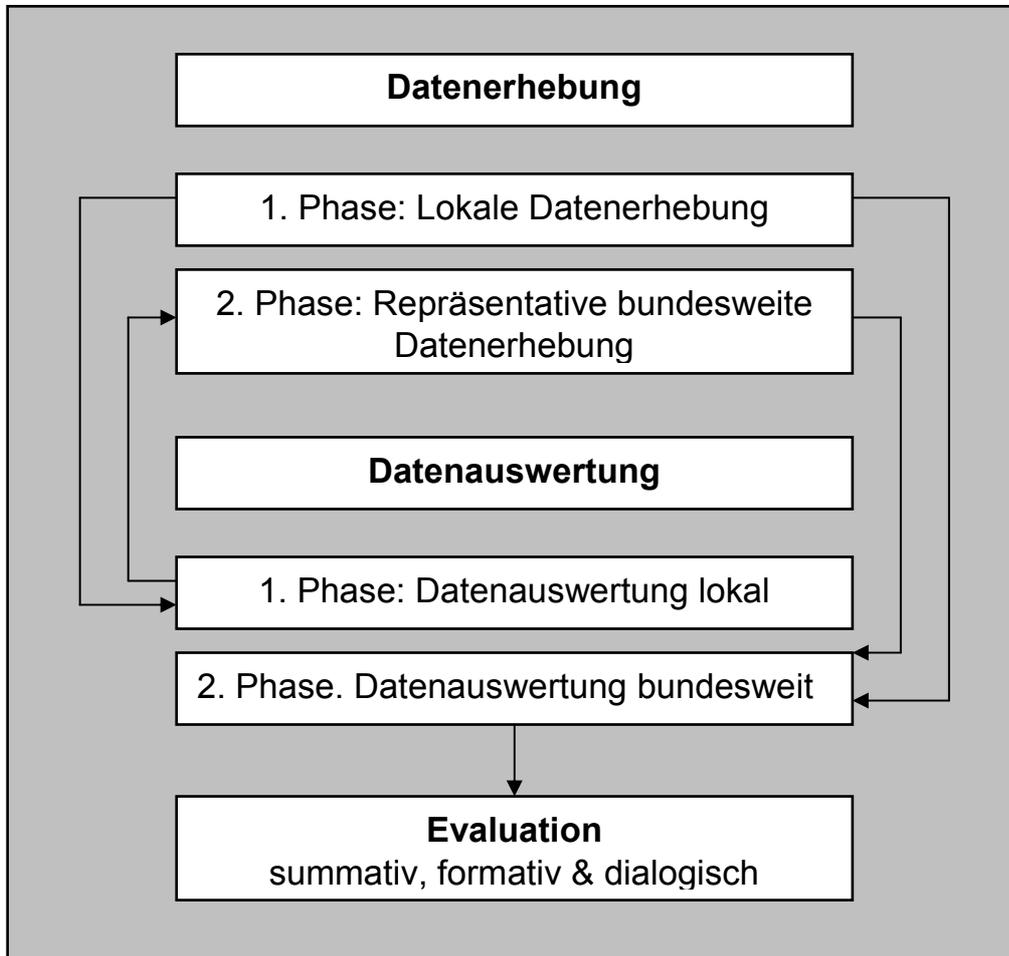


Abb. 1: Untersuchungsdesign Gesamtstudie

Methoden der Datenerhebung

Im Rahmen der Vorstudie erfolgte die Datenerhebung qualitativ mit leitfadengestützten Experteninterviews (Eltern, Lehrer, Golftrainer, Mediziner) und teilnehmender Beobachtung im Training an einer KidSwing Basis. Im Rahmen der Hauptstudie erfolgte die Datenerhebung durch eine Kombination von leitfadengestützten Experteninterviews mit Lehrern, Therapeuten und Golftrainern sowie Fragebögen für die Eltern der am KidSwing Programm teilnehmenden Kinder und Jugendlichen. In der Hauptstudie handelt sich bei der Datenerhebung somit um eine Triangulation qualitativer und quantitativer Methoden.

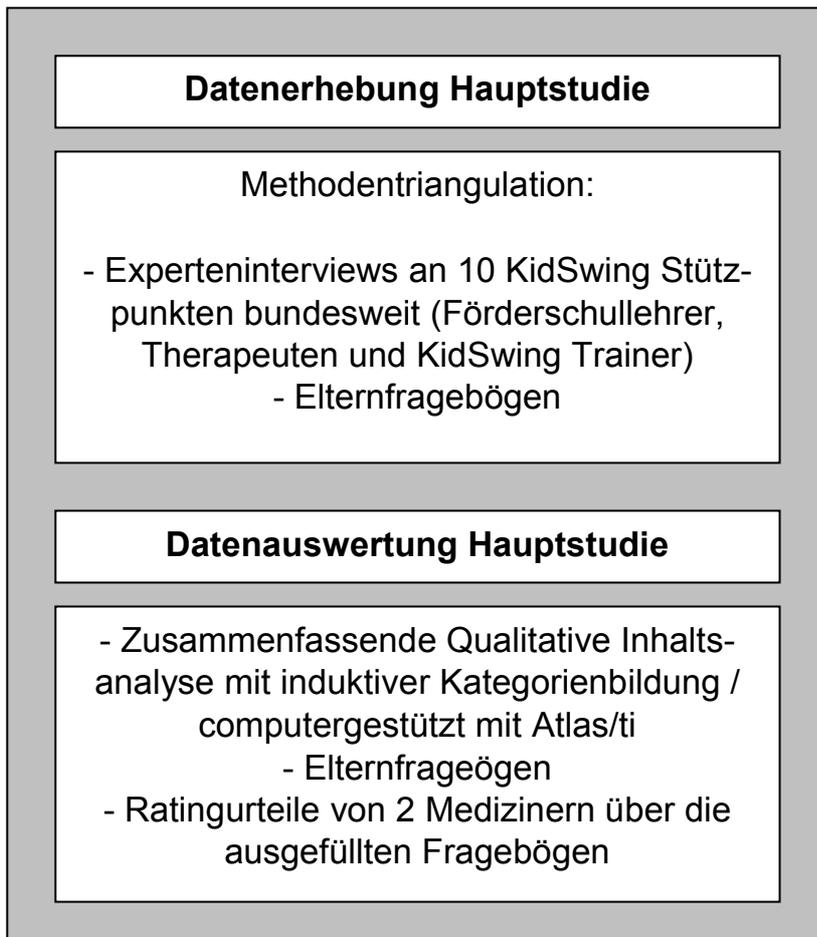


Abb. 2: Design der Hauptstudie

Für die Durchführung der Hauptstudie wurden bundesweit insgesamt zehn Stützpunkte aufgesucht, die über eine mindestens zweijährige Erfahrung mit dem KidSwing Programm verfügten. An diesen Stützpunkten bestand eine Kooperation mit insgesamt 16 Schulen, von denen 15 in die Untersuchung einbezogen werden konnten. An jeder Basis wurden Interviews mit mindestens einem am Training beteiligten Golftrainer und einem Förderschullehrer (sofern vorhanden auch mit Therapeuten) der beteiligten Schulen durchgeführt. Nach Abschluss der Lehrerinterviews wurde den Schulen die Fragestellung des Projekts erläutert und die Lehrer wurden als Vertrauenspersonen um ihre Unterstützung bei der Fragebogenaktion mit den Eltern gebeten. Insgesamt wurden 150 Fragebögen ausgegeben. Der Rücklauf der verwertbaren Fragebögen lag bei $n=69$ (46 %).

Methoden der Datenauswertung

Für die Auswertung der Interviewdaten in Vor- und Hauptstudie wurde die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) gewählt. Innerhalb der Qualitativen Inhaltsanalyse unterscheidet Mayring die explizierende, die strukturierende und die zusammenfassende Inhaltsanalyse. Zur Datenauswertung dieser Studie erscheint die zusammenfassende Inhaltsanalyse als Auswertungsinstrument besonders geeignet, da sie zur Analyse subjektiver Sichtweisen mit Leitfadeninter-

views eingesetzt wird und nur bei dieser Technik zusätzlich die Möglichkeit einer induktiven Kategorienbildung gegeben ist (Flick, 2005).

In der Vorstudie wurden 12 Experteninterviews (Umfang ca. 6 Std.) und Daten von 20 Trainingsbeobachtungen ausgewertet. In der Hauptstudie wurden insgesamt 37 Experteninterviews (Umfang ca. 22 Std.) von Lehrern, Golfpro's und Physiotherapeuten ausgewertet, die als Interviewtranskript vorlagen und mit Hilfe des Computerprogramms Atlas.ti nach dem Ablaufmodell der zusammenfassenden Qualitativen Inhaltsanalyse zunächst paraphrasiert und im Anschluss generalisiert wurden. Auf diese Weise entstanden insgesamt 7 Kategorien mit Unterkategorien. Die qualitativen Daten aus den teilstandardisierten Elternfragebögen wurden sofern notwendig quantifiziert und mit SPSS 15.0 erfasst und statistisch bearbeitet. Die Fragebögen wurden darüber hinaus von zwei Fachärzten unabhängig voneinander begutachtet und mit einem dafür entwickelten Ratingverfahren eingeschätzt. Für einige statistische Verfahren wurde das Programm Winmira eingesetzt.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse der qualitativ durchgeführten Vorstudie wurden 2007 auf dem Bremer Symposium präsentiert (Meseck & Lochny, 2008). Die vermuteten Potentiale und Wirkungen des Golftrainings als therapeutische Unterstützung bei der Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen und hinsichtlich integrativer Wirkungen konnten vor allem auf Einzelfallbasis nachgewiesen werden. Auch interindividuelle Entwicklungen konnten trotz der kleinen Stichprobe (15 Kinder und Jugendliche) von den unterschiedlichen Experten festgestellt werden. Die Ergebnisse wurden bei der Modifizierung der Interviewleitfäden für die Hauptstudie berücksichtigt. Die theoretischen Vorannahmen der Studie wurden mit Hilfe der eingesetzten Verfahren zunächst bestätigt, differenziert und vertieft. Obwohl lediglich Ergebnisse von einer KidSwing Basis zugrunde liegen, konnte davon ausgegangen werden, dass wesentliche Grundpotentiale des Programms erfasst worden sind. Die ermittelten Ergebnisse stellen jedoch noch nicht das repräsentative Spektrum von Entwicklungen und Prozessen an anderen Stützpunkten dar, da das Programm dort unter uns weitgehend unbekanntem Bedingungen durchgeführt wird.

In den folgenden Abschnitten werden die drei zentralen Kategorien der Hauptstudie mit dem Schwerpunkt interindividuelle Wirkungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen aus der Sicht der Förderschullehrer, Golftrainer, Therapeuten zusammenfassend dargestellt. Im Vordergrund stehen dabei die Ergebnisse des qualitativen Teil der Hauptstudie. Die Eltern- und Fachärztperspektive wird mit ersten quantitativen Daten eingearbeitet.

Entwicklung im und durch Golf

Die golfspezifische Entwicklung ist aus Sicht der Golftrainer folgendermaßen einzuschätzen. Schüler mit überwiegend geistigen Behinderungen lernen langsamer als Kinder und Jugendliche im regulären Vereinstraining. Dennoch machen sie z. T.

Leistungsfortschritte, die die Golftrainer nicht erwartet hätten. Ebenso wird die hohe Motivation hervorgehoben, die oft stärker ausgeprägt ist als bei Kindern und Jugendlichen im Vereinstraining. Insgesamt erreichen nur wenige Kinder im Verlauf eines Jahres mit einmal wöchentlichem Training das Niveau der Platzreife (ca. 10 %). Vom Potential wären deutlich mehr Kinder und Jugendliche dazu in der Lage, wenn sie Zusatztraining erhalten würden. Die Angaben schwanken hier je nach Gruppe und Schwere der Behinderungen zwischen 25 – 80 %. Das Spielen auf dem Platz mit modifizierter Platzterlaubnis (in Begleitung; Kenntnisse von Verhaltens- und Golfregeln; Anzahl der Schläge nachrangig) ist aus Sicht der Golftrainer in den meisten Fällen möglich. Als Hauptproblem für den Spielbetrieb wird das langsame Spieltempo benannt, nicht die Spielstärke.

Von den Förderschullehrern werden an fast allen Stützpunkten explizit und fallübergreifend positive Entwicklungsprozesse in den Bereichen Konzentration, Sozialverhalten und Selbstwertgefühl festgestellt. Die gesteigerte Konzentrationsfähigkeit führen die Pädagogen allgemein auf die Anforderungen des Golfspiels, den außerschulischen Lernort aber auch speziell auf die Ruhe auf dem Golfplatz zurück, die in der Schule nicht in dem Maße gegeben ist.

Interviewbeispiel

„Wo es dann zum Einlochen ging, da ist mir das auf einmal ganz bewusst geworden, wie sie sich, wie sich die Konzentration da auf den Ball lenken, also irre. Automatisch, das finde ich also, ich bin richtig begeistert von diesem Projekt, weil ich sehe, wie die sich auch anstrengen.“
(Herr B., Lehrer an einer Förderschule für körperliche und motorische Entwicklung)

Die verbesserte Konzentrationsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen bleibt jedoch nicht lediglich auf den Zeitraum des Golftrainings beschränkt, wie das folgende Interviewbeispiel verdeutlicht:

Andere, Sachen, die man vielleicht bei mehreren Kindern und Jugendlichen beobachten kann (...)

Herr L.: (...) die Konzentration über längere Zeiträume, nicht ad hoc jetzt zu einem bestimmten, aber auch über längere Zeiträume (...). Ich kann im Prinzip da auch Bezug nehmen, ich mein besser natürlich bei den Schülern meiner Klasse, wenn ich gesagt hab: Mensch, du kannst dich doch, das schaffst du doch da (beim Golfspielen, Anm. der Autoren) auch so super gut dich zu konzentrieren, dann kann ich den quasi in der Klasse dann auch wieder abholen.

I: Das ist ja interessant, das heißt sie arbeiten dann im Unterricht mit Transfer?

Herr L.: Ja. (Herr L., Fachlehrer für Menschen mit geistigen Behinderungen)

Auch die Eltern können bei ihren Kindern im familiären Kontext eine Zunahme der Konzentrationsfähigkeit beobachten (bei 26,1 % der Kinder), die sie auf das Golftraining zurückführen würden. Der ermittelte Prozentsatz scheint eher gering zu sein. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass zum Zeitpunkt der Befragung ca. ein Viertel der Kinder erst seit wenigen Wochen am Golftraining teilgenommen hat

und die Eltern eine Einschätzung noch nicht vornehmen wollten. Hingegen gaben die Eltern mit 89,9 % an, dass ihrem Kind das Golftraining wichtig ist.

Ein weiteres interindividuell auftretendes Phänomen, von dem Förderschullehrer an mehreren Stützpunkten berichten, ist die Verbesserung des Sozialverhaltens der Kinder und Jugendlichen. Sie lernen durch das Golftraining Regeln und Routinen einzuhalten sowie sicherheitsrelevante Verhaltensweisen zu beachten. Sie stören sich untereinander weniger als im normalen Unterricht, da alle konzentriert und mit sich selbst beschäftigt sind. Folgendes Fallbeispiel, das zugleich auch für verhaltenstherapeutische Wirkungen Aussagekraft besitzt, soll diese Entwicklung verdeutlichen.

Fallbeispiel:

„Ein Junge kam an diese Schule, da er keinerlei Regeln einhalten konnte, erwachsene Bezugspersonen nicht als Autoritäten akzeptierte und gewalttätig gegenüber anderen Kindern war. Völlig wider Erwarten hat sich dieser Junge auf dem Golfplatz nie daneben benommen. Der Junge hatte in dieser Sportart sogar Erfolge, was einen großen Unterschied zu seinem Alltag darstellt. Der Auslöser Autoritäten anzuerkennen war für den Jungen sowohl der Umgang mit dem Golfpro als auch die Notwendigkeit sich beim Golfspielen an bestimmte Regeln halten zu müssen. Der Junge wurde hierbei im Laufe von den zwei Jahren, in denen er am Golfunterricht teilnahm, wieder so sozialfähig, dass ihm nach Ansicht seiner Lehrerin die Psychiatrie erspart blieb. Mittlerweile wurde dieser Junge von einer Jugendwerkstatt angenommen, an der er nun seinen Hauptschulabschluss macht“ (Frau S., Lehrerin an einem Förderzentrum für Lernen und geistige Entwicklung).

Von Verbesserungen im Wohlbefinden und Sozialverhalten wird von den Eltern für 20.3 % der Kinder und Jugendlichen berichtet. Diese Zahl ist im gleichen Kontext einzuschätzen, wie bei dem Phänomen Konzentrationsfähigkeit.

Förderschullehrer aber auch Golfpro's stellen bei vielen Schülern eine Steigerung von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein fest. Dies ist schon in den Anfängen des Trainingsprogramms zu beobachten, wenn die Schüler Erfolgserlebnisse haben (z.B. den Ball häufiger treffen und größere Weiten in den Schlägen erzielen) und spüren, dass sie etwas erreichen können.

Interviewbeispiel

„Mit S. war ich jetzt letzten Dienstag wieder auf dem Golfplatz und S. ist eigentlich ein sehr introvertiertes Mädchen all die Jahre so gewesen, weil sie eben sehr viele Misserfolge hatte, kam ja auch erst recht spät zu uns. Und ich hab richtig so geschmunzelt (...) was die geredet hat und wie sie verglichen hat, das mach ich jetzt schon gut und das klappt jetzt schon besser. Also was die so an Stolz zugelegt hat, ne an Persönlichkeit gewonnen hat in diesen zwei Jahren, also das ist erstaunlich!“ (Frau D., stellv. Schulleiterin an einer Schule für Menschen mit geistigen Behinderungen).

Die Zunahme des Selbstwertgefühls wird auch von den Eltern bestätigt (27,5 %). Bei einer genaueren Prüfung der Daten konnte festgestellt werden, dass die Wirkungen nach ca. sechsmonatiger Teilnahme am KidSwing Programm von den Eltern wahrgenommen wurden.

Fallübergreifend berichten die Experten von mehreren Stützpunkten weiterhin, dass die Kinder und Jugendlichen im Verlauf des Trainingsprogramms zunehmend belastbarer geworden sind und sich ihre Durchhaltefähigkeit stark entwickelt hat. Dies ist um so beachtenswerter, da sie bei anderen Lernprozessen in der Regel schnell aufgeben, wenn sie keine unmittelbaren Erfolge sehen. Dieses Verhalten hat sich nach Auskunft mehrerer Förderschullehrer deutlich verändert. Die Schüler hätten gelernt „am Ball“ zu bleiben und sich weiter zu verbessern. Diese Potentiale werden auch durch die Fachärzte bestätigt, die 61 Kindern eine positive Beeinflussung des Lernverhaltens (88,4 %) attestieren.

Sozialintegrative Potentiale Golf

Das Training im Golfclub findet in der Öffentlichkeit statt. Die Hälfte der Förderschullehrer halten diese Rahmenbedingung für wichtig, da die Schüler lernen, sich in der Öffentlichkeit zu bewegen und von anderen beobachtet zu werden. Sie lernen Rücksicht auf andere zu nehmen, überwinden die Scheu auch fremde Clubmitglieder zu begrüßen und können sich zunehmend in die normalen Verhaltensweisen im Club einleben.

Interviewbeispiel:

„Soziale Integration ist ganz vielschichtig, die setzt sowohl in der Gruppe, gerade da es AG ist, sind das Schüler, die sich im Schulalltag nur auf dem Pausenhof sehen, selten kommen zwei aus einer Klasse. Also die soziale Integration dieser Gruppe: Ich bewege mich nicht in meinem Klassenrahmen, ich bewege mich in dieser AG mit Leuten zusammen, die ich sonst nicht im Alltag habe (...) da passiert gruppenspezifisch ganz viel (...). Dann natürlich die soziale Integration in einen Sportverein des Ortes, eben den Golfclub (...) sie bemerken, ich fahr hier zu dem Golfplatz, wo eben vielleicht, weiß ich, mein Nachbar drei Häuser weiter auch Mitglied ist (...). Aber (Anm. der Autoren) im Vorfeld setzt die soziale Integration an, dass eine Gruppe am gleichen Unterrichtsgegenstand arbeiten kann“ (Herr W., Förderschullehrer für Menschen mit geistigen Behinderungen).

Eine besondere Integrationshilfe speziell für Kinder und Jugendliche mit Querschnittslähmungen oder schwerwiegenden Gangstörungen ist der Paragolfer, ein elektrischer Spezialrollstuhl. Er ermöglicht diesen Schülern eigenständig zu trainieren und auf dem Platz zu spielen. Einige der betroffenen Kinder und Jugendlichen hatten so erstmals die Möglichkeit, gemeinsam mit Klassenkameraden und Freunden Sport zu treiben.

Auf sozialintegrative Potentiale wird auch im familiären Bereich und im Bekanntenkreis hingewiesen. Nach Angabe mehrerer Lehrer bekommen viele Schüler eine besondere Anerkennung, weil sie eine so schwierige Sportart wie Golf lernen. Die Pädagogen bewerten diese Anerkennung als außerordentlich positiv für die Entwicklung des Selbstbewusstseins ihrer Schüler. Das Interesse der Eltern am Golftraining ihrer Kinder ist hingegen schwer einzuschätzen. Sie geben zu 29,0 % an, das Golftraining schon einmal beobachtet zu haben und sehr beeindruckt gewesen zu sein. 42,0 % haben mit dem Lehrer oder Trainer schon einmal über das Golftraining ihrer Kinder gesprochen. Hier liegen scheinbar noch unausgeschöpfte Potentiale bezüglich des Elterninteresses und -engagements. Die Begünstigung der

Integrationsförderung innerhalb der Familie wird dennoch von den Fachärzten für 57 Kinder sehr positiv eingeschätzt (82,7 %).

Das KidSwing Training findet in den Clubs weitgehend Akzeptanz. Eine Integration in den Club ist damit jedoch noch nicht gewährleistet. Für die Zukunft formulieren vor allem Förderschullehrer den Wunsch z. B. gemeinsame Turniere mit anderen Jugendlichen und Clubmitgliedern zu veranstalten oder Schülern Praktikumsmöglichkeiten im Golfclub zu eröffnen. Die Einrichtung von Trainingsgruppen im Verein mit einer bekannten Kontaktperson, die über sonderpädagogische Kenntnisse verfügt, wäre darüber hinaus ein erster Schritt im Übergang vom Schulgolf zum Freizeitgolf und Voraussetzung für eine langfristige Integration. Ferner sehen die Lehrer das Transportproblem als hinderlich für die weitere Integration in die Clubs, da die meisten Kinder und Jugendlichen nicht in unmittelbarer Nähe vom Golfplatz wohnen und somit immer auf den Transport durch ihre Eltern angewiesen wären. Dort wo die genannten Probleme allerdings gelöst sind, ist eine längerfristige Integration in Clubs möglich, wie Erfahrungen an einzelnen Stützpunkten zeigen.

Therapeutische Potentiale Golf

Dieser Kategorie liegen die Aussagen von insgesamt 14 Interviewpersonen von 7 KidSwing Stützpunkten zugrunde, die dem Golfspiel unterschiedliche therapeutische Potentiale zuweisen.

Fallübergreifend bescheinigen die Lehrer und Therapeuten dem Golftraining zunächst einmal therapeutische Wirkungen, die sich auf körperliche Bereiche beziehen. So hat sich bei allen Kindern und Jugendlichen die Koordination ganz allgemein und die Auge-Hand Koordination im Speziellen verbessert. Weitere Phänomene sind der Aufbau muskulärer Spannung, die Verbesserung des Gleichgewichts beim normalen Stehen und während des Abschlagens, die Verbesserung der Ausdauer sowie eine allgemeine Verbesserung der Schnelligkeit in den Bewegungsabläufen. Bei vielen Kindern verbessert sich auch das Gangbild. Durch die Weite des Golfplatzes wird weiterhin die räumliche Orientierung gefördert.

Die Fachärzte schätzen bei 61 Kindern positive Auswirkungen auf körperliche Symptome (88,4 %) und bei 59 Kindern (85,5 %) eine Begünstigung von Bewegungsaktivitäten im Alltag ein.

Weitere therapeutische Vorteile werden von verschiedenen Interviewpersonen besonders auf die Möglichkeit zurückgeführt, dass sich Kinder und Jugendliche, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, mit Hilfe des Paragolfers eigenständig über den Platz bewegen können (vgl. 4.2). Der Paragolfer verfügt über eine Aufrichtfunktion, die es den Benutzern ermöglicht stehend zu schlagen. Das Aufrichten des Rumpfes ist für Kinder und Jugendliche mit Querschnittslähmungen oder Ataxien im Alltag unumgänglich. Herkömmlicherweise müssen sie hierzu in einem Stehstuhl passiv aufgerichtet werden, um die Durchblutung und die Funktion der inneren Organe anzuregen. Dies wird von einer Therapeutin als „*trockenes*“ Aufrichten bezeichnet, das sie nach Möglichkeit zu vermeiden sucht.

Einen entscheidenden Vorteil gegenüber einschlägigen Therapiemaßnahmen sehen die befragten Experten beim Golf fallübergreifend darin, dass die Kinder und Jugendlichen das Golfspielen als Sport und nicht als Therapie wahrnehmen: *„Die Kinder merken schon, dass es sich beim Golf um eine Therapiemaßnahme handelt, vorrangig haben sie aber die Motivation zum Golfspielen selbst.“* Dieser Punkt ist von besonderer Bedeutung, da sich viele Kinder schon nahezu ihr gesamtes Leben lang in verschiedenen therapeutischen Maßnahmen befinden. Besonders in der Pubertät wird es immer schwieriger, ihnen zu erklären, warum sie diese auch weiterhin benötigen. So beschreiben eine Physiotherapeutin und eine Förderschullehrerin von zwei verschiedenen KidSwing Basen den Golfschwung als perfekte Motivation für Kinder und Jugendliche mit Hemiplegie, ihren beeinträchtigten Arm mitzunutzen, wie auch das folgende Interviewbeispiel verdeutlicht:

Interviewbeispiel

Über ein Mädchen mit einer geistigen Behinderung, die zusätzlich halbseitengelähmt ist. Sie

„war auf jeden Fall nicht bereit in der Klasse jetzt aufgrund von Misserfolgserlebnissen, die sie hatte mit ihrer einen Hand, irgendetwas mit dieser Hand zu tun (...). Auf dem Golfplatz war die bereit, beide Hände zu nehmen und da auch eine gewisse Kraftentfaltung, also das war für mich faszinierend, so was zu sehen. Da ist man schon über 20 Jahre im Dienst und hat sich da drei Jahre schon mit der Schülerin rumgeärgert in Führungsstrichen und sagt die kriegst du jetzt nicht dazu irgendwo mal was mit der Hand zu machen, da kraftmäßig mal was aufzubauen, motorisch was aufzubauen, das die Muskelspannung sich auch verbessert (...) und beim Golfspielen da nimmt die Schülerin beide Hände (...) sie macht es. Das ist man dann irgendwie begeistert, welche Dinge man da erreichen kann“ (Herr L., Fachlehrer für Menschen mit geistiger Behinderung).

Von verhaltenstherapeutischen Potentialen wird in vielen Einzelfällen auch bei kognitiven und mentalen Behinderungen und Beeinträchtigungen berichtet. Hervorzuheben sind Wirkungen bei ADHS mit geistiger Behinderung, Autismus, Mutismus, Lernbehinderung und Verhaltensstörung.

Fallbeispiel

Eine Förderschullehrerin berichtet von drei Jungen ihrer Klasse mit großen Konzentrationschwächen und starken Verhaltensauffälligkeiten, die sich durch die Teilnahme am Golftraining im Laufe eines Schuljahres so sehr diszipliniert haben, dass ihre Ritalinbehandlung eingestellt werden konnte. (Frau S., Lehrerin an einem Förderzentrum für Lernen und geistige Entwicklung).

Die Fachärzte schätzen die positiven Auswirkungen des Golftrainings auf mentale/kognitive Symptome bei 61 Kindern positiv ein (88,4 %).

Fazit und Ausblick

Die Evaluation des KidSwing Golftrainingsprogramms für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen ist weitgehend abgeschlossen. Der Forschungsabschlussbericht wird zur Zeit erstellt.

Die Datenlage kann vor allem hinsichtlich der Qualität der Experteninterviews als aussagekräftig eingeschätzt werden. Die Rücklaufquote der Elternfragebögen ist mit 46 % zwar relativ hoch, die Fallzahl mit $n=69$ jedoch angesichts der Heterogenität der Stichprobe eher gering. Bei den vielen verschiedenen Arten von Behinderungen wäre eine breitere Datenbasis wünschenswert gewesen. Fast 90 % der erfassten Kinder und Jugendlichen waren von kognitiven und geistigen Behinderungen betroffen. Die Daten aus den Elternfragebögen können überwiegend nur deskriptiv dargestellt werden, Signifikanzprüfungen waren aufgrund geringer Fallzahlen lediglich begrenzt möglich. Der Einsatz probabilistischer Testmodelle wird zur Zeit erprobt. Die Möglichkeit von Gruppen- und Einzelanalysen unter Einbeziehung unterschiedlicher Expertenperspektiven ist noch zu prüfen.

In Bezug auf die Evaluationsziele und die formulierte Ausgangshypothese kann konstatiert werden, dass sozialintegrative, persönlichkeitsfördernde und therapeutische Potentiale des Golftrainingsprogramms für eine überzufällige Anzahl von Kindern und Jugendlichen bestätigt werden. Darüber hinaus berichten Förderschullehrer an nahezu jeder Basis von außergewöhnlichen Entwicklungen bei einzelnen Kindern und Jugendlichen, deren Fortschritte sie trotz langjähriger Berufspraxis in Erstaunen versetzen. Besonders deutlich werden die Wirkungen bei der Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen im Golftraining, die auch in die Lebensweltbereiche Schule und Familie übertragen werden. Golftraining scheint hier aufgrund der Merkmale der Sportart und Art der Durchführung zu einer so hohen Eigenmotivation zu führen, dass Kinder und Jugendliche mit ganz unterschiedlichen geistigen (und körperlichen) Behinderungen Potentiale ausschöpfen können, die in traditionellen Förderlogiken schwieriger oder bisher überhaupt nicht zu erschließen waren.

Soziale Integration wird in der Familie und in der Schule durch die zuvor beschriebenen Entwicklungen ebenfalls begünstigt. Die sozialintegrativen Wirkungen des Golftrainingsprogramms müssen jedoch in Bezug auf die Hinführung zum Golf und die Integration in Golfclubs kritischer eingeschätzt werden. Zwar sind die Potentiale klar erkennbar und werden auch in Einzelfällen im familiären Kontext und in einzelnen Golfclubs für leistungsstärkere Kinder und Jugendliche realisiert, aber es fehlen häufiger die Voraussetzungen in Schulen, Golfclubs und Familien, um Golftraining für motivierte Kinder und Jugendlichen nach Beendigung der einjährigen Schulförderung weiterführen zu können.

Die therapeutischen Potentiale werden deutlich bei Fortschritten in der Verbesserung motorischer Fähigkeiten. Davon profitieren Kinder mit schweren Behinderungen ebenso wie Kinder, die in diesem Bereich sonst nicht gefördert werden. Auch für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche wurde von deutlich positiven Ver-

haltensänderungen berichtet. Unabhängig von der Unschärfe der verwendeten Therapiebegriffe sind sich die befragten Experten darin einig, dass das Golftraining eine „gesamttherapeutische Situation“ darstellt, die von den Kindern und Jugendlichen nicht als solche bewertet wird, sondern durch den Spielcharakter stimulierend wirkt. Eine gesamttherapeutische Wirkung des Trainingsprogramms (unter Einbeziehung sozialintegrativer Komponenten) mit positiven Auswirkungen auf die Lebenssituation wird von den befragten Fachärzten bei 25 Kindern und Jugendlichen (36,2 %) für wahrscheinlich gehalten.

Literatur

- Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V. (o.J.). *Golfen für kranke und behinderte Kinder*. Berlin.
- Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (2005). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 13-29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik. Einleitung und Überblick. In U. Flick (Hrsg.): *Qualitative Evaluationsforschung* (S. 9-28). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hagen, J. (2002). Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. *Geistige Behinderung*, 40, 293-306.
- Honer, A. (2005): Lebensweltanalyse in der Ethnographie. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 194-204). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Meseck, U. & Lochny, M. (2008). Exploration und Evaluation der sozialintegrativen, persönlichkeitsfördernden und therapeutischen Potentiale des Golf Spielens für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen. In M. Wegner & H.J. Schulke (Hrsg.), *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbständigkeit durch Wettbewerbe und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 73-88). Kiel: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Stancliffe, R.J. (1995). Assessing Opportunities for Choice-Making: A Comparison of Self and Staff Reports. *American Journal on Mental Retardation*, Vol. 99, No. 4, 418-429.
- Thompson, B. (2003). *Golf lernen für Behinderte. Konzept und Fallbeispiel*. Masterarbeit bei der PGA of Germany.
- Thornicroft, G. et al. (1993). The Reliability of Patient Attitude Questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 162 (suppl. 19), 25-29.
- Wegner, M. & Schulke, H.-J. (2008) (Hrsg.): *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbständigkeit durch Wettbewerb und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Kiel: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Wendeler, J. (1992). *Geistige Behinderung: Normalisierung und soziale Abhängigkeit*. Heidelberg: HVA, Ed. Schindele.

Ein Rückenschulkonzept im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung für Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen

Einleitung und Ausgangspositionen des Projektes

Im Ergebnis verbesserter Fördermöglichkeiten für behinderte Menschen aller Altersstufen nimmt nicht nur die Zahl der in Formen geschützten Arbeitens integrierter Menschen mit einer geistigen Behinderung zu, auch der Anteil nach 1945 Geborener sorgt für eine erhöhte Anzahl älterer Behinderter in den Arbeitsbereichen von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Analog zur demografischen Entwicklung der zunehmenden Zahl älterer geistig behinderter Menschen erhöht sich auch deren Risiko hinsichtlich einer Gesundheitsgefährdung. Menschen mit geistiger Behinderung haben im Verlauf ihres Arbeitslebens mit den gleichen degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates zu kämpfen wie nicht behinderte Arbeitnehmer. Man kann sogar sagen, dass sie aufgrund häufig auftretender körperlicher Auswirkungen ihrer Behinderung verstärkt davon betroffen sind (Brucker 1998).

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, wie sie auch bei nichtbehinderten Arbeitnehmern zunehmend in das Blickfeld der Gesundheitsprävention gelangen, gewinnen in mehrfacher Hinsicht für geistig behinderte Mitarbeiter in einer WfbM an Bedeutung: Ihre Arbeits- und Lebenswelt ist häufig eingegrenzt, reduziert sich auf Institutionen, die das Wohnen (Wohnheime, betreutes Wohnen) und Arbeiten (WfbM) absichern. Eine minimierte allgemeine Bewegungsaktivität, das Fehlen von gesundheitssportlichen Möglichkeiten, häufig monotone und sitzende Arbeitstätigkeiten sowie eine geringe Anzahl sportlicher Angebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung sowie der unmittelbare Einfluss der Auswirkungen der Behinderung direkt auf die Gesundheit erhöhen das Gesundheitsrisiko. Der Raum für individuelle Gesundheitsförderung ist deutlich reduziert, betriebliche Gesundheitsförderung gewinnt einen besonderen Stellenwert für diese Klientel. Wie auch für Nichtbehinderte besteht mit dem Älterwerden eine höhere Gesundheitsgefährdung, wobei letztendlich Rückenbeschwerden zu den dominierenden Zivilisationskrankheiten zählen.

Im Bereich der gesundheitlichen Prävention spielt die Vermeidung der Chronifizierung von Rückenschmerzen eine große Rolle, da Rückenschmerzen ein in der Gesellschaft weit verbreitetes Problem darstellt. Das Krankheitsbild ist mit hohem Leidensdruck für den Einzelnen und enormen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Dabei handelt es sich bei 85 % der Fälle um unspezifischen Rückenschmerz mit unbekannter Ursache, wie Reimann (2007) feststellt. Da die

Primärprävention unbekannter Ursachen nicht möglich ist, ist im Bereich der Prävention das Hauptaugenmerk auf die Vermeidung der Chronifizierung und des Auftretens von Rezidiven zu legen. Das Ziel liegt dabei in der Vermittlung von individuellen Strategien im Umgang mit diesem Krankheitsbild.

In diesem Bereich stellen Rückenschulen eine Form der bewegungstherapeutischen Behandlung dieses Krankheitsbildes dar. Die Rückenschule ist eine verhaltenstherapeutische Interventionsform, die durch Vermittlung von theoretischen Kenntnissen und praktischen Übungen den einzelnen Teilnehmer zum adäquaten Umgang mit der Symptomatik befähigen möchte (Pfeifer, 2007). Da die Menschen mit geistiger Behinderung mit zunehmendem Alter gleichermaßen mit degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates konfrontiert sind, ist klar ersichtlich, dass auch sie an solchen Programmen teilhaben sollten. Dazu ist es nötig, dass speziell an ihre Bedürfnisse angepasste Programme vorhanden sind, die ihnen die Partizipation ermöglichen. In Paragraph 1 des neunten Sozialgesetzbuches (§ 1 SGB 9) ist die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen geregelt. Darin steht, dass Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen zur Sicherung ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erhalten, und Benachteiligungen zu vermeiden sind (www.sozialgesetzbuch.de). Damit wird die Notwendigkeit von Rückenschulprogrammen, die auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der behinderten Menschen eingehen, noch einmal unterstrichen. Da es bislang diese speziell auf ihre körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit zugeschnittenen Angebote zur Gesundheitsförderung im Bereich der Rückenschule nicht gibt, sind geistig Behinderte bisher nur in Einzelfällen in betrieblicher Gesundheitsförderung integriert. Zusätzlich ergeben sich Probleme hinsichtlich der Zugänglichkeit zu Rückenschulen außerhalb der Einrichtungen, die eine Grundvoraussetzung für die Teilnahme an einer solchen Maßnahme für den Einzelnen darstellt, aufgrund der eingeschränkten Mobilität der Menschen mit geistiger Behinderung.

Damit gewinnt die betriebliche Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung stark an Bedeutung. Die meisten Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung arbeiten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und sind auch dort am ehesten zu erreichen.

Die *Rückenschule* ist eine klassische verhaltensorientierte Intervention im Bereich der Prävention von unspezifischen Rückenschmerzen mit dem übergeordneten Ziel der Vermeidung von rezidivierenden oder chronischen Rückenschmerzen (Pfeifer, 2007). Pfeifer (2007) formuliert zunächst drei übergeordnete Anteile, die im Aufbau einer Rückenschule zu berücksichtigen sind, einen edukativen, einen sportlich aktiven und einen dauerhaft verhaltensverändernden Teil.

Er nennt weiterhin in Anlehnung an das biopsychosoziale Modell der Entstehung von Rückenschmerzen als Aufgaben an Rückenschulen:

1. Förderung der physischen Gesundheitsressourcen
Verbesserung von Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit und muskulärer Entspannungsfähigkeit
2. Förderung der psychosozialen Gesundheitsressourcen
Entwicklung und Integration individueller Handlungsgrundlagen und Kompetenzen im Umgang mit dem Rückenschmerz
3. Verminderung von Risikofaktoren
Vermittlung von Bewegungstechniken zur Reduktion der Rückenbeanspruchung und von Entspannungstechniken zur Reduktion der psychischen Belastung
4. Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden
Der drei genannten Ziele wirken darauf hin.
5. Bindung an körperliche Aktivität
Erreichung einer langfristigen Bindung der Teilnehmer an körperliche Aktivität
6. Verbesserung der Bewegungsverhältnisse
Bekanntmachung und Vernetzung der Teilnehmer eines Kurses mit den Anbietern, weiterführender Angebote aber auch ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze sind im Auge zu behalten (Abb. 1 und 2).



Abb. 1: Ergonomisch zu gestaltende Arbeitsplätze.



Abb. 2: Ergonomisch zu gestaltende Arbeitsplätze.

Die von Pfeifer formulierten drei übergeordnete Zielbereiche, die im Aufbau einer Rückenschule zu berücksichtigen sind, gelten im gleichen Maße für behinderte Menschen.

– *Zielbereich 1: Einstellung und Verhalten*

Darunter fällt die Vermittlung von Wissen zu Hintergründen und Umgang mit Rückenschmerzen und die darauf aufbauende Vermittlung individueller Verhaltens- und Handlungskompetenzen während einer Rückenschmerzepisode bzw. zu deren Prävention, angesichts der kognitiven Beeinträchtigung eine besondere Herausforderung für Menschen mit geistiger Behinderung.

– *Zielbereich 2:* Hinführung zu körperlicher bzw. gesundheitssportlicher Aktivität
Sowohl die Hinführung als auch die dauerhafte Bindung der Teilnehmer an eine eigenständig durchgeführte körperliche und gesundheitssportliche Aktivität erfordert auch das Vorhandensein entsprechender Angebote als zusätzliche Aufgabe.

– *Zielbereich 3:* Verbesserung der Gesundheitsbezogenen Fitness
Hierunter ist eine Verbesserung der körperlichen Fitness oder im Umkehrschluss eine Vermeidung oder Reduktion einer Dekonditionierung des Teilnehmers zu verstehen, was aber auch kontinuierliche Angebote voraussetzt (Pfeifer, 2007).

Rückenschulen mit ihren Komponenten des individuellen Übens, des Vermitteln von Wissen über „rückengerechtes Verhalten“ und der Verhaltensänderung hin zu einer dauerhaften individuell angemessenen gesunden Lebensweise beinhalten somit kognitiv zu verarbeitende Anteile. Damit wird die besondere zusätzliche Brisanz des Themas deutlich: Rückenschulprogramme liegen bisher nur für nichtbehinderte Menschen vor, nicht aber für geistig behinderte Menschen. Diese Lücke zu schließen bedarf es Forschungsarbeiten, die grundlegende Erkenntnisse über das didaktische Vorgehen bei der Arbeit mit behinderten Menschen liefern. Die an der Hochschule Fulda entwickelte und erfolgreich erprobte Rückenschule stellt ein erstes Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung geistig behinderter Menschen dar.

Um diese Aufgaben für eine Rückenschule in einer WfbM umsetzen zu können bedarf es zugleich eines didaktisch methodischen Vorgehens, das den involvierten Menschen mit einer geistigen Behinderung auch gerecht wird.

Anregungen bieten die Ausführungen von Theunissen (2003) über die Gestaltung von Maßnahmen mit geistig Behinderten. Besonders sein Prinzip von *Lebensnähe und handelnden Lernen* verweist auf die Sinnhaftigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. Da Menschen mit einer geistigen Behinderung Defizite im Bereich der Übertragbarkeit von einmal erlernten Fertigkeiten auf andere Situationen zeigen, ist es nötig, dass sich die Angebote an der realen Lebenssituation der Teilnehmer orientieren. Das setzt voraus, dass im Projekt die konkrete Lebenssituation mit den entsprechenden Bedürfnissen und Erfahrungen berücksichtigt wird. Weiter nennt er:

– Zeitliche Kontinuität und Regelmäßigkeit

Die Lernangebote sollten inhaltlich aufeinander aufbauend geplant und über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden. Dabei ist es wichtig, dass sie nach Möglichkeit immer zur gleichen Zeit und ohne lange Pausen stattfinden. Auch die einzelnen Stunden sollten so geplant werden, dass es immer wiederkehrende Inhalte gibt. So ist ein gewisser Rahmen gegeben, der aber dennoch Platz für spontane Änderungen bzw. aktuelle Einschübe anderer Themen lässt.

- Prinzip der Entwicklungsgemäßheit

Der Aufbau einer solchen Maßnahme orientiert sich an den Gesetzmäßigkeiten im Verlauf der menschlichen Entwicklung. Dabei ist aber zu beachten, dass man Erwachsene mit einer geistigen Behinderung nicht mit nicht behinderten Kleinkindern gleichsetzensollte. Dies würde auch dem Leitprinzip der erwachsenengemäßen Ansprache widersprechen. Die Übungen sind dem individuellen motorischen Leistungsvermögen anzupassen und auf dessen Verbesserung gerichtet.

- Lern- und neuropsychologisches Prinzip

Allgemeine ist von der prinzipiellen Lern- und Entwicklungsfähigkeit im Erwachsenenalter auszugehen. Erwachsene lernen gut, wenn sie nicht unter Zeitdruck stehen, wobei das individuelle Lerntempo zu berücksichtigen ist. Das Lernen erfolgt am besten handelnd und in kleinen Lernschritten, die durch Pausen begrenzt und eindeutig voneinander zu unterscheiden sein sollten. Dies gilt in gleichem Maße für behinderte wie für nicht behinderte Erwachsene (Theunissen, 2003).

Fath (2006) ergänzt allgemeine methodische Merkmale, die sich mit den Leitprinzipien von Theunissen (2003) decken. Sie nennt u. a. die folgenden Prinzipien:

- Anschaulichkeit,
- Ganzheitlichkeit,
- Planmäßigkeit,
- angemessenes Loben, vielfältige
- Vertrauen, Zeit und Geduld,
- allmähliche Belastungssteigerung,
- Wiederholungen,
- Regelmäßigkeit und Dauerhaftigkeit (Fath 2006; S. 329).

Methoden des Projektes

Da sich für die Behinderten ebenso wie für Nichtbehinderte Erkrankungen im Stütz- und Bewegungsapparat als besonderes Gesundheitsrisiken erweisen, gewinnen Rückenschulen zur Gesundheitsprävention an Bedeutung.

Rückenschulen mit ihren Komponenten des individuellen Übens, des Vermitteln von Wissen über „rückengerechtes Verhalten“ und der Verhaltensänderung hin zu einer dauerhaften individuell angemessenen gesunden Lebensweise beinhalten somit kognitiv zu verarbeitende Anteile. Damit wird die besondere zusätzliche Brisanz des Themas deutlich: Rückenschulprogramme liegen bisher nur für nichtbehinderte Menschen vor.

Besonders wichtig ist in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen das Lernen über unmittelbare Anschauung sowie das handelnde Lernen. Dabei sollten die Lerninhalte nicht nur in der jeweiligen Lernsituation direkt angewendet werden, sondern sofort auch auf Inhalte und Situationen aus dem alltäglichen Leben der Teilnehmer übertragen werden. Das ist notwendig, da aufgrund der kognitiven Ein-

schränkungen gerade im Bereich des Transfers des Gelernten die Schwierigkeiten der geistig behinderten Erwachsenen liegen. Erlernte Fertigkeiten, die als Einzel-funktion beherrscht werden, können oft nur schwer in andere Situationen übertra-gen werden. Um dies zu gewährleisten, ist kontinuierliches Üben und damit ver-bunden häufiges Wiederholen nötig (Baumgart, 1991). Dabei sollten bekannte Er-fahrungen und Vorlieben der Teilnehmer in Variationen wiederholt aufgegriffen werden. Auf der Basis von bekannten und beherrschten Fertigkeiten können diese weiter ausdifferenziert und schließlich neue Fertigkeiten erlernt werden (Fath, 2006).

Angaben zum Pilotprojekt

Gegenstand eines seit 2006 laufenden Projektes an der HS Fulda in Kooperation mit dem Antoniusheim Fulda stellt die Erarbeitung und Bewertung eines Rücken-schulkonzeptes zur Gesundheitsprävention für erwachsene geistig behinderte Menschen in einer WfbM mit folgenden Komponenten dar:

- Diagnostik zur Erfassung des motorischen Entwicklungsstandes durch ange-messene Tests
- Fragebogen zur Erfassung des subjektiven Befindens bei der Rückenschule
- Übungsprogramm zur Verbesserung von Kraft und Beweglichkeit
- Datenerhebung zur Wirkung auf Gesundheitsparameter
- Veränderung der Arbeitsplätze unter ergonomischen Gesichtspunkten
- Vermittlung von rückergerichteten Verhaltensweisen im Arbeitsprozess (Abb. 3-5)



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Abb. 3-5: Rückengerechte Verhaltensweisen üben.

Diagnostik

Die Wirkung eines Übungsprogramms und ergonomischer Maßnahmen in verschiedenen Bereichen wurde über modifizierte Übungen in Anlehnung an die motorische Basisdiagnostik (Bös; Karisch; Wydra, 1992) und des Diagnostikprogramms von „Deutschland bewegt sich“ (2004) sowie einen spezifischen Fragebogen bei ca. 120 Mitarbeitern der WfbM erfasst. In die Verlaufsdiagnostik gingen die Daten von 42 Probanden ein. Der Altersdurchschnitt lag bei 38,1 Jahren. Der Durchschnittliche BMI bei 24,7.

Der motorische Test bestand aus 7 (+1) diagnostischen Übungen aus den motorischen Bereichen Koordination (1 Übung + Alternativübung), Beweglichkeit (3 Übungen) und Kraft (4 Übungen) durchgeführt.

Zu Beginn der Diagnostik wurde den Mitarbeitern der Sinn der Diagnostik im Rahmen der Rückenschule am Arbeitsplatz erläutert. In einem Datenerhebungsbogen erfolgte die Registrierung der Ergebnisse der einzelnen Tests, die mittels des Auswertungsprogramms SPSS Version 13.0 statistisch ausgewertet wurden. In die statistische Auswertung wurden nur die Mitarbeiter miteinbezogen, die an beiden Testterminen teilnahmen.

Testaufgaben

1. Koordinationstest

<p>* Achterkreise (Woll, A., Tittlbach, S., Schott, N., Bös, K., 2004)</p> <p>Testzielsetzung: Überprüfen des Gleichgewichts</p> <p>Testort und –aufbau: Im Abstand von 40 cm werden zwei Keulen aufgestellt. Die Testperson steht seitlich, mittig neben den Keulen (Standbein frei wählbar)</p>	<p>Testaufgabe und –durchführung: Um die beiden Keulen herum soll die Testperson nun fünfmal mit dem nahezu gestreckten Spielbein in der Luft eine Acht beschreiben (Achterkreise). Die Testperson hat zwei Versuche.</p> <p>Messwertaufnahme/Bewertung/ Fehlerquellen: Die Aufgabe gilt als gelöst, wenn die Testperson fünf Achterkreise ohne Absetzen des Spielbeins ausgeführt hat und die Keulen dabei nicht berührt werden.</p>
---	---

2. Beweglichkeitstests

* Rumpfbeugen

(Woll, A., Tittlbach, S., Schott, N, Bös, K., 2004)



Testzielsetzung: Messung der Rumpfbeweglichkeit und Dehnfähigkeit der Beinmuskulatur

Testaufgabe und -durchführung: Die Testperson beugt den Rumpf (in hüftbreiter Fußstellung) langsam ab und führt die Fingerspitzen Richtung Boden. Aufgabe ist es, den Rumpf bei gestreckten Beinen möglichst weit nach vorne/unten zu beugen und den Boden mit den Fingerspitzen bzw. der ganzen Hand zu berühren. Diese Position soll 5 Sekunden lang gehalten werden. Es werden zwei Versuche durchgeführt, der bessere Versuch wird gewertet.

Messwertaufnahme/Bewertung/ Fehlerquellen: Die Aufgaben gilt als gelöst, wenn bei gestreckten Beinen der Boden 5 Sekunden berührt wird.

:

* M. rectus femoris

(Wydra, G., 2000)



Testzielsetzung: Messung der Dehnfähigkeit der vorderen Oberschenkelmuskulatur

Testort und -aufbau: Die Testperson liegt in Bauchlage auf einer Matte

Testaufgabe und -durchführung: Der Testleiter umfasst den Fuß der Testperson und führt diesen Richtung Gesäß. Das andere Bein bleibt währenddessen gestreckt auf der Matte liegen. Der Testleiter hält inne, sobald ein deutlicher Dehnschmerz zu spüren ist, bzw. die Testperson den Test abbrechen möchte

Messwertaufnahme/Bewertung/ Fehlerquellen: Größe des Abstandes; keine

3. Krafttests

*** Schulterwegdrücken**
(Bös, K., Wydra, G., 2002)



Testzielsetzung: Messung der Kraft der oberen Rückenmuskulatur und des Schulterbereiches

Testaufgabe und –durchführung: Die Ellenbogen werden seitlich in Schulterhöhe so fest gegen die Wand gedrückt, dass der gesamte Oberkörper - einschließlich Gesäß - von der Wand weggedrückt wird. Diese Position muss 10 Sekunden gehalten werden.

Messwertaufnahme/Bewertung: Die Aufgabe gilt als gelöst, wenn die Halteübung (bei Einhaltung der Ellenbogen etwa auf Schulterhöhe) 10 Sekunden ohne Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich gelingt.

Testort und –aufbau: Die Testperson steht mit dem Rücken an der Wand. Die Fersen sind 1 ½ Fußlängen von der Wand entfernt, der Kopf hat keinen Kontakt zur Wand

*** Einbeinaufstehen**
(Wydra, G., 2000)



Testzielsetzung: Messung der Kraft der Beinstrecker

Testort und –aufbau: Die Testperson sitzt auf einem Hocker (47 cm)

Testaufgabe und –durchführung: Die Testperson soll nur mit Hilfe eines Beines aufstehen, die Arme werden vor dem Körper verschränkt.

Messwertaufnahme/Bewertung/ Fehlerquellen: Der Test gilt als bestanden, wenn die Testperson es schafft mit beiden Beinen zum Stand zu kommen.

Fragebogen

Um Aussagen über die subjektiv empfundene Wirkung des Programms zu erhalten, kam ein eigens entwickelter Fragebogen zum Einsatz mit 9 Fragen an die Mitarbeiter und eine 10. an die Angestellten.

Der Stichprobenumfang des Fragebogens umfasste 51 Beschäftigte der Bereiche Holz, Ton Textil. Davon waren 62,7% weiblich und 37,3% männlich. Das Durchschnittsalter betrug 38,7 Jahre. Der Durchschnittliche BMI-Wert lag bei 24,7.

Die Befragung der Mitarbeiter erfolgte in Form eines Interviews, wobei jeder Mitarbeiter einzeln befragt wurde. Wenn nötig, halfen die Betreuer aus. Um den Fragebogen für einige Mitarbeiter verständlicher zu machen, wurden Bilder aus der Unterstützten Kommunikation in den Fragebogen mit aufgenommen (Abb. 7). Auf diese Weise wurde zurückgegriffen, da parallel in allen Bereichen des Antoniusheimes verschiedene Bilder der Unterstützten Kommunikation eingeführt und angewendet werden, so dass diese den Mitarbeitern bekannt waren. Die Antworten der Mitarbeiter wurden auf dem Fragebogen erfasst und mit dem Auswertungsprogramm SPSS Version 13.0 ausgewertet. Die Datenerhebung erfolgte im November 2007.

Rückenschule

Im Juni 2006 wurden für die Mitarbeiter in den Bereichen Holz, Ton und Textil des Fuldaer Antoniusheimes geeignete Übungen unter Berücksichtigung ihrer kognitiven und motorischen Einschränkungen erarbeitet. Dabei richtete sich die Auswahl der Übungen nach den alltäglichen Belastungen und Bewegungsabläufen der Mitarbeiter innerhalb der Arbeitsbereiche. Der erarbeitete Katalog mit 25 unterschiedlichen Übungen verschiedener Schwierigkeitsgrade zur Kräftigung und Dehnung beinhaltete zugleich

- * Angabe von Variationsmöglichkeiten
- * Hinweise zum Einsatz von Kleingeräten (Stab, Terra-Band)
- * Zusammenstellen eines Programms über 3 Monate

Die Übungen wurden mit den Mitarbeitern und Angestellten erlernt.

Nach dem Einüben der Übungsprogramme innerhalb von 3 Wochen wiederholten die Arbeitsgruppen diese täglich als festes Ritual unter Anleitung der Betreuer (Angestellten). Wiederum nach 6 Monaten kontrollierten und korrigierten die Studenten die Übungsausführung, variierten oder ergänzten sie, boten neue Übungen an (Multiplikatorenkonzept).



Abb. 6-8: Übungen aus der Rückenschule.

In die bisher über 2 Jahre laufende Pilotstudie sind Mitarbeiter aus 3 verschiedenen Arbeitsbereichen kontinuierlich und aus einem nur 2007/08 integriert. Diese Erweiterung des Projektes auf Gruppen in solchen Bereichen, die mit Terminarbeiten beauftragt sind (z.B. Gruppen aus dem landwirtschaftlichen Bereich) hat sich in dieser Form nicht bewährt.

Ergebnisse

Motorische Diagnostik

Die Wirkung der Rückenschule stellt sich differenziert dar. Einige motorische Parameter konnten verbessert werden, wobei hinsichtlich der Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit ein enger Zusammenhang zum Wissen und der Überzeugung betreuender Angestellter zu bestehen scheint.

Nachfolgende Ergebnisse beziehen sich auf 42 an beiden Untersuchungsterminen im Jahr 2006/2007 teilnehmende Probanden.

1. Koordination/Achterkreisen

Die Prae- Post-Test-Ergebnisse zeigen eine leichte Verbesserung (Abb. 9).

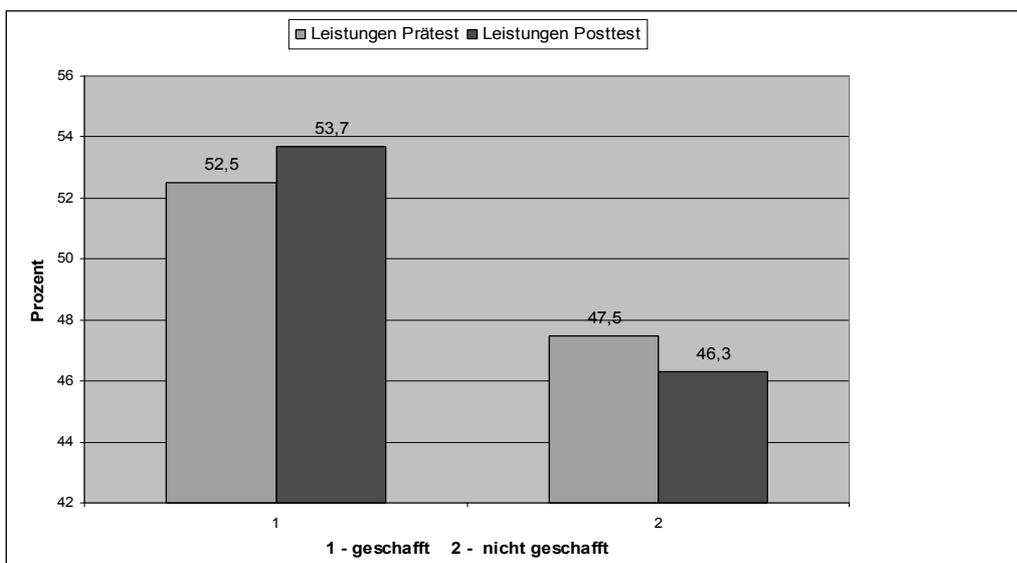


Abb. 9: Koordination.

2. Beweglichkeit/Rumpfbeugen

Auch bei der Rumpfbeweglichkeit wird eine leichte Verbesserung sichtbar. Deutlicher zu sehen sind die Fortschritte beim Vergleich der Abstände Finger-Boden ausgedrückt in Zentimetern. Die Mitarbeiter im Holzbereich verbesserten sich z.B. im Mittelwert von 17,54 cm (Prae-Test) auf 13,15 cm (Post-Test). (Abb. 10)

3. Beweglichkeit/M. rectus femoris

Bei der Messung der Dehnfähigkeit des M. rectus Femoris ist die Anzahl der Probanden ohne Verkürzung im Prae-Post-Test-Vergleich konstant geblieben. Lediglich bei den geringen Verkürzung verschlechterte sich von 23 Probanden im Prae-Test die Leistungen von 3 Mitarbeitern im Post-Test und diese zeigten nun eine starke Verkürzung.

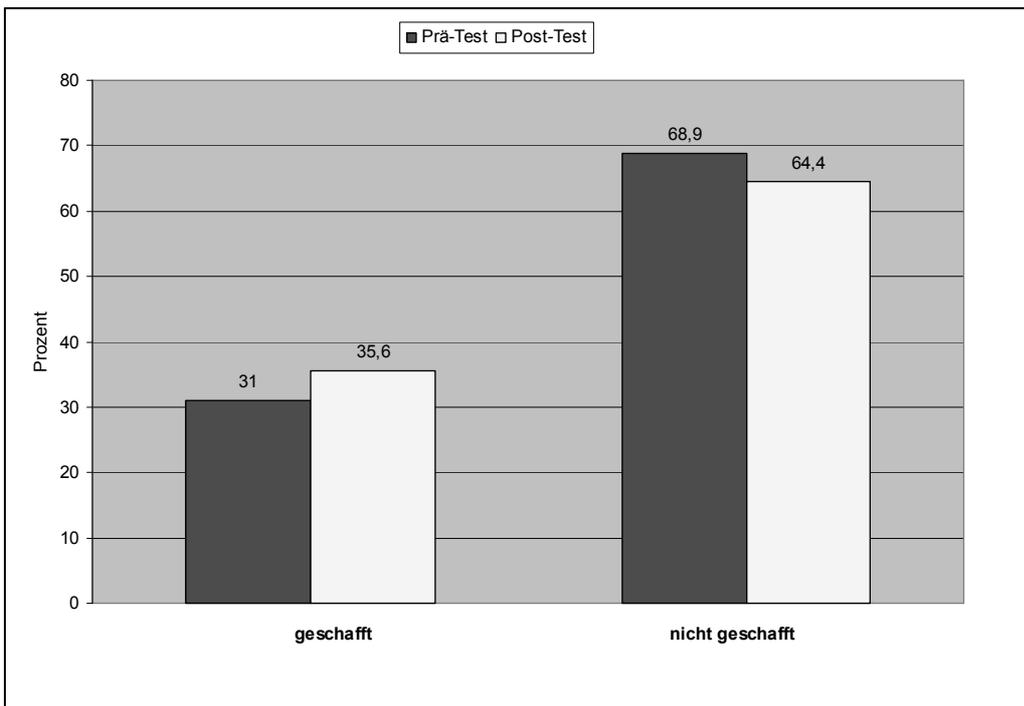


Abb. 10: Rumpfbeweglichkeit.

4. Kraft/Schulterwegdrücken an der Wand

Zwar belegen die Ergebnisse bei der Beurteilung der Kraft im Schulterbereich, dass sich die Leistungen deutlich verschlechterten - von 36 Probanden im Prae-Test schafften die Übung nur noch 30 Mitarbeiter im Post-Test – jedoch lässt sich das durch den Wechsel der Testleiter begründen.

5. Kraft/Einbeinstand

Auch beim Einbeinigen Aufstehen von einem 47 cm hohen Hocker verschlechterten sich die Leistungen bei 3 Mitarbeitern im Post-Test. Allerdings zielten die Übungen auch nicht dezidiert auf die Beeinflussung der Bein kraft (Abb.11)

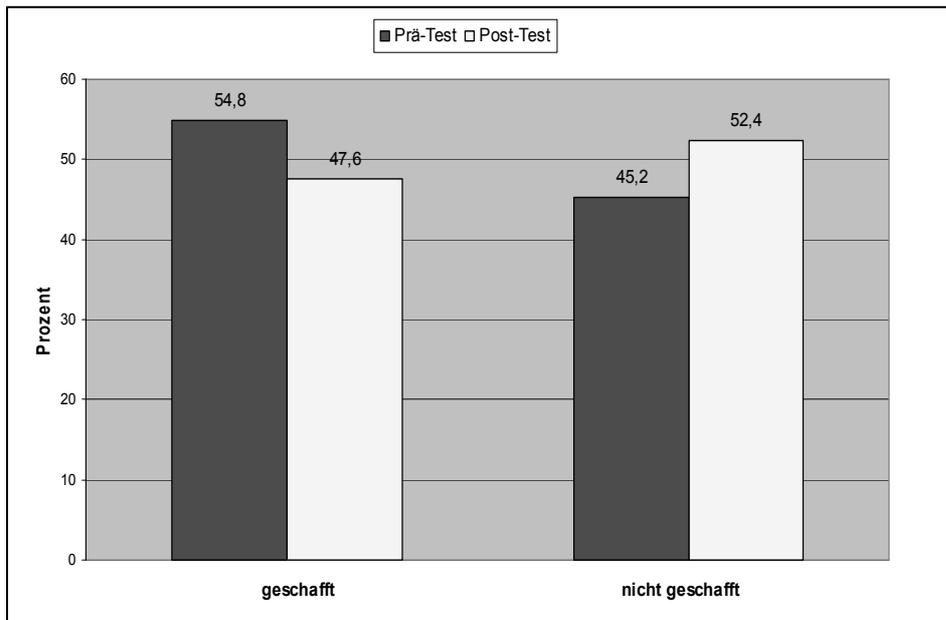


Abb. 11: Ergebnisse „Einbeinstand“ (Kraft)

Die Ergebnisse der motorischen Diagnostik sind im engen Zusammenhang mit der Anlage des Projektes zu diskutieren: die Anleitung der Mitarbeiter erfolgte nur 2 Mal im Jahr über 3 Wochen, ansonsten übten sie mit den angestellten Gruppenbetreuern. Sie belegen die Notwendigkeit eines kontinuierlichen persönlichen Kontaktes der Projektmitarbeiter während der Durchführung.

Fragebogen

Besonders interessant erscheinen die Ergebnisse der Befragung, die das Interesse der involvierten Mitarbeiter an betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen aus dem Bereich der Sporttherapie belegen. Dies wiederum korreliert in hohem Maße mit der individuellen Übungsauswahl und Gestaltung des Übens.

Bemerkenswert bei den Ergebnissen zum subjektiven Auftreten von Rückenschmerzen ist, dass eine deutliche Differenz zwischen den Angaben der Personalakten und der Anamnese des Fragebogens hinsichtlich Rückenschmerzen besteht. (Tab. 1)

Tab.:1 Häufigkeit des Auftretens von Rückenschmerzen

Rückenschmerzen?	Anamnese		Personalakte	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	28	54,9	10	16,9
Nein	20	39,2	49	83,1
Weiß nicht	3	5,9	0	0
Gesamt	51	100	59	100

Im Einzelnen erbrachte die Befragung folgende Aussagen:

Frage 7: Die Übungen aus der Rückenschule:

a) Tun gut?

32 (66,6 %) Mitarbeiter sagten, dass ihnen die Übungen aus der Rückenschule gut tun würden, 9 (18,8 %) Probanden taten die Übungen teilweise gut und nur 6 (12,5%) äußerten sich negativ (Abb. 12).

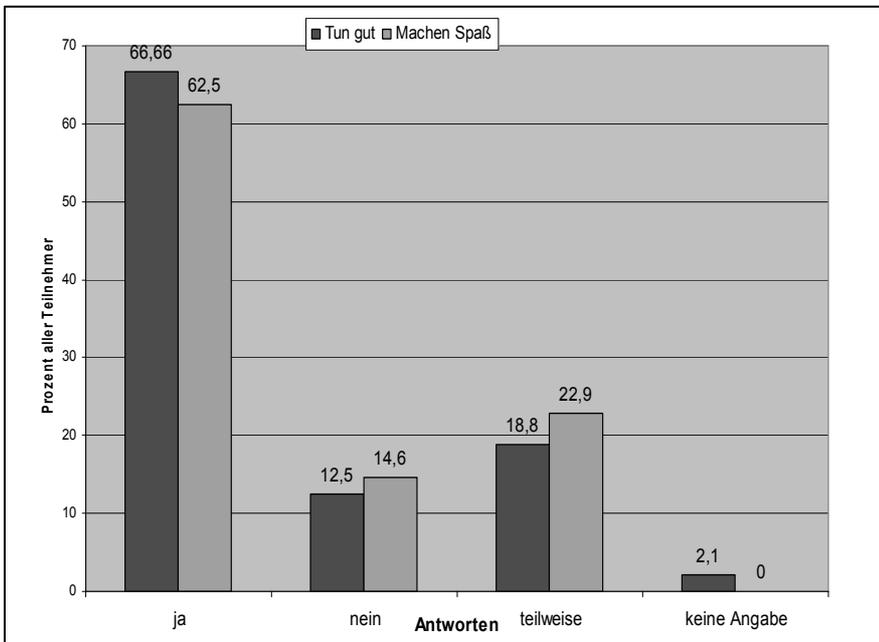


Abb. 12: Ergebnisse Fragebogen zum subjektiv empfundenen Nutzen (Frage 7a)

b) machen Spaß?

Auf die Frage, ob die Übungen Spaß machen bejahten dies 30 (62,5%) der 48 befragten Mitarbeiter, 11 (22,9 %) Probanden machten die Übungen teilweise Spaß und nur 7 (14,6 %) hatten keinen Spaß an den Übungen.

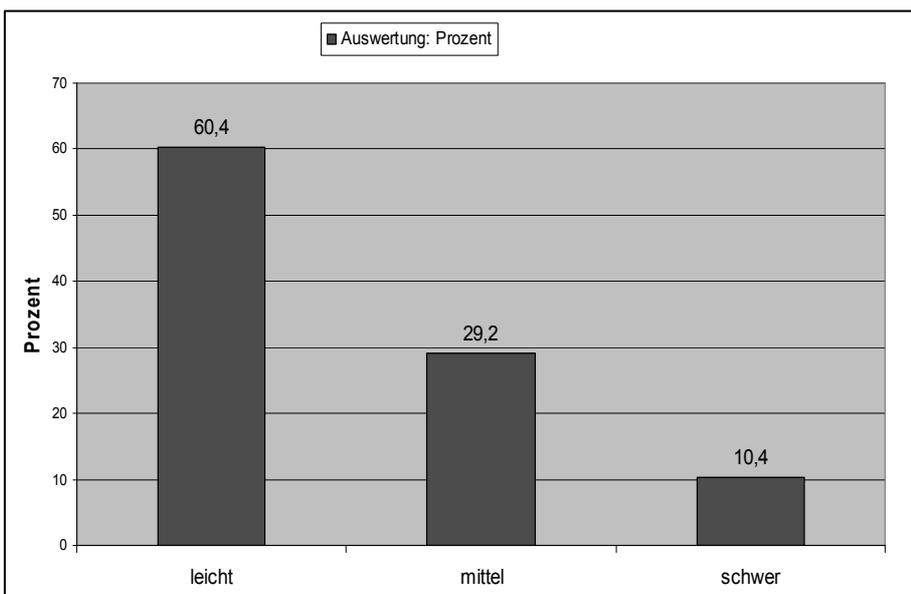


Abb. 12: Schwierigkeit der Übungen (Frage 7c).

c) sind leicht/mittel/schwer?

Bei der subjektiven Einschätzung zu dem Schweregrad der Übungen sagten 29 (60,0 %) Probanden, dass die Übungen leicht seien, 14 (29,2 %) fanden die Übungen mittel und 5 (10,5 %) schätzten die Übungen als schwer ein. Diese Aussagen geben nur das aktuelle Empfinden wieder, sagt aber nichts darüber aus, ob die Übungen auch korrekt ausgeführt werden und dann eventuell auch als mittel oder schwerer eingeschätzt würden (Abb. 13)!

Frage 9: Wie ist das Arbeiten, seit die Stuhl-/Tischhöhe eingestellt wurden?

Über die Bewertung der ergonomischen Veränderungen am Arbeitsplatz gab die Frage 9 Auskunft.

Auf die Frage, wie sich die Umgestaltung des Arbeitsplatzes ausgewirkt hat, äußerte sich der größte Teil der Befragten 25 (64,6 %) positiv. Nur 4 (10,4 %) waren mit der Umstellung nicht zufrieden (Abb. 13).

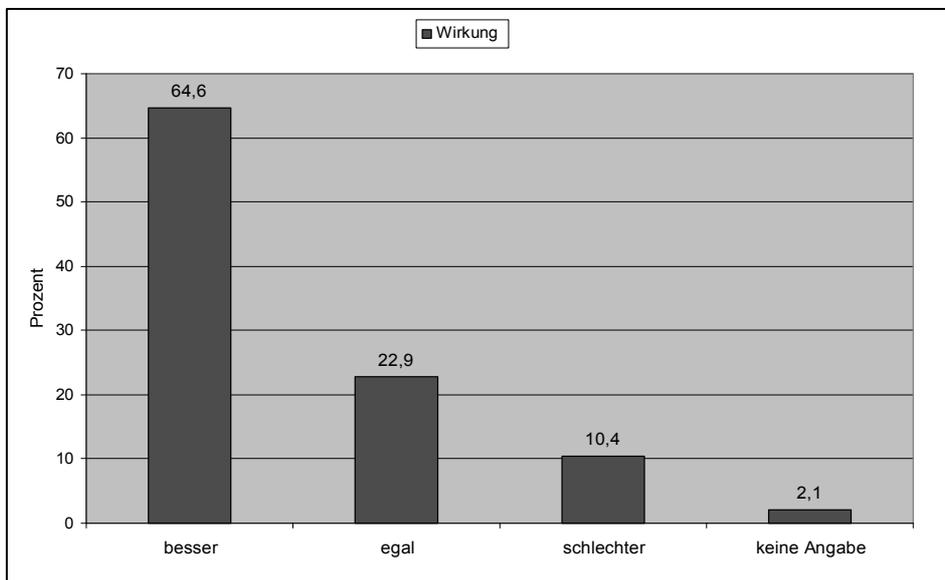


Abb. 13: Wirkung ergonomischer Veränderungen (Frage 9)

Diskussion

Das Übungsprogramm erbrachte nicht in jedem Falle die erwarteten positiven Veränderungen. Die Ergebnisse der motorischen Diagnostik regen zu Überlegungen besonders hinsichtlich der Gestaltung der Studie an. Es bedarf einer kontinuierlichen Betreuung sowie das flexible individuelle Anpassen des Programms unter Berücksichtigung didaktischer Besonderheiten im Umgang mit den Mitarbeitern, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen aber, dass wirksame betriebliche Gesundheitsförderung über Rückenschulen in der Arbeit mit geistig behinderten Erwachsenen einen mindestens gleichen Stellenwert wie mit Nichtbehinderten haben sollte und für die Beteiligten einen positiven Effekt bringen. Als markante Einflussfaktoren stellen sich heraus:

- Motivation beim Üben und während der Diagnostik
- Multiplikatorenschulung
- Identifikation der Studenten
- Kontinuierliche Begleitung.

Eine kritische Bewertung des diagnostischen Vorgehens regt zu folgenden Veränderungen an, um die Motivation der Mitarbeiter zu erhöhen:

- bessere Instruktion der Testleiter im Vorfeld
- vereinheitlichte Motivation der Mitarbeitern trotz unterschiedlicher Testleiter
- Erklärungen zur Testdurchführung entsprechend der kognitiven Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter; auch bei Re-Test kognitiv nachvollziehbar machen, warum der Test ein zweites Mal durchgeführt wird.

Zur Sicherung der Testauthentizität werden folgende Veränderungen vorgenommen:

- Einsatz eines speziellen Testgerätes zur Objektivierung der Erfassung des ergonomischen Verhaltens
- Fixieren und Erfassen der Hilfestellungen bei den einzelnen Tests
- Bögen zur Erfassung der Ergebnis präzisieren (3 Antwortmöglichkeiten)
- Vergrößerung der Stichprobe
- Erhöhung der Durchführungsobjektivität durch Standardisierung von Testaufbau, Testerklärung, Auswertung (einheitlicher Datensatz in SPSS angelegt)

Das Projekt wurde zunächst nur in drei Arbeitsbereichen erprobt (Pilotstudie), Schwächen der Diagnostik, Ergonomie und im Übungskatalog konnten erkannt und verbessert werden. Gegenwärtig startet das Projekt in weiteren Bereichen des Antoniusheimes in Fulda, wodurch dann auch größere Datensätze zustande kommen.

Insgesamt hervorzuheben ist das große Interesse der Teilnehmer an der Rückenschule besonders dann, wenn sie inhaltlich ausgewogen gestaltet wird. Auch die Motivation zur regelmäßigen Teilnahme war sehr hoch. Veränderungen bei den Tests und dem Übungskatalog versprochen bereits bei der Fortführung des Projektes positive Auswirkungen auch auf die motorischen Leistungen.

Literatur

- Alexandre, N., De Moraes, M., Filho, H. & Jorge, S (2001). Evaluation of a program to reduce back pain in nursing personnel. *Revista Saúde Pública* (35) 356-361.
- Baumgart, E. (1992) .Didaktische und methodische Aspekte in der Erwachsenenbildung für Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.): *Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung. Referate und Praxisberichte*. (Band 24-Große Schriftenreihe, S144-149) Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag.
- Bös, K., Karisch, G. & Wydra, G. (1992). *Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport*. Erlangen: perimed.
- Bös, K. & Wydra, G. (2002). Fitness-Basis-Test. Aussagekraft und Praktikabilität eines einfachen, funktionsorientierten motorischen Tests. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 18, 196 - 201.

- Brocke, v. d. A.; Müller-Wühr, F. & Stützel, R. (2007). *Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz in Werkstätten für Menschen mit Behinderung*. unveröffentlichter Projektbericht, Hochschule, Fulda FB Physiotherapie.
- Brucker, K. (1998) Gesundheitliche Vorsorge für Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*. (1) 66-76.
- DTB (Hrsg.).(2004). *Deutschland bewegt sich*. DTB.
- Ebert, A. Nemeszeghyova, K.& Rettig, G. N. (2007). *Rückenschulkonzepte im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung für Beschäftigte der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) im Antoniusheim in Fulda*. unveröffentlichter Projektbericht, Hochschule, Fulda FB Physiotherapie.
- Fath, K (2006) Bewegungstherapie bei erwachsenen Menschen mit sehr schweren Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten. *Geistige Behinderung*. (4),323-334.
- Fornefeld, B. (2000). *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. Reinhardt:München.
- Greiff, C., Oenhausen, N.& Nächilla, Y. (2007). *Rückenschulkonzepte im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung für Beschäftigte der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) im Antoniusheim Fulda*. unveröffentlichter Projektbericht, Hochschule, Fulda FB Physiotherapie.
- Herbold, S., Wältermann, C.& Weber, M. (2007). *Gesundheitsprävention für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung durch eine spezifische Rückenschule*. unveröffentlichter Projektbericht, Hochschule, Fulda FB Physiotherapie.
- Köster, S. (2006). *Rückenschule für Menschen mit geistiger Behinderung. Eine empirische Studie über die Wirkung eines spezifischen Rückenschulprogramms*. unveröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule Fulda, FB Sozialwesen.
- Meyer, H. (2003). Geistige Behinderung– Terminologie und Begriffsverständnis. In G. Irblich, & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung*. Hogrefe: Göttingen.
- Pfeifer, K. (2007). *Rückengesundheit - Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln.
- Reimann, M. (2007). *Pädagogische Besonderheiten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung von Menschen mit geistiger Behinderung am Beispiel eines Rückenschulkonzeptes*. Bachelor-Arbeit , Hochschule Fulda.
- Reimann, M., Eisenmann, S. & Volkmann, J. (2007). *Rückengerechtes, ökonomisches Verhalten und Gestaltung des Arbeitsplatzes*. unveröffentlichter Projektbericht, Hochschule, Fulda FB Physiotherapie.
- Theunissen, G (2003). *Erwachsenenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten*. Klinkhardt: Bad Heilbrunn
- Woll, A., Tittlbach, S., Schott, N. & Bös, K.(2004). *Diagnose körperlich-sportlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit – Methodenband 2*.Berlin (dissertation.de – Verlag im Internet)
- Wydra, G. (2000). Zur Funktionalität der Funktionsgymnastik. Überlegungen zum Umdenken in der Funktionsgymnastik. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 16, 127 - 133
- http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm_ID=0900100 vom 01. 10.2008

Gestaltung integrativer Sportveranstaltungen

Kriterien für Spiele und Bewegungsangebote in heterogenen Mannschaften

Einleitung: Integrative Sportkonzeptionen

Teilhabe, Integration und Inklusion sind Kernbegriffe einer veränderten Sichtweise, eines Paradigmenwechsel in der Ausgestaltung aller Lebensbereiche von Menschen mit Beeinträchtigungen, insbesondere auch von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. Dieser Paradigmenwechsel betrifft nicht nur fachwissenschaftliche und sozialpolitische Sichtweisen, sondern vor allem auch Forderungen nach Veränderungen und erweiterten Partizipationsmöglichkeiten in allen alltäglichen Lebensbereichen Betroffener. Allen, in den Umsetzungskonzeptionen sehr heterogenen, Vorstellungen, die dieser veränderten Sichtweise folgen, ist gemeinsam, dass für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung, wie für andere Menschen auch, „normale“, nicht separate Lebenswelten unter eigener Mitbestimmung geschaffen werden sollen (Badelt, 2003, S. 277). „Nicht-Aussonderung (ist-C.E.) der einzig mögliche Weg in eine menschlichere Zukunft“ (Jetter, 1997, S. 171)

Ein solcher Paradigmenwechsel ist ein langfristiger gesellschaftlicher Prozess, der rechtliche, fachliche, mediale, soziale etc. Ebenen betrifft, sich aber konkret in den Alltagsinteraktionen manifestiert.

Die Entwicklung der Umsetzung gesellschaftlicher Teilhabe in der Frühförderung, im Kindergartenbereich, in der Schulbildung, den Integrationsmöglichkeiten im Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereich verläuft dabei sehr unterschiedlich, zum Teil stagnierend, zum Teil progressiv-innovativ. Als Beispiel seien die bundesweit ernüchternde Stagnation der Integrationsquote für SchülerInnen mit geistiger Behinderung im Gemeinsamen Unterricht an Regelschulen bei 2,8% (vgl. Frühauf, 2008) genannt, die in drastischem Widerspruch zu einleitend genannten Forderungen und beispielsweise den integrativen Entwicklungen im Bereich der Kindertagesstätten steht, in deren Verlauf sich die Anzahl integrativer Gruppen seit 1980 mindestens verdreifacht hat und 1998 zeigt, dass es etwa 41% integrativer Betreuungsplätzen in Kindertagesstätten gibt (Badelt, 2003) – Tendenz steigend.

Im Vordergrund dieses Beitrages stehen Ziele und Chancen integrativer Sportkonzeptionen. Dabei verstehen wir Integration als Theorie und Praxis des gemeinsamen Lebens, Lernens und Spielens heterogener Gruppen (hier Menschen mit und ohne Behinderungen). Dieses ist gekennzeichnet durch willkommen heißende Akzeptanz von Verschiedenheit und Vielfalt. „Mit Integration ist also die Schaffung prinzipiell gleichberechtigter Kooperationsmöglichkeiten für Behinderte und Nicht-behinderte gemeint.“ (Miedaner, 1991, S.24). Dieses ist kein einmal erreichter Zielzustand, sondern entspricht vielmehr einem dynamischen Veränderungsprozess.

Für diesen Prozess der Integration bietet der Sport mit seinen vielfältigen Sinnperspektiven besondere Chancen. Die Phase der Exklusion von Menschen mit Behinderungen scheint im Sport überwunden. Zu fragen ist allerdings nach integrativen Erweiterungen des Leitbildes eines sportlichen „Sonderraumes“ mit festgelegten Zugangskriterien und speziellen Aktivitätsformen (Seitz, 2008) sowie einem grundlegend kompetenz- und subjektorientierten Verständnis des Sporttreibens von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung (Schuppener, Senf, Eichfeld & Senf, 2008).

Entsprechend „... steht Integrationssport für das gemeinsame Sporttreiben von Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen (...)Integrationssportgruppen zeichnen sich durch sportartübergreifende, vielseitige und erlebnisreiche Bewegungsaktivitäten aus, die neue Erfahrungen vermitteln, soziale Lernfelder eröffnen, körperliche Fitness verbessern, Mitgestaltung und Eigeninitiative möglich machen und soziale Integration ermöglichen.“ (Fediuk, Rheker et.al., 1999).

Dabei werden Praxismodelle des Integrationssports auf den drei Ebenen Events (Sportfeste, freie Angebote), Schulsport und Sportgruppen und –vereine durchgeführt. Diesen erweiterten Teilhabemöglichkeiten und sportlichen Sinnperspektiven öffnet sich auch Special Olympics mit wettbewerbsfreien Angeboten, Unified Sports-Programmen etc.

In diesem Artikel beziehen wir uns exemplarisch auf die Eventebene mit der Frage nach den Qualitätskriterien integrativer Bewegungsangebote, versuchen allerdings Erkenntnisse und Schlussfolgerungen der vorgestellten Untersuchung auf andere Ebenen des Integrationssportes zu übertragen.

Integrative Bewegungsangebote als Kernelement Integrativer Sportfeste

Integration auf der Vollzugsebene ist ein Prozess freiwilliger, gemeinsamer Kooperation von Interaktionspartnern, gleichberechtigt trotz unterschiedlicher Voraussetzungen. Zu solchen Kooperationsprozessen kommt es durch personenangemessene, motorisch aktivierende und emotional motivierende Angebote. Gemeinsames Sporttreiben unter heterogenen Voraussetzungen ist attraktiv und spannend, wenn die Unterschiedlichkeit methodisch-didaktisch beachtet wird und grundlegend für die Angebotsgestaltung ist. Dies entscheidet über den integrativen Erfolg.

Nötig sind veränderte Sportkonzeption, angepasste Spielideen, Regeln und Geräte sowie motivierte Begleitpersonen. Integrative Sportfeste weisen also ein hohes Maß konzeptioneller und teilnehmerangepasster Angebotsplanung aus. Sie erfordern erhöhten Planungs-, Durchführungs- und Evaluationsaufwand, um ihrer integrativen Zielstellung gerecht zu werden. Dabei stellen die konkreten Bewegungs- und Spielangebote und ihre integrationsfördernde Gestaltung das Kernelement attraktiver Integrativer Sportfeste dar. Sie sind Aktionsfeld der Beteiligten und Motor der Entwicklung von Kooperationsbeziehungen, die sich in der Bewältigung der Bewegungsangebote verwirklichen.

Als grundlegende Gestaltungsmerkmale integrationsfördernder Bewegungsangebote gelten:

- Aufbau von Bewegungsbeziehungen zwischen den Teilnehmenden
- Angebot differenzierter unterschiedlicher Bewegungsanforderungen
- Bewegungsaufgaben, die unterschiedliche Leistungsvoraussetzungen kompensieren
- Aufbau persönlicher Beziehungen zwischen Beteiligten (vgl. Weichert 2003)

Das Leipziger Integrative Sportfest

Die Projektgruppe „Kinder gemeinsam in Bewegung“ der Institute für Förderpädagogik und Grundschulpädagogik an der Universität Leipzig wurde 2005 gegründet. Das Projekt entstand aus der Situation der Durchführung traditioneller, separierter Schulsportwettkämpfe (z.B. Förderschulsportfest) in Leipzig und verfolgt das Ziel, diese Situation integrativ zu verändern.

Die Leitideen des Projektes bestehen im Erleben gemeinsamer Bewegung mit Kindern aus verschiedenen Leipziger Regel- und Förderschulen, in der Begegnung in sportlicher Anstrengung und kooperativem Zusammenspiel, im Abbau von Berührungängsten, Aufbau sozialer Kontakte und Unterstützung integrativer Prozesse. Davon ausgehend veranstaltete die Projektgruppe mittlerweile vier Integrative Sport- und Spielfeste mit einem vielfältigen Angebot an Sport- und Bewegungsspielen, in denen sich jedes Kind, unabhängig von seinen persönlichen Stärken und Einschränkungen, einbringen kann. An diesen Sportfesten nahmen jeweils ca. 400-500 Kinder aus Leipziger Grund- und Förderschulen teil. Dabei wird das gesamte Sportfest von der Konzeption, über Sponsoring und Öffentlichkeitsarbeit, Einladung und Begleitung der Schulen bis hin zu Evaluation und Präsentation von einem studentischen institutsübergreifendem Projektseminar gestaltet. Die Sportfeste folgen einer typischen Organisationsstruktur:

- Gemeinsame Erwärmung
- Bewegungsphase I: Kinder durchlaufen in gemischten Teams einzelne Stationen und bewältigen zusammen Bewegungsaufgaben.
- gemeinsame Pause
- Siegerehrung aller gemischten Teams
- Bewegungsphase II: Spiele nach persönlichem Interesse in neuen Mannschaften und angepassten Spielformen
- Gemeinsamer Ausklang

Abb.1: Organisationsstruktur.

Der Verdeutlichung der Konzeption der Bewegungsspiele soll das folgende Beispiel dienen:

Tückischer Wassertransport	
<p>Material: für Parcours: Slalomstangen, Querstangen, Seile, Wasserwanne, Eimer, Schwämme, Tisch, Zollstock, Stoppuhr Gefäße zum Transportieren: von Kochtopf bis Konservendose mit 1/2/3 Löchern</p>	<p>Wieviel Wasser kann vom Team in 10 Minuten transportiert werden?</p>
<p>Differenzierung: durch unterschiedliche Gefäße</p>	
<p>Bewertung der Gruppenleistung: Füllmenge der Wasserwanne in cm</p>	
<p>Beschreibung der Aufgabe: Ein Parcours wird aufgebaut. Dieser muss durchlaufen / durchfahren werden, während jeder dabei Wasser in unterschiedlichen Gefäßen transportiert. Jedes Teammitglied wählt ein Gefäß aus. Am Start stehen zwei Wassereimer mit jeweils zwei Schwämmen. Kinder verteilen sich gleichmäßig auf beide Eimer. Die Gefäße werden in der Startreihenfolge vor die Eimer gestellt. Die beiden Ersten lassen vom jeweils zweiten und dritten Mitspieler ihr Gefäß befüllen. Ist es voll, geht es los. Das nächste Kind läßt sein Gefäß befüllen usw. Am Ende des Parcours wird das Wasser in einem Behälter gesammelt. Wurde das Wasser hineingeschüttet, darf der Nächste los. Das Kind mit leerem Gefäß stellt sich wieder an.</p>	

Abb.2: Wassertransport.

Aus den Praxiserfahrungen der Durchführung wurde deutlich, dass entscheidende Kriterien für das Gelingen integrativen sportlichen Handelns Struktur, Inhalt und Passgenauigkeit der Bewegungsangebote sind, welche die Teilnehmenden gemeinsam bewältigen.

Daraus ergab sich die Aufgabe, diese praktischen Erfahrungen durch eine exemplarische Begleituntersuchung zu objektivieren, um fundierte, geprüfte Kriterien für integrative Spiel- und Bewegungsangebote ableiten zu können.

Bewegungsspiele in integrativen Gruppen - Kriterien zur Anwendbarkeit bei integrativen Sport- und Spielfesten

Ziel und Fragestellung der Untersuchung

Die Planung und Durchführung des vierten Integrativen Sportfestes 2008 wurde begleitend mittels hypothesengeleiteter qualitativer Forschung untersucht. Deren Ergebnisse sollen in einzelnen zentralen Aussagen hier vorgestellt und diskutiert werden. (Gesamtdarstellung incl. Fragebögen, Protokollbögen, Auswertungen bei Nieswandt, 2008) Dabei lag das Ziel der Untersuchung in:

1. Entwickeln von Kriterien integrativer Qualität für Bewegungsspiele in integrativen Gruppen
2. Anwenden der Kriterien auf integrative Sport- und Spielfeste

Somit ergaben sich als zentrale Fragestellungen:

1. Welche Kriterien müssen Bewegungsspiele erfüllen, damit alle Kinder teilnehmen können?
2. Wie können diese integrativen Kriterien bei integrativen Sport- und Spielfesten umgesetzt werden?

Methodisches Vorgehen

Aus den Grundkonzeptionen integrativer Prozesse im Sport (vgl. Rheker, Fediuk) und den eigenen Praxiserfahrungen der ersten 3 Integrativen Sport- und Spielfeste wurden hypothetische Kriterien integrativer Qualität entwickelt. Diese wurden durch eine Fragebogenerhebung mit 24 Studierenden der Förderpädagogik vor dem Projektseminar geprüft und erweitert. Diese Fragebogenerhebung arbeitete vorrangig mit offenen Fragen, um subjektive Einschätzungen und Einstellungen erfassen zu können.

Diese Arbeitskriterien wurden während der Durchführung des 4. Integrativen Sport- und Spielfestes durch Beobachtung mittels Protokollbögen und Befragung der durchführenden Stationsleiter als „Praxisexperten“ evaluiert.

In der Zusammenschau und Auswertung der Ergebnisse ergeben sich also praxisgeprüfte, objektivierte Kriterien und Strukturen für die Planung integrativer Bewegungsaufgaben und ihre Anwendbarkeit.

Ergebnisse

Es werden nachfolgend drei Bereiche, die für die Kriterien integrativer Bewegungsaufgaben wesentlich sind vorgestellt. Das sind:

1. Planungskriterien
2. Kriterien für integrative Angebote
3. Kooperationskriterien
 1. Welche Gesichtspunkte müssen bei der Planung einer Station berücksichtigt werden?

Als wesentliche Schwerpunkte für die Planung von Stationen führen die Befragten in absteigender Häufigkeit an:

- * Die Bewegungssituationen müssen von allen Kindern mit und ohne Behinderungen durchführbar sein.
- * Die Stationen sollen motivierend für die Kinder sein, d.h. sie sollen einen gewissen Anreiz haben und Spaß machen.
- * Die Aufgabenstellungen an den Stationen sollen einen differenzierten und angemessenen Anstrengungsgrad beinhalten.
- * Die Planung der Organisation der Stationen muss den Gruppengrößen, dem Helferbedarf, interne Wartezeiten, Wechselzeiten zu anderen Stationen und den Orten der Stationen entsprechen
- * Nur wenige Befragte planen eine Leistungsbewertung der Gruppe ein.

2. Welche Kriterien müssen Stationen erfüllen, damit alle Kinder teilnehmen können?

Zu dieser Frage konnten 57 Antworten ausgewertet und 5 Kriterien herausgefiltert werden.

- * Art der Spiele: Dies bedeutet, die Bewegungsspiele müssen kindgerecht, motivierend und kooperativ gestaltet sein. Die Herausforderung besteht darin, die Spiele motorisch und kognitiv nicht zu komplex zu gestalten, aber auch so zu konzipieren, dass es die gesamte Gruppe anspricht.
- * Anforderung der Aufgabenstellung: Die Anforderungen sollen individuell an die Möglichkeiten der Kinder angepasst werden. Weiterhin soll die Aufgabenstellung leicht verständlich sein.
- * Barrierefreiheit: Dies bezieht sich auf den Personenkreis der körperlich beeinträchtigten Teilnehmer.
- * Aktive Teilnahme: Jedem Kind muss es ermöglicht werden, durch Bewegung oder anderen Anforderungen an den Stationen mitzumachen. Dies soll durch Differenzierungsmöglichkeiten innerhalb der Stationen erreicht werden.
- * Einfacher Aufbau der Stationen und fest geplante, angemessene Spielzeit.

3. Welche Kriterien müssen Bewegungsaufgaben erfüllen, damit die Kinder nur durch Kooperation erfolgreich sein können?

Aus den ausgewerteten 31 Antworten konnten 4 Kooperationskriterien festgelegt werden.

- * Teamarbeit: Die Kinder können nur erfolgreich an den Stationen sein, wenn sie eine Aufgabe in der Gruppe oder als Minimalforderung zu Zweit lösen.
- * Komplexität der Bewegungsaufgabe: Die Stationsaufgabe muss so komplex gestaltet sein, dass sie ein Kind allein nicht lösen kann.
- * Kommunikationsförderung: Notwendigkeit zu Absprachen im Team als Voraussetzung zum Lösen der Bewegungsaufgabe
- * Klare Regeln des Spieles: Die Aufgabe muss für alle Beteiligten transparent beschrieben sein.

Die nach dem Sportfest durchgeführte Bewertung der Bewegungsstationen ergab eine hohe Übereinstimmung mit den obengenannten Kriterien. Es zeigte sich, dass die Bewegungsaufgaben den Kriterien weitgehend entsprachen, jedoch in Einzelfällen auch Abweichungen auftraten. Hier ist zu überlegen, wie künftig diese Stationen so verändert werden können, dass sie den Kriterien entsprechen. Insofern stellt die durchgeführte Befragung eine gute Grundlage für die inhaltliche Planung von integrativen Sportfesten dar.

Im Überblick können die Kriterien wie folgt benannt werden:

Motorikbezogene Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> * Bewegungsaktivität aller Kinder * Motorische und kommunikative Barrierefreiheit * Hoher Aufforderungscharakter der Aufgaben
Integrationsbezogene Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> * Bewusste Förderung von Kommunikation und Gruppengefühl * Differenzierung der Anforderungen * Gemeinsame Bewältigung der Aufgabe als einzige Lösungsmöglichkeit * Keine Einzelwertung, sondern ein Gruppenergebnis
Planungsbezogene Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> * Angemessene Zeit für die Aufgaben, evtl. Zusatzaufgaben * Einfacher und überschaubarer Aufbau der Stationen
Betreuerbezogene Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> * das Engagement der Gruppenleiter und Stationsverantwortlichen, * ihre Fähigkeit, die Aufgaben kindgerecht zu erklären, * die Fähigkeit, die Kinder zu motivieren.

Abb.3: Kriterien.

Künftige Angebote müssen sich an den aufgestellten Kriterien messen lassen. Damit steht ein Instrumentarium zu Verfügung, dass bei der Vorbereitung integrativer Bewegungsangebote als Prüfkriterium genutzt werden kann.

Fazit

Die herausgearbeiteten Kriterien sind eine geeignete Grundlage für Planung und Evaluation integrativer Sportveranstaltungen. Ihre methodische und praxisrelevante Gültigkeit ist weiter durch entsprechende Untersuchungen zu überprüfen.

Es ist auch zu diskutieren, inwieweit diese Kriterien auch für integrativen Sport in Schule und Verein anwendbar sind. Zumindest für den Vereinssport scheint das gegeben, während die Rahmenbedingungen von schulischen Pflichtangeboten den Kriterien zum Teil entgegenstehen (u.a. Bewertungskriterien, Lehrplanvorgaben, relative rigide Vorgabe von Sportarten).

Abschließend sei auf Grenzen integrativer Events hingewiesen. Zentrale Einschränkungen ergeben sich der mangelnden Nachhaltigkeit der Veranstaltungen. Die Gruppen werden nach dem Zufallsprinzip zusammengestellt. Für die Zeit des Sportfestes sind durch die Konstruktion der Bewegungsstationen die Kinder auf Kooperation und Kommunikation angewiesen. Das allein schafft noch keine darüber hinaus gehenden, längerfristigen Beziehungen. Ein Teilnehmer der Befragung äußerte sich dazu folgendermaßen: „Das ist ein Tropfen auf dem heißen Stein“. Ein anderer Kritikpunkt gilt dem Anspruch, alle Kinder integrieren zu können. Dies gilt besonders für Kinder mit schweren/mehrfachen Behinderungen.

Dennoch glauben wir, dass aktivierende Integrative Sport- und Spielfeste mit qualitätskriterienbezogenen Bewegungsangeboten einen Beitrag zu einer anzustrebenden Theorie und Praxis gemeinsamen Bewegens und Spielens von Kindern mit und ohne Behinderung und einer nachhaltigen Integrationsentwicklung leisten können. Sie können „Stein des Anstoßes“ sein – für längerfristige soziale Kontakte, umfangreichere Kooperationen zwischen Regel- und Förderschulen und die Initiierung weiterer integrationssportlicher Angebote.

Literatur

- Badelt, I. (2003): Geistig behinderte Menschen in ihren sozialen Bezügen. In D. Irblich, D. & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung*. (S. 268-311). Göttingen: Hogrefe.
- Fediuk, F. & Rheker, U. (1999). Positionspapier zum Integrationssport. ONLINE Download 28.10.2008: www.integrationssport.de/zentralseite.htm
- Frühauf, T. (2008). Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“ in Sonderschulen und in allgemeinen Schulen. *Geistige Behinderung*, 47 (4), 301-318.
- Jetter, K. (1997). Prämissen eines erziehungswissenschaftlichen Konzepts und einer pädagogischen Praxis integrativer Erziehung und Bildung. In H. Eberwein (Hrsg.), *Handbuch Integrationspädagogik*, (S.169-175). Weinheim: Beltz.
- Miedaner, L. (1991). *Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Nieswandt, K. (2008). *Bewegungsspiele in heterogenen Gruppen – Kriterien zur Anwendbarkeit bei integrativen Sport- und Spielfesten*. Unveröffentlichte Examensarbeit an der Universität Leipzig.
- Projektgruppe „Kinder gemeinsam in Bewegung“ : Konzept und Leitidee. ONLINE Download 28.10.2008: <http://www.uni-leipzig.de/~gbpaed/isf05/>
- Schuppener, S., Senf, G., Eichfeld, C. & Senf, M. (2008). Relevanz des Sporttreibens für Special Olympics Athleten – Selbstkonzept und Kompetenzentwicklung aus Sicht von Sportlern mit so genannter geistiger Behinderung. In M. Wegner, M. & H.-L. Schulke, (Hrsg.), *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbstständigkeit durch Wettbewerb und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung*, (S. 34-51). Kiel: Universitätsverlag.
- Seitz, S. (2008). Inklusionsforschung – neue Perspektiven für Special Olympics? In M. Wegner, M. & H.-L. Schulke, (Hrsg.), *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbstständigkeit durch Wettbewerb und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung*, (S. 15-24). Kiel: Universitätsverlag.
- Weichert, W. (2003). Mit den Unterschieden spielen – Sportunterricht mit heterogenen Gruppen. *Sportpädagogik*, 27 (4), 26-31.