

Behinderung, Bewegung, Befreiung
Ressourcen und Kompetenzen
von Menschen
mit geistiger Behinderung



Herausgeber:
Manfred Wegner
&
Hans-Jürgen Schulke

Behinderung, Bewegung, Befreiung:
Ressourcen und Kompetenzen von Menschen
mit geistiger Behinderung

Beiträge des Internationalen Symposiums der SOD Akademie
19./ 20. Juni 2009 in Berlin

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	6
Karl-Friedrich Wessel Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit Behinderungen	9
Elk Franke Leben mit geistig behinderten Menschen – eine Herausforderung für die Selbst-Erfahrung und den Sport?	16
Karl-Ernst Ackermann Special Olympics und Teilhabe – Überlegungen zur Umsetzung pädagogischer Leitvorstellungen	22
Ulrich Niehoff Inklusion durch Sport - Inklusion im Sport:	30
Gudrun Doll-Tepper Nationale und internationale Perspektiven im Sport für Menschen mit geistiger Behinderung	47
Imke Kaschke Special Olympics - Healthy Athletes® Programm: Special Smiles®	53
Stefan Schwarz Grundlagen zu Untersuchungen des visuellen Status bei Menschen mit geistiger Behinderung	66
Sandra Dowling, Roy Mc Conkey & David Hassan A model for social inclusion? An evaluation of Special Olympics Unified Sports® programme.	73
Ruud van Wijk Fit, fat and fun	81
Maria Dinold Ansätze und Projekte zu Special Olympics und Bewegungsangebote für Menschen mit mentaler Behinderung in Österreich	90
Dietrich Milles & Ulrich Meseck Konzeptionelle Überlegungen zu Bewegung, Training und Entwicklung	101

Ulrich Meseck & Mike Lochny	121
Golfsport für Menschen mit Behinderungen – Ergebnisse und Forschungsperspektiven	
Florian Pochstein & Manfred Wegner	138
Die Rolle von Trainern und Familien für sportaktive Menschen mit geistiger Behinderung	
Gudrun Ludwig	146
Koordinative Fähigkeiten als Ressourcen im Sport mit geistig behinderten Menschen - Möglichkeiten zur Erfassung und Beeinflussung	
Helmut Proband	159
20 Jahre gemeinsame Wettkämpfe von Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung	
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	162

Vorwort

Vom 19. bis 20. Juni 2009 war die Berliner Humboldt Universität Gastgeber für das 3. Wissenschaftliche Symposium von Special Olympics Deutschland (SOD). Auch wenn das Symposium nicht an die alle zwei Jahre stattfindenden National Games gekoppelt ist, konnte die Tradition fortgesetzt werden, in jedem Jahr eine wissenschaftliche Tagung durchzuführen. Die Thematik „Behinderung, Bewegung, Befreiung - Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung“ führte 80 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus sechs Nationen zusammen und war damit internationaler als jemals zuvor. Das Ziel der Tagung war wieder einmal die Sichtung des aktuellen Forschungsstandes, der interdisziplinäre Austausch und die Entwicklung zukünftiger Kooperationen und übergreifender Projekte.

Mit der Gründung der SOD-Akademie, 2008, und der Durchführung und Publikation auch dieses wissenschaftlichen Symposiums wird ein weiterer Baustein für das Verständnis von sportlicher Aktivität im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung gesetzt. Der Titel „Bewegung, Behinderung, Befreiung“ steht wieder einmal dafür, das befreiende Erlebnis von sportlicher Aktivität für Menschen mit geistiger Behinderung zu betonen. Der Untertitel „Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung“ zeichnet thematisch die Linie vor für die einzelnen Symposiumsbeiträge.

Dieses Mal gehen 15 Beiträge in die Publikation ein, die mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen Ansätze, Möglichkeiten und Erfahrungen sportlicher Aktivität für Menschen mit geistiger Behinderung verdeutlichen. An dieser Stelle sei den Referenten und Autoren herzlichst gedankt.

Der Einstieg in den Band wird von den beiden Berliner Vertretern der Humboldt-Universität, *Karl-Friedrich Wessel* und *Elk Franke*, vorgenommen. Aus der Perspektive der Humanontogenetik deutet *Karl-Friedrich Wessel (Berlin)* auf die biopsychosoziale Einheit des Menschen als Ressource hin und verweist auf das lebenslange Entwicklungspotential verschiedener Kompetenzbereiche, die keinem Personenkreis verschlossen bleiben sollten. Der Begriff der „Fremdheit“ ist leitend für den Beitrag von *Elk Franke (Berlin)*, der die Begegnung mit Menschen mit geistiger Behinderung als wichtige Herausforderung und Selbst-Erfahrung ansieht, die damit auch ein hohes Reflexionspotential für den etablierten Sport hat.

Aus der Sicht der Geistigbehindertenpädagogik schafft *Karl-Ernst Ackermann (Berlin)* eine Perspektive zur Umsetzung pädagogischer Leitvorstellungen für die Inklusion und Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung. *Ulrich Niehoff (Marburg)* stellt den Begriff des Inklusionsgedankens aus der Behindertenrechtskonvention in den Mittelpunkt, um daraus Folgerungen für den Sport von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigten abzuleiten. Einen erweiterten Überblick über nationale und internationale Perspektiven in verschiedenen Handlungsfeldern von Bewegung und Sport gibt *Gudrun Doll-Tepper (Berlin)* und verbindet damit den „Aufruf zum

Handeln“, noch stärker Menschen mit geistiger Behinderung in allen gesellschaftlichen Bereichen zu unterstützen.

Einen wichtigen Schwerpunkt der Arbeit von Special Olympics bildet das Healty Athletes® Programm. *Imke Kaschke (Berlin)* charakterisiert die Prävalenz medizinischer Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung, um dann das Zahnpflege-Programm Special Smiles® vorzustellen und über die Erfahrungen der Nationalen Special Smiles-Untersuchungen zu berichten. *Stefan Schwarz (Hildesheim)* ist als Augenarzt bereits mehrere Jahre als „Volunteer“ bei den Nationalen Spielen beteiligt und stellt in seinem Beitrag den Ansatz objektiver und subjektiver Prüfverfahren und erste Ergebnisse aus dem Opening Eyes-Programm vor.

Die internationale Perspektive wird durch Beiträge der Arbeitsgruppe *Sandra Dowling (London)*, von *Ruud van Wijk (Groningen)* und *Maria Dinold (Wien)* repräsentiert. Eine Evaluation des Special Olympics Unified Sports® Programm wird von *Sandra Dowling, Roy Mc Conkey und David Hassan* vorgestellt. Unter dem Titel „Fit, fat and fun“ stellt *Ruud van Wijk* den Ansatz der Gewichtsreduktion durch gezielte Ernährung und sportliche Aktivität vor. Ansätze und Projekte zu Bewegungsangeboten für Menschen mit mentaler Behinderung in Österreich werden von *Maria Dinold* vorgestellt.

In vier weiteren Beiträgen wird der Trainingsansatz von Menschen mit geistiger Behinderung betont. Konzeptionelle Überlegungen zu Bewegung, Training und Entwicklung stellen *Dietrich Milles und Ulrich Meseck (Bremen)* vor, um auf Möglichkeiten und Wirkungen gesundheitlicher und sportlicher Aktivität von Menschen mit geistiger Behinderung hinzuweisen. Daran schließen sich die Ergebnisse und Forschungsperspektiven der langjährigen Bremer Studie zum Golf von Menschen mit geistiger Behinderung von *Ulrich Meseck und Mike Lochny (Bremen)* an. *Florian Pochstein und Manfred Wegner (Kiel)* stellen zwei Studien vor. In der Trainerbefragung wird gezeigt, dass schwierige Rahmenbedingungen für die SOD-Trainer in den Werkstätten bestehen, die einer stärkeren konzeptionellen Arbeit bedürfen. In einer Befragung zur Familiensituation der Eltern aktiver Teilnehmer bei den Nationalen Spielen in Karlsruhe im Vergleich zu Eltern von nichtaktiven Förderschülern können mehr Ressourcen für das Familienleben durch die strukturierten SO-Programme nachgewiesen werden. *Gudrun Ludwig (Fulda)* führt in ihrem Beitrag auf das Eingangsthema zurück und stellt Studien zur Förderung der koordinativ-motorischer Kompetenz von Erwachsenen mit geistiger Behinderung vor.

Der Beitragsband wird abgeschlossen durch den Erfahrungsbericht von *Helmut Proband (Bremerhaven)* zu mehr als 20 Jahren Erfahrungen bei den jährlich stattfindenden Bremerhavener Wettkämpfen für Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung.

Nach der Tagung ist vor der Tagung: Das nächste Symposium wird 2010 wieder im Rahmen der National Games durchgeführt, diesmal in Bremen unter dem Titel „Inklusion und Empowerment: Wirkungen sportlicher Aktivität für Menschen mit geistiger Behinderung“. Wir sind gespannt.

Die Durchführung der Berliner 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 ihren Förderern, der Humboldt Universität Berlin sowie der Stadt Berlin, repräsentiert durch den Schirmherrn, Senator Eckart Körting. Für die Organisation der Tagung gilt der Dank dem Organisationsteam von SOD, stellvertretend dafür Sandra Ziller. Zu danken ist den Referenten für die Gestaltung der Beiträge sowie Dr. Florian Pochstein und Maja Wiemann für die Erstellung des Berichtsbandes. Auch diese Publikation wird der Reihe der „Kieler Schriften zur Sportwissenschaft“ beigelegt. Der Berichtsband ist wie alle bisher erschienenen Bände dort verfügbar als Download unter www.uni-kiel.de/fakultas/philosophie/iss/. Für die Drucklegung sei an dieser Stelle der Sport-Thieme GmbH gedankt, die die Druckkosten dieses, aber auch des Bandes aus dem Jahr 2009 übernommen hat.

Diese Dokumentation ist ein weiterer Schritt, die Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen und Konzepte in die Arbeit mit den Athletinnen und Athleten von Special Olympics einfließen zu lassen. Sie sind letztlich der Mittelpunkt unserer Bemühungen.

Manfred Wegner und Hans-Jürgen Schulke

Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit Behinderungen

Einleitung

Im Rahmen des Symposiums „Geistige Behinderungen und Sport“ sprechen zu dürfen, kommt einer Herausforderung besonderer Art gleich. Bei einer ersten Begegnung mit dem Thema versuchte ich auszuweichen, bemerkte ein Unwohlsein und stellte dann fest, es wäre nicht souverän auszuweichen. Bei einer erneuten Begegnung, wenn man so will, einem zweiten Anlauf, bemerkte ich die Qualität der Herausforderung.

Alle Konzepte über den Menschen können sich an diesem Thema beweisen. Das gilt auch für das humanontogenetische Konzept. Wenn dieses Konzept den Menschen wirklich „erfasst“, dann muss es auch Erklärungen im Umgang mit dem „geistig behinderten“ Menschen geben können und sich bewähren in der Akzeptanz dieser Menschen. Es müsste also auch vermitteln können zwischen Arbeiten über den „normalen“ und den „behinderten“ Menschen. Ich gehe davon aus, dass das Menschenbild der Humanontogenetik den Unterschied weitgehend aufhebt, einschränkt oder einfach souveräner erklärt.

Ich werde versuchen, in gebotener Kürze, das Konzept der Humanontogenetik darzustellen und in einem weiteren Punkt anhand der Begriffe *Behinderung* und *Einschränkung* den Versuch einer partiellen Anwendung unternehmen. Vorerst aber noch zwei allgemeine Anmerkungen.

- Grundsätzlich ist die normale Welt, d.h. die Annahme einer solchen, eine Vereinfachung, die keineswegs sinnlos ist, aber eine, die ständig hinterfragt werden muss. Andernfalls bleiben wir an der Oberfläche der Realität und verlieren uns in Banalitäten. Eine „offene“ Sichtweise auf die Welt ist nie ohne Normen und Regeln erfolgreich, aber auch immer hinreichend unsicher, jedenfalls für den kritischen Geist, der immer genaueren Aufschluss über die Wirklichkeit erreichen will. In die Weiten des menschlichen Daseins vermögen wir nur vorzudringen über die Verschiedenheiten der Kulturen und Denkweisen, in die Tiefe finden wir über die Dimensionen Vergangenheit und Zukunft. Die verschiedenen Kulturen und in ihr vorhandenen Denkweisen lassen uns, gerade über ihre Fremdheit, Qualitäten erkennen, die uns in unserer Kultur nicht auffallen, aber gleichwohl vorhanden sein können. Blicke in die Vergangenheit – nicht nur der menschlichen Geschichte, sondern der Stammesgeschichte, der Phylogenese – helfen uns, Ursachen für heutiges Verhalten und Gestalten zu erkennen und eröffnen Denkwege in die Zukunft, die sich über die profane Gegenwart erheben können. Wir vermögen Irrtümer, Fehler und Chancen zu erkennen.

- Die Begriffe Würde, Humanität und Freiheit erhalten so Inhalte, die über die Platttheit ihres politischen Gebrauchs hinausweisen. Diese Begriffe enthalten vielmehr an Herausforderung, als die Gegenwart es uns vorspiegelt. Unser Werkzeug, die Vernunft, ist häufig sehr brüchig und bedarf der ständigen Pflege. Sie erzeugt Irrtümer als notwendiges Moment ihres Vorwärtsschreitens, es sind dies nicht vermeidbare Fehler, sondern Hürden, die es jeweils zu überwinden gilt. Als ein Beispiel dafür können die Sonderschulen für „behinderte“ Kinder gelten. Historisch waren diese durchaus ein Moment der Entwicklung, der Verteidigung von Würde und Humanität, nämlich hinsichtlich des Ziels, die besten Entwicklungsbedingungen zu schaffen, heute können sie zur Hürde werden, wenn nicht zuvor alle Möglichkeiten der Integration ausgeschöpft sind. Wer heute sagt, wir hätten das schon immer wissen müssen, ist historisch beschränkt, leidet unter einer Einschränkung, die nicht der Qualität heutiger Möglichkeiten entspricht. Das ist polemisch, gewiss, darum nun zum Thema.

Das Konzept der Humanontogenetik

In Zeiten der Herrschaft empirischer Daten sind konzeptionelle Voraussetzungen ihrer Bewertung von geringem Interesse. So die konzeptionellen Voraussetzungen immanent jeden Forschungsprozess begleiten, mag diese Herrschaft ertragbar sein, aber eine stete Wahrnehmung und kritische Aufnahme konzeptioneller Voraussetzungen sollte eine Basis jeglicher Forschungsarbeit sein. Genau unter diesem Gesichtspunkt unternehme ich den Versuch, humanontogenetische Vorstellungen darzustellen. Allerdings keineswegs in der Annahme, dass dies die einzige Voraussetzung sei, auch nicht, dass alles neu sei, aber doch mit der Hoffnung auf Anwendungsmöglichkeiten in manch einer Frage, die die Bewertung von „Behinderungen“ anbetrifft. Das Ziel humanontogenetischer Überlegungen besteht unter anderem darin, auf Defizite des Denkens über die Bestimmung und Entwicklung des menschlichen Individuums aufmerksam zu machen. Ich möchte vier humanontogenetische Ansätze hervorheben:

Erstens die These von der biopsychosozialen Einheit des Menschen.

Gemeint ist die enkaptische Verbindung von biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen der Existenz und Entwicklung menschlicher Individuen. Enkaptische Verbindung bedeutet nicht nur, dass alle drei Ebenen zusammenhängen. Sie geht davon aus, dass alle Entwicklungen auf der psychischen Ebene nur im Rahmen der biotischen Voraussetzungen möglich sind und ebenso die sozialen nur im Rahmen der psychischen Voraussetzungen. Das bedeutet keineswegs, dass die jeweils folgenden Ebenen von geringerer Bedeutung für die Entwicklung des Menschen wären. Selbstverständlich vermag sich kein Individuum zu entwickeln ohne eine soziale Umgebung und diese Entwicklung hängt ganz entscheidend von ihrer Qualität ab. Aber außerhalb der biotischen Ebene und ihrer Möglichkeiten ist keine Entwicklung denkbar. Die Gesetze der Natur lassen sich nicht

überschreiten. Das hat nichts mit Biologismus zu tun, weil die notwendigen Bedingungen durch hinreichende ergänzt werden müssen. Wenn von der biopsychosozialen Einheit des Menschen gesprochen wird, dann ist gemeint, dass außerhalb dieser Einheit der Mensch nicht zu denken ist. Der Mensch wird keineswegs bestimmt durch eine summarische Einheit der genannten Elemente, die man beliebig zusammenfügen oder auseinander reißen könnte, sondern durch ihr prozesshaftes Zusammenwirken. Das bedeutet zum einen, dass der Mensch nie alle seine Möglichkeiten entfalten können, weil sie mächtiger sind als ihre Realisierungsmöglichkeiten und aus diesem Grunde die sozialen Realitäten immer eine Selektion vollziehen. Zum anderen bestehen aber vielerlei Kompensationsmöglichkeiten, die Einschränkungen beherrschbar und nicht selten auch aufhebbar werden lassen. Gerade hinsichtlich der geistig behinderten Menschen wird sichtbar, wie wichtig die Akzeptanz des Konzepts der biopsychosozialen Einheit des Menschen ist. Einerseits ist es unerlässlich, die wirklichen Einschränkungen in Erfahrung zu bringen, ein sehr schwieriger Prozess, weil er stets begleitet wird von vielerlei Vorurteilen, die nicht selten aus der fehlenden Beobachtung, Unter- oder Überschätzung von Einschränkungen liegen, zumeist aber dominiert werden von der sozialen Bewertung, die sich stark zu ändern vermag. Die konkrete Beachtung der biotischen Voraussetzungen vermag einen primitiven Biologismus entgegenzutreten, indem Momente beachtet werden, die Einschränkungen beherrschbar machen und zwar für die „Betroffenen“ wie für die Gesellschaft. Nur wer die biotischen Voraussetzungen kennt und akzeptiert, kann in die Zusammenhänge der biopsychosozialen Einheit eingreifen, natürlich gilt das auch für alle anderen Elemente dieser Einheit. Es wäre Blindheit, die Kompensations- und Entwicklungsmöglichkeiten nicht unter dem Gesichtspunkt der sozialen Realität zu beachten.

Die enkaptische Einheit soll bedeuten, dass die Basis aller Möglichkeiten die biotischen Voraussetzungen sind, dann erst macht es Sinn die psychologischen und sozialen Voraussetzungen zu prüfen. Das sagt nichts über die Wertigkeit der Ebenen, sie sind alle für das Individuum eine unerlässliche Voraussetzung. Das Individuum wird nicht, und zwar auf keiner Stufe seiner Entwicklung, als etwa ein biologischer Organismus betrachtet, sondern, so es souverän geschieht, immer in der genannten Einheit. In jedem konkreten Fall bedarf es einer sehr differenzierten Herangehensweise, und zwar strukturell und evolutionär, denn die Bewertung der Qualität der konkreten biopsychosozialen Einheit hängt auch vom Alter des Individuums ab. Damit komme ich zum zweiten Punkt.

Zweitens die These von der lebenslangen Entwicklung des Individuums als Möglichkeit.

Mit dieser These wird der defizitären Vorstellung eines Auf- und Abstiegs des Lebenslaufes entgegengewirkt. Es wird ein Modell, ein Dreiphasenmodell, vorgeschlagen, welches von der Reifephase (bis etwa zum 20. Lebensjahr), der Leistungsphase (bis etwa zum 60.-70. Lebensjahr) und von der Erfahrungsphase als einer letzten Phase ausgeht. Jede Phase muss an der Qualität, die ihr zukommt,

gemessen werden, die erste an der Reife, die zweite an der Leistung und die dritte an der Erfahrung, was nicht ausschließt, dass jeder Phase auch Qualitäten der anderen eigen sind, die den anderen Phasen ihre Prägung geben. Behauptet wird, dass der Mensch eine Entwicklung bis zum letzten Tag seines Lebens zu vollziehen vermag. An diesem Beispiel zeigt sich wiederum die Bedeutung der Annahme von der biopsychosozialen Einheit Mensch. Die Prozesse in allen drei Phasen unterliegen natürlich eigenen Gesetzen, die ineinander übergehen und ihre Relevanz ändern. Die Reifeprozesse sind eine Voraussetzung für alles, was folgt und doch hat das Folgende eigene Gesetze und Möglichkeiten. Es dürfte eine besonders interessante Aufgabe sei, ein solches Modell auch für Menschen mit Einschränkungen zu prüfen. Diese wiederum dürfte aber nur möglich sein, wenn eine dritte These unserer Überlegungen hinzugefügt wird. Denn die Behauptung von der möglichen lebenslangen Entwicklung bedarf einer Begründung, die mit der dritten These gegeben wird.

Drittens die These von der hierarchischen Ordnung der Kompetenzen.

Unter Kompetenzen sind hier die Grundbedingungen und Voraussetzungen für alle Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen gemeint. Der Ausdruck hierarchisch soll bedeuten, dass in der Ontogenese das Gesamtsystem der Kompetenzen in steter Veränderung und Entwicklung ist, und zwar derart, dass sich immer andere Kompetenzen im Zentrum des Systems bzw. an der Peripherie befinden. Die Folge von Systemen bzw. die Folge der Ordnung des Systems ist gleichzeitig eine tiefere Begründung für das Phänomen der Möglichkeit lebenslanger Entwicklung. Betrachten wir die entscheidenden Kompetenzen – also die motorische, optische, akustische, taktile, olfaktorische, gustatorische, sexuelle, soziale, kommunikative, kognitive, volitive, emotionale, motivationale, ästhetische und temporale Kompetenz – dann ergibt sich, dass sich diese in der Ontogenese nicht nur entwickeln und verändern, sondern auch ihren Platz im System ändern. In der Reifephase spielen naturgemäß die Basiskompetenzen, wie motorische, optische, akustische, taktile, gustatorische und olfaktorische eine entscheidende Rolle. Sie sind unmittelbare Voraussetzungen der frühen Entwicklung und erreichen aus diesem Grunde auch in dieser Phase ihre ganze Ausprägung.

In der Leistungsphase erreichen fast alle anderen Kompetenzen ihre volle Ausprägung, gewiss – und das gilt für alle Kompetenzen – individuell sehr verschieden, und auch die Struktur des Systems ist so verschieden wie die Individualität, allerdings ganz unter Beachtung von Universalien.

Hinsichtlich des Zusammenhangs mit der Möglichkeit der lebenslangen Entwicklung ist die temporale Kompetenz die wichtigste. Sie vermag sich bis ans Lebensende zu entwickeln, sie ist aus diesem Grunde die Grundlage für Entwicklung in der Erfahrungsphase. Sie steht im Zentrum des Systems der Kompetenzen in dieser Phase, sie bestimmt letztendlich auch das Wesen des Menschen. Der Mensch ist ein homo temporalis. Er lebt zunehmend mit seinen Erfahrungen, die er in der Zeit gewonnen hat, und vermag die Symmetrie von Vergangenheit und Zukunft immer

umfassender und qualitativ besser zu entfalten, so ihm die Möglichkeiten dazu gegeben sind. Die Möglichkeiten ergeben sich natürlich schon aus ganz frühen Strukturen des Systems der Kompetenzen und der Qualität der einzelnen Kompetenzen. Je nach den Voraussetzungen entfalten sich Möglichkeiten, so sie überhaupt vorhanden sind. Erleidet das Individuum Einschränkungen, hat das Auswirkungen auf das ganze System. Darum ist mit großer Aufmerksamkeit der Entwicklungsprozess zu beobachten. Bei Einschränkungen ergibt sich immer die Frage, welche Qualität vermögen einzelne Kompetenzen zu erreichen, wie sind Kompensationen möglich und wie ist ein Leben mit Einschränkungen so zu gestalten, dass alle Entwicklungsmöglichkeiten, die in einem konkreten Fall vorhanden sind, genutzt werden können. Welche Möglichkeiten genutzt werden können, hängt natürlich von den Umweltbedingungen ab. Das verweist auf den vierten Punkt.

Viertens geht es um die Qualität der Umwelt, also um die Ökologie der Humanontogenese.

Dabei ist zunächst zu beachten, welche natürliche und soziale Umwelt ein Individuum vorfindet. Das ändert sich in der Geschichte, in Abhängigkeit von dem konkreten Lebensraum von Gemeinschaften, Völkern und Gruppen. Dass es starke Variationen zwischen Zivilisationen und Ländern gibt, muss nicht betont werden, aber auch zwischen Gruppen, und manchmal in schneller historische Folge, verändern sich Bedingungen. So ist special olympics für eine Gruppe von Menschen eine sehr wesentliche Umweltveränderung, die erst in jüngster Zeit entstanden ist. Eine humane Gesellschaft hat stets darauf zu achten, dass für möglichst alle Gruppen von Individuen optimale Bedingungen der Entwicklung geschaffen werden. Weiterhin zu beachten ist die konkrete Umwelt des einzelnen Individuums. Da die Individuen sehr verschiedene Ansprüche an die Umwelt stellen, bewusst wie unbewusst, und diese sich in der Ontogenese ändern, ist es für das Schicksal der Individuen sehr bedeutsam, ob auch seine Ansprüche im Rahmen der allgemeinen Umwelt realisiert werden können. Es sollte also nicht vergessen werden, dass im Rahmen der allgemeinen Umwelt, die zu beachten uns relativ leicht fällt, ein jedes Individuum seine ganz eigenen Ansprüche hat und sich demgemäß auch eine eigene Umwelt schafft. Diese Umwelt können wir das „Drumherum“ nennen. Es ist eine Umwelt, die für das Individuum unverzichtbar ist. Es ist so etwas wie ein Teil des Individuums, es fühlt sich nicht bei sich, wenn diese gestört oder zerstört ist. Die Qualität und Struktur dieses „Drumherum“ ist je nach der ontogenetischen Entwicklung, und besonders auch der Vollständigkeit oder Unvollständigkeit des Systems der Kompetenzen, extrem unterschiedlich. Aber gerade darauf wird zu wenig geachtet, wenn es um die Unterstützung der Entwicklung von Individuen geht, und dies natürlich besonders in frühen Phasen der Ontogenese oder bei Menschen mit so großen Einschränkungen, dass sie sich bei der Schaffung des „Drumherum“ nicht hinreichend artikulieren können.

Letztlich möchte ich noch darauf verweisen, dass hinsichtlich der Gestaltung der Umwelt, und dies nicht nur in der frühen Phase der Ontogenese, die Erforschung

der Epigenese von großer Bedeutung ist. Ein Schwerpunkt liegt zweifelsohne in der frühen Phase, in der pränatalen Phase, weil in ihr eine große Zahl von falschen Weichenstellungen (Programmierung) möglich sind, die einen irreversiblen Charakter tragen und somit Individuen ein Leben lang belasten können. Das ist aber ein eigenes Thema und für die Beherrschung bereits aufgetretener oder realisierter Fehlentwicklungen unerheblich.

Einige Anmerkungen zu den Begriffen Behinderung und Einschränkung

Der Begriff Einschränkung wurde von mir bereits benutzt und zwar ganz bewusst als Ersetzung des Begriffs der Behinderung. Dabei geht es mir nicht um die Abschaffung eines eingeführten und wie selbstverständlich benutzten Begriffes, das wäre töricht, weil erfolglos. Es geht lediglich um Aufklärung hinsichtlich des Gebrauchs des einen wie des anderen Begriffs.

Zunächst zwei Anmerkungen:

Die *erste* bezieht sich auf die Begriffserklärung im Grimmschen Wörterbuch. Für das Wort *behindern* gibt es in dem Band A-B, der 1854 erschien, nur eine dürftige Erklärung: „Behindern, [...]: ward ich daran gehindert.“ Und „Behinderung, [...]: häusliche Behinderung.“ (Grimm & Grimm, 1854, S. 1341) Für *Einschränken* in dem Band E-F, der im Jahre 1862 erschien, heißt es unter anderem, „wir sind gewohnt denjenigen eingeschränkt zu nennen, dessen talente zu keinem groszen gebrauch zulangen.“ Und weiter „Einschränkung, [...] „über den innern trieb sich der einschränkung willig zu ergeben.“ (Grimm & Grimm, 1862, S. 284)

Hieraus geht hervor, dass schon sehr früh das Wort bzw. der Begriff Einschränkung umfassender und tiefer benutzt wurde als der Begriff der Behinderung. Die Erklärung der Einschränkung enthält das wichtige Moment der Selbstbeherrschung, der Einsicht, eine aktive Beherrschung einer defizitären Situation, und zwar auf alle möglichen Einschränkungen bezogen, die im Prinzip ein jedes Individuum in irgend einer Hinsicht hat.

Die *zweite* Anmerkung bezieht sich auf ein zufällig ausgewähltes Literaturbeispiel der Bestimmung des Begriffs der *Behinderung*. (Kruse & Schettler, 1994) Zum Begriff der Behinderung werden zwei Bemerkungen gemacht. Erstens ein Hinweis auf die Rehabilitation, die die Möglichkeit der Aufhebung der Behinderung einschließt, und zweitens wird ein Katalog der wichtigsten Behinderungen in drei Gruppen vorgestellt:

- Stütz- und Bewegungsapparat, zentrales und peripheres Nervensystem, Herz- und Kreislauforgane, Atmungsorgane, Nieren und Urogenitaltrakt, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen, bösartige Neubildungen, Haut, Sehvermögen, Hör-, Stimm- und Sprech- und Sprachvermögen
- Lern- und geistige Behinderung, psychische Störungen,
- Mehrfachbehinderungen.

All dies unter dem Gesichtspunkt, wie anders in einem Medizinbuch, der möglichen Korrektur. Aber fragen muss man, wo bleiben die Qualitäten aller menschlichen Kompetenzen, wo bleibt die Antwort auf die Erhaltung, Verletzung oder Wiederherstellung der Souveränität. Und genau darauf zielt mein Vorschlag, den Begriff der Behinderung durch den der Einschränkung zu ersetzen. Der Begriff der Behinderung hat einen einschränkenden Sinn, der unter anderem auch in die medizinische Sprache übernommen wurde und auch umgangssprachlich defizitär benutzt wird. Der Begriffsumfang des Wortes Einschränkung ist viel weiter gefasst, er enthält viel mehr Möglichkeiten, als die medizinisch gedachten. Die Behinderungen sind eine Teilmenge der Einschränkungen. Alle Einschränkungen werden aber in zweierlei Richtungen relativiert. Einerseits wird deutlich, dass es viele Einschränkungen gibt. Jeder Mensch hat solche, und häufig bleibt unbeachtet, dass sie für die Betroffenen ebenso gravierend sind, wie die üblicherweise als Behinderung angesehenen. Andererseits kann man leichter die Behinderung der „normalen“ Welt zuordnen. Es geht darum, mehr Natürlichkeit und weniger Ausschluss zuzulassen.

Der Begriffsumfang der Einschränkung entspricht dieser Welt, der Natur des Menschen, er ist umfassender und verbindender. Er macht darauf aufmerksam, dass immer das Verbindende zwischen den Menschen größer ist oder sein sollte als das Trennende. Andernfalls kann man die anthropologische Paradoxie der Olympiaden „Paraolympiade“ und „special olympics“ nur noch weiter treiben, konsequenterweise bis zu Olympiaden für jeden einzelnen Menschen.

Literatur

Grimm, J. & Grimm, W. (1854). Deutsches Wörterbuch. Bd. 1, Leipzig: Hirzel.

Grimm, J. & Grimm, W. (1862). Deutsches Wörterbuch. Bd. 3, Leipzig: Hirzel.

Kruse, W. & Schettler, G. (Hrsg.).(1994). *Handbuch der Allgemeinmedizin*. (S. 39f.). Hamburg: Nikol Verlagsgesellschaft.

Leben mit geistig behinderten Menschen – eine Herausforderung für die Selbst-Erfahrung und den Sport?

Einleitung

Das Zusammenleben mit geistig behinderten Menschen wird im Kulturvergleich häufig als Maßstab für deren Anerkennung in der jeweiligen Gesellschaft angesehen. Solidarität mit behinderten Menschen und Empathie gegenüber den Einschränkungen des Einzelnen gelten dabei als Kennzeichen für die Bereitschaft, die Würde einer Person uneingeschränkt sicher zustellen, unabhängig davon, welchen Beitrag sie für die Gemeinschaft erbringen kann.

In dieser Bewertungsperspektive wird häufig übersehen, dass eine erfolgreiche Integration nicht schon durch materielle Sonderleistungen und generöse Rücksichtnahme erreicht werden kann. Rücksicht und Toleranz gelingt erst dann in nachhaltiger Weise, wenn man in den geistig behinderten Menschen auch eine Chance sieht, sich nicht nur auf das Andere - gleichsam außerhalb des eigenen Ich's – einzulassen, sondern durch das Zusammenleben mit dem Anderen auch die eigene Andersartigkeit bei sich selbst erfährt. Dies ist eine Reflexivität, die auch Konsequenzen für den Sport haben kann, wenn er mit geistig behinderten Menschen betrieben wird. Entsprechend gliedert sich der Beitrag in drei Schritte:

Zunächst wird aus historisch-systematischer Sicht das Leben mit geistig behinderten Menschen in eine kulturanthropologische Perspektive eingeordnet. Dadurch soll deutlich werden, dass unsere alltagssprachlichen Unterscheidungen in „normal-unnormal“ ihre Bedeutungen nicht zufällig auf dem Hintergrund größere Ordnungsmuster erhalten, die auch in anderen Bereichen Gültigkeit erlangen, wenn z.B. unterschieden wird in „ego und alter“ also zwischen mir und dem anderen, dem Eigenen und Fremden, dem Vertrauten und Unbekannten etc.

In einem zweiten Schritt soll erkennbar werden, dass die Empathie mit behinderten Menschen also die Bereitschaft diese Gruppe in das soziale Leben zu integrieren, u. U. mehr impliziert als ein solidarisches Verhalten gegenüber der Andersartigkeit der behinderten Menschen. Mit Bezug auf eine differenzierte Persönlichkeitskonzeption wird skizziert, warum der Umgang mit geistig behinderten Menschen auch eine Chance bietet, nicht nur sich auf das Andere außerhalb vom eigenem Ich einzulassen, sondern auch die grundsätzliche andere Seite des eigenen Ich's kennenzulernen, was bedeutet, nicht nur Solidarität, sondern auch Reflexivität im eigenen Leben zu erfahren.

Im dritten Schritt wird dieser Aspekt der Reflexivität im Leben mit geistig behinderten Menschen auf die Institution Sport übertragen mit der provokanten Umkehrung der Frage: Geht es im Sport mit geistig behinderten Menschen u.U. weniger darum,

wie sich der Sport auf die Besonderheiten geistig behinderter Menschen einlassen kann, sondern vielleicht auch grundsätzlicher darum, welchen selbstkritischen, reflexiven Gewinn der etablierte Sport für seine Zukunft daraus ableiten kann, dass behinderte Menschen ihn unter veränderten Bedingungen betreiben.

Abgrenzungs- und Ausgrenzungsmuster gegenüber behinderten Menschen- ein traditionsreiches Bemühen

Eigensicherheit durch Fremd- Abgrenzung

Wie ein Blick in die Kulturgeschichte des Menschen zeigt, gibt es seit den Anfängen des Zusammenlebens Einzelner in Familien, Gruppen, Herden oder größeren Sozialverbänden und Staaten den Versuch, eine Identität des Eigenen durch eine Abgrenzung gegenüber dem was anders ist, fremd erscheint oder als solches bezeichnet wird, zu erreichen. Dabei lassen sich nach Waldenfels (1999) für das soziale Gravitationsfeld des Fremdartigen u.a. drei zentrale Figuren feststellen:

1. das Kind in Abgrenzung zum Erwachsenen
2. der Wilde gegenüber dem Zivilisierten und
3. der Irre gegenüber den Normalen. (u.a. Barthold, 1869; Damerow, 1958)

Über die Standardisierung von Verhaltensweisen, normativen Erwartungen und abgrenzbaren Aufgaben wird ein Panorama des Eigenen, des unhinterfragt Normalen gegenüber dem Fremdartigen, Unheimlichen, Bedrohlichen aber oft auch Geheimnisvollen und Verlockenden geschaffen, dass nach Maßnahmen und Methoden verlangt, durch die die dadurch sich ergebende Gefahr der Verunsicherung eingeschränkt, eingedämmt und wenn möglich ausgeschlossen werden kann (Saathoff, 2001).

Die Geschichte der Behandlung geistig behinderter Menschen ist, ebenso wie jene der Behandlung von Kindern und die Akzeptanz von Menschen aus fremden Ländern, anderen Kreaturen, schlicht Ausländern, immer auch eine Geschichte der Maßnahmen, durch die sich Gesellschaften ihrer eigenen Identität versicherten- und dies geschah über viele Jahrhunderte bis in die jüngste Vergangenheit gegenüber geistig behinderten Menschen, eher durch Ausschließung als durch Aneignung und Integration.

Beispiele für die Ausschließung reichen von den sozialen Getthos im Mittelalter, den sogenannten Irrenhäusern in der Neuzeit bis zur extremen Auslöschung von Andersartigkeit im Euthanasieprogramm des Nationalsozialismus (Jantzen, 1975). Bedeutsam für die folgenden Ausführungen sind weniger diese in der Geschichte der Behindertenpädagogik (u.a. Ellgar-Rüttgardt, 2008; Möckel, 1988; Hofer, 2004; Bleidick, 1999; Jantzen, 1993) vielfältig beschriebenen Ausgrenzungsinstitutionen- und strategien, als vielmehr die Funktion die der Verweis auf die Negativgeschichte sozialer Integration, also die ausgegrenzten Anstalten und die Euthanasie für die Entwicklung von eigenen, neuen „echten“ Integrationskonzepten spielen.

Das heißt, im Mittelpunkt der folgenden Darstellung stehen nicht die Ausgrenzungspraktiken, sondern die Formen einer problemangemessenen Aneignung von zunächst fremdartiger geistiger Behinderung in das sogenannte soziale Alltagsleben. Dabei werde ich die Auffassung vertreten, dass der Verweis in der Gegenwart auf die mangelnde Integration behinderter Menschen in der Geschichte und die Bemühungen um soziale Integrationsformen einerseits berechtigt sind, da sie Fortschritte gegenüber der Vergangenheit demonstrieren, aber andererseits auch die Gefahr in sich bergen, den gleichsam blinden Fleck zu übersehen, der ein solches Denken vom „gut sein wollenden Menschen“ kennzeichnet.

Konkret bedeutet das, dass durch die Abgrenzung gegenüber den negativen Ereignissen und Denkweisen der Vergangenheit zwar belegt werden kann, in wie vielfältiger Weise sich die Interaktion und Kommunikation mit geistig behinderten Menschen in unserer Zeit verbessert hat. Oft im Dunkeln bleibt bei solchen Selbstbegründungsbemühungen auf dem Hintergrund einer Negativfolie gegenüber der Vergangenheit jedoch ein wesentlicher Aspekt: das Selbst-Verständnis in wörtlichem Sinne, aus dem die sozialen Bezüge mit geistig behinderten Menschen entwickelt werden. In der Öffentlichkeit und auch einem Teil der Fachliteratur der Behindertenpädagogik wird häufig darauf verwiesen, dass eine solche Interaktion nur gelingen kann, wenn die Betreuung „selbstlos“ durchgeführt wird, wenn dem geistig behinderten Menschen das Gefühl gegeben wird, „Du wirst angenommen“ in Deinem „so-sein“, unabhängig davon, in welcher Weise dies mich als Nicht-Behinderten- Menschen belastet, herausfordert oder von mir durch Übung und Erfahrung letztlich gemeistert wird.

Bedeutsam an dieser vorrangig in sozialen Kontexten entwickelten Position ist die Tatsache, dass dabei die strukturellen Differenzen zwischen den *eigenen* Ausgangsbedingungen und den *fremden* Anforderungen weitgehend normativ, das heißt durch moralische Appelle überbrückt werden. Meist unberücksichtigt bleibt dabei, dass die Soziale Arbeit von Nicht-Behinderten mit geistig behinderten Menschen immer eine Bewältigung von Fremdheit ist, bei der aber meistens offen bleibt, wie dies unter der „Decke der moralischen Sozialarbeit“ mit geistig Behinderten überhaupt gelingen kann (Tenorth, 2006).

Die Aneignung des Fremden in der Sozialen Arbeit

Zunächst kann man bei einem solchen Blick gleichsam hinter das normative Selbstverständnis von Sozialarbeit eine eigenartige Paradoxie erkennen:

- * Die Aneignung des Fremden, die Anerkennung der Differenz geistiger Behinderung gelingt in der Regel nur auf der Grundlage der prinzipiellen Unterscheidung zwischen dem Eigenen und Fremden. Ich muss mich als ego wahrnehmen können, um dem alter, dem anderen, sozial begegnen zu können. „Fremdes wird bewältigt, indem das Eigene gemessen wird“, als eine Abwandlung des selbst Erfahrens, schreibt Waldenfels (1999) und dies heißt das Sich-hinein-versetzen ins fremde Erleben- wie es die Moral der Sozialarbeit verlangt, kann nur auf der Basis einer Trennung zwischen Rational- Irrational, In-

nen- Außen etc. erfolgen. Sie bezieht sich damit letztlich auf den Menschen als ein vernunftbestimmtes Wesen.

- * Gleichzeitig kann man aber feststellen, dass diese prinzipiell rationale Voraussetzung durch die ich mich als ein Ander gegenüber dem geistig behinderten Menschen wahrnehme nur überwunden werden kann, wenn das Fremde nicht nur als das andere- Fremde-gleichsam außerhalb von mir-angesehen wird, sondern als das Fremde *in mir selbst*. Daraus folgt, dieses in normativem Sinne eingeklagte Sozialverstehen durch Einfühlen in die Welt des Menschen mit geistiger Behinderung mir gegenüber, ist mehr als eine sogenannte affektive Teilhabe, ein einseitiges emotionales Nach- und Miterleben. Es ist, wenn Sozial-Verstehen gelingen soll, die Anerkennung des Fremden nicht (nur) mir gegenüber, sondern als die andere Seite meines eigenen Ichs, als das Fremde in mir selbst.

Die Aneignung des Fremden im Eigenen- eine Voraussetzung für das Gelingen verantwortungsvoller Sozialarbeit

Dieser strukturellen Bedingung gelingender Sozialarbeit, jener Anerkennung der prinzipiellen Differenz zwischen den eigenen Bedingungen des Nicht-Behinderten und dem dazu fremden Verhalten des geistig behinderten Menschen, wird in der sozialen Praxis in der Regel auf zweifache Weise entsprochen:

- Ausgehend von den Deutungsmustern in Institutionen des Gesundheitswesens, das in der Regel deutlich trennt in Kranke und Gesunde wird häufig auch in der sozialen Praxis mit geistig behinderten Menschen getrennt zwischen der Rationalität der nicht-behinderten Betreuer und den unterschiedlichen Mitgestaltungsmöglichkeiten der geistig behinderten Menschen, was sich auch in der organisierten Praxis zeigt.
- Gegenüber diesen institutionell vorgeprägten Differenzen die deutlich trennen zwischen dem, wozu z.B. Betreuer verpflichtet sind und was Schutzbedürftige nicht können, gibt es unterschiedliche Gegenbewegungen. Ausgehend von der Vorstellung, dass die Differenz nur überwunden werden kann, wenn z.B. jedes behinderte Kind, was uns anvertraut ist, wie ein Teil von uns selbst angesehen wird, also das Fremde und Fremdartige an die Stelle des Eigenen tritt (Rössel, 1931).

Auch wenn diese häufig mit Selbstaufgabe verbundene Soziale Praxis in der Regel eine hohe Anerkennung findet, da sie nicht selten als das Idealbild gelungener Sozialarbeit erscheint, ist Skepsis angesagt. Skepsis nicht nur hinsichtlich der Belastungsfähigkeit dieses Konzeptes über einen längeren Zeitraum, sondern auch gegenüber den wenig beachteten oben genannten strukturellen Unterschieden zwischen dem Eigenen und Fremden in der interpersonalen Beziehung. Woraus sich die Frage ergibt: gibt es zu diesen zwei extremen Positionen eine Alternative, die die Differenz zwischen den Interaktionspartnern nicht befestigt aber auch nicht negiert. Das heißt, bei der Andere in seiner eigenständigen Andersartigkeit akzeptiert wird, bevor ich mich gleichsam in ihn hineinversetze. Was bedeuten würde: Weder

eine Trennung von Eigenem und Fremden steht am Anfang, noch eine pure Verschmelzung, sondern der soziale Interaktionsprozess stellt einen Erfahrungsvorgang dar, in dem Eigenes und Fremdes auf einer interpersonalen Ebene (also zwischen 2 Personen) zu einer intra-personalen Herausforderung wird, also zu einer Frage meiner eigenen Person. Wenn Eigenes sich in der Erfahrung mit Fremdem herausbildet, dann dringt nach Waldenfels die Andersheit auch in den Eigenbereich ein. Dies bedeutet, ich muss zunächst den Anderen als Fremden anerkennen um gleichzeitig dadurch in die Lage versetzt zu werden, die gleichsam zweite Hälfte in mir, meine eigene Fremdheit zu erkennen.

„Fremdheit, die durch die Art ihres Zugangs bestimmt ist und nicht vorweg ein gesichertes Terrain des Eigenen... voraussetzt, begegnet uns nicht nur in Anderen, sie bestimmt im eigenen Haus als Fremdheit meiner selbst oder als Fremdheit unser selbst“ (Waldenfels, 1999, S. 27).

Bezogen auf die praktische Sozialarbeit mit geistig behinderten Menschen, bedeutet das: sie erfordert nicht nur Rücksicht, Toleranz und Empathie, also Einfühlungsvermögen in die Welt des Gegenüber, sondern sie besitzt immer auch ein großes Potential an Reflexivität hinsichtlich des oft unbewussten Eigenen d.h. ein großes Maß an Selbst-Reflexivität.

Zusammenfassend bedeutet das: Die Arbeit mit geistig behinderten Menschen ist nicht nur das Einstellen auf eine zunächst fremde Welt, sondern im Prozess der Aneignung dieser Welt erfahren wir auch sehr viel über uns selbst. Ein Resümé, das für viele von Ihnen, die in der sozialen Praxis tätig sind, wenig überraschend erscheint. Bedeutsam für mich ist bei jedoch der Verweis auf die strukturellen Bedingungen, die diesen sozialen Praxiserfahrungen zugrunde liegen.

Anders als in der Tradition der sozialen Dienste, die vorrangig Toleranz und Rücksichtnahme in der inter- personellen Interaktion einfordern, ergibt sich auf der Basis der hier vorgetragenen Argumentation eine weitere zugespitzte Perspektive hinsichtlich der selbstkritischen Erfahrung: die Reflexion über die Bedingungen der Selbstfindung auch der sogenannten Nicht-Behinderten.

Die Arbeit mit geistig behinderten Menschen ist damit sowohl für alle beteiligten Personen als auch für eine Gesellschaft in der sie stattfindet eine im wörtlichen und bedeutungsvollen Sinne *außergewöhnliche* Möglichkeit der Selbst-Reflexion.

Sport mit geistig behinderten Menschen- ein Reflexionspotential für den etablierten Sport?

Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, ergeben sich durch das Arbeiten mit geistig behinderten Menschen nicht nur soziale Erwartungen und Verpflichtungen gegenüber der Andersartigkeit, sondern die damit verbundene Erfahrung von Differenz gegenüber dem Vertrauten hat auch reflexive Rückwirkungen. Daraus ergibt sich die Frage: Wenn dies für Personen, Gruppen und Gesellschaften gilt, dann müsste es u.U. auch für Institutionen gelten- und damit auch für den Sport!

Special Olympics wäre auf diesem erarbeiteten theoretischem Hintergrund nicht nur eine ergänzende Einrichtung für den etablierten Sport, dem man in unterschiedlicher sozial-eingefärbter Toleranz begegnen (kann), sondern Special Olympics wäre durch seine Andersartigkeit auch eine Herausforderung für das unhinterfragte Selbstverständnis wettkampfsportlicher Praxis. Die Tatsache, dass in den Special Olympics Sport anders betrieben werden (kann), ist ein „Stachel des Fremden“ (Waldenfels, 1999) im Fleisch der Selbstgefälligkeit des etablierten Sports. Die Konsequenzen daraus bedeuten: Special Olympics hat keine Veranlassung als Bittsteller aufzutreten, um soziale Anerkennung zu erhalten, sondern sie besitzen das Potential der Differenz, die auch zur Reflexion auffordert, die Anstöße gibt zur Selbst-Reflexion über das Fremde im Eigenen meist unhinterfragter Selbstverständlichkeiten.

Dies bedeutet abschließend: Der Sport mit geistig behinderten Menschen allgemein und die Special Olympics im Besonderen sind nicht nur eine besondere, zunächst fremde Tätigkeitsform innerhalb der etablierten Sporttradition, sondern sie bieten gleichzeitig auch eine Herausforderung zur Reflexion gegenüber dieser Tradition.

Literatur

- Barthold, F. (1868). *Der Idiotismus und seine Bekämpfung. Ein Beitrag zur praktischen Lösung der Idiotenfrage*. Stettin.
- Bleidick, U. (1999). *Allgemeine Behindertenpädagogik – Studententexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik 1.Bd.* Neuwied u.a.
- Damerow, H. (1958). Zur Cretinen – und Idiotenfrage. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 15, 499-545.
- Ellger-Rüttgardt, S.L. (2008). *Geschichte der Sonderpädagogik. Eine Einführung*. München, Basel.
- Hofer, U. (2004). Sonderpädagogik In Benner/Oelkurs (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Pädagogik*. (S. 887-902). Weinheim/Basel.
- Jantzen, W. (1993). *Das Ganze muss verändert werden. Zum Verhältnis von Behinderung, Ethik und Gewalt*. Berlin.
- Jantzen, W. (1975). Behinderung und Faschismus. Zum 30. Jahrestag der Befreiung vom Hitlerfaschismus. *Behindertenpädagogik in Hessen*, 14, 150-169.
- Möckel, A. (1988). *Geschichte der Heilpädagogik*. Stuttgart.
- Rössel, F. (1931). *Das Helfen in der heilpädagogischen Arbeit*. Halle.
- Saathoff, N. (2001). Der Hessische Wolfsjunge und die mittelalterliche Wahrnehmung eines ‚Wilden Kindes‘. *Jahrbuch für historische Bildungsforschung* 7.Bd., 89-108.
- Tenorth, H.-E. (2006). Bildsamkeit und Behinderung – Anspruch, Wirksamkeit und Selbstdestruktion eine Idee. In L. Raphael & H.-E. Tenroth (Hrsg.), *Ideen als gesellschaftliche Gestaltungskraft in Europa der Neuzeit. Beiträge für eine erneuerte Geistesgeschichte*. (S. 497-520). München.
- Waldenfels, B. (1999). *Sinnesschwellen. Studien zur Phänomenologie des Fremden*. Frankfurt am Main.

Special Olympics und Teilhabe – Überlegungen zur Umsetzung pädagogischer Leitvorstellungen

Zur Realisierung von Leitbildern in der Geistigbehindertenpädagogik

In den 1970er Jahren wurden in der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung die Leitvorstellungen ‚Normalisierungsprinzip‘ und ‚Integration‘ in die Fachdiskussion eingeführt. Das Normalisierungsprinzip hat in den 70er und 80er Jahren in einem erheblichen Ausmaß zur Weiterentwicklung des Systems Behindertenhilfe positiv beigetragen. Wohneinrichtungen haben sich im Laufe der Zeit den Kriterien des Normalisierungsprinzips entsprechend geändert – weg von „totalen Institutionen“ und separierter geschlechtergetrennter Anstaltsunterbringung – hin zu angemessenen Formen des Wohnens, Arbeitens und Lebens in der Gesellschaft.

Ebenso wurde der Gedanke der Integration von Menschen mit Behinderungen im Zuge einer Integrationsbewegung vor allem in den Bereichen Kindergarten und Schule entwickelt und dann - zwar zwei Jahrzehnte zu spät, doch immerhin - in der Mitte der 1990er Jahre auch von der Kultusministerkonferenz (KMK) programmatisch aufgegriffen und in der Folge - zumindestens in Teilen - bildungspolitisch in einigen Bundesländern umgesetzt und auf administrativer Ebene verbindlich gemacht – so z.B. im Schulgesetz des Landes Berlin.

Mitte der 90er Jahre wurde auf einer großen Tagung der Elternvereinigung „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung“, die unter dem Slogan „jetzt weiß ich selbst, was ich will“ stattfand, der Gedanke der „Selbstbestimmung“ in die Tagungsdiskussion eingebracht und dann vor allem von den Menschen mit Lernschwierigkeiten und geistigen Behinderungen selbst reklamiert und in Anspruch genommen. Und dieser Terminus „Selbstbestimmung“ wurde sehr rasch im System ‚Behindertenhilfe‘ rezipiert und ebenfalls auf der Woge einer engagierten Bewegung von den Mitgliedern der People-first-Gruppen in den Diskurs hineingetragen. Einige Jahre später wurde „Selbstbestimmung“ dann als zentraler Leitgedanke in das SGB I und SGB IX aufgenommen; so lautet der § 1 des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen):

„Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (SGB IX, §1, 2001).

Mit der Kategorie Selbstbestimmung wurde also auch die Leitvorstellung der „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ bzw. der Begriff der Partizipation (ICF 2005) aufgegriffen.

Teilhabe und Inklusion in der aktuellen sonderpädagogischen Diskussion

Inzwischen gilt ‚Teilhabe‘ anstelle von ‚Rehabilitation‘ als der umfassendere Begriff für Mittel, Wege und Ziele der Hilfen für Menschen mit Behinderungen (Blumenthal & Schliehe, 2009).

Exemplarisch für diese Entwicklung kann folgender Vorgang angeführt werden: Die Fachzeitschrift der Elternvereinigung „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.“ wurde im Jahr 2009 nach 47 Jahrgängen umbenannt – sie heißt nun nicht mehr „Geistige Behinderung“, sondern „Teilhabe“.

In den letzten 10 Jahren wurde auch zunehmend der Gedanke der Inklusion diskutiert – und zwar zum einen als Ergänzung, zum anderen aber auch in kritischer Opposition zum Konzept der Integration. Unter „Inklusion“ als bewusste Abgrenzung zur Integration ist gemeint, dass die Bedingungen einer Gesellschaft so beschaffen sind, dass von vorneherein kein Mensch ausgegrenzt werden kann.

„Es geht nicht nur darum, innerhalb bestehender Strukturen Raum zu schaffen auch für Behinderte, sondern gesellschaftliche Strukturen so zu gestalten und zu verändern, dass sie der realen Vielfalt menschlicher Lebenslagen – gerade auch von Menschen mit Behinderungen - von vornherein besser gerecht werden“ (Aichele 2008, zit. nach Lindmeier, 2009, S. 4).

Inzwischen hat sich eine heftige Debatte um die Inklusionsbewegung herum artikuliert. Neben vielen Befürwortern werden auch kritische Stimmen laut.

„Die derzeitige Inklusionsdebatte ruft innerhalb der Behindertenhilfe ambivalente Reaktionen hervor. Die einen versprechen sich vom Einzug des Inklusionsansatzes die Erfüllung lang gehegter Zukunftswünsche, die anderen fürchten ... um das Profil der Heilpädagogik als eigene Fachdisziplin und Profession. Gleichzeitig wachsen in der Praxis Unsicherheit und Verwirrung. Was ist neu an diesem Ansatz? Haben wir das nicht immer schon gemacht? Wie können wir innovative Konzepte in der täglichen Arbeit umsetzen? Aber auch: sind damit Einsparungen und strukturelle Umwälzungen verbunden?“ (Seifert, 2009, S.11).

Doch wie auch immer, inzwischen tauchen die Begriffe „Teilhabe“ bzw. „Partizipation“ und „Inklusion“ in dieser interdependenten Redefigur an zentraler Stelle auch in der UN-Konvention auf und ziehen sich als Leitmotiv durch den Text hindurch. Lindmeier interpretiert dies so:

„Die Wendung Partizipation und Inklusion ... deutet darauf hin, dass es nicht ausreicht, die Teilhabe am Leben der Gesellschaft gesetzlich sicherzustellen. Eine vollständige und wirksame Teilhabe lässt sich vielmehr erst erreichen, wenn Menschen mit Behinderung sich in allen Lebensbereichen in verstärktem Maße sozial zugehörig fühlen können. Ohne diese Zielsetzung eines *verstärkten Zugehörigkeitsgefühls* (...Präambel, Absatz m, n) würde die Teilhabe am Leben der Gesellschaft unvollständig und unwirksam bleiben“ (Lindmeier, 2009, S. 4).

Es ist offensichtlich so, dass die neuen Leitvorstellungen ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ zwingend aufeinander verweisen. Dementsprechend sollen sie auch in vorliegendem Zusammenhang gleichermaßen thematisiert werden.

Doch gilt es auch zu fragen, was es denn mit diesem zunehmend beschleunigtem Wechsel an Leitvorstellungen innerhalb der Geistigbehindertenpädagogik auf sich hat. Soviel kann zunächst festgehalten werden: Die programmatischen Zielvorstellungen der 1970er und 1980er Jahre, ‚Normalisierung‘ und ‚Integration‘, sind weitgehend aufgegriffen und auf pragmatischer Ebene umgesetzt worden. Die sozialpolitische Formel „ambulant vor stationär“ oder die Priorität des ‚gemeinsamen Unterrichts‘ in der sonderpädagogischen Förderung können hierfür als Beleg herangezogen werden. Das heißt, den programmatischen Ideen sind inzwischen auf pragmatischer Ebene zahlreiche pädagogische, organisatorische, administrative Umsetzungsversuche gefolgt. Oder anders formuliert:

Die pädagogischen Ideen manifestieren sich in pragmatischen Konzepten, so dass letztlich die Leitvorstellungen nach und nach deutlichere Konturen erhalten und ihre Bedeutung mithin gefestigt wird.

Doch wie sieht es mit den Leitvorstellungen ‚Selbstbestimmung‘, ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ aus? Hier besteht noch begriffliche Unklarheit und auch ein Mangel an pragmatischen Realisierungskonzepten.

Vor diesem Hintergrund erscheinen nun die „Special Olympics“ in einem besonderen Licht. Nicht zuletzt im Blick auf den oftmals als „olympisches Motto“ zitierten Allgemeinplatz „Dabei sein ist alles“ können die „Special Olympics“ als ein populäres Exempel für eine mögliche Umsetzung der Leitfigur ‚Teilhabe am Leben in der Gesellschaft‘ aufgefasst werden. Diesem Gedanken soll im Folgenden nachgegangen werden. Doch müssen zuvor die Begriffe ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ in Umrissen erörtert werden.

Zum Verständnis von ‚Teilhabe‘

In dem neuen Enzyklopädischen Handbuch der Behindertenpädagogik Band 2 mit dem Titel „Behinderung und Anerkennung“ (Dederich & Jantzen, 2009) wird „Partizipation“ als Gegenbegriff zur „Isolation“ vorgestellt.

Partizipation wird als Sammelbegriff bezeichnet, der in sich eine Vielfalt unterschiedlicher und z. T. widersprüchlicher Bedeutungsnuancen enthält.

So wird darauf aufmerksam gemacht, dass Partizipation zum einen als *Teilnahme*, zum anderen als *Teilhabe* verstanden werden kann – und zwar folgendermaßen:

„In seiner überwiegenden Verwendung im gegenwärtigen Sprachgebrauch bezeichnet der Begriff (sc.: Partizipation. K.-E. A.) die **Teilnahme** bzw. Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an politischen Beratungen und Entscheidungen, seltener die **Teilhabe** an den Politikresultaten, etwa im Sinne einer Partizipation an Freiheit, gesellschaftlicher Macht, Reichtum, Wohlstand und Sicherheit“ (Schnurr, 2005, S. 1330; zit. nach Prosetzky, 2009, S. 88).

Aus philosophischer Sicht (Gerhardt & Volker, 2007) wird Partizipation als „**das** Prinzip“ von Politik überhaupt verstanden. Partizipation bedeutet aus dieser Sicht

„Teilhabe und Teilnahme an einem Ganzen, über das niemand allein verfügen kann“ (Prosetzky, 2009, S. 88).

Allerdings – so die kritische Rückfrage – sei nicht klar, wie denn Partizipation gerade auch im pädagogischen Handlungszusammenhang erreicht werden könne. Vor allem sei die Frage nicht geklärt, unter welchen Bedingungen eine Umsetzung von Teilhabe und Teilnahme in diesem Sinne begründet erfolgen kann.

„Diese (sc.: Bedingungen, K.-E. A.) gelte es zu erkennen und begrifflich zu fassen, um sich aus einer drohenden ‚Partizipations-Technokratie‘ (...) bzw. einer ‚Tyrannei der Partizipation‘ (...) zu befreien“ (Prosetzky, 2009, S. 89).

So tauchen Partizipation bzw. Teilhabe und Teilnahme in Politik, Verwaltung und Wissenschaft – vor allem aber auch in Leitbildern von sonderpädagogischen Einrichtungen – zwar als ein bedeutendes und „beliebtes Schlagwort“ auf und seien „fachlich überaus positiv besetzt... , jedoch ohne für das pädagogische Handeln inhaltlich und methodisch aufgearbeitet zu sein ...“ (a.a.O., S. 89). Hierdurch sei die Gefahr gegeben, dass ein ungeklärtes Verständnis von Partizipation das Handeln dominiere.

Und insgesamt wird aus dieser Perspektive dem Begriff Partizipation bzw. Teilhabe und Teilnahme eine hochgradige Ambivalenz bescheinigt, die vor allem bei der praktischen Umsetzung zu Phänomenen wie dem folgenden führe: Dass nämlich Partizipationsangebote letztlich lediglich dazu dienen, dass die bereits Privilegierten noch mehr Privilegien erhalten.

Dementsprechend sei die Partizipation eher als ein Prinzip des Handelns und Organisierens zu verstehen, dessen Zielsetzung letztlich offen bleibe.

„Als problematisch erweist sich daher die unhinterfragt positive Besetzung und moralische Überhöhung des Begriffs, sofern dieser nicht näher bestimmt“ sei (Prosetzky, 2009, S. 89).

Geradezu exemplarisch für die Ambivalenz des Partizipationsbegriffes sieht Prosetzky die darauf bezogene Definition von Behinderung in der WHO-Klassifikation ICF (2005), in der Behinderung nunmehr als Folge einer durch Defekt und Aktivitätsstörung veränderten Partizipation begriffen werde. Das als fortschrittlich apostrophierte Verständnis von Behinderung, dass nämlich nicht das Individuum durch einen individuellen Defekt behindert sei, sondern insgesamt die Situation qua eingeschränkter Partizipation behindert werde – also: nicht das Individuum, sondern die Situation ist behindert – dieses neue Verständnis sei möglicherweise nicht die Lösung, sondern konstruiere selbst erst das Problem: Denn mit diesem Behinderungsverständnis habe die WHO zwar ein Behinderungsmodell abgelehnt, in dem die Defizite eines Menschen und die technische Reparatur dieses Defektes in den Mittelpunkt gerückt wurden. Doch erwecke auf der anderen Seite dieser ungeklärte Partizipationsbegriff durch die positive Aufladung den illusionären Eindruck, er könne die Problematik von Behinderung insgesamt lösen:

„Andererseits suggeriert die vage und unbestimmte Formulierung dessen, was unter Teilhabe zu verstehen und wie diese zu ermöglichen wäre, Partizipation per se als **die Lösung** aller mit Behinderung verknüpften Probleme“ (a.a.O., S. 90).

Dem aber sei entgegenzuhalten, dass das herangezogene Partizipationskonzept die Behinderung selbst produziere:

„Denn die gegebenen gesellschaftlichen Partizipationsverhältnisse vermögen nicht nur Behinderung zu kompensieren, sondern Behinderung überhaupt erst herzustellen“ (a.a.O., S. 90).

So viel zunächst zu dem kritischen Verständnis eines ambivalenten Begriffes von Partizipation bzw. Teilhabe und Teilnahme.

Wie lässt sich der Ambivalenz des Konzeptes ‚Partizipation‘ und ‚Teilhabe am Leben in der Gesellschaft‘ entgehen? Stellt hier nicht gerade das Beispiel der „Special Olympics“ einen konkreten Ansatz dar, der ‚Teilhabe‘ nicht nur auf einer organisatorischen Ebene sicherstellt, sondern darüber hinaus insbesondere Anerkennung und Wertschätzung dem Subjekt vermittelt und somit die behinderte Situation zu korrigieren wenn nicht sogar zu klären vermag?

Der Eid der „Special Olympics“ lautet: „Lasst mich gewinnen, doch wenn ich nicht gewinnen kann, so lasst mich mutig mein Bestes geben!“ Und der Anspruch dieses Eides ist es auch, dass durch die Teilnahme und Teilhabe an diesen Spielen Menschen mit geistiger Behinderung Zugehörigkeitsgefühl, Anerkennung und Akzeptanz erfahren. Die Frage also ist, ob die „Special Olympics“ nicht gerade ein Beispiel für die Bedeutung der Verschränkung von ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ darstellen, auf die z.B. Christian Lindmeier folgendermaßen hingewiesen hat:

„Eine vollständige und wirksame Teilhabe lässt sich vielmehr erst erreichen, wenn Menschen mit Behinderung sich in allen Lebensbereichen in verstärktem Maße sozial zugehörig fühlen können“ (Lindmeier, 2009, S. 4).

Dort heißt es dann weiter:

„Ohne diese Zielsetzung eines **verstärkten Zugehörigkeitsgefühls** (sc. UN-Konvention; Präambel m,n) würde die Teilhabe am Leben der Gesellschaft unvollständig und unwirksam bleiben“ (Lindmeier, 2009, S. 4).

Aus pädagogischer Sicht muss dieser Anspruch weiter verfolgt werden. Ich verfüge nicht über Untersuchungen, ob bei den „spezial olympics“ Zugehörigkeitsgefühl entwickelt und damit einhergehend Partizipation als Teilhabe und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft durch gelungene Inklusion gefestigt und fundiert wird. Doch könnten solche Untersuchungen dazu beitragen, dass die **Bedingungen** der Möglichkeit von ‚Teilhabe‘ sowie ‚Inklusion‘ erhellt werden – und hierdurch die Begriffe ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ begründet zu pädagogischen Kategorien werden. Doch solange diese Klärung aussteht, gilt es, dem Konzept ‚Teilhabe‘ mit Skepsis zu begegnen. Und genau dies gilt auch für das Konzept ‚Inklusion‘.

Zum Verständnis von Inklusion

Worüber sprechen wir, wenn wir von Inklusion reden? Wo ist Drinnen, wo ist Draußen? Angesichts der deutlich gewordenen Ambivalenzen in der Diskussion von ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ ist es hilfreich, einen Blick auf differenztheoretische Ansätze der Soziologie zu werfen. Uwe Schimank hat mit seiner Arbeitsgruppe hierzu geforscht (Burzan et al., 2008). Aus einer solchen Sicht muss man dann feststellen, dass das in der Sonderpädagogik derzeit diskutierte Verständnis von Inklusion möglicherweise einem archaischen bzw. mittelalterlichen Selbstverständnis von Individuum und Gesellschaft anhängt, das an den Möglichkeiten von Inklusion in der heutigen *funktional differenzierten Gesellschaft* völlig vorbeiläuft.

„Gesellschaftliche Inklusion der Person: Was bedeutet es für Menschen, in einer funktional differenzierten Gesellschaft zu leben? Welche Lebenserfahrungen und welche Muster der Lebensführung ergeben sich aus dieser Differenzierungsform der Moderne? Der entscheidende Unterschied gegenüber der Inklusion in vormoderne Gesellschaften besteht darin, dass es in der funktional differenzierten Gesellschaft keine Ein-zu-Eins Zuordnung einer bestimmten Person zu einem bestimmten Teilsystem – und nur zu diesem – gibt (...). In der stratifizierten mittelalterlichen Gesellschaft, die sich in ein Über- und Untereinander von Ständen schichtete, war das noch der Fall. Jeder Stand hatte einen Exklusivzugriff auf einen Teil des gesellschaftlichen Personals; und diese Personen wurden dann in ihrer gesamten Lebensführung durch diese Standeszugehörigkeit geprägt. Der Bauer war noch nicht gleichzeitig – auch nicht ein bisschen – Adliger oder Geistlicher und vice versa. Aus der Sicht des Einzelnen bot jeder Stand eine Komplett-Lebensordnung. Man brauchte nichts anderes mehr zu sein als z. B. Bauer, um sein Leben in allen Belangen führen zu können, um rundum existentiell aufgehoben zu sein; und wenn man mit einer so vorgeprägten Lebensführung zur Reproduktion der Ordnung des eigenen Standes beitrug, war das zugleich der Beitrag zur Reproduktion gesellschaftlicher Ordnung überhaupt. In der Regel gab es auch keinerlei individuelle Mobilität zwischen den Schichten. Die funktional differenzierte moderne Gesellschaft ist hingegen durch personale Exklusion in dem Sinne charakterisiert, dass eine Person als Ganze in keinem Teilsystem mehr gefragt ist und angesprochen wird. Die Person ist in jedem Teilsystem immer nur in bestimmtem Rollen involviert – ansonsten bleibt sie ausgesperrt. Völlig anders als bei der exklusiven Totalinklusion in nur einen Stand der mittelalterlichen Gesellschaft bestimmt in der funktional differenzierten Gesellschaft somit eine multiple Partialinklusion in viele oder sogar alle Teilsysteme die Lebenschancen und – über die Lebenschancen vermittelt – die Lebensführung der Menschen“ (Burzan et al., 2008, S. 23).

Angesichts der Tatsache, dass Inklusion in der modernen Gesellschaft als Partialinklusion, d.h. als Inklusion in einige bzw. verschiedene Teilsysteme der Gesellschaft abläuft – und dass eine Person als Ganze in keinem Teilsystem gefragt ist, sondern immer nur in Blick auf einige Rollen – muss die Rede von einer umfassenden und ganzheitlichen Inklusion und die hiermit einhergehende Hoffnung auf umfassende bzw. ganzheitliche Inklusion korrigiert bzw. zumindest relativiert werden, nämlich dahingehend, dass eben in dieser modernen Gesellschaft eine vollständige sowie wirksame Inklusion und Teilhabe für das Individuum vor dem Hintergrund partialer Teilsysteme gar nicht möglich ist.

Visionen der Geistigbehindertenpädagogik

Eingangs haben wir festgestellt, dass die Entwicklung der Sonderpädagogik durch eine Abfolge von je neuen programmatischen Leitbildern begleitet wurde, die meist engagiert und im Rahmen von umfassenden Bewegungen rezipiert wurden und zur Weiterentwicklung von entsprechenden pragmatischen Realisierungs- und Umsetzungsversuchen führten, die wiederum die zunächst visionären Leitbilder zu konturierteren Leitvorstellungen werden ließen.

Wie sieht es nun mit ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ aus? Sind diese in der Sonderpädagogik zum größten Teil engagiert aufgegriffenen Konzepte möglicherweise nur irreführende Ansätze – oder tragen sie zu einer fundierten Weiterentwicklung der Sonderpädagogik bei?

Und: Wenn wir an Special Olympics teilnehmen und teilhaben, erliegen wir – als in Teilsystemen nur partial gefragte Subjekte - dann nur einem illusionären Abglanz von Inklusion?

Oder verhält es sich vielmehr umgekehrt – und die Leitformel „Dabeisein ist alles“ bedeutet eben, dass die Teilhabe an Special Olympics auch die Risiken für das Subjekt in der modernen Gesellschaft mit einschließt.

Das würde aber auch bedeuten, dass nach einer entsprechend angemessenen Begleitung für die teilnehmenden und teilhabenden Sportlerinnen und Sportler gefragt werden muss, durch die dann personale Ressourcen entwickelt werden können und die den Individuen jene Kohärenz ermöglichen, die aus Sicht z.B. des Konzeptes der Salutogenese (Antonovsky, 1997) notwendig ist, damit eine Person am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann.

Solche Fragen gilt es zu stellen und dabei zu verdeutlichen, dass solche Leitvorstellungen wie ‚Teilhabe‘ und ‚Inklusion‘ unverzichtbare und notwendige Orientierungen für pädagogisches Denken und Handeln darstellen, die ihre Bedeutung nicht dadurch verlieren, dass die Realitäten noch nicht so weit entwickelt sind. Vielmehr gilt es, das Spannungsverhältnis zwischen den denknötigen Visionen einerseits und der möglicherweise noch weit davon entfernten Realität andererseits zu erkennen und auszuhalten.

Literatur

- Antonovsky, A. & Franke, A. (2009). *Salutogenese. zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen.
- Blumenthal, W. & Schliehe, F. (Hrsg.)(2009). *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation*. Heidelberg.
- Burzan, N., Lökenhoff, B., Schimank, U. & Schöneck, N. M. (2008). *Das Publikum der Gesellschaft. Inklusionsverhältnisse und Inklusionsprofile in Deutschland*. Wiesbaden.
- Dederich, M. & Jantzen, W. (Hrsg.)(2009)*Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart.
- Drave, W., Rimpler, F. & Wachtel, P. (Hrsg.)(2000). *Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung. Allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte (KMK)*. Würzburg.
- Fornefeld, B. (Hrsg.)(2008). *Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik*. München.
- Fornefeld, B. (Hrsg.)(2008): *Menschen mit Komplexer Behinderung*. München.
- Gerhard, V. (2007). *Partizipation: Das Prinzip der Politik*. München.

ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Hrsg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Neu-Isenburg 2005.

Lindmeier, C. (2009). Teilhabe und Inklusion. *Teilhabe 48* (1), 4-10.

Prosetzky, I.(2009). Isolation und Partizipation. In M. Dederich & W. Jantzen (Hrsg.), *Behinderung und Anerkennung*, (S. 87 – 95). Stuttgart.

Inklusion durch Sport - Inklusion im Sport:

Folgerungen des Inklusionsgedankens und der Behindertenrechtskonvention auf den Sport von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Einleitung

„Visionen brauchen Fahrpläne“, hat Ernst Bloch einmal gesagt. Das heißt, sie brauchen eine Verknüpfung mit der Wirklichkeit. Die Vision einer inklusiven Gesellschaft, in der Menschen mit Behinderung nicht ausgegrenzt werden, ist heute kaum mehr als ein ideelles Bild, das aber lohnt, ihm möglichst klare Konturen zu geben, sich über die je unterschiedlichen Bilder aller Beteiligten im Gespräch auszutauschen, realisierte Ansätze zur Kenntnis zu nehmen und an Verbesserungen und Erweiterungen sowie Neukonzeptionierungen der Praxis – auch im Sport- zu arbeiten.

Die neue Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen bietet dazu einen guten Anlass. Der Deutsche Bundestag und der Bundesrat haben das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Dezember 2008 ratifiziert und sich damit verpflichtet, den Inhalt dieses als Behindertenrechtskonvention (BRK) bezeichneten völkerrechtlichen Vertrags in das nationale deutsche Recht zu übertragen. Formell ist das Übereinkommen ab dem 26. März 2009 rechtsverpflichtend. (vgl. Vortrag Klaus Lachwitz zur BRK am 25.2.2009 unter www.behindertenbeauftragte.de/alle-inklusive)

Die Konvention gilt als das fortschrittlichste Instrument der Vereinten Nationen, das zum Schutz der Menschenrechte erarbeitet worden ist. Ihr erklärtes Ziel ist es, behinderte Menschen weltweit zu vollwertigen Bürgern ihres Landes zu machen. Die Selbstbestimmung behinderter Menschen, die Zurückweisung von Fremdbestimmung und Aussonderung in institutionell organisierten Lebenswelten, die Sicherung von Barrierefreiheit und die volle Teilhabe (Inklusion) am allgemeinen gesellschaftlichen Leben stehen deshalb ganz im Vordergrund der Konvention.

Die wesentlichen Ziele der Behindertenrechtskonvention

- * **Inklusion** aller behinderten Menschen in das gesellschaftliche Leben in allen Lebensbereichen
- * **Volle Bürgerrechte** für alle behinderten Menschen

- * **Abkehr vom Prinzip der Fürsorge**, das einerseits darauf ausgerichtet ist, behinderte Menschen vor Nachteilen zu schützen, sie andererseits jedoch zu Objekten staatlichen Handelns erklärt
- * **Abkehr** von einem **defizitorientierten Menschenbild**, das behinderte Menschen nicht an ihren Fähigkeiten, sondern an ihren Unfähigkeiten misst
- * **Selbstbestimmte Lebensführung** in allen Lebensbereichen
- * **De-Institutionalisierung** als Vorgabe für die Gestaltung der Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen
- * **Aktive Einbindung** in das **Leben der Gemeinde**

Behinderte Menschen werden als *vollwertige Bürger* ihrer jeweiligen Gesellschaft anerkannt, die sich – wie ihre nichtbehinderten Mitbürgerinnen und -bürger – selbst bestimmen und auf diese Weise entfalten und entwickeln können.

Der *Grundgedanke der Selbstbestimmung* durchzieht die gesamte Behindertenrechtskonvention. Selbstbestimmung auf der Grundlage der UN-Konvention

- * ist ein Menschenrecht, das die Freiheit umfasst, eigene Entscheidungen zu treffen
- * stützt sich auf die Achtung der den Menschen innewohnenden Würde und seine individuelle Autonomie
- * ist aus der allgemeinen Handlungsfreiheit abgeleitet
- * schließt keinen Menschen aufgrund der Art und des Ausmaßes seiner Behinderung aus
- * beachtet die Unterschiedlichkeit (Vielfalt) von Menschen
- * setzt Wahlmöglichkeiten voraus (Art. 19).

Im Zusammenhang mit Sport ist sicherlich der Artikel 30 „Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport“ besonders interessant:

In Absatz 5 heißt es:

Ziel ist die gleichberechtigte Teilnahme behinderter Menschen an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten

- * durch Teilnahme an Breitensportlichen Aktivitäten auf allen Ebenen
- * durch Sicherstellung behinderungsspezifischer Sport- und Erholungsaktivitäten
- * durch Zugang zu Sport-, Erholungs-, und Tourismusstätten
- * durch Sicherung gleichberechtigter Teilnahme behinderter Kinder mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit-, und Sportaktivitäten
- * durch Zugang zu Dienstleistungen der Organisationen von Erholungs-, Tourismus-, Freizeit-, und Sportaktivitäten

Für mein Empfinden „**atmet**“ die BRK der UN „**Inklusion**“.

Die BRK trifft auf eine deutsche Gesetzgebung, die in den letzten Jahren die Rechtsposition behinderter Menschen gestärkt hat. Hier sind vor allem zu nennen:

1. das Verbot von Benachteiligungen im Grundgesetz, Art. 3 Abs. 3
2. das Behindertengleichstellungsgesetz, BGG
3. das Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz AGG
4. das Recht auf Teilhabe im SGB IX

Häufig ist es auch eine Frage der Perspektive, die man einnimmt, wenn es um Fragen der Integration bzw. Inklusion geht. Bei der Vorstellung der Integration kann man durchaus aus der Sonder-Perspektive schauen, also zum Beispiel bei Fragen der schulischen Integration vom Sonderschulwesen ausgehen, und dann schauen, wann und wie man Begegnungsmöglichkeiten zwischen behinderten und nichtbehinderten Schülern organisiert. Jedes Treffen ist sicher zu begrüßen, aber bei dieser Perspektive bleibt die Begegnung die Ausnahme, die Regel ist die weitere Sonder-Beschulung.

Bei Inklusion verhält es sich anders: Ausgangspunkt der Betrachtung ist das Regelschulsystem. Aufgabe ist es hier für die Schulen, sich den Bedarfen von allen Kindern anzupassen. Also auch der Druck der Anpassungsleistung wird vom Kind genommen. Es ist wahrlich eine pädagogische Aufgabe, allen Kindern in einem definierten Zuständigkeitsbereich (zum Beispiel in einem Stadtteil oder in einem Ort) Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung zu machen, unabhängig auch von der Frage, wie schnell man lernt, wo man wohnt, welche religiöse oder sexuelle Orientierung man hat, ob man Junge ist oder Mädchen oder wie man sich noch voneinander unterscheiden kann. Bei Inklusion geht es eher um „Diversity Management“ (Umgang mit Vielfalt), wie es im englischen heißt und hier genannt werden soll, weil unsere KollegInnen in englisch sprechenden Ländern diesbezüglich konzeptionell weiter fortgeschritten sind. Denn wenn es gelungen wäre, behinderte Menschen vollständig in die Gesellschaft zu integrieren, bzw. sie nicht mehr zu besondern in „Extra-Strukturen“, dann bleiben doch andere von Marginalisierung bedrohte Gruppen, die zu integrieren wären. Gehen wir also lieber gleich von einer heterogenen Gesellschaft aus. Hier ist es dann angezeigt, Konzepte für heterogene Gruppen – zum Beispiel im Sport- zu entwickeln, haben wir es doch in der Vergangenheit eher etwas kommod gehabt mit der Sortierung von Menschen und unserem konzeptionellen Zuschnitt auf diese relativ homogenen Gruppen.

Ausgehend von der BRK sind nun schon ein Paar Mal die Worte Inklusion und in Abgrenzung hierzu Integration gefallen. Schauen wir noch einmal etwas zurück zur Einordnung, wo wir uns fachlich befinden, um dann einige grundsätzliche Anmerkungen zum Thema Inklusion machen zu können.

Paradigmen in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen

Tab. 1: U. Niehoff, Bundesvereinigung Lebenshilfe Marburg, 2009

Begriffe	Verwahrung	Förderung	Begleitung
Zeitschiene	1945-60er Jahre, punktuell auch heute noch	60er- bis in die 90er Jahre	ab ca. Mitte der 90er Jahre
Menschenbild	biologistisch- nihilistisch (G.Theunissen) nicht lernfähig „Du bist nichts, Du kannst nichts“	pädagogisch- optimistisch lernfähig „Aus dir kann etwas werden“	vollakzeptierend gleichwertige Persön- lichkeit „Du bist“ Wir sind
Professionelle Hand- lungen	verwahren	fördern	begleiten
Ziele	gute Pflege: satt und sauber	Kompetenzerwerb Verselbständigung	Lebensqualität Selbstbestimmung
Professionelle In- strumente	im besten Fall: Pflege und Behand- lungsplan	Förderplan	Zukunftsplanung, Erwachsenen- bildung
Institutionalisierte Hilfen	Psychiatrische Kran- kenhäuser, Anstalten	Sondereinrichtungen (Reha-Kette)	Offene Hilfen Community Care Inklusion
wichtige Bezugs- gruppen	Mediziner, Kranken- pfleger, Kranken- schwestern	Eltern; Pädagogen und Therapeuten	Betroffene Begleiter/ Assistenten Eltern und Angehörige

Menschen mit Behinderung fordern eine Gesellschaft ohne Diskriminierung und Ausgrenzung ein. Viele Betroffene sehen nicht in ihrer Beeinträchtigung den Grund für ihre Benachteiligung, sondern in einer nicht barrierefreien Gesellschaft. Das „Forum behinderter Juristinnen und Juristen“ versteht Behinderung als jede Maßnahme oder Verhaltensweise, die Menschen mit Beeinträchtigungen Lebensmöglichkeiten nimmt, beschränkt oder erschwert. Behinderung liegt aus dieser Sicht

nicht in der individuellen Beeinträchtigung (Sinnes-, Körper-, oder geistige Behinderung), sondern in einer Gesellschaft, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht um Bereitstellung von kompensierenden Hilfen bemüht. Es wird verständlich, warum z.B. Aktivisten aus der „Krüppelbewegung“ häufig von „den Behinderten“ sprechen. Implizit ist bei dieser Bezeichnung vor dem Hintergrund gerade skizzierten Selbstverständnisses eine Kritik der ausgrenzenden Gesellschaft, weil sie es ist, die behindert. So kann plötzlich die Bezeichnung „Mensch mit geistiger Behinderung“ kontraproduktiv werden. Viele Fachleute und die Lebenshilfe als Verband haben sich in den 90er Jahren dafür stark gemacht, nicht von „den Behinderten“ zu sprechen. Menschen mit geistiger Behinderung seien nicht durch ihre Beeinträchtigung vorrangig zu bezeichnen und zu charakterisieren. Sie seien zunächst einmal Menschen, die unter anderem auch eine geistige Beeinträchtigung hätten. Allerdings wird die Behinderung in die Person gelegt, wenn man von Menschen mit Körperbehinderung, Menschen mit Sehbehinderung oder Menschen mit geistiger Behinderung spricht. Der Part, der die ausgrenzende und behindernde Gesellschaft im Selbstverständnis der behinderten Juristinnen und Juristen kritisiert, geht so verloren. Vielleicht kann dies ein Plädoyer dafür sein, nicht dogmatisch und ausschließlich von „Menschen mit geistiger Behinderung“ zu sprechen, sondern alternierend hierzu durchaus auch von geistig behinderten Menschen. Denn gesellschaftlich werden Stigmatisierte Personen (weiter) geistig behindert, wenn sie z.B. nicht ernst genommen werden, ausgegrenzt werden, ihnen zu wenig zugetraut wird, ihre Äußerungen und Willensbekundungen nach Einschätzung von „Fachleuten“ in bestimmte Richtungen interpretiert werden etc.

Zum Tragen kommt in diesen Überlegungen noch einmal die Philosophie der „Selbstbestimmt-Leben-Bewegung“, das Behinderung kein therapeutisches sondern ein politisches Problem sei, und demnach auch die Bedingungen, die behindern, zu verändern seien, und nicht „die Behinderten“.

Menschen mit Behinderung wollen Bürger sein – uneingeschränkt und unbehindert (Niehoff & Hinz, 2008). Dies ist die zentralste Bedeutung des Leitbildes Inklusion. In Abgrenzung zum Begriff der Integration, der sich häufig eigentlich mit der Frage der Re-Integration auseinandersetzt, wird es eine inklusive Gesellschaft gar nicht erst zur Ausgrenzung kommen lassen. Wenn in Konzeptfragen der Behindertenhilfe um integrative Modelle gerungen wird, geht es häufig darum, aus der Perspektive der Behinderung und Besonderung Ausgrenzung rückgängig zu machen. Wenn z.B. die Lebenshilfe Träger eines integrativen Kindergartens ist, so wirbt sie darum, dass neben behinderten Kindern auch nicht behinderte Kinder betreut werden. Ein erfolgreicher und vorurteilsabbauender Weg. Er führt allerdings häufig dazu, dass behinderte Kinder morgens in einem größeren Einzugsgebiet über viele Kilometer und längere Fahrtzeit in den zentral gelegenen Kindergarten gebracht werden müssen, um dort andere behinderte Kinder und nicht behinderte Kinder aus einer Kommune treffen zu können, in der sie möglicherweise nicht beheimatet sind, weil ihr Wohnort 5 . 20 Kilometer entfernt liegt. Sicherlich stellen diese integrativen Kindergärten einen wichtigen Schritt in Richtung Normalisierung dar, eben weil sie ge-

währleisten, dass behinderte Kinder nicht immer nur mit behinderten Kindern leben lernen. Normaler und inklusiver ist aber z.B. das „Rucksack-Modell“ der Kindergartenbetreuung in Hessen, wo seit wenigen Jahren behinderte Kinder in ihren Kindergärten ca. 16.000 Euro pro Jahr mitbringen, mit dem sich die Einrichtung vor Ort zusätzliches Betreuungspersonal und/oder Know-how einkaufen kann, um dem Hilfebedarf des Kindes mit Behinderung gerecht zu werden.

Nun wird zu Recht kritisiert, dass 16.000 Euro zu wenig Geld seien, um die Bedarfe aller Kinder mit Behinderung zu decken. Es wird vermutet, dass die gute Qualität pädagogischer Betreuung und Förderung im integrativen Kindergarten in den weniger vorbereiteten kommunalen Kindergärten nicht gehalten werden könnten. Zudem wird die Gefahr gesehen, dass Kinder mit geringem Hilfsbedarf und angepasstem Verhalten in den Kindergärten vor Ort gerne aufgenommen würden, dass Kinder mit höherem Hilfebedarf jedoch auf die Kindergärten der Behindertenverbände verwiesen würden. Träger integrativer Kindergärten sehen sich mittel- und langfristige aufgrund nachlassender Nachfrage, der Konzentration von schwerer behinderten Kindern und geringerer finanzieller Ausstattungen nicht in der Lage, ihr institutionelles Angebot aufrecht zu erhalten. An diesem Beispiel werden die institutionenkritischen Implikationen von Inklusion deutlich. „Hardware“ im Sinne von Gebäuden (Institutionen) sind dann nicht nötig, wenn behinderte Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Alte auch an den Orten ihre Unterstützung halten, wo andere Bürger auch nachfragen: Kindergärten, Schulen, sozialer Wohnungsbau, kommunaler Arbeitsmarkt, Kultur- und Freizeitbegegnungsstätten, Volkshochschulen, Altentagesstätten etc. Im Unterschied zu den Leitzielen der Integration, Normalisierung und Dezentralisierung – die mit (relativ) kleinen gemeinwesenintegrierten Institutionen vereinbar waren, ist der Begriff Inklusion mit „Entinstitutionalisierung“ verbunden: nicht kleine Heime sind in Abgrenzung zu Anstalten und Psychiatrischen Krankenhäusern angesagt, sondern unterstütztes Wohnen allein, in der Partnerschaft, in einer Wohngemeinschaft oder in der eigenen Wohnung – um ein Beispiel aus dem Lebensbereich Wohnen anzudeuten.

Inklusion garantiert nicht per se Lebensqualität

Inklusive Hilfeformen zu diskutieren und politisch einzufordern ist kein Königsweg zur Freiheit, Akzeptanz, Würde und Lebensqualität – wie das Beispiel der Kindertagesstätte in Hessen zeigt. Politik und Verwaltung wollen heute neben inhaltlichen Reformen auch zumindest Kostenneutralität - wenn nicht sogar Kosteneinsparungen. Das Beispiel aus Hessen belegt, dass ein wichtiger Grundsatz inklusiven Denkens verletzt wurde: Durch die Pauschalisierung auf einen immer gleichen Betrag von Euro 16.000 wird nicht der je individuell verschiedene Hilfebedarf berücksichtigt. Es geht also hier nicht um „Case-Management“, um aufgrund der Analyse des Hilfebedarfs ein individuell maßgeschneidertes Unterstützungskonzept zu entwickeln, sondern um eine Pauschale. Diese kann allen beteiligten Kindern niemals gerecht werden.

Was ist „Inklusion?“

„(engl.) Einbeziehung; dieser Begriff ergibt sich aus der Auffassung, dass eine Gesellschaft aus Individuen besteht, die sich alle mehr oder weniger unterscheiden. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, muss die Gesellschaft dafür Sorge tragen, dass der Zugang aller Bürger zu Institutionen und Dienstleistungen ermöglicht wird unter Berücksichtigung ihrer individuellen Möglichkeiten. Das Prinzip der Integration strebt die Eingliederung behinderter Menschen in die bestehende Gesellschaft an; Inklusion dagegen will die Veränderung bestehender Strukturen und Auffassungen dahingehend, dass die Unterschiedlichkeit der einzelnen Menschen die Normalität ist. Jeder Mensch soll die Unterstützung und Hilfe erhalten, die er für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigt“ (Luchterhand Verlag, 1999).

Was bedeutet Community Care?

„Community Care bedeutet, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der örtlichen Gesellschaft leben, wohnen, arbeiten und sich erholen und dabei auch von der örtlichen Gesellschaft unterstützt werden. Menschen mit geistiger Behinderung haben darin eine Position eines vollwertigen Bürgers mit denselben Rechten und Pflichten wie jeder Bürger.

Die Unterstützung wird in erster Linie durch die natürlichen Unterstützer geboten aus dem eigenen sozialen Netzwerk. Daneben sind die üblichen gesellschaftlichen Dienste (wie die örtliche Behörde, die Betriebe, usw.) Dienstleister und Unterstützer für Menschen mit geistiger Behinderung und ihr soziales System. Ergänzend ist eine Rolle/Aufgabe für Organisationen vorgesehen, die spezialisiert sind auf dem Gebiet der Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Organisationen bieten in erster Linie Unterstützung für die üblichen gesellschaftlichen Dienste in Situationen, wo diese nicht in der Lage sind, adäquat zu unterstützen oder Dienste zu leisten. Je nach Situation variiert ihre Rolle/Aufgabe dabei, sowohl hinsichtlich der Zeit als auch der Art, abhängig vom Unterstützungsbedarf der Person mit geistiger Behinderung und/oder seines sozialen Netzwerkes.

Bürger sein als Ausgangspunkt ist dabei nicht Ziel an sich, aber die Stärkung der gesellschaftlichen Position der Menschen mit geistiger Behinderung schafft die besten Rahmenbedingungen für eine gute Lebensqualität. Lebensqualität hängt zusammen mit dem Einfluss, den man auf das eigene Leben ausüben kann. Soziale Beziehungen, kompetent zu sein und sich zu fühlen, sich selbst zu entwickeln und zu lernen und Respekt zu erfahren sind dabei wichtige Elemente. Dieses führt zur Emanzipation von Menschen mit geistiger Behinderung mit positiven Folgen für sowohl die Person mit geistiger Behinderung, als auch für die örtliche Gesellschaft“ (Bollag, 2000).

In einer Deklaration der UNESCO zu den Rechten des Kindes heißt es: „Inklusion ist ein „niemals endender Prozess, bei der Kinder und Erwachsene mit Behinderung die Chance bekommen, in vollem Umfang an ALLEN Gemeinschaftsaktivitä-

ten teilzunehmen, die auch nicht behinderten Menschen offen stehen“... Inklusion bedeutet z.B. „Kinder mit Behinderung in der Schule zu erziehen, die sie besuchen würden, wenn sie keine Behinderung hätten“ (UNESCO-UN-Komitee für die Rechte des Kindes, 1997).

In einer inklusiven Gesellschaft werden Menschen mit Behinderung nicht aus ihrer familiären Umgebung in spezielle Institutionen verbracht, sondern bleiben in ihrem primären sozialen Netzwerk (Familie, Nachbarschaft) integriert.

Diese Netzwerke bekommen so viel Unterstützung, dass sie dem Menschen mit Behinderung gerecht werden können. Dies bedeutet eine Ausrichtung der Hilfe(n) am Einzelfall. Der Mensch mit Behinderung braucht zu seiner Unterstützung nicht rundum professionelle Hilfe, und er soll nur so viel Assistenz bekommen, wie unbedingt nötig. Seine Fähigkeiten sind individuell zu entwickeln. Man geht dabei davon aus, dass jeder Mensch die gleichen Grundbedürfnisse hat, leben in einer ihm angenehmen, vertrauten Umgebung, soziale Kontakte. Auch der Mensch mit einer schweren Behinderung ist fähig, seine Bedürfnisse und Wünsche zu äußern, vorausgesetzt die Umgebung billigt ihm Kompetenz für sein Leben zu und übergeht nicht in wohl wollender Bevormundung die Frage: Was will der Mensch mit Behinderung? Die Assistenzplanung geschieht auf Grund seiner individuellen Zukunftsvision.

„Community Care“ rechnet damit, dass „Normalbürger“ fähig und bereit sind, Menschen mit speziellen Schwierigkeiten im täglichen Leben zu integrieren, wenn sie gefragt werden. Die sozialen Kontakte müssen nur geknüpft werden.... Stationäre Angebote werden nachrangig. Gefordert sind flexible ambulante Hilfen (Bollag, 2000).

Neben quantitativen Aspekten (Verkleinerung und Dezentralisierung von Großeinrichtungen) sind qualitative Aspekte (wie werden Menschen mit Behinderung gesehen: als zu erziehende Objekte, als Patienten/Klienten – oder als Nutzer/Kunden, die Assistenz in der Führung ihres persönlichen Lebensstils erfahren?) von großer Bedeutung.

Inklusion und Community Care bedeutet nicht schlicht Verkleinerung von Institutionen und Dezentralisierung. Knust-Potter gibt in ihrer Dissertation eine Untersuchung aus Großbritannien von Dossa wieder, die belegt, dass Menschen in gemeindeintegrierten, kleineren Wohnformen Gefahr laufen, ähnlich verwaltet und fremdbestimmt zu werden, wie in isolierenden Institutionen. Häufig werden Bewohner als zu erziehende/therapierende Objekte gesehen (Dossa, 1992).

Aus Dezentralisierung wurde mehr und mehr Inklusion, als – wie es Dörner ausdrückt – „Professionelle“ mehr Zeit für die Zufallsbürger aufbringen mussten. Dieses hat sich dramatisch ausgezahlt.... Dann haben wir gemerkt, dass die überwiegende Zahl der Menschen, die da (nach der Enthospitalisierung U.N.) irgendwo in Wohnungen rum wuselten, 90% Zufallsbürgerkontakte und nur 10% Profikontakte hatten.... Wir haben die Öffentlichkeitsarbeit völlig umgestaltet. Positive Presseberichte über eine Haus- oder Straßengemeinschaft, die sich als sehr tolerant erwiesen hat, haben wir forciert. Für solche Bestärkungsprozesse haben wir den toleran-

ten Bürger zugelassen. Weil wir aus historischen Studien ja wissen, dass dieser früher der einzige Träger von sozialem Engagement war. Also muss das bei der Konstanz unserer genetischen Ausstattung auch noch heute in den Genen drin sein. Zum anderen haben wir eine systemische Arbeit mit Schülern angefangen. D.h. wir haben jetzt seit 10 Jahren in Gütersloh mit acht Schulen Vereinbarungen für Begegnungspraktika mit psychisch kranken, geistig behinderten, dementen Menschen (Dörner, 2001).

Wichtig wird in diesem Zusammenhang für Professionelle der Begriff „Kompetenztransfer“. Es geht darum, durch Wissens- und Erfahrungstransfer die allgemeine Öffentlichkeit bzw. kommunale Netzwerke zu befähigen, behinderte Menschen mit ihren besonderen Bedürfnissen nicht auszuschließen. Dies bedeutet z.B., dass öffentliche Gesundheitsdienste und Beratungsstellen, Bibliotheken, Volkshochschulen, öffentliche Verkehrsmittel usw. sich auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung einstellen müssen (Niehoff, 2000).

Die Diskrepanz zwischen Anspruch (Kompetenztransfer durch Beratung von allgemein-öffentlich Institutionen) und Wirklichkeit (Behandlung, Betreuungs-Begleitung behinderter Menschen) wird deutlich. Das Selbstverständnis unserer Profession ist berührt. Selbstverständlich sind wir in der Vergangenheit davon ausgegangen, dass unsere Zielgruppe fast ausschließlich Menschen mit Behinderung waren. Dafür wurden und werden wir bezahlt! Anders herum: Wer sollte den KollegInnen bezahlen, die ihre Arbeitszeit darauf verwenden, oben genannte Institutionen allgemein zu beraten? Eine weitgehend offene Frage.

Welche Entwicklungslinien hat die Idee Inklusion?

Nach dem bisher Gesagten wird deutlich geworden sein, dass Inklusion ein verändertes Kerngeschäft von Professionellen bedeutet. Es ist eine Binsenweisheit, dass bisherige soziale Netze nicht kompetent genug sind, alle Bürger einzubeziehen, denn sonst gäbe es das Ausgrenzungsphänomen nicht. Es scheint, das mit beinahe 40 Jahren Verspätung nun ein Leitbild auch im Leben von Menschen mit geistige Behinderung an Profil gewinnt, dass in der Sozialarbeit in den 70er Jahren ein innovativen Schub gebracht hat: Gemeinwesenarbeit als dritte Methode der Sozialarbeit neben den Konzepten der Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit (z.B. Bahr-Gronemeyer, 1994). Nicht zum ersten Mal gewinnen Problematisierungen mit großer zeitlicher Verzögerung im Leben geistig behinderter Menschen an Bedeutung – wie z.B. der Feminismus und die Selbstbestimmt Leben Bewegung erst in den 90er Jahren. Aber: besser spät als gar nicht!

Die Notwendigkeit, dass soziale Netz von Bürgern bei Problemkonstellationen in das Blickfeld professioneller sozialarbeiterischer Tätigkeit nehmen, ergab sich aus der Einsicht, dass es wenig Sinn macht, einzelne Personen zu beraten, zu behandeln, kompetent zu machen wie auch immer zu intervenieren, wenn das soziale Umfeld nicht in die Veränderungen mit einbezogen wurde. Das Leitbild Normalisierung wurde in den letzten Jahrzehnten zu häufig so missverstanden, das der ein-

zelle behinderte Mensch durch Anpassung an gesellschaftliche Normen zu normalisieren sei. Inklusion legt seinen Schwerpunkt auf die Veränderung gesellschaftlicher Zusammenhänge, um Menschen in ihrem Sosein akzeptieren und sie nicht ausgrenzen zu müssen. (Re-)integration wird nötig, wenn Inklusion scheitert, oder andersherum: in eine inklusive Gesellschaft muss nicht integriert werden.

Enthospitalisierung, Dezentralisierung und Integration klein dimensionierte Hilfeangebote allein bringt noch nicht Sicherheit, bürgerliche Existenzformen, Freiheit, Lebensqualität usw. mit sich – wie Dalferth eindrucksvoll referiert (Dalferth, 1997). Die Lebenssituation nach dem Auszug aus einer großen Behinderteneinrichtung oder einem Krankenhaus habe sich „nicht in jeder Sicht verbessert, z.T. auch dramatisch verschlechtert“ (ebd. S. 346). Die Sterblichkeitsraten haben sich für Menschen in kleinen Wohnformen gegenüber Klienten in großen Einrichtungen deutlich erhöht. Dalferth schreibt: „Die Größe der Einrichtung allein scheint kein zuverlässiges Kriterium für mehr oder weniger Lebensqualität zu sein“ (ebd. S. 351). Die aufgrund der staatlichen Enthospitalisierungsprogramme entlassenen behinderten Menschen wurden privaten Organisationen übergeben, die offenkundig eine Möglichkeit entdeckten, auf dem Rücken der behinderten Bewohner große Geschäfte zu machen, aber wenig Bereitschaft zeigten, angemessene Versorgung – und Betreuungsbedingungen zu garantieren. Fragwürdiges und kriminelles Geschäftsgebaren, Missmanagement der Serviceanbieter in der Gemeinde, Beschäftigungen von notdürftig ausgebildeten und schlecht bezahlten Betreuern, die z.B. ohne Erste-Hilfe-Kenntnisse schwerst- und mehrfach behinderte Menschen betreuen sollten, bilden den Hintergrund für die katastrophale Entwicklung“ (ebd. S. 351-352). „Diese vorliegenden Befunde jedoch zum Anlass zu nehmen, Großeinrichtungen rehabilitiert zu sehen, deren desintegrative Wirkung als mannigfach belegt werden kann, wäre verfehlt. Vielmehr muss darum gehen, die Hintergründe zu erhellen, die zu einer problematischen oder desolaten Entwicklung in gemeindenahen Wohnformen führen konnten und für die Entwicklung in der BRD auf angemessene Wohn- und Betreuungsstandards zu insistieren“ (ebd. S. 351)... „Gemeindenahen Wohnformen sind nicht per se integrativ, - sie stellen lediglich eine wesentliche Voraussetzung für eine Normalisierung der Lebenswelten behinderter Menschen dar. Diese Normalisierung wird durch eine rein geographische Integration nicht erreicht, sondern muss mit einer gezielten Förderung der Kompetenzen von Wohngruppenbewohnern *und* mit gemeinwesenorientierten Aktionen einhergehen, damit die Chancen in der Gemeinde genutzt und geeignete Bedingungen für ein Zusammenleben von behinderten und nichtbehinderten Menschen geschaffen werden können“ (ebd. S. 353).

Inklusion, Community Care, persönliche Zukunftsplanung, individuelles Lifestyle-Planning, Diskussion um Kunden – oder Nutzerorientierung, persönliches Budget oder Arbeitgebermodell, SGB IX und die neue Behindertenrechtskonvention – all diese Begriffe, Entwicklungen und Paragraphen und die dahinterstehende Philosophie stehen im Zusammenhang mit der allgemein gesellschaftlichen Entwicklung der Individualisierung, die „patchwork-Biographien“ (Beck, 1996) mit sich bringen.

Für Bürger in den westlichen hochentwickelten Staaten gibt es kaum mehr durch sozialen Status festgelegte Lebensläufe und Orientierung. Im Gegensatz gibt es sehr viele Optionen/Möglichkeiten, wie je individuell eröffnet und gesichert werden müssen, eben in einer selbstgestrickten „patchwork-Biographie“. „Wir leben in einer Dienstleistungsgesellschaft, nicht mehr in einer Industriegesellschaft, wo viele Leute am Fließband beschäftigt werden. Für die industrielle Produktion von Gütern braucht es immer weniger Menschen, und diese überwachen hochkomplizierte Maschinen. Die Arbeitswelt differenziert sich immer mehr aus, traditionelle Berufslehren aber gibt es immer weniger. Fast alle Arbeitsplätze verlangen heute Flexibilität, z.B. weil alle paar Jahre neue Computersysteme eingeführt werden. Wen also sollte es wundern, wenn schließlich auch in der Behindertenarbeit flexible MitarbeiterInnen gefordert werden? Wenn der Ruf nach Maßarbeit ertönt und nicht nach Massenabfertigung! Denn schließlich waren die Großeinrichtungen in der Behindertenhilfe die Antwort der Industriegesellschaft auf die Behindertenfrage und sie hat sie entsprechend „fabrikgemäß“ gelöst. Die nicht Einzugliedernden wurden zusammengefasst und rationell versorgt und verwaltet“ (Bollag, 2000). Soweit Bollag (2009) in einer zugestandenermaßen pointierten Darstellungsweise.

Gefragt ist heute „Case Management“ als individuell zugeschnittenes Hilfspaket und nicht ein Platz im Wohnheim xy. So häufig sind Träger von Großeinrichtungen in der Vergangenheit deduktiv vorgegangen, d. h. sie haben ausgehend von einem vorhandenen Hilfesystem bei einer Betreuungsanfrage überlegt, ob diese Person in das System einzufügen sei. „Der Dienstleistungsaspekt stand in der Gründerzeit der Anstalten (...) im Vordergrund. Anderthalb Jahrhundert Anstaltsgeschichte lehren uns, dass Rationalisierungsaspekte, finanzielle Aspekte, strukturelle Gewalt, gesellschaftliche Aussonderungs- und Verwahrfunktion und der Sog zur Entpersönlichung in der allmächtigen totalen Institution in der Lage waren, den Dienstleistungsaspekt verdrängen oder in den Hintergrund treten zu lassen (Hahn, 1999)

Im Kontrast zum skizzierten deduktiven Weg geht der induktive Ansatz vom persönlichen Bedarf des Einzelnen aus und schneidert ein maßgerechtes Dienstleistungsangebot. Sollten notwendige Hilfe aktuell nicht vorhanden sein, so werden sich flexible Dienstleister um eben die Entwicklungen selbiger Bemühen, also ihr Angebot dem Bedarf anpassen und nicht umgekehrt.

Internationale Entwicklungen und professionelle Veränderungen

Ausgehend von den US-amerikanischen Erfahrungen, dass Großeinrichtung durch Investitionen kaum mehr zu finanzieren und unter Aspekten von Lebensqualität zu reformieren seien (in Kalifornien lebten zwischen 1954 und 1960 noch ca. 24.000 geistig behinderter Menschen in 5(!) staatlichen Institutionen) sind in den USA in den letzten 30 Jahren Konzepte zu Community Care und Inklusion entwickelt worden (Bollag, 2000).

Zeitlich parallel gab es am Normalisierungsprinzip orientierte Dezentralisierungsbestrebungen vor allem in den englischsprachigen Staaten (Canada, Neuseeland, Australien, Großbritannien) sowie in den skandinavischen Ländern, aber auch in

den Niederlanden und Deutschland (hier vor allem in der Sozialpsychiatrie) (Dalferth, 1997, Knust Potter, 1995). Beschrieben wurden diese Entwicklungen von Referenten der Tagung „Community Care“ (evgl. Stiftung Alsterdorf, 2001) wo Lermann aus Schweden, Lynda D. Kahn aus den USA, Peter Nouwens aus den Niederlanden sowie Heiner Keupp und Klaus Dörner aus Deutschland. Demnach scheint es allgemein die Entwicklung zu geben von Psychiatrischen Krankenhäusern, Großeinrichtungen und Anstalten zu gemeinwesenintegrierten kleineren Einrichtungen hin zu offenen, flexiblen Service- und Assistenzdiensten in der Gemeinde. Diese müssen zum Gelingen ihres Anspruchs auf Nicht-Ausgrenzung und gesellschaftlicher Partizipation Öffentlichkeitsarbeit und Kompetenztransfer an die allgemein zugänglichen kommunalen Angebote, Behörden etc. leisten. Ein Beispiel für solchermaßen flexible Dienste skizziert Krüger in seinem Beitrag zum „Supported Living“ aus den USA (Krüger, 2000). Dieser Begriff kann weitgehend synonym gebraucht werden mit Inklusion und Community Care im hier gebrauchten Sinne. „Supported Living“ beruht auf der Grundlage von Überzeugungen und Prinzipien von Menschen, die wählen, wo sie leben, mit wem sie zusammenleben (wenn überhaupt), welche Hilfen sie bekommen und welchen Lebensstil sie führen möchten“... Supported Living bedeutet:

- * Trennung von Wohnung und Hilfeleistung
- * Fokussierung auf eine Person zu einem Zeitpunkt
- * Wahl und Kontrollmöglichkeiten des Nutzers
- * Niemand wird zurückgewiesen
- * Fokussierung auf Beziehungen; Nutzen von informellen Hilfen und Ressourcen des Gemeinwesens (Krüger, 2000).

Mitarbeiter, so Krüger weiter „müssen sich als Verbindungselemente und Wegbereiter betrachten.... Der Mitarbeiter und die Mitarbeiterin sind das Verbindungsglied zum Gemeinwesen, sie sind Problemlöser, Rechtsanwältin und Mitmensch“.

Man kann auch von Professionellen als „Brückenbauer“ in die Gemeinde sprechen. Es geht darum, soziale Netzwerke zu knüpfen, Beziehungen zu stiften. Der Begriff „Kompetenztransfer“ ist zentral und selbstverständlich in diesen Zusammenhängen. Unsere Kompetenz als Professionelle (durch theoretische Ausbildung und praktische Erfahrung erworbenes Wissen) soll in die Gemeinde transferiert/übermittelt werden, damit dort eine nicht ausgrenzende Gesellschaft entstehen kann. Wir beraten z.B. Volkshochschulen, Sportvereine und „Pro Familia“, damit diese ihre (Beratungs-) Angebote auch auf Menschen mit geistiger Behinderung ausrichten können. Sport, Familien- und Sexualberatung sowie Erwachsenenbildung werden dann nicht mehr nur durch die Behindertenverbände organisiert. Die weiter unten aufgeführten Beispiele bieten Anschauungsmöglichkeiten, wie Professionelle in ihrer hilfreichen, kompetent machenden Arbeit ohne Institutionen auskommen können.

Linda D. Kahn spricht von der Rolle und den Aufgaben des „Beziehungsstifters“:

- * Die Interessen der Menschen kennen lernen
- * Menschen helfen, mit dem leichtesten Schritt anzufangen
- * Die Kunst des Bekanntmachens
- * Eine Einladung herbeiführen
- * Menschen helfen, ihre Gaben und Interessen zu entdecken, zu feiern, zu teilen
- * Kontakte zu alten Freunden wieder aufnehmen etc. (Kahn, 2001).

Entwicklungen in Deutschland

Generell gestaltet sich die Entwicklung in Deutschland in Bezug auf Inklusion in sozialpolitischer Hinsicht widersprüchlich. Das persönliche Budget ist potentiell „Empowerment“ für Menschen mit geistiger Behinderung. Wenn sie über einen z.T. großen Geldbetrag verfügen, und sich dafür Dienstleistungen einkaufen, haben geistig behinderte Menschen (häufig mit Unterstützung) „die Macht“ (wer zahlt, bestimmt die Musik). Es gilt, mit den politischen Entscheidungsträgern um eine bedarfsgerechte Ausstattung des persönlichen Budgets zu ringen, damit nicht mit einem progressiven Mäntelchen ein kleines Sparschwein verkauft wird.

Aber schon allein die Diskussionen über Community Care und Inklusion verstärken die Positionen behinderter Menschen, denn es ist leicht nachvollziehbar, dass sich Dienstleister sehr klar auf die Bedarfe ihrer Nutzer (mit dem persönlichen Budget auch Kunden) ausrichten, weil sie davon abhängig sind, die Bedarfe genau zu treffen. Andernfalls wird ein Kunde einen anderen Konkurrenten einkaufen. Dies wiederum hätte mittelfristig eine existentielle Bedeutung für den Dienstleister. Die Rolle des Nutzer von Dienstleistungen wird also gestärkt. Auch das SGB IX geht von einer gestärkten Position behinderter Menschen aus. Teilhabe und Partizipation sind zentrale Begriffe.

Es gibt nun am Ende des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts doch einige mut machende Beispiele in Deutschland von erfolgreich praktizierten/konzeptionierten inklusiven Ansätzen, ohne dass diese Praxis sich immer dezidiert auf Inklusion berufen würde.

So hat sich z.B. eine Initiative in Frankenberg aus der Agenda 21-Gruppe „soziales und Kultur“ entwickelt. Auf Einladung der Lebenshilfe Frankenberg waren im ca. 30 Vertreter von Vereinen, Verbänden, Schulen und Organisationen zusammengekommen, um über Möglichkeiten der Integration und Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung in lokale Vereine nachzudenken. Erfreulich ist das große Interesse an der Einladung und der dahinterstehenden Idee. Professionelle sind gefordert, dieses Interesse durch Unterstützung (Kompetenztransfer) am Leben zu erhalten und Sorge dafür zu tragen, dass die Bereitschaft zur Teilhabe erfolgversprechend realisiert werden kann – dies auch mittel- und langfristig.

Wie z.B. die Inklusion in Sportvereine gelingen kann, dazu liegen bei der Sportjugend nun schon seit Jahren gute Erfahrungen vor. Rainer Seel ist Referent für Integrationssport bei der Sportjugend Hessen. Als allgemeiner hessischer Jugend-

sportverband hat er sich der Integration behinderter Menschen in die Strukturen und Vereine des Sportverbandes verschrieben, obwohl er Inklusion betreibt. Er will durch Konzeptions- und Öffentlichkeitsarbeit, integrative Freizeiten, theoretische und praktische Fortbildungen, Projekte und persönliche Beratung vor Ort Ausgrenzung und Besonderung von behinderten Menschen von vorneherein verhindern (www.sportjugend-hessen.de).

Einen originär inklusiven Ansatz haben auch in der Regel „Familienentlastende Dienste“ oder „Familienunterstützende Dienste“. Letztgenannte Bezeichnung wird heute häufig bevorzugt, da der Begriff „Entlastung“ eine Belastung durch das Zusammenleben mit einem behinderten Angehörigen impliziert. Wenn auch die Organisation des Alltages in der betroffenen Familie schwieriger zu organisieren ist, so sollte doch nicht von den Behindertenverbänden von Belastung im Zusammenhang mit Behinderung gesprochen werden. Das primäre soziale Netz Familie wird durch flexible Dienstleistungen und Beratungen vor Ort häufig in der Wohnung unterstützt, sodass der Angehörige in der Familie leben kann, Besonderung vermieden wird. Das „Regelsystem Familie“ wird (Wagner-Stolp, 1997; Sack, 1999).

Klaus von Lüpke hat nach meiner Kenntnis am weitestgehendsten in Deutschland Community Care zum Leitbild seiner Arbeit beim ev. Stadtkirchenverband in Essen gemacht. Seit über 20 Jahren liegt Inklusion der praktischen Arbeit zugrunde: „Um mit der integrativen Ausgestaltung des Zusammenlebens im Gemeinwesen weiterzukommen, ist zweierlei- in parallelen und aufeinander abgestimmten Prozessen – notwendig: Einerseits ist die wohltätige Aussonderung durch Behinderteneinrichtungen zu überwinden, d.h. es ist ein Ausbau- und Aufnahme-Stop für alle Sondereinrichtungen durchzusetzen, weil diese Einrichtungen der Gemeinwesenentwicklung entgegenwirken. Sie tragen durch ihr Vorhandensein dazu bei, das Gemeinwesen zu Endfunktionalisieren, die integrativen und solidari-schen Kräfte des Gemeinwesens funktionslos zu machen. Andererseits ist in Verbindung mit der Entwicklung von integrativen Strukturen sowie von Assistenz- und Kooperationsdiensten auch methodische Gemeinwesenarbeit zu betreiben, damit es gelingt, die gesellschaftlichen Lebensbedingungen nachhaltig zu verbessern, die Gemeinschaft zum Mittragen zu gewinnen und die mitmenschliche Umgangskultur zu vertiefen. So werden die Strukturen des Miteinanders mit Inhalt gefüllt und führen zum Wachsen persönlicher Beziehungen.

Ohne Gemeinwesenarbeit besteht die Gefahr, dass nicht nur die Sondereinrichtungen, sondern auch die Sonderdienste endfunktionalisierend wirken; die einseitig professionelle Organisation auch von persönlichen Assistenzdiensten kann zu einem bloßen Versorgungssystem führen, das das Gemeinwesen endfunktionalisiert und die Dienstleistungsempfänger in neue Abhängigkeit bringt und in alter Einsamkeit belässt. Die Entwicklung integrativer Strukturen, der Aufbau von Assistenz- und Kooperationsdiensten und die Gemeinwesenarbeit müssen als drei gleich wichtige Elemente eines korrespondierenden Systems zusammenwirken, um eine effektive Gesellschaftsveränderung zu erreichen, d.h. um das Sondersystem ganz abzulösen, statt es nur – von vollstationären Institutionen in teilstationäre, von zentralen

Einrichtungen in dezentrale, von Einrichtungen in Sonderdienste usw. – zu differenzieren (v. Lüpke, 1994).

Von Lüpke führt folgende Aufgaben für Gemeinwesenarbeit an:

- * Aufbau lebendiger, attraktiver Kinder- und Jugendarbeitsangebote, die auch für Kinder/Jugendliche mit Behinderung Beteiligungsmöglichkeiten bieten
- * Weiterentwicklung von vielfältigen Breitenkultur und Breitensport- und Spielangeboten mit Mitmachmöglichkeiten für jeden
- * Organisation von Nachbarschaftskontakten und Nachbarschaftshilfen, auch von Nachbarschaftsvereinen
- * Aufbau von Tauschzentralen, Care-Sharing-Stellen o.ä.
- * Förderung einer Vielfalt von Vereinsleben und von Clubangeboten
- * Organisation von Festen und Feiern
- * Organisation von Selbsthilfeunterstützungskreisen, runden Tischen, Gemeinwesenkonferenzen u.a.
- * Kommunikative Ausgestaltung von Straßen, Plätzen, Läden, Haltestellen u.a.

Ähnlich wie Kahn empfiehlt von Lüpke:

- * Einzelne Menschen entdecken...., die mit ihren eigenen Lebensbedingung im Stadtteil unzufrieden sind.
- * Die einzelnen Interessierten aus überschaubaren Bereichen miteinander in Kontakt bringen...
- * Mit (Initiativ-)Gruppen größere Veranstaltungen und Gemeinschaftsprojekte ausgestalten...
- * Gruppen mit anderen Gruppen vernetzen, runde Tische (vor Ort) und Netzwerke (überörtlich) organisieren, um mehr Probleme erfolgreich lösen zu können

Theoretisch reflektiert hat Klaus von Lüpke seine praktische Gemeinwesenarbeit in dem anregendem Buch „Nichts besonderes – Zusammen leben und arbeiten von Menschen mit und ohne Behinderung“ im Klartext Verlag, welches unverdientermaßen wenig zur Kenntnis genommen worden ist. Im Mittelpunkt des Buches stehen Erfahrungen aus dem In- und Ausland, die zeigen, in welchen praktischen Modellen und Lebensformen das Zusammenleben von behinderten und nichtbehinderten Menschen positiv erprobt worden ist. Daraus leitet von Lüpke eine Fülle von konkreten Anregungen und Forderungen ab, wie in Familien, Schulen, am Arbeitsplatz, im Wohnbereich und in der Freizeit das Miteinander-Leben zu gestalten ist. Er zeigt Formen und Möglichkeiten des politischen Engagements für eine menschlichere Stadt und stellt dar, wie durch persönliche Assistenzdienste und Gemeinwesenarbeit die Aussonderung von behinderten Menschen verhindert werden kann.

Ideen für den Sport mit behinderten Menschen vor dem Hintergrund des Gesagten

*** Konzeptionsentwicklung mit behinderten Sportlern**

Die Leitidee der Selbstbestimmung fordert professionelle Demut in Fachdiskussionen. Der Slogan des Duisburger Kongresses 1994 lautete: „Ich weiß doch selbst, was ich will!- Menschen mit Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung“ Er mag plakativ wirken. Als Titel eines Kongresses ist dies vielleicht aber auch angebracht. Relativieren kann man dann während der Kongresstage. In seiner Vollmundigkeit aber sagt der Slogan, dass professionelle Unterstützer sich bitte nicht sicher sein sollten in Ihren Einschätzungen betreffend die Belange von behinderten Menschen. Der Slogan aus der englischen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung „Nothing about me without me!“ ist sicher sehr nahe an dem wesentlichen Gehalt des Duisburger Slogans. Zu lange waren sich Professionelle sicher in Einschätzungen in Bezug auf Menschen mit Behinderung. Dabei ist auch sicher nicht alles falsch, was an Hilfen entwickelt wurde. Es ist nur angezeigt, auf vielerlei Wegen die Betroffenen zu befragen, wie sie ihre Hilfen denn haben wollten. Möglicherweise sind die Ergebnisse deckungsgleich mit den vorhandenen Konzepten. Möglicherweise aber auch nicht. Es geht schlicht darum, mit den „Experten in eigener Sache“ Konzepte zu entwickeln. Nicht für sie, sondern mit ihnen!

*** Wahlmöglichkeiten schaffen**

In der Vergangenheit wurden fachliche Fragen zum Teil erbittert unter Fachleuten diskutiert. Nicht immer wurden die Betroffenen befragt, zum Beispiel in Bezug auf ihre Präferenzen im Integrationssport oder Sport mit behinderten KollegInnen aus der Werkstatt. Es geht wohl weniger um das „entweder-oder“, als um Wahlmöglichkeiten. Menschen mit Behinderung sollten auswählen können aus der ganzen Vielfalt, die der Sport bietet.

Wer Spitzensport leisten möchte: bitte schön- der Behindertensportverband bietet mit seinen Weltmeisterschaften und Paralympics Foren hierzu an. Aus diesem Grund ist es auch nicht hinnehmbar, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung so lange von den Paralympics ausgeschlossen waren.

Wer sich durch das Konzept von Special Olympics angesprochen fühlt, hat gute Möglichkeiten über die vielen Mitglieder bei SOD sein Training zu absolvieren und an regionalen, nationalen und internationalen Wettkämpfen und Events teilzunehmen.

Wer gerne in den Regelstrukturen des Sports aktiv sein möchte, der sollte die Gelegenheit dazu haben. Und hier komme ich zum nächsten Punkt:

*** Ausbau inklusiver Angebote**

Damit Wahlmöglichkeiten auch vorhanden sind, müssen diese Angebote ganz wesentlich ausgebaut werden. Hier haben die Verantwortlichen noch viel Arbeit zu

leisten, denn wenn man keine Wahloptionen hat, ist es gerade zu zynisch, von ihnen zu sprechen.

* Eher: Ausgrenzung/Besonderung verhindern, als Integration

Es scheint mir generell eine Herausforderung für die Behindertenhilfe zu sein, den Perspektivenwechsel vorzunehmen: sehen wir uns in der „Besonderung“ und bemühen uns um die Begegnung mit nichtbehinderten Menschen (Integration), oder sehen wir uns in den Regelstrukturen verortet (auch wenn wir es aktuell nicht immer sind) und versuchen wir, Besonderung zu vermeiden? Der inklusive Weg wäre, nicht alles selbst zu machen, sondern auf Regelangebote in zum Beispiel Sportvereinen zuzugehen (Kompetenztransfer, wie beschrieben), und mit den dort tätigen Menschen Agreements zu schließen, was verändert werden muss, damit auch Menschen, die etwas anders sind, an den Angeboten partizipieren können. Erfahrungen hierzu liegen- wie beschrieben- bei der Sportjugend Hessen vor. Auch die Arbeitsgemeinschaft Gemeinsam Leben, gemeinsam Lernen im Saarland (www.gemeinsamleben-gemeinsamlernen.de/Landesarbeitsgemeinschaften) bietet die Koordination von Freizeitwünschen von behinderten Kindern und Jugendlichen in dem Sinne an, dass sie nicht selbst Angebote macht, sondern nach Wunsch der Kinder bzw. ihrer Eltern danach schaut, inwieweit städtische Regelangebote auch zugänglich sein können für Kinder mit besonderen Bedarfen. Sie bieten Assistenzdienste und Beratung an und können auf jahrelange Erfahrungen verweisen.

Literatur

Die Literaturliste kann beim Autor angefordert werden (Ulrich.Niehoff@lebenshilfe.de).

Nationale und internationale Perspektiven im Sport für Menschen mit geistiger Behinderung

Einleitung

Menschen mit geistiger Behinderung sind in verschiedenen Handlungsfeldern von Bewegung und Sport aktiv: in der Schule und im Freizeit- und Wettkampfsport auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. Sie beteiligen sich an Spiel- und Sportangeboten auf kommunaler Ebene und in Einrichtungen der beruflichen Bildung und der Rehabilitation.

Das Themenfeld „Sport und Menschen mit geistiger Behinderung“ wird in Ausbildungsgängen von Universitäten und anderen Bildungsinstitutionen behandelt und wird aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven wissenschaftlich erforscht. Interessant sind auch aktuelle Entwicklungen, die sich auf Strukturen und Netzwerke von Sport und Sportwissenschaft beziehen.

Ziele und Aufgaben

Übergeordnetes Ziel aller Bestrebungen sind der Gewinn von Lebensqualität und die aktive und gleichberechtigte Partizipation am Sport in den Handlungsfeldern von Schule, Freizeit und Sport (Wegner & Schulke 2008).

Dabei geht es um die Integration bzw. Inklusion in das System der Bildung (Bürli, Strasser & Stein, 2009; Thoma & Rehle, 2009) und des Sports (Seitz, 2008). Um hier deutliche Fortschritte zu erzielen, bedarf es einer entsprechenden Förderung des Informations- und Kenntnisstandes in allen gesellschaftlichen Bereichen und speziell einer verbesserten Ausbildung von Fachkräften. Funktionierende Konzepte müssen bekannt gemacht und weiterentwickelt werden, innovative Ansätze gilt es zu erproben.

Zur Terminologie

In den letzten Jahren hat es terminologische Änderungen gegeben, die Auswirkungen auf die Partizipationsmöglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung haben können, häufig aber auch neue Fragen des Verständnisses auf nationaler und internationaler Ebene aufgeworfen haben. Im englischen Sprachraum ist der Terminus „mentally retarded“ durch „persons with an intellectual disability“ ersetzt worden; dies zeigt sich insbesondere bei den internationalen Sportverbänden wie „Special Olympics International (SOI)“ und „International Sports Federation for

People with an Intellectual Disability (INAS-FID)“, einer Mitgliedsorganisation des „International Paralympic Committee (IPC)“.

SOI und INAS-FID

Hervorzuheben ist, dass beide internationalen Sportorganisationen für Menschen mit geistiger Behinderung die Förderung individueller und sozialer Kompetenzen im und durch Sport in den Mittelpunkt ihrer Aktivitäten stellen. Beide streben einen Ausbau der Sportangebote im Freizeit- und Wettkampfbereich an, allerdings bestehen klare Unterschiede im Wettkampfsystem („banded“ versus „open“). Während Special Olympics nationale Wettkämpfe durchführt und im Vierjahresturnus Special Olympics Summer bzw. Winter Games auf internationaler Ebene organisiert, führt INAS-FID so genannte Global Games und Weltmeisterschaften durch. Special Olympics hat ein eigenes Wettkampfsystem entwickelt, bei dem es nur sportliche Wettkämpfe für Sportlerinnen und Sportler vergleichbarer Leistungsstärke gibt, d. h., dass es beispielsweise in einer leichtathletischen Disziplin mehrere Sieger gibt. Weltmeistertitel werden also nicht vergeben. Das Wettkampfsystem von INAS-FID hingegen sieht in jeder Disziplin nur einen Wettkampf vor, entsprechend werden Rekordlisten geführt und Weltmeistertitel vergeben. Wenn es auch klare Unterschiede in der Philosophie und in den Strukturen beider Organisationen gibt, so ist doch festzustellen, dass beide einen wichtigen Beitrag zur aktiven Teilhabe im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung leisten, wobei ihr jeweiliges Angebot komplementär zu sehen ist. Das zeigt sich auch darin, dass einige Sportler und Sportlerinnen sowohl an den Special Olympics als auch an den Wettkämpfen von INAS-FID teilnehmen.

Internationale Netzwerke

„Special Olympics International“ ist ebenso wie das „International Paralympic Committee (IPC)“, das „International Committee of Sports for the Deaf (ICSD/CISS)“ und die „International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA)“ Mitglied in der größten internationalen Dachorganisation für Sport und Sportwissenschaft, dem „International Council of Sport Science and Physical Education (ICSSPE)“, dem insgesamt über 300 nationale und internationale Organisationen und Institutionen angehören. Im Jahr 2008 fand erstmals ein gemeinsam von IOC, IPC, ICSSPE und FIMS (International Federation of Sports Medicine) organisierter Weltkongress im Vorfeld der Olympischen Sommerspiele von Peking statt. Die „International Convention on Science, Education and Medicine in Sport (ICSEMIS)“ fand in Guangzhou, China, statt und Themen des Sports von Menschen mit einer Behinderung waren in allen Teilen des Kongressprogrammes integriert. Entsprechend gab es auch wissenschaftliche Beiträge, die von Special Olympics präsentiert wurden.

Eine weitere neue Initiative wurde in den vergangenen Jahren von ICSSPE gestartet und behandelt Themen, die sich auf die Möglichkeiten von Bewegung und Sport im Katastrophen-Management beziehen. Jährlich finden dazu Seminare statt, die sich an Interessierte wenden, die sich an einem Einsatz nach Naturkatastrophen (Tsunami, Erdbeben etc.) beteiligen wollen. Das nächste Seminar findet vom 2.-8 November 2009 in Rheinsberg statt.

Ebenfalls in diesem Jahr wird das 17. Internationale Symposium on Adapted Physical Activity in Gävle, Schweden, organisiert. Diese im Zweijahresrhythmus durchgeführte internationale Veranstaltung bietet Einblicke in aktuelle Forschungsarbeiten im Bereich „Bewegung und Behinderung“, stellt Beispiele guter Praxis vor und gibt einen Überblick über aktuelle Ausbildungsmöglichkeiten.

Ausbildungsmöglichkeiten

Bereits seit 1991 besteht der Studiengang „European Master’s Degree in Adapted Physical Activity“, koordiniert von der KU Leuven, Belgien. Seit 2004 hat die Europäische Kommission diesen Studiengang erweitert zu einem ERASMUS MUNDUS Programm, an dem sich nun Studierende aus der ganzen Welt beteiligen können.

Special Olympics hat bereits seit einigen Jahren ein sog. University Project aufgelegt, hier gibt es eine enge Kooperation mit der IFAPA, die die Umsetzung an verschiedenen Universitäten unterstützt. Hier geht es vorrangig um eine bessere Qualifizierung von Lehrkräften, die in ihren Ausbildungen im Fach Sport bzw. in der Sportwissenschaft mit Themen des Sports von Menschen mit geistiger Behinderung vertraut gemacht werden.

Ausgewählte Forschungsthemen

Eine Sichtung aktueller Fachliteratur zeigt, welche Forschungsthemen gegenwärtig bearbeitet werden. Hier sind im Folgenden einige ausgewählte Forschungsthemen zusammengestellt (u.a. Frey, Stanish & Temple, 2008; Tsai & Fung, 2009; Harada & Siperstein, 2009):

- * Einstellungen von Menschen mit geistiger Behinderung zum Sport
- * Talentsichtung und -förderung
- * Einflüsse von Sportprogrammen, z. B. Special Olympics
- * Evaluation spezieller Programme, z. B. Unified Sports® Football Project
- * Bedeutung von Sportprogrammen für Teilnehmer, Familien und die Community
- * Sport und Gesundheit
- * Motorisches/Sportmotorisches Lernen
- * Zulassungskriterien für Wettkampfsport („eligibility criteria“)
- * Bedeutung von geistiger Behinderung für sportliche Leistungen in verschiedenen Sportarten

Um sich einen guten Überblick über Themen und Forschungsergebnisse zu verschaffen, ist es empfehlenswert, vor allem auch die englischsprachige Literatur heranzuziehen. Den besten Überblick erhält man bei Durchsicht des wissenschaftlichen Journals „Adapted Physical Activity Quarterly“, aber auch die Zeitschrift „Pa-laestra“ ermöglicht einen guten Einblick in anwendungsbezogene wissenschaftliche Arbeiten sowie Praxisbeispiele. Aus Anlass der Paralympics, der Special Olympics und der Deaflympics werden zudem Sonderhefte herausgegeben.

Aktuelle Entwicklungen in Deutschland

Im Jahr 2007 haben der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) und die Kultusministerkonferenz der Länder (KMK) gemeinsame Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Schulsports herausgegeben (DOSB/KMK 2007).

In einem weiteren Schritt haben DOSB und KMK im Jahr 2008 gemeinsame Handlungsempfehlungen „Sport für Kinder und Jugendliche mit Behinderung“ (DOSB/KMK 2008) verabschiedet, die nun in allen Bundesländern umgesetzt werden sollen. Die Handlungsempfehlungen beziehen sich einerseits auf die speziellen Erfordernisse an Förderschulen, andererseits auf Schüler und Schülerinnen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in allgemeinen Schulen. Dabei werden vor allem vier Themenbereiche berücksichtigt:

- * Schule als Bewegungs-, Spiel- und Sportwelt für Kinder und Jugendliche mit Behinderung
- * Sportunterricht und außerunterrichtlicher Schulsport für Kinder und Jugendliche mit Behinderung
- * Sportangebote für Kinder und Jugendliche mit Behinderung im außerschulischen Bereich
- * Qualifizierung von Lehrkräften und weiteren im Schulsport eingesetzten Personen

Im Jahr 2007 ist Special Olympics Deutschland als Verband mit besonderen Aufgaben in den DOSB aufgenommen worden. Wichtig ist es, den Informationsaustausch und die Kooperation innerhalb des Sportsystems zu intensivieren, wobei der Zusammenarbeit mit dem Deutschen Behindertensportverband eine besondere Bedeutung zukommt.

Die Informationsstelle für den Sport behinderter Menschen hat 2009 Special Olympics Deutschland ebenfalls in ihren Beirat aufgenommen, in dem bereits der DOSB, der Deutsche Behindertensportverband, der Deutsche Gehörlosen-Sportverband sowie die Sportministerkonferenz vertreten sind.

Zielstellung der Arbeit der Informationsstelle ist die Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe der Menschen mit Behinderung im Sport durch Information von Fachleuten im Bereich des Sports über Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung und von Fachleuten im Bereich der Behindertenhilfe über Möglichkeiten und Chancen des Sports. Es werden sowohl Menschen mit Behinderungen jeglicher Art als

auch deren Angehörige, Lehrer, Betreuer und Auszubildende in den o. a. Bereichen informiert. Die Informationen umfassen die praktischen Sportangebote sowie Literatur, Videos und anderes Informationsmaterial zu Fragen des Sports von Menschen mit Behinderungen. Darüber hinaus werden von der Informationsstelle in unregelmäßigen Abständen Fachtagungen zu spezifischen Themenstellungen (z. B. „Bewegung und Sport für Menschen mit Behinderung im höheren Lebensalter“) veranstaltet.

Aufruf zum Handeln

Um Menschen mit geistiger Behinderung in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, insbesondere aber in Schule und Sport, eine gleichberechtigte Teilhabe zu sichern, sind alle Beteiligten aufgefordert, weitere Anstrengungen zu unternehmen. Dies gilt insbesondere bei der Verbesserung des schulischen Angebots und der Kooperation von Schule und Verein, bei der Entwicklung von Partnerschaften und Netzwerken und der Verstärkung öffentlicher Aufmerksamkeit, z. B. durch Zusammenarbeit mit den Medien. Auch im Wissenschaftsbereich sind relevante Fragestellungen zu identifizieren und zu bearbeiten.

Insgesamt gilt es Barrieren und Konkurrenzen abzubauen und die Fördermöglichkeiten in Schule, Freizeit und Sport im Sinne eines „empowerment“ und einer Kompetenzentwicklung der Menschen mit geistiger Behinderung auszubauen.

Die Vernetzung von lokalen, nationalen und internationalen Initiativen ist dringend voranzutreiben und neue Kooperationsmöglichkeiten, z. B. mit Sportfachverbänden sollten erschlossen werden!

Literatur

- Bürli, A., Strasser, U. & Stein, A.-D. (Hrsg.)(2009), *Integration/Inklusion aus internationaler Sicht*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Deutscher Olympischer Sportbund/Kultusministerkonferenz (2007). Gemeinsame Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Schulsports, Frankfurt/Berlin.
- Deutscher Olympischer Sportbund/Kultusministerkonferenz (2008). Gemeinsame Handlungsempfehlungen Sport für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, Frankfurt/Berlin.
- Frey, G., Stanish, H. & Temple, V. (2008). Physical Activity of Youth With Intellectual Disability: Review and Research Agenda. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25 (2), 95-117.
- Harada, C. & Siperstein, G. (2009). The Sport Experience of Athletes With Intellectual Disabilities: A National Survey of Special Olympics Athletes and Their Families. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26 (1), 68-85.
- Seitz, S. (2008). Inklusionsforschung – neue Perspektiven für die „Special Olympics“? In M. Wegner & H.J. Schulke (Hrsg.), *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbständigkeit durch Wettbewerb und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung*. (S. 15-24). Kiel: Eigenverlag.
- Thoma, P. & Rehle, C. (Hrsg.)(2009). *Inklusive Schule – Leben und Lernen mittendrin*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Tsai, E. & Fung, L. (2009). Parents' Experiences and Decisions on Inclusive Sport Participation on Their Children With Intellectual Disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26 (2), 151-171.

Wegner, M. & Schulke, H.-J. (Hrsg.) (2008). *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbständigkeit durch Wettbewerb und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Kiel: Eigenverlag.

Special Olympics - Healthy Athletes® Programm: Special Smiles®

Einleitung

Die Philosophie von Special Olympics ist es mit dem Mittel des Sports das Selbstbewusstsein und die Akzeptanz von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft zu steigern. Von ca. 300.000 Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland gibt es zu .Zt. mehr als 30.000 aktive Athleten. Zu Special Olympics gehört das Healthy Athletes® Programm, das im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention „Lücken“ in der gesundheitlichen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung schließt. In Deutschland wurde Healthy Athletes bei den National Games 2004 in Hamburg eingeführt. Seitdem wurden mehr als 10.000 Screenings in allen offiziellen Healthy Athletes Disziplinen realisiert.

Die Europäische Kommission in Brüssel hat 1996 das Strategiepapier „*Chancengleichheit für behinderte Menschen*“ (Zolkowska et al., 2002) angenommen, das einen neuen Richtungsweisenden Kurs für die Behindertenpolitik der Europäischen Union (EU) aufzeigt. Explizit spricht sich die Kommission darin gegen jede Ausgrenzung und Diskriminierung behinderter Menschen aus und fordert für diese vielmehr eine uneingeschränkte Chancengleichheit sowie ihre volle Teilhabe in sämtlichen Lebensbereichen. „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ wird in Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ausgeführt und mit dem Behindertengleichstellungsgesetz aus dem Jahr 2002 (BGG, 2002) soll die Gleichstellung behinderter Menschen garantiert werden. Der § 2 a SGB V zielt darauf, die Belange chronisch kranker und behinderter Menschen in der Versorgung besonders zu beachten und individuelle Besonderheiten des Patienten bei den Leistungen zu berücksichtigen. Dagegen nehmen die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in das SGB V eingeführten finanziellen Belastungen (Zuzahlungen) und erheblichen Leistungsausschlüsse jedoch nur marginal (beispielsweise Chronikerregelung, bestimmte Ausnahmen für Kinder) auf die individuellen Besonderheiten der Versicherten Rücksicht. Damit hat der neu in das SGB V aufgenommene § 2 a SGB V vorerst noch vorwiegend deklaratorischen Charakter. So hat nicht einmal das GMG die eigene erklärte Absicht, Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten besser als bisher bedarfsgerecht und Nachteils ausgleichend der Leistungen des Gesundheitswesens teilhaftig werden zu lassen, wirksam umgesetzt (Seidel, 2009).

Special Olympics - Healthy Athletes Programme® – Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Behinderungen

Menschen mit geistiger und Lernbehinderung haben ein um *40% höheres Risiko* für gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie z.B. Übergewicht, mangelhafte Fitness, falsche Ernährung und Vitaminmangel, unbehandelte oder unzureichend behandelte Sehminderungen, Hör- und Fußschäden, Karies und Parodontalerkrankungen (Tabelle 1). Special Olympics bietet deshalb allen Athleten bei nationalen und internationalen Sportveranstaltungen kostenlose und umfassende Kontrolluntersuchungen an.

Tab.1: Prävalenz medizinischer Probleme bei Menschen mit geistiger Behinderung
(Zusammenfassung von 9 Studien, nach Beange et al., gekürzt)

Medizinische Probleme	Häufigkeiten (%)
Sehstörungen	23 – 57
Hörstörungen	3 -24
andere HNO-Probleme	15 -27
Zahnärztliche Probleme	11 – 27
Epilepsie	21 – 34
andere neurologische Störungen	15 – 55
Psychiatrische Störungen	10 – 14
Verhaltensstörungen	17 – 56
Übergewicht / Adipositas	10-22
HerzKreislaufstörungen	5-23
Urologische / gynäkologische Störungen	5 – 11
Gastrointestinale Störungen	1 – 22
orthopädische Störungen	13 – 54
Endokrinologische Störungen	3 – 11
dermatologische Störungen	4 – 35
Störungen der Atmungsorgane	7 – 13

Mission von Special Olympics Healthy Athletes® ist die Verbesserung der Trainings- und Wettbewerbsfähigkeiten der Athleten durch Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und Erhöhung des Zugangs in allen medizinischen Bereichen. Menschen mit geistiger und / oder Mehrfachbehinderung haben oft Probleme, ihren gesundheitlichen Zustand selbstständig zu beurteilen und mitzuteilen. Sie sind somit auf eine angemessene medizinische Betreuung angewiesen, die kompromisslos auf ihre Bedürfnisse eingeht.

Durch die Einbindung vieler freiwilliger Mediziner, Zahnmediziner, Studenten und medizinischem Fachpersonal am Healthy Athletes® Programm, werden diese für die besonderen Belange der Sportler mit geistiger Behinderung sensibilisiert. Diese

praktische Erfahrung steigert ihr Wissen und ihre Kompetenz und baut gleichzeitig Berührungängste in der Zusammenarbeit mit Special Olympics Athleten ab. Als Multiplikatoren tragen sie diese wertvollen Kenntnisse in ihre unterschiedlichen Bereiche weiter.

Tab.2: Anzahl gescreenter Athleten gesamt und nach Einzeldisziplinen in den Jahren 2004 bis 2009.

SO Programm Germany	Anzahl gescreen- ter Ath- leten	Special Smiles	Open- ing Eyes	Healthy Hearing	Fun Fitness	Health Pro- motion	Fit Feet
2004	4170	835	943	780		1000	612
2005	636	76	60	60		240	200
2006	2.266	276	383	383	550		674
2007	451	61	295	95			
2008	2.475	530	721	333	720	583	258
2009	953	216	250	201	-	271	159
Summe	10.951	1.994	2.652	1.852	1.270	2.094	1.903

Special Olympics bietet allen Athleten und Athletinnen im Rahmen von Healthy Athletes® bei nationalen und internationalen Sportveranstaltungen kostenlose und umfassende Kontrolluntersuchungen an. Diese finden in einer angenehmen und anschaulichen Atmosphäre statt und umfassen folgende Bereiche (Tabelle 2, 3):

- * Fit Feet – Fußdiagnostik
- * FUNfitness – physiologisches Bewegungsverhalten
- * Health Promotion – Beratung für Ernährung, Rauchen und Sonnenschutz
- * Healthy Hearing – Untersuchungen des Hörvermögens
- * MedFest® – Sportuntersuchungen und allgemeine Kontrolluntersuchungen
- * Special Olympics-Lions Club International Opening Eyes® – Untersuchungen der Sehkraft
- * Special Smiles® – zahnärztliche Untersuchungen und Anleitung zur Zahnpflege

Tab.3: Ergebnisse des Screenings während der National Games 2008 und 2009.

HA Disziplin	Medizinische Probleme oder Weiterbehandlungsbedarf	NSG Karlsruhe 2008	NWG Inzell 2009
Healthy Hearing	Anteil der Athleten, die eine Weiterbehandlung benötigten	26 %	50 %
Health Promotion	Anteil von Rauchern unter den Athleten	16 %	15 %
	Anteil von Athleten mit Übergewicht	42 %	40 %
Opening Eyes	Anteil der Athleten, die eine Brille erhielten	61 %	48 %
	Anteil der Athleten, die eine Weiterbehandlung benötigten	14 %	19 %
Special Smiles	Anteil der Athleten, die eine Weiterbehandlung benötigten	50 %	32 %
	Anteil der Athleten, die akut Weiterbehandlung benötigten	18 %	10 %
Fit Feet	Anteil der Athleten mit Nagel- oder Hautprobleme	72 %	74 %

Heathy Athletes® - Special Smiles®

Das Special Smiles Programm

Obwohl mit Hilfe strukturierter Prophylaxeprogramme der Mundgesundheitszustand in Deutschland generell verbessert werden konnte, profitieren Menschen mit Behinderungen nicht in gleichem Maße von dieser Entwicklung. Die epidemiologische Datenlage weist insbesondere auf die Notwendigkeit der Verbesserung im Präventionsbereich hin. Das Special Smiles® Programm greift hier ein, und beinhaltet neben zahnmedizinischen Untersuchungen auch Anleitung und Beratung zur behindertengerechten Zahn- und Mundhygiene sowie Empfehlung für weiterführende Behandlungen mit Adressenlisten spezialisierter Kollegen und zahnärztlichen Behandlungsstellen. Die Mission von Special Smiles ist die Verbesserung der zahnmedizinischen Prophylaxe und Betreuung für Special Olympics Athleten sowie für alle Menschen mit geistiger Behinderung. Die zahnmedizinischen Untersuchungsergebnisse werden für die Steigerung der Wahrnehmung der (zahn)medizinischen Probleme für die Athleten selbst, ihre Angehörigen und Betreuer, aber auch für gesundheitspolitische Diskussionen mit dem Staat genutzt. Ein wichtiges Ziel dabei ist die Erhöhung der Anzahl von Kolleg(inn)en, zahnmedizinischen Teams und

Studenten, die Menschen mit Behinderungen zahnärztlich kompetent behandeln können und wollen.

Die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen

Internationale epidemiologische Untersuchungen bezüglich des Mundgesundheitszustandes dieser Personengruppe kommen zu recht unterschiedlichen Ergebnissen. So stellten Brown und Schodel bereits 1976 fest, dass sich die Kariesinzidenz von Kindern mit Behinderungen nicht signifikant von der gleichaltriger nicht Behinderter unterscheidet. Tesini bestätigte dies 1981 in seinem Übersichtsartikel nach Durchsicht der internationalen Literatur. Eine Studie von Vigild et al. (1998) zeigte, dass die orale Hygiene bei 6-19jährigen geistig behinderten Menschen unzureichend ist. 23% der nicht in Heimen lebenden und 7% der in Heimen lebenden behinderten Menschen leiden unter Entzündungen des marginalen Parodontiums. Zwar zeigen Studien im Einzelfall einen positiven Trend auf, allgemein ist laut Cichon und Donay (2004) aber die jetzige Form der zahnärztlichen Versorgung behinderter Patienten aber noch immer nicht ausreichend, um eine nachhaltige, dauerhafte Verbesserung bis auf das Niveau der Restbevölkerung zu erreichen. Leider wird dies auch durch die Ergebnisse der Mundgesundheitsstudie (MGS 2004) in Berliner Wohneinrichtungen bei 92 Behinderten in der Altersklasse der 35–44jährigen (Kaschke et al., 2004) und durch die Gegenüberstellung der analogen Daten der Dritten und Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III 1999, DMS IV 2006) bestätigt (Tabelle 4).

Tab.4: Gegenüberstellung epidemiologischer Daten verschiedener Mundgesundheitsstudien.

	DMF/T	DT	MT	FT	QHI Grad 1	PBI MW	Sanierungs- grad
DMS III 1999	16,1	0,5	4,2	11,7	55,0%	0,9±0,9	92,5%
DMS IV 2006	14,5	0,5	2,4	11,7	–	–	95,6%
MGS 2004	12,2	1,0	6,0	5,2	22,0%	1,6±1,0	80,4%
Cichon & Donay 2004	16,2	4,3	6,9	5,0	–	–	53,8%

Anmerkungen: D = decayed, M = missing, F = filled, T = teeth; QHI = Quigley-Hein-Mundhygieneindex, PBI = Papillenblutungsindex

Zusammenfassend lässt sich bei Patienten mit Behinderungen heutzutage eine mit der Restbevölkerung vergleichbare Kariesprävalenz feststellen. Allerdings ist in den meisten Fällen der Mundhygiene- und damit der Parodontalzustand ebenso wie der Sanierungsgrad deutlich schlechter (Curzon und Toumba, 1998). Zur Verbesserung

des oralen Gesundheitszustandes ist die konsequente Einbindung in individuelle zahnärztliche Prophylaxe- und Behandlungsprogramme unumgänglich. Dazu bedarf es adäquater politischer, gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen. Sozioökonomische Aspekte sollten ebenso berücksichtigt werden (Storhaug & Holst, 1987) wie die individuelle Lebenssituation (Künzel-Mirel & Mönig, 1991). Von größter Bedeutung ist jedoch die Einbindung und Motivation der betreuenden Personen, um eine optimale häusliche Umsetzung des Prophylaxekonzeptes zu gewährleisten (Schondelmaier, 1993).

Special Smiles – Programmorganisation

Special Smiles Deutschland steht unter ehrenamtlicher Leitung des National Director Zahnarzt *Dr. Christoph Hils, Hildesheim*. Wissenschaftlich erfolgt die Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg (Prof. Dr. A. Schulte) sowie mit der AG Behindertenbehandlung im BDO. Zukünftig ist eine Ausweitung des Programms im Bundesländerbereich unter Einbeziehung der Kollegenschaft und Hochschulen „vor Ort“ geplant. Die während der Screenings gewonnenen Daten werden zur weiteren (gesundheits)politischen Diskussion der zahnmedizinischen Versorgungssituation von Menschen mit Behinderungen in Deutschland herangezogen. Dabei wird zunehmend eine verstärkte Zusammenarbeit auf europäischer und internationaler Ebene angestrebt.

Special Smiles - Screening

Mit speziellen Screeningbogen (Abbildung 2) werden international vergleichbare Informationen über den Zahn- und Mundgesundheitszustand der Athleten gesammelt.



Abb.1: Athlet während eines Special Smiles Screenings bei den National Winter Games in Inzell 2009.

Die weltweit standardisierte Untersuchung der Athletinnen und Athleten (Abbildung 1) bei Special Smiles berücksichtigt u.a. (White & Beltran, 2000):

- * Mundgesundheitsituation
- * Putzfrequenz
- * Behandlungsbedarf
- * Karies / Trauma
- * Restaurationen / Gingivitis
- * Extraktionen / Fluorosis

Firstname		Lastname		HAS ID _____	
Date	<input type="radio"/> Male	<input type="radio"/> Female	DoB	Age (years) <input type="radio"/> Not sure	
Event	Location		<input type="radio"/> Athlete	<input type="radio"/> Unified partner	Sport
Delegation			SO Program		

Screener's name

Dental History

1. Fill out this section for each athlete even if edentulous
 How often do you clean your mouth?
 Once or more a day
 2 to 6 times per week
 Once per week
 Less than once per week
 Not sure

2. Pain inside mouth
 Yes No
 Teeth
 Other

3. Athlete refused/could not screen

Screening

4. Edentulous
 Yes (-> stop here) Exam completed
 No (answer all questions 5 thru 14)

5. Untreated decay
 Yes No
 Anterior(s)
 Premolar(s)
 Molar(s)

6. Filled teeth
 Yes No

7. Missing teeth
 Yes No
 Anterior(s)
 Molar(s)

8. Sealant(s)
 Yes No

9. Injury
 Yes No

10. Fluorosis
 Yes No

11. Gingival signs
 Yes No

12. Treatment urgency
 Maintenance
 Non-urgent
 Urgent


13. Mouthguard recommended
 Yes No
 Mouthguard delivered

14. Exam completed

Special Smiles Page 1 of 1

Abb.2: Der internationale Screeningbogen von Special Smiles.

In Deutschland wird zusätzlich seit 2008 ein speziell entwickelter detaillierter Erhebungsbogen verwendet, mit dem Daten der Athlet(inn)en mit Daten der Deutschen Durchschnittsbevölkerung verglichen werden können (Abbildung 3).



**Die zahnärztliche Untersuchung im Rahmen
des Special Smile Programms von Special Olympics Deutschland e.V. (Bogen 2)**

Vorname: Nachname:				HAS Code:					
Datum Untersuchung: _____ 2009				männlich 0		weiblich 0			
Athlet kommt aus Bundesland:				Alter:					
Geistige Behinderung		0		Athlet lebt zu Hause		0			
Körperliche Behinderung		0		Athlet lebt in Wohnheim		0			
Geistige u. körperliche Behinderung		0		M. Down		ja 0 nein 0			
<u>Angaben zum Zähneputzen</u>				Athlet verwendet Handzahnbürste				0	
Athlet putzt selbst				Athlet verwendet elektr. Zahnbürste				0	
Athlet benötigt zeitweise Hilfe				Athlet verwendet Handzahnbürste und elektr. Zahnbürste				0	
Erfolgt immer durch eine andere Person				Athlet verwendet Fluorid-Gelee				0	
Athlet verwendet Zahnseide				Athlet verwendet Fluorid-Spüllösung				0	
Athlet verwendet Interdentalbürste				Gingivitis:				0 ja 0 nein	
Gingivitis:				Hauszahnarzt:				0 ja 0 nein	

Plaque-Index nach Silness und Loe (PI)
Bestimmung der Plaqueakkumulation in Zervicalregion mesio-bukkal an den sechs Index-Zähnen, bei Fehlen den in Klammern angegebenen Ersatzzahn verwenden.

Zahn 16 (17)	Zahn 11 (21)	Zahn 24 (25)
Zahn 44 (45)	Zahn 31 (41)	Zahn 36 (37)

Grad 0: Keine Plaque
Grad 1: wenig Plaque, nur nach Ausstreichen mit Sonde erkennbar
Grad 2: Plaque klinisch zu erkennen
Grad 3: Plaque in großen Mengen vorhanden

ZAHNSTATUS

entf.				entf.				Fluorose				entf.			
entf.				entf.				Trauma				entf.			
entf.				entf.				versiegelt				entf.			
entf.				entf.				fehlt				entf.			
entf.				entf.				ersetzt				entf.			
entf.				entf.				restauriert				entf.			
entf.				entf.				kariös				entf.			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7		
entf.				entf.				kariös				entf.			
entf.				entf.				restauriert				entf.			
entf.				entf.				ersetzt				entf.			
entf.				entf.				fehlt				entf.			
entf.				entf.				versiegelt				entf.			
entf.				entf.				Trauma				entf.			
entf.				entf.				Fluorose				entf.			

Kariös: keine Schmelz- oder Initialkaries; nur Dentinkaries mit Kavitation oder deutlicher opaker Schmelzveränderung. Wenn ein Zahn kariös und restauriert ist, beides ankreuzen
Restauriert: gilt für Füllungen (F), Kronen (K), Teilkronen (TK), Provisorien (P) oder Inlays (I)
Ersetzt: gilt für festsitzenden und herausnehmbaren Ersatz
Versiegelt: gilt auch dann, wenn Teile der Fissurenversiegelung fehlen
Trauma: nur unversorgte Trauma bedingte Zahnhartsubstanzdefekte
Fluorose: nur bei symmetrisch auftretenden, diffusen Opazitäten im Frontzahnbereich; nicht bei isolierten und scharf begrenzten Opazitäten

Abb.3: Der zusätzliche Befundbogen von Special Smiles Deutschland.

Special Smiles - Vergleich nationaler und internationaler Screeningergebnisse

Während der Special Smiles Screenings werden die Athletinnen und Athleten auch befragt, ob sie zum Zeitpunkt der Untersuchungen Schmerzen an ihren Zähnen oder im Mund haben.

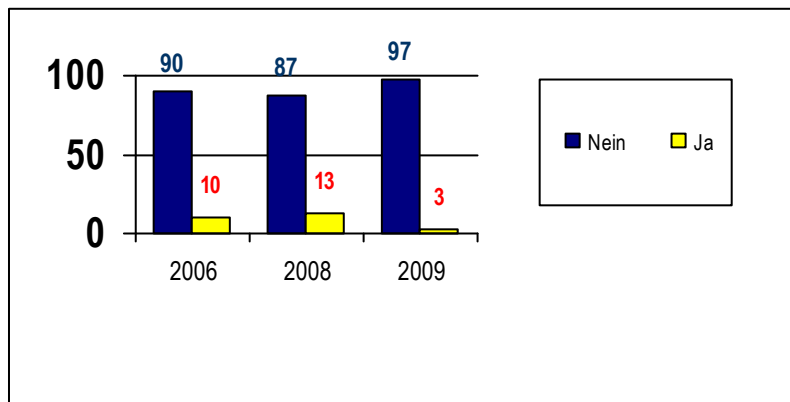


Abb.4: Prozentualer Anteil von Athlet(inn)en während Nationaler Special Smiles Screenings, die Schmerzen im Mund oder an Zähnen hatten.

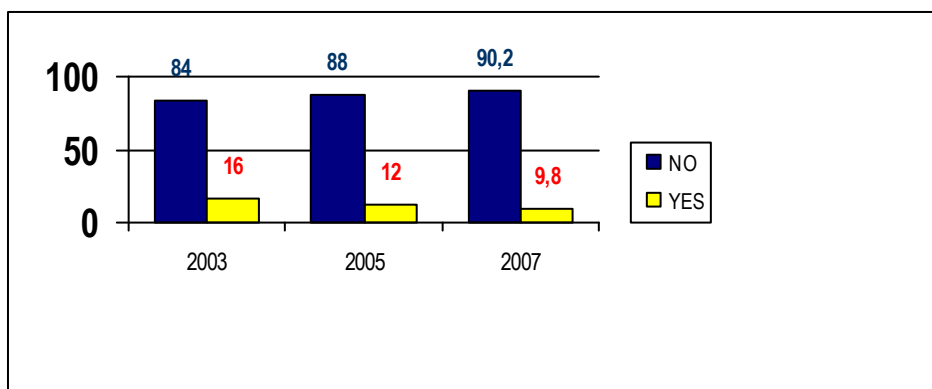


Abb.5: Prozentualer Anteil von Athlet(inn)en während Internationaler Special Smiles Screenings, die Schmerzen im Mund oder an Zähnen hatten.

Die Ergebnisse der Screenings während nationaler Veranstaltungen in Deutschland in den Jahren 2006, 2008 und 2009 ergaben, dass zwischen 3 und 13% der untersuchten Sportler diese Frage bejahten (Abbildung 4). Verglichen mit Ergebnissen internationaler Veranstaltungen aus den Jahren 2003, 2005 und 2007, an denen Athlet(inn)en aus der ganzen Welt, also sowohl aus Entwicklungs- und Schwellenländern als auch aus hoch entwickelten Industriestaaten teilnehmen, zeigen nur unwesentlich höhere prozentuale Anteile (Abbildung 5).

Während des Screenings wird auch der Bedarf einer zahnärztlichen Behandlung bestimmt. Beispielsweise waren so für ca. 50 % der untersuchten Athleten eine zahnärztliche Behandlung erforderlich und für 10% - 18% der Untersuchten sogar akut erforderlich waren (Abbildung 6). Diese Ergebnisse entsprechen den international erhobenen Daten (Abbildung 7) und zeigen, dass auch in einem hoch entwi-

ckelten Gesundheitssystem wie in Deutschland offensichtlich Versorgungsdefizite für die Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung bestehen.

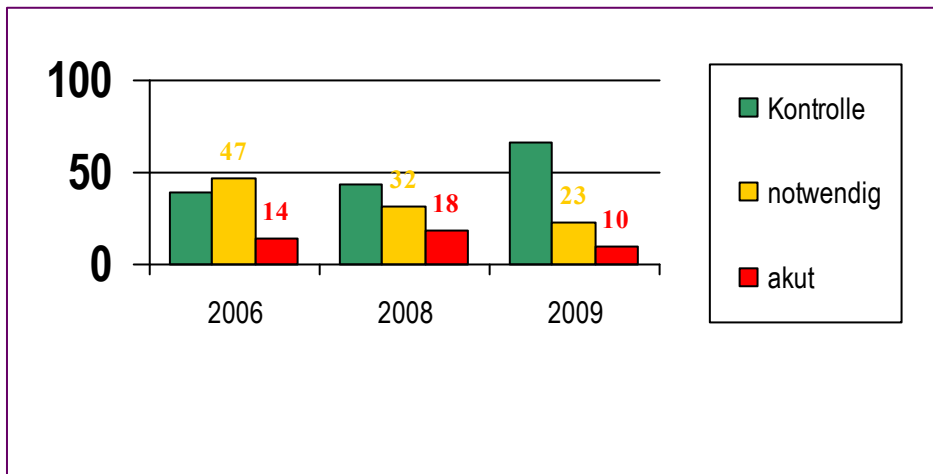


Abb.6: Prozentualer Anteil von Athlet(inn)en während nationaler Special Smiles Screenings, die zahnärztlich weiterbehandelt bzw. akut weiterbehandelt werden mussten.

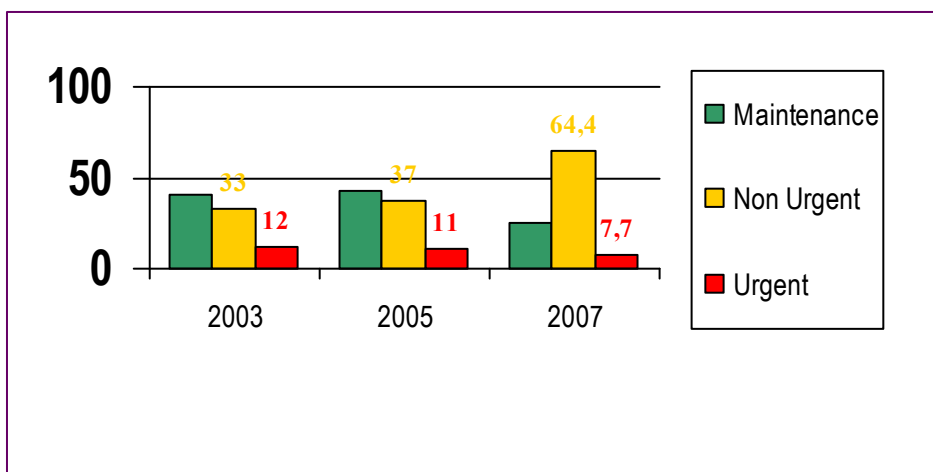


Abb.7: Prozentualer Anteil von Athlet(inn)en während internationaler Special Smiles Screenings, die zahnärztlich weiterbehandelt bzw. akut weiterbehandelt werden mussten.

Noch stärkere Probleme der Athlet(inn)en sind im Bezug auf Veränderungen des Zahnfleisches (Gingiva) festzustellen. Diese weisen das hohe Vorkommen entzündlicher, meist plaquebedingter Zahnfleischveränderungen bei Menschen mit Behinderungen nach, die bei über 50% der Untersuchten festzustellen waren (Abbildung 8). Damit liegen die nationalen Ergebnisse Deutschlands weit über den während internationaler Screenings gewonnener Daten (Abbildung 9). Der durchschnittlich schlechtere Mundgesundheitszustand bei Menschen mit Behinderungen beruht auf den körperlichen und geistigen Einschränkungen, welche die individuelle Mundhygiene erschweren (Abbildung 10).

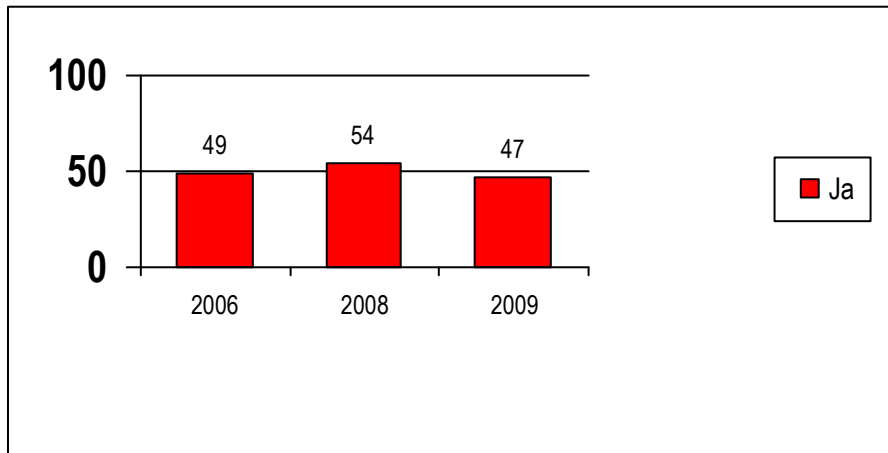


Abb.8: Prozentualer Anteil von Athlet(inn)en während nationaler Special Smiles Screenings, die Gingivaveränderungen aufwiesen.

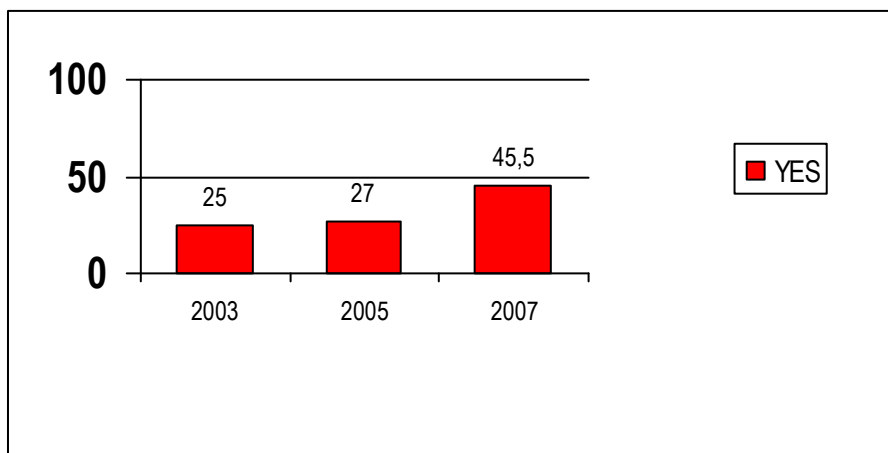


Abb.9: Prozentualer Anteil von Athlet(inn)en während internationaler Special Smiles Screenings, die Gingivaveränderungen aufwiesen.



Abb.10: Athletin während einer Mundhygieneübung während der National Summer Games in Karlsruhe 2008.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Bisherige Studien haben gezeigt, dass Menschen mit Behinderungen im Vergleich mit dem Bevölkerungsdurchschnitt in Deutschland eine wesentlich schlechtere Zahn- und Mundgesundheit haben und insbesondere die Zahn- und Mundhygiene erhebliche Mängel aufweisen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Ein wesentlicher Faktor ist das fehlende Wissen um die Wichtigkeit der Zahn- und Mundhygiene für den allgemeinen Gesundheitszustand und die nur unzureichende Instruktion der Betroffenen entsprechend ihrer Kooperativität selbst sowie ihrer Bezugspersonen in der Durchführung einer behindertengerechten Zahnpflege. Auch die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen während der Special Olympics Veranstaltungen weisen auf die dringend notwendige Verbesserung der Mundgesundheitsförderung für Menschen mit Behinderungen in Deutschland hin. Damit wird die Forderung nach Konzepten unterstützt, die auf eine konsequente Fortsetzung der zahnmedizinischen Prophylaxe auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres zielen, da derzeit diese Kosten nicht von Krankenkassen oder staatlicherseits übernommen werden. Weil aber viele Menschen mit Behinderungen selbst nur unzureichend Mundhygiene durchführen können, weisen Cichon und Grimm (1999) auf die Bedeutung der Information und Motivation der Eltern und Betreuer zur täglichen Zahnpflege, zur Ernährungslenkung, Fluoridierung und professioneller Zahnreinigung hin. Die Festlegung individuell abgestimmter Prophylaxemaßnahmen und die regelmäßige Verwendung von Hilfsmitteln unter Mitwirkung von Betreuern und Angehörigen sind für die behindertengerechte wirksame Mundhygiene entscheidend (Kaschke, 2006). Allerdings wird in Ausbildungsgängen für Fachpersonal wie z.B. Heilpädagogik oder Heilerziehungspflege Wissen zur Zahn- und Mundgesundheit als Ausbildungsinhalt gegenwärtig nicht obligat vermittelt. Special Smiles bietet Möglichkeiten, die Mundgesundheit der Athleten zu verbessern, den Zugang zur adäquaten zahnärztlichen Versorgung zu erleichtern und unterstützt somit auch Forderungen zur Anpassung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen.

Literatur

- Baenge, M., Baumann, A. (1990). Health care for the developmental disabled. – Is it necessary? In W. Fraser, (Hrsg.): *Key issues in mental retardation research*. London und New York: Routledge.
- Betreuung geistig und körperlich behinderter Patienten. *Dtsch Stomatol*, 41, 513-516.
- Brown, J.P. & Schodel, D.R. (1976). A review of controlled surveys of dental disease in handicapped persons. *ASDC J Dent Child*, 43 (5), 313-320.
- Cichon, P. & Donay, S. (2004). Die Entwicklung des oralen Gesundheitszustandes von Patienten mit Behinderungen. *IDZ-Information*, 4, 2-19.
- Cichon, P. & Grimm, W.D. (1999). *Zahnheilkunde für behinderte Patienten (Teil 1)*. Hannover: Schlütersche GmbH & Co Verlag.
- Curzon, M.E.J. & Toumba, K.J. (1998). The case for secondary and tertiary care by specialist dental services. *Community Dent Health* 15, 312-315.
- Institut der deutschen Zahnärzte (IDZ) (2006). *Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie DMS IV* Deutscher Zahnärzte Verlag.

- Institut der deutschen Zahnärzte (IDZ) (1997). *Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie DMS III*. Deutscher Zahnärzte Verlag.
- Kaschke, I. (2006). Prophylaxe für Menschen mit Behinderungen. *Prophylaxe Impuls*, 10, 28-30.
- Kaschke, I., Liere, M. & Jahn, K.R. (2004). *A comparative study of oral health of people with disabilities and non-disabled patients aged 35- 44 in Germany*. IADH Conference, Calgary.
- Künzel- Mirel, P. & Mönig, J. (1991). Ergebnisse einer regelmäßigen zahnärztlichen
- Schondelmeier, E. (1993). Zahnmedizinische Prophylaxe bei Behinderten. *Zahnärztl Mitt*, 12, 42-46.
- Seidel, M. (2009). Medizinische Versorgung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. In G. Klinkhammer, *Dtsch Arztebl*, 106 (8), A 335 – 338.
- Sozialgesetzbuch (SGBV), Kap 3, Leistungen der Krankenversicherung, §2a.
- Storhaug, K. & Holst, D. (1987). Caries experience of disabled school- age children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 15, 144-149.
- White, J.A. & Beltran, E.D. (2000). Training manual for standardized Oral Health Screening. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 30333.
- Zolkowska, T., Kasior-Szerszen, I. & Blaszkiewicz, I. (2002). A Summary of European Union Policies concerning People with Disabilities. *Journal Disability Studies Quarterly*, 22(4).

Grundlagen zu Untersuchungen des visuellen Status bei Menschen mit geistiger Behinderung

Einleitung

Gutes Sehen ist eine Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung unserer Umwelt. Dies gilt sowohl für Menschen ohne als auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Das Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen Grundrechte im Bezug auf die freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten, auf körperliche Unversehrtheit und umfassende zeitgemäße medizinische Versorgung zur Sicherstellung der erstgenannte Grundrechte haben, ist grundsätzlich klar. Die explizite Formulierung dieses Anspruches und Verbriefung dieser Grundrechte erfolgte in der Resolution 2856 (XXVI)¹, welche von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 20. Dezember 1971 verabschiedet wurde. Mit der Verabschiedung dieser Resolution sind die in den Vereinten Nationen organisierten Mitgliedsstaaten aufgefordert, die Rahmenbedingungen für eine Umsetzung dieses Anspruches in ihrem Wirkungsbereich zu schaffen. Die von Special Olympics ins Leben gerufene Initiative *Healthy Athletes* mit ihrem Programm *Special Olympics Lions Clubs International Opening Eyes Program* bietet regelmäßig Augenprüfungen für Athleten von Special Olympics an. Im Rahmen dieser Augenprüfungen wird der visuelle Status der Athleten nach einem international standardisierten Prüfprotokoll untersucht und dokumentiert. Hierbei muss auch mehr als 35 Jahre nach Verabschiedung der o. g. UN-Resolution festgestellt werden, dass die Versorgung mit Sehhilfen bei Menschen mit geistiger Behinderung weltweit und dies selbst in entwickelten Industrieländern, unterdurchschnittlich im Vergleich zur nichtbehinderten Bevölkerung ist. Im folgenden Beitrag werden Ursachen und Hintergründe für diesen Sachverhalt näher beleuchtet.

Definitionen / Problematik

Der Oberbegriff „Gutes Sehen“ beschreibt eine Vielzahl visueller Funktionen, die in ihrer Gesamtheit darüber Auskunft geben, ob ein Mensch „gut sieht“ oder ob bei Vorliegen von Leistungsminderungen einzelner oder mehrerer Sehfunktionen von einer „schlechten Sehfähigkeit“ gesprochen wird. Bei den angesprochenen Sehfunktionen handelt es sich beispielsweise um gute Fernsehschärfe, also die Fähigkeit des visuellen Systems weit entfernte Details auflösen zu können, gute Nahseh-

¹ Declaration on the Right of Mentally Retarded Persons.
<http://www.un.org/documents/ga/res/26/ares26.html>.

schärfe, also die Fähigkeit des visuellen Systems Details, die sich nah am Auge befinden, auflösen zu können, Stereosehschärfe, die Fähigkeit des visuellen Systems räumlich sehen zu können, und uneingeschränkte Wahrnehmung farbiger Seheindrücke, die durch das Farbsehen charakterisiert werden. Durch unterschiedliche Ursachen können die visuellen Fähigkeiten ganz oder teilweise eingeschränkt sein. Das Sehvermögen eines Menschen wird im Rahmen einer Augenprüfung festgestellt. Während bei Reihenuntersuchungen im Kindesalter, beispielsweise bei Kinderärzten, im Kindergarten oder bei Schultauglichkeits-Untersuchungen, mit vereinfachten Siebtesten im Rahmen von Screenings häufig lediglich qualitativ geprüft wird, ist es im Rahmen differenzierterer Augenprüfungen, die weltweit von Augenoptikern/Optomern und Augenärzten/Ophthalmologen durchgeführt werden, auch möglich, den Grad der Einschränkungen visueller Funktionen quantitativ und im Verlauf zu erfassen. Diese differenzierteren Funktionsprüfungen bedienen sich sowohl objektiver als auch subjektiver Messverfahren zur Feststellung des visuellen Status.

Objektive Prüfverfahren

Bei der Anwendung objektiver Verfahren beurteilt der Untersucher die Reaktionen auf gezielte Stimulie und bewertet die Leistung des visuellen Systems. Ein typisches objektives Prüfverfahren ist die Prüfung der Pupillenreaktion auf Lichtreize. Die Untersuchung der Pupillenreflexe ist ein schneller Test, der Hinweise auf mögliche Netzhaut- oder Neuropathologien liefert. Zunächst werden Form, Größe und Gleichheit der Pupillen bewertet. Danach erfolgt die Prüfung des direkten und konsensualen Lichtreflexes. Der Swinging-Flash-Light-Test erleichtert die Feststellung eines relativen afferenten Pupillendefektes. Alle diese Prüfungen können ohne aktive Mitarbeit des Untersuchten durchgeführt werden.

Subjektive Prüfverfahren

Die aktive Mitarbeit des Untersuchten ist jedoch bei subjektiven Prüfverfahren, wie z. B. der subjektiven Refraktionsbestimmung, bei der mit Hilfe von Gläsern die Veränderung der Bildqualität durch den Untersuchten beschrieben werden muss, erforderlich. Der Prüfer schaltet dem Untersuchten unterschiedliche Gläser vor das Auge und fragt hierbei, ob sich das wahrgenommene Bild verbessert oder verschlechtert. Subjektive Prüfverfahren stellen hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und Beobachtungsgabe des Untersuchten. Dennoch haben sowohl die objektiven als auch die subjektiven Messungen im Rahmen der umfassenden Augenprüfung ihre Berechtigung und müssen stets in Kombination miteinander durchgeführt werden.

Betrachtet man nun die Unterschiede der Augenprüfungen, die bei Menschen ohne Behinderung, bei Menschen mit Körperbehinderung und bei Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt werden, so stellt man fest, dass die gesamte Methodik

der Augenprüfung und damit die einschlägige Ausbildung der Fachkräfte zunächst einmal unterstellt, dass der Untersuchte grundsätzlich in der Lage ist, durch ein hohes Konzentrationsvermögen und eine gute Beobachtungsgabe sowie uneingeschränkte Kommunikationsfähigkeit den Anweisungen zu folgen. Ferner gehört dazu, dass die Fragen des Prüfers eindeutig und klar beantwortet werden können. Körperbehinderte Menschen sind möglicherweise je nach Art und Ausprägung der körperlichen Behinderung eingeschränkt im Zugang zu Augenprüfungen, wenn diese in speziellen Räumlichkeiten oder an speziellen Untersuchungseinheiten durchgeführt werden. Die Hersteller dieser Untersuchungseinheiten haben diese Problematik aber insofern gelöst, als spezielle Untersuchungseinheiten, die beispielsweise von Rollstuhlfahrern genutzt werden können, seit langem angeboten werden.



Abb 1: Modifizierte Untersuchungseinheit für Rollstuhlfahrer.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung werden darüber hinaus weitergehende Anforderungen in allen Bereichen der Augenprüfung gestellt. Die Prüfung der Sehfähigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung stellt eine große Herausforderung an die Kommunikationsfähigkeit und Empathie des Untersuchers dar. Bereits von Anfang an, also schon im Bereich der Anamnese, bei der im Rahmen einer Vorbefragung nach bereits benutzten Sehhilfen, relevanten Vorgeschnehnissen, wie Entzündungen, Operationen oder Verletzungen im Bereich der Augen gefragt wird, muss die Kommunikation mit dem Untersuchten sprachlich auf die Bedürfnisse des Untersuchten angepasst werden. Bereits aus der Definition geistiger Behinderung der American Assosiation of Mental Retardation ergeben sich erhebliche Auswirkungen für Untersuchungen mit hohen Anforderungen an die Urteilsfähigkeit der Untersuchten. So definiert die American Assosiation of Mental Retardation geistige Behinderung wie folgt:

„Geistige Behinderung bezieht sich auf substanzielle Einschränkungen der situativen Handlungsfähigkeit. Die intellektuellen Fähigkeiten sind signifikant unterdurchschnittlich; gleichzeitig liegen damit zusammenhängende Erschwernisse in zwei oder mehreren der nachfolgend genannten Bereiche des täglichen Lebens vor: ...Kommunikation,...Selbstbestimmung sowie Gesundheit und Sicherheit...“ (Anmerkung: An Einschränkungen aus den Bereichen des täglichen Lebens wurden hier nur die für die Augenprüfung relevanten Einschränkungen zitiert)

Die im weiteren Verlauf zur objektiven und subjektiven Augenprüfung benutzten Teste mit schwarz-weiß und farbig angebotenen Testzeichen, müssen vom Untersuchten sowohl visuell als auch kognitiv erkannt werden und in ihrer Bildqualität beurteilt werden können.

Das Special Olympics Lions Clubs International Opening Eyes Curriculum

Mit dem Programm „Opening Eyes to Intellectual Disability“ hat das Special Olympics Lions Clubs International Opening Eyes Program 2005 das erste internationale Curriculum für eine standardisierte Augenprüfung bei Menschen mit geistiger Behinderung vorgelegt. Dieses Curriculum bietet Ausbildern und Fachleuten die nötigen Hintergrundinformationen zur Anwendung der bei Special Olympics Veranstaltungen benutzten Sehteste.

Wie bereits erwähnt wurde, setzt sich eine umfassende Augenprüfung zur Feststellung der visuellen Leistungsfähigkeit aus einer Reihe von Einzelmessungen zusammen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung scheint es nicht sinnvoll zu sein, diese Untersuchungen in einer fortlaufenden Reihe ohne Unterbrechung durchzuführen. Ausgehend von der Annahme, dass *die Konzentrationsfähigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung auf einen Zeitraum von 10 bis 15 Minuten begrenzt ist (Schmidtz, 1993)*, werden die im Rahmen des Special Olympics Lions Clubs International Opening Eyes Programmes durchgeführten Sehteste an unterschiedlichen Teststationen von unterschiedlichen Untersuchern durchgeführt. Hierdurch hat der Untersuchte Gelegenheit zu kurzen Unterbrechungen mit entsprechenden Erholungsphasen. Eine vollständige Darstellung der fachlichen Inhalte der einzelnen visuellen Funktionsprüfungen würde hier zu weit führen und den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Eine Übersicht der durchgeführten Funktionsprüfungen ist in Abbildung 2 dargestellt. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass nach der Anamnese der habituelle Visus_{sc} (unkorrigierte Sehschärfe) und der Visus_{cc} (korrigierte Sehschärfe) in Ferne und Nähe gemessen wird. Weiterhin wird mit dem Cover-/Uncover-Test auf Abweichungen des Binokularsehens im Fern- und Nahbereich geprüft. Die Prüfung auf Farbfehlsichtigkeiten hat insbesondere für Menschen, die in ihrem täglichen Arbeitsumfeld mit farbcodierten Gegenständen umgehen müssen, eine hohe Bedeutung.

Screening Stationen

- Einverständniserklärung
- **Vorgeschichte**
- **Brillenwerte / PD**
- **Fernvisus**
- **Nahvisus**
- **Cover Test**
- **Farbsehen**
- **Stereopsis**
- **Obj. Refraktion**
- **vorderer Augenabschnitt**
- **Pupillenreaktionen**
- **hinterer Augenabschnitt**
- **IOP**
- **Motilität**
- **Keratometrie**
- **Konvergenznahpunkt**
- **Skioskopie**
- **subj. Refraktion**
- **Verordnung**
- **Untersuchungsempfehlung**
- **Check Out**
- **Brillenabgabe**

Abb. 2

Als beispielhaft für angepasste Sehproben sind die für die Visusprüfung verwendeten Lea-Charts (Abb. 3) und der Waggoner-Farbttest (Abb. 5), bei dem jeweils, im Gegensatz zu Standard-Visusproben und Ishihara-Tafeln (Abb. 4), nicht etwa Buchstaben oder Zahlen, sondern kognitiv leicht erfassbare Symbole benutzt werden.

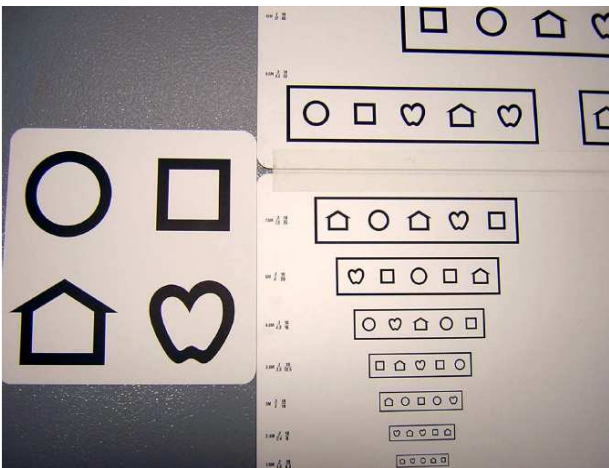


Abb. 3

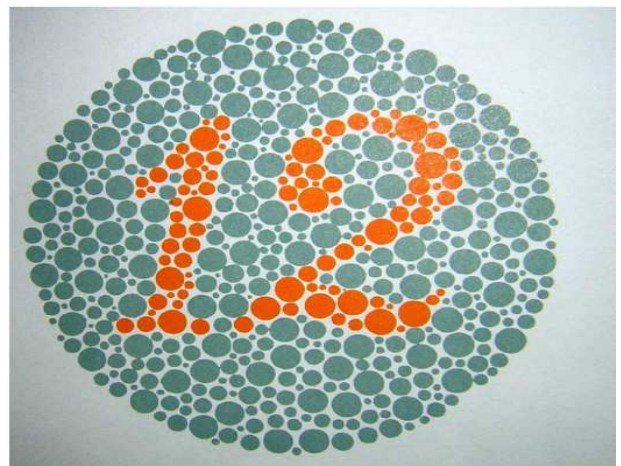


Abb. 4

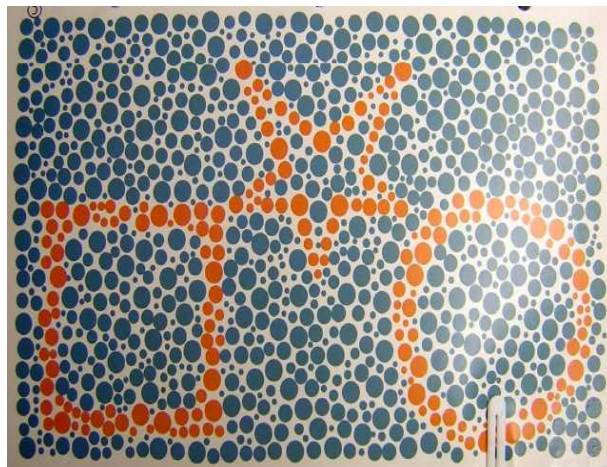


Abb. 5

Ergebnisse

Vergleicht man die internationalen Publikationen, die sich mit der Analyse der visuellen Leistungsfähigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung beschäftigen, so fällt auf, dass in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung eine deutlich höhere Prävalenz für Fehlsichtigkeiten, hochgradige Fehlsichtigkeiten, ektatische Hornhautveränderungen und degenerative Augenleiden sowie Entzündungen im Lidrandbereich und Strabismen praktisch durchgängig feststellbar sind im Vergleich zu nicht behinderten Vergleichsgruppen der Bevölkerung. Warburg (2001) stellt eine alarmierende Prävalenz von Blindheit und Fehlsichtigkeiten sowie Katarakten fest. Degenerative Hornhautveränderungen, wie Keratokonus, wurden häufig beobachtet. Besonders auffällig in praktisch allen Untersuchungen zu diesem Thema ist, dass die häufig auch durch einfache Brillengläser korrigierbaren Fehlsichtigkeiten nur in wenigen Fällen korrigiert waren. Darüber hinaus beobachtet Warburg eine mit zunehmenden Alter und dem Grad der geistigen Behinderung ansteigende Prävalenz der Sehfehler. Neuere Untersuchungen (Al-Bagdady, Stewart, Watts, Murphy & Woodhouse, 2009) zeigen, dass bei Kindern mit Down-Syndrom in ca. 75 % der Fälle die Akkomodationsfähigkeit bereits in der Jugend in korrekturbedürftigen Größenordnungen eingeschränkt ist. Hierdurch wird den Jugendlichen Naharbeit und damit auch jegliche schulische Betätigung erheblich erschwert. Leider liegen zu diesem Themenkomplex bisher aus dem deutschsprachigen Raum relativ wenige qualifizierte Publikationen vor. Die im Rahmen der Special Olympics Lions Clubs International Opening Eyes-Untersuchungen erhobenen Befunde, lassen jedoch den Schluss zu, dass auch in den entwickelten westeuropäischen Industrienationen erhebliche Defizite in diesem Bereich bestehen. Besonders hervorzuheben sind hierbei die langen Intervalle der in der Vergangenheit durchgeführten Augenprüfungen (65 % der Athleten hatten keine Augenprüfung in den letzten 3 Jahren) eine hohe Zahl auffälliger Augenbefunde (33 % der Athleten waren auffällig in Bezug auf die Augengesundheit) sowie eine relativ hohe Anzahl von Sportlern mit herabgesetzter Sehleistung (26,7 % der Athleten hatten einen Visus unter 0,5) (Berman, 2003). Im Rahmen der bisherigen Durchführung der Augenuntersuchungen wurden seit 2004 in Deutschland nun mittlerweile 2847 Athleten untersucht (Abb. 6).

Ort	Jahr	optometric volunteers	Lions Volunteers	untersuchte Athleten	Brillenverordnungen	in %
Hamburg	2004	92	40	943	442	46,9
Hamburg	2005	7	20	60	40	66,7
Berlin	2006	37	16	383	205	53,5
Oberhof	2007	34	19	234	131	56,0
Hamburg	2007	5	10	61	44	72,1
Karlsruhe	2008	86	1	605	371	61,3
Berlin	2008	19	20	116	66	56,9
Inzell	2009	52	5	250	126	50,4
Nördlingen	2009	36	2	195	81	41,5
gesamt		368	133	2847	1506	52,9

Abb. 6.

Schlussfolgerungen

Der festgestellte Bedarf an Korrektionsbrillen liegt mit 52,9 % der untersuchten Athleten deutlich über dem internationalen Schnitt (37 %). Ob die Gründe hierfür tatsächlich in einer bisher schlechteren Versorgung der Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich der Augenprüfung liegt, müssen zukünftige Untersuchungen zeigen. Generell kann man aber davon ausgehen, dass die bei Special Olympics akkreditierten Athleten eine besonders geförderte Gruppe im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung darstellen. Dies legt den Schluss nahe, dass der Gesundheitsstatus dieser Gruppe überdurchschnittlich und nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland sein dürfte. Allein schon hieraus ergibt sich der dringende Handlungsbedarf in weiteren Untersuchungen eine genaue Analyse des Ist-Zustandes durchzuführen. Nach Auswertung dieser Erhebungen ist es unbedingt erforderlich, die Versorgungssituation der Menschen mit geistiger Behinderung in diesem Bereich zu verbessern.

Literatur

- Al-Bagdady, M., Stewart, R.E., Watts, P., Murphy, P.J. & Woodhouse, J.M. (2009). Bifocals and Down-syndrome: correction or treatment? *Ophthalmic Physiol Opt*, 29 (4), 416-421.
- Berman, P. (2003). *Healthy Athletes train the trainer workshop in Murnau*.
- Schmidt, M. (1993). Zur Belastbarkeit von intellektuell behinderten Kindern – Konsequenzen zur Förderung und Elternberatung. In K. Hennische & W. Rotthaus (Hrsg.), *Psychotherapie und Geistige Behinderung* (S. 107-126). Dortmund: modernes lernen.
- Warburg, M. (2001). Visual impairment in adult people with intellectual disability: literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (5), 424-438.

A model for social inclusion? An evaluation of Special Olympics Unified Sports® programme.

Introduction

A research study, recently commenced at the University of Ulster in Northern Ireland and under the leadership of Professor Roy McConkey, is working in partnership with Special Olympics Europe and Eurasia, Unified Sports®, to evaluate the extent to which participation in Unified Sports® enhances the social inclusion of individuals with intellectual disabilities. Further, the study will assess whether Unified Sports® leads to the development of social capital. This paper will first present the background to this study before going on to identify the project objectives and methodological approach. It will then discuss the progress of the study to date and report on early indications from data collected during recent pilot work.

Background

People with intellectual disabilities are amongst the most marginalised in many societies around the world. The reasons for this are multi-faceted (Emerson, McConkey, Walsh & Felce, 2008). Many are born into poverty and because of their disabilities they are perceived to have limited productive capacity. Hence they and their families have little economic power. Moreover they are unlikely to be active decision-makers within communities so they have little political power. Also the stigma associated with their disability has resulted in their active exclusion from society (O'Toole & McConkey, 1995).

This reality stands in marked contrast to the vision of social inclusion contained in various Rights Statements that the United Nations has promoted for people with disabilities, such as the recent Convention (2006) which has the aim of ensuring:

“The full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by all persons with disabilities, and to promote respect for their inherent dignity”.

The challenge remains however, of translating the rhetoric of rights into new realities for persons with an intellectual disability. The Unified Sports® initiative of Special Olympics could be conceived as an attempt to do this. It certainly fulfils the aspiration contained in Article 30.5 (a) of the UN Convention which states:

“To encourage and promote the participation, to the fullest extent possible, of persons with disabilities in mainstream sporting activities at all levels”;

The Special Olympics Unified Sports® programme provides an opportunity for young men and women with and without intellectual disabilities to play competitive sports together in mixed teams. As unified athletes (people with intellectual disabilities) and partners (non-disabled players) they train and play competitively together, they have the chance to improve their fitness, their sporting skills and to challenge stereotypes about intellectual disability through direct contact, the development of friendships as well as through the competition and camaraderie of the sports field. Past evaluations suggest that involvement in Unified Sports® promotes growth in athletes' self-confidence, social and communication skills enabling them to challenge inequality and discrimination as well as increasing their participation in social relationships.

The Evaluation

The present evaluation focuses on the success of Unified Sports® in promoting social inclusion. We aim to examine the programme from two perspectives. First, the evaluation will focus on *outcomes* for persons with intellectual disabilities participating in these activities. For example to what extent are they more included within their families, community and wider society? Here we are drawing upon theoretical frameworks of social inclusion proposed by Burchardt et al. (2002) that embrace the economic and political as well as social dimensions of inclusion.

The second approach is to judge Unified Sports® against the *processes* that are known to contribute to the creation of social inclusion and evaluate the extent to which Unified Sports® encompasses and nurtures these processes. In this connection we are drawing on the concept of social capital, which embraces the society, as well as local community factors that contribute to its formation (Bates & Davis, 2004).

These two evaluative approaches intersect in that the validation of the processes comes from the outcomes attained by them. However, as Unified Sports® interventions are still evolving, it is unrealistic to expect outcomes to be attained and apparent in the short term. Rather a fairer judgment is whether the likelihood has been increased of attaining the desired outcomes by ensuring the requisite processes are in place. This type of analysis also assists with identifying the barriers or obstacles encountered.

The contexts for inclusion

Before describing the processes it is important to define the contexts for inclusion that the Unified Sports® model works within.

To be integrated into a community and experience real inclusion requires a relationship between an individual and the wider community – its people and its places. In terms of place, social inclusion can be identified in locations commonly used by most of the community. For younger people this will be the school environment or

through recreational activities available in their locality. Beyond school, individuals often experience work (paid or voluntary) as a primary vehicle for integration and social inclusion.

In terms of people, Unified Sports® places particular emphasis on building relationships with non-disabled peers (Partners) and Team coaches/leaders but also extending this to the social inclusion within families and the local community.

The processes for inclusion

The Figure below summarises the key processes that have been identified as contributing to social inclusion and the creation of social capital, which we portray as two sides of the same domain.

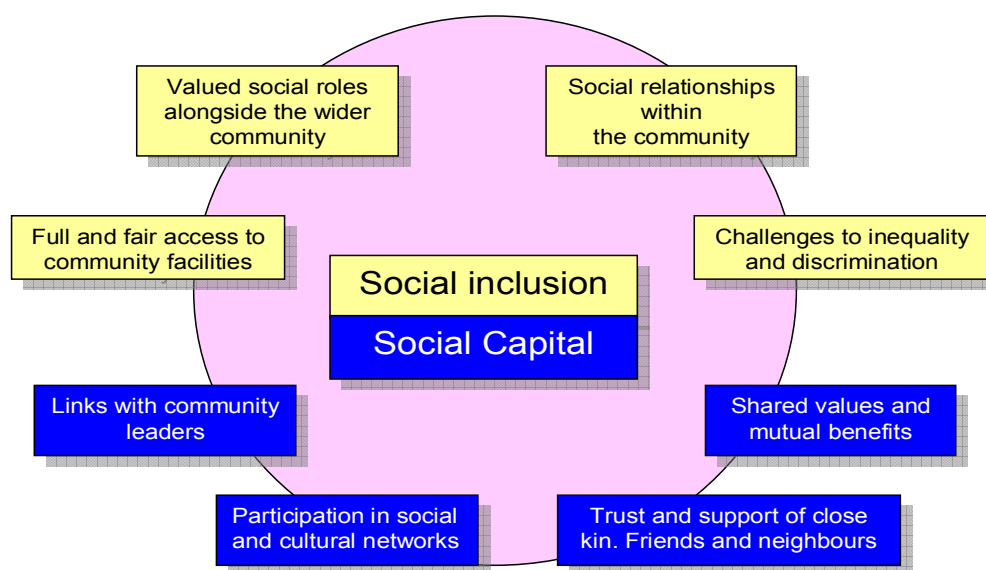


Figure 1: Key processes contributing to social inclusion and social capital

Although, not specifically developed in relation to people with disabilities, certain processes for promoting social capital have strong resonance with past theoretical positions aimed at explaining the devalued position that persons with disabilities hold in many cultures (Wolfensburger 1972, 1998). The processes outlined in the Figure also link with past studies on the impact of societal attitudes on developing shared values and perceived mutual benefits (Siperstein et al., 2007).

More crucially, it is our perception that Unified Sports® in particular and “New Special Olympics” in general, strives to embrace most if not all of these processes within its operations (Shriver, 2007). But even if these processes are apparent within the context of Special Olympics events and activities, the bigger issue is whether these processes are sufficiently developed within Unified Sports® to generate both social capital and social inclusion within the wider social contexts identified above. Moreover, these benefits are not solely for the person with intellectual disabilities but all participants – coaches, partners and families – are also beneficiaries as they

to have a share in social capital. This is the essence of the evaluative approach that we are undertaking.

Project Objectives

The objectives of this project are:

- * To evaluate the strengths of Unified Sports® as a model to promote the social inclusion of young people with intellectual disability within schools, community recreation programs and for employment opportunities, and as a means of creating social capital among all participants.
- * To examine the contribution of different components of the programme which facilitate relationships between athletes and community members.
- * To document barriers and facilitators to community integration within the cultural and social context in which each Program operates.

We will collect information as to how the Unified Sports® model is implemented both within and across countries and the variation that may have arisen. By comparing this information with the findings of previous research (Norins et al, 2007) we will be able to determine the extent to which developments have occurred in terms of the inclusion of females, a wider age range of participants and its extension to other sports. Although the principal informants for this aspect of the evaluation will be Program staff in each country, the data will be validated with coaches, partners and athletes.

We also aim to document the experiences and views of the main stakeholders in Unified Sports®. That is:

- * The athletes with intellectual disabilities (aged approx 12 to 25 years).
- * Partners without intellectual disabilities (aged approx 12 to 25 years).
- * The coaches/leaders involved with teams at a local and national level.
- * Family carers of Athletes with intellectual disabilities and possibly to a lesser extent those of Partners.
- * Representatives of community groups/organisations who are known to Special Olympics.

All of the above may be beneficiaries of the Unified Sports® Model in that their social inclusion may also increase through contributing to social capital building within their communities. Our focus will be on qualitative information obtained through dialogue with the stakeholders which should also embrace an understanding of their culture and community.

Project design

Football and Basketball are the most developed activities within Unified Sports® with the largest number of participants and competing teams, although overall Unified Sports® host a wide variety of sporting activities. This study plans to work across five European countries - Germany, Poland, Serbia, Hungary and Ukraine, with pilot studies in England. We aim to work in 2-3 locations in each country and with a number of teams in each location.

We will establish partnerships with a University in each country with an interest and expertise in disability and/or sports. We will recruit local researchers who can act as in-country research assistants. This will enable greater understanding of the local culture and context as well as assist with issues of language and translation.

Table 1: Information to be gathered

Information	Respondents	Methods
1. Operation of Unified Sports® in the locality, the sports offered, demographics of participants (i.e. coaches, partners and athletes).	Coaches	Self-completion questionnaire and interviews
2. Extent of community integration of Athletes and Partners in sports, education and employment and perceived changes in this. The reasons/explanations given by informants.	Coaches Partners, Family, Athletes and Community reps.	Self-completion questionnaire and interviews Individual and Group Interviews
3. Perceived benefits to Athletes, Partners and Coaches in terms of personal development and social inclusion in family and community settings and the visibility of Athletes within communities. The reasons for this will be gathered.	Coaches Athletes and Partners, Family and Community reps.	Self-completion questionnaire and interviews Individual and Group Interviews
4. What are the potential challenges (internal and external) that each Program faces in promoting community integration?	Coaches Athletes and Partners, Family and Community reps.	Interviews Individual and Group Interviews

In each locality we will invite people from all the stake-holder groups to meet with us. The numbers in each location will vary, but we would hope to recruit in each lo-

cation sufficient representatives of each group so as to reach data saturation of the core themes. The experience of pilot work already undertaken in England (discussed below) has demonstrated the viability of this approach.

Data collection will be through individual and group interviews supplemented by self-completion questionnaires. Table 1 shows the type of information we will be seeking, the relevant respondents and the method of collecting the data.

Progress to data

The project began in April 2009. The management structures have been established, consisting of the Project Management team – a small group who are responsible for the day-to-day operations of the project, and who keep in regular contact through tele-conference and email. This group includes Sabine Brecklinghaus, SOEE Senior Manager for Youth Education and Unified Sports®, who has been a valuable member of the project management team. In addition we have set up a Project Advisory Board, which is made up of representatives of participating National Programmes in SOEE and representatives of SO International. We are hoping to develop membership of this group through the recruitment of a representative for the Special Olympics Global Collaborating Centre at the University of Massachusetts, as well as colleagues from Universities in participating countries.

The project is in the process of establishing local contacts in each of the participating countries. This will lay the foundation for data collection visits, which are also in the planning stages, but are scheduled to be completed between September '09 and January '10.

Various data collection tools have been developed. These include a self-completion questionnaire, which has been circulated to the national coordinators in participating countries. This provides details of national programmes that will enable us to compare the chosen countries with the data gathered by SOEE for all countries in which Unified Sports® operate. A pro forma for collecting information around team membership has been developed and tested. Interview protocols have been devised and will be reviewed on the basis of lessons from the pilot work.

A website, hosted by the University of Ulster website, is in development. It will provide information on the progress of the project and will provide for an area in which individual 'stories' can be highlighted. This will be live in July '09.

Early indications from pilot work

Pilot work was undertaken by the research team, Roy McConkey, David Hassan and Sandra Dowling, with a Unified Sports® Football project located in the N.W England during May'09. During a one-day football tournament between local teams, data was collected between games and during breaks. The table below shows the numbers of participants who contributed to the data collection event:

Participant	Number
Leaders/coaches	7
Parents/carers	4
Athletes	10
Partners	10
Community representative	1

The event demonstrated that the selected mode of data collection is viable. Participants were engaged and enthusiastic, and were responsive during individual and group interviews. Conducting interviews between games proved entirely possible and with flexibility on both the part of the Unified Sports® personnel and the research team the data collection event proved to be pragmatically successful although the venue – a community Leisure and Sports Centre - did offer space to meet away from the competition.

Analysis of data is underway, however early findings indicate that amongst young people, taken as a whole, there are very positive reactions to their involvement in Unified Sports®, both in terms of their social development and their sporting achievements. There was a strong sense of being ‘*unified*’ between young people with and without intellectual disabilities, and for some this seemed to extend to their social circles outside of the sports field. For example, athletes remarked that they felt safe from bullies when out with partners from Unified Sports®. The young people enjoyed the competition brought by their involvement in US and relished the opportunities to travel and take part in both national and international competitions. There was evidence of improvements in communication and confidence as attested by coaches and parents as well as the young people themselves, which may engender transferable skills to bring to their lives in the wider community.

Coaches commonly had a prior connection to intellectual disability through either being a parent or sibling. They brought a high standard of coaching and positive ethos to their work with young people. There appeared to be a strong emphasis on empowerment and equality in addition to the development of skill and fitness. The lead coach had also had a long term vision for the programme through the training of assistant coaches (both athletes and partners) who may be able to take on increasing responsibility as time goes by and as current coaches work towards retirement. This is an excellent example of building social capital.

Family members interviewed were all mothers, and they expressed a very positive outlook towards Unified Sports®. They had seen a big improvement in their son’s confidence and took great pride in their achievements. They appreciated the camaraderie that their sons experienced and were reassured that they were in good company. There were limited opportunities for their sons to socialise in their own communities and they liked to see their children having the opportunity to mix with

other young people. They said that seeing their sons' ability at football had helped to put their disability into context through being able to recognize their strengths. Mothers too gained from the family's involvement, through their contact with other mothers with a child with intellectual disabilities, stating that they '*feel part of one big family*'. In this instance, mothers have experienced more limited social inclusion. The data collected and lessons learnt during the pilot work will help to refine the approach and process of information seeking in the forthcoming stages of this project across the five other European countries. It is hoped that findings will develop understanding of the factors and processes necessary to break down barriers and promote the greater social inclusion of individuals with intellectual disabilities. We are excited at the possibilities that cross-cultural research of this nature offers as it is one of the few projects to tackle issues such as:

- * The perceptions and beliefs about disability across different European countries.
- * The impact that segregated schooling and service systems have on opportunities for social inclusion.
- * Issues around the recruitment of partners and coaches.

Whether a simple concept such as Unified Sports® can produce the same impact despite all of the foregoing.

References

- Bates, P. & Davis, F.A. (2004). Social capital, social inclusion and services for people with learning disabilities. *Disability and Society* 19 (3).
- Burchardt, T. LeGrand, J. and Piachaud, D. (2002). Degrees of exclusion: developing a dynamic multi-dimensional measure. In J. Hills, J. LeGrand, & D. Piachaud (EDS.), *Understanding Social Exclusion*. Oxford University Press, Oxford.
- Emerson, E., McConkey, R., Walsh, P.N. & Felce, D. (2008). Editorial: Intellectual disability in a global context. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 5 (2),79-80.
- Shriver, T. (2007). *In report on: A New Generation of Research in Intellectual Disabilities: Charting the Course*. Washington: Special Olympics International.
- Siperstein, G.N., Parker, R.C., Norins Bardon, J. & Widaman, K.F. (2007). A national study of youth attitudes toward inclusion of students with intellectual disabilities. *Exceptional Children* 73 (4), 435-455.
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. Geneva: UN
- Wolfensberger, W. (1972). *The principle of Normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Wolfensberger, W. (1998). *A brief introduction to Social Role Valorization: A high-order concept for addressing the plight of societally devalued people, and for structuring human services*. (3rd ed.). Syracuse, NY: Training Institute for Human Service Planning, Leadership and Change Agency (Syracuse University).

Fit, fat and fun

Introduction

Inactivity, overweight and obesity form a growing health issue in Western societies. On average, 55% of the Dutch adults does not meet the ACSM standard for health related physical activity and 35-40% of the Dutch adults deals with overweight. Furthermore, 10-25% of the adult population is obese. Individuals with an intellectual disability (ID) also suffer from both the inactivity and weight problem. Many studies have reported the prevalences to be even higher in this population. About 80% of the Dutch adults with ID do not meet the ACSM standard for healthy physical activity. What's more, the inactivity problem in ID increases with age. Apart from an exceptional 5% that does participate in some physical activity, a shocking 95% of elderly with ID in the Netherlands are living a sedentary life.

Not only the activity pattern should be of concern but people with ID also show a poor physical fitness level compared to the general population. The 'container' concept of health related physical fitness can be measured by components such as endurance power, manual dexterity, reaction time and grip strength. With respect to these four components people with ID in the Netherlands have shown to be even less fit than the Dutch population aged 55+ that leads the most sedentary lives.

When looking at the financial repercussions of lifestyle factors like physical inactivity and unhealthy food, a stunning cost of 550 million Euros a year is estimated. As for physical activity, also the overweight and obesity rates for the Dutch ID population are of concern. Overweight and obesity are defined in accordance to the WHO BMI cut off criteria for Caucasians. Applying these criteria to people with ID reveals about 40% overweight, 20% obesity, against a 30% and 15% respectively for the general Dutch population.

However, the figures are not fully comparable. Research for the ID population yields some striking differences with the general population, for instance in terms of gender. From a gender perspective we see that whereas half of the men has a normal weight, only 20% of the women has a BMI below 25. In other words, for the ID population women are significantly fatter than men. Furthermore, women suffer twice as much from obesity than men do, illustrated by the percentages 45% and 20 % respectively.

In the ID population, overweight is a health problem not only restricted to adults. Even 8-12 years old children with ID, both boys and girls, demonstrate almost twice as much prevalence of overweight and obesity when compared with the general population of children: 27% and 15% respectively.. These figures forewarn a serious healthproblem in the future. Moreover, if not countered, the trans-

generationality hypothesis states that overweight or obesity in youth is an independent risk factor for weight problems in adulthood with a 60% to 80% chance to occur, depending the used criteria by the author.

In sum, women and school-aged children are at greater health risk than their peers as far as body mass index is concerned.

Besides BMI, the amount of body fat is of great importance to people's health. Widely used criteria for healthy body fat, expressed as a percentage of body weight, is for men and women on average 20% and 30% respectively. In a screening of about 120 regionally spread ambulant adults with mild or moderate ID we concluded to a vast majority having an unhealthy fat percentage. When considering gender differences, several remarkable figures come to the fore. More than 40% of the men and more than 80% of the women were too fat. Furthermore young men under 30 years of age and women in all age categories showed a fat percentage above the norm for a healthy body composition. Again women are at greater risk for health problems than men, in this case due to their amount of body fat.

The comorbidities of overweight and obesity are anomalies that often occur in the cluster of the metabolic syndrome, like insulin resistance, dyslipidaemia, hypertension. These anomalies place individuals at an increased risk of serious health conditions (i.e. type 2 diabetes, hypertension and cardiovascular diseases). Other health risks that are associated with inactivity, overweight and obesity are falls, premature ageing, sleep disturbances, various types of cancer, gall-bladder diseases, arthrosis, respiratory problems and various psychosocial problems. These comorbidities significantly contribute to the reduced life expectancy of individuals with an ID. Being inactive, overweight or obese not only burden people's health and life expectancy but affect people's physical, social, and intellectual development as well. That's no fun.

What can be done?

Physical activity

Obesity can be reversed during adulthood. A rather small reduction of the body weight can lead to important health gains, like a decrease in blood pressure and cholesterol.

Not only weight loss can lead to health gain: cardiovascular fitness is shown to be more important than the percentage body fat or weight as an indicator for health. Active obese individuals demonstrated lower rates for morbidity and mortality than normal weight individuals that are sedentary. Other research proved that physical fitness is a better predictor of health than weight is. Thus, people of all sizes can benefit from healthy exercise and eating patterns. That is fun.

In this respect one can prefer to speak of lifestyle interventions, rather than interventions focused on weight loss only.

It is widely accepted that people with disabilities should have full access in treatment programs and facilities, yet the programs for the general population are not compatible with and accessible to individuals with an ID. Even though physical activity as a single component is not the optimum approach for effective weight loss and maintenance in the general population physical activity is highly used as intervention to establish weight loss in individuals with an ID. Short term, positive effects of physical activity interventions on body composition or body weight for people with an ID have been established. In the long run however others concluded that the effectiveness of aerobic exercise training programs in improving the health of adults with Down Syndrome remains uncertain. In addition a meta-analysis demonstrates that no evidence of positive change in body composition in individuals with an ID was apparent. Taken together these results are contradictory at least. It seems that the ideal content of a weight loss program or life style change program is not well established yet for individuals with an ID.

Nutrition

Besides the focus on physical activity, interventions for weight loss can also have nutrition modification as a basis. Healthy nutrition contributes to good health. It is hence not surprising that much research has been dedicated to the diet and nutrition topic in people with ID. Overall, the results show that nutrition in people with an ID is not adequate. Strangely, no nutrition-intervention studies have been carried out for individuals with an ID. Although in the general population the programs focusing on nutrition alone have not proven to be effective for the long term.

Education

Behavioral approaches focusing on teaching self-control techniques have shown to be effective for weight loss in individuals with an ID. The average weight loss, over the course of five studies, was 0.31 kg per week of treatment, but with high inter individual variability. Behavioral interventions for the general population have shown to be more effective. The cause of this difference remains unclear.

For the long term effect of a (weight loss) program behavioral change is necessary. According to the Transtheoretical Model a person moves through a sequence of stages in adopting new behavior. In addition, the social cognitive theory of Bandura (1986) suggests that knowledge is a prerequisite for behavioral change, including health-promoting behavioral change. Individuals are more likely to change their behavior when first, their current lifestyle poses threats to personally valued goals, second, when new behavior will help to reduce the threat and third when the individual is personally capable of adopting the new behavior. The individual has to learn that the current lifestyle is not healthy in order to change that lifestyle. Others found that the health education materials should incorporate the use of repetition, involvement of health care providers and family. Combining these different insights one can say that to accomplish and maintaining weight loss or more healthy beha-

behavior it is essential to ensure that people know what healthy behavior is and how they can accomplish health gain.

It has been shown that most people in Western societies know the benefits of good nutrition and physical activity but it is unknown if individuals with an ID have the same level of knowledge. It has been proved that individuals with an ID can learn about keeping their body healthy but the level of intelligence should be taken into account.

Environmental factors

The environment can both hinder and facilitate physical activity and healthy eating habits. On the one hand there is the build environment, nowadays encouraging a positive energy balance and therefore called 'obesogenic' environment. The field of 'obesogenic' environment is more investigated lately and a strong relationship between the prevalence of obesity and the build environment features revealed from those studies. On the other hand there is the social environment. It has been clarified that subjects without an ID having active parental involvement during the weight loss treatment accomplished more weight loss than the control treatments without parental involvement

Within the concept of social environment I will touch upon the eating environment, which could heavily contribute to weight gain and establishing overweight. Several studies demonstrated that size and shape of spoons, bottles, glasses and plates can influence the amount of food consumption, as does colour of food. From the perception-action coupling perspective we indeed can understand that an illusion (perception) determines one's behavior.

Since people with ID are generally more dependent on others, involvement of significant others can play a major role in achieving and maintaining weight loss or health gain. Social variables have proved to be better predictors of Body Mass Index in people with Down Syndrome than physical state variables.

The Toronto Model shows that multiple components account for health related fitness. Body weight and amount of body fat are part of the health related fitness component in the model. Physical activity, life style behavior and social environment are components affecting health related fitness. In accordance with this model, we suppose a multicomponent approach should have the greatest impact on health related fitness. Concluding, both physical activity, nutrition, education and social support seems to be appropriate components of a weight loss program.

Multicomponent weight loss interventions in ID

Are multicomponent interventions of help for weight loss and health gain in individuals with an ID? And if so, which combination of components is the most effective?

A limited review addressing the above mentioned questions focussing on weight loss in people with ID produced 39 studies. After selection eight studies remained. One can say that not much research has been done on this topic. Using the check-

list of Downs and Black for quality assessment all studies scored less than half of the total points attainable. Only in one study a control group was included and generally no randomization was performed. Moreover, the sample sizes were small, there was a lack on statistical analysis and only in three studies follow-up assessments were made. One cannot expect that studying people with an ID can be done under strict control due to the methodological challenges inherent to this specific population, but adequate sample sizes, control groups, good reportage of the intervention and sound statistical analyses are a fair call.

Answering the first question “Are multicomponent interventions of help ?” one can say that no unequivocal answer is available. All studies showed a positive direction of the outcome, the subjects showed weight loss or a reduced BMI, but in only two studies a multicomponent program showed significant effects. For now, one can only say that multicomponent programs for weight loss in people with an ID have not been shown to be ineffective.

The second question to be answered is “Which combination of components is the most effective”? When theoretical models and results from multicomponent studies in the general population are taken into account, four components come into play. Exercise and nutrition are two components that actually cannot be seen separately. Overweight is characterized by a positive energy balance, mainly caused by movement poverty and excessive energy uptake. A meta-analysis of the past 25 year of exercise research suggests that in order to maintain weight-loss, exercise is a critical component. Therefore the emphasis should lie on physical activity rather than nutrition. Moreover, the ‘fat-and-fit hypothesis’ states that it is better to be physical active and have overweight than to be sedentary and have a good weight. Behavioral change is a prerequisite for long term effects and knowledge is very important for behavioral change In accordance with the social cognitive theory the Health Belief Model states that one should first require knowledge in order to change life style. In order to loose weight and to maintain the weight loss behavioral change is necessary. Multicomponent programs for children (without ID) containing an educational component have shown to be effective Moreover health knowledge can be increased in people with an ID. Therefore, education in healthy eating and physical activity should be part of a weight control program for people with an ID.

Social support is the fourth component of potential influence. Although this component has not had convincing results for people with ID, in child studies, the effect has been quite clear. Multicomponent programs for weight loss in children or adolescents containing some form of social support have shown to be effective. Social support can have an influence on the maintenance of weight loss. The Toronto model emphasizes that dealing with the social environment is important: the ‘obesogenic’ environment can be affected by the social component. Moreover, parents and caretakers are often involved in decision-making and lifestyle choices. Motivation of parents and carers can therefore have impact on the effectiveness of the program. The higher the dependency on parents or caretaker, the more influence this component will have on the program effectiveness. Taking the multidimensio-

nality of a possible solution to the inactivity/overweight problem into account we actually better can speak of a health enhancing life style program rather than a weight loss program.

Conclusively, the components that should be accounted for in such a life style program (directed to weight loss, weight maintenance, weight control or what ever) designed for people with an ID are exercise, nutrition, education and social support.

Intervention study

We designed a multicomponent health enhancing life style program, directed to weight control, including the above mentioned components. The exercise component has been based on a low intensive fat oxydation theory. According to this theory participants have to exercise every 48 hours for at least 20 minutes continuously during the 24 weeks-program. To ensure participation and to avoid injuries and early drop outs the intensity level initially is set on 25-35% of an individuals' heart rate reserve (Karvonen formula), increasing every six weeks to 60% in the last phase of the program. A session takes about 45 minutes, including warming-up and cooling down. The training intensity has to be checked regularly by heart rate monitoring.

In the nutrition component dietary coaching is used. In order to influence food intake the emphasis lies on manipulating environmental factors such as portion size, shape and size of spoons, glasses, bowls and plates, food presentation, meal frequency, food composition, rather than on personal factors.

The educational component consists of one hour 'school' every week. Participants are educated on the topics of healthy exercising and eating in order to provide them with the basic knowledge supporting healthy choices with respect to life style factors such as food and physical activity. Much effort is applied both to elicit food and exercise preferences of every individual and design a sound reinforcement and rewarding system. This knowledge of preferences is indispensable in developing and formulating the individualized healthy daily life style program with the eye on the long term.

The social support component concerns the social environmental network of the participant. Parents, relatives, friends and caretakers are considered to be an integral part of the solution rather than part of the health problem. Their active involvement can result in both diminishing the obesogenic environment and into a reduction of the amount of daily physical inactive moments of the individual. Next participants can highly benefit from caretakers's smart manipulations of the eating environment during meals concerning glasses, plates and bowls. The social environment is also supposed to support the participants in completion of their 'take home' tasks. As people with ID are likely to learn by imitation and also like to 'belong', someone from the social environment could function as a significant other, a model or an idol by demonstrating consistent healthy exercise and eating behavior.

The research design used is characterized by a control and an experimental group consisting of matched pairs, longitudinal data, repeated measures at baseline, at 3 and at 6 months. The 36 adults included were mild or moderate intellectually disabled, ambulant, overweight or obese and did not suffer from active major medical disorders.

The program has shown to be effective on BMI and body fat, suggesting health gain for the participants in the experimental group. And that is fun.

Nothing can be said concerning long-term effectiveness because up to now no follow up measurements have been conducted.

From a theoretical angle it could be argued that the low intensive fat oxidation approach has been supported. Furthermore, one can conclude behavioral change towards a healthy life style in people with ID is possible, although long term evidence lacks. As a closing remark, a multidimensional problem like inactivity and overweight or obesity can be influenced positively by a multidimensional intervention program with an emphasis on physical activity.

References

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Further References not mentioned in the text

- Anderson, R. C. (1993). The need to modify health education programs for the mentally retarded and developmentally disabled. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 5(2): 95-108.
- Barlow, CE., Kohl, HW., Gibbons, LW., & Blair, SN. (1995). Physical fitness, mortality and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 19, 41-44.
- Bhaumik, S., Watson, M., Thorp, CF., Tyrer, F. & McGrother, CW. (2008). Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population-based prevalence study. *Journal of Intellectual Disability Research* 52 (4): 287-298.
- Blair, SN., & Brodney, S. (1999). Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. Roundtable Consensus Statement. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 31(11): S646-S622.
- Bouchard, C. & Shepard, RJ. (1994). Physical activity, fitness, and health: the model and key concepts. In C. Bouchard, R.J. Shepard & T. Stephens (red.), *Physical activity, fitness, and health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Chanas, AK., Reid, G., & Hoover, ML. (1998). Exercise effects on health-related physical fitness of individuals with an intellectual disability: a meta-analysis. *Adapted physical activity quarterly* 15, 119-140.
- 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 Journal* 18, 60-71.
- Croce, RV. (1990). Effects of exercise and diet on body composition and cardiovascular fitness in adults with severe mental retardation. *Research in Developmental Disabilities* 19 (6), 477-492.

- Downs, SH. & Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies for health care interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health* 52, 377-384.
- Draheim, CC., Williams, DP. & McCubbin, JA. (2002). Physical Activity, Dietary Intake, and the Insulin Resistance Syndrome in Nondiabetic Adults With Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation* 107(5), 361-375.
- Glanz, K., Lewis, FM & Rimer, BK. (1990). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Golden, E., & Hatcher, J. (1997). Nutrition knowledge and obesity of adults in community residences. *Mental Retardation* 35(3), 177-184.
- Hamilton, S., Hankey, CR, Miller, A., Boyle, S. & Melville, CA. (2007). A review of weight loss interventions for adults with intellectual disabilities. *Obesity Reviews* 8, 339-345.
- Health Development Agency. (2003). *The Management of Obesity and Overweight: An Analysis of Reviews of Diet, Physical Activity and Behavioral Approaches*. The Stationery Office: London.
- Institute of Medicine, (2001). *Health and behavior: The interplay of Biological, behavioral and societal influences*. Washington DC: National Academy Press.
- Jackson, R.J., & Kochtitzky, C. (2001). *Creating a Health Environment: The Impact of the Built Environment on Public Health*. Washington, DC: Sprawl Watch Clearinghouse Monograph Series.
- Lunsky, Y., Straiko, A., & Armstrong, S. (2005). Women be healthy: evaluation of a women's health curriculum for women with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 16, 247-254.
- McLean, N., Griffin, S., Toney, K. & Hardeman, W. (2003). Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *International Journal of Obesity* 27, 987-1005.
- Miller, WC., Koceja, DM, & Hamilton, EJ. (1997). A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International Journal of Obesity* 21, 941-947.
- Miller, WC. (1999). How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss? *Medicine and Science in Sport and Exercise* 31(8), 1129-1134.
- Moran, R., Drane, W., McDermott S., Dasari, S., Scurry, JB., & Platt, T. (2005). Obesity among people with and without mental retardation across adulthood. *Obesity Research* 13(2) 342-349.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2001). *U.S. Department of health and human services: Healthy People 2010*. Washington DC, U.S. Department of Health and Human Services.
- Ordonez, F.J., Rosety, M. & Rosety-Rodriguez, M. (2006). Influence of 12-week exercise training on fat mass percentage in adolescents with Down syndrome. *Medical science monitor* 12(10), 416-419.
- Rimmer, JH., Braddock, D. & Fujiura, G. (1993). Prevalence of obesity in adults with mental retardation: Implications for health promotion and disease prevention. *Mental Retardation* 31, 105-110.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatto, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 21, 469-486.
- Rotatori, AF. & Fox, R. (1981). *Behavioral weight reduction program for mentally handicapped persons: A self-control approach*. Baltimore: University Park Press.
- Sailer, AB., Miltenberger, RG., Johnson, B., Zetocha, K., Egemo-Helm, K. & Hegstad, H. (2006). Evaluation of a Weight Loss Treatment Program for Individuals with Mild Mental Retardation. *Child & Family Behavior Therapy* 28(2), 15-28.
- Vidal, J. (2002). Updated review on the benefits of weight loss. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 26(suppl. 4), 25-28.
- Wadden, TA. & Foster, GD. (2000). Behavioral treatment of obesity. *Medical Clinics of North America* 84, 441-461.
- Wei, M., Kampert, JB., Barlow, CE., Nichaman, MZ., Gibbons, LW., Paffenbarger, PS. & Blair, SN. (1999). Relationship Between Low Cardiorespiratory Fitness and Mortality in Normal-Weight, Overweight, and Obese Men. *JAMA* 282 (16), 1547-1553.

- Wijck, R., & van Greef, MHG. (2009). *Physical fitness in adults with intellectual disability in the Netherlands depends on living conditions* (submitted).
- Yamaki, K. (2005) Body Weight Status Among Adults With Intellectual Disability in the Community. *Mental Retardation* 43(1), 1–10.

Ansätze und Projekte zu Special Olympics und Bewegungsangebote für Menschen mit mentaler Behinderung in Österreich

Einleitung

In Österreich trat die internationale Organisation der Special Olympics (SO) mit den ersten SO-Winterspielen außerhalb von Nordamerika im März 1993 ins nationale Bewusstsein. Die mit über 2000 Teilnehmer(inne)n erfolgreiche Austragung in Salzburg/Schladming wurde durch die Anwesenheit des Schirmherrn und Steirers Arnold Schwarzenegger ausgezeichnet. Diese österreichische Verbundenheit wurde auch 2009 durch einen Empfang der österreichischen Delegation beim nunmehrigen Gouverneur von Kalifornien, Schwarzenegger, vor den Winterspielen in Boise/Idaho bestätigt¹.

Außer der regelmäßigen zahlreichen Teilnahme von österreichischen Sportler(inne)n an den Welt-Sommer- und Winterspielen sowie an den National Games existieren weitere Initiativen, Ansätze und Projekte, die zur Entwicklung und Integration von Menschen mit mentaler Behinderung beitragen wollen. Dieses Überblicksreferat will einige Beispiele davon nennen.

Themenüberblick

- Überblick zur Situation der bestehenden Möglichkeiten an Bewegungsangeboten für Menschen mit Behinderung in Österreich: ÖBSV, AFAPA, SO-Österreich.
- Projekt-Beispiele:
 - * Diplomprojekt (Wohanka, 2008) Beweggründe zur Teilnahme an Special Olympics Unified Sports® Volleyball (Team „Pinguine“).
 - * Das Projekt „moveat“ (2007–2009) – ambulantes Langzeittherapieprogramm für übergewichtige Jugendliche und junge Erwachsene mit Down Syndrom und deren Eltern in Wien (Kooperation Down Syndrom Ambulanz, GEFÖ, AFAPA und ZSU).
 - * Der Spielplatz Heldenplatz – integrativer Mitmach- und Demonstrationssporttag im Rahmen des 17. Internationalen Heilpädagogischen Kongresses in der Hofburg am 23. Mai 2008 in Wien (Kooperation AFAPA, ZSU, ASVÖ, ASKÖ).
 - * Die Bildungsinitiative für Sport und Inklusion – BISI (seit Schuljahr 2007/08) in der Steiermark.

¹ Siehe News und Informationen von Special Olympics Österreich unter:
http://www.specialolympics.at/special-olympics-oesterreich-news_241.htm (Zugriff am 22. Mai 2009).

Anbieter und Bewegungsangebote für Menschen mit Behinderung in Österreich

Ausgehend von bekannten Erklärungen, dass der Behindertensport heute mit seinen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln die Unterstützung von Entwicklungsprozessen anstrebt, die zur Entfaltung der physischen und der psychischen Fähigkeiten des behinderten Menschen beitragen und für alle möglich sein soll (vgl. Positionspapier des ÖBSV, 2006), und Sport in der Trias „Bewegung, Spiel und Sport“ bereits vom (behinderten) dreijährigen Kleinkind und selbstverständlich auch noch vom achtzigjährigen Senior betrieben werden kann (Innenmoser, 1996), gibt es auch in Österreich einige Möglichkeiten, Bewegungsangebote auf verschiedenen Ebenen zu finden.

Der Österreichische Behindertensportverband (ÖBSV)

Der ÖBSV ist in neun Landesverbänden und fünf Fachausschüssen organisiert und betreut ca. 6800 Mitglieder in 105 Vereinen landesweit. Der Verband informiert auf seiner Homepage darüber, dass rund zwei Millionen Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung (ÖSTAT 1995) in Österreich leben. Etwa 1,6 Millionen Menschen sind davon chronisch krank, bei rund 480.000 Menschen ist das Bewegungsvermögen, bei 456.000 das Hörvermögen und bei 407.000 das Sehvermögen beeinträchtigt. Das wird durch die jüngste Mikrozensus-Erhebung bzw. EU-SILC (= EU Statistics on Income and Living Conditions) bestätigt, wonach 1,7 – 1,6 Mill. Personen mit dauerhaften Beeinträchtigungen in Privathaushalten (Alter zw. 16 und 64 Jahren) leben.

Nach Zielstellung und strukturellem Aufbau möchte der Verband durch Vorbilder im Leistungssport auch auf breiterer Ebene zum Sporttreiben von Menschen aller Altersgruppen motivieren. Wörtlich ist der Zweck des Verbandes die „Förderung von Sport für erwachsene und jugendliche Menschen mit Behinderung zur Stärkung der Gesundheit, zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie zur Förderung der Eigeninitiative, der Selbständigkeit und der sozialen Integration“ (ÖBSV, 2006).

Die Austrian Federation of Adapted Physical Activity (AFAPA)

Die AFAPA ist eine seit 1994 bestehende Initiative und nennt sich im Untertitel auch *Verein zur Anpassung sportlicher Betätigung an die Bedürfnisse behinderter Menschen*. Der Verein wurde zum Zweck der nationalen Verbreitung des Konzepts von APA (Adapted Physical Activity), das die Forschung und Abhaltung von regelmäßigen Tagungen und Kongressen miteinschließt, gegründet. Er beschreibt sich als:

- * Forum für interdisziplinären Dialog von Fachleuten mit dem Ziel Menschen mit speziellen Bedürfnissen Zugang zu Bewegung, Sport und Spiel zu ermöglichen, er ist

- * Mitglied der „International Federation of Adapted Physical Activity“ (IFAPA). „Adapted Physical Activity“ (APA) meint die Abstimmung von Bewegung und Umwelt auf die individuellen Möglichkeiten von Menschen, deren Entwicklung und Integration behindert wird, und er möchte zur
- * Entwicklung eines öffentlichen Bewusstseins beitragen, dass alle Menschen das Recht auf spielerische Bewegungsaktivitäten und Sport haben (AFAPA, 2009).

Menschen mit Behinderung sollen dazu motiviert werden, durch Bewegung, Sport und Spiel ihr bio-psycho-soziales Potenzial lebenslang zu entfalten. Wegen persönlicher Involviertheit möchte die Autorin die von AFAPA (mit)initiierten Projekte in diesem Beitrage hervorheben.

Special Olympics Österreich (SO-Ö

Sehr komprimiert kann man die Hauptaufgabe von SO-Ö damit beschreiben, dass versucht wird, mental behinderte Menschen über Bewegung, Spiel und Sport in die Gesellschaft zu integrieren. Durch die Förderung der körperlichen Fitness und der motorischen Fähigkeiten wird eine wesentliche Erhöhung der allgemeinen Lebensqualität der einzelnen Sportler(innen) angestrebt².

Alle genannten Organisationen scheinen ähnliche Zielorientierungen mit leicht unterschiedlicher Schwerpunktsetzung zu haben.

Projekte

Die folgende Auswahl erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit und gibt nur einen beispielhaften Einblick in umgesetzte bzw. laufende Projekte, die Menschen mit mentaler und/oder anderer Behinderung betreffen.

Beweggründe zur Teilnahme an Special Olympics Unified Sports®

Das österreichische SO-Unified Volleyball-Team „Pinguine“ wurden 2008 im Rahmen einer Diplomarbeit (Wohanka, 2008 sowie Tagungsband des Symposiums 2008³) hinsichtlich ihrer Beweggründe zur Teilnahme untersucht. Unterschiede, Ähnlichkeiten oder Gleichheiten zwischen den einzelnen Teammitgliedern, aber auch innerhalb der Gruppe von Athlet(inn)en und Partner(inne)n wurden thematisiert.

² Siehe Special Olympics Österreich: Aufgaben und Ziele unter:

<http://www.specialolympics.at/special-olympics-oesterreich-aufgaben.htm>

³ Dinold, M. & Wohanka, A. (2009). Beweggründe zur Teilnahme an Unified Sports® am Beispiel des Volleyballteams „Pinguine“. In M. Wegner & H.-J. Schulke (Hrsg.), Behinderung, Bewegung, Befreiung - Band 2. Rechtlicher Anspruch und individuelle Möglichkeiten im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung. (Elektronische Version unter:

<http://www.uni-kiel.de/sport/test/media/arbeitsbereiche/sportwissenschaft2/aktuell.html>)

Wenn also Unterschiede vorlagen, war es von Interesse, welche das sind, warum die einzelnen Teammitglieder Volleyball spielen und was genau sie zu Unified® Volleyball im Speziellen bewegt? Wie bei der vorjährigen Tagung berichtet, wollte man mittels Klärung dieser Fragestellung auch in Erfahrung bringen, was am Volleyballspiel so attraktiv ist, um dadurch in weiterer Folge mehr Menschen zur Ausübung dieses Teamsports zu bringen.

Für die Darstellung der Ergebnisse sei auf den erwähnten Beitrag verwiesen. An dieser Stelle kann nur eine Kurzfassung der Diskussion und Konklusion aus der Untersuchung wiedergegeben werden.

Es wurde deutlich, dass die Partner/innen in diesem Team die Möglichkeit haben, unter anderem ihre Erfahrungen weiterzugeben und Erfahrungen zu sammeln, gemeinsam mit anderen Leuten Spaß zu haben und an Special Olympics Veranstaltungen teilzunehmen. Es zeigte sich auch, dass die Athlet(inn)en 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, aber auch Erfolge wurden von vielen Spieler(inne)n als Ziel genannt.

Das Projekt „moveat“ (2007 – 2009)

„**moveat**“ ist ein ambulantes Langzeittherapieprogramm für übergewichtige Jugendliche und junge Erwachsene mit Down Syndrom und deren Eltern. Die Ansatzpunkte des Programms liegen in Bewegungs-, Ernährungs- und Elternterapie. Es wurden bisher zwei Diplomarbeiten verfasst, die einen kleinen Einblick über erhoffte Veränderungen der durchwegs weiblichen Teilnehmerinnen geben (Weber, 2008; Karner, 2009).

Betrachtet man den Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen mit Down Syndrom, kann man feststellen, dass je älter diese werden, Übergewicht ein immer größer werdendes Problem darstellt. Ursachen können übermäßige Kalorienzufuhr, verminderte körperliche Aktivität, verzögertes Wachstum bzw. körperliche Reifung, veränderte Kohlenhydrattoleranz, erhöhte Serumlipidwerte oder auch Hypothyreose sein. Daher ist für diese Personen gesunde Ernährung, Bewegung und die Gewichtsdocumentation von entscheidender Bedeutung (vgl. Storm, 1995, S. 62).

Als Hauptzielorientierungen werden darin genannt:

- * Gewichtsstabilisierung bzw. –reduktion,
- * Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens,
- * Bewusstseinsstärkung zu Eigenverantwortung bei der Freizeitgestaltung,
- * individuell abgestimmte Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens,
- * soziale Integration,
- * medizinische Begleitung.

Das Konzept ist angelehnt an die Leitlinien der AGA und orientiert sich an dem Trainermanual „Leichter, aktiver, gesünder“. Das Jahresprogramm besteht aus wöchentlichen Treffen zu jeweils drei Stunden. Dabei sind wöchentlich eineinhalb Stunden dem Thema Ernährung inklusive Praxis (Kochen einfacher, gesunder Re-

zepte) und eineinhalb Stunden dem Thema Bewegung gewidmet. Medizinische und psychosoziale Inhalte werden als zusätzliche Themen in den Gruppenunterricht eingebracht. An den Elternabenden wird in einem größeren Umfang gerade auf medizinische und psychosoziale Themen eingegangen.

Das sportdidaktische Konzept beinhaltet die Vermittlung eines adaptierten spielerischen Bewegungsangebots, welches die Jugendlichen zu Bewegung motivieren und so zur Reduktion und Stabilisation des Körpergewichtes beitragen soll. Die Einheiten finden einmal pro Woche mit einer Dauer von jeweils 60-90 Minuten statt. Dabei wird besonders auf die Unterstützung der Eltern oder anderer Bezugspersonen Wert gelegt, die mittels informierenden Vorträgen zu Beginn und Mitte des Jahres sowie am Ende des Projekts aufgeklärt werden und die gelegentlich in der einen oder anderen Einheit zur Unterstützung ihres Kindes anwesend sein sollten. Spezifische Wünsche und der individuelle Entwicklungsstand der Jugendlichen werden möglichst berücksichtigt. Den jungen Erwachsenen soll dabei die Option zur Mitgestaltung der Einheiten und eine individuelle Pausengestaltung ermöglicht werden.

Zusätzlich zu den begleitenden Protokollierungen zu Ess- und Bewegungsverhalten der Teilnehmer/innen wurden zu Beginn und am Ende des Projekts Rückmeldungen in Form einer Fragebogenbefragung zum Ernährungs-, Bewegungs- und psychosozialen Verhalten erfasst. Aus diesen Auswertungen können einige wenige Erkenntnisse berichtet werden.

Ergebnisse

Die Auswertung der Fragebögen zum Essverhalten (Häufigkeit, Qualität, Art und Wahl des Essens) brachte großteils keine Veränderungen in Bezug auf Art und Qualität des Essens, leichte Verbesserungen gab es hinsichtlich der Anzahl der Mahlzeiten (weniger) und Art der Getränke (weniger stark süße Getränke). Das wurde auch durch die Interviews mit Teilnehmer(inne)n und Eltern nach dem ersten Jahr bestätigt, allerdings wurde durchgehend die Problematik der ungenügenden Zusammenarbeit mit den Arbeits- und Wohneinrichtungen angesprochen.

Die Überprüfung der motorischen Entwicklung und des Bewegungsverhaltens – es wurde eine modifizierte „Eurofit Special Test Batterie“ nach Skowronski (2000) angewendet – ergab keine wesentlichen Veränderungen im Rahmen objektiver Leistungen (Testergebnisse). Aus der das Projekt begleitenden Erfassung der Teilnahmequalität – Erfüllung der (Bewegungs-) Wochenaufgabe und andere Beobachungskriterien (Aufmerksamkeit, Motivation, Kreativität, Spontaneität, Selbstkontrolle und soziales Miteinander) – konnten aber die individuellen Entwicklungsschritte dokumentiert werden und stellten sich meist positiv dar.

Als objektiv messbare Werte konnten bei fast allen eine Gewichtsstabilisierung sowie eine Normalisierung oder leichte Verbesserung der Laborwerte erreicht werden.

Erfahrungen

Persönliche individuelle Erfahrungen werden wohl am besten von den betroffenen Personen, den Teilnehmer(inne)n, wiedergegeben. Was aber andere Beteiligte – hier die Anleitenden – berichtet und ausgewertet haben, wurde in zwei Diplomarbeiten (Christina Weber und Nadine Karner) festgehalten.

„(...) Es ist unmöglich stur nach einem Schema zu arbeiten. Man muss flexibel sein und auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingehen. Auch spielt die jeweilige Tagesverfassung der Teilnehmerinnen eine wesentliche Rolle. Für diese Prozesse galt es ein Gespür zu entwickeln, da sie maßgebliche Faktoren für das Gelingen der jeweiligen Einheit darstellen. Als sehr hilfreich hat sich die Einführung eines Kursbuches dargestellt. Die Jugendlichen und deren Angehörige hatten somit die Möglichkeit, in der Einheit Besprochenes nachzulesen und zu vertiefen. (...) Die Motivation der Jugendlichen war unweigerlich auf den Schwerpunkt der Bewegungseinheit und die jeweilige Tagesverfassung zurückzuführen. Insgesamt war die Motivation im Bereich Rhythmik sowie bei diversen Spielen und Entspannungsübungen sehr hoch, die Bereiche Haltung und Beweglichkeit sowie Kräftigung wurden mit weniger Begeisterung aufgenommen.“ (Karner, 2009, S. 115).

Empfehlungen

Ganz allgemein wurde die Bedeutung von Bewegung für die Zielgruppe bestätigt, wobei ein sehr individueller Zugang nötig erscheint. Gruppenaktivitäten sind erfolgreich, wenn sie auf die Tagesverfassung der Teilnehmenden abgestimmt und lustvoll präsentiert werden oder mit Spaß verbunden sind. Die Beteiligten haben hohen Bedarf an positiver Verstärkung! Eine Kontrolle der als Motivationshilfe aufgegebenen Wochenaufgaben (Übungen) stellte sich als schwierig heraus. Als nicht zu unterschätzender Faktor war immer die (zu) rasche Erschöpfung der Teilnehmenden zu bedenken!

Der Spielplatz Heldenplatz

Das Projekt „Spielplatz Heldenplatz“ fand als integrativer Mitmach- und Demonstrationssporttag im Rahmen des 17. Internationalen Heilpädagogischen Kongresses in der Hofburg am 23. Mai 2008 im Zentrum Wiens statt. Es sollte anschaulich demonstriert werden, wie Menschen mit Behinderung durch Bewegung, Spiel und Sport an der Sportkultur teilhaben. Mitmachstationen für Personen mit und ohne Behinderung regten vor allem eingeladene Schüler und Schülerinnen dazu an, eigene Erfahrungen mit verschiedenen Bewegungsangeboten zu machen. Die Dokumentationen der planenden und betreuenden Studierendengruppen geben beispielhafte Einblicke in Angebote, Ablauf und Rezeption seitens der teilnehmenden Schüler/innen und Lehrpersonen. Auch eine Evaluation zur Einstellungsentwicklung der beteiligten Schüler/innen wurde durchgeführt und bestätigte die subjektiven Eindrücke über die positive Aufnahme des Events (Dinold et al., 2009).

Der Event „Spielplatz Heldenplatz“ lockte weit über 300 Personen an, davon 250 angemeldete Schüler/innen sowie 33 weitere Jugendliche aus anderen Organisationen. Den Rest bildeten vorbeispazierende Touristen, die bei den Stationen mitmachen und sich ihren eigenen Eindruck bilden konnten.

Die Stationen

* Rollstuhlparcours (Abb.1)

Beim Rollstuhlparcours konnten die Teilnehmer/innen das Fahren in einem Rollstuhl kennenlernen. Als Hindernisse mussten Hürden passiert und Rampen und schräge Passagen überwunden werden. Letzteres war für die meisten Schüler/innen die schwierigste Aufgabe, während das Fahren über die bewegliche Wippe und das Slalomfahren zwischen den Stäben als leichtere Aufgaben angesehen wurden. Viele Kinder wussten nicht, wie schwierig sich das Fahren in einem Rollstuhl gestalten kann, und so bemerkte man anfangs sehr oft deutliche Probleme beim Manövrieren. Beim zweiten Durchgang dieser beliebten Station konnte man aber schon einen Lerneffekt erkennen.



Abb.1: Rollstuhlparcours (Foto Bödl).

* Fußball (Abb.2)

Diese Station stand ganz im Zeichen der Fußball-Europameisterschaft 2008, die kurze Zeit nach dem Event Spielplatz Heldenplatz begann. Hier konnte man – wie auf dem Foto erkennbar – seine Zielschuss-Fähigkeiten testen und bei erfolgreichem Torschuss einen Mini-Fußball ergattern. Einen weiteren Teil dieser Station bildete der Fußballparcours, der nebenan aufgebaut war. Hier ging es vor allem darum, den Ball möglichst schnell durch eine Hütchenreihe zu dribbeln. Diese Station war besonders beliebt, vermutlich auch, weil man in Teams gegeneinander antreten konnte und es dadurch immer sehr spannend und aktionsreich war.



Abb.2: Torschussstation (Foto Bödl).

* Geschicklichkeitsparcours (Abb.3)

Hier wurden 2er-Teams gebildet. Jeweils das rechte und das linke Bein der Teilnehmer/innen wurden miteinander verbunden, sodass das Team im 3-Beingang den Parcours bewältigen musste, welcher aus Hürden sowie einem Zielschuss mit einem Tennisball oder Fußball bestand. Sowohl beim Gehen als auch bei den Zielschussübungen mussten die Partner/innen gut kooperieren, was nicht selten zu kleinen Problemen führte.

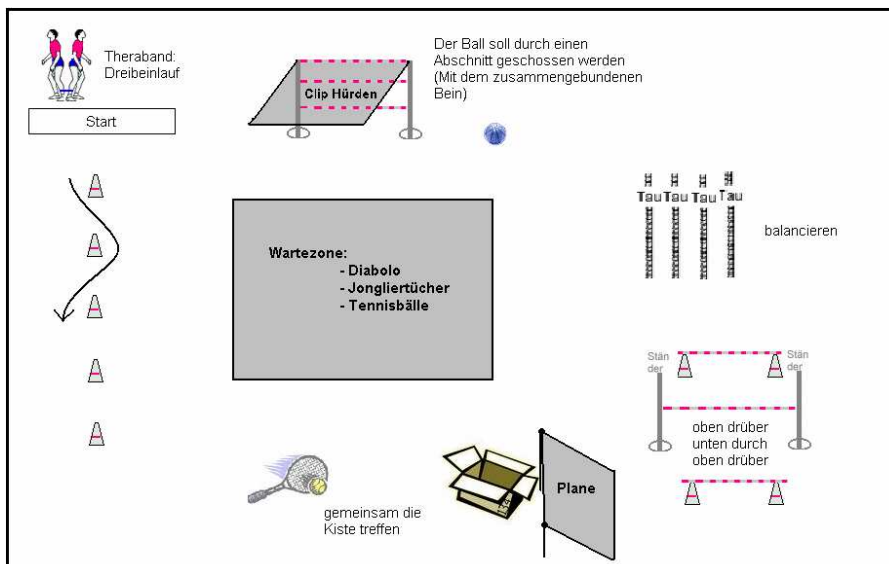


Abb.3: Skizze Geschicklichkeitsparcours.

Begleitstudie

Die Absicht der von den Studierenden durchgeführten Begleitstudie war die Feststellung des Basiswissens der Schüler/innen über Behinderung und Behindertensport, deren Erwartungen vor der Teilnahme an dem Event sowie möglicher Einstellungsänderungen nach einer solchen Erfahrung. Es waren Prä- und Post-Fragebögen entwickelt worden, die vorher in den Klassen und unmittelbar nach der Teilnahme am „Spielplatz Heldenplatz“ von den Kindern ausgefüllt wurden. Wegen verschiedener Kommunikationsprobleme konnte nur eine unterschiedliche Anzahl an Fragebögen (vorher: 178, nachher: 87) zur Auswertung herangezogen werden, die deskriptiv statistisch bearbeitet wurden.

Eine Auswahl der Ergebnisse der Ausgangsbefragung bestätigte, dass 97 % der Befragten von der Fähigkeit behinderter Menschen, Sport zu treiben überzeugt waren. Der Großteil (75 %) hatte noch nie Gelegenheit dazu, Sport gemeinsam mit Menschen mit Behinderung auszuüben. Die überwiegende Mehrheit antwortete aber auf die Frage „Würdest du es gerne einmal tun?“ mit „Ja“. Nur knapp die Hälfte der Schüler/innen hatte in der Schule über Behindertensport gehört.

Die Auswertung der zweiten Befragung ergab, dass die Mehrheit der Teilnehmer/innen (63,2 %) beim Kontakt mit behinderten Sportler(inne)n „gar kein Problem“ sah oder einen guten Kontakt (27,6 %) etablieren konnte. 3,4 % der Kinder empfanden den Kontakt mit diesen Athlet/innen als „unangenehm“. Viele der Befragten (77 %) konnten sich durchaus vorstellen, Sport im inklusiven Kontext zu be-

treiben und 74,7 % beantworteten die Frage nach dem Wunsch, über die Thematik Behindertensport im Unterricht mehr zu erfahren, mit „Ja“.

Dennoch konnte keine signifikante Einstellungsänderung (Frage „Denkst du nach diesem Tag anders über behinderte Sportler/innen?“ – 64,4 % kreuzten „keine Veränderung“ an) gegenüber der Zielgruppe festgestellt werden. Diese verkürzte Darstellung verleitet somit zu der Annahme, dass inklusive Sport- und v. a. Mitmachsporttage mehr als einmal im Jahr angeboten werden müssten, um Grundsatzmeinungen und Einstellungen gegenüber Behinderung und Behindertensport zu verändern.

Die Bildungsinitiative für Sport und Inklusion – BISI (seit Schuljahr 2007/08)

Die Bildungsinitiative für Sport und Inklusion beschreibt auf ihrer Homepage die Förderung der Nachhaltigkeit von Aktivitäten in allen Bereichen der Jugend- und Erwachsenenbildung, des Gesundheits- und Breitensports und der Integration von Menschen mit besonderen Bedürfnissen sowie den Inklusionsschulsport als ihre Zielsetzungen.⁴ Man versucht, Jugendlichen mit mentaler Behinderung gemeinsam mit nicht Behinderten ganzjährig Trainings- und Wettkampfmöglichkeiten und eine Vielzahl von Sportmöglichkeiten zu bieten. Dadurch sollen ihnen in einer Klasse oder Sportgruppe mehr Möglichkeiten gegeben werden, die körperliche Fitness zu verbessern, ihr Selbstbewusstsein zu stärken und gemeinsam mit Gleichaltrigen Freude an Bewegung zu leben.

Schüler/innen mit Lernbehinderungen profitieren wesentlich für ihre persönliche Entwicklung durch vielseitige sportliche Betätigung, regelmäßiges Training und auch durch die Teilnahme an Wettkämpfen.

Als Grundlage für den Inklusionsschulsport bezeichnet BISI das *SO Get Into It-Programm*. Dabei geht es in erster Linie darum, dass Jugendliche in gemeinsamem Sport und in Spielen die Bedürfnisse und Besonderheiten von Menschen mit Beeinträchtigungen besser verstehen lernen.

Die wichtigsten Ziele dabei sind:

1. Verständnis und Abbau von Vorurteilen

Die Schülerinnen und Schüler sollen für Kinder mit Lernbehinderungen Verständnis und Akzeptanz entwickeln und sollen den Menschen in seiner Gesamtheit würdigen und schätzen lernen. Dadurch sollen in ihnen etwaige Vorurteile behinderten Menschen gegenüber abgebaut werden.

2. Information über Special Olympics

Die Schülerinnen und Schüler sollen über die Aktivitäten und die Bemühungen von Special Olympics und des Integrationsschulsports informiert werden.

⁴ Siehe Bildungsinitiative für Sport und Inklusion unter <http://www.integrationsschulsport.at/bisi-frame.htm> (Zugriff am 22. Mai 2009).

3. Veranstaltungen mit sportlicher Aktivität

Schülerinnen und Schüler sollen an den verschiedenen Veranstaltungen teilnehmen und dadurch Freude an Sport, an Bewegung und an sportlichen Wettkämpfen entwickeln.⁵

Forschung

In Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Steiermark, Graz, entstanden Projektentwürfe, die zur Entwicklung und Verbreitung von inklusiven Settings im Sport an steirischen Schulen beitragen sollen. Unter inklusiven oder integrativen sportlichen Maßnahmen versteht man dabei alle sportlichen Aktivitäten, die Schüler/innen mit und ohne besondere Bedürfnisse gemeinsam mit ihren Lehrer(inne)n planen und durchführen können. Dabei soll speziell bei Teamsportaktivitäten darauf geachtet werden, dass die Anzahl der Schüler/innen mit besonderen Bedürfnissen gleich oder größer ist als die Anzahl der Schüler/innen ohne besondere Bedürfnisse.

Als Beispiele für Forschungs- und Entwicklungsprojekte an steirischen Schulstandorten nannte Koordinator Dr. Heinz Tippl (Uni Graz und PH Steiermark) folgende laufende Fallstudien:

* Fallstudie 1: Integrationsschülerinnen in Sportklassen

Erfahrungsbericht und Evaluation über die Möglichkeiten, Schüler/innen mit speziellen Bedürfnissen in Sportklassen (8 Stunden Sport/Woche) über 4 Jahre zu unterrichten.

* Fallstudie 2: Golf und Inklusion

Eine Grazer Hauptschule bietet als besonderen Schwerpunkt Golf für alle Schüler/innen in Form einer Golfklasse, die immer als Integrationsklasse geführt wird. Eine Evaluierung und ein Erfahrungsbericht über dieses Projekt sind in Arbeit.

* Fallstudie 3: Entwicklung und Verbreitung des Inklusionssports in steirischen Schulen

Eine Fallstudie mit biographischem Charakter, in der die Veränderung handlungsleitender subjektiver Theorien – entstanden durch Ausbildung und Eigenerfahrung – durch den Sportunterricht in einer I-Klasse reflektiert und dokumentiert wird. Weiters werden Begriffe wie Inklusionssport, Integrationssport, Unified Schulsport etc. erörtert und nachhaltige Implementierungsschritte in Schulen beschrieben.

* Fallstudie 4: Dokumentation über den Einsatz eines Hundes kombiniert mit einem Sportprogramm speziell abgestimmt auf den Sportbetrieb in einer I-Klasse.

⁵ Grundsätze des Inklusionssports unter:

<http://www.integrationsschulsport.at/bisi-frame.htm> (Zugriff am 22. Mai 2009).

Zwei weitere Fallstudien werden noch begonnen. Alle Arbeiten werden zusammengefasst und veröffentlicht werden.

Zusammenfassung

Zu den Initiativen zur Verbreitung von Bewegungsangeboten für Menschen mit mentaler Behinderung gehören sicher noch weitere, hier nicht genannte, wie z. B. viele Sport-, Tanz- und Bewegungsangebote in privaten Vereinen (z. B. „Ich bin O.K.“) oder Betreuungseinrichtungen (z. B. „Jugend am Werk“), mit denen die Autorin sehr gute Kooperationen unterhält. Dennoch kann von einer flächendeckenden Versorgung noch lange nicht gesprochen werden. Weitere Forschung und Praxismodelle werden weiterhin angestrebt.

Literatur

- Austrian Federation Adapted Physical Activity (AFAPA) – Ziel und Konzept unter www.afapa.at/ziel.htm (Zugriff am 30. Juni 2009).
- Bildungsinitiative für Sport und Inklusion unter www.integrationsschulsport.at/bisi-frame.htm (Zugriff am 22. Mai 2009).
- Dinold, M., Binder, C., Weber, T., Schiemer, G., Weber, M. & Weixelbaumer, G. (2009). *An „inclusive-sports-day“- attitudes of school children*. Accepted abstract for the International Symposium Adapted Physical Activity - ISAPA 2009.
- Innenmoser, J. (1996). Sport, Spiel und Bewegung für Behinderte – Entwicklungen, Trends, Möglichkeiten und Probleme. In H. Rieder, G. Huber & J. Werle (Hrsg.), *Sport mit Sondergruppen: ein Handbuch* (S. 245-264). Schorndorf: Hofmann.
- Karner, N. (2009). *Moveat – ein ambulantes Langzeit-Therapie-Programm für übergewichtige Jugendliche mit Down Syndrom – Dokumentation und Evaluierung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Österreichischer Behindertensportverband. (2006). Positionspapier des Österreichischen Behindertensportverbandes (ÖBSV). Elektronische Version. Zugriff am 30. Juni 2009 unter: www.oebstv.or.at/files/doc/Dokumente/Positionspapier_Endfassung_neu07_.pdf.
- Skowroński W. (2000). *„Eurofit Special“ battery for mentally retarded children – an example of assessing physical fitness of handicapped individuals. Norms and normalization in diagnostics of movement disorders*. International Centre of Biocybernetics. Polska Akademia Nauk, Warszawa.
- Special Olympics Österreich: Aufgaben und Ziele unter: www.specialolympics.at/special-olympics-oesterreich-aufgaben.htm (Zugriff am 30. Juni, 2009).
- Storm, W. (1995). *Das Down-Syndrom. Medizinische Betreuung vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Weber, C. (2008). *Moveat – Dokumentation und Evaluation eines Interventionsprojekts für übergewichtige Jugendliche mit Down Syndrom*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Wohanka, A. (2008). *Special Olympics und Unified Sports® am Beispiel Volleyball*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Wien.

Konzeptionelle Überlegungen zu Bewegung, Training und Entwicklung

Einleitung

Bislang werden weder die spezifischen Möglichkeiten und Wirkungen der gesundheitlichen und sportlichen Aktivität noch die jeweiligen spezifischen Voraussetzungen und Entwicklungsbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung in genügender Weise zur Grundlage sportlicher Angebote gemacht. Stattdessen wirken immer noch zwei tief sitzende Vorurteile: zum einen die Vorstellung, dass solche Menschen tendenziell an Subjektivität verlieren und daher ein spezifisches Ansetzen an ihrer Motivation zu vernachlässigen sei; zum anderen die Vorstellung, dass Sport an sich gesundheitlich und pädagogisch sinnvoll wirke und daher ein spezifischer Wirkungsansatz zu vernachlässigen sei. Diese Vorurteile sind bislang empirisch nicht überprüft worden. Daher wurde auch bislang kein spezifisches Konzept für sportliche und gesundheitliche Aktivität von Menschen mit geistiger Behinderung erarbeitet und erprobt.

Die vorgestellten Überlegungen basieren auf Forschungserfahrungen (siehe auch Meseck & Lochny in diesem Band) und formulieren eine größere Forschungsperspektive. Die angedeuteten Vorurteile und Konzeptionen können im Vergleich untersucht werden. Wenn spezifische gesundheitliche und sportliche Aktivität wirkungsvolle Effekte zeigen, können diese in einer vergleichenden Studie von drei Gruppen von Menschen mit geistiger Behinderung erfasst werden: 1) eine Gruppe ohne sportliche Aktivität, 2) eine mit allgemeiner, gemeinsamer sportlicher Aktivität und schließlich 3) eine mit spezifischer, motivationsbezogener sportlicher Aktivität.

Wirkungsvolle Effekte sind in dem komplexen Zusammenhang von unterschiedlichen Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen in unterschiedlichen Bedingungen und in unterschiedlichen Entwicklungen nicht einfach zu bestimmen und zu bewerten. Gehen wir davon aus, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht von Defekten oder Defiziten, sondern von Fähigkeiten und Entwicklungsprozessen aus zu bestimmen und zu bewerten sind, dann können wirkungsvolle Effekte an drei Schwellen untersucht werden: a) an der Schwelle zur Aktivierung (Motivation), b) der Schwelle zur Bewegungssicherheit und c) der Schwelle zur Handlungssicherheit.

Wenn wirkungsvolle Effekte identifiziert werden, können daraus Schlussfolgerungen gezogen werden. Dies betrifft 1) eigene Ressourcen, die Menschen mit geistiger Behinderung haben, verlieren und ausbauen können, 2) spezifische Lern- und Entwicklungsprozessen, die auf eigener Motivation und vorhandenen Fähigkeiten aufbauen und die Möglichkeiten spezifischer sportlicher Aktivitäten nutzen, 3) er-

kennbare Schwellen der Lern- und Entwicklungsprozesse (Aktivierung, Bewegungssicherheit, Handlungssicherheit), die alltagspraktisch relevant sind und durch sportliche Aktivität erreicht werden können, 4) Praxismodule, in denen Potenziale sportlicher Aktivität und eigene Entwicklungsprozesse aufeinander zu bewegt werden.

Es liegen verschiedene gesundheitswissenschaftliche (Empowerment), sportwissenschaftliche (differenzierte Bewegungsförderung), sozialpädagogische (Handlungskompetenzen), entwicklungspsychologische (sozio-emotionale Entwicklungsdynamik) oder soziologische (Inklusion) Befunde und Konzepte vor, die auf die Bedeutung sowohl der eigenen Antriebe und Lernprozesse von Menschen mit geistiger Behinderung hinweisen, als auch darauf, dass die Entwicklungsprozesse differenziert gefördert werden müssen. In der Untersuchung wirkungsvoller Effekte spezifischer gesundheitlicher und sportlicher Aktivität können diese Konzepte interdisziplinär genutzt und zusammen geführt werden.

Ausgangspunkte und Hypothesen

Allgemeiner Ausgangspunkt der Forschungsperspektive ist:

- * Ohne weiteres wird angenommen, dass Sport und Gesundheit in nachweisbarer Wechselwirkung stehen. Dies ist so allgemein nicht belegt, wohl aber für spezifische Zusammenhänge.
- * Allgemein wird von einer fördernden Wirkung von sportlicher Aktivität auf Menschen mit geistiger Behinderung ausgegangen. Dies ist aber empirisch nur in einzelnen Zusammenhängen belegt.
- * Allgemein wird von der Lern- und Entwicklungsfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung ausgegangen. Dies wird allerdings hauptsächlich als Zusammenhang von „Defizit“ und „Reparatur“ (bzw. „Krücke“) verstanden. Salutogenetische und ressourcenorientierte Aufgabenstellungen sind bislang nicht entwickelt.

Was aber sind eigene Ressourcen der Menschen mit geistiger Behinderung und was sind spezifische Lern- und Entwicklungsprozesse? Hier stellen sich widersprüchliche Bezüge ein. Diese müssen nämlich:

1. nahe an der Bewältigung des Alltags sein (also der Inklusion verpflichtet),
2. aber an der spezifischen Betreuung festhalten (also von Separation ausgehen);
3. unmittelbar an der Motivation des einzelnen Menschen ansetzen,
4. aber institutionell begründet und praktiziert werden.

Damit ist das Problem der Betreuung, theoretisch dasjenige der Stellvertretung aufgeworfen: Solche Maßnahmen sollen entwickelt werden, die dem eigenen Interesse der Menschen mit geistiger Behinderung folgen, auch dann, wenn diese selbst das Interesse nicht direkt artikulieren und verfolgen können. Nötig ist daher eine allgemeine Legitimation solcher Maßnahmen, die an sich von individuellen Bedürfnissen und Entwicklungen ausgehen. Hypothese ist, dass dies mit folgenden Überlegungen möglich ist:

- * Es gibt eigene Ressourcen der Menschen mit geistiger Behinderung, die aus sich heraus ausgebaut werden können.
- * Es gibt spezifische Lern- und Entwicklungsprozesse, die in der Logik einer spezifischen, auf Ressourcenentwicklung zielenden sportlichen Aktivität liegen.
- * Es gibt qualitative Schwellen der Lern- und Entwicklungsprozesse, die alltagspraktisch durch spezifische sportliche Aktivität erreicht werden und in dieser erkannt werden können.
- * Für Menschen mit geistiger Behinderung in Werkstätten (Schulen) können Instrumente (Module) erarbeitet und praktisch genutzt werden, die spezifische gesundheitliche und sportliche Aktivität für spezifische Lern- und Entwicklungsprozesse der Menschen mit geistiger Behinderung ermöglichen.

Im vorliegenden Beitrag wird also die Hypothese in den Mittelpunkt gestellt, dass Menschen mit geistiger Behinderung einen eigenen Weg gesellschaftlicher Inklusion finden können (und daher das Schwergewicht der Förderung nicht auf dem Abbau von Defiziten liegen sollte), dass unterschiedliche sportliche Aktivitäten unterschiedliche Lern- und Entwicklungsprozesse implizieren und dass spezifische eigene Ressourcen gestärkt werden können. Die Lern- und Entwicklungsprozesse haben einerseits mit spezifischen Anforderungen zu tun und gehen andererseits mit unterschiedlichen Motivationen einher. Die Maßnahmen und Instrumente, die erarbeitet werden sollen, ermöglichen spezifisch zugeschnittene Lern- und Entwicklungsprozesse, in denen sportliche Anforderungen und persönliche Motivation zusammen wirken.

Ziele und Aufgaben

Zu klären ist vor allem, welche sportliche Aktivität (Struktur, Inhalt, Handlungstyp, Sozialform, Vermittlung) in welcher förderpädagogischen Zielperspektive zur Ressourcenentwicklung (Motorik, Kognition, Verhalten) und insbesondere zur Förderung von Handlungskompetenzen bei Menschen mit unterschiedlichen geistigen Behinderungen und individuellen Voraussetzungen beitragen kann. Hierbei soll auch die entwicklungspsychologisch und förderpädagogisch konkretisierte Übertragung von Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen auf junge Menschen in Werkstätten überprüft werden.

Die vorgestellte Forschungsperspektive ist daher notwendigerweise interdisziplinär. Zugrunde gelegt wird ein handlungsorientierter Ansatz, der auf größtmögliche Selbständigkeit bei der Lebensbewältigung ausgerichtet ist und auf vielfältige Gelegenheiten zu selbständigem Handeln in realen Lebenssituationen orientiert.

Allgemein wird von der anerkannten Bedeutung sportlicher Aktivität (im weiteren Verständnis von Bewegung, Spiel und Sport) auf die Entwicklungschancen von Menschen mit geistigen Behinderungen (Theunissen, 2006) ausgegangen. Die Aufklärung des postulierten Wirkungszusammenhangs ist jedoch bisher empirisch wenig abgesichert und erfordert u. E. einen wissenschaftlichen Zugang, bei dem ein Zugriff auf mehrere Fachdisziplinen erfolgen muss, um die Komplexität von Wirkungen und Potenzialen sportlicher Aktivität für Menschen mit geistigen Behinderungen bis hin zu ihren möglichen Auswirkungen auf lebensweltliche Bezüge erklären zu können. Ferner soll eine Einordnung der Bedeutung sportlicher Aktivität im den Kontext anderer Fördermaßnahmen ermöglicht werden.

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht die Einsicht in die Entwicklungsfähigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Einsicht konnte jüngst durch neurowissenschaftliche Forschungen (Kubesch, 2002) untermauert werden, die den Zusammenhang zwischen Motorik und Intelligenz nachweisen. Demnach führt freiwilliges Sporttreiben zur Bildung neuer Nervenzellen im Hippocampus, also der (mit dem Kortex) für Lern- und Gedächtnisleistungen zuständigen Gehirnregion. Darüber hinaus fördert körperliche Aktivität besonders bei Kindern die Vernetzung von Neuronen. Allerdings liegen bis heute nur wenige Erkenntnisse zu einer möglichen differenziellen Wirkung eines regelmäßigen Trainings in unterschiedlichen Sportarten vor.

Auch in der **Förderpädagogik** werden unter zugrunde Legung eines inkludierenden Menschenbilds zunehmend die Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund gesehen. Lernen, Entwicklung und Erwerb von Handlungskompetenzen sind in der Zielperspektive auf Selbstbestimmung und Lebensqualität in lebensweltlichen Kontexten mit Unterstützung durch ein autonomieförderndes Umfeld angelegt. Sportliche Aktivität kann auf diesem Weg als eine von mehreren einzusetzenden Fördermaßnahmen gelten, ist jedoch als einzige primär bewegungsorientiert ausgerichtet und setzt das aktive und selbsttätige Subjekt voraus.

Das Postulat der Entwicklungsfähigkeit und die Zielperspektive Selbstbestimmung wenden sich gegen ein Defizit-Modell, denn ein Mensch mit geistiger Behinderung „kann sich von mir nur verstanden fühlen, wenn ich ihn aus seinem Selbstwert, aus seinem Anderssein heraus verstehe, und nicht aus seinem Wenigersein. Erst das kann ihn hinreichend freimachen, wenigstens einen Ansatz von Selbstwahrnehmung zu riskieren. Ohne das bleibt er willenloses Objekt meiner Fremdwahrnehmung seiner Minderwertigkeit“ (Dörner & Plog, 1980, S.291).

Dem entsprechend wird heute in einschlägigen förderpädagogischen Konzepten sportliche Aktivität auf der Basis eines ressourcenorientierten Menschenbilds in folgenden Ausrichtungen thematisiert: Psychomotorik und Motologie liefern Ansätze

für die kindliche Frühförderung, aber auch für die basale Förderung von Erwachsenen und älteren Menschen mit schweren Behinderungen (hier wäre z. B. das Special Olympics Programm „Motor Activity Training“ verortet).

Bewegung wird in entwicklungsorientierten förderpädagogischen Ansätzen als Voraussetzung verstanden, um sich und die Umwelt wahrzunehmen, aber auch um Handlungssituationen zu erkunden und lösen zu können. In der Förderpädagogik werden diesbezügliche Entwicklungsprozesse in das Unterrichtsparadigma des gemeinsamen Lernens in einer heterogenen Gruppe an einem individuell lernziel-differenzierten Gegenstand eingebettet. Individualisierung und methodische Varianz sollen entwicklungsfördernde Lernprozesse initiieren. Parallel dazu wird der handlungsorientierte Ansatz verwendet, der auf größtmögliche Selbständigkeit bei der Lebensbewältigung ausgerichtet ist und vielfältige Gelegenheiten zu selbständigem Handeln in realen Lebenssituationen erfordert. Im Gegensatz zur lehrerzentrierten, sachlogisch und sprachlich strukturierten Wissensvermittlung, die höchste Anforderungen an Menschen mit geistigen Behinderungen stellt, wird hierbei das Aktivitätsprinzip mit Probehandeln in realitätsnahen Situationen und Handeln in der Realität in den Vordergrund gestellt, da Kinder mit geistigen Behinderungen vor allem durch die Behinderung der Aktivität beeinträchtigt sind (Speck, 1993). Mit der Zunahme von Handlungsfähigkeit sollen in Folge die Möglichkeiten der Selbstbestimmung gestärkt werden.

Die Betrachtung von sportlicher Aktivität im Zusammenhang von didaktischen Modellen der Förderpädagogik legt nahe, keinen Gegensatz zwischen Entwicklungs- und Handlungsorientierung herzustellen, sondern sie als komplementäre Zugangsweisen zu nutzen und zielgruppenspezifisch (z. B. behinderungs(art)bezogen, altersbezogen, Setting bezogen) zu akzentuieren.

Sämtliche Maßnahmen mit Förderperspektive erhalten ihre Bedeutung erst durch Integration in lebensweltliche Zusammenhänge (Theunissen, 2006). Primäre lebensweltliche Bezüge sind Familie, Wohngruppe, Schule, Werkstätten, Nachbarschaft, Freizeitstätten, Einkaufsmöglichkeiten. In diesen Lebensräumen und ihrer Beschaffenheit können Bedingungen oder Widersprüche und Unverträglichkeiten wirken, die Lebensverwirklichung und Identitätsbildung hemmen oder beschädigen. Ein soziales Bezugsfeld, in dem z. B. sportliche Aktivität stattfindet, kann also entweder autonomiehemmender oder –fördernder Faktor sein. Die Perspektive der Lebensweltorientierung verbindet die sportliche Aktivität mit Alltäglichkeit. „Alltag meint einen Modus des Handelns, eine spezifische Art Wirklichkeit zu erfahren, sich in ihr zu orientieren, sie zu gestalten. Diesem Handlungsmodus Alltäglichkeit entsprechen konkrete Konstellationen, z.B. der Familie, der Schule, der Arbeitswelt, der Öffentlichkeit, als die Unterschiedlichkeiten der sozialen settings von Alltagswelten“ (Thiersch, 2000). Alltag verbindet die wiederum sportliche Aktivität mit Identitätsentwicklung: (Behinderungs-) Erfahrung kann mit zunehmendem Alter zu einer erarbeiteten Identität führen, die (u. U. mit Unterstützung) durch einem relativ stabilen Zustand gekennzeichnet ist (Schuppener, 2006), da die Identität in konstruktiver Auseinandersetzung mit Problemen und Krisen entwickelt wurde (selbstbestimmte

Identität). Sie kann aber häufig auch negativ als „behinderte Identität“ ausgeprägt werden. Daraus ergibt sich die Frage, wie Identität in sportlicher Aktivität so zu erarbeiten ist, das ein positiv erarbeitete Identität und keine auf Defiziterfahrungen basierende 'behinderte Identität' aufgebaut wird.

In der genuin **sportwissenschaftlichen Rezeption** von sportlicher Aktivität für Menschen mit geistiger Behinderung ist insgesamt ein Spektrum von basaler (psychomotorischer) Förderung, Integrationssport über „Sport für alle“ bis zur Perspektive der Sportartenorientierung mit leistungssportlichen Anspruch erkennbar. In der Perspektive der Sportartenorientierung dominiert die Erziehung zum Sport mit seinen traditionellen Leistungskomponenten (Kondition, Technik, Taktik). Der motorologische Ansatz von Kiphard (1980) wird für die frühkindliche Bewegungsförderung aufgegriffen. In seiner psychomotorischen Ausprägung (vielfältige Körper-, Bewegungs-, Sozial- und Materialerfahrungen) werden grundlegende Bewegungs- und Wahrnehmungsmuster vermittelt, um ggf. später auch spezifischere, an Sportarten orientierte Bewegungstechniken erlernen zu können.

Eine eigenständige Herangehensweise beinhaltet der Integrationssport, bei dem heterogene Gruppen (Menschen mit und ohne Behinderungen) unter Rücknahme des Leistungsprinzips (Weichert, 2003) gemeinsam eine sportliche Aktivität ausüben. Hierbei erfolgt häufig die Konstruktion von sportlicher Aktivität, um sie für Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen geeignet zu machen. Grundlegend ist dabei die Anpassung und Vereinfachung von Regeln.

Während die psychomotorischen und integrativen Sportansätze für M. m. g. B. als besonders gut geeignet gelten, ist der Bereich von Training, Wettkampf, Leistungssport und der damit verbundenen didaktischen Perspektive von fördern durch fordern im Rahmen einer an Sportarten orientierten Sporterziehung nicht unumstritten (Wegner, 2006, 2008; Haas, 1987). Vor allem interindividuelle Normierungen und Selektionsprozesse aufgrund von Leistungskriterien können problematisch sein (mögliche Identitätsschädigungen durch Ausgrenzung). Jedoch erfolgt die Entwicklung von Selbstwertgefühl bei M.m.g.B. durchaus über Leistungserlebnisse (Meiseck & Lochny, 2009). Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass eine differenzierte Perspektive auf die Eignung von Sportangeboten und die individuellen Voraussetzungen (Art der Behinderung, intrinsische Motivation als Merkmal von selbstbestimmtem Handeln) anzulegen ist. Hinweise auf die Bedeutung von intrinsischer Leistungsmotivation und Leistungserleben im Sport geben auch Pochstein & Wegner (2009).

Eine weitere Ausrichtung ist bei Adolph (1981) zu finden. Hier wird der Präventionsgedanke (Risikominderung von Bewegungsmangelerkrankungen durch Abbau motorischer Defizite) eingeführt, sowie der Erwerb von Sozialkompetenz und die Verbesserung des emotionalen Ausdrucks durch Bewegung und Spiel. Sportpädagogisch ausgedrückt steht hier die Erziehung durch Sport im Vordergrund.

Zusammengefasst werden aus sportwissenschaftlicher Perspektive differenzierte Angebote von basaler Bewegungsförderung bis hin zur Sportartenausbildung und leistungssportlichem Training für Menschen mit Behinderungen diskutiert, wobei

bisher Menschen mit körperlichen Behinderungen stärker im Focus standen. Sportwissenschaftliche Ansätze ermöglichen die Konzeption und Konstruktion von spezifischen, didaktisch-methodisch aufbereiteten Sport- und Bewegungsangeboten und ihre zielgruppenspezifische Anwendung. Neuere Konzepte von Rahmenlehrplänen für das Unterrichtsfach Sport in allgemeinbildenden Schulen verweisen auf unterschiedliche Erfahrung- und Lernfelder im Sportunterricht (Strukturierung von Bewegungsfeldern bis zur Ausprägung als Sportart), die mit pädagogischen Perspektiven bzw. Sinngewandungen (DSB-SPRINT-Studie, 2006; Kurz, 1998) und Themen (Gesundheit/Fitness, Freizeit, Rehabilitation, Ästhetik usw.) in vielfältiger Weise verknüpft werden können. Auch im sportpädagogischen Kontext kann angenommen werden, dass unterschiedliche Orientierungen wie Bewegungserziehung als Entwicklungsförderung und Handlungsfähigkeit im Sport sich ergänzen können. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass Bewegungserziehung als Entwicklungsförderung eine Erweiterung und Vertiefung des Dialogs zwischen Subjekt und Welt ermöglicht (Tamboer, 1979).

Im Spektrum der vorgestellten Ansätze wird deutlich, dass bei sportlicher Aktivität von Menschen mit geistiger Behinderung unausgesprochen analoge Wirkungen wie bei Menschen ohne Behinderungen angenommen werden, obwohl diese mit unterschiedlichen individuellen Merkmalen und in gänzlich anderen lebensweltlichen Kontexten wirksam werden und nachgewiesen wurden. Hier ist zu fragen, ob Entwicklungs- und Lernprozesse sowie deren Bewertung von Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen sportlicher Aktivität möglicherweise in einer eigenen Logik verlaufen. Dabei muss neben der bereits aufgeworfenen Frage, welche positiven Wirkungen entstehen, die Frage gestellt werden, ob Sportangebote möglicherweise auch schaden und Entwicklungsverläufe behindern können, indem sie Vermeidungsverhalten hervorrufen oder Gefahrenpotenziale beinhalten.

Zu klären ist also, ob die sportspezifischen Förderangebote für Menschen mit geistiger Behinderung zu analogen Entwicklungen wie bei Menschen ohne Behinderungen führen. Kann z. B. der typische Lernweg von Kindern und Jugendlichen, bei dem von einer vielseitigen koordinativen Grundausbildung mit darauf aufbauender sportartspezifischer Ausbildung ausgegangen wird, auf die psycho-physischen Lern- und Entwicklungsbedingungen und Förderziele bei Menschen mit geistiger Behinderung übertragen werden, um spezifische Entwicklungsprozesse und den Erwerb von Handlungskompetenzen mit der Zielsetzung `Selbstbestimmung` zu fördern? Unabweislich muss sicher davon ausgegangen werden, dass spezifische Entwicklungs- und Lernprozesse durch Art und Schwere der Behinderung, Motivation, individuell ressourcenentwickelnde Lernstrategien und die Bedingungen im sportlichen und sozialen Umfeld bestimmt werden.

Menschen mit geistiger Behinderung unterliegen höheren Gesundheitsrisiken. Der Bedarf an Gesundheitsförderung verlangt auch in diesem Kontext ein Konzept von Sport- und Bewegungserziehung. Eine Ausrichtung am **gesundheitwissenschaftlichen Modell** der Pathogenese und der damit zugrunde liegenden Orientierung an einem Defizitmodell würde die Frage aufwerfen, wie gesellschaftliche

Normvorstellungen mit Hilfe sportlicher Aktivitäten erreicht werden können. Zu klären wären dann Art und Umfang von möglichen „Reparaturen“ durch entsprechende Aktivität, aber auch präventive Strategien, um Defiziten vorzubeugen. Präventive Maßnahmen im Kontext von Modellvorstellungen der **Salutogenese** münden hingegen eher in eine Förderlogik ohne Normierung, da Gesundheit im Sinne von physischen, psychischen und sozialem Wohlbefinden in einem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum individuell verortet wird und relativiert zu gesellschaftlichen Normierungen gefasst werden kann. Aus dieser Perspektive wäre zu prüfen, ob gesichertes Wissen aus förderpädagogischer und sportwissenschaftlicher Sicht über Abfolgen von Fördermaßnahmen in Sportprogrammen existiert und wie entsprechende Förderkorridore durch sportliche Aktivität entwickelt werden können. Empirische Ergebnisse zur körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen basieren auf Informationen aus dem KiGGS-Kernsurvey. Dieser hat zwar eine begrenzte Aussagekraft (Selbstausfüllfragebogen), unterstreicht jedoch klar die Bedeutung von zielgruppenspezifisch ausgerichteten sport- und bewegungsfördernden Maßnahmen und Programmen im Kindes- und Jugendalter. Für Erwachsene kann das Gesundheitsmotiv andere sportliche Motivation ergänzen oder gar ersetzen.

Gesundheitsfördernder Sport wirkt in diesem Zusammenhang (Brehm, 2006):

1. Auf die Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (durch die Verbesserung der Ausdauerfähigkeit, der Kraftfähigkeit, der Dehnfähigkeit, der Koordinationsfähigkeit, der Entspannungsfähigkeit),
2. Auf die Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (durch die Beeinflussung der emotionalen, kognitiven und sozialen Situation),
3. Auf die Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden (durch die Veränderung der Beschwerdewahrnehmung, Stresswahrnehmung, Gesundheitsbewertung, Formen der Beschwerdebewältigung),
4. Auf die Verminderung von Risikofaktoren (durch die Veränderung von Übergewicht, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Hyperglykämie, muskuläre Dysbalancen),
5. Auf langfristige Verhaltenswirkungen durch den Aufbau von Bindung an gesundheitswirksame Aktivitäten (Reduzierung von Barrieren sowie möglichst langfristige Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität),
6. Auf Verhältnisänderungen durch die Institutionalisierung von gesundheitswirksamen sportlichen Aktivitäten.

Kern des neuen Public-Health-Konzeptes ist „Empowerment“. Damit wird, wie in anderen Ansätzen der Geistigbehindertenpädagogik, die Selbstbestimmung als oberstes Prinzip propagiert. Diese wird jedoch als soziale Kategorie verstanden und im Vereine mit den Bezugswerten "Verteilungsgerechtigkeit" und "kollaborative und demokratische Partizipation" grundgelegt (ausführlich Theunissen & Plaute, 2007; Theunissen, 2002).

Empowerment“ zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. GesundheitsförderInnen sollen durch ihre Arbeit dazu beitragen, alle Bedingungen zu schaffen, die eine ‚Bemächtigung‘ der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches Leben zu führen. Dies gilt für Menschen mit und ohne eingeschränkte(n) Möglichkeiten, für Erwachsene ebenso wie für Kinder.”

Zugrunde liegt dem Empowerment-Konzept ein Menschenbild, das Stärken und Kompetenzen des Individuums in den Vordergrund rückt und nach Möglichkeiten sucht, diese zu unterstützen und zu ihrer Entfaltung zu bringen. Daraus werden folgende Leitprinzipien (zit. nach Herriger, 1997; Theunissen, 2002) für die Arbeit abgeleitet:

- * Vertrauen in die Fähigkeiten des Einzelnen, sein Leben in eigener Regie zu gestalten;
- * Vertrauen in die Fähigkeit des Einzelnen, Krisen zu meistern;
- * Unbedingte Annahme des anderen;
- * Verzicht auf etikettierende, entmündigende und denunzierende Expertenurteile;
- * Respekt vor der Sicht des Anderen und seinen Entscheidungen;
- * Orientierung an der Rechte-Perspektive, Bedürfnislage und Lebenszukunft der Betroffenen;
- * Beachtung der Lebenswelt und sozialen Ressourcen;
- * Respekt vor der Selbstverantwortung des Einzelnen.

Aus den Leitprinzipien gedeiht eine "neue Kultur des Helfens" (Herriger, 1997; Theunissen & Plaute, 2001). Die Expertenposition wird von den professionell ausgebildeten Pädagogen oder Sozialarbeitern hin zu den Adressaten dieser Berufsgruppe verschoben. Die Betroffenen agieren als "Experten in eigener Sache".

Die Absicht sportlicher Aktivität verweist auf die Rolle der Motivation für Entwicklungen speziell bei Menschen mit Behinderungen. Der allgemeine Zusammenhang von Motivation und Handeln (Heckhausen, 1988; Schneider & Schmalt, 2000) kann hier nicht außer Kraft gesetzt werden. Motivation ist die allgemeine Bezeichnung für alle Prozesse, die körperliche und psychische Vorgänge auslösen, steuern oder aufrechterhalten. Das Konzept der Motivation hat in der Psychologie fünf verschiedene Funktionen:

- * Es setzt das Verhalten eines Organismus zu den biologischen Funktionen in Beziehung (Homoöstate, Durst und Hunger).
- * Er erklärt Unterschiede im Verhalten (An einem Tag gute Leistung, an einem anderen Tag schlechtere Leistung).

- * Es ermöglicht uns, innere Zustände aus beobachtbaren äußeren Handlungen zu erschließen (Wir leiten aus der Beobachtung von Verhalten innere Gründe ab).
- * Es ermöglicht die Zuweisung von Verantwortung für Handlungen (Gericht, Ethik, Religion, Persönliche Verantwortung, die Rolle der externe Kräfte, z.B. Alkohol).
- * Es erklärt unsere Beharrlichkeit angesichts von Widerständen (Warum wir rechtzeitig zur Arbeit gehen, auch dann, wenn wir erschöpft sind).

Insofern ist Motivation ein Scharnier zwischen sportlicher Aktivität und Lebensweltorientierung, zwischen körperlichem Antrieb und sozialem Umfeld. Daher ist nicht anzunehmen, dass sich die Bedürfnisse aus körperlicher Veranlagung ergeben und naturwüchsig durchsetzen; bzw. umgekehrt dass Eignung und Bedürfnis parallel verlaufen. Allerdings wirkt das Scharnier bei Menschen mit geistiger Behinderung oft zufällig. Bei ihnen fehlt zudem die Möglichkeit der umfassenden Orientierung und Wahl in den Sportarten und Aktivitäten. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass Bedürfnisse und Motivation im Sport für Menschen mit geistiger Behinderung oft unterschätzt und vor allem zu eng gefasst auf eine Wettkampfleistung bezogen werden.

Stattdessen muss der Aufbau der Bedürfnisse (Maslow'sche Bedürfnispyramide) beachtet und die mit der Behinderung verknüpften Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Schwierigkeit wird hier gesehen in der Tendenz zu Einzelförderung einerseits, dem hohen Bedürfnis nach Sozialität andererseits; aber auch in unterschiedlichen Entwicklungsgeschwindigkeiten und Entwicklungsgrenzen. Dies wiederum verweist auf **spezifische Angebote** sportlicher Aktivität (Egger, Matthes, Nemetz). Viele wissenschaftliche Befunde stammen aus der Analyse jugendlicher Entwicklungen und Problemlagen. Die Erfahrungen aus der Eingliederung von Jugendlichen in die Arbeitswelt verweisen darauf, dass wesentliche Bestandteile sportlicher Aktivität, Motivation und Lernprozessen keine prinzipiellen altersspezifischen Unterschiede kennen. So erklären Fasching & Niehaus (2004), dass gelungene berufliche Integration zum Teil von den persönlichen sozialen und beruflichen Kompetenzen abhängt. „Dazu gehören Arbeitstugenden wie z.B. Pünktlichkeit, Verantwortungsbereitschaft, Zuverlässigkeit, Flexibilität, Motivation, Teamfähigkeit, persönliche Hygiene und Erscheinungsbild.“ Andere Studien zeigten, „dass eine berufliche Integration von Jugendlichen mit Behinderungen von drei wesentlichen Bedingungen abhängt, nämlich von der Kooperationsfähigkeit, der Motivation und der Selbstständigkeit. Personale Qualifikationen wie Lernbereitschaft, Selbstvertrauen, soziale Qualifikationen wie Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft und kognitive Fähigkeiten sowie Werthaltungen im Sinne von Anpassungsbereitschaft und Dienstbereitschaft sind somit neben den fachlichen Qualifikationen notwendig, um eine berufliche Situation erfolgreich bewältigen zu können.“ (zit. ebd.)

Diese Gewichtung korrespondiert mit einem Paradigmenwechsel in der behindertenpädagogischen Arbeit, die eher auf Lebenszufriedenheit und darauf aufbauende

Anpassungs- und Handlungsfähigkeit zielt. Die Wirkungen kontinuierlicher Sportangebote für die Lebenszufriedenheit werden in sportwissenschaftlichen und entwicklungspsychologischen Kontexten diskutiert. Dabei wird im Arbeits- und Lebensalltag von Menschen mit geistiger Behinderung eine Lebenszufriedenheit angenommen, die durch Erhalt und Förderung genereller, d.h. personaler und sozialer Kompetenzen über einen längeren Zeitraum (Demuth, 1995, 2000) gestärkt und gesichert wird.

In einem ausgesprochen spieltheoretischen Ansatz bewertet Cornelia Demuth die alltagspraktische Bedeutung des Sporttreibens. Es geht ihr um ein „spielerisches Erproben“ der Lebensrealität, die Demuth als „Quasi-Realität“ bezeichnet. Fraglich in diesem Ansatz ist, ob dies nicht eine Geringschätzung sportlicher Aktivität bedeutet, die in ‚Pseudo Sport‘ mündet. Es können auch lebenspraktische Handlungen selbst angenommen werden, die in sportlichen Bewegungsformen enthalten sind. Immerhin zeigen Ergebnisse, dass generelle Kompetenzen durch Sport zumindest besser erhalten werden, die motorische Basiskompetenz sogar signifikant verbessert wird und dass insbesondere bei Menschen mit schweren Behinderungen deutliche Aktivitätsverbesserungen erzielt werden. Arbeitsbegleitende und freizeitorientierte Angebote bieten „Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit, in einem selbstbestimmten Freizeitbereich ihre Kompetenz in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht einzusetzen, zu erleben und bei kontinuierlicher Teilnahme auch zu erweitern“ (Demuth, 2000).

Diese Befunde können durch Ergebnisse der **Entwicklungspsychologie** unterstützt und ergänzt werden. Entwicklungspsychologische Ansätze basieren auf Vorannahmen über Aktivität und Passivität des Subjektes (Oerter & Montada 1995; Fend 2000). Je nachdem, ob dem Subjekt und/oder der Umwelt (bzw. Kontext) ein gestaltender Beitrag zur Entwicklung zugebilligt wird oder nicht, werden mehr oder weniger Aktivität zugeschrieben. Für die vielfältigen Verschränkungen, die von diesen Aktivitäten ausgehen und mit ihnen zusammen hängen, schlagen Oerter & Montada den Begriff der Passung in den Mittelpunkt. Entwicklungsprobleme stellen sich demnach ein, wenn bestimmte Entwicklungsstandards nicht erreicht sind, bzw. wenn Entwicklungsaufgaben (Selbständigkeit, Partnerschaft, Berufsfindung usw.) nicht bewältigt werden. Die Entwicklungsprobleme werden als Diskrepanz bzw. fehlende Passung „zwischen (a) den Entwicklungszielen des Individuums selbst, (b) seinen Entwicklungspotentialen (Dispositionen, Kompetenzen usw.), (c) den Entwicklungsanforderungen im familiären, schulischen, subkulturellen Umfeld des Individuums, d.h. den dort existierenden alters-, funktions- oder bereichsspezifischen Standards sowie (d) den Entwicklungsangeboten (Lern- und Hilfsangeboten, Ressourcen) in der Umwelt des Individuums“ (Oerter, & Montada 1995) gesehen. So können erfolgreiche Entwicklungen, aber auch verschiedene Typen von Diskrepanz und Konfliktsituationen unterschieden werden, die ein Entwicklungsproblem markieren.

Die Entwicklungspsychologie hat solche Probleme, die mit erwarteten und erfolgten Entwicklungsschritten verbunden sind, mit dem Konzept der Reifung gefasst. Die-

ses Konzept bezieht sich ursprünglich vor allem auf „altersspezifische Entwicklungsaufgaben“, aber auch auf Dynamik von Leistungsinventaren und Entwicklungsnormen überhaupt. Reifung ist für das hier skizzierte Forschungsvorhaben eine zentrale Konzeption, weil damit nicht von abstrakten, sondern von realen, spezifischen Normen ausgegangen werden kann. Hierzu dient das Modell der sukzessiven Konstruktion, in dem nicht von einem Ziel, sondern von aufeinander aufbauenden Stadien ausgegangen wird. „Die Kernannahme ist, dass jedes Stadium auf dem vorausgehenden aufbaut, diese voraussetzt und selbst eine Voraussetzung für das nächst höhere darstellt. Entwicklung ist nicht eine beliebige, sondern eine sachlich wie logisch geordnete Folge von Konstruktionsschritten“ (Oerter & Montada 1995).

Forschungsdesign

Experten (Förderschullehrern, Trainer, Therapeuten und Eltern) haben bei Kindern und Jugendlichen außergewöhnliche Fortschritte und Entwicklungen beobachtet, die sie auf spezifische sportliche Aktivität zurückführen und die sie selbst nach jahrelangen Bemühungen nicht anderweitig realisieren konnten. Erforscht werden sollen also spezifische sportliche Aktivitäten.

Die Verortung des Begriffs 'spezifische sportliche Aktivität' und die Zuweisung von charakterisierenden Merkmalen muss im Kontext des gängigen Sportbegriffs und der vorliegenden Forschungsergebnisse vorgenommen werden. Zu unterscheiden sind enge, weite und operationale Definitionen. Eine enge Sportdefinition verweist vorrangig auf den in Vereinen und Verbänden organisierten Sport. Training als geplanter, systematischer Prozess bis zum Erreichen, Erhalten und Wiederherstellen der Höchstleistung und die Präsentation von Leistung im Wettkampf stellen das Hauptmerkmal dar. Seit Mitte der 90iger Jahre setzt sich zunehmend die Sichtweise durch, dass das Leistungsmotiv als zentrale Bezugsgröße an Bedeutung verliert (Wopp, 1995). Sport kann auch andere Sinnbezüge beinhalten (Gesundheit, Wagnis, Abenteuer, Sozialkontakt u.ä.). Wichtig bleibt jedoch die Unterscheidung zum Begriff 'körperlicher Aktivität', der alles umfasst, was freiwillig an Bewegung vollzogen wird. Der Sportbegriff soll nicht verschwimmen. Um der Dichotomie 'enges' versus 'weites' Sportverständnis zu entgehen, haben sich operationale Definitionen bewährt, wie sie z. B. von den Verfassern der Jugendsportstudie (Kurz, Sack & Brinkhoff, 1996) vorgenommen wurden. Eine operationale Definition von sportlicher Aktivität für den hier vorgestellten Projektzusammenhang kann folgende Merkmale enthalten:

- * Orientierung an den Anforderungen von Sportarten
- * Motivvielfalt
- * Orientierung am Erwerb von Grundlagen im koordinativen und spielerischen Bereich

- * Orientierung an unterschiedlichen Inszenierungen (lernen, üben, spielen, trainieren und wettkämpfen) und Organisationsformen (Werkstatt, informeller Freizeitsport, Verein).

Als definitorische Zusatzmerkmale für die Spezifik der sportlichen Aktivität für M.m.g.B. werden eingeführt:

- * Orientierung an Lern- und Entwicklungschancen
- * Orientierung an der Motivation und dem jeweiligen subjektiven Verständnis der sportlichen Aktivität
- * Orientierung am Subjekt

Die bisher ausgeführten Argumente führen zu folgenden Konklusionen: die motivierte Auseinandersetzung mit einer geeigneten spezifischen sportlichen Aktivität öffnet M.m.g.B. den Zugang zu Strukturqualität beim Erlernen von sportlichen und anderen informellen gesellschaftlichen Regeln, die für die Ausübung der Sportart aber auch im Alltag bedeutsam sind. Notwendige Fähigkeiten im konditionellen, technischen und taktischen Bereich werden in einem Prozess entwickelt (Prozessqualität), der in seiner jeweiligen Ausprägung die spätere Ergebnisqualität der sportlichen Tätigkeit bestimmt. In der Leistungssportlogik wären hier Wettkampfergebnisse als Maßstab heranzuziehen. Für Menschen mit geistiger Behinderung scheint evident, dass die Zielorientierungen Selbständigkeit und gesellschaftliche Integration/Inklusion einen weiteren Blick erfordern. Strukturqualität kann bestimmt sein durch eine Schwerpunktsetzung auf die Vermittlung von gesellschaftlichen Regeln, wenn der Zugang über sportliche Regeln zu komplex wäre. Bei der Bestimmung von Prozessqualität soll eine Förderlogik greifen, in der stufenweise ein gesicherter Weg zur Entwicklung von Fähigkeiten und Handlungskompetenzen mit individuellen Förderzielen im und durch Sport in relativer Leistungslogik verfolgt wird. Ergebnisqualität soll in zunehmender Selbständigkeit durch den Erwerb von Handlungskompetenzen hergestellt werden, die nicht nur im Sport, sondern lebensweltlich bedeutsam und anwendbar sind.

Die aufgezeigten Fragestellungen und konzeptionellen Überlegungen erfordern ein besonderes Forschungsdesign. Was muss gemacht werden?

Die Forschungsperspektive kann in vier Bereichen konkretisiert werden:

1 Entwicklung von spezifischen Sportprogrammen

Analyse von sportlichen Lern- und Erfahrungsfeldern (speziell von Spilsportarten) auf Eignung für Menschen mit geistiger Behinderung, Prüfung der Verträglichkeit mit bewegungspädagogischen Förderkonzepten, Ermittlung günstiger sportlicher und sozialer Umweltbedingungen. Empirische Validierung (regionale Vorstudie) von Rahmenbedingungen für Sportprogramme mit Experten und Sportlern mit geistiger Behinderung. Entwicklung von ressourcenorientierten Sportprogrammen.

2 Repräsentative Erhebung sportlicher Aktivitäten von Erwachsenen mit geistiger Behinderung

Bundesweite empirische Erfassung von Umfang, Art und Bedingungen der Sportangebote in Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung und Sportvereinen (vor allem Behindertensportvereine). Bestandsaufnahme gesellschaftlicher Realität und Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext (ohne/mit Ressourcenorientierung). Ermittlung von Ansatzpunkten für die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen und Zielen von Interventionsprogrammen im Sport.

3 Überprüfung der Wirksamkeit eines spezifischen Sportprogramms

Empirische Überprüfung der Wirksamkeit eines eigenen ressourcenorientierten sportlichen Interventionsprogramms (nach analytisch und empirisch ermittelten unabhängigen Variablen und orientiert an realen Möglichkeiten von Durchführungsbedingungen in Werkstätten) in einem Vergleichsgruppendesign.

4 Entwicklung von Förderplänen für spezifische und nachhaltige sportliche Aktivität (optional)

Die Ergebnisse aus den Zielen 1.-3. liefern Erkenntnisse und Kriterien für die zukünftige Entwicklung von Förderplänen bzw. Trainingsleitfäden für spezifische sportliche Aktivitäten von Menschen mit geistigen Behinderungen in Deutschland. Solche Pläne sollen insbesondere die alltägliche Nutzung in Werkstätten und Vereinen sicherstellen.

Im Mittelpunkt steht die Bedeutung sportlicher Aktivität in der Förderung geistig behinderter Menschen durch einen Vergleich dreier Gruppen, in denen die angesprochenen Ausprägungen erkennbar sind:

- * Eine Gruppe von Menschen m.g.B. in einer Werkstatt, die keinen Sport ausüben.
- * Eine Gruppe von Menschen m.g.B. in einer Werkstatt mit sportlicher Aktivität in der Freizeit ohne explizites Förderprogramm.
- * Eine Gruppe von Menschen m.g.B., die eine spezifische sportliche Aktivität in einer förderpädagogischen Ausrichtung ausüben und erkennbare intrinsische Motivation für diese Sportaktivität aufweisen.

Dem liegt die Hypothese zugrunde: Es gibt einen Vorzug der spezifischen sportlichen Aktivität, der jedoch nicht ausschließend ist. Erwartet werden stärkere nachhaltige Lerneffekte, bessere komplexe Förderstrukturen (körperlich, geistig, sozial) und günstigere Integrationseffekte. Erwartet werden aber auch spezifische und kurzfristige Motivationseffekte bei Leistungsorientierten sowie stabile Entwicklungen bei denen, die wenig Zugang zu sportlicher Aktivität haben.

Wie können diese Hypothese und die Erwartungen überprüft werden? Ausgegangen wird davon, dass es allgemein erkennbare und überprüfbare Entwicklungsschritte gibt, die mit den grundlegenden Fähigkeiten der Wahrnehmung, der Kom-

munikation und der Handlung zusammenhängen. Solche Entwicklungen können an Merkmalen festgestellt werden, in denen sich Menschen mit geistiger Behinderung mit ihrer Situation und den darin enthaltenen Beziehungen zur Umwelt, zu sich selbst und zu den Aufgaben auseinandersetzen:

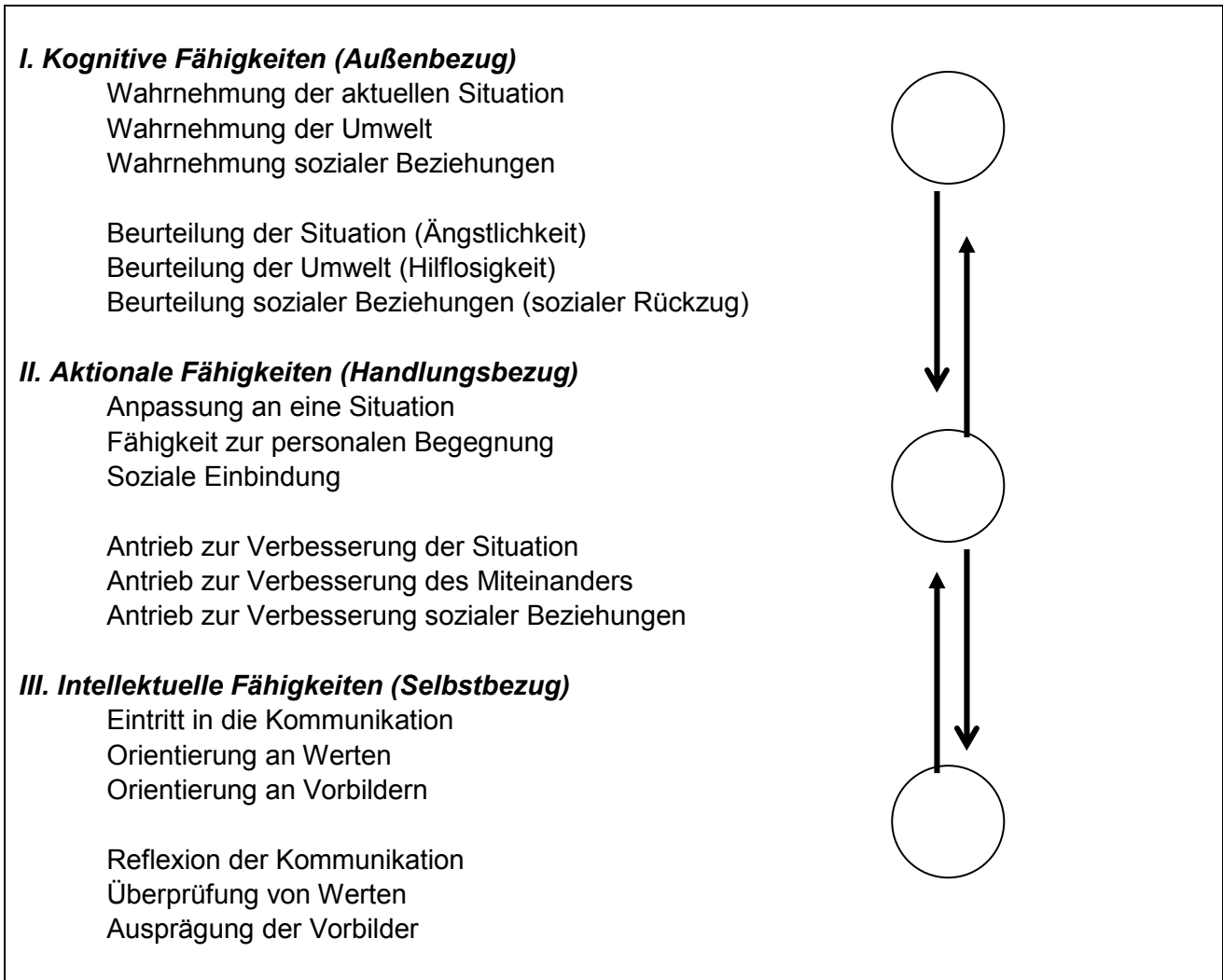


Abb. 1: Merkmale der Entwicklung.

Da es sich um individuelle Entwicklungen handelt, sind die Merkmale in der je spezifischen Konstellation und insbesondere in der Veränderung festzustellen. Hierzu wird also keine Normalitätsunterstellung benötigt, in der Entwicklungen als Ausmaß des Defizits festgestellt wird. Allerdings wäre ein streng individualistischer Blick methodisch nicht zu bewerkstelligen. Der rein individualistische Blick ist auch theoretisch nicht zwingend. Denn wir gehen handlungstheoretisch von lebensweltlichen Aufgaben aus, mit denen individuelle Entwicklungen qualitativ bewertet werden können.

Das Rubikon-Modell bietet einen bewertenden Zugriff auf Handlungen. Mit Heinz Heckhausen kann von einer motivationalen Eingangsphase, zwei volitionalen Phasen und einer abschließenden motivationalen Phase von Handlungen ausgegan-

gen werden. Im vorliegenden Zusammenhang wird unterstellt, dass Handlungen von Menschen mit geistiger Behinderung prinzipiell keine anderen Handlungen vollziehen, dass also das Handlungsmodell angewandt werden kann. Allerdings sind die Einschnitte (das Überschreiten des Rubikons) genau zu bestimmen. Hier wird davon ausgegangen, dass solche qualitativen Einschnitte oder Schwellen mit dem Übergang zwischen einfachem Ausprobieren und einfachem Spaß an der Bewegung hin zu der grundsätzlichen Bereitschaft zur Aktivität beginnen. Danach wird Aktivität zur Intention, zum Beschluss, sich in einem vorhandenen Zusammenhang bewegen zu wollen. Die Umsetzung dieses Wollens in konkreter Aktivität formiert die spezifischen Fähigkeiten. Schließlich stellt das Ergebnis der Aktivität eine – hoffentlich positive – Bewertung und damit Motivation für folgende Aktivitäten dar.

Einschnitte (Rubikon)

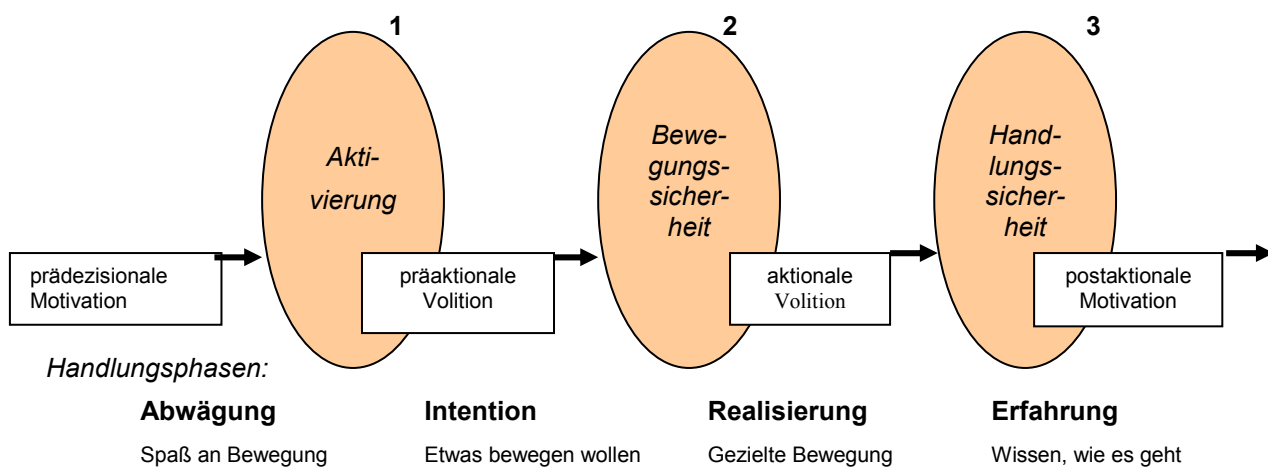


Abb 2. Rubikon-Modell der Lern- und Entwicklungsprozesse.

In diesem Handlungsmodell bilden die Einschnitte „Aktivierung“, „Bewegungssicherheit“ und „Handlungssicherheit“ die Schwellen, die einen analytischen Zugang zu den wirkungsvollen Effekten spezifischer sportlicher Aktivität ermöglichen. Dieses Schwellenkonzept steht daher methodisch im Mittelpunkt.

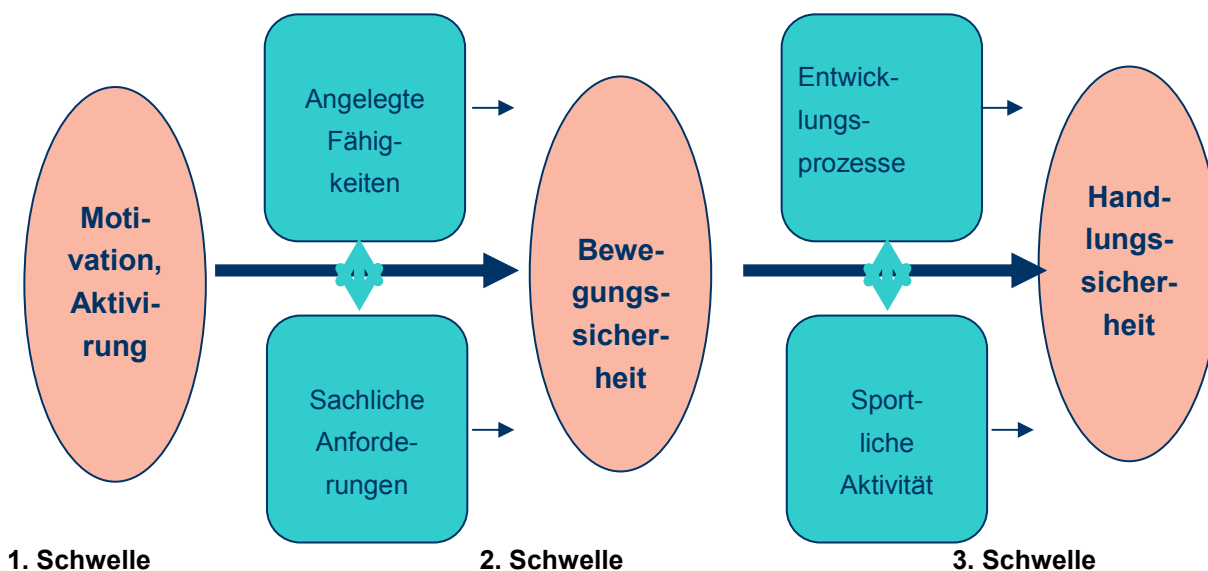


Abb. 3: Orientierungen und Schwellen der Lern- und Entwicklungsprozesse.

Es wird angenommen, dass die Entwicklungsschritte im Sinne einer sukzessive konstruierten Reifung in drei Schwellen erkennbar werden, in der Aktivierung, in der Bewegungssicherheit und in der Handlungssicherheit. Die Schwellenbezeichnungen markieren nicht ein jeweiliges Erreichen, sondern den Beginn der Entwicklungsprozesse, die eine neue Qualität erkennen lassen.

Schwelle „Aktivierung“: Der Zugang zu gesundheitsfördernder sportlicher Aktivität kann nicht erzwungen werden, wenn die intrinsische Motivation in den folgenden Entwicklungs- und Förderungsprozessen genutzt werden soll. Wichtige Elemente an dieser Schwelle zu gesundheitsfördernder sportlicher Aktivität sind die Freude am Effekt (die Erfahrung des eigenen Bewirkens), die Freude an der Aktivität (die Körpererfahrung) und in der weiteren Perspektive die Freude an der Erfüllung von Aufgaben (die Identifikation bestimmter Aktivitäten und deren Vollzug).

Schwelle „Bewegungssicherheit“: Die sportliche Aktivität der Menschen mit geistiger Behinderung geht auf eine Qualität zu, die eine Durchführung der sportlichen Aktivität ohne durchgängige und unmittelbare Betreuung ermöglicht. Die Sportler sind immer noch unmittelbaren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Die sportliche Aktivität vor dieser Schwelle ist vor allem durch Umweltbezug, Auseinandersetzung mit Sportgeräten, Wahrnehmung objektiver Bedingungen, Erkennen sachlicher Anforderungen usw. gekennzeichnet.

Schwelle „Handlungssicherheit“: Die sportliche Aktivität zielt auf die Entwicklung von individuellen Fähigkeiten, die je nach Behinderung als sportliche Fähigkeiten oder allgemein als förderpädagogische Ressourcenaktivierung verstanden werden. Die Entwicklung solcher Fähigkeiten zielt auf selbständige sportliche Handlungen und entsprechende Lebensbewältigungen. Er geht im Sinne der Reifung in soziale Einbindungen über.

Die dritte Schwelle korrespondiert daher mit sozialen Erfahrungen im Sport:

- * Regeln verstehen und handhaben,
- * Rollen übernehmen und gestalten
- * Kooperieren, Konkurrieren, Konflikte bewältigen,
- * Gefühle ausleben und meistern
- * Mit Unterschieden umgehen

Fazit

Es gibt mittlerweile viele Anstrengungen und etablierte Ereignisse, mit denen die gesundheitliche Situation und auch die sportliche Aktivität der Menschen mit geistiger Behinderung angeregt und verbessert werden. Special Olympics richtet nicht nur die National Games aus, die als Sommerspiele 2010 in Bremen stattfinden werden, die Zielsetzung geht über besondere Events hinaus und erfasst den Alltag. Die sportliche Aktivität, so die Annahmen, stärkt auch die lebensweltlichen Fähigkeiten: „Mit dem Sport können direkte Wirkungen auf die physische, psychische und soziale Handlungsfähigkeit erzielt werden. Der Sport verbessert die körperliche Fitness, ist gesundheitsfördernd, vergrößert das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl und fördert Freundschaften. Die Sportler können diese positiven Auswirkungen in ihr alltägliches Leben übertragen. Der Sport leistet somit einen wesentlichen Beitrag zur Selbstverwirklichung und Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung und bietet vielfältige Möglichkeiten, eine breite Öffentlichkeit zu schaffen.“ (SOD).

Allerdings sind diese Annahmen ebenso plausibel wie allgemein und unklar. Von welchem „Sport“ ist die Rede, was sind „direkte Wirkungen“ und wie können sie festgestellt werden, wie sollen die „Auswirkungen in ihr alltägliches Leben übertragen“ werden? Solche Fragen verweisen auf Forschungsaufgaben. Forschungen zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Empowerment und Inklusion stecken noch immer in den Kinderschuhen. Mit vorliegender Konzeption wird versucht, den Focus von Sport oder Bewegung auf spezifische sportliche Aktivität zu konzentrieren. In der Konsequenz wird Training zur Entwicklungsaufgabe. Untersucht wird die Motivation, die sich in spezifischer Aktivität entfalten und zu einem eigenen Weg führt, auf dem Fähigkeiten ausgebildet werden. Dieser Weg kann in qualitativen Entwicklungsschritten begleitet und in Wirkungsschwellen ausgebaut werden.

Diese Forschungen stehen dringlich an, sind aber nicht einfach. Erforderlich sind ein interdisziplinärer Ansatz, eine praktische Ausrichtung und eine anspruchsvolle Methode. Beteiligt sind in erster Linie die Gesundheits- und Sportwissenschaft, die Förderpädagogik und die Entwicklungspsychologie. Benötigt wird ein anspruchsvolles Forschungsdesign, in dem die spezifischen Aktivitäten von den Menschen aus zu bestimmen und zu bewerten, auch wenn die eigentlichen Aktiven nicht einfach zu befragen sind. Zugleich sollen solche Aktivitäten dauerhaft angelegt sein und in den Alltag der Einrichtungen passen, damit der Lebensweltbezug tatsächlich und

konkret hergestellt wird. Diese Aufgabe stellt dann auch die Verbindung zwischen Empowerment und Inklusion her, insofern die einzelnen Menschen wie ihre Betreuer und Einrichtungen befähigt werden, die Lebensqualität und die gesellschaftlichen Bedingungen der Selbstverwirklichung zu verbessern.

Literatur

- Adolph, H. (1981). *Sport mit geistig Behinderten. Ein didaktisch-methodisches Gesamtkonzept mit praktischen Lehr- und Übungsbeispielen*. Bad Homburg.
- Bös, K. & Brehm, W. (2006) (Hrsg.). *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf.
- Demuth, C. (1995). *Zur psychologischen Begründung eines ganzheitlichen Ansatzes für den Sport mit geistig behinderten Erwachsenen. Besondere Möglichkeiten des sportlichen Spielens. Sportwissenschaftliche Reflexionen zwischen Vergangenheit und Zukunft*. Hamburg: Czwalina Verlag.
- Demuth, C., Schmidt, I. & Theunissen, G. (2000). Spielorientierte Sport- und Bewegungsangebote für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung. In J. Leirich & S. Leuchte (Hrsg.), *Paradigmenwechsel in der Sportwissenschaft*. (S. 191-194). Hamburg: Czwalina Verlag.
- Deutscher Sportbund (2006) (Hrsg.): *DSB-SPRINT-Studie*. Aachen.
- Dörner, K. & Plog, U. (2007). *Irren ist menschlich. Psychiatrie-Lehrbuch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fasching, H. & Niehaus, M. (2004). Berufliche Integration von Jugendlichen mit Behinderungen: Synopse zur Ausgangslage an der Schnittstelle von Schule und Beruf. In M. Kipp & W. Seyd (Hrsg.), *Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online (bwp), Ausgabe 6: Förderung benachteiligter und behinderter Jugendlicher*.
- Fend, H. (2000). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*.- Opladen: Leske + Budrich.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Haas, P. (1987). *Fördern durch Fordern*. Dortmund.
- Heckhausen, J. (2007) *Motivation und Handeln*. Heidelberg: Springer.
- Herringer, N. (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kiphard, E. J. (1980). *Motopädagogik*. Dortmund.
- Kubesch, S. (2002). Sportunterricht: Training für Körper und Geist. *Nervenheilkunde*, 9, 487-490.
- Kurz, D. (1998): Schulsport in Nordrhein-Westfalen. Das pädagogische Konzept der Richtlinien und Lehrplanrevision. *Sportunterricht* 47, (4), 141-147.
- Kurz, D., Sack, H.-G. & Brinkhoff, K.-P. (1996). *Kindheit, Jugend und Sport in NRW*. Düsseldorf.
- Meseck, U. & Lochny, M. (2009). *Exploration und Evaluation der sozialintegrativen, persönlichkeitsfördernden und therapeutischen Potentiale des Golf Spielens im Rahmen des Kid-Swing Programms*. Unveröff. Forschungsbericht Universität Bremen.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (1995): *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Schneider, K. & Schmalt, H.-D. (2000). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Speck, O. (1993). *Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch*. München; Basel.
- Tamboer, J. (1979). *Sich-Bewegen – Ein Dialog zwischen Mensch und Welt*. Seelze.
- Theunissen, G. (2007). *Empowerment behinderter Menschen. Inklusion – Bildung – Heilpädagogik – Soziale Arbeit*. Freiburg (Lambertus)
- Theunissen, G. & Plaute, W. (2002). *Handbuch Empowerment und Heilpädagogik*. Freiburg: Lambertus.
- Thiersch, H. (2000). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im Sozialen Wandel*. Weinheim; München.
- Wegner, M. (2006). Sport, sportliche Bewegung. In G. Theunissen, W. Kulig & K. Scherbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung*. (S. 323-325). Stuttgart.
- Wegner, M., Pochstein, F. & Rotermund, M. (2008). Geistige Behinderung im Leistungssport – Evaluation eines Talentförderprojekts. In M. Wegner & H.-J. Schulke (Hrsg.): *Behinderung, Bewegung, Befreiung*. (S. 53-65). Kiel: Eigenverlag.
- Wegner, M. & Schulke, H.-J. (2008).(Hrsg.): *Behinderung, Bewegung, Befreiung*. Kiel: Eigenverlag

- Pochstein, F. & Wegner, M. (2009 i. Dr.). Talentförderung geistig behinderter Athleten im Leistungssport. *Vortrag auf der Arbeitstagung „Nachwuchsrekrutierung und Nachwuchsförderung im Leistungssport der Menschen mit Behinderungen“*. Bonn, 14.-15.05.09.
- Weichert, W. (2003). Heterogenität attraktiver machen. Möglichkeiten für den Umgang mit Heterogenität im Sportunterricht. *Sportpädagogik* 27, (4), 4-7.
- Wopp, C. (1995). *Entwicklungen und Perspektiven des Freizeitsports*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Wydra, G. (1996). *Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln*. Schorndorf: Hofmann.

Golfsport für Menschen mit Behinderungen – Ergebnisse und Forschungsperspektiven

Vorbemerkung

Der hier vorliegende Beitrag schließt an die Special Olympics Symposiumsbeiträge von Bremen und Karlsruhe (Meseck & Lochny, 2008; 2009) an, in denen der theoretische und methodologische Ansatz, sowie Zwischenergebnisse 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“¹ vorgestellt wurden. Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt auf einer zusammenfassenden Darstellung der Untersuchungs- und Evaluationsergebnisse² des Forschungsprojekts. Abschließend werden Forschungsperspektiven skizziert.

Der Kern des Forschungsansatzes lag darin, die zuvor genannten Potentiale und die Wirksamkeit von einjährigen Golftrainingsprogrammen zu überprüfen und eine Einschätzung ihrer Bedeutung im Kontext der Lebenswelt³ der Kinder und Jugendlichen mit geistigen und körperlichen Behinderungen zu ermöglichen, um anschließend Folgerungen für die weitere Ausrichtung des Programms ziehen zu können. Mittels einer Methodentriangulation (Flick, 2004) aus Experteninterviews, Fragebögen und teilnehmender Beobachtung wurden vier primäre Bereiche der Lebenswelt untersucht (vgl. Abb. 1).

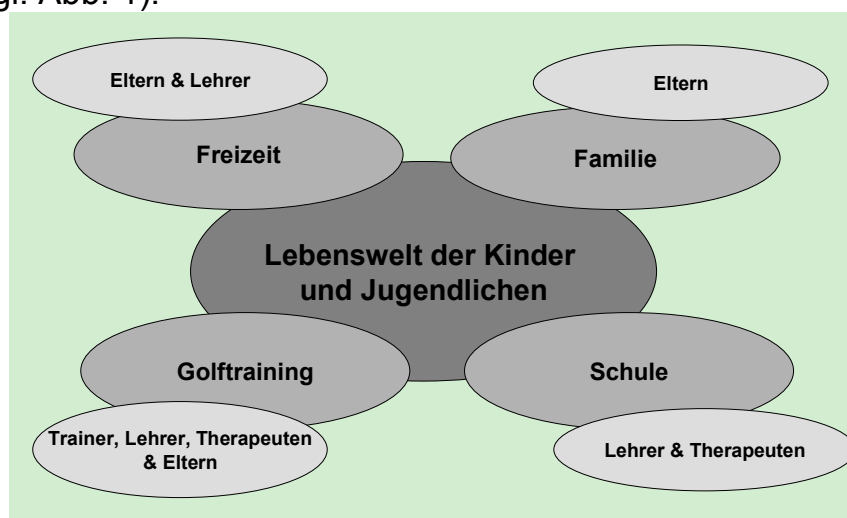


Abb. 1: Rekonstruktion der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen im KidSwing Training

¹ Gefördert durch Vodafone Stiftung Deutschland und Universität Bremen.

² Durchgeführt wurde eine summative und formative Evaluation (Flick, 2006).

³ Dem theoretischen Ansatz liegt das Lebensweltkonzept von Schütz & Luckmann (2003) zu Grunde.

Das Untersuchungsdesign des Forschungsprojekts wird in der folgenden Abbildung dargestellt.

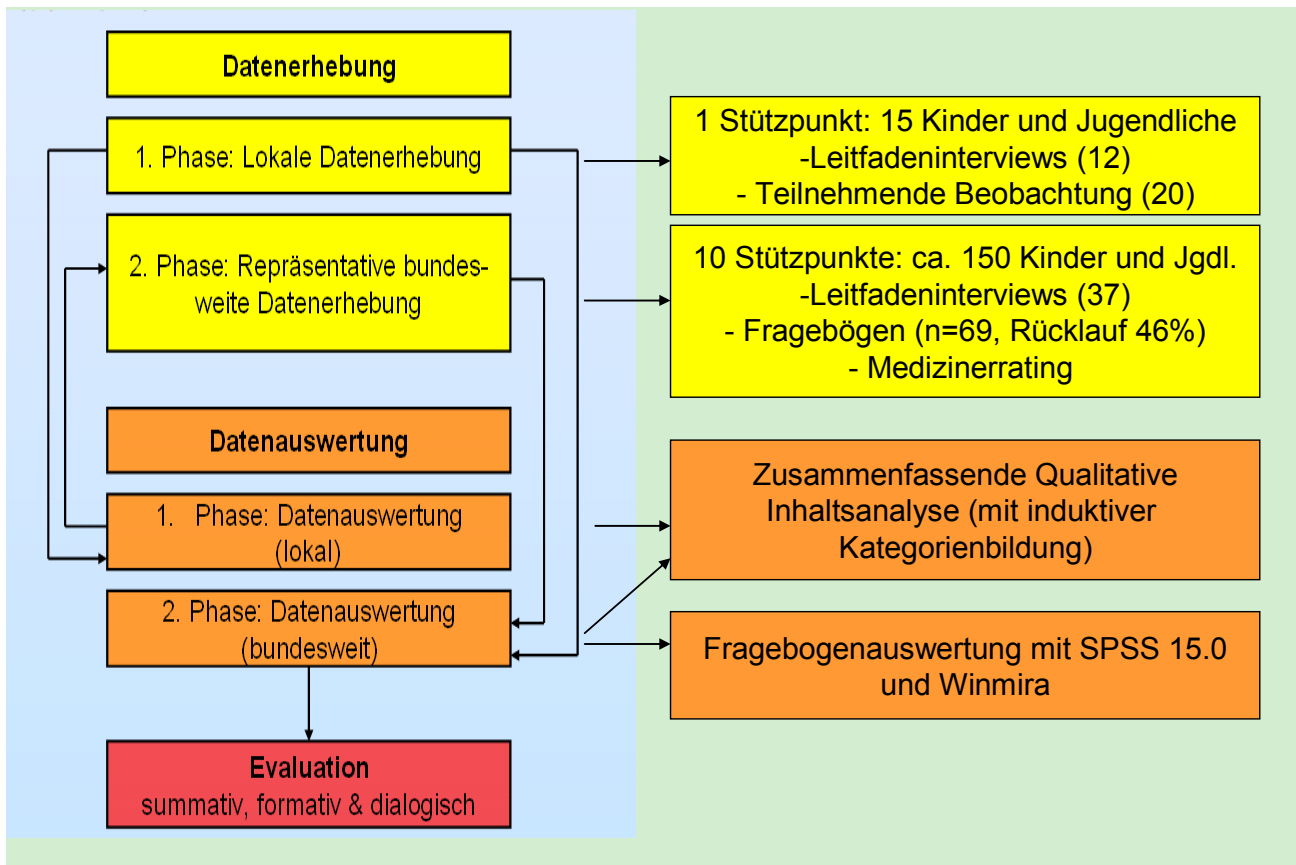


Abb. 2: Untersuchungsdesign

Ergebnisse

Bei der Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsprojekts muss selektiv vorgegangen werden, so dass einerseits ein Gesamteindruck entstehen soll, andererseits zentrale Ergebnisse hervorgehoben werden⁴. An qualitativen Rohdaten liegen insgesamt 49 Interviews von zehn KidSwing Basen zu Grunde, die sich folgendermaßen auf die unterschiedlichen Expertengruppen aufteilen: 31 Förderschullehrer von 15 Schulen, 5 Therapeuten von drei Schulen und 13 Golfpro's von zehn Stützpunkten. Weiterhin wurden 69 Elternfragebögen ausgewertet, die im Anschluss einem Medizinerrating unterzogen wurden. Aus dem gesamten Datenmate-

⁴ Eine Publikation der Gesamtergebnisse mit einem Trainingsleitfaden befindet sich in Vorbereitung und wird 2010 in Buchform in dieser Reihe erscheinen.

rial wurden insgesamt sechs Kategorien gebildet (siehe Abb. 3), die im Folgenden vorgestellt werden (vgl. hierzu auch Meseck & Lochny, 2008; 2009).

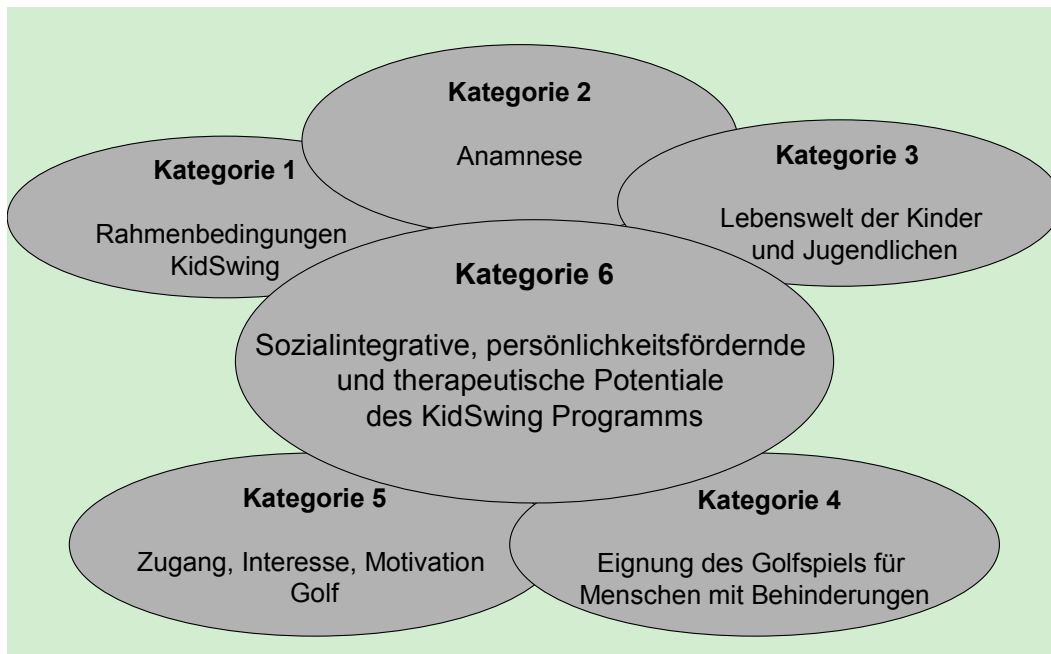


Abb. 3: Gesamtübersicht Projektkategorien

Kategorie Rahmenbedingungen KidSwing

Die überwiegende Anzahl der am KidSwing Programm teilnehmenden Kinder und Jugendlichen ist von geistigen (oft in Kombination mit körperlichen) Behinderungen betroffen und besucht eine Förderschule. Die Gruppengröße variiert und liegt im Durchschnitt bei sieben Kindern und Jugendlichen, die im Regelfall mindestens ein Jahr am Trainingsprogramm teilnehmen. Die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen, die das Programm bisher an den zehn Stützpunkten durchlaufen haben, konnte nicht exakt rekonstruiert werden, kann aber auf Grund der ermittelten Organisationsprozesse an den Förderschulen auf ca. 400 hochgerechnet werden. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung befanden sich 150 Kinder und Jugendliche im Programm.

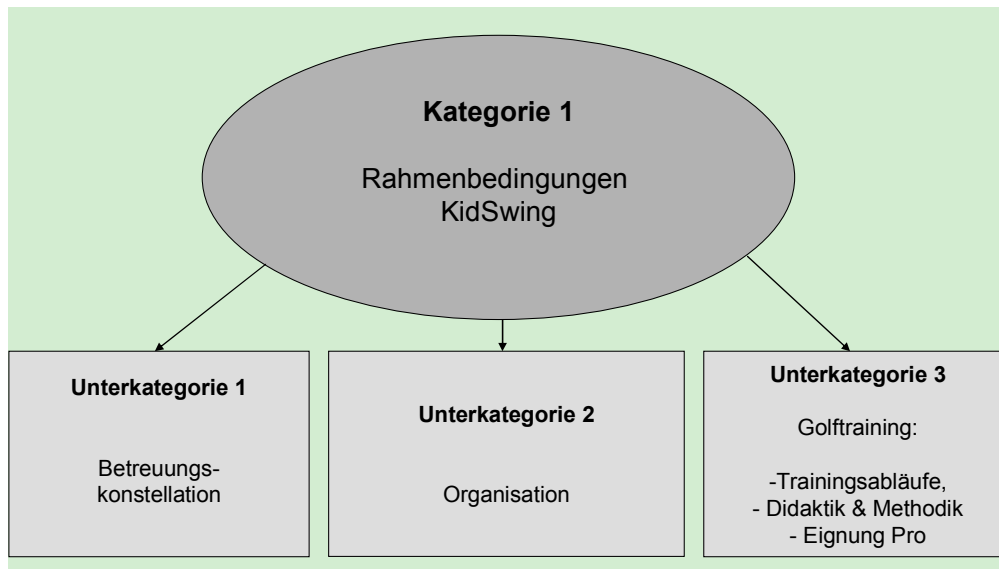


Abb. 4: Übersicht Kategorie 1

(1) Die **Betreuungskonstellation** in den einzelnen KidSwing Gruppen gestaltet sich standort- und schulspezifisch unterschiedlich. Durchgehend wird berichtet, dass sie vor allem durch die Schwere der Behinderungen der Teilnehmer und die personellen Ressourcen, die von den Schulen zur Verfügung gestellt werden können, determiniert wird. Das Spektrum liegt je nach Gruppengröße zwischen ein bis vier Betreuern, die zusätzlich zum Trainer anwesend sind. Im Standardbetreuungsmodell übernimmt der Golftrainer die trainingspezifischen Belange, während die Lehrer für pädagogische Aufgaben und ggf. individuelle Betreuung verantwortlich sind.

(2) Für die **Organisation** des Programms an Schulen ist es oft entscheidend, in welchem Rahmen diese Maßnahme angeboten wird. An manchen Schulen wird das Golfspielen als regulärer Unterricht (entweder im Klassenverband oder klassen- und stufenübergreifend) angeboten, während es an anderen Schulen innerhalb einer außerunterrichtlichen Arbeitsgemeinschaft stattfindet. Bezüglich des Einbringens curricularer Förderziele in den Trainingsprozess präferieren die befragten Förderschullehrer mehrheitlich die erste Variante. Die Trainingshäufigkeit liegt im Regelfall bei einem Termin pro Woche. Für die Schulen ist die Durchführung des Golfrainings mit einem erheblichen Aufwand verbunden (Transport der Schüler etc.), der von den befragten Lehrern auf Grund des großen Förderpotentials, dass sie dieser Maßnahme zusprechen, freiwillig in Kauf genommen wird.

(3) **Golfraining:** Bezüglich der Trainingsabläufe ist zu bilanzieren, dass eine Trainingseinheit in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten dauert, wobei der übliche Ablauf in der gemeinsamen Materialbereitstellung, einem spielerischen Aufwärmen, verschiedenen Aspekten des Golfspiels als Hauptteil und einer abschließenden Reflexion besteht. Ein aus Sicht der Förderschullehrer erstaunliches Ergebnis ist, dass trotz mehrheitlich heterogener Gruppenbedingungen (bezüglich Alter, Geschlecht und den Arten der Behinderung) von einem weitgehend unproblematischen Unterrichtsgeschehen berichtet wurde. Bei der Vermittlung des Golfschwungs betonten

die befragten Golfpro´s, das sie nicht nach einem verbindlichen Technikleitbild vorgehen respektive vorgehen können. Vielmehr sei eine individuelle Schwungvermittlung notwendig, bei der gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen nach für sie praktikablen Lösungen gesucht werden muss. Als Methoden dominieren hierbei taktile Hilfen (den Schwung führen), vormachen und erklären sowie metaphorische Instruktionen (bildliche Vergleiche, mit denen an Alltagserfahrungen angeknüpft wird). Im Vergleich zu den herkömmlichen Jugendgruppen, die von den Golfpro´s betreut werden, findet im KidSwing Training generell ein wesentlich langsames Lernen mit häufigeren Wiederholungen der einzelnen Übungen statt. Die meisten Golfpro´s hatten keine Erfahrung im Golftraining für Menschen mit Behinderungen, wohl aber Erfahrungen als Jugendtrainer, sowie keine Berührungsängste. Als Golftrainer ohne förderpädagogischen Hintergrund wurden sie von den Kindern und Jugendlichen ganz anders wahrgenommen. So war es den Teilnehmern beispielsweise sehr wichtig, dass die Pro´s auch Menschen ohne Behinderungen trainieren.

Kategorie Anamnese

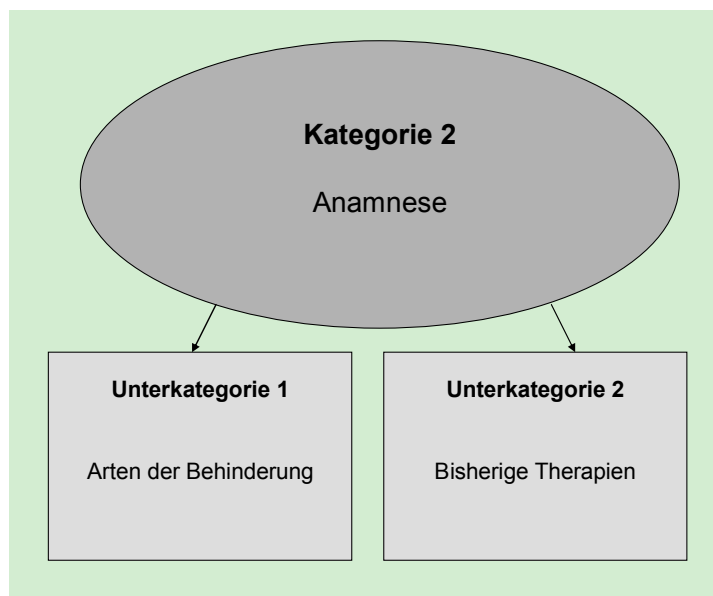


Abb. 5: Übersicht Kategorie 2

(1) Ein Gesamtüberblick, wie die **Arten der Behinderung** im KidSwing Programm verteilt sind, kann hier nicht dargestellt werden, da keine Dokumentation vorlag und die befragten Personen teilweise retrospektiv über die Trainingsgruppen vergangener Jahre berichteten. Mittels der Elternfragebögen konnte diese Frage bei einer Rücklaufquote von 46 % (n = 69) bedingt geklärt werden, wobei Eltern in Einzelfällen keine medizinisch eindeutigen Angaben über die Behinderungen ihrer Kinder machen konnten (wie z.B. die Angabe „Krampfkind“). Die Prävalenzen der erfassten Fälle wurden daher mit Hilfe eines Klassifikationsschemas vorgenommen, aus dem sich Gruppen von Kombinationsmustern ergeben, die in Tabelle 1 aufgeschlüsselt werden. Teilnehmer sind Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen und z.T. multiplen Formen von geistigen-, körperlichen- und Lernbehinderungen.

Gruppe/ Beeinträchtigung	Anzahl	Prävalenzrate in %
Rollstuhlfahrer mit nur körp. Beeinträchtigung	1	1,45
RSF mit kognitiver und psychischer Beeinträchtigung	5	7,246
Körperlich beeinträchtigte mit kognitiven und psychischen Problemen	23	33,333
Kognitiv Beeinträchtigte mit psychischen Problemen	32	46,377
Nicht erfasste Fälle	8	11,594

Tab. 1: Klassifikationsschema der Behinderungen

(2) Bezüglich der **Therapien**, in denen sich die Teilnehmer befinden bzw. befunden haben, stammen die folgenden Angaben aus den Elternfragebögen. Insgesamt enthielten 51 Fragebögen aussagekräftige Angaben (bei acht Missing values und zehn Angaben, dass Kinder bisher keinerlei Therapie hatten) zu 118 Therapiemaßnahmen. Jedes dieser Kinder hatte also im Durchschnitt mehr als zwei Therapiemaßnahmen durchlaufen.

Therapieform	Nennungen n=118	%
Ergotherapie	32	27,0
Krankengymnastik	22	18,6
Physiotherapie	9	7,6
Sprach- Logotherapie	29	24,6
Verhaltenstherapie	7	5,9
Medikamentöse Therapie	6	5,1
Hippotherapie	6	5,1
Psycho(-motorische)Therapie	4	3,4
Spiel- Musiktherapie	3	2,5
(Golf)	(3)	-

Tab. 2: Verteilung von Therapieformen

Vorwiegend herrscht die Experteneinschätzung, dass Kinder und Jugendliche Therapien hauptsächlich dann annehmen, wenn für sie sichtbare Erfolge wahrnehmbar

sind und/oder eine gute Beziehung zu den Therapeuten aufgebaut wird. Somit berichten mehrere Experten auch von Therapieabbrüchen, wenn die eben genannten Erfolge nicht eintreten oder zu starke Schmerzen auftreten.

Kategorie Lebenswelt

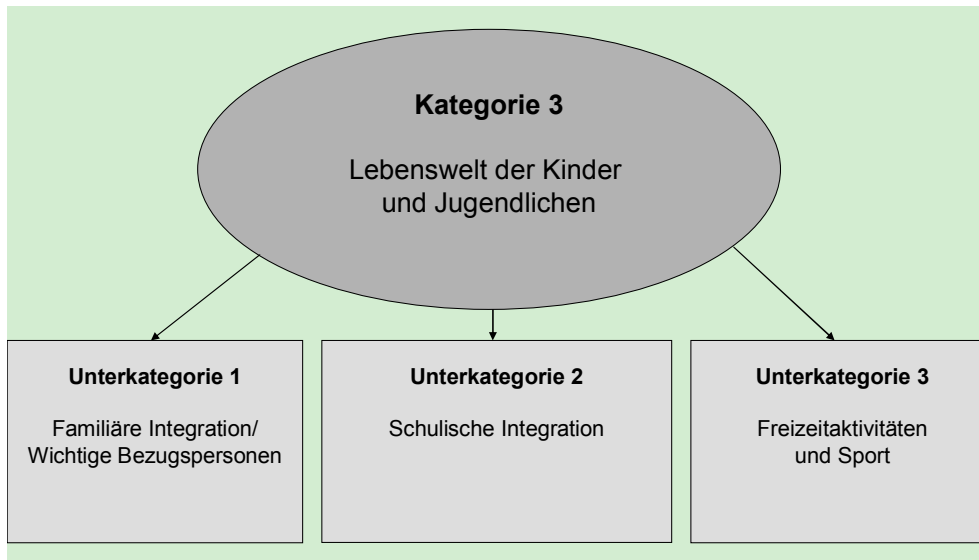


Abb. 6: Übersicht Kategorie 3

(1) Die **Hauptbezugspersonen** befinden sich vorrangig im familiären Umfeld. Neben den Eltern, Großeltern usw. nehmen insbesondere die Geschwister eine wichtige Rolle ein, da sie nach Experteneinschätzungen einer möglichen „Überbehütung“ seitens der Eltern entgegenwirken.

(2) Bezüglich der **schulischen Integration** zeigte sich, dass viele Teilnehmer zunächst eine Regelschule besuchten und dort unter deutlicher Überforderung litten. Dies führte bei den meisten Kindern und Jugendlichen zu einem Wechsel auf eine Förderschule, wo sie nach Einschätzung von Eltern und Lehrern wesentlich besser integriert sind, da sie beispielsweise an sämtlichen Schulaktivitäten teilnehmen können.

(3) **Freizeitaktivitäten:** Bei den Freizeit- und Sportaktivitäten der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen ist auffallend, dass diese zur Hälfte in der häuslichen Umgebung stattfinden. Mit 49,3% hat die Hälfte der Teilnehmer außerhalb der Schule keinen Kontakt zu Gleichaltrigen. Zum einen existiert seltener ein außerschulischer Freundeskreis, zum anderen wohnen viele Kinder und Jugendliche im Einzugsgebiet der Förderschulen weit auseinander. Da viele Familien aus sozialschwachen Verhältnissen kommen und kein eigenes Auto besitzen, sind Freizeitaktivitäten außer Haus wie z.B. der Kontakt mit Freunden schwerer zu organisieren. In diesem Kontext betonen die Förderschullehrer die gesteigerte Lebensqualität, wenn die Kinder und Jugendlichen aus dem häuslichen Umfeld in die Natur auf den Golfplatz rauskommen können. Die Eltern verbinden mit dem Golfengagement ihrer Kinder

vor allem zwei Hoffnungen: Sie sollen nach Möglichkeit Freunde finden und einen Ausgleich zum überwiegend sehr bewegungsarmen Alltag erleben. Mehrere Experten berichten davon, dass die Teilnehmer große Probleme beim Zugang zu den traditionellen Vereinssportarten hatten, da sie bei der vorherrschenden Leistungsorientierung häufig Misserfolge erleben mussten. Ferner sind einzelne Sportarten mit bestimmten Behinderungen generell sehr schwierig zu betreiben, so dass viele Eltern Golf als eine Chance für ihre Kinder sehen, überhaupt eine Sportart zu finden.

Kategorie Eignung des Golfspiels für Menschen mit Behinderungen

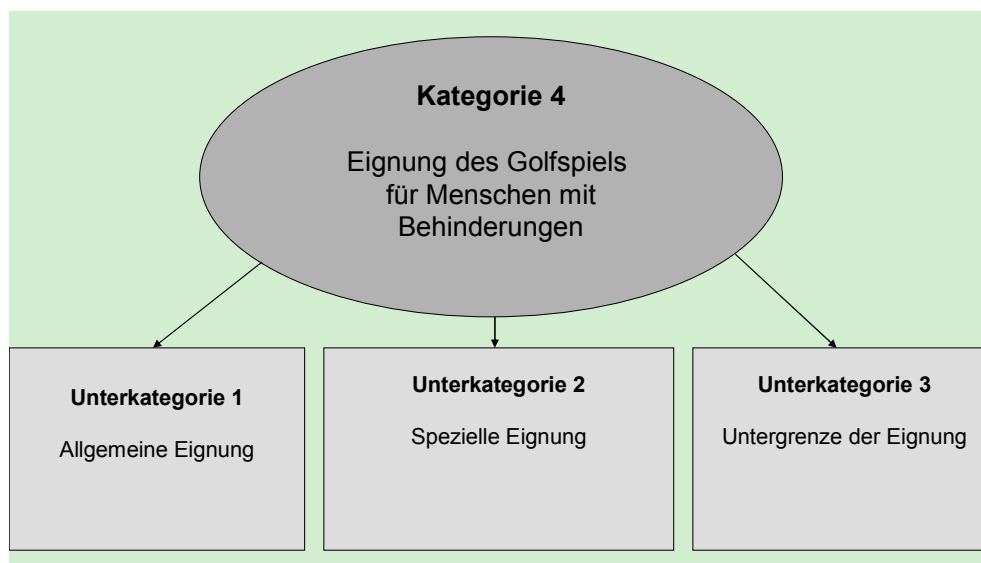


Abb. 7: Übersicht Kategorie 4

(1) Die **Allgemeine Eignung** des Golfspiels für Menschen mit Behinderungen ist nach den Aussagen aller interviewten Lehrer und Golfpro's gegeben. Die Aussagen decken sich weitgehend mit der von uns im Vorfeld der Studie durchgeführten Analyse der Strukturmerkmale des Golfsports (vgl. Meseck & Lochny, 2008, S. 73 f). Hervorgehoben wird von den Experten der ruhende Ball in Kombination mit dem nicht vorhandenen Gegnereinfluss bei dieser Sportart. Hierdurch ergibt sich ein individuell bestimmbares Tempo bei der Schlagausführung, welches insbesondere bei körperlichen Behinderungen Vorzüge aufweist. Speziell für geistige Behinderungen wird die einfache Zielvorgabe, den Ball ins Loch zu spielen, positiv bewertet. Dem Golfplatz als außerschulischem Lernort, der Ruhe auf diesem, sowie dem damit verbundenen Naturerlebnis weisen die Experten ebenfalls eine besondere Bedeutung zu. Weiterhin wird der Kommunikationsaspekt beim Golfen genannt: Obwohl es sich um eine Individualsportart handelt, findet durch das gemeinsame Arbeiten am gleichen Lerngegenstand eine intensive Kommunikation in den einzelnen Gruppen statt. Hierbei wird von der Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen berichtet, dass diese auf Grund der Spielidee weniger den Konkurrenzkampf untereinander suchen, sondern sich stattdessen sehr auf ihr eigenes Spiel konzentrieren.

Insbesondere für Teilnehmer mit Verhaltensauffälligkeiten wird schließlich noch das Erlernen und Einhalten der Sicherheits- und Verhaltensregeln auf dem Platz als großes Lernpotential betrachtet.

(2) **Spezielle Eignung** beinhaltet, dass die Golfregeln in irgendeiner Weise modifiziert werden können beziehungsweise spezielle Hilfsmittel Verwendung finden, damit die Teilnehmer den Sport betreiben können. Bei der Verwendung von Hilfsmitteln ist an erster Stelle der so genannte Paragolfer zu nennen, ein elektrischer Rollstuhl mit Aufrichtfunktion, der es Menschen mit Querschnittslähmungen und Gangstörungen überhaupt erst ermöglicht Golf zu spielen. Laut mehreren Förderschullehrern stellt der Paragolfer für einige Schüler grundsätzlich die einzige Möglichkeit zur Teilnahme am Schulsport dar. An den meisten KidSwing Stützpunkten werden zusätzlich auch Regelmodifikationen des Sportspiels Golf vorgenommen. Beispielsweise dürfen Teilnehmer Bahnen verkürzt bespielen und Abschlaghilfen (vom Tee spielen) auch auf der Spielbahn benutzen. Dies ist ein wichtiger Punkt, da die regulären Anforderungen als Voraussetzung zur Nutzung der Golfplätze für viele Teilnehmer einem Ausschlusskriterium gleich kämen, da die hierzu erforderlichen Schlagweiten sowie das Spieltempo von den meisten Kindern und Jugendlichen kaum zu erreichen sind. Für eine modifizierte Platzerlaubnis wird an verschiedenen Stützpunkten die „Verkehrssicherheit“ auf dem Golfplatz herangezogen, worunter zu verstehen ist, dass sich die Kinder und Jugendlichen mit Hilfe von Begleitpersonen über den Golfplatz bewegen können ohne sich und andere zu gefährden.

(3) Eine **Untergrenze der Eignung** gibt es daher nicht im Sinne einer Untergrenze der sportlichen Leistung. Nicht geeignet ist Golf lediglich für Kinder und Jugendliche die auf dem Golfplatz ein zu großes Gefahrenpotential für sich und andere darstellen und deshalb eine nicht zu realisierende permanente eins zu eins Betreuung benötigen würden.

Kategorie Zugang, Interesse, Motivation Golf

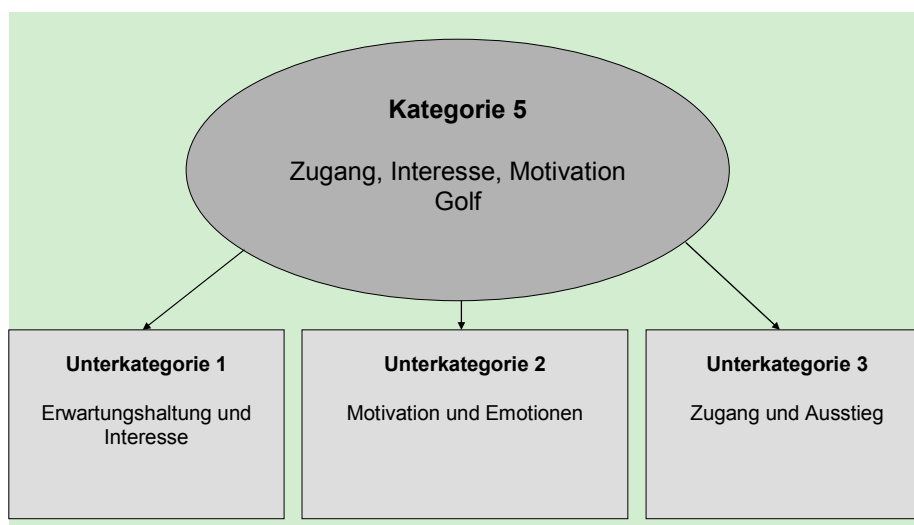


Abb. 8: Übersicht Kategorie 5

(1) Die **Erwartungshaltung** und das **Interesse** der am KidSwing Programm beteiligten Personengruppen im Vorfeld und Verlauf des Trainings werden im Folgenden dargestellt. Die Förderschullehrer ohne Golferfahrung waren zunächst überwiegend skeptisch bezüglich der Eignung des Golfsports für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen. Vier Lehrer hatten eigene Golferfahrung und haben mit dem KidSwing Programm die Erwartungshaltung verbunden, ein reizvolles Sportangebot speziell auch für leistungsschwächere Schüler bereitstellen zu können. Später waren besonders die Lehrkräfte ohne Vorerfahrung von den unerwartet großen Lernerfolgen der Kinder und Jugendlichen überrascht. Das Interesse der Schulleitungen und Schulkollegen am KidSwing Programm kann als heterogen bezeichnet werden. Das Golftraining hat einen hohen Stellenwert an einigen Schulen, während an anderen Vorbehalte deutlich werden (Stichwort Elitesport), die beispielsweise dazu führen, dass das Training nicht im regulären Unterricht angeboten wird. Die Erwartungshaltung der beteiligten Therapeuten bestand vor allem darin, Therapieziele mit einer möglichst motivierenden Tätigkeit zu verbinden. Ihre Erwartungen bezüglich Mobilisierung, Kräftigung und Verbesserung der Koordination wurden weit übertroffen, so dass sie Golf sogar als Therapie oder therapieadäquat bezeichneten, mit dem Vorteil, dass die Teilnehmer das Training nicht als Therapie, sondern als Spiel erleben.

Die Kinder und Jugendlichen waren nach Auskunft der Lehrer anfangs durchweg sehr neugierig auf diese attraktive, ihnen unbekanntere Sportart. Von den Eltern wird angegeben, dass für 89,9% der Kinder das Golftraining wichtig sei. Im weiteren Verlauf differenzieren sich die Interessen der Teilnehmer jedoch. So sehen manche das Golfspielen als ernsthaftes Training während andere es vor allem unter dem Spaßaspekt betreiben. Die Interessen der Pro's liegen vornehmlich in der Vermittlung motorischer Lernaspekte und wichtiger Verhaltensregeln. In Einzelfällen wird jedoch auch Wert auf übergeordnete Lernziele wie Koordinations- und Konzentrationsfähigkeit sowie Sozialverhalten gelegt und die reine Golftechnik rückt in den Hintergrund. Fallübergreifend wurde die Erwartungshaltung bezüglich der Lernfähigkeit der Teilnehmer weit übertroffen.

Das Interesse der Eltern reicht von ungewöhnlich hohem Engagement (regelmäßige Trainingsbegleitung, Organisation von Fahrdiensten und Vereinseintritt) bis hin zu überhaupt keinem Interesse (keinerlei Kontakt zu Pro/Lehrer) und einem blinden Vertrauen in die Förderpotentiale dieser Maßnahme.

(2) Die **Motivation** der Kinder und Jugendlichen wird stützpunktübergreifend hoch eingeschätzt. Sie freuen sich ganz besonders auf das Golftraining, wobei von Förderschullehrern mehrfach von einem „Highlight der Woche“ gesprochen wird. Diese Motivation führt über das Golftraining hinaus beispielsweise dazu, dass die Teilnehmer selbständig darauf achten den Bus pünktlich zu erreichen, um die maximale Spielzeit ausschöpfen zu können. Auf dem Platz scheinen die Schüler insbesondere von den Pro's Korrekturen viel eher anzunehmen als in der Schule. Die Lehrer erleben die Kinder und Jugendlichen positiv und freuen sich ihrerseits, wenn ihre Schüler Erfolge beim Golf erleben. Von negativen Emotionen existieren kaum Be-

richte, außer, dass die Kinder und Jugendlichen bei Trainingsausfall sehr traurig sind.

(3) **Zugang und Ausstieg** aus dem Trainingsprogramm verlaufen wie folgt. Bei den Schulen wurde das KidSwing Programm vor allem vom damaligen Trägerverein, der Deutschen Kinderhilfe e.V., an Förderschulen bekannt gemacht. Aus eigener Initiative wurde hingegen kein Kontakt aufgenommen. Im weiteren Ablauf wurden dann einzelne Lehrer, die nur in der Minderheit ausgebildete Sportlehrer sind, von der Schulleitung angesprochen. Schließlich erfolgte dann eine Auswahl der teilnehmenden Schüler, wobei seltener die Art der Behinderung eine Frage spielt als vielmehr, ob sie z.B. konditionell in der Lage sind den Tag um zwei Stunden länger durchzuhalten. Bezüglich des individuellen Förderbedarfs der Schüler wurden teilweise speziell sportschwache Kinder ausgewählt, mitunter war die Teilnahme jedoch auch völlig freigestellt. Bezüglich des Ausstiegs liegt die Abbruchquote im Schuljahr nach Einschätzung der Lehrer unter 10%, wobei die Behinderung fast nie als Grund genannt wird, sondern eher Dinge wie mangelndes Interesse oder Störungen des Trainingsprozesses.

Kategorie Sozialintegrative, persönlichkeitsfördernde und therapeutische Potentiale Golf

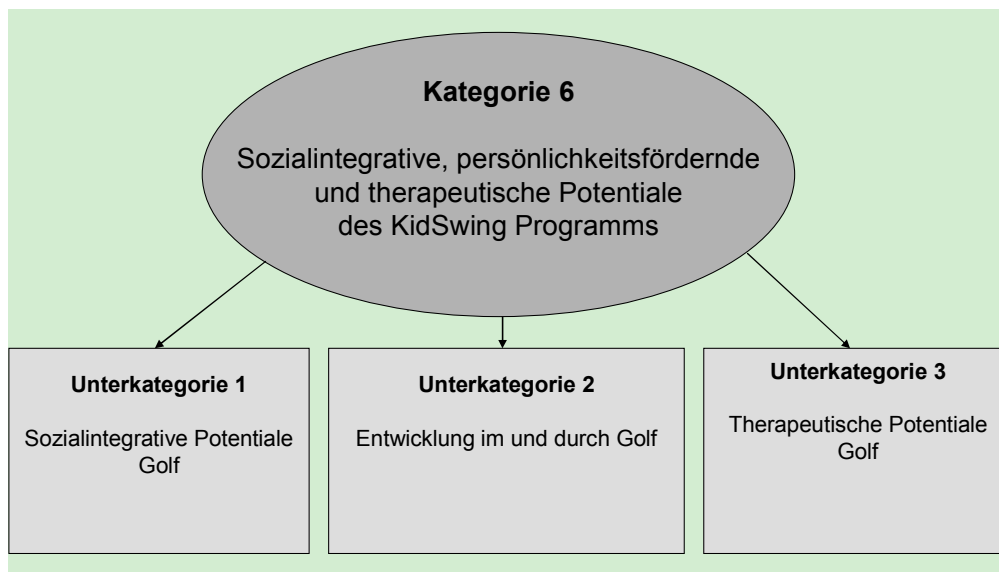


Abb. 9: Übersicht Kategorie 6

(1) Um **sozialintegrative Potentiale** wirksam werden zu lassen, ist zunächst einmal Akzeptanz in den **Golfclubs** Voraussetzung. Hier zeigt sich ein differenziertes Bild. Mehrheitlich berichten Lehrer und Golfpro's, dass die Maßnahme bei Clubführung und Clubmitgliedern positiv aufgenommen und unterstützt wird (Bereitstellung von Schlägermaterial usw.). Nur wenige Schulen wechselten den Partnerverein aufgrund von auftretenden Akzeptanzproblemen. Golfpro's berichten mehrfach, dass die Arbeit in kleinen Clubs (neun Loch Plätze) einfacher sei als in etablierten Vereinen. Die Förderschullehrer äußern häufig den Wunsch, nach vertiefter Integration in den Club (z. B. gemeinsames Turnier mit Clubmitgliedern, Praktikumsplät-

ze in der Platzpflege, Patenschaften für spielstärkere Schüler). Dies gelingt bisher erst in einem Golfclub. Die Weiterführung des Golf Spielens als Freizeitsport nach Beendigung der schulischen Maßnahme wird überwiegend skeptisch beurteilt, da geeignete Kontaktpersonen im Club fehlen und der Transport nicht gewährleistet ist.

Aus Sicht der **Schulen** werden die sozialintegrativen Potentiale positiv bewertet, da sich die Schüler beim Golf Spielen in der Öffentlichkeit bewegen und ein deutlich verändertes Sozialverhalten untereinander und in der Kommunikation mit Clubmitgliedern entwickeln. Das individuelle Lernen am gleichen Lerngegenstand führt zu einer Ausprägung von Gemeinschaftsgefühl.

In der **Familie** erfahren die Kinder nach Aussagen mehrerer Förderschullehrer eine besondere Anerkennung (Sozialprestige der Sportart, technisch schwierige Sportart) für ihr Golf Spielen. Einige Eltern begannen selbst mit dem Golf Spielen, um mit ihren Kindern eine gemeinsame Freizeitaktivität ausüben zu können. Die Integrationsförderung innerhalb der Familie wird auch durch das Medizinerrating für 82,7 % der Kinder bestätigt.

(2) Die **Entwicklung im Golf** wird von den Golfpro's im Hinblick auf ihre Erwartungen positiv eingeschätzt. Allerdings wird einmal Training pro Woche als zu wenig empfunden, um die golferischen Fähigkeiten bis zur Platzreife zu entwickeln. Den Anteil der Kinder und Jugendlichen für die dieses Ziel mit Zusatztraining realistisch ist, wird mit ca. 20% angegeben. Die **Entwicklungen durch Golftraining** werden von Förderschullehrern, Golfpro's und Therapeuten wie folgt angegeben: Betont wird vor allem die Zunahme der Konzentrationsfähigkeit bei allen Schülern, die auf die Anforderungen der Sportart und die Ruhe auf dem Golfplatz (im Gegensatz zur Schule) zurückgeführt wird. Zunahme des Selbstwertgefühls durch Erfolgserlebnisse und unmittelbare Rückmeldung auf das eigene Handeln werden fast ebenso häufig genannt („Wenn der Ball fliegt, fliegen sie ein Stück mit“). Sie lernen ebenfalls „am Ball zu bleiben“ und bei Misserfolg nicht sofort aufzugeben. Ebenso wird auf das verbesserte Sozialverhalten hingewiesen, wie weiter oben ausgeführt. Lehrer und Therapeuten betonen noch Verbesserungen in der Bewegungskoordination von Teil- und Ganzkörperbewegungen, der räumlichen Orientierung und konditioneller Fähigkeiten (Beweglichkeit, Ausdauer, Kraft und Kraftdosierung).

Ein **Transfer** dieser Fähigkeiten wird auch in anderen Lebensweltbereichen beobachtet. Sofern die begleitenden Förderschullehrer die Golfgruppe auch in anderen Fächern unterrichten, stellen sie eine bessere Ansprechbarkeit und Belastbarkeit im Unterricht fest. Die Teilnahme am Golftraining bewirkt Verhaltensänderungen im Schulalltag, da die Schüler viel über Golf sprechen und mit höherem Selbstbewusstsein „aufrechter durch die Schule“ gehen. Allerdings gaben einzelne Förderschullehrer auch an, dass die beobachteten Verhaltensweisen im Mosaik weiterer Fördermaßnahmen zu sehen sind und nicht ausschließlich auf Golf zurückzuführen seien. Kein Lehrer äußerte sich negativ über die Potentiale des Programms, sondern sah mindestens eine stark unterstützende Funktion. Aus den Elternfragebögen konnte eine signifikante Zunahme von Konzentrationsfähigkeit und Selbst-

wertgefühl der Kinder ermittelt werden. Eine Begünstigung des Lernverhaltens wird auch von den Medizinern mit 88,4 % geratet.

(3) Therapeutische Potentiale

Zu diesem Punkt liegen Aussagen von 15 Experten vor. Neben den in Einzelfällen nachweisbaren therapeutischen Wirkungen auf Physis, Verhalten und Medikamentierung⁵ waren vor allem die Einschätzung interindividuell wirksamer therapeutischer Einzelaspekte und die gesamttherapeutische Wirkung von Interesse. Die Elternfragebögen wurden hierzu von zwei Medizinern, die beide ärztliche Direktoren in großen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen waren, mit einem Ratingverfahren bearbeitet. Für den Fall, dass beide Rater Effekte oder Erfolge erkennen konnten, wurden die Urteile berücksichtigt.

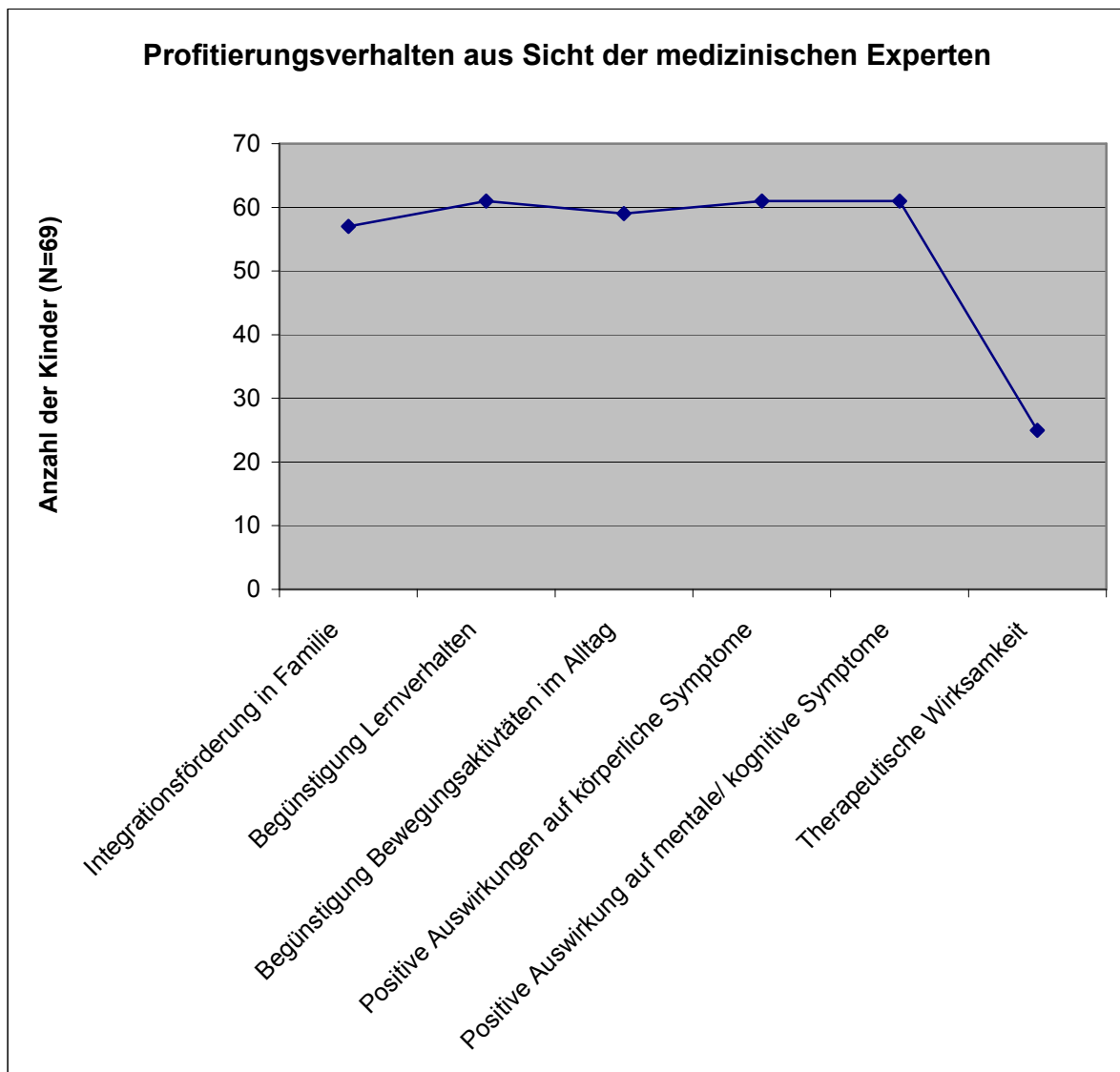


Abb. 10: Profitierungsverhalten aus Sicht der medizinischen Experten.

⁵ Zu individuellen Fallbeispielen vgl. Meseck & Lochny, 2008; 2009

Die Kinder und Jugendlichen profitieren übereinstimmend in hohem Maß (zwischen 82,7 % - 88,4%) in einzelnen Bereichen, lediglich die gesamttherapeutische Wirkung wird deutlich niedriger geratet (36, 2 %). Mit gezielten Nachfragen konnte diese Abweichung aufgeklärt werden: Aus den beiden Facharzttrichtungen wurden Therapiebegriffe mit unterschiedlicher Reichweite verwendet. Der Kinderneurologe attestierte deutlich häufiger therapeutische Wirksamkeit (80 %) im Bereich der Bewegungssteuerung mit Akzentuierung auf motorische und koordinative Aspekte, während der Kinder- und Jugendpsychiater die gesamttherapeutische Wirksamkeit nur dann als gegeben ansah, wenn Transferwirkungen und Integrationsfortschritte in andere Lebensweltbereiche erkennbar waren.

Aus Sicht der medizinischen Experten gab es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Profitierungsverhalten der Kinder und Jugendlichen und anderen Faktoren. Untersucht wurde daraufhin, inwieweit Kinder und Jugendliche, die in allen Bereichen Erfolg attestiert bekommen hatten (High Achiever), sich vom Rest der Stichprobe unterscheiden.

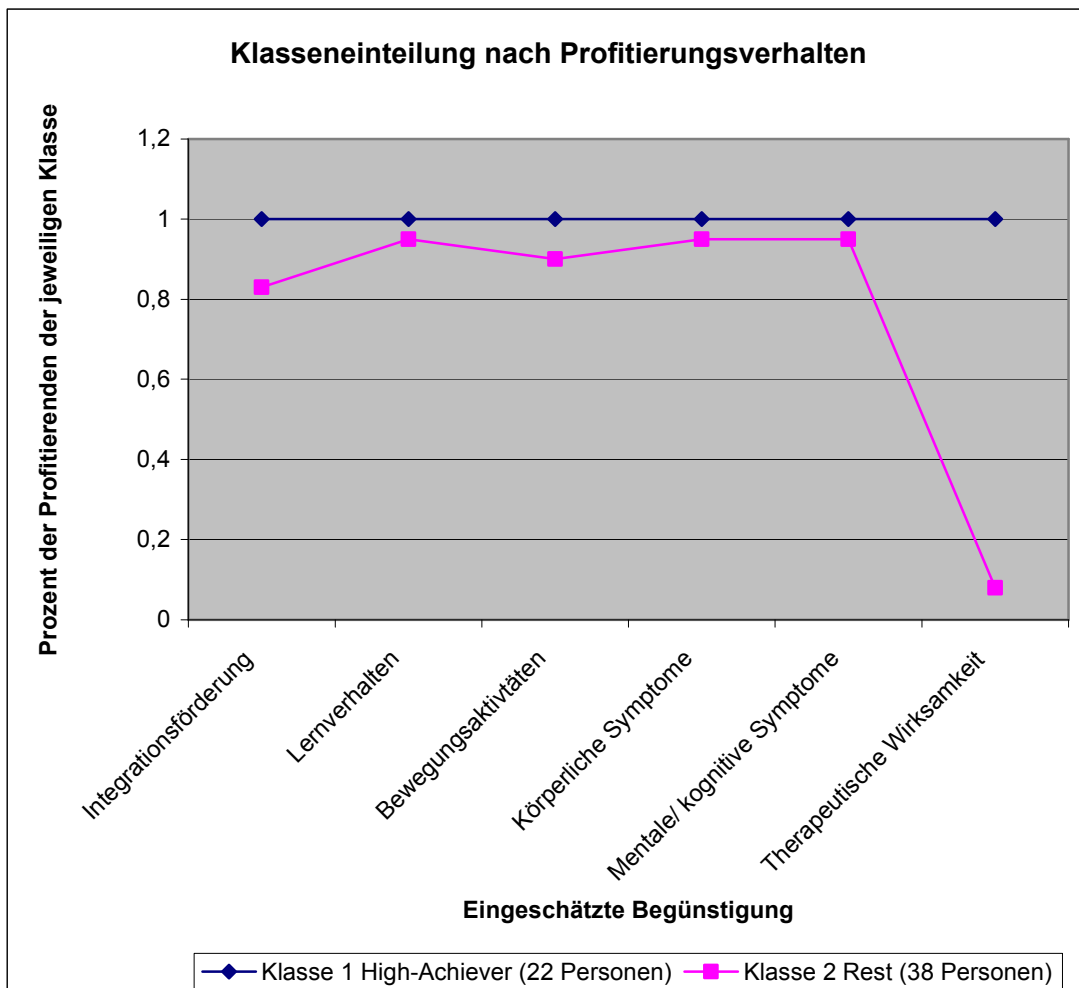


Abb. 11: Die Klasse der High Achiever.

Zu erkennen ist, dass sich beide Teilstichproben hauptsächlich in Bezug auf das letzte Item unterscheiden. Getestet wurden alle Fragebogenitems in Bezug zur Mediziner einschätzung. Es ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse mit Chi-Quadrat Tests, hingegen Quotenverhältnisse⁶, die Aussagen erlauben.

High-Achiever (K 1) vs. (K 2)	Chi-Quadrat nach Pearson	df	asympt. Sign. (2 seitig)	Quotenverhältnis (Odds Ratio)
Kontakt zu Gleichaltrigen außerhalb der Schule?	2,877	1		2,52
Rollstuhlfahrer				1,84
Kognitive/ mentale Beeinträchtigungen				1,58
Psychische/ seelische Beeinträchtigungen	0,574	1		1,58
RSF mit kognitiver und psychischer Beeinträchtigung			0,27	2,84
Zunahme des Selbstwertgefühls	1,218	1	0,159	1,87
Hat das Golftraining eine Rolle gespielt für diese Veränderungen?	1,98	1	0,509	2,25
Haben Sie das Training schon einmal selbst beobachtet?	0,437	1		1,46

Tab. 3: Ergebnisse von Signifikanztests und Quotenverhältnisse

Kinder und Jugendliche die Kontakt zu Gleichaltrigen hatten, erreichten eine um den Faktor 2,52 erhöhte Chance zu den High Achievern zu gehören. Rollstuhlfahrer (RSF) mit zusätzlich kognitiven und psychischen Behinderungen hatten eine knapp 3-fach erhöhte Chance. Kinder und Jugendliche mit kognitiv/mental und psychisch/seelischen Beeinträchtigungen hatten – gegenüber Kindern mit ausschließlich körperlichen Behinderungen - eine erhöhte Chance (je 1,58) zu den High Achievern zu gehören. Eine erhöhte Chance ergab sich ebenfalls, wenn gesteigertes **Selbstwertgefühl** beobachtet wurde, hingegen nicht bei Konzentrationszunahme. Die Eltern von High Achiever Kindern sahen in 15 von 20 Fällen (75 % gegenüber 50 % in der Gesamtstichprobe) das Golftraining als ursächlich für die Veränderungen an. Die Chance, dass diese Eltern den Verbindungszusammenhang angeben, war 2,25 mal so groß wie bei Eltern der restlichen Stichprobe. Auch das Item Trainingsbeobachtung weist eine moderat erhöhte Quote auf.

⁶ Ermittelt als Wahrscheinlichkeitsverhältnisse mit Odds Ratio.

Diskussion und Forschungsperspektiven

Die Ausgangsfragestellung nach den vermuteten sozialintegrativen, persönlichkeitsfördernden und therapeutischen Potentialen des KidSwing Programms konnte empirisch bestätigt werden. Das Integrationspotential des Trainingsprogramms ist klar erkennbar, wird jedoch auf unterschiedlichen Ebenen noch nicht vollständig ausgeschöpft. Vor allem die stärkere Einbeziehung der Eltern und die Schaffung nachhaltiger Rahmenbedingungen in den Golfvereinen beinhalten Chancen. Insgesamt gelingt es nur wenigen Kindern, die sportliche Leistungsfähigkeit bis zur Platzreife zu entwickeln, so dass das pädagogische Förderpotential des Programms klar im Vordergrund steht. Die Wirkungen des Golftrainings konnten weitgehend unabhängig von den Durchführungs- und Rahmenbedingungen an den Stützpunkten festgestellt werden. Mit und ohne individuelle Förderzielplanung wurden interindividuell nachweislich Entwicklungen von Fähigkeiten in unterschiedlichen Bereichen ermittelt. Die therapeutischen Wirkungen sind vielfältig und werden von allen Expertengruppen durchgehend bestätigt. Selbst nach dem lebensweltorientierten Maßstab der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird noch für 36,2 % der Teilnehmer eine gesamttherapeutische Wirksamkeit geratet.

Schulinterne Organisationsprozesse und erhöhter Organisationsaufwand erschweren die Durchführung nicht unerheblich. Die Unterstützung durch Lehrmaterialien wird von Förderschullehrern und Pro's als wünschenswert erachtet, auch um die Kooperation zwischen beiden Personengruppen zu vertiefen. Das beobachtete Nebeneinander von Menschen mit und ohne Behinderung ist in Golfclubs Realität und verweist auf Grenzen der Integration, dennoch sind der Zugang zu gesellschaftlichen Regelkontexten und die Teilhabe an einer vertrauten Lebenswelt im Sinne von Inklusion mit diesem Trainingsprogramm möglich.

Trotz heterogener Durchführungs- und Rahmenbedingungen wurden stützpunktübergreifend ähnliche Ergebnisse ermittelt. Aus der Forschungsperspektive wäre hier zu prüfen, ob mit einer Re-Analyse des Datenmaterials eine differenziertere Erkennung von Wirkungszusammenhängen und unabhängigen Variablen möglich ist. So könnten Hinweise auf spezifische Kriterien sportlicher Aktivität für die Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung ermittelt werden, aber auch Kriterien für die Entwicklung von Untersuchungsdesigns deutlich werden. Ein darüber hinausweisender Forschungsansatz ergibt sich hinsichtlich der Untersuchung der Ressourcenaktivierung und –entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung durch spezifisch konzipierte Sportprogramme (vgl. Milles & Meseck in diesem Band).

Literatur

Flick, U. (2004). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

- 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.
- 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.
- Meseck, U. & Lochny, M. (2009). Golfsport für Menschen mit Behinderungen – eine empirische Untersuchung zu Wirkungen und Potentialen des KidSwing Programms. In M. Wegner & H.J. Schulke (Hrsg.), *Behinderung, Bewegung, Befreiung – Rechtlicher Anspruch und individuelle Möglichkeiten im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 83-96). Zugriff am 02.09.2009 unter http://www.uni-kiel.de/fakultas/philosophie/iss/index.php?x=http://www.uni-kiel.de/sport/test/media/arbeitsbereiche/sportwissenschaft2/aktuell.html&menu=iss_arbeitsbereiche_sportwissenschaft2.
- Schütz, A. & Luckmann, T. (2003). *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Die Rolle von Trainern und Familien für sportaktive Menschen mit geistiger Behinderung

Einleitung

Körperliche Bewegung ist eine wesentliche Voraussetzung, den eigenen Körper und die Umwelt wahrzunehmen. Im Verlauf der Ontogenese führt die Wahrnehmung von Bewegungen zu zahlreichen Sinneswahrnehmungen und Entwicklungsfortschritten (z. B. Oerter & Montada, 2008). Dies gilt auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Auch sie lernen durch Bewegung sich und ihre Umwelt kennen, nehmen vielseitige Eindrücke wahr und entwickeln sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten weiter. Dabei unterscheiden sie sich aber z.B. in den Dimensionen Lernleistungen, Sozialverhalten, emotionaler Ausdruck oder eben auch in der sportlich-aktiven Entwicklung durchaus von der sogenannten „Normalbevölkerung“ (Senckel, 2003). Insbesondere können Schwächen in der Wahrnehmungs- und Reizverarbeitung die Entwicklung hemmen. Dabei entstehen auch im Bereich der körperlichen Aktivität Misserfolgserfahrungen, die oft negative Auswirkungen auf die Motivation zu weiteren Versuchen haben (Harter, 1982). Aufgrund der negativen Erfahrungen verharren viele Menschen mit geistiger Behinderung in einer Art Starre. Es kommt zu Vermeidungsverhalten und Hilflosigkeitserfahrungen (Luxen, 2003), die wiederum die weitere Entwicklung hemmen. Umso wichtiger erscheint es, strukturierte Sport-, Bewegungs- und Trainingskonzepte für diese Personengruppe zu entwickeln, um die behinderungsbedingte Einschränkung mindern zu helfen.

Neben dieser Funktion hat der Sport für Menschen mit geistiger Behinderung auch weitere positive Aspekte, die in der Literatur weitgehend beschrieben sind. Wegner (2001) hat dies insbesondere im Bereich der psychosozialen Auswirkungen von Sport und Bewegung dargestellt. Allgemeine Aspekte der Gesundheitsförderung (z. B. Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) aber auch spezielle Fertigkeiten und Fähigkeiten (z. B. Cluphf, O'Connor & Vanin, 2001; Pitetti & Yarmer, 2002) sind trainierbar bzw. positiv zu beeinflussen.

Ein weiterer Ansatzpunkt, der die Konzeption von strukturierten Programmen nach sich ziehen sollte, ist von Rimmer und Braddock (2002) eindringlich dargestellt worden. Die Autoren gehen davon aus, dass das Ausgangsniveau der körperlichen Aktivität den Zugewinn an Leistungsfähigkeit bestimmt. Daher kommen sie zu folgendem Schluss: Menschen mit Behinderungen und besonders Menschen mit geistiger Behinderung haben ein niedrigeres Aktivitätsniveau als Nichtbehinderte. Dementsprechend vielversprechend erscheint die Konzentration auf diese Personengruppe. Sportprogramme, körperliche Aktivität und Bewegungskonzepte könnten relativ schnell zu positiven Anpassungserscheinungen führen, die Auswirkun-

gen auf die Wahrnehmung, Reizverarbeitung und dementsprechend auch auf die Entwicklung haben.

Vorhandene Konzepte

Wegner (2008) unterscheidet in seiner Zusammenstellung spezifische und allgemeine Zielsetzungen des Behindertensports. Unter den spezifischen Zielen werden u.a. Rehabilitation und Prävention, aber auch andere gesundheitssportliche Aspekte (physisch und psychisch) subsumiert. Für Menschen mit Behinderungen geht es dabei oft um die Kompensation behinderungsbedingter Einschränkungen. Unter allgemeinen Aspekten werden im Wesentlichen die gleichen Ziele angestrebt wie im Sport der Nichtbehinderten (z. B. Leistung, Entspannung, soziales Miteinander...). Teilweise gehen sie sogar über diese hinaus (Kosel & Froböse, 1999). Mit den Mitteln des Sports könne auf die Persönlichkeitsstruktur der Menschen mit Behinderungen etwa „im Sinne einer Festigung des Selbstwertgefühls und Stärkung des Selbstvertrauens“ (Wegner, 2008, S. 822) eingewirkt werden.

Während die genannten Aspekte für den Behindertensport im Allgemeinen gelten, gibt es für den Sport von Menschen mit geistiger Behinderung weitere Schwerpunktsetzungen. Wegner (2007) zeigt in seiner Darstellung relevanter sportbezogener Konzepte, dass Sport in einem weit gefassten Verständnis von Körperwahrnehmungskonzepten wie dem Ansatz „Die Welt be-greifen“ von Danuser-Zogg (1995) über den differenzierten Ansatz von Sowa (1994) „Sport ist mehr“ bis hin zu leistungsorientierten Ansätzen wie bei Haas (1987) mit der Begrifflichkeit „Fördern durch Fordern“, der auf eine leistungsorientierte Didaktik für Menschen mit einer geistigen Behinderung abzielt und versucht, die Motopädagogik (Kiphard, 1998) mit einer sportartenorientierten Sporterziehung zu verbinden, besteht.

Wegner (2007) führt weiterhin den Aspekt der Gesundheitsförderung und die Stärkung der sozialen Kompetenz als wesentliche Zielstellungen des Sports für Menschen mit geistiger Behinderung an. Für eine Teilgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung steht auch der Weg in den Leistungssport offen. Im Sinne eines „Sport für alle“-Verständnisses, sollte auch dieser Weg offen stehen.

Eine eher pädagogisch-soziale Ausrichtung vertritt Fediuk (1998), der nachweist, dass durch gemeinsames Handeln im Sport die soziale Integration von Menschen mit geistiger Behinderung gefördert werden kann. In seinen Studien an Integrations-schulen kommt Fediuk (1998) zu dem Schluss, dass es vor allem auf die Qualifikation der Lehrkräfte ankommt, die eine angemessene Unterrichtsgestaltung, also ein strukturiertes Angebot, anbieten müssen.

Diese Erkenntnisse zeigen, dass es durchaus möglich und auch relevant ist, dieser Personengruppe den Zugang zum Sport zu ermöglichen. Außerhalb des deutschen Sprachraums ist die Forschungslage zum Problemfeld Sport und geistige Behinderung noch etwas differenzierter. Vor allem angeregt durch die Special Olympics Organisation (SO) in Nordamerika sind eine Vielzahl von Studien durchgeführt worden, die einerseits die psycho-soziale Entwicklung durch regelmäßigen und leis-

tungsorientierten Breitensport und andererseits auch die physische Entwicklung und Zunahme der Leistungsfähigkeit untersuchen (Pochstein & Wegner, 2009 für eine Übersicht).

Special Olympics ist mit seinem Vorsatz, ein ganzjähriges und regelmäßiges Trainingsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung anzubieten, eine der wenigen Organisationen, die einen strukturierten Aufbau von Sportprogrammen konzeptionell verankert hat. Allerdings fehlt es im deutschsprachigen Raum weitgehend an Konzepten, die auf ihre Wirksamkeit hin *überprüft* worden sind. Verstärkt wird diese Problematik sicher auch dadurch, dass sich bisher die sportwissenschaftliche Forschung nur am Rande mit dieser Thematik auseinandergesetzt hat. Evidenzbasierte Überprüfungen bzw. Kriterien für diese Evidenz liegen kaum vor (Wegner, 2008). Dieses Versäumnis ist in den letzten Jahren stärker ins Bewusstsein gerückt. Durch die wissenschaftlichen Symposien mit dem Schwerpunkt „Behinderung, Bewegung, Befreiung“ sind eine Vielzahl von Forschungsaktivitäten angestoßen worden, die sich u.a. auch mit der Konzeption und Evaluation von Sport- und Trainingsprogrammen beschäftigen (Wegner & Schulke, 2008; 2009; in Druck). Zwei solcher Studien sollen im Folgenden näher dargestellt werden.

Aktuelle Studien

Die erste Studie bezieht sich auf die Trainer von Special Olympics. Im Rahmen einer Pilotstudie (Hagena, 2008) wurden 1300 Trainer angeschrieben, die deutschlandweit Gruppen von Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen der Special Olympics-Bewegung in Werkstätten und Vereinen trainieren. Gestützt wurde diese Fragebogenerhebung durch qualitative Interviews, die mit zwei TrainerInnen durchgeführt wurden. Aus diesen Interviews wurden inhaltsanalytisch die Kategorien herausgearbeitet, die im Fragebogen abgebildet wurden (Mayring, 2007). Neben den äußeren Bedingungen der Trainingsstätten, der Qualifikation der Trainer und der Implementierung des Trainings in den (Werkstätten-) Alltag, wurde vor Allem nach vorhandenen Trainingskonzepten und strukturierten Übungsprogrammen gefragt. Ergänzt wurde die Untersuchung durch die Erfassung von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung, auf die an dieser Stelle aber nicht weiter eingegangen werden kann.

Von den 1300 versendeten Fragebögen sind trotz mehrmaliger Erinnerung durch die Studienleiter als auch von Special Olympics Deutschland nur 99 (5,5%) verwendbare Datensätze eingegangen. Diese Datensätze wurden deskriptiv ausgewertet. Trainingskonzepte, die sich auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse beziehen, sind kaum anzutreffen. In Einzelfällen wurde Bezug auf die Motopädagogik Kiphards (1998) oder generelle trainingswissenschaftliche Erkenntnisse der Sportwissenschaft (Schnabel, Harre & Krug, 2008) genommen. Grundsätzlich aber wird relativ konzeptlos Sport betrieben. Erkennbare Strukturen was Periodisierung, allgemeine Trainingssteuerung, Zielsetzung u. ä. betrifft, wurden kaum genannt. Er-

kennbar war, dass in vielen Gruppen (N=61) vermehrt Trainingseinheiten kurz vor regionalen oder nationalen Wettkämpfen durchgeführt wurden.

Diese mangelnde Konzeption und Strukturierung wird von den befragten Trainern auf verschiedene Ursachen zurück geführt. Der Alltag in den Werkstätten führt zu vielfältigen individuellen Problemen, die die Trainer lösen müssen. Insbesondere die Koordination von Sport und beruflicher Tätigkeit innerhalb der Werkstätten ist für viele Menschen mit geistiger Behinderung nur schwer zu bewältigen. Hier müssen die Trainer oft Unterstützung leisten, und sich mit den Verantwortlichen (Werkstättenleiter, Fachbereichsleitern) auseinandersetzen. Dies ist nur durch ein hohes Engagement der Trainer zu gewährleisten, zumeist außerhalb der Arbeitszeiten. Grundsätzlich kann von einer sehr hohen Motivation der Trainer berichtet werden, das Bestmögliche für ihre Athleten zu erreichen.

Eine weitere Ursache scheint in der Qualifizierung der Trainer zu liegen. Ausgebildete Sportlehrer sind längst nicht in jeder Werkstatt vorhanden. Gruppen außerhalb der Werkstätten werden fast ausnahmslos von Personen (zumeist den Eltern) geleitet, die kaum Erfahrungen im organisierten Sport haben. Dieses Vorgehen ist auch im organisierten Sport der Nichtbehinderten nicht ungewöhnlich. Der entscheidende Unterschied ist aber, dass Personen, die im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung tätig sind, nur sehr wenige Möglichkeiten haben, sich fortzubilden. Hier besteht ein starker Nachholbedarf, um die Qualität der Sportprogramme zu verbessern.

Die Erkenntnisse dieser Pilotstudie sind ernüchternd, insbesondere die geringe Quote der Teilnehmer wirft Fragen auf. In später durchgeführten Gesprächen mit Trainern auf Kongressen und bei Sportveranstaltungen wurde deutlich, dass die Relevanz dieser Studie für viele Trainer nicht sehr hoch war. Vielmehr schien eine zusätzliche Arbeitsbelastung oder sogar Überprüfung der eigenen Kompetenz befürchtet worden. Aufklärung und weitere Untersuchungen dieser Art könnten diese Befürchtungen vermeiden. Hier scheint die immer weiter fortschreitende Qualifikation und Information der Trainer erste Fortschritte zu bringen (s. SO-Akademie am Ende des Beitrags).

In einer zweiten Studie mit Pilotcharakter (Kielmann, 2008) stand ein weiterer „Akteur“ im Mittelpunkt: die Familie. Die übergeordnete Fragestellung befasst sich mit dem Einfluss des organisierten Sports auf die Familiensituation. Die Familie gilt als wesentlicher Einflussfaktor auf die Entwicklung von Menschen mit und ohne Behinderung, wobei Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung mit vielen Herausforderungen zu kämpfen haben (Pixa-Kettner & Lotz-Rambaldi, 2003). Kann der Sport, sofern er organisiert und strukturiert in der Freizeit angeboten und durchgeführt wird, die familiäre Situation verbessern? Wenn ja, in welchem Maße und in welchen Facetten? Erste Antworten auf diese Fragen konnten in der vorliegenden Studie gewonnen werden.

In einer Fragebogenuntersuchung wurden 250 Familien, deren Kinder bei den National Games 2008 in Karlsruhe aktiv waren, befragt. Die Teilnahme an diesem

Wettkampf impliziert eine regelmäßige Teilnahme an –mehr oder weniger- strukturierten Trainingsmaßnahmen über längere Zeit. Demgegenüber stehen 120 Familien, deren Kinder außer am Schulsport nicht am organisierten Sport teilnehmen. Die SO-Familien wurden über SO Deutschland kontaktiert, die Vergleichsgruppe setzte sich aus drei Förderschulen für Kinder mit geistiger Behinderung in Göttingen, Rostock und Frankfurt/Oder zusammen. Als theoretische Grundlage für die Untersuchung wurde das verhaltensökonomischen Modell nach Schönplflug (1983) gewählt. In diesem Modell werden vier Arten von Ressourcen unterschieden, die das Verhalten von Personen und Institutionen (Familien) beeinflussen (s. Tabelle 1) können. Neben konsumtiven Ressourcen, also Anteilen, die ständig auf- und abgebaut werden, sind vor allem strukturelle Ressourcen, die über eine gewisse Zeit aufrecht gehalten werden, wesentlich.

Tab. 1: Übersicht über die Ressourcen auf der Grundlage des verhaltensökonomischen Modells von Schönplflug (1983).

	äußere Ressourcen	innere Ressourcen
strukturelle Ressourcen	soziale Unterstützung institutionalisierte Unterstützung	Bewältigungsressourcen gesundheitliche Ressourcen
konsumtive Ressourcen	finanzielle Ressourcen zeitliche Ressourcen	energetische Reserven

In dieser Studie wurden die strukturellen und konsumtiven Ressourcen der beiden Gruppen verglichen. Zusätzlich wurden die Kinder hinsichtlich der motorischen Fähigkeiten untersucht. Diese Fähigkeit wird dabei nicht über einen Test erfasst, sondern über Einschätzungen der Eltern. Ein Beispielitem für die motorische Fähigkeit lautet: „Wenn unser Kind Sport treibt, ist unser Kind aktiver, so dass wir mehr gemeinsam unternehmen können.“ Ebenso wie die anderen Variablen soziale Unterstützung (z. B. „Durch den Austausch mit anderen Familien, die wir beim Sport treffen, sehen wir viele Situationen im Alltag gelassener“) und Bewältigungsressourcen mit den Aspekten Zufriedenheit (z. B. „Unser Leben ist einsam und eintönig“), Lebensfreude (z. B. „Wir haben wenige Freuden im Leben“) und Selbstvertrauen (z. B. „Als Eltern haben wir durch die Teilnahme unseres Kindes an den sportlichen Aktivitäten mehr Selbstvertrauen erlangt“) wird die motorische Fähigkeit auf einer sechsstufigen Skala mit den Ausprägungen „trifft gar nicht zu“ bis „trifft sehr zu“ erfasst.

Die Auswertung der Daten mittels T-Tests ergab signifikant bessere Werte für Familien, deren Kinder in organisierten Special Olympics Gruppen sportlich aktiv waren (Bewältigungsressourcen $T_{107} = 2,86$; $p < .05$, soziale Unterstützung $T_{104} = 4,18$; $p < .01$, kommunikative Fähigkeiten $T_{101} = 3,91$; $p < .01$, motorische Fähigkeiten $T_{102} = 2,83$; $p < .05$).

Es scheint so, dass im Bereich der strukturellen Ressourcen (s. Tab. 1) Vorteile durch strukturierte Programme entstehen. In den konsumtiven Ressourcen konnte kein Vorteil für die organisiert Sporttreibenden ermittelt werden. Diese scheinen zu schnell auf- und abgebaut werden zu müssen, als das hier entscheidende Unterschiede zu Tage kommen. Allerdings muss einschränkend erwähnt werden, dass

energetische Reserven nicht erfasst worden. Hier ist zu vermuten, dass regelmäßiges, strukturiertes Training ganz erheblich zu besseren Voraussetzungen führt.

Zusammenfassung und Ausblick

Die positiven Effekte des Sporttreibens sind ausreichend belegt (Bös & Brehm, 2006). Auch Menschen mit geistiger Behinderung profitieren davon. Unsere Erkenntnisse sprechen dafür, dass strukturierte Programme effektiver sind als unstrukturierte Maßnahmen, auch wenn Bewegung jeglicher Art gerade bei niedrigen Ausgangsvoraussetzungen Leistungsverbesserungen nach sich ziehen. Die internationale Forschung (u. a. Cluphf, O'Connor & Vanin, 2001) konnte nachweisen, dass es durchaus möglich ist, strukturierte Programme zu entwickeln und durchzuführen. Die Ergebnisse unserer Untersuchungen zeigen aber auch, dass dies nur unter hohem Engagement der Trainer und anderer Verantwortlicher gelingen kann. Eine gute infrastrukturelle Voraussetzung ist in Deutschland derzeit noch nicht überall gegeben. Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich mehrere Perspektiven.

- Einerseits müssen die Forschungsbemühungen verstärkt werden. Gerade in Bezug zur Evidenzbasierung therapeutischer und auch präventiver Maßnahmen ist die sportwissenschaftliche Forschung gefordert (Wegner, 2008). In den letzten Jahren ist hier etwas mehr unternommen worden, allerdings nimmt der Sport von Menschen mit geistiger Behinderung noch längst nicht so viel Raum ein, wie er nötig hätte.
- Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen sind dann sportartspezifische und sportartübergreifende Förderkonzepte zu erstellen, die es den praktisch handelnden Trainern ermöglicht, die Erkenntnisse umzusetzen. Dabei kann auf schon vorliegendes Wissen zurückgegriffen und aufgebaut werden (z. B. Kiphard, 1998).
- Die Umsetzung in der Praxis ist nur möglich, wenn Trainer die Möglichkeit haben, sich im Rahmen von Aus- und vor allem Fortbildung die neuesten Erkenntnisse anzueignen. Hier scheint eine stärkere Vernetzung von DOSB bzw. DBS und SO notwendig. Durch die Neugründung der SO-Akademie ist auch hier ein erster Schritt getan.
- Ein letzter und sehr wichtiger Aspekt besteht in der Stärkung der Familien. Alle Erkenntnisse weisen darauf hin, dass eine starke Familie die besten Voraussetzung bietet, Kindern mit geistiger Behinderung ein möglichst erfülltes Leben zu ermöglichen. Dies bedeutet zumindest zweierlei: Durch Sport können Familien gestärkt werden. Sei es durch den Austausch mit anderen, sei es durch die Erfahrung, dass die Kinder durchaus etwas leisten können oder auch durch ein komplexes Gefüge von emotionaler Stärkung. Andererseits müssen Familien erst einmal so weit gestärkt werden, dass Sport überhaupt ein Thema wird. Vor der körperlichen Aktivität stehen für die meisten Familien Probleme wie finanzielle Sicherheit, gesundheitliche Probleme oder soziale Akzeptanz im Vordergrund. Einige dieser Aspekte können zwar durch

Sport positiv beeinflusst werden, doch diese Einsicht muss bei vielen Familien erst einmal wachsen. Daher ist eine ganzheitliche Stärkung durch Institutionen und vielfältige Vernetzungen oberstes Ziel. Hierbei kann und sollte der organisierte Sport helfen und unterstützen.

Literatur

- Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.).(2006). *Handbuch Gesundheitssport (2. Auflage)*. Schorndorf: Hofmann.
- 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.
- Deutscher Behinderten-Sportverband (2003). *Deutsches Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen*. Duisburg: DBS.
- Haas, P. (1987). *Fördern durch Fordern*. Dortmund: modernes lernen.
- Hagena, A. (2008). *Trainer bei Special Olympics. Zum Umgang mit Athleten mit geistiger Behinderung*. Unveröffentlichte Staatsexamensarbeit. Universität Kassel.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Kielmann, J. (2008). *Der Einfluss von Sport auf die Situation von Familien mit Kindern mit geistiger Behinderung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Kassel.
- Kiphard, E. J. (1998). *Motopädagogik (8. Aufl.)*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- 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. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.).(2008). *Entwicklungspsychologie (6. Aufl.)*. 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.
- Pixa-Kettner, U. & Lotz-Rambaldi, W. (2003). Unterstützung von Familien mit behinderten Angehörigen. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 415-451). Göttingen: Hogrefe.
- Pochstein, F. & Wegner, M. (2009). Talentförderung von Athleten mit geistiger Behinderung im Leistungssport. In A. Eskau (Hrsg.), *BISp-Arbeitstagung: Nachwuchsrekrutierung und Nachwuchsförderung im Leistungssport der Menschen mit Behinderungen* (S. 46-60). Köln: Strauß.
- Rimmer, J. H. & Braddock, D. (2002). Health Promotion for people with physical, cognitive and sensory disabilities: An emerging national priority. *American Journal of Health Promotion*, 16 (4), 220-224.
- Schnabel, G., Harre, H.-D. & Krug, J. (Hrsg.)(2008). *Trainingslehre - Trainingswissenschaft: Leistung – Training – Wettkampf*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Schönplflug, W. (1983). Coping efficiency and situational demands. In G.R.J. Hockey (Ed.), *Stress and fatigue in human performance* (pp. 299-330). London: Wily.
- Senckel, B. (2003). Entwicklungspsychologische Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 71-147). Göttingen: Hogrefe.
- Sowa, M. (1994). *Sport ist mehr. Eine Untersuchung zur Selbstständigkeitsförderung von Menschen mit geistiger Behinderung in heterogenen Sportgruppen*. St. Ingberg: Röhrig.
- Wegner, M. (2001). *Sport und Behinderung: Zur Psychologie der Belastungsverarbeitung im Spiegel von Einzelfallanalysen*. Schorndorf: Hofmann.
- Wegner, M. (2007). Sport, sportliche Aktivität. In G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik*,

Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (S. 323-325). Stuttgart: Kohlhammer.

- Wegner, M. (2008). Zielgruppenperspektiven: Sport bei Behinderung sowie Sport mit sozial ausgegrenzten Gruppen. In J. Beckmann & M. Kellmann (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Anwendungen der Sportpsychologie* (S. 908-879). Göttingen: Hogrefe.
- Wegner, M. & Schulke, H.-J. (Hrsg.).(2008). *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Gewinn von Lebensqualität und Selbständigkeit durch Wettbewerbe und sportliches Training bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Kiel: Eigenverlag.
- Wegner, M. & Schulke, H.-J. (Hrsg.).(2009). *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Rechtlicher Anspruch und individuelle Möglichkeiten im Sport von Menschen mit geistiger Behinderung*. Zugriff am 18.01.2010 unter <http://www.uni-kiel.de/fakultas/philosophie/iss>.
- Wegner, M. & Schulke, H.-J. (Hrsg.).(in Druck). *Behinderung, Bewegung, Befreiung: Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung*. Kiel: Eigenverlag.

Koordinative Fähigkeiten als Ressourcen im Sport mit geistig behinderten Menschen - Möglichkeiten zur Erfassung und Beeinflussung

Problemstellung

Unter dem zentralen Ziel, durch Sport dazu beizutragen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen, die motorischen Aufgaben des Alltags, im Beruf und in der Freizeit optimal lösen können, gewinnen koordinativ-motorische Fähigkeiten als Zielgrößen im Sport an Bedeutung. Zur Umsetzung der Selbstbestimmung bedarf es auch einer bestimmten motorischen Kompetenz. Diese zu entwickeln steht im Zentrum verschiedener Studien im Sport von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.

Angesichts der facettenreichen Sportangebote werden nachfolgend erste Ergebnisse im Rahmen von Formen des Sports vorgestellt, bei denen psychomotorisch-koordinative Leistungsdispositionen im Zentrum standen.

Angeregt durch Publikationen z. B. von Kirchner und Schaller (1996) und anderen, die belegen, dass lebenslange motorische Entwicklung bei Erwachsenen sowohl für das Erlernen motorischer Fertigkeiten als auch für die Entwicklung motorischer Fähigkeiten möglich ist, stellt sich die Frage, ob auch für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung bei koordinativen Leistungsvoraussetzungen Entwicklungsfortschritte nachweisbar sind. Zudem ist zu fragen, ob es Unterschiede bei den Veränderungen zwischen den einzelnen psychomotorischen Leistungsdispositionen gibt und bei welchem didaktisch-methodischen Konzept sich die verschiedenen psychomotorischer Leistungsdispositionen besonders wirksam entwickeln.

Über verschiedene kleinere Studien sollte zunächst geklärt werden, inwiefern sich koordinative Fähigkeiten im Erwachsenenalter bei geistiger Behinderung trainieren lassen, um darauf basierend später umfangreichere Untersuchungen zu initiieren.

Zur Begrifflichkeit

Davon ausgehend, dass bei einer intellektuellen Beeinträchtigung häufig eine Störung im Bereich des ZNS vorliegt, kann diese ganz unterschiedliche Auswirkung auf die Entwicklung des Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit haben. In Anbetracht des hohen Stellenwerts, den Prozesse der Informationsaufnahme, -verarbeitung und -speicherung für jegliche menschlichen Bewegungen einnehmen, ist jedoch ersichtlich, dass das Auftreten einer intellektuellen Beeinträchtigung immer den Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit betrifft, auch seiner Motorik.

Dann ist es aber von besonderem Interesse nach der Trainierbarkeit koordinativer Leistungsdispositionen zu fragen, also die Bewegungssteuerung betreffender Parameter, die in hohem Maße von der Funktionstüchtigkeit des Zentralnervensystems determiniert sind.

In der sportwissenschaftlichen Theorie besteht kein Zweifel über den Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsniveau koordinativer Fähigkeiten und der motorischen Handlungskompetenz von Menschen.

Inwiefern sich die Entwicklungsfortschritte einzelner koordinativer Leistungsdispositionen auch auf die motorische Handlungskompetenz bei geistig behinderten Menschen auswirken, war Gegenstand einer speziellen Studie.

Dabei bildeten Gedanken von Baltes (1989; 1990), Wessel (1998) sowie Hirtz, Hotz und Ludwig (2000) die theoretische Ausgangsposition.

Umgangssprachlich wird unter Kompetenz eine optimale Funktionstüchtigkeit, ein effektives Verhalten oder eine Tauglichkeit für das Angestrebte, ein den Anforderungen Genügen - Können verstanden.

Etwas zu bewirken, effektiv zu sein, den Anforderungen gewachsen zu sein, eben sich kompetent zu fühlen, stellt eine grundlegendes menschliches Bestreben dar. Kompetenz zu erstreben und die eigene Kompetenz zu erfahren, erweisen sich als Grundbedürfnisse des Menschen (Hirtz, 2007).

Der *Kompetenzbegriff* in seiner ursprünglichen Verwendung bedeutet so viel wie Zuständigkeit, Befugnis, aber auch Befähigung, Tauglichkeit, Qualifikation (nach Lehr, 1989 in Hirtz, 2007).

Der aus der Psychologie übernommene Begriff beschreibt die „Möglichkeiten eines Menschen, jene Transaktionen mit seiner Umwelt auszuüben, die es ihm erlauben, sich zu erhalten, sich wohlfühlen und sich zu entwickeln“ (nach Olbrich, 1990, in Hirtz, 2007). Das Streben nach Kompetenz ist der Wunsch, die Umgebung „in den Griff zu bekommen“.

Auch Baltes und Baltes (1989) betonen in ihrer Begriffsbestimmung die Möglichkeit, unabhängig und eigenverantwortlich Aktivitäten durchführen zu können.

Motorische Kompetenz stellt kein generelles, übersituatives und überindividuelles Konstrukt dar, sondern ist durch situative *und* personspezifische Faktoren definiert. Erst in der interaktiven Tätigkeit zeigt und entfaltet der Mensch seine motorische Kompetenz. Das bedeutet, dass es sich um ein relationales Konstrukt handelt (Hirtz, 2007) (Abb.1).

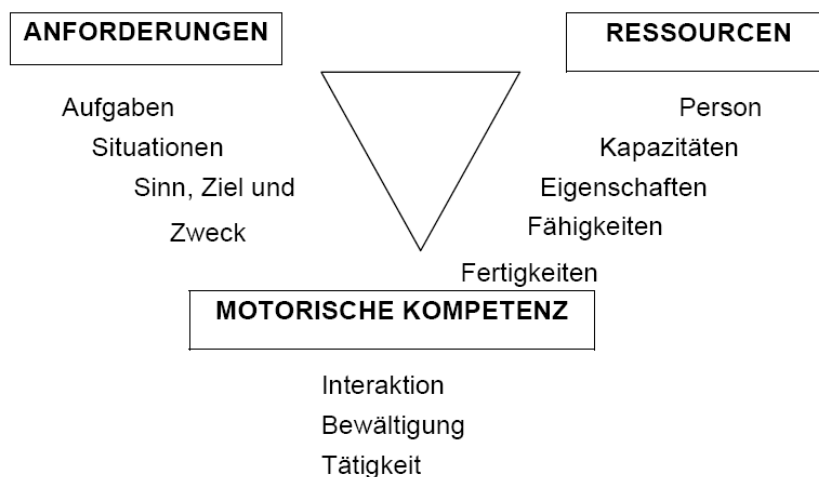


Abb.1 :Zusammenhang zwischen Anforderungen, Ressourcen und Kompetenzen.

In Abhängigkeit von der Art der Anforderung, dem Ziel der Bewegungsaufgabe und der aktuellen Situation organisiert der Mensch bei Beachtung und Inanspruchnahme bzw. Ausschöpfung seiner individuellen motorischen und psychischen Ressourcen seine Bewältigungsstrategie, seine motorische Kompetenz (Hirtz, Hotz & Ludwig, 2000).

Diese stellt jedoch nicht einfach die Summe aller Ressourcen dar, sondern sie ist das Ergebnis der verfügbaren und angewandten Ressourcen, der vielfältig verknüpften sowie ausgeschöpften Ressourcen. Sie stellt einen aktuellen, integrativen Zuschnitt der Ressourcen (Ressourcen - Mix) zur Bewältigung einer aktuellen Anforderung und individuellen Herausforderung dar (Hirtz, Hotz & Ludwig, 2000).

Motorisch kompetent ist ein Mensch, wenn er die motorischen Anforderungen, die in seiner sozialen Umgebung von ihm erwartet werden, in hinreichendem Maße bewältigen kann. Die Erwartungen und auch Erfolgsperspektiven sind abhängig vom Alter, Geschlecht und weiteren psycho-physischen Komponenten.

Zu den motorischen Ressourcen zählen also ohne Zweifel auch die motorischen Fertigkeiten und Fähigkeiten (Hirtz, Hotz & Ludwig, 2000). **Koordinative Fähigkeiten**, zu verstehen als

- * bewegungssteuernde und -regelnde Fähigkeiten,
- * den spezifischen Verlauf der Steuerung und Regelung beim motorischen Handeln charakterisierend,
- * im komplexen Zusammenspiel mit der Sensorik wirkend,
- * abhängig von Emotion / Volition (Antriebspotenzen) und Kognition.

Von Hirtz u. a. (1985) wurden über induktiven Weg für den Schulsport folgende fundamentale koordinative Fähigkeiten bestimmt:

- * kinästhetische Differenzierungsfähigkeit
- * räumliche Orientierungsfähigkeit
- * Rhythmusfähigkeit
- * Gleichgewichtsfähigkeit
- * komplexe Reaktionsfähigkeit

Aus Sicht des Leistungssports nennen Blume, Schnabel und Zimmermann (1998) zusätzlich:

- * Kopplungsfähigkeit
- * Umstellungsfähigkeit

Diagnostik

In verschiedenen kleineren Studien mit Mitarbeitern von Fuldaer Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) stand zuerst einmal die Frage, ob sich unterschiedliche koordinative Leitungsvoraussetzungen schwerpunktmäßig durch gezielte motorische Förderung überhaupt verbessern lassen.

Zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgte deshalb die Erfassung und motorische Förderung über Zeiträume von 2 bis 4 Monaten in 6-16 Übungseinheiten akzentuiert mit den Schwerpunkten der Verbesserung von

- * Reaktionsfähigkeit,
- * Räumliche Orientierungsfähigkeit,
- * Kinästhetische Differenzierungsfähigkeit
- * Motorische Handlungskompetenz.

Die jeweils 12 Teilnehmer der Studien (zwischen 4-6 weibliche bzw. 6-8 männliche geistig behinderte Menschen), die im Rahmen der arbeitsbegleitenden Maßnahmen einmal in der Woche stattfindet, sind im Alter von 32 bis 52 Jahren und arbeiten teilweise zusammen in einer Gruppe.

Das Leistungsniveau der Gruppe ist stark heterogen, folglich müssen teilweise die Leistungsanforderungen in der experimentellen Studie herabgesetzt und die Übungen individuell didaktisch differenziert werden.

In den als Prä-Posttest-Verfahren angelegten Studien sind zur Erfassung des Entwicklungsstandes der **Reaktionsfähigkeit** folgende diagnostische Verfahren genutzt worden:

- * Ballreaktionstest (Jung, 2002)
- * Fallstabtest

- * Beschreibung des Ballreaktionstests:

Proband steht im Abstand von 1,50 cm mit dem Rücken zur Turnbank. (Abb. 2) Versuchsleiter hält den Ball am oberen Ende der Bank fest und gibt das Kommando: „Achtung!“ Damit signalisiert er, dass er den Ball in den nächsten 1-2 Sekunden loslassen wird. Daraufhin soll sich der Proband so schnell wie möglich umdrehen, zur Bank laufen und den Ball stoppen.

Wertung: zurückgelegte Strecke des Balles in cm vom Turnbankanfang bis Ballvorderseite

1 Probeversuch, 2 Wertungsversuche

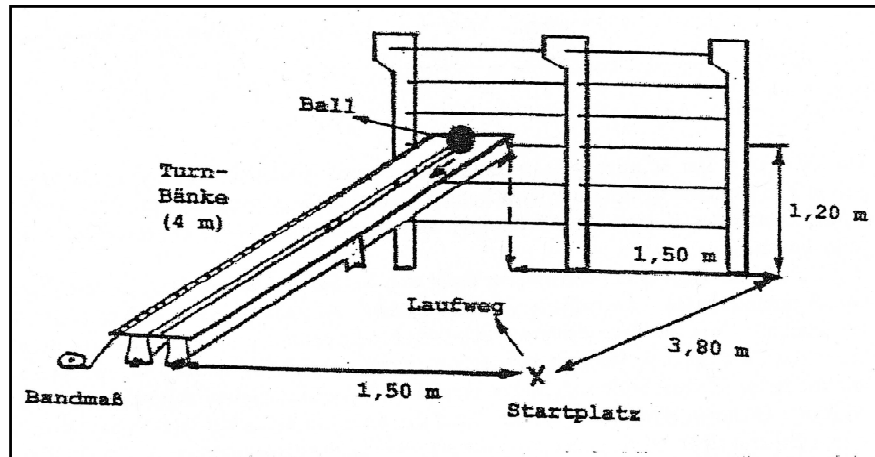


Abb. 2: Aufbau beim Ballreaktionstest.

Zur Erfassung der **Räumlichen Orientierungsfähigkeit** fand der **“Stuhl-Farben-Lauf”** (modifiziert nach Ludwig, 1989) Anwendung (Abb. 3).

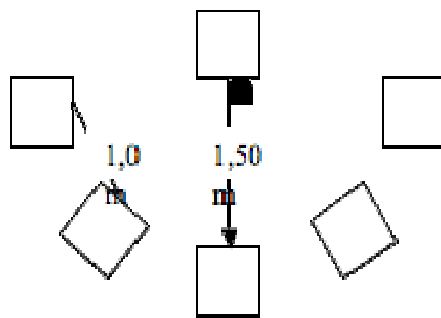


Abb.3: Test-Anordnung Stuhl-Farben-Lauf (räumliche Orientierungsfähigkeit).

Ablauf: mit dem Rücken zur Laufrichtung stehend bekommt der Proband eine Farbe benannt. Er dreht sich um, läuft zum Stuhl mit dieser Farbe, berührt die Sitzfläche, kehrt zur Ausgangsposition zurück. Dort hört er die nächste Farbe, wiederholt den Ablauf zu 3 verschiedenen Stühlen. Gestoppt wird die Zeit von Ansagen bis zur Rückkehr. 2 Versuche, beste Zeit wird bewertet.

Die **kinästhetische Differenzierungsfähigkeit** wurde mittels **Ballzielwurf** (modifiziert nach Jung, 2002) erfasst (Abb. 4).

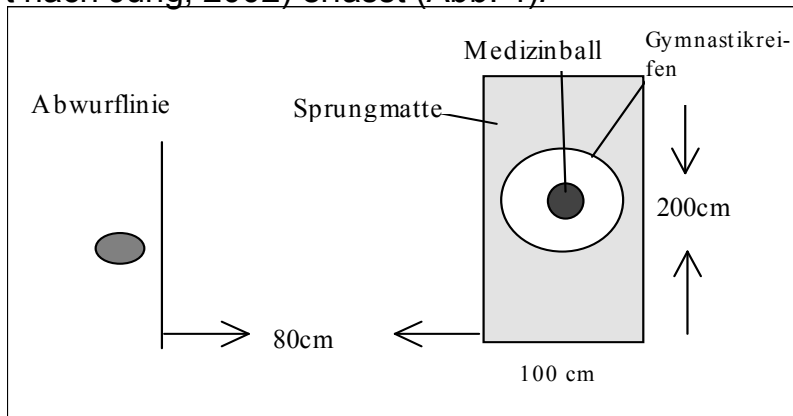


Abb.4: Geräteaufbau der Testaufgabe Ballzielwurf.

Ablauf:

- * Der Proband steht an der Abwurfline (Fersen an der Linie). Er hat die Aufgabe, die verschiedenen Bälle rückwärts über den Kopf oder die Schulter in ein 80 cm entferntes Ziel zu werfen. Beim Werfen darf er sich nicht umdrehen (erst nach dem Wurf, um sich über das Ergebnis des Versuches zu informieren)
- * Nach genauer Erklärung und Demonstration erfolgt ein Probeversuch und 5 Wertungsversuche

Bewertung:

- * Treffer Sprungmatte = 1 PKT.,
- * Treffer Reifen = 2 PKT.,
- * Treffer zwischen Reifen und Medizinball = 3 PKT.;
- * Treffer Medizinball = 4 PKT

In der Studie zur Verbesserung der motorischen Handlungskompetenz über unterschiedliche didaktische Vorgehensweisen fanden zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und Fortschritte nach 16 Übungseinheiten verschiedene bereits genannte motorische Tests Anwendung. Um den Einfluss auf die motorische Handlungskompetenz abzubilden, nutzten wir den so genannten Komplextest von Eisfeld (2005). Entwickelt im Rahmen ihrer Dissertation fand er Einsatz bei Untersuchungen im Seniorensport. Die Probanden hatten eine Strecke mit verschiedenen Aufgaben schnellstmöglich zu bewältigen (Abb. 5). Aus der benötigten Zeit (quantitativer Teil) und der für die Aufgabenlösung erhaltenen Punkte (qualitativer Teil) wird ein Index ermittelt als Ausdruck der motorischen Handlungskompetenz.

Das didaktische Vorgehen erfolgte in der einen Gruppe wahrnehmungsorientiert, während die andere Gruppe fähigkeitsorientiert arbeitete. Wahrnehmungsorientierte Förderung zielt nicht vordergründig auf die Verbesserung einzelner motorischer Fähigkeiten, vielmehr auf die Sensibilisierung sensorischer Bereiche. Fähigkeitsorientierten Förderung richtet sich schwerpunktmäßig auf die Verbesserung der räum-

lichen Orientierungsfähigkeit und der kinästhetischen Differenzierungsfähigkeit in komplexeren Handlungskontext.

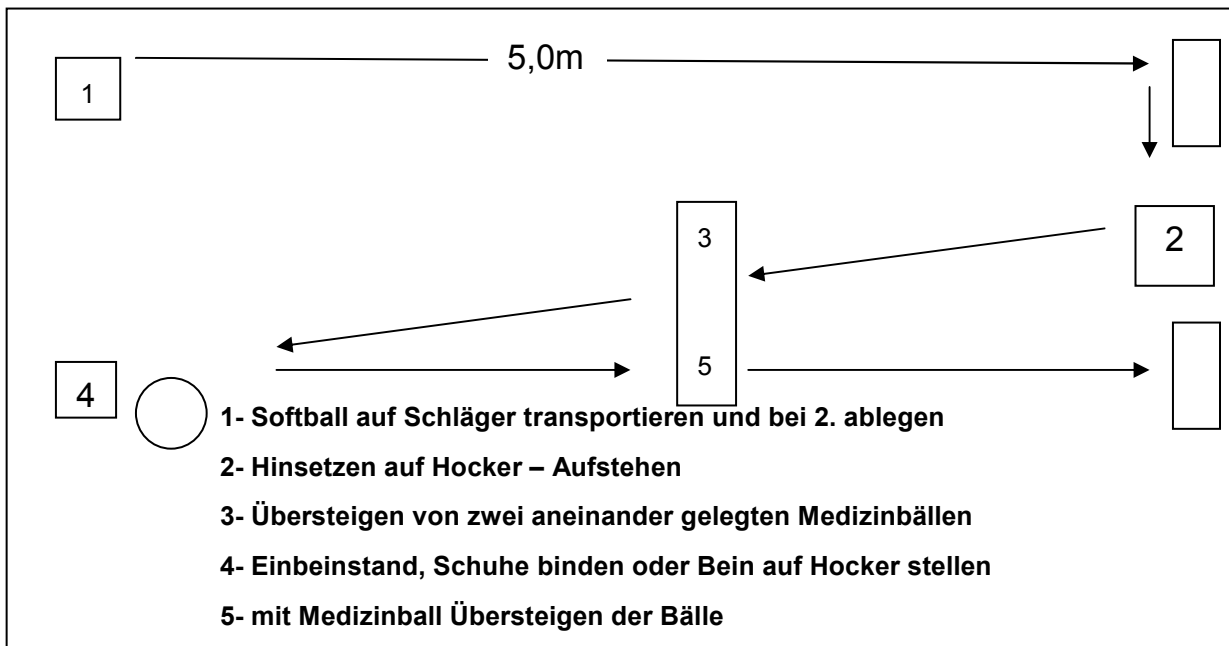


Abb.5: Erfassung der motorischen Handlungskompetenz (quantitativ) über einen Komplextest (Eisfeld 2005).

Untersuchungsergebnisse

Die innerhalb der Studien erfassten koordinativen Leistungsdispositionen verbessern sich in unterschiedlichem Maße.

So zeigten sich in jenen Studien, die sich schwerpunktmäßig auf die Verbesserung einer koordinativen Fähigkeit richteten, besonders in den Tests zur Erfassung komplexer psychomotorisch-koordinativer Leistungsvoraussetzungen signifikante Entwicklungsfortschritte wie für die motorische Handlungskompetenz, die komplexe Reaktionsfähigkeit oder die räumliche Orientierungsfähigkeit (Abb. 6).

Gerade in der Studie über die Auswirkungen des Sports auf die motorische Handlungskompetenz zeigt sich, dass die Teilnehmer nun nicht nur in der Lage sind, sich -statistisch gesichert- besser räumlich zu orientieren, sondern dass sie sich dabei ebenso viel „wendiger“ und schneller bewegen können.

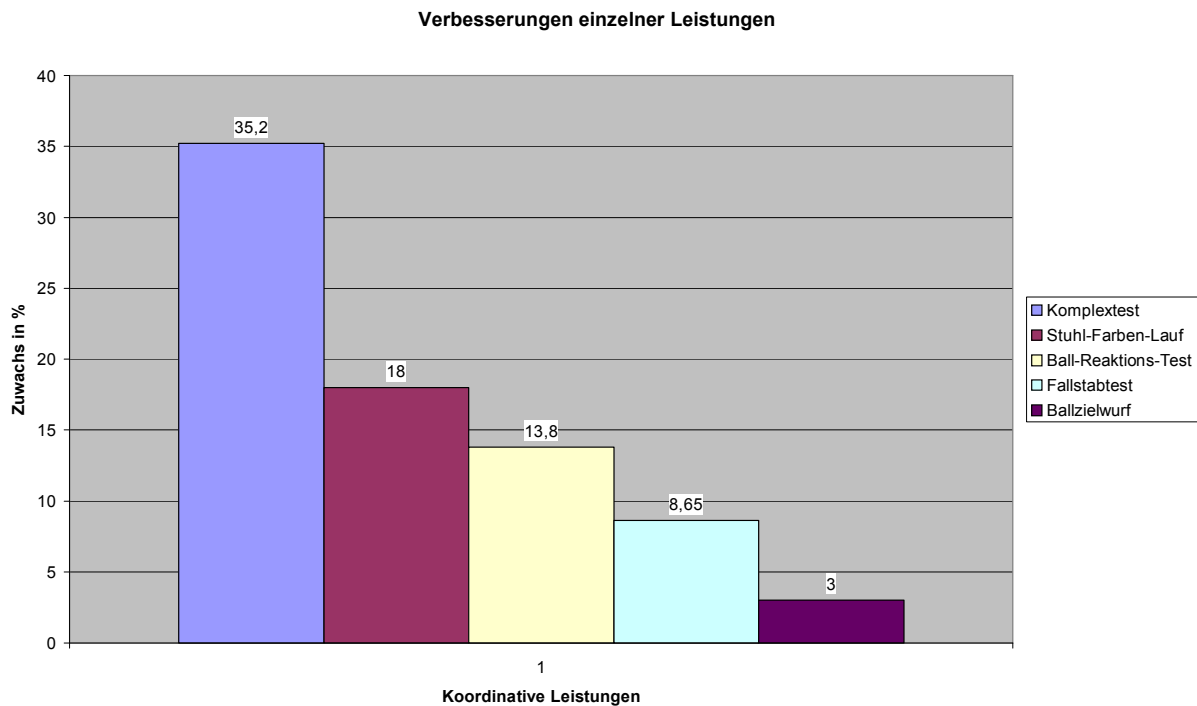


Abb.6 : Verbesserungen verschiedener koordinativer Leistungen in den Studien.

Das wird besonders beim Komplextest (Eisfeld, 2005) als Ausdruck der motorischen Handlungskompetenz deutlich (Abb.6). Die Ergebnisse der vier Studien belegen, dass durch eine gezielte Förderung auch erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung ihre koordinativ-motorischen Leistungsdispositionen und dadurch auch die motorische Handlungskompetenz verbessern.

Ohne gezielte und schwerpunktmäßige Förderung zeigen sich dagegen keine Entwicklungsfortschritte, trotz zusätzlicher sportlicher Angebote (Abb. 7).

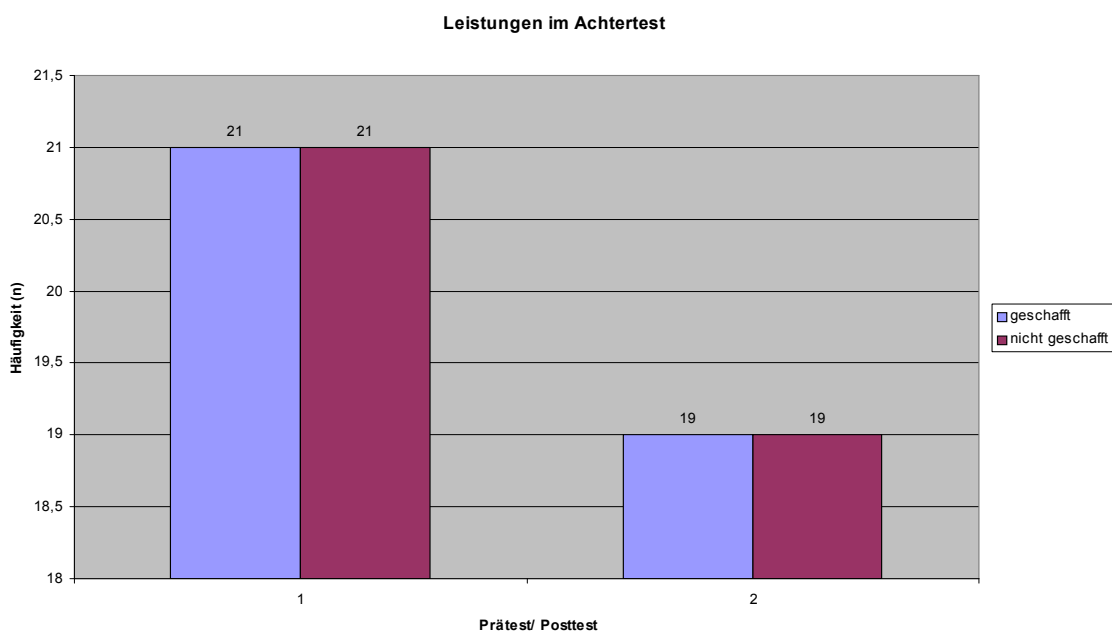


Abb.7: Leistungen im Achterttest einer Rückenschul- Gruppe.

Das belegen die Ergebnisse von Teilnehmern eines Projektes zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die motorischen Aktivitäten zielen vor allem im Kontext einer Rückenschule auf die Verbesserung der Körperhaltung. Koordinative Übungen werden nicht dezidiert angeboten. Die Leistungen im Achtertest, Ausdruck der Gleichgewichtsfähigkeit, stagnieren

Dabei lassen sich bei gezielter Förderung besonders bei komplexen koordinativ-motorischen Leistungsdispositionen Effekte erzielen. Dies zeigt sich beim Vergleich der Leistungsfortschritte im ganzkörperlichen Ball-Reaktions-Test gegenüber dem Fallstabtest (Abb.8) und in allen Studien beim Orientierungstest (Abb. 9).

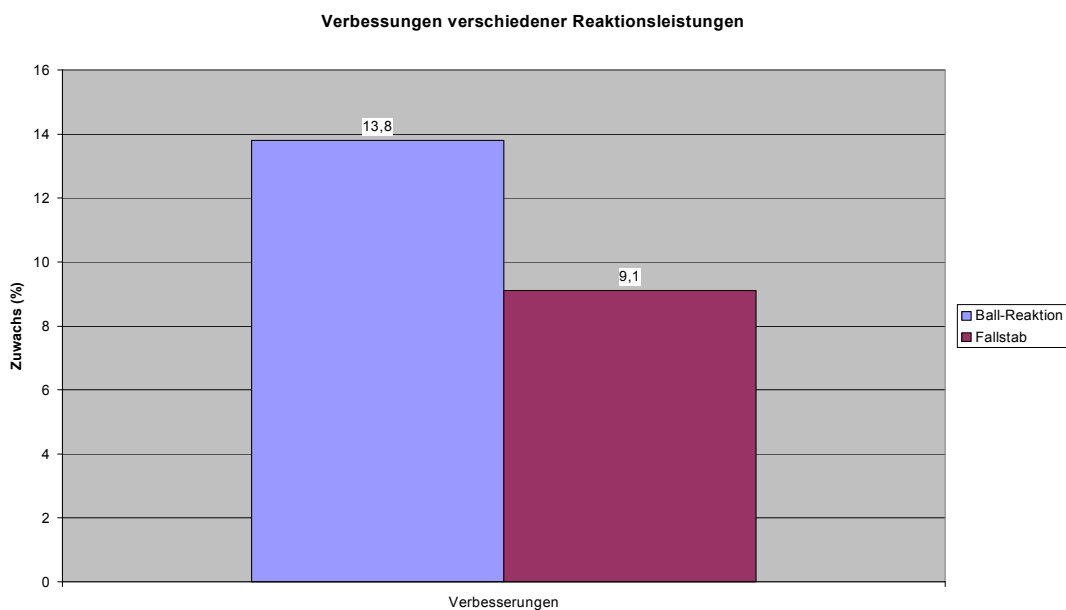


Abb.8: Vergleich von Reaktionsleistungen im Ball-Reaktion- und im Fallstabtest.

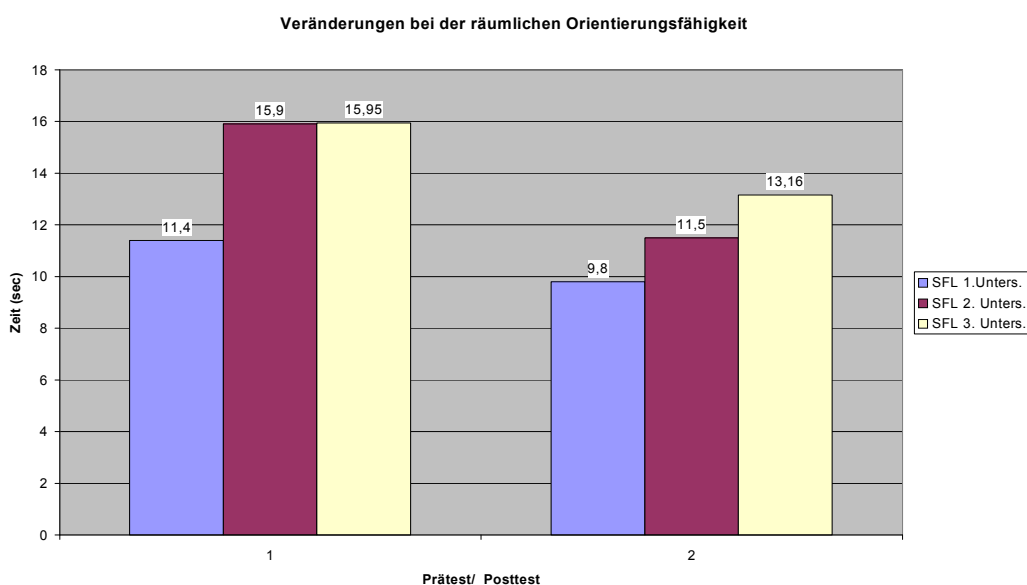


Abb.9: Vergleich von Leistungen im Medizinball-Farben-Lauf.

Diese Ergebnisse sind insofern bemerkenswert, als dass die den jeweiligen Testaufgaben zu Grunde liegenden koordinativen Leistungsvoraussetzungen erhöhte Anforderungen an die Prozesse der Steuerung und Regelung beim motorischen Handeln stellen: unter Zeitdruck müssen rasch Entscheidungen getroffen, bei der Orientierungsaufgabe zudem noch zwischen den Farben entschieden werden.

Zwar verbesserten sich in anderen Studien auch die Leistungen beim Ballzielwurf und im Fallstabtest, jedoch nicht signifikant.

In der Studie zur Verbesserung der motorischen Handlungskompetenz jedoch, in der unterschiedliche, individuell noch differenziertere Förderprogramme Anwendung fanden, kam es auch im Ballzielwurf- sowie im Fallstabtest zu teilweise signifikanten Entwicklungsfortschritten (Abb. 10 u. 11).

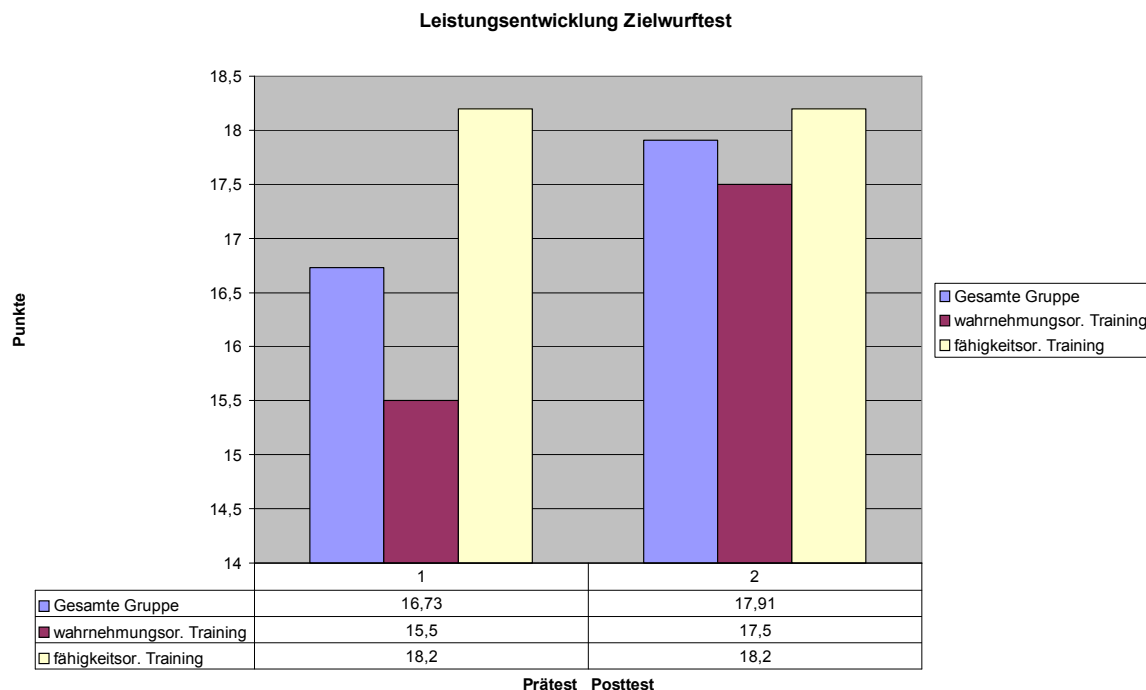


Abb.10: Leistungen beim Zielwerfen in einer Studie zur Verbesserung der motorischen Handlungskompetenz.

Es fallen besonders die Leistungssteigerungen in jener Gruppe auf, die nach einem wahrnehmungsorientierten Programm gefördert wurden.

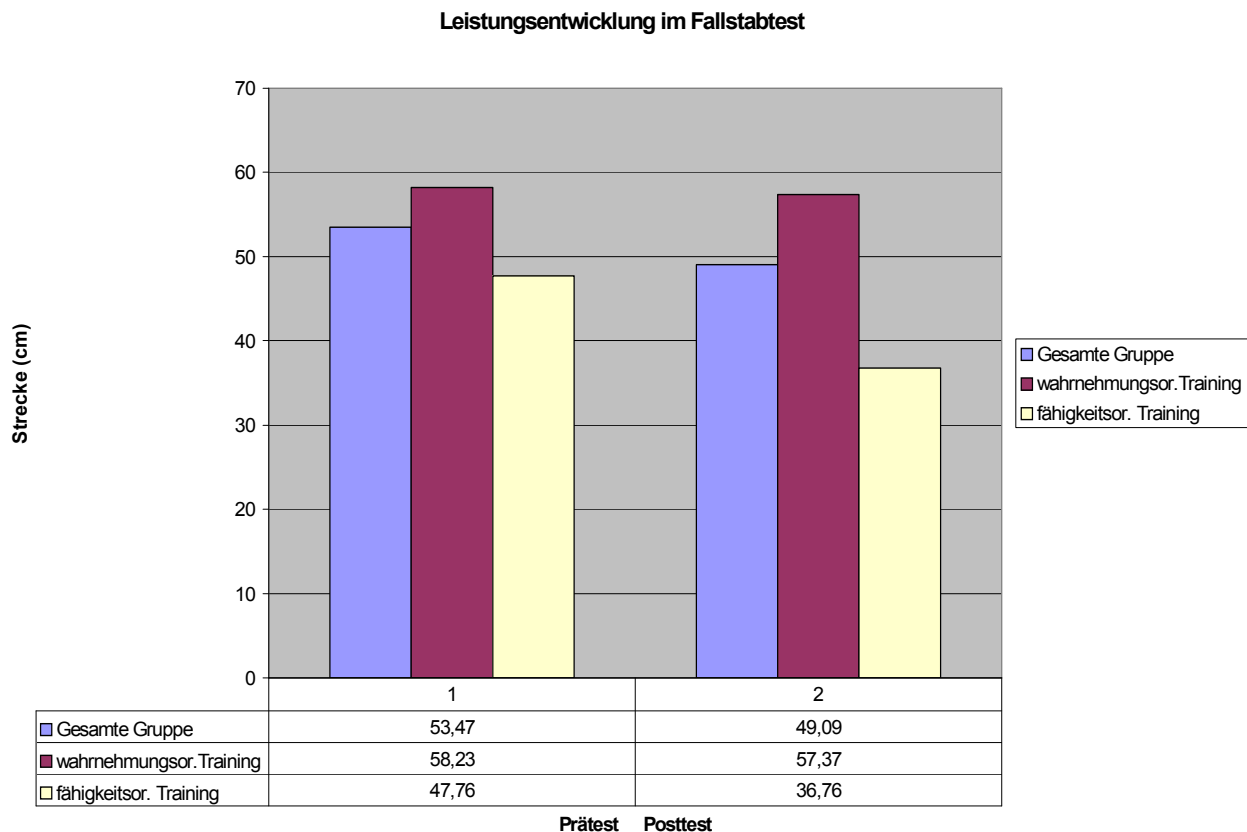


Abb.11: Leistungen im Fallstabtest.

Fazit

Die Ergebnisse der vier Studien belegen, dass durch eine gezielte Förderung auch erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung ihre koordinativ-motorische Leistungsdispositionen und dadurch auch die motorische Handlungskompetenz verbessern. Dabei lassen sich bei gezielter Förderung besonders bei komplexen koordinativ-motorischen Leistungsdispositionen Effekte erzielen. In jenen Studien, bei denen schwerpunktmäßig nur jeweils eine koordinative Fähigkeit systematisch beeinflusst wurde, ließen sich signifikante Leistungsverbesserungen der entsprechenden Fähigkeit messen. Das unterstreicht nachhaltig die Notwendigkeit einer systematischen schwerpunktmäßigen motorischen Förderung. Gleichzeitig verweist es auf die Notwendigkeit längerfristiger gezielter koordinativer Beeinflussung. Die Vorzüge eines eher wahrnehmungsorientierten denn komplexen Arbeitens dokumentieren die Ergebnisse aus einer Studie mit differenziertem didaktischem Vorgehen (Abb. 12) zur Verbesserung der motorischen Handlungskompetenz.

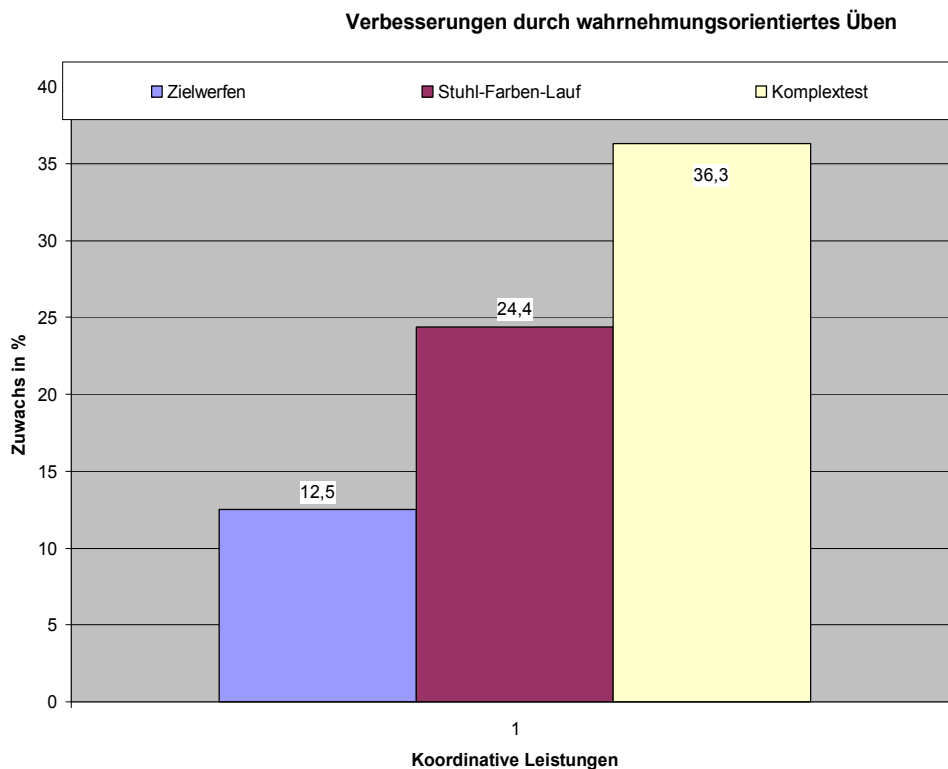


Abb.12: Verbesserung koordinativer Leistungen bei wahrnehmungsorientierter Förderung.

Es zeigt sich, dass eine angemessene wahrnehmungsorientierte Förderung sowohl eine Verbesserung in den Teilbereichen als auch in der komplexen motorischen Handlungskompetenz für die Teilnehmer in unterschiedlichem Niveau ermöglicht. Durch das komplexere fähigkeitsorientierte Üben konnten dagegen kaum Effekte bei der Differenzierungs- und Orientierungsfähigkeit erzielt werden.

Literatur

- Baltes, M. M. & Baltes, P. B. (1989). Erfolgreiches Altern. Mehr Jahr und mehr Leben. In: M. M. Baltes (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern* (S. 5-10). Bern: Huber.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24.
- Eisfeld, K. (2002): *Test zur Erfassung koordinativer Leistungsveränderungen für Senioren*. unveröffentlichtes Material, Greifswald.
- Eisfeld, K. (2005): *Motorische Kompetenz und motorische Ressourcen im Seniorenalter. Eine Analyse von sportlich aktiven über 60-Jährigen*. Hamburg: Kovac.
- Hirtz, P. (2007). *Phänomene der motorischen Entwicklung des Menschen*. Schorndorf: Hofmann.
- Hirtz, P. u. a. (1985): *Koordinative Fähigkeiten im Schulsport*. Berlin: Volk und Wissen.
- Hirtz, P. Hotz, A. & Ludwig, G. (2000). *Gleichgewicht*. Schorndorf: Hofmann.
- Jung, R. (2002): Koordinative Kontrollübungen für den Schulsport. In: Ludwig, G. & Ludwig, B. (Hrsg.), *Koordinative Fähigkeiten – koordinative Kompetenz* (S.268 – 275). Kassel: Universitäts-Bibliothek.
- Kirchner, G., Schaller, H- J. (1996). *Motorisches Lernen im Alter*. Aachen: Meyer und Meyer.
- Knoch, S (1999). *Förderung der räumlichen Orientierungsfähigkeit bei geistig behinderten Erwachsenen..* Diplomarbeit, Fachhochschule Fulda.
- Lehr, U. (1989). Kompetenz im Alter – Beiträge aus gerontologischer Forschung und Praxis. In C. Rott & F. Oswald (Hrsg.), *Kompetenz im Alter* (S. 1-13). Vaduz: Lichtenstein Verlag AG.

- Ludwig, G. & Ludwig, B. (Hrsg.). (2002). *Koordinative Fähigkeiten – koordinative Kompetenz*. Kassel: Universitäts-Bibliothek.
- Ludwig, G. (1989). *Untersuchungen zu Auffälligkeiten in der koordinativ-motorischen Entwicklung im Vorschulalter*. Habilarbeit, Berlin: Humboldt Universität.
- Ludwig, G. (1994a). Schädigung und Hilfe – Akzente einer psychomotorischen Rehabilitation. In Hirtz, P., Kirchner, G. & Pöhlmann, R.: *Sportmotorik – Grundlagen, Anwendungen und Grenzgebiete*. Kassel: Gesamthochschul-Bibliothek. (S. 269 – 289). Kassel: Universitäts-Bibliothek.
- Ludwig, G. (1994b). *Ein didaktisches Konzept zur Schulung der räumlichen Orientierungsfähigkeit - erprobt bei stotternden Kindern*. Vortrag auf dem Weltkongress Sport '94: Veränderungen und Herausforderungen. Berlin, 24.-28. Juni 1994.
- Olbrich, E. (1990). Zur Förderung von Kompetenz im höheren Lebensalter. In: *Altern – ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion* (S. 7 -28). Darmstadt: Steinkopff.
- Reichel, A. (2004). *Erweiterung der motorischen Handlungskompetenz mit geistig behinderten Erwachsenen*. Diplomarbeit. Fachhochschule Fulda.
- Schneider, T. (2001). *Möglichkeiten zur Verbesserung des Bewegungsgefühls bei geistig behinderten Erwachsenen*. Diplomarbeit, Fachhochschule Fulda.
- Suhrweier, H. (1999). *Geistige Behinderung: Psychologie, Pädagogik, Therapie*. Neuwied: Luchterhand.
- Wehrhahn, A. (1999). *Zur Schulung der Reaktionsfähigkeit mit einer Gruppe geistig behinderter Erwachsener*. Diplomarbeit, Fachhochschule Fulda.
- Wessel, K.-F. (1998). Humanontogenetik – neue Überlegungen zu alten Fragen. *Zeitschrift für Humanontogenetik*, 1, 17-40.

20 Jahre gemeinsame Wettkämpfe von Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung

Sehr geehrte Teilnehmerinnen, sehr geehrte Teilnehmer des 3. wissenschaftlichen Symposiums „Geistige Behinderung und Sport“. Bitte erwarten sie jetzt keinen ausführlichen wissenschaftlichen Vortrag von mir. Ich denke, die Merkmale der geistigen Behinderung und der körperlichen Behinderung sind allen Anwesenden bestens bekannt. Die Erfahrungen, die ich nach 21 Behindertensportfesten gemacht habe, beruhen auf Emotionen, menschlicher Wärme und einfach einem guten „Bauchgefühl“.

Jedermann kennt die alle vier Jahre stattfindenden Olympischen Spiele, an denen ausschließlich die Spitzensportler aller Nationen teilnehmen. Seit 1960, zum ersten Mal in Rom, finden jeweils im Anschluss daran am gleichen Ort die Paralympics statt, d.h. die olympischen Spiele für körperbehinderte Sportler.

Um den geistig behinderten Menschen eine Gelegenheit zum sportlichen Wettbewerb im olympischen Geist zu geben, wurden 1968 in Amerika die „Special Olympics“ von der Joseph P. Kennedy Jr. Stiftung gegründet. Seither finden jährlich in aller Welt diese Spiele für geistig behinderte Menschen, nach deren speziellen Startbedingungen, statt.

Noch bevor sich Special Olympics Deutschland im Jahr 1991 gegründet hat, versuchten 1988 und 1989 zwei betroffene Mütter, Frau Gabriele Böttcher und Frau Ernestine Phelps, diese Art des Sportfestes mit den Startkriterien der Special Olympics hier in Bremerhaven zu installieren.

Unter dem Druck der nicht startberechtigten körperbehinderten Menschen, fiel in der 7. Sitzung der Legislaturperiode 1987-1991, unter der Leitung des damaligen Stadtrates, Hermann Renken, die Entscheidung, in Bremerhaven ein Behindertensportfest für **alle behinderten** Menschen anzubieten. Mit dieser Lösung wurde verhindert, dass sich der Kreis der behinderten Menschen weiter spalten, bzw. aufgliedern konnte.

Wie wichtig das war, möchte ich Ihnen an einer kleinen, wahren Geschichte erklären. An einem Erlebnis, das vor 19 Jahren stattfand, aber genauso noch heute oder gestern hätte sein können.

Am 16.6.1990 wurden zwei Sportler zu ihrem Wettkampf anlässlich unseres 1. gemeinsamen Behindertensportfestes aufgerufen: 50 m Brustschwimmen. Ca. 10 Minuten vor dem Start trafen sich der geistig behinderte Teilnehmer und der beinamputierte Teilnehmer, beide ca. 20 Jahre alt.

Voller Erstaunen stellte der geistig behinderte Sportler die Frage: „Wieso willst du gegen mich schwimmen? Dir fehlt doch ein Bein.“ Der körperbehinderte antwortete nur „warte ab „. Und so geschah es auch, dass der beinamputierte Athlet nach 50 m als Sieger aus dem Wasser stieg. Ganz verdutzt schaute der geistig Behinderte,

denn damit hatte er nicht gerechnet, dass er gegen jemanden ohne Bein verlieren könne. Beide klatschten sich ab und es entstand eine Freundschaft, die über Jahre hielt. Man traf sich regelmäßig bei den Behindertensportfesten und verbesserte ehrgeizig die Schwimmzeiten fast jedes Jahr.

Ich glaube, dass diese Geschichte wegweisend für die Durchführung des Sportfestes in unserer Art - also keine Trennung zwischen geistig und körperbehinderten Menschen – war. Es gilt letztlich die **eigene** Leistung und nicht die Platzierung, was ja auch den Regeln der Special Olympics ziemlich nahe kommt.

Und das ist auch heute noch festzustellen und wird von vielen Nichtbehinderten bezweifelt, dass geistig behinderte Menschen ihre Leistung einschätzen, bzw. im Kopf behalten können.

Aber da sage ich nur, erheblich getäuscht. Viele wissen ihre Zeiten und weisen stolz auf die erzielten Verbesserungen, oder auch Verschlechterungen, bei der Übergabe der Urkunde und Medaille hin.

Das dieser eingeschlagene Weg genau richtig war, beweisen die jährlich steigenden Teilnehmerzahlen:

*	1988	-	116 Teilnehmer (Special Olympics)
*	1989	-	320 Teilnehmer (Special Olympics)
*	1990	-	425 Teilnehmer
*	1991	-	498 Teilnehmer
*	1992	-	498 Teilnehmer
*	1993	-	454 Teilnehmer
*	1994	-	507 Teilnehmer
*	1995	-	550 Teilnehmer
*	1996	-	594 Teilnehmer
*	1997	-	604 Teilnehmer
*	1998	-	598 Teilnehmer
*	1999	-	703 Teilnehmer
*	2000	-	760 Teilnehmer
*	2001	-	872 Teilnehmer
*	2002	-	923 Teilnehmer
*	2003	-	1061 Teilnehmer
*	2004	-	1076 Teilnehmer
*	2005		1082 Teilnehmer
*	2006		881 Teilnehmer
*	2007		888 Teilnehmer
*	2008		1132 Teilnehmer

Festzustellen ist, dass sich die Zahl der weiblichen und männlichen Teilnehmer mit 50 % die Waage hält, während die Zahl der geistig behinderten Teilnehmer bei 75 % und die der körperbehinderten bei 25 % liegt.

Erweitert wurde das Behindertensportfest im Jahr 1994 um Kegelwettbewerbe, die jeweils am Vortag stattfinden und an dem inzwischen auch mehr als 250 Teilnehmer regelmäßig starten.

Viele Merkmale der Veranstaltung lehnen sich an die „Special Olympics“ an, ein Merkmal, das allerdings nicht erfüllt wird, ist die Durchführung der „Skill-Tests“, die zur Startberechtigung erforderlich sind. Bei uns reicht seit Jahren eine Meldung der Einrichtungen, bzw. bei Privatpersonen die Vorlage einer Bescheinigung über die Behinderung. Losgelöst von Startzeiten und Startgeldern besitzt jeder behinderte Mensch mit seiner Wettkampfkarte die Möglichkeit, so viele Disziplinen zu absolvieren, wie er möchte oder wie er aufgrund seiner Behinderung schaffen kann. In der Zeit von 10.30 bis 15.00 Uhr hat er alle Zeit der Welt, seine Starts so einzurichten, wie er es möchte. Der Grundsatz des „Selbstbestimmt Leben“ wird hier in seiner Reinheit gelebt.

Mit über 4000 Starts in 11 Lauf- und Fahrwettbewerben, 8 Wurf- und Sprung- sowie 4 Schwimmdisziplinen wurde 2008 eine Rekordzahl erreicht. Unterstützt von über 300 ehrenamtlichen Helfern, die sich aufgrund eines Aufrufs in den regionalen Medien spontan gemeldet haben, wird der organisatorische und der betreuerische Bereich hervorragend bewältigt.

Mittlerweile hat sich das 4. Augustwochenende mit dem Sportfest für alle Menschen mit Behinderungen und ehrenamtlichen Helfern als Event entwickelt, das aus dem Veranstaltungskalender Bremerhavens nicht mehr wegzudenken ist. Selbst aus dem gesamten norddeutschen Bereich (Bad Bederkesa, Bremen, Bremervörde, Cuxhaven, Emden, Langen, Hamburg, Hemmoor, Nordenham, Osterholz, Walsrode, Wilhelmshaven) haben behinderte Sportler den Weg zu uns gefunden und reisen nach einem anstrengenden Tag voller Freude wieder nach Hause.

Dass unser Sportfest diese Teilnehmerdimensionen angenommen hat und für diese Tagesveranstaltung schon akribische Logistik erforderlich ist, bestätigt aus meiner Sicht den eingeschlagenen Weg. Das dieses Sportfest im jetzigen Rahmen überhaupt noch durchführbar ist, verdanken wir zum einen der Bereitschaft der Stadtverordneten aus den Bereichen Soziales, Sport und Freizeit, Mittel aus dem Haushalt zur Verfügung zu stellen, und zum anderen den Sponsoren (manche sind seit 1990 dabei, wie die Sparkasse Bremerhaven, die AOK Bremen/ Bremerhaven, Werder Bremen, seit 1995 die Firmengruppe Koenen und seit 2004 die Sparda Bank Brhv), ohne die eine Veranstaltung dieser Größenordnung nicht mehr möglich wäre.

Für mich steht allerdings auch fest, dass es in beiden Bereichen, für geistig behinderte sowie für körperbehinderte Menschen, Spitzensportler geben muss, für die ebenfalls ein ausreichendes Wettkampfangebot vorzuhalten ist. Nur das ist nicht die Ebene, die hier in Bremerhaven beschränkt werden soll und auch von den Teilnehmern nicht gewünscht wird. Wir wünschen uns jedoch noch eine möglichst lange Fortführung des Sport- und Spielfestes in unserer Form.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Ackermann, Karl-Ernst, Prof. Dr.

Humboldt Universität Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, karl-ernst.ackermann@rz.hu-berlin.de

Dinold, Maria, Dr.

Universität Wien, Institut für Sportwissenschaft, maria.dinold@univie.ac.at

Doll-Tepper, Gudrun, Prof. Dr.

Freie Universität Berlin, AB Integrationspädagogik, Bewegung und Sport, gudrundt@zedat.fu-berlin.de

Dowling, Sandra, Dr.

University of Ulster/Northern Ireland, sandra.dowling@kcl.ac.uk

Franke, Elk, Prof. Dr.

Humboldt Universität Berlin, Institut für Sportwissenschaft, elk.franke@spowi.hu-berlin.de

Hassan, David, Dr.

University of Ulster/Northern Ireland Sport and Exercise Sciences Research Institute, d.hassan@ulster.ac.uk

Kaschke, Imke, Dr.

Special Olympics Deutschland, Manager Healthy Athletes, imke.kaschke@specialolympics.de

Lochny, Mike, Dr.

Universität Bremen, Institut für Sportwissenschaft/Sportpädagogik, mlochny@uni-bremen.de

Ludwig, Gudrun, Prof. Dr.

Hochschule Fulda, Fachbereich Sozial und Kulturwissenschaften, gudrun.ludwig@sk.hs-fulda.de

McConkey, Roy, Prof. Dr.

University of Ulster/Northern Ireland, Institute of Nursing Research, r.mcconkeyer@ulster.ac.uk

Meseck, Ulrich, Dr.

Universität Bremen, Institut für Sportwissenschaft/Sportpädagogik, umeseck@uni-bremen.de

Milles, Dietrich, Prof. Dr.

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, milles@uni-bremen.de

Niehoff, Ulrich

Bundesvereinigung Lebenshilfe, ulrich.niehoff@lebenshilfe.de

Pochstein, Florian, Dr.

Universität Kiel, Institut für Sport und Sportwissenschaften, fpochstein@email.uni-kiel.de

Proband, Helmut

Bremerhaven, Amt für Menschen mit Behinderung, helmut.proband@magistrat.bremerhaven.de

Schwarz, Stefan.

Special Olympics Deutschland, Clinical Director „Opening Eyes“, info@opening-eyes.de

van Wijck, Ruud, Dr.

University of Groningen/Netherlands, Center for Human Movement Sciences, r.van.wijck@rug.nl

Wegner, Manfred, Prof. Dr.

Universität Kiel, Institut für Sport und Sportwissenschaften, mwegner@email.uni-kiel.de

Wessels, Karl-Friedrich, Prof. Dr.

Humboldt Universität Berlin