

Kirsten Fath

Verhaltensauffälligkeiten und Bewegungstherapie bei Menschen mit sehr schweren Behinderungen

Theoretische Grundlagen,
Praxiskonzepte und Evaluation

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Dr. Phil.
an der Fakultät für Verhaltens-
und Empirische Kulturwissenschaften
der Universität Heidelberg

herausgegeben von der
Bundesvereinigung Lebenshilfe für
Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Lebenshilfe-Verlag Marburg 2012

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Originaltitel der Dissertation:

Entwicklung und Evaluation eines Integrativen Sport- und Bewegungskonzeptes für Menschen mit sehr schweren Behinderungen –
Empirische Überprüfung der Auswirkungen auf die Verhaltensauffälligkeiten in Form von Bewegungstereotypen und die Herz-Kreislaufsituation

Betreuer der Promotion: Prof. Dr. Gerhard Huber und Prof. Dr. Herrmann Rieder, Universität Heidelberg

Herausgeber:

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg

Tel.: (0 64 21) 4 91-0

Fax: (0 64 21) 4 91-16 7

E-Mail: Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de

Internet: <http://www.lebenshilfe.de>

Gestaltung und Lektorat: Roland Böhm

Titelbild: Kirsten Fath

Herstellung: Lebenshilfe-Verlag Marburg

Fotografische Verkleinerung der Originalarbeit

Druck: Appel & Klinger, Coburg

© Lebenshilfe-Verlag Marburg 2005

Alle Rechte vorbehalten

ISBN: 978-3-88617-208-5

3. Auflage: 2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
1. Einleitung	1
2. Geistige Behinderung – Schwerpunkt: Menschen mit sehr schweren Behinderungen.....	9
2.1. Unterschiedliche Benennungen der geistigen Behinderung	9
2.2. Definitionen von Behinderung, geistiger Behinderung und sehr schweren Behinderungen in der zeitlichen Entwicklung	12
2.2.1. Definitionen von Behinderung	12
2.2.2. Definitionen der geistigen Behinderung und sehr schweren Behinderungen.....	12
2.3. Klassifikationssysteme, Häufigkeit und Ätiologie der geistigen Behinderung ...	16
2.3.1. ICD-10.....	16
2.3.1.1. Häufigkeit der geistigen Behinderung	17
2.3.1.2. Ätiologie der schweren geistigen Behinderung.....	18
2.3.2. MAS	19
2.3.3. AAMD.....	19
2.3.4. DSM III, DSM IV und Vergleich zur ICD-10.....	20
2.3.5. ICIDH – ICF.....	21
2.4. Zusammenfassende Betrachtungen.....	27
3. Anthropologische Begründung der Förderung.....	31
3.1. Grundlegende Gedanken zur Anthropologie bei Menschen mit sehr schweren Behinderungen	31
3.2. Anthropologische Gemeinsamkeiten aller Menschen und die Bedeutung von Sport- und Bewegungsansätzen	34
3.2.1. Anthropologische Gemeinsamkeiten aus pädagogischer Sicht.....	34
3.2.2. Anthropologische Gemeinsamkeiten aus sportwissenschaftlicher Sicht	36
3.2.3. Hierarchie der Bedürfnisse nach Maslow.....	37
3.3. Übergeordnete Zielsetzungen in der Arbeit mit Menschen mit sehr schweren Behinderungen	38
3.4. Zusammenfassung.....	42
4. Bewegungsstereotypien und selbstverletzendes Verhalten.....	43
4.1. Beschreibung und Definitionen.....	43
4.2. Vorkommen und Häufigkeit.....	47
4.3. Auswirkungen von stereotypen Verhaltensweisen auf den betroffenen Menschen mit Behinderung und seine Umwelt	49
4.4. Erklärungsansätze und Möglichkeiten der Intervention	51

4.4.1. Lerntheoretischer Ansatz	51
4.4.2. Psychodynamischer Erklärungsansatz	52
4.4.3. Entwicklungspsychologische Annahmen	54
4.4.4. Entwicklungspsychologisch-Heilpädagogischer Ansatz nach Haisch	55
4.4.5. Theorie der Homöostase.....	57
4.4.6. Organische Verursachungsfaktoren	59
4.4.7. Materialistischer Erklärungsansatz.....	61
4.4.8. Kommunikative Aspekte.....	65
4.5. Die Bedeutung von Bewegung für stereotype Verhaltensweisen	67
4.5.1. „Vier-Säulen-Modell der postulierten Wirkmechanismen des Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts“.....	68
4.6. Zusammenfassende Betrachtungen.....	73
5. Körperliche Anpassungsleistungen an Sport und Bewegung	77
5.1. Anpassungseffekte an körperliche Aktivität.....	77
5.2. Geeignete Trainings- und Bewegungsformen	81
5.3. Diagnostische Instrumente der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit.....	87
5.4. Zusammenfassung.....	88
6. Stand der Forschung.....	89
6.1. Übersicht und tabellarische Darstellung	89
6.2. Untersuchungen zu den Hauptzielbereichen.....	91
6.2.1. A) Reduzierung der Verhaltensauffälligkeiten	91
6.2.2. B) Verbesserung der körperlichen Fitness	99
6.2.3. C) Methoden zur selbstständigen Bewegung.....	103
6.3. Zusammenfassung.....	105
7. Beschreibung der Probanden.....	107
7.1. Vorbemerkungen.....	107
7.2. Informationen über den Erhebungsbogen	110
7.3. Herr P.....	112
7.3.1. Art der Behinderung (Erweiterte Diagnose).....	112
7.3.2. Pflege und Ernährung	113
7.3.3. Persönliche und soziale Situation	113
7.3.4. Tagesablauf	114
7.3.5. Biografie	114
7.3.6. Bewegung	115
7.3.6.1. Körperwahrnehmung	115
7.3.6.2. Grobmotorik.....	115
7.3.6.3. Feinmotorik.....	115

7.3.7. Verhaltensauffälligkeiten – Stereotypen – Selbstverletzendes Verhalten.....	116
7.3.8. Begründung und Einordnung der stereotypen Verhaltensweisen in die bestehenden Theorien.....	116
7.3.9. Transfer in das <i>Integrative Sport- und Bewegungskonzept</i>	120
7.4. Herr Ho.....	121
7.4.1. Art der Behinderung (Erweiterte Diagnose).....	121
7.4.2. Pflege und Ernährung	122
7.4.3. Persönliche und soziale Situation	122
7.4.4. Tagesablauf	123
7.4.5. Biografie	123
7.4.6. Bewegung	124
7.4.6.1. Körperwahrnehmung	124
7.4.6.2. Grobmotorik	124
7.4.6.3. Feinmotorik.....	124
7.4.7. Verhaltensauffälligkeiten – Stereotypen – Selbstverletzendes Verhalten.....	125
7.4.8. Begründung und Einordnung der stereotypen Verhaltensweisen in die Theorien	125
7.4.9. Transfer in das <i>Integrative Sport- und Bewegungskonzept</i>	127
7.5. Herr R.....	129
7.5.1. Art der Behinderung (Erweiterte Diagnose).....	129
7.5.2. Pflege und Ernährung	129
7.5.3. Persönliche und soziale Situation	129
7.5.4. Tagesablauf	130
7.5.5. Biografie.....	131
7.5.6. Bewegung	131
7.5.6.1. Körperwahrnehmung	131
7.5.6.2. Grobmotorik.....	131
7.5.6.3. Feinmotorik.....	131
7.5.7. Verhaltensauffälligkeiten – Stereotypen – Selbstverletzendes Verhalten.....	131
7.5.8. Begründung und Einordnung der stereotypen Verhaltensweisen in die Theorien	132
7.5.9. Transfer in das <i>Integrative Sport- und Bewegungskonzept</i>	134
7.6. Herr Hu.....	135
7.6.1. Art der Behinderung (Erweiterte Diagnose).....	135
7.6.2. Pflege und Ernährung	136
7.6.3. Persönliche und soziale Situation	136
7.6.4. Tagesablauf	137
7.6.5. Biografie	137
7.6.6. Bewegung	138
7.6.6.1. Körperwahrnehmung	138

7.6.6.2. Grobmotorik.....	138
7.6.6.3. Feinmotorik.....	139
7.6.7. Verhaltensauffälligkeiten – Stereotypien – Selbstverletzendes Verhalten.....	139
7.6.8. Begründung und Einordnung der stereotypen Verhaltensweisen in die Theorien	140
7.6.9. Transfer in das <i>Integrative Sport- und Bewegungskonzept</i>	141
7.7. Zusammenfassung.....	143
8. Integratives Sport- und Bewegungskonzept für Menschen mit sehr schweren Behinderungen.....	145
8.1. Theoretische Grundlagen der körperorientierten Ansätze.....	146
8.1.1. Die Bedeutung von körper- und bewegungsorientierten Ansätzen – Möglichkeiten des leibhaften, körpernahen Lernens	146
8.1.2. Ausgewählte körper- und bewegungsorientierte Ansätze	148
8.1.2.1. Basale Stimulation	149
8.1.2.2. Massage nach Leboyer – Basale Kommunikation nach Mall. 151	
8.1.2.3. Gestalttherapie nach Besems und van Vugt.....	153
8.2. Moto-Sporttherapie und Verortung des <i>Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts</i>	157
8.2.1. Grundlegende Gedanken zur Bedeutung von Bewegung	157
8.2.2. Begriffsbestimmung Sport mit Menschen mit geistiger Behinderung ...	159
8.2.3. Psychomotorik.....	162
8.2.3.1. Geschichte der Psychomotorik und Einsatzfelder	162
8.2.3.2. Ziele der Psychomotorik	163
8.2.3.3. Inhalte der Psychomotorik	163
8.2.4. Motopädagogik und Mototherapie.....	164
8.2.4.1. Begriffsbestimmung	164
8.2.4.2. Ziele der Mototherapie.....	165
8.2.4.3. Inhalte der Mototherapie.....	168
8.2.4.4. Methoden.....	169
8.2.5. Sportpädagogik.....	174
8.2.6. Sporttherapie und Rehabilitationssport	175
8.2.6.1. Begriffsbestimmung Sporttherapie.....	175
8.2.6.2. Einsatzfelder.....	178
8.2.6.3. Ziele der Sporttherapie	180
8.2.6.4. Rehabilitationssport	181
8.2.7. Verortung des <i>Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts</i>	182
8.2.8. Exkurs Therapie und Pädagogik	184
8.3. Didaktik und Methodik des <i>Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts</i>	185
8.3.1. Allgemeine Didaktik und Methodik	185
8.3.1.1. Hierarchie der Ziele des <i>Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts</i>	186
8.3.1.2. Inhalte des <i>Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts</i>	190
8.3.1.3. Allgemeine Methodik	196

8.3.2. Spezielle Didaktik und Methodik für stereotype und selbstverletzende Verhaltensweisen	210
8.3.3. Individuelles Betreuungskonzept für stereotype und selbstverletzende Verhaltensweisen	212
8.4. Zusammenfassung	218
9. Empirische Untersuchung	219
9.1. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung	219
9.1.1. Fragestellungen in Bezug auf das <i>Integrative Sport- und Bewegungskonzept</i>	219
9.1.2. Fragestellungen in Bezug auf das Verhalten	219
9.1.3. Fragestellungen in Bezug auf die Herz-Kreislaufsituation	220
9.1.4. Hypothesen der Untersuchung	221
9.2. Untersuchungsmethoden	222
9.2.1. Begründung der einzelfallanalytischen Vorgehensweise	222
9.2.2. Untersuchungsdesign	226
9.2.3. Vorbereitende Maßnahmen der Evaluation	226
9.2.4. Untersuchungsmethoden in Bezug auf die Verhaltensauffälligkeiten	229
9.2.5. Untersuchungsmethoden zur Erfassung der Herz-Kreislaufsituation	234
9.2.6. Stichprobe	235
9.2.7. Organisatorische Voraussetzungen der Untersuchung	236
9.2.8. Unterschiede zwischen den bisherigen Untersuchungen und der Evaluation des <i>Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts</i>	237
9.3. Ergebnisse der Untersuchung	240
9.3.1. Ergebnisse in Bezug auf das <i>Integrative Sport- und Bewegungskonzept</i>	241
9.3.2. Ergebnisse in Bezug auf die Verhaltensauffälligkeiten	245
9.3.2.1. Empirische Ergebnisse	245
9.3.2.2. Nicht empirisch überprüfte Ergebnisse	259
9.3.3. Ergebnisse in Bezug auf die Herz-Kreislaufsituation	260
9.3.4. Zusammenhang zwischen den Verhaltensauffälligkeiten und der Herz-Kreislaufsituation	264
9.4. Interpretation und Diskussion	265
9.4.1. Objektivität	267
9.4.2. Reliabilität	269
9.4.3. Validität	270
10. Weiterführende Konsequenzen	275
11. Zusammenfassung und Ausblick	281
11.1. Zusammenfassung der Theorie	281
11.2. Zusammenfassung der Empirie	282

11.3. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	284
11.4. Ausblick.....	285
12. Literatur.....	287
13. Anhang	301
13.1. Erhebungsbogen.....	301
13.2. Individuelle Bewegungskonzepte	332
13.3. Methodische Tabelle Stundenentwürfe	342
13.4. Beobachtungskriterien für die Videoauswertung der Sportstunde.....	358
13.5. Beobachtungskriterien für die Videoauswertung im Alltag	362
13.6. Beobachtungskriterien im Alltag – Beurteilung durch die Mitarbeiter	366
13.7. Dokumentationslisten Herz-Kreislauf	371

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über die verschiedenen Klassifikationsschemata und deren Herausgeber.....	16
Abbildung 2: Interaktionen zwischen den Komponenten der ICF (ICF 18) zitiert nach Hirschberg, 2004, S. 32.....	22
Abbildung 3: Beispielhafte Übertragung der ICIDH bzw. ICF auf Menschen mit sehr schweren Behinderungen und der Einfluss von Sport- und Bewegungsangeboten (in Anlehnung an Rieder, 1996a, S. 29).....	24
Abbildung 4: Zusammenhänge zwischen dem Menschenbild und pädagogischen Maßnahmen	32
Abbildung 5: Hierarchie der Bedürfnisse in Anlehnung an Maslow (1968) zitiert nach Zimbardo (1983, S. 415).....	37
Abbildung 6: Erklärungs- und Interventionsansätze für stereotypes und selbstverletzendes Verhalten.	51
Abbildung 7: Gegenüberstellung dreier Entwicklungsstufen des materialistischen und des entwicklungspsychologisch-heilpädagogischen Ansatzes unter Normal- und unter Isolationsbedingungen.....	64
Abbildung 8: „Vier-Säulen-Modell der postulierten Wirkmechanismen des Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts“	68
Abbildung 9: Differenzierte Wirkmechanismen des Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts	69
Abbildung 10: Mögliche Auswirkungen des Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts auf das Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1979) in Anlehnung an Hölter (1993a, S. 23).	70
Abbildung 11: Schema der verschiedenen Formen von Ausdauerleistungsfähigkeit (nach Hollmann und Hettinger, 1976, in Hollmann und Hettinger, 2000 S. 263) ..	81
Abbildung 12: Wechselwirkungen und -beziehungen von Bewegung, Empfindung und Zuwendung (Kapustin, 2002, S. 11)	146
Abbildung 13: Mehrdimensionales Erziehungsmodell einer integrativen Entwicklungsförderung über Bewegung (Haupt, 1992 in Erweiterung zu Haupt, 1985)	157
Abbildung 14: Bewegungs- und sportbezogene Ansätze in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung.	159
Abbildung 15: Basisziele der Mototherapie (Hölter, 1993a, S. 24)	166
Abbildung 16: Therapieplanung auf der Mikroebene: Von der Erfassung der Ausgangslage zu Differentiellen Therapiezielen (Hölter, 1993a, S. 57)	170
Abbildung 17: Therapiephasen und dominante therapeutische Ebenen (Hölter, 1993a, S. 66).....	173

Abbildung 18: Sinn des Sports. In Anlehnung an Kurz (1986)	174
Abbildung 19: Bewegungstherapie und Rehabilitationssport in der Reha-Kette in Verbindung mit der ICF (Vanden-Abeelee und Schüle, 2004, S. 27)	178
Abbildung 20: Ziele der Sporttherapie (Schüle ,1987) zitiert nach Vanden-Abeelee und Schüle, 2004, S. 24	180
Abbildung 21: Darstellung der verschiedenen Elemente des Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts	186
Abbildung 22: Hierarchie der Ziele des Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts für Menschen mit sehr schweren Behinderungen (Teil I)	187
Abbildung 23: Hierarchie der Ziele des Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts für Menschen mit sehr schweren Behinderungen (Teil II)	188
Abbildung 24: Struktur und Funktionsanalyse einer Sportstunde für Menschen mit Behinderung	192
Abbildung 25: Beobachtungskriterien Sport Herr P.	232
Abbildung 26: Beobachtungskriterien Alltag Herr P.	233
Abbildung 27: Antwortkategorien	234
Abbildung 28: Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme an den Bewegungsangeboten während beider Interventionsphasen – Auswertung der „Ja-Antworten“ für alle vier Probanden	241
Abbildung 29: Vergleich der durchschnittlichen Häufigkeit der stereotypen Fingerspiele von Herrn P. im Sport während beider Interventionsphasen, im Alltag (vorher-nachher) und während der Baselinephase	245
Abbildung 30: Durchschnittliche Häufigkeit der Anpassungsfähigkeit von Herrn P. auf dem großen Trampolin während beider Interventionsphasen	251
Abbildung 31: Durchschnittliche Häufigkeit des Zulassens von sanfter Berührung an den Händen bei Herrn P. während beider Interventionsphasen	252
Abbildung 32: Durchschnittliche Häufigkeit des Zulassens von Körperkontakt bei Herrn Ho. während beider Untersuchungsphasen	254
Abbildung 33: Durchschnittliche Häufigkeit des Zulassens von Körperkontakt bei Herrn R. während beider Untersuchungsphasen	256
Abbildung 34: Durchschnittliche Häufigkeit der Aufmerksamkeit und der sozialen Aktivität von Herrn Hu. während der Sportstunden beider Interventions- phasen, im Alltag vorher/nachher und während der Baselinephase.....	257
Abbildung 35: Herzfrequenz aller vier Teilnehmer und die Bewegungsangebote von Herrn P. während der Sportstunde vom 16.07.2002	260
Abbildung 36: Diastolische und systolische Blutdruckwerte von Herrn P. vor und nach der Sportstunde während beider Interventionsphasen	263

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Klassifikation und Häufigkeit der geistigen Behinderung nach ICD-10 (von Gontard, 1999, S. 27)	17
Tabelle 2:	Ätiologie der schweren geistigen Behinderung in Anlehnung an Hagberg et al., 1981 zitiert nach von Gontard, 1999, S. 29	19
Tabelle 3:	Gegenüberstellung der Oberbegriffe „Funktionsfähigkeit“ und „Behinderung“ in der ICF	22
Tabelle 4:	Auswirkungen von regelmäßiger körperlicher Aktivität. In Anlehnung an die Tabelle kardial und vaskulär protektive Mechanismen von regelmäßiger körperlicher Aktivität (Hollmann und Hettinger, 2000, S. 382)	78
Tabelle 5:	Tabellarische Darstellung der Untersuchungen zu den Hauptzielbereichen Reduzierung der Verhaltensauffälligkeiten (A), Verbesserung der körperlichen Fitness (B) und Methoden zur selbstständigen Bewegung (C)	90
Tabelle 6:	Allgemeine methodische Tabelle für Menschen mit sehr schweren Behinderungen	201
Tabelle 7:	Stundenentwurf Schwerpunkt Trampolin	206
Tabelle 8:	Individuelles Bewegungskonzept für Herrn P.	214
Tabelle 9:	Mittelwertsvergleich der stereotypen Verhaltensweisen während aller drei Untersuchungsphasen für Herrn P., Herrn Ho. und Herrn R.	245
Tabelle 10:	Prozentuale Häufigkeit der Parameter „Aufmerksam“ und „Sozial aktiv“ während des gesamten Untersuchungszeitraums	258

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wird im folgenden Text nur die maskuline Sprachform verwendet.

Widmung

Diese Arbeit ist Herrn P., Herrn Ho., Herrn R., Herrn Hu.
und allen Menschen mit sehr schweren Behinderungen
gewidmet.

X

Vorwort

Es ist mir ein Anliegen, mit dieser Arbeit Menschen mit sehr schweren Behinderungen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen und ihre Kompetenzen und ihr Entwicklungspotential zu betonen.

Menschen mit sehr schweren Behinderungen stellen eine Randgruppe unserer Gesellschaft dar. Der Fokus der öffentlichen Wahrnehmung ist überwiegend auf die komplexen Beeinträchtigungen und Defizite ausgerichtet. Im Rahmen meiner Tätigkeit als Dozentin für Sport- und Motopädagogik an einer Fachschule für Sozialpädagogik einer großen Behinderteneinrichtung lernte ich Menschen mit sehr schweren Behinderungen kennen. Einerseits erlebte ich ihre vielfältigen Einschränkungen und auffälligen Verhaltensweisen wie etwa stereotypes und selbstverletzendes Verhalten und andererseits ihre zahlreichen noch vorhandenen Fähigkeiten und ihren Wunsch nach Begegnung, Gemeinschaft und Bewegung.

Die Einzigartigkeit und die Kompetenzen der Menschen mit sehr schweren Behinderungen wurden erst im persönlichen Kontakt und durch entsprechende Ansprache, Zuwendung und Geduld erfahrbar. Der Zugang über körper- und bewegungsorientierte Maßnahmen hat sich als geeignet erwiesen, um mit diesem Personenkreis in Kontakt zu treten, zu kommunizieren und sie zu aktivieren. Allerdings stand dem Bedarf an solchen Angebotsformen, ein Mangel an geeigneten wissenschaftlich erprobten Ansätzen gegenüber. Aus dieser Notwendigkeit heraus wurde im Rahmen des Projektes „Sport- und Bewegungsangebote für Menschen mit Behinderung“ ein moto-sportpädagogisches Konzept entwickelt und evaluiert, das speziell an den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen von Menschen mit sehr schweren Behinderungen ausgerichtet ist. Die Resonanz der Teilnehmer auf das Angebot war durchweg positiv, sie zeigten Freude an der Bewegung, am gemeinsamen Tun und wurden aktiver, was wiederum für mich eine wichtige Motivationsquelle darstellte, um die organisatorischen und methodologischen Hürden während der verschiedenen Projektphasen zu meistern.

Der Leitsatz „Bewegung ist Leben – Leben ist Bewegung“ hat seine Gültigkeit auch bei Menschen mit sehr schweren Behinderungen unter Beweis gestellt. Dieses Erkenntnis ist vor allem bedeutsam, wenn man bedenkt wie häufig Menschen mit sehr schweren Behinderungen die Fähigkeit abgesprochen wird, aktiv zu sein, sich zu entwickeln und mit anderen in Kontakt zu treten.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei diesem Projekt begleitet haben.

Besonderer Dank gilt Herrn Professor Rieder, der mich beim Aufbau des Projektes „Sport- und Bewegungsangebote für Menschen mit Behinderung“ unterstützte und Herrn Professor Huber für die gute Betreuung dieser Arbeit.

Mein herzlicher Dank geht auch an Herrn Professor Kane für den anregenden fachlichen Austausch, den Studenten der Pädagogischen Hochschule für die Auswertung der Videoaufnahmen und den Übungsleitern für ihren Einsatz während der Übungsstunden.

Abschließend möchte ich mich noch besonders bei Herrn Scholtes und Herrn Sommer für das Korrekturlesen und meinem Mann für seine unermüdliche Unterstützung bei allen Höhen und Tiefen dieser Arbeit danken.

Neckargemünd im Dezember 2004

Kirsten Fath

1. Einleitung

Menschen mit sehr schweren Behinderungen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit. Unter sehr schweren Behinderungen ist eine Mehrfachbehinderung zu verstehen, d.h. es liegt eine schwere geistige Behinderung vor, häufig verbunden mit schwerwiegenden körperlichen Behinderungen, überwiegend in Form von cerebralen Bewegungsstörungen, sowie Verhaltensauffälligkeiten, Epilepsie und Wahrnehmungsstörungen. Im ersten Kapitel werden die verschiedenen Definitionen und Klassifikationen der geistigen Behinderung ausführlich dargestellt und in einem weiteren Kapitel werden die Teilnehmer der Studie genau beschrieben.

Beim Lesen dieser vielfältigen Einschränkungen und Behinderungen stellt sich die Frage, ob es für diesen Personenkreis überhaupt möglich ist, an Sport- und Bewegungsangeboten in der Gruppe teilzunehmen und, sofern die Frage bejaht werden kann, welche Wirkung dies auf den Menschen mit sehr schweren Behinderungen hat, und mit welchen Untersuchungsmethoden diese Fragestellungen erforscht werden können. Die vorliegende Arbeit versucht hierauf Antworten zu geben.

Es ist das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, ein Sport- und Bewegungskonzept für Menschen mit sehr schweren Behinderungen zu entwickeln. Die Grundlage dafür bilden bestehende sport- und motopädagogische Ansätze, Theorien und Forschungsergebnisse zu stereotypen Verhaltensweisen und zu körperlichen Anpassungsleistungen an Bewegung, die detaillierte Beschreibung der Menschen mit sehr schweren Behinderungen sowie langjährige praktische Erfahrungen in der Arbeit mit diesem Personenkreis.

Die Dissertation ist Teil des Projekts „Sport- und Bewegungsangebote für Menschen mit Behinderung“, das in einer großen Behinderteneinrichtung in Baden-Württemberg durchgeführt wurde. Die Projektleitung hierfür wurde der Verfasserin der Dissertation übertragen, die seit 1991 an der Fachschule für Sozialpädagogik der Behinderteneinrichtung den Fachbereich Sport-/Motopädagogik unterrichtet.

Ziel des Projekts war es, Menschen mit Behinderungen Sport- und Bewegungsangebote zu ermöglichen, die ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechen und ihren Gesundheitszustand stabilisieren und positiv beeinflussen.

Das Projekt wurde als Pilotstudie in einem der fünf Fachbereiche der Behinderteneinrichtung genehmigt, in dem Menschen mit sehr schweren Behinderungen leben. Nach der konzeptionellen Phase und der Erhebung des Ist- und Sollzustands der Sport- und Bewegungsangebote wurden die neugewonnenen Erkenntnisse in verschiedene Rehabilitationssportgruppen und Einzelbewegungsangebote umgesetzt.

Vor Beginn des Projekts gab es in der gesamten Behinderteneinrichtung lediglich eine Fußball- und Tischtennisgruppe, die nur für einen minimalen Bruchteil der Bewohner, nämlich die Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung, geeignet waren. Mittlerweile gibt es 12 Rehabilitationssportgruppen für insgesamt über 100 Menschen mit überwiegend schweren bis sehr schweren Behinderungen.

Die Angebote finden abhängig vom Bedarf der Teilnehmer ein- bis dreimal wöchentlich statt, werden von staatlich anerkannten Übungsleitern „Sport mit geistig behinderten Menschen“ geleitet und von der Krankenkasse finanziert.

Im nächsten Schritt stellten sich folgende Fragen bezüglich der Effektivität dieser Angebote:

- Unter welchen didaktisch-methodischen Bedingungen sind Menschen mit sehr schweren Behinderungen in der Lage, an den Sport- und Bewegungsangeboten in der Gruppe teilzunehmen?
- Eignet sich das neuentwickelte *Integrative Sport- und Bewegungskonzept* für Menschen mit sehr schweren Behinderungen?
- Welchen Einfluss haben die Sport- und Bewegungsangebote auf die Verhaltensauffälligkeiten in Form von Bewegungsstereotypen und selbstverletzenden Verhaltensweisen?
- Wie ist der Zustand des Herz-Kreislaufsystems von Menschen mit sehr schweren Behinderungen?

Die Fragestellungen machten eine interdisziplinäre Forschung notwendig, d.h. sportwissenschaftliche, psychologische, sonderpädagogische und medizinische Theorien und Methoden waren erforderlich, um Menschen mit sehr schweren Behinderungen und dem Forschungsgegenstand wirklich gerecht zu werden.

Zu Beginn der Arbeit bestanden die schwierigsten Aufgaben darin, die Menschen mit sehr schweren Behinderungen an die Bewegungsangebote heranzuführen, im nächsten Schritt geeignete Untersuchungsmethoden zu entwickeln und die Personen durch angemessene Maßnahmen an die Untersuchungsverfahren zu gewöhnen.

Bewegungsstereotypen stellen in vielen Fällen die Hauptbeschäftigung von Menschen mit schweren Behinderungen dar. Sie zeigen oft stereotype Verhaltensweisen wie etwa Fingerspiele vor dem Gesicht und Schaukeln mit dem Oberkörper. Es gibt dafür verschiedene Erklärungs- und Interventionsansätze.

Einige Wissenschaftler nehmen an, dass sich Menschen mit Behinderung durch Stereotypen selbst stimulieren oder sich bei Reizüberflutung auf die „Insel der Stereotypie“ zurückziehen (vgl. Fröhlich, 2003). Andere Forscher sehen stereotypes Verhalten als Folge von traumatischen Erfahrungen in der frühen Kindheit an (vgl. Spitz, 1989), als Antwort auf einen Aktivitätsüberschuss (vgl. Lewis und Baumeister, 1982) oder als Regression auf eine frühere Entwicklungsstufe (vgl. Jantzen, 1980).

Bewegungsstereotypen finden sich auch bei nichtbehinderten Menschen wie etwa Wippen mit den Beinen und Klopfen mit dem Finger auf eine Unterlage. Menschen ohne Behinderung verfügen jedoch über eine Vielzahl alternativer Verhaltensweisen und Entscheidungsmöglichkeiten.

Es ist für Menschen mit Behinderungen sehr wichtig, dass ihr soziales Umfeld das stereotype Verhalten akzeptiert und Variationsmöglichkeiten anbietet. Ansonsten besteht die Gefahr der Fixierung, und dem Mensch mit Behinderung bleibt als einzige Gestaltungsmöglichkeit die Steigerung der Intensität, was zu selbstverletzendem Verhalten führen kann. Diese problematische Seite von stereotypen Verhaltensweisen darf nicht außer Acht gelassen werden. Bewegungsstereotypen verhindern Fortschritt, Entwicklung und Ausweitung der Kompetenzen, d.h. sie stellen keine isolierte Teilstörung dar, sondern beeinflussen die gesamte Persönlichkeit.

Aus diesem Grund ist es im Rahmen der Sport- und Bewegungsangebote so wichtig die Bewegungsmuster der Menschen mit Behinderung aufzugreifen, zu bereichern und ihnen alternative Bewegungsformen anzubieten.

Die ausführliche Beschreibung der Theorien über Bewegungsstereotypen und ein Modell über die postulierten Wirkmechanismen des eigens für diesen Personenkreis entwickelte *Integrative Sport- und Bewegungskonzept* finden sich im Kapitel 4 der Dissertation.

Die Geschichte von Menschen mit geistiger Behinderung gestaltete sich im Verlauf der letzten Jahrhunderte als sehr wechselvoll. Kaum eine andere Randgruppe der Gesellschaft war so sehr von dem Menschenbild der jeweiligen Epoche abhängig. Sie wurden teilweise gefürchtet, verfolgt, ausgesetzt, getötet oder auch geduldet, gut betreut und verehrt, je nachdem wie „Mensch-Sein“, „lebenswert“ und „sinnhaft“ definiert wurde. Im dritten Reich wurden Menschen mit geistiger Behinderung als nicht lebenswert erachtet, und zahlreiche von Ihnen wurden ermordet. Nach dem 2. Weltkrieg wurden Menschen mit sehr schweren Behinderungen meistens in der Psychiatrie und in Behinderteneinrichtungen untergebracht. Bis zu den 70er-Jahren wurden sie größtenteils als nicht förderungs- und bildungsfähig eingestuft und lebten unter sehr isolierenden Bedingungen (vgl. Theunissen, 2000).

Im Laufe der letzten Jahre hat sich die Sonderpädagogik verstärkt Menschen mit sehr schweren Behinderungen zugewandt und ein positives Menschenbild geprägt, das Entwicklung auch bei diesem Personenkreis für möglich hält (vgl. Hahn, 1981; Speck, 1985; Dank, 1996; Fröhlich, 2003).

Die anthropologische Begründung der Förderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen bildet eine wichtige theoretische Grundlage dieser Arbeit und wird in Kapitel 3 erörtert.

Grundsätzlich bemüht sich die Autorin, Begrifflichkeiten zur Beschreibung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen, von Verhaltensweisen und Sachverhalten zu benutzen, die für die Entwicklung dieses Personenkreises hilfreich und förderlich sind, die nicht diskriminierend wirken und dem Gedankengut der Normalisierung und der Selbstbestimmung Rechnung tragen.

Von sportpädagogischer Seite gibt es mittlerweile verschiedene Sportangebote für Menschen mit leichter bis mittelschwerer geistiger Behinderung, wie Rehabilitationssportgruppen, Sportunterricht an Sonderschulen, regelmäßig stattfindende

Sportgruppen in Werkstätten, sowie Sport- und Spielfeste (vgl. Rieder, Buttendorf und Höss, 1981; Kapustin, Ebert und Scheid, 1992).

Allerdings bilden Menschen mit sehr schweren Behinderungen und Menschen mit stereotypen Verhaltensweisen bei solchen Angeboten die Ausnahme. Sie gelten oftmals als nicht gruppenfähig und ihnen wird Unfähigkeit zu aktivem Handeln unterstellt. Aus diesem Grunde erhalten sie bestenfalls eine krankengymnastische Einzelbehandlung. Erste Ansätze der Bewegungsförderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen zeichnen sich im Würzburger Förder- und Erziehungsmodell ab (vgl. Mayr, 2001; Kuckuck, 2002).

Der Nutzen von Sport, Spiel und Bewegungsangeboten für verschiedene Sondergruppen ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten hinreichend wissenschaftlich belegt worden, wie etwa bei Herzinfarktpatienten, Asthmatikern, Krebskranken sowie Menschen, die an Rheuma, Osteoporose, Depressionen und Aids erkrankt sind. Zahlreiche Untersuchungen beweisen die positiven Auswirkungen von gezielten dosierten und angemessenen Sport, Spiel und Bewegungsangeboten auf die körperliche und die psychosoziale Befindlichkeit wie Verbesserung des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels, des Nervensystems, des aktiven und passiven Bewegungsapparates und Aufbau gesundheitsbewusster Verhaltensweisen (vgl. Rieder, Huber und Werle, 1996; Hollmann und Hettinger, 2000).

Bei Menschen mit Epilepsie konnten die positiven Effekte von Ausdauertraining auf das Herz-Kreislaufsystem, wie bei der sogenannten Normalbevölkerung bestätigt werden (vgl. Worms, 1990). Ebenso konnte durch ein gezieltes Judotraining die Koordination verbessert werden (vgl. Worms, 1999).

Menschen mit sehr schweren Behinderungen standen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur bei sehr wenigen Untersuchungen im Mittelpunkt. Im englischsprachigen Raum, vor allem in den USA, sind eine Vielzahl von Studien mit sogenannten schwerstmehrfachbehinderten Menschen durchgeführt worden, die allerdings bei genauerer Analyse wesentlich leichter behindert waren als die Teilnehmer der vorliegenden Untersuchung.

Einzige Ausnahmen bilden die Untersuchungen von Eyman, Grossmann, Chaney und Call (1990), sowie Scheid und Kuckuck (2002), die allerdings eine andere Zielsetzung verfolgten. Die Ursache dieser Problematik liegt wohl in den unterschiedlichen Klassifikationsschemata. Im ersten Kapitel dieser Arbeit wird diese Thematik näher erläutert.

Die Probanden der vorliegenden Studie können weder die in den angeführten englischsprachigen Untersuchungen genannten Bewegungsformen wie etwa Jogging, Roller skating, Aerobic dance ausführen, noch können sie an den Testverfahren und Trainingsgeräten, wie Fahrradergometer, Step-Test oder Tretmühle teilnehmen. Die Probanden sind aufgrund ihrer körperlichen, motorischen, kognitiven und psychischen Einschränkungen dazu nicht in der Lage.

In Kapitel 6 wird der Stand der Forschung in differenzierter Form dargestellt.

Nach Auffassung der Autorin liegt der Grund für die geringe Zahl an Untersuchungen mit schwerstmehrfachbehinderten Menschen zum einen in der Tatsache begründet, dass es vielfach gar nicht für möglich gehalten wird, Sport- und Bewegungsangebote mit diesem Personenkreis durchzuführen, und zum anderen weil die gängigen Untersuchungsmethoden bei der Schwere der Behinderungen nicht anwendbar sind. Passende Untersuchungsmethoden müssen für diese Aufgabenstellung erst entwickelt werden.

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit umfasst die Kapitel 1 bis 8.

Im 2. Kapitel wird der Versuch unternommen, in die Vielzahl von Definitionen und Klassifikationen der geistigen Behinderung mehr Transparenz zu bringen und die jeweiligen Vor- und Nachteile darzulegen. Dies geschieht unter der Zielsetzung, Menschen mit sehr schweren geistigen Behinderungen so gerecht wie möglich zu werden. Es wird auch die Schwierigkeit thematisiert, bei diesem Personenkreis eine exakte Diagnose zu stellen.

Im Anschluss daran wird in Kapitel 3 die anthropologische Begründung der Förderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen dargelegt.

Bewegungsstereotype und selbstverletzende Verhaltensweisen werden in Kapitel 4 ausführlich besprochen und verschiedene Erklärungs- und Interventionsansätze werden dargestellt.

Anschließend erfolgt in Kapitel 5 eine Zusammenfassung der wichtigsten medizinischen Erkenntnisse hinsichtlich der Anpassungsleistungen an körperliche Aktivität. Zusätzlich werden die dazu geeigneten Trainings- und Bewegungsformen sowie die entsprechenden diagnostischen Instrumente kurz skizziert. Grundsätzlich wird dabei der Transfer zu Menschen mit sehr schweren Behinderungen hergestellt.

Danach werden in Kapitel 6 die bisherigen Untersuchungen über den Einfluss von Bewegungsangeboten auf Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere auf stereotype Verhaltensweisen und die körperliche Fitness bei Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt. Die angeführten Studien verdeutlichen die Notwendigkeit und den Stellenwert der vorliegenden Untersuchung, bei der es sich zum momentanen Zeitpunkt um eine Explorationsstudie auf dem Gebiet der Forschung mit Menschen mit sehr schweren Behinderungen handelt. International gibt es keine Untersuchung, die sich mit der Entwicklung eines *Integrativen Sport- und Bewegungskonzepts* für Menschen mit so schweren mehrfachen Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten und den Auswirkungen auf stereotype Verhaltensweisen und die Herz-Kreislaufsituation beschäftigt.

Kapitel 7 umfasst die Beschreibung der vier Teilnehmer der Untersuchung in allen Lebenslagen, Entwicklungsbereichen und vor allem hinsichtlich ihrer stereotypen Verhaltensweisen und ihre Biografie sowie Diagnose. Der eigens für diese Aufgabenstellung entwickelte Erhebungsbogen hat sich in der Praxis bewährt. Es wird

der Versuch unternommen, die von den Menschen mit Behinderung gezeigten Bewegungsstereotypen, in die Modelle der Erklärungs- und Interventionsansätze einzuordnen und daraus die konkrete methodische Vorgehensweise abzuleiten. Auf der Grundlage dieses Prozesses wurde ein Interventionskonzept für stereotype und selbstverletzende Verhaltensweisen entwickelt.

Das eigens für die Zielgruppe der Menschen mit sehr schweren Behinderungen entwickelte *Integrative Sport- und Bewegungskonzept für Menschen mit sehr schweren Behinderungen* wird in Kapitel 8 vorgestellt. Der Einfachheit halber wird in der Arbeit überwiegend die kürzere Bezeichnung *Integratives Sport- und Bewegungskonzept* benutzt. Es handelt sich hierbei um eine Kombination verschiedener Methoden, von körperorientierten Ansätzen über Konzepte der Sportpädagogik bis zur Psychomotorik und dem ebenso neuentwickelten Interventionskonzept für stereotype Verhaltensweisen. Den Schwerpunkt dieses Kapitels bildet die ausführliche Darstellung der Didaktik und Methodik des neuen Konzepts.

In Kapitel 9 – dem empirischen Teil dieser Arbeit – wird das *Integrative Sport- und Bewegungskonzept* auf seine Eignung hin untersucht.

Die Evaluation zeigt auf, unter welchen Bedingungen die Teilnahme an den Bewegungsangeboten in der Gruppe sowie Verhaltensänderungen bei diesem Personenkreis trotz der Schwere der Behinderung möglich sind.

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen vier Einzelfallanalysen mit Menschen mit sehr schweren Behinderungen im Alter zwischen 34 und 40 Jahren. Die Schwere und Komplexität der Behinderungen machte diese Vorgehensweise aus wissenschaftlicher Sicht notwendig. Es liegen jeweils bei drei Teilnehmern eine sehr schwere geistige Behinderung, Epilepsie und massive Verhaltensauffälligkeiten vor, zusätzlich bei zweien schwere körperliche Behinderungen in Form einer spastischen Tetraplegie und Blindheit bei einer Person.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Kombination aus der rein beschreibenden Darstellung der Fallstudie, der statistisch kontrollierten Einzelfallstudie und der biografischen Methode.

Das Design der Untersuchung gliedert sich in drei verschiedene Phasen: Intensiv-Interventionsphase, Baselinephase, sowie Standard-Interventionsphase.

Mittels Videoaufzeichnungen wurde die Häufigkeit von Bewegungsstereotypen, selbstverletzenden Verhaltensweisen und einigen anderen ausgewählten Verhaltensweisen im Alltag ohne Intervention und im Alltag vor, wie auch während und nach den Bewegungsangeboten dokumentiert. Die Videoaufnahmen wurden jeweils von zwei unabhängigen Personen ausgewertet. Die Auswertung erfolgte nach einem eigens für jeden Probanden individuell entwickelten Beobachtungsraster.

Zusätzlich wurden grundlegende Erkenntnisse über die Herz-Kreislaufsituation von Menschen mit sehr schweren Behinderungen in Alltagssituationen und während der Bewegungsstunden gewonnen und dokumentiert. Voraussetzung hierfür war die

Gewöhnung des Personenkreises an die Messinstrumente und den eigentlichen Vorgang des Messens. Es wurden Blutdruck- und Herzfrequenzmessungen sowie Langzeit-EKG-Untersuchungen durchgeführt. Die Gewöhnungsphase nahm vier bis sechs Wochen in Anspruch. Die Teilnehmer wurden mittels verschiedener körperorientierter Methoden an die Geräte und die Durchführung der Untersuchung bzw. der Messung herangeführt.

Mögliche Zusammenhänge und Einflussmöglichkeiten zwischen den Bewegungsangeboten und den Verhaltensauffälligkeiten sowie der Herz-Kreislaufsituation stellen einen weiteren Gegenstand der Untersuchung dar.

Die differenzierte Darstellung der Fragestellungen und Untersuchungsmethoden findet sich ebenfalls in Kapitel 9.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden in graphischer Form dargestellt und in Bezug auf den Einzelfall interpretiert. Außerdem werden die Ergebnisse der einzelnen Probanden, der verschiedenen Untersuchungsmethoden und Fragestellungen verglichen sowie Übereinstimmungen und Diskrepanzen analysiert. Auf diese Art und Weise kann ein Gesamtüberblick aus der Sicht verschiedener Beteiligter, wie dem Sportpädagogen, dem Heilerziehungspfleger und dem Wissenschaftler entstehen.

Im folgenden Kapitel 10 werden die Konsequenzen der Ergebnisse hinsichtlich der Lebensqualität von Menschen mit sehr schweren Behinderungen, der Ausbildung, Forschung, Theoriebildung und Ausweitung des Konzepts auf verwandte Bezugsgruppen erörtert.

Am Ende der Arbeit erfolgen eine Zusammenfassung der Theorie, der Empirie und der Ergebnisse sowie ein kurzer Ausblick.