universität wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Physische, psychische und soziale Auswirkungen gezielter Bewegungs- und Sportangebote auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen“

Verfasser:

Christoph Panholzer, Bakk. rer. nat., BSc.

Angestrebter akademischer Grad:

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 190 482 299
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Lehramtsstudium Bewegung und Sport/ Psychologie und Philosophie
Betreuerin:	Ass. Prof. Mag. Dr. Maria Dinold

Vorwort

Ich möchte mich hiermit bei der gesamten Belegschaft des Institut Keils, insbesondere bei Frau Bettina Tautscher-Fak, sehr herzlich dafür bedanken, dass es mir ermöglicht wurde die vorliegende Diplomarbeit im Rahmen der Sommer-Intensiv-Therapie- und Erlebniswochen 2011 zu verfassen. Die Teilnahme als Betreuer an diesen Therapiewochen gab mir nicht nur die Chance das von mir untersuchte Themengebiet aus nächster Nähe zu erfahren, sondern ich konnte von diesen Erfahrungen sowohl fachlich als auch menschlich enorm profitieren.

Außerdem gilt mein Dank allen Kindern, Eltern und Konduktor/innen, die einen Beitrag zur Entstehung dieser Arbeit geleistet haben.

Des Weiteren möchte ich mich bei Frau Dr. Maria Dinold für die Betreuung und Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit bedanken.

Ganz besonderer Dank gebührt meiner Familie, sowie meiner Freundin Petra, die mich auch in schwierigen Phasen bei der Erstellung unterstützt haben und sehr viel Verständnis für den notwendigen Zeitaufwand aufgebracht haben.

Abstract-Deutsch

FRAGESTELLUNG: Gegenstand dieser Diplomarbeit ist es die physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen von gezielten Bewegungs- und Sportangeboten auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungssörungen zu untersuchen. Therapeutische Inhalte wie Dehnprogramme, Rumpfstabilisation und kognitives Training einerseits, und sportliche Interventionen wie Radfahren, Trampolinspringen, Schwimmen, Geschicklichkeits- und Ballspielen andererseits wurden über einen Zeitraum von 3 Wochen im Rahmen eines Sommercamps durchgeführt. Im einführenden theoretischen Teil der Arbeit erfolgt eine Darstellung verschiedener cerebraler Bewegungsstörungen sowie deren Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. Ausführlich wird dabei auf die Cerebralparese und die konduktive Mehrfachtherapie eingegangen.

METHODIK: Um Auskunft über die physischen bzw. funktionellen oder motorischen Auswirkungen von Bewegung und Sport zu erhalten, wurden motorische Tests mittels des Gross Motor Fuction Measurement (GMFM) der Items D (Standing) und E (Walking, Running, Jumping) und des Timed „Up & Go“ Tests vor und nach der 3-wöchigen Interventionsperiode durchgeführt. Um mehr Informationen zu erhalten, wurden fokussierte Leitfadeninterviews mit Therapeut/innen, Eltern sowie Campteilnehmer/innen analysiert. Auch die sozialen und psychischen Auswirkungen wurden mittels Interview erhoben.

ERGEBNISSE: Nach den drei Interventionswochen konnten sowohl beim GMFM (+17,8 Punkte ± 8,2; n=6) als auch beim Timed „Up & Go“ Test (-7,5 Sekunden ± 7,2; n=6) im Mittel deutliche Verbesserungen erreicht werden. Als signifikant konnte der Unterschied jedoch nur beim GMFM ($p=0,03$; n=6) bezeichnet werden. Die Ergebnisse aus den motorischen Tests decken sich mit den Aussagen von Eltern, Teilnehmer/innen und Therapeut/innen, die sowohl von physischen als auch von funktionellen Verbesserungen im Rahmen der Sommer-Intensiv-Therapie- und Erlebniswochen (SITEW) berichten. Jedoch wird auch betont, dass die physischen Benefits mit steigendem Alter in den Hintergrund treten und physische sowie soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport an Bedeutung gewinnen. Das Setting in Rahmen der SITEW ermöglicht den Teilnehmer/innen eine Weiterentwicklung ihrer Selbstständigkeit. Außerdem wird Sport als Möglichkeit gesehen therapeutische Inhalte spielerisch umzusetzen.

ERKENNTNISSE: Die Interviewten sehen die eingeschränkten sozialen Kontakte von Menschen mit Behinderung und die Abhängigkeit von angeleiteten Bewegungsangeboten als Gründe dafür, dass wenig Sport betrieben wird. Berücksichtigt man die zahlreichen positiven Effekte von Bewegung und Sport, würden Menschen mit cerebralen Bewegungsstörungen umso mehr von einer Erweiterung jenes Angebots profitieren.

Abstract-Englisch

Physical activity interventions are aiming to achieve important health and quality of life benefits for persons with disabilities. As young people with cerebral palsy show a big variety of individual abilities studies are not carried out so often for this group.

PURPOSE: The purpose of this study was to examine the physical, mental and social benefits of a physical activity program for young people with cerebral palsy. Therapeutic interventions (stretching, stability training or cognitive training) were performed in combination with sports like swimming, biking or trampoline jumping during a 3-week training camp.

METHODS: In order to get data about the physical and functional influence of a specially designed physical activity and sports program the participants (n=6) were tested the items D (Standing) and E (Walking, Running, Jumping) of the Gross Motor Function Measure (GMFM) and took part in the timed „up & go"-test before and after the intervention period. Further more, therapists, parents and participants were interviewed about their life situation. The mental and social effects of their physical activity during the period of the training camp were also analyzed by the interviews.

RESULTS: The values for gross motor function measured by the GMFM (+17.8 points ± 8.2; n=6) and the timed „up & go"-test (-7.5 seconds ± 7.2; n=6) indicated improvement after the three weeks intervention. Only the difference of the GMFM before and after the camp showed significant results (p=0.03; n=6). This correlates with the reports by parents, therapists, and participants about physical and functional enhancements during and after the intervention time.

DISCUSSION: Nevertheless it seems important to state that with increasing age of the persons with cerebral palsy mental and social benefits of physical activities become more important. The setting of the summer camp enabled the participants to be more self-dependent which easily effected the development of higher self-esteem. To do sports turned out to be a possibility to pursue therapeutic goals in a playful way. Sportive team activities increased the motivation and the intensive teamwork during the camp influenced the social skills.

CONCLUSION: Effects of activities on people with cerebral palsy do not differ from those on able-bodied persons. According to the persons asked most of them had fewer social contacts and were dependent on structured physical activities. It can be concluded that this is one of other reasons why it is important to provide more opportunities to do sports for persons with cerebral palsy.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.. ……..2
Abstract Deutsch …… ……3
Abstract Englisch ……...4
I. Einleitung 7
II. Theorieteil 9
1. Begriffsdefinitionen 9
2. Congenital Disorders of Glykosylation-Syndrom (CDG-Syndrom)..... 10
3. Sturge-Weber-Syndrom 11
4. Cerebralparese 12
4.1. Ätiologie..... 13
4.2. Epidemiologie 13
4.3. Klinisches Bild 14
4.4. Klassifikation..... 14
4.4.1. Klassifikation nach der Haltungs- und Bewegungsstörung..... 15
4.4.2. Klassifikation nach dem Gross Motor Function Classification System (GMFCS).. 16
4.5. Diagnostik..... 16
4.6. Therapie 17
4.6.1. Konservative Therapieverfahren 18
4.6.2. Operative Therapieverfahren 32
4.7. Pädagogische und Didaktische Aspekte in der Arbeit mit Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung 36
III. Empirischer Teil 39
5. Intervention..... 39
5.1. Beschreibung der Teilnehmer/innen 39
5.2. Ablauf 40
5.3. Das Setting..... 42
6. Untersuchungsdesign 42
6.1. Quantitative Verfahren..... 43
6.2. Qualitative Verfahren 46
7. Ergebnisse 55
7.1. Ergebnisse der motorischen Tests..... 55
7.2. Kurzzusammenfassung der Interviews 57
7.3. Auswertung der Interviews an Hand der Kategorien 63
8. Diskussion 110

8.1. Physische Auswirkungen gezielter Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen der SITEW …… 110
8.2. Psychische Auswirkungen gezielter Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen der SITEW 111
8.3. Soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport im Rahmen der SITEW 113
8.4. Limitationen 115
9. Conclusio 116
10. Zusammenfassung und Ausblick 116
IV. Literaturverzeichnis 119
V. Abbildungsverzeichnis 123
VI. Tabellenverzeichnis 123

Einleitung

„Der Mensch ist auf Bewegung angelegt – in sich, auf sich gerichtet und von sich weg nach außen gerichtet. → Be-Greifen, Be-Fühlen, Be-Denken, Be-Schauen, Be-Leben …“ (Kapustin, 2002, S.9)

Bereits an Hand dieses Zitats lässt sich die Bedeutung von Bewegung und Sport auf Menschen mit cerebralen Bewegungsstörungen erahnen. Analysiert man die vorhandene Literatur zum Thema Bewegung & Sport bei Kindern und Jugendlichen mit cerebralen Bewegungsstörungen, so findet man einige Artikel, die die Effektivität verschiedener Trainingsinterventionen zur Verbesserung des physischen oder motorischen Zustands beschreiben. (Blundell et al., 2003; Darrah et al., 1999; Verschuren et al., 2007) Auch die Lebensqualität und Partizipation kann durch gezielte Trainingstherapie erhöht werden (Verschuren et al., 2007; Mc Burney et al., 2003). Daher sind positive physische, psychische und soziale Auswirkungen durch eine Kombination von Therapie und Sport in der Gruppe zu erwarten. Studien, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen, konnten bis dato in der vorhandenen Literatur nicht gefunden werden.

Auf Grund dessen ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit die psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen von gezielten Bewegungs- und Sportangeboten auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen darzustellen. Inhalte dieser Bewegungs- und Sportangebote sind gezielte Ergo- und Physiotherapie in der Gruppe sowie die adaptierte Ausführung von Teamsportarten.

Mittels einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden sollen Antworten auf die zentralen Forschungsfragen gefunden werden.

Der Autor der vorliegenden Arbeit hat selbst als Betreuer der Bewegungs- und Sportangebote mitgewirkt. Im Rahmen seiner physiotherapeutischen Ausbildung durfte er ein sechs-wöchiges Praktikum im Bereich der konduktiven Mehrfachtherapie absolvieren. Auf Grund dieser Erfahrungen und seiner Arbeit als Sportwissenschafter im Bereich der Gesundheitsförderung, konnte er sowohl die positiven Auswirkungen gezielter Physio- und Ergotherapie als auch von Bewegung und Sport beobachten. Deswegen erscheint ihm bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung eine Kombination aus Sport und Therapie in der Gruppe als sinnvoll.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit könnten einen Beitrag dazu liefern die Integration von sportlichen Aktivitäten in das Therapieprogramm von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit cerebralen Bewegungsstörungen zu rechtfertigen.

Die zentrale Forschungsfrage lautet wie folgt:

Welche physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen haben gezielte Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen von Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen (SITEW) auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen?

Folgende Unterfragen ergeben sich aus der zentralen Fragestellung:

- Welche physischen Auswirkungen haben gezielte Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen von Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen?
- Welche psychischen Auswirkungen haben gezielte Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen von Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen?
- Welche sozialen Auswirkungen haben gezielte Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen von Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen?

Die zentrale Forschungsfrage der Arbeit betreffend, werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- Die gezielten Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen von Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen führen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit cerebralen Bewegungsstörungen zu einer signifikanten Verbesserung der Grobmotorik.
- Die gezielten Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen von Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen führen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit cerebralen Bewegungsstörungen zu einer Stärkung der sozialen Kompetenz.
- Die gezielten Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen von Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen führen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit cerebralen Bewegungsstörungen zu einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit.

I. Theorieteil

In diesem Kapitel sollen die für das weitere Verständnis der Arbeit relevanten Begriffe näher erklärt und definiert werden. Außerdem erfolgt eine Beschreibung von cerebralen Bewegungsstörungen, von denen die Proband/innen der empirischen Untersuchung betroffen sind. Dabei wird nicht nur auf das CDG-Syndrom und das Sturge-Weber-Syndrom eingegangen, sondern es erfolgt auch eine detaillierte Darstellung der Cerebralparese, da diese Pathologie bei einem Großteil der Proband/innen diagnostiziert wurde.

1. Begriffsdefinitionen

Mehrfachbehinderung

Laut Schmidt-Ohlemann (2005) gibt es keine einheitliche Definition für die Bezeichnung Mehrfachbehinderung.

> *„Traditionell wird unter einer Mehrfachbehinderung verstanden, dass bei einem Kind oder Jugendlichen mehrere Behinderungen, z.B. Körper- und Sinnes-, Sprach- oder geistige Behinderungen, zugleich vorliegen."* (Schmidt-Ohlemann, 2005, S. 594)

Auch Kapustin (2002) bestätigt die Problematik der Definition und Abgrenzung der Begriffe Schwer- und Mehrfachbehinderung. Kapustin (2002, S. 7; zit.n. Begemann, 1978) definiert als schwerbehinderte Personen jene Menschen, *„die aus medizinischer Sicht als schwere Folgezustände prae-, peri- und postnataler multipler, massiver Schädigung des Zentralnervensystems charakterisiert werden können."*

Folgende Ursachen kommen für Mehrfachbehinderungen in Frage: (Schmidt-Ohlemann, 2005)

- Als Kombination von Beeinträchtigungen innerhalb eines Syndroms, Syndromenkomplexes oder Traumas.
- Zusätzlich erworbene Behinderung durch Krankheit oder Unfall
- Eine sich entwickelnde zusätzliche Beeinträchtigung auf Grund einer primären Behinderung.

Jugendliche und junge Erwachsene

Als junge Erwachsene werden laut Engel et al. (2001) alle 15- bis 30-Jährigen bezeichnet.

Da das österreichische Jugendschutzgesetz unter die Zuständigkeit der Länder fällt, werden auch die Begriffe wie Jugendlicher oder Kind unterschiedlich definiert.

Beispielsweise findet man im Wiener Jugendschutzgesetz die Definition eines Jugendlichen nicht. Anstelle dessen, werden 0 bis unter 18-Jährige als junge Menschen bezeichnet. (Wiener Landtag, 2002). Im Rahmen dieser Diplomarbeit wird nun die Gruppe der 13- bis 29-Jährigen als Jugendliche und junge Erwachsene zusammengefasst. Jene Altersgruppe wird im Rahmen dieser Diplomarbeit auch durch die Bezeichnung „Kind“ beschrieben.

2. Congenital Disorders of Glykosylation-Syndrom (CDG-Syndrom)

In den weiteren Ausführungen soll diese seltene Erkrankung näher beschrieben werden. Es folgt eine Darstellung der Ätiologie, Symptome, Diagnostik, Therapie und Diagnose.

Definition

Unter dem CDG-Syndrom ist eine Stoffwechselerkrankung zu verstehen, bei der es zu Defekten bei der Glykosylierung von Glykoproteinen kommt.

Epidemiologie und Ätiologie

Laut Kindernetzwerk (2010) gibt es mehrere hundert beschriebene Fälle des Typ 1a, welcher die häufigste Glykosylierungsstörung darstellt. Unter der Glykosylierung von Glykoproteinen versteht man die Verknüpfung von Zuckerresten mit Proteinen (Körner & Von Figura, 2010). Erst durch diesen Vorgang können die Glykoproteinen ihre Funktionen als Enzyme, Hormone oder Transportproteine wahrnehmen (Kindernetzwerk, 2010).

Symptome

Auf Grund der Glykosylierungsdefekte kann es zu zahlreichen Beeinträchtigungen von verschiedenen Organen kommen (Sinha et al., 2009). Laut Gärtner (2004) macht sich die Erkrankung bereits im Säuglingsalter bemerkbar, wobei nicht nur Gedeihstörungen, Blutungsneigung und Lebererkrankungen die Folge sein können, sondern auch neurologische Symptome wie muskuläre Hypotonie, psychomotorische Entwicklungsverzögerung und Krampfanfälle auftreten können.

Vor allem der Typ 1a des CDG-Syndroms ist durch unterschiedliche Symptome in verschiedenen Entwicklungsstufen geprägt (Kindernetzwerk, 2010). Stehen beim Säugling noch die Gedeih- und Entwicklungsstörungen im Vordergrund, so sind es im Kleinkindalter Ataxie und geistige Behinderung. In weiterer Folge tritt im Jugendalter eine Atrophie der Beinmuskulatur auf, sowie eine ataktische Bewegungsstörung, die von Gleichgewichtsproblemen begleitet wird. Das Erwachsenenalter ist zusätzlich noch von Hormonstörungen geprägt. Körner & Von Figura (2006) erwähnen, dass häufig die neurologischen Symptome im Vordergrund stehen.

Diagnostik

Da nach der klinischen Untersuchung lediglich die Verdachtsdiagnose CDG-Syndrom gestellt werden kann, sollte laut Denecke & Marquart (2001) jede motorische bzw. mentale Entwicklungsverzögerung, die nicht auf andere Ursachen zurückgeführt werden kann, einen Grund für eine spezifische CDG-Diagnostik darstellen. Das Mittel der Wahl ist dabei die isoelektrische Fokussierung des Transferrins (Denecke & Marquart, 2001). Damit kann die gestörte Anreicherung von Transferrin mit Kohlenhydraten nachgewiesen werden, was auf eine fehlerhafte Glykosylierung hindeutet.

Therapie

Bis dato steht für den Großteil der CDG-Patient/innen keine kausale Therapie zu Verfügung. In Mausmodellen werden derzeit Therapiekonzepte erprobt, die schließlich am Menschen angewandt werden sollen. Bis dahin richtet sich die Therapie des CDG-Syndroms nach den Symptomen (Körner & Von Figura, 2006).

Prognose

15-20% der Kinder mit CDG-Syndrom sterben noch vor ihrem ersten Geburtstag. Bei einigen Fällen konnte auch ein Alter von über 40 Jahren nachgewiesen werden.

3. Sturge-Weber-Syndrom

Das Sturge-Weber-Syndrom wird auch als Enzephalotrigeminale Angiomatose bezeichnet und tritt sehr selten auf. Die Prävalenz liegt bei 1 pro 50.000 Geburten, wobei Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind (Zhou et al., 2010). Die Ätiologie des Syndroms ist unklar. Das Syndrom ist angeboren und es treten keine familiären Häufungen auf (Zhou et al., 2010).

Diagnostik

Kinder mit diesem Syndrom haben meist ein einseitiges im Versorgungsgebiet eines Astes des N. trigeminus befindliches Feuermal, auch als Naevus flammeus bekannt, worunter man eine rote bis braune fleckige Veränderung der Haut infolge einer Kapillarerweiterung versteht. Des Weiteren kommt es auf der gleichen Seite des Gehirns zu Angiomen, die das Bild einer Hemiparese verursachen können (Neuhäuser, 2007).

Zhou et al. (2010) berichten auch von einer mentalen Retardierung, welche bei 50 bis 60% der Betroffenen auftritt. Bei 30 bis 70% der Patient/innen entwickelt sich laut Chen et al. (2011) im Zuge dieses Syndroms auch ein Glaukom, das zu Gesichtsfeldausfällen oder zur Erblindung führen kann.

Über 90% der Kinder mit Sturge-Weber Syndrom haben intrakranielle Verkalkungen, wobei für deren Darstellung die Computertomographie der Goldstandard ist. Mittels MRT sind strukturelle Abnormalitäten des Gehirns, wie eine Vergrößerung der Augenhaut oder vaskuläre Veränderungen, darstellbar (Zhou et al., 2010).

Therapie

Schlaganfall-ähnliche Episoden sowie epileptische Anfälle können zu einer Verschlechterung der Versorgung des Gehirns führen. Auf Grund dessen steht die Prävention von Krampfanfällen an erster Stelle der Behandlung des Sturge-Weber-Symdroms. Betroffene mit Krampfanfällen sollten mit antiepileptischen Medikamenten behandelt werden und diese Medikation bis an ihr Lebensende beibehalten. Führen Medikamente zu keiner Besserung der Anfallssymptomatik, müssen neurochirurgische Eingriffe in Betracht gezogen werden. Die Feuermale sollten so früh als möglich mittels Laser behandelt werden, um die besten Resultate zu erreichen. Sind die Patient/innen zusätzlich noch von einem Glaukom betroffen, so muss auch dieses mittels Medikamenten und mehrmaligen chirurgischen Eingriffen behandelt werden (Zhou et al., 2010).

Prognose

Laut Zhou et al. (2010) ist es schwierig eine Prognose für Betroffene zu stellen, jedoch berichten die Autoren davon, dass das Auftreten von Krampfanfällen mit einer schwerwiegenderen Symptomatik in Zusammenhang steht.

4. Cerebralparese

Rosenbaum et al. (2006) beschreiben die Cerebralparese als eine Dysfunktion von Bewegung und Haltung, die auf einen Defekt bzw. eine Läsion des unreifen Gehirns zurückzuführen ist. Die Autorin Krägeloh-Mann (2009) führt aus, dass es sich bei der Cerebralparese nicht um ein einheitliches Krankheitsbild handelt, sondern um eine Gruppe von Enzephalopathien mit folgenden Merkmalen:

- Beeinträchtigung von Haltung und Bewegung
- permanente Störung, wobei sich das klinische Bild der Erkrankung ändern kann.
- Die Krankheit entsteht bereits vor der vollen Reife des Gehirns
- Häufig assoziierte Begleitsymptome sind Lernbehinderungen, geistige Behinderungen, Sehstörungen und Epilepsien.

Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton & Paneth (2005, S.572) definieren die Cerebralparese folgendermaßen:

„Cerebral palsy (CP) describes a group of disorders of the development of movement and posture, causing activity limitation, that are attributed to non-progressive disturbances that occured in the developing fetal or infant brain. The motor disorders of cerebral palsy are often accompanied by disturbances of sensation, cognition, communication, perception, and/or behaviour, and/or by a seizure disorder.“

Laut Vernooij (2007) werden für die Bezeichnung der Cerebralparese folgende Begriffe synonym verwendet:

- Cerebrale Bewegungsstörung
- Cerebrale Lähmungen
- Cerebrale Kinderlähmung
- Cerebral palsy
- Morbus Little

4.1. Ätiologie

Ursachen für die Entwicklung einer Cerebralparese sind cerebrale Schädigungen in frühen Entwicklungsphasen. Die Läsionen können entweder pränatal durch Infektionen, perinatal durch Frühgeburt, Enzephalopathien, Hirnblutungen oder postnatal durch Traumen bzw. Entzündungen entstehen (Neuhäuser, 2007). Die cerebrale Schädigung führt unter anderem dazu, dass erregungshemmende Bahnen vom Gehirn zum Rückenmark funktionsgestört sind und somit eine Erhöhung des Muskeltonus entsteht (Kirschner, 2001). Dimitrijevic & Jakubi (2005) geben an, dass bei einem Großteil der betroffenen Kinder eine abnormale Geburtsanamnese feststellbar ist. Anoxie, Hypoxie, Frühgeburt, Hyperbilirubinämie oder Zwillinge sind nur einige Auffälligkeiten, die engmaschige Kontrollen notwendig machen. Die beiden Autoren erwähnen, dass bei einem vermuteten Hirnschaden die ärztlichen Kontrollintervalle nicht mehr als drei bis vier Wochen dauern sollten, da sich im ersten Lebensjahr latente Zeichen von Pathologie sehr schnell manifestieren können (Dimitrijevic & Jakubi, 2005).

4.2. Epidemiologie

Die Cerebralparese tritt in etwa bei 2 bis 2,5 Fällen pro 1000 Lebendgeburten auf (Blair, Watson, Badawi, Stanley, 2001). Neuhäuser (2007) spricht sogar von 3 bis 4 Betroffenen pro 1000 Neugeborenen. Die Erkrankung ist mit einem niedrigen Geburtsgewicht assoziiert. Eine Erkrankung pro 1000 Lebendgeburten tritt bei einem Geburtsgewicht von mehr als 2500g auf. Beträgt das Geburtsgewicht jedoch unter 1500g, so steigt die Prävalenz um das 50 bis 100fache (Krägeloh-Mann, 2009).

Darsaklis et al. (2011) geben in diesem Zusammenhang an, dass 5-10% der very low-birthweight children und 20% der extremely low-birthweight children neurologische Beeinträchtigungen, wie Cerebralparese, entwickeln[1].

4.3. Klinisches Bild

Krägeloh-Mann (2009) führt an, dass das klinische Bild sowohl von der Ausprägung der motorischen Funktionsstörung abhängt, als auch von den assoziierten Störungen, wie beispielsweise der Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung. Jene können von Lernstörungen bis zu einer schweren geistigen Behinderung reichen. Auch Sehstörungen und Epilepsien können zusätzlich zu den motorischen Defiziten auftreten und somit Mehrfachbehinderungen verursachen.

4.4. Klassifikation

Auf Grund der bereits zuvor erwähnten verschiedenen Ausprägungsformen der Cerebralparese, gibt es auch unterschiedlichste Klassifikationsmodelle.

Mögliche Einteilungsformen richten sich entweder nach dem Ort der Schädigung im zentralen Nervensystem (Großhirn, Pyramidenbahn, Hirnstamm,…), nach der klinisch beobachtbaren Haltungs- und Bewegungsstörung (Spastik, Dyskinesien, Ataxien,…) oder dem Schwerpunkt der Lähmung in Bezug auf den Bewegungsapparat (Diplegie, Hemiplegie, Tetraplegie) (Döderlein, 2007).

Laut der Autorin Krägeloh-Mann (2001) wird international die Klassifikation nach Hagberg herangezogen (In Klammer die Verteilung der verschiedenen Ausprägungsformen in %)

Spastische CP (85%):

- spastische Hemiplegie (33%)
- bilaterale spastische CP (52%)
    - beinbetont/Diplegie (Beine mehr betroffen als Arme)
    - komplett/Tetraplegie (Arme mehr betroffen als Beine)

Dyskinetische CP (9%):

- vorwiegend dyston
- vorwiegend athetoid

[1] Ab einem Geburtsgewicht von weniger als 1000 Gramm werden Kinder als „extremely low-birthweight children“ bezeichnet. Ist das Geburtsgewicht niedriger als 1500 Gramm spricht man von „very low-birthweight children“. (Ornstein et al., 1991)

Ataktische CP (6%)

- Nicht-progressive kongenitale cerebelläre Ataxie

Döderlein (2007) erwähnt auch in diesem Zusammenhang, dass sich der Muskeltonus und somit auch die Klinik der Haltungs- und Bewegungsstörung im Laufe der Zeit verändern können. Als Beispiel erwähnt der Autor, dass ein hypotones Bewegungsmuster allmählich in eine spastische Lähmung übergehen kann.

4.4.1. Klassifikation nach der Haltungs- und Bewegungsstörung

Spastik

Der Muskeltonus und die Eigenreflexe sind abnorm gesteigert. Pyramidenbahnzeichen, wie zum Beispiel der Babinski-Reflex, sind auslösbar. Es mangelt an Bewegungsqualität, was durch eine reduzierte Variation, Selektivität und Amplitude der Bewegungen deutlich wird. Auf Grund dessen sind die Haltungs- und Bewegungsmuster als abnorm zu bezeichnen (Krägeloh-Mann, 2001).

Dystonie

Darunter sind laut Masuhr & Neumann (1996) Hyperkinesien zu verstehen, die durch langsame oder anhaltende Muskelkontraktionen geprägt sind. Sehr oft sind die Muskulatur rund um die Halswirbelsäule, sowie facioorale Muskeln betroffen, die durch eine Kokontraktion schmerzhafte Fehlstellungen auslösen können, die auch passiv nicht korrigierbar sind.

Athetose

Klinisch ist die Athetose an langsamen, schraubenden Bewegungen der Finger und Hände zu erkennen, die oft in eingehaltenen Fehlstellungen resultieren. Der/die Betroffene befindet sich auf Grund dessen in einer ständigen Bewegungsunruhe. Es findet eine Kokontraktion von Agonist und Antagonist statt, wobei die Muskulatur eher als hypoton zu bezeichnen ist (Masuhr & Neumann, 1996).

Ataxie

Betroffenen fällt es schwer Kraft, Richtung und Geschwindigkeit der Extremitätenbewegungen zu dosieren, was unter anderem auf die fehlende proximale Stabilität im Bereich des Rumpfes zurückzuführen ist (Masuhr & Mann, 1996). Betreffend die obere Extremität macht sich dies durch einen Intentionstremor bzw. fehlende Genauigkeit bei der Greifbewegung bemerkbar. Eine Gangataxie ist an einem breitbeinigen und schwankenden Gangbild (Masuhr & Mann, 1996), sowie an ausladenden, schleudernden Bewegungen der unteren Extremitäten erkennbar (Krägeloh-Mann, 2001).

4.4.2. Klassifikation nach dem Gross Motor Function Classification System (GMFCS)

Dieses Klassifizierungsmodell ist fähigkeitsorientiert und versucht somit die motorischen Fähigkeiten eines Menschens mit Cerebralparese zu beurteilen und nicht die Beeinträchtigungen.

Der/die Betroffene wird demnach einer Stufe zugeordnet, die am ehesten seine aktuelle motorische Situation wiederspiegelt. Die Einteilung erfolgt nach den alltäglichen motorischen Funktionen, die in Schule und Freizeit gezeigt werden und nicht nach Idealsituationen (Russel et al., 2006).

Stufe 1: Gehen ohne Einschränkungen

Einschränkung der höheren motorischen Fähigkeiten (Laufen und Hüpfen sind zwar möglich, jedoch sind qualitative Einschränkungen vorhanden, die Geschwindigkeit, Balance oder Koordination betreffen)

Stufe 2: Freies Gehen ohne Gehhilfen

Es bestehen Einschränkungen beim Gehen außerhalb der Wohnung und auf der Straße. Vor allem das Fortbewegen auf unebenen Untergrund, Gefälle oder Menschengedränge bereiten Probleme.

Stufe 3: Gehen mit Gehhilfen

Das Gehen außerhalb der Wohnung und auf der Straße ist nur eingeschränkt möglich.

Stufe 4: Selbstständige Fortbewegung eingeschränkt

Personen, die der Stufe zugeordnet werden, müssen geschoben werden oder benützen einen E-Rollstuhl für draußen und auf der Straße.

Stufe 5: Selbstständige Fortbewegung selbst mit elektrischen Hilfsmitteln stark eingeschränkt

4.5. Diagnostik

Döderlein (2007) gibt an, dass sich Schäden des zentralen Nervensystems klinisch erst im entsprechenden Reifungsalter des Gehirns nachweisen lassen und deswegen für eine endgültige Diagnose Vorsicht geboten ist, da der Krankheitsverlauf schwer zu prognostizieren ist. Dimitrijevic & Jakubi (2005) führen sogar aus, dass es oftmals unmöglich ist, eine Cerebralparese vor dem vierten Lebensmonat zu diagnostizieren. Eine Spastik ist laut Döderlein (2007) erst nach dem 8. Lebensmonat und eine Athetose noch später zu erkennen. Davor kann eine dauerhafte Gehirnschädigung nur an Hand von körperlicher und geistiger Entwicklungsverzögerung sowie pathologischem Reflexverhalten vermutet werden. Die Diagnostik erfolgt in den meisten Fällen klinisch,

wobei die Kinder beobachtet werden und ihr Verhalten auf verschiedene Stimuli dokumentiert wird. Eine Limitation für die Aussagekraft der unterschiedlichen Tests ist die nicht vorhandene Ausdauer der Kinder (Darsaklis et al., 2011). Ähnlich sehen dies Einspieler und Prechtl (2001), die ausführen, dass eine Diagnose der Cerebralparese ab dem 6. Lebensmonat dann erfolgt, sobald charakteristische Zeichen, wie ein erhöhter Muskeltonus, Spastizität oder Paresen auftreten. Beide Autoren hingegen sprechen von der rein qualitativen Beurteilung der General Movements als Prädiktor für das Auftreten einer Cerebralparese. Unter physiologischen General Movements sind grobmotorische flüssige, elegante und variable Massenbewegungen zu verstehen die in utero beginnen und ab der 20. Lebenswoche langsam der Willkürmotorik weichen (Einspieler & Prechtl, 2001). Das Assessment jener spontanen Bewegungsmuster erfolgt durch Beobachtung in einer ruhigen Umgebung vor der Geburt, während der Geburt und 9 bis 15 Wochen nach der Geburt. Es werden zwei verschiedene Stufen der General Movements unterschieden. Writhing movements sind in etwa bis zur 6.-9. Lebenswoche vorhanden und sind durch langsame bis mittelschnelle Bewegungen von mittlerer Amplitude geprägt. Ab der 12. bis zur 16.-20. Lebenswoche sind die Fidgety-Movements vorhanden, die Nacken, Rumpf und Extremitäten betreffen und über eine kleine Bewegungsamplitude, sowie mit moderater Geschwindigkeit und unterschiedlicher Beschleunigung ausgeführt werden (Darsaklis et al., 2011). Abnormale General Movements sind entweder weniger variabel oder pathologisch synchronisiert, sodass Arm- oder Beinmuskeln nahezu gleichzeitig kontrahieren und entspannen und somit verkrampft wirken. Außerdem wirken pathologische General Movements nicht so elegant wie sie sollten, sondern werden über eine große Bewegungsamplitude durchgeführt und stoppen oft plötzlich (Einspieler & Prechtl, 2001). Darsaklis et al. (2011) führen aus, dass Abnormalitäten bzw. die Absenz von Fidgety Movements prädiktiver sind für das Auftreten von Pathologien, als es bei Writhing-Movements der Fall wäre. Die Interpretation der General Movements scheint auch bei schwereren Fällen aussagekräftiger zu sein als bei leicht und moderat Betroffenen.

Trotz der schwierigen Frühdiagnostik, sollte eine frühzeitige Therapie der Cerebralparese angestrebt werden, da so bessere Resultate bezüglich der Motorik erreicht werden können (Dimitrijevic & Jakubi, 2005).

4.6. Therapie

Zur Therapie der Cerebralparese hat sich eine Vielzahl von Verfahren etabliert. Gemeinsames Ziel der Therapierichtungen ist es laut Dimitijevic & Jakubi (2005) nicht die Cerebralparese zu heilen, sondern es sollte das Erreichen einer größtmöglichen Unabhängigkeit im Jugend- und Erwachsenenalter angestrebt werden.

Laut Korinthenberg (2001) ist die frühestmögliche Behandlung von Kindern mit Cerebralparese von Bedeutung. Dimitrijevic & Jakubi (2005) begründen dies damit, dass in den ersten 18 Monaten die menschliche Entwicklung am rasantesten voranschreitet. Riedel et al. (2001) sind der Ansicht, dass die Voraussetzung für eine zielgerichtete Bewegung eine optimal entwickelte Tiefensensibilität ist. Auf Grund der Cerebralparese entstehen biomechanische Veränderungen, wodurch es zu einer Störung der Propriozeption kommt. Daraus können sich pathologische Haltungs- und Bewegungsmuster entwickeln. Dauer und Intensität der funktionellen Störung entscheiden über die motorischen Einschränkungen des Patienten/der Patientin (Riedel et al., 2001). Laut Sharan (2005) sollte nicht eine bestimmte Therapieform ausgewählt werden, sondern verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen in sinnvoller Weise miteinander kombiniert werden, wobei die familiären Ressourcen bezüglich Zeit, Geld und Energie berücksichtigt werden sollten. Die Therapie sollte auf eine funktionelle Verbesserung, eine Prävention von Folgeschäden sowie eine Verbesserung der Entwicklungsfähigkeit abzielen (Sharan, 2005).

4.6.1. Konservative Therapieverfahren

In diesem Kapitel sollen sowohl etablierte als auch weniger bekannte nicht-operative Therapieverfahren vorgestellt werden. Besondere Aufmerksamkeit wird der konduktiven Mehrfachtherapie geschenkt.

Nach Döderlein (2007) sollte eine Therapie der Cerebralparese auf folgende Ziele ausgerichtet sein:

- Reduktion reflexaktivierender Afferenzen
- Förderung physiologischer Willkürmotorik
- Prävention struktureller Einschränkungen
- Therapie der bereits vorhandenen strukturellen Deformitäten im Bereich des Bewegungsapparates
- Funktionelle Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens

Physiotherapie

Die Physiotherapie ist die wahrscheinlich am häufigsten angewandte konservative Therapieform bei Cerebralparese. Neben den klassischen physiotherapeutischen Techniken, haben sich spezielle Therapiekonzepte entwickelt. Gemeinsam ist den Therapieverfahren, dass sie sowohl strukturelle Verbesserungen (Therapie der Auswirkungen der Schädigungen des zentralen Nervensystems auf den

Bewegungsapparat) als auch funktionelle (Motorik und Sensorik) und partizipative (Teilhabe am gesellschaftlichen Leben) Fortschritte erreichen möchten (Döderlein, 2007).

Laut Sharan (2005) ist Physiotherapie zur Behandlung von Kindern mit Cerebralparese stark ressourcenorientiert und versucht trotz der vorhandenen Einschränkungen Entwicklungsfortschritte und Verbesserungen bezüglich der Motorik zu erreichen. Des Weiteren stehen Aufgaben wie Elternschulung im Vordergrund. Im Folgenden werden zwei unterschiedliche Therapiekonzepte dargestellt, die sich im Rahmen der Physiotherapie entwickelt haben.

Bobath

Jenes Konzept geht auf die Physiotherapeutin Berta Bobath und den Psychiater und Neurologen Karel Bobath zurück, die in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Logopäd/innen und Ergotherapeut/innen ein Behandlungsmodell entwickelten (Bernard, 2010).

Eine aktuelle Definition des Konzepts findet man bei Geisseler (2005, S. 7):

> *„Das Bobath-Konzept ist ein problemorientierter Ansatz zur Befundaufnahme und Behandlung von Menschen, welche auf Grund einer ZNS-Läsion unter Funktions-, Bewegungs- und Tonusstörungen leiden."*

Bobath (2004) betont, dass sein eigenes Konzept nicht mit einer Methode verwechselt werden darf, sondern verschiedenen Techniken Anhaltspunkte bietet, wie sie auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Kinder abgestimmt werden können.

Grundsätzlich geht das Bobath-Konzept davon aus, dass eine cerebrale Schädigung, eine Entwicklungsstörung der Haltungskontrolle bewirkt. Die oft schwerwiegenden Auswirkungen dieser Gehirnschädigung liegen darin begründet, dass laut Bobath (2004) die bedeutendste Funktion des zentralen Nervensystems die optimale Abstimmung von Stabilität und Mobilität ist. Nur eine stabile Aufrichtung gegen die Schwerkraft, macht es möglich mit den Extremitäten mobil zu sein und selektiv arbeiten zu können.

Ein weiteres wichtiges Prinzip des Bobath Konzeptes ist es die Funktion der betroffenen Körperabschnitte, sowie das Zusammenspiel mit den gesunden Körperabschnitten zu fördern, um so eine Steigerung der Lebensqualität zu erreichen (Geisseler, 2005).

Dies soll laut Treml-Sieder (2004) so erfolgen, dass der/die Patient/in als ganze Persönlichkeit wahrgenommen wird. Jene ganzheitliche Sichtweise stellt ebenfalls ein wichtiges Kennzeichen des Bobath-Konzepts dar. Außerdem soll die Therapie auf den Alltag ausgerichtet sein und eigene Aktivitäten des/der Betroffenen verstärkt werden. Dies soll in einem interdisziplinären Team erfolgen und individuell auf den Patienten/die Patientin abgestimmt sein. Dabei steht der/die Bobath-Therapeut/in in ständigem

Austausch mit dem/der Patienten/Patientin und der Bezugsperson. Das Prinzip der Theragnostik ist ebenfalls typisch für das Bobath-Konzept und meint das ineinander Verschwimmen von Therapie und Diagnostik, was eine ständige Adaptation der therapeutischen Interventionen möglich machen soll (Bernard, 2010).

Vojta

Der Neurologe Vaclav Vojta legte die Grundlagen zu seinem Konzept um 1950, als er bei einem Schulkind mit Cerebralparese durch gesetzte Manipulationen eine Änderung bezüglich der Spastizität beobachtete. In den folgenden Jahren erarbeitete er durch Empirie sein therapeutisches Konzept. Durch bestimmte Manipulationen gelang es ihm bei den cerebralparetischen Kindern Muskelaktivitäten hervorzurufen, die gewissen Gesetzmäßigkeiten unterlagen und die jene Kinder bis dato nicht auslösen konnten. Durch Provokation dieser muskulären Aktivitäten innerhalb der Therapie, wurden diese unterbewusst auch in die Aktivitäten des täglichen Lebens integriert (Vojta & Peters, 2007).

Die durch die Manipulationen hervorgerufenen Muskelaktivitäten, werden laut Vojta & Peters (2007) als globale Koordinationskomplexe bezeichnet, da sie Auswirkungen auf den gesamten Körper haben. Die globalen Koordinationskomplexe können auch als Reflexlokomotion bezeichnet werden und setzen sich aus dem Reflexkriechen und dem Reflexumdrehen zusammen. Dies sind Funktionen welche durch die Reaktivierung blockierter motorischer Fähigkeiten erreicht werden können (Vojta & Peters, 2007).

Vojta ist der Ansicht, dass dieses Kriechen und das Drehen die Basis jeder Bewegung darstellen (Döderlein, 2007). Wie bereits erwähnt wird versucht durch die Manipulation diverser Schlüsselpunkte (Reflexzonen) am Rumpf und den Extremitäten muskuläre Kettenaktivitäten auszulösen. In Bauch-, Rücken- oder Seitlage werden diese Zonen durch Zug oder Druck sowie mit unterschiedlichen Intensitäten und Widerständen stimuliert. Dadurch soll ohne die willentliche Mitarbeit das Reflexkriechen in Bauchlage und das Reflexumdrehen in Rücken- bzw. Seitlage gebahnt werden (Döderlein, 2007).

Der Säugling wird in eine bestimmte Ausgangslage vorpositioniert und während der Therapie in dieser Stellung gehalten (Von Aufschnaiter, 2010).

Die Bewegungsmuster sollen frühzeitig und regelmäßig aktiviert werden, was auch eine Einbindung der Eltern in die Therapie unabdingbar macht. Jene sollen nach einer Einschulung durch den/die Therapeuten/Therapeutin die Behandlung mehrmals täglich selbstständig durchführen (Döderlein, 2007). Dadurch sollen möglichst frühzeitig die pathologischen Muster aufgebrochen werden, um einer Manifestation der falsch-koordinierten Bewegungsmuster entgegen zu wirken (Von Aufschnaiter, 2010).

Gegner der Therapiemethode prangern die psychische Belastung für Kinder und Eltern an. Als Gründe erwähnen sie die Fixierung der Säuglinge während der Therapie, welche sehr häufig von Schreien und Weinen begleitet wird. Von Aufschnaiter (2010) entgegnet jedoch, dass das Weinen ein Ausdruck von Unzufriedenheit über die Fixierung ist und nicht die Reaktion auf Schmerz (Von Aufschnaiter, 2010).

Ein therapeutischer Langzeiteffekt konnte bis dato alleine durch physiotherapeutische Maßnahmen nicht erreicht werden (Lohse-Busch, 2003).

Ergotherapie

Ziel dieser Therapieform ist es, die Fähigkeiten für Aktivitäten des täglichen Lebens zu schulen. Dabei werden Tätigkeiten, wie Anziehen, Essen, Körperpflege, Spielen, Malen und Schreiben individuell trainiert, mit dem Ziel einer möglichst selbstständigen Ausführung.

Des Weiteren beschäftigen sich Ergotherapeut/innen mit kognitiven Problemen, sowie Wahrnehmungsstörungen und versuchen funktionelle Aktivität durch eine Adaptation von Hilfsmitteln zu ermöglichen (Sharan, 2005).

Konduktive Therapie

> *„Die Konduktive Pädagogik als Lebenseinstellung versucht, das Kind gleichermaßen motorisch, kognitiv, emotional und sozial in Alltags- und Sinnzusammenhängen zu fördern; die Konduktorin deren Berufsfeld Spiegel des ganzheitlichen Anliegens ist, schafft dafür jeweils wichtige Lernmöglichkeiten.“* (Brüggemann, 2010, S. 159, zit. nach Fink, 1998, S. 36)

Indikationen, Kontraindikationen und Ziele der konduktiven Therapie

Laut Helga Keil Bastendorff ist die konduktive Erziehung speziell für Menschen mit der Diagnose Cerebralparese entwickelt worden. Sie wurde vom aus Ungarn stammenden Arzt und Lehrer Andras Petö in den vierziger Jahren entwickelt.

Der Fachausschuss für konduktive Förderung sieht die meisten Syndrome und Beeinträchtigungen sowie Schwer- und/oder Mehrfachbehinderungen als Indikationen für eine konduktive Förderung. Döderlein (2007) erwähnt in diesem Zusammenhang, dass eine konduktive Therapie hingegen für schwer mental Betroffene, massiv wahrnehmungsbeeinträchtigte Kinder, Kinder mit medikamentös nicht beeinflussbaren Epilepsien oder schweren strukturellen Deformierungen, nicht geeignet ist.

Die konduktive Therapie versteht sich als ganzheitliche Therapie, wobei im Speziellen die Alltagsbezogenheit sowie die Integration von Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderungen sowohl innerhalb der Familie als auch in den konduktiven Therapiestätten im Vordergrund stehen (Fachausschuss konduktive Förderung). Das übergeordnete Ziel der konduktiven Förderung besteht darin, Menschen mit Behinderung

ein möglichst selbstständiges und unabhängiges Leben, möglichst ohne den Gebrauch von Hilfsmitteln, zu ermöglichen. Sie kann überall dort Anwendung finden, wo Menschen mit Behinderung anzutreffen sind, vor allem in Schulen, Kindergärten, Ausbildungseinrichtungen, Arbeitsplätzen, Wohn- und Pflegeheimen oder in Krankenhäusern (Fachausschuss konduktive Förderung).

Laut dem Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel des gemeinsamen Bundesausschusses (2005) gibt es folgende weitere Ziele und Merkmale der konduktiven Förderung nach Petö

- Förderung der Eigenaktivität des/der Betroffenen
- Anregung zur Kommunikation mit den direkten Bezugspersonen und der Umwelt
- Integration einer Stimm- und Spracherziehung in die Bewegungstherapie, die für die Verhaltenssteuerung vorteilhaft ist.
- Gruppentherapie zur Steigerung der Motivation
- Diagnostik, Planung und Durchführung der Therapie durch den/die Konduktor/in
- Verstärkung der Lernerfolge durch Konditionierung
- Einsatz von einfachen und funktionsorientierten Hilfsmitteln
- Eine komplexe Behandlungsform, die mehrere Stunden täglich über Wochen bzw. Monate andauern soll und pädagogische sowie therapeutische Inhalte miteinander vereint.

Der Begriff der Konduktorin/des Konduktors

Konduktiv stammt vom lateinischen Wort conducere ab und bedeutet so viel wie zusammenführen. Das Besondere in der Petö-Therapie besteht somit darin, dass im Zuge der konduktiven Erziehung die Funktionen des/der Lehrers/Lehrerin und des/der Therapeuten/Therapeutin zusammengeführt werden und somit in Personalunion ausgeübt werden (Döderlein, 2007). Jene Person, die die Erkenntnisse aus den verschiedenen Disziplinen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Pädagogik miteinander vereint, wird als Konduktor/in bezeichnet. Petö war der Ansicht, dass mehrere Therapeut/innen das Kind überfordern würden. Der Konduktor/die Konduktorin soll neben den Eltern die wichtigste Bezugsperson für die/den Betroffene/n darstellen (Schumann & Clemens, 1999).

Prinzipien

Laut Döderlein (2007) grenzt sich die konduktive Therapie dahingehend von der Bobath-Therapie ab, dass den Kindern Aufgaben gestellt werden, die sie auf ihrem individuellen Weg erfüllen sollen, ohne dabei auf die Ausführungsqualität zu achten.

Dadurch ergibt sich auch das oberste methodische Prinzip der konduktiven Mehrfachtherapie. Während des gesamten Tagesablaufs wird von den Betroffenen die höchst mögliche Eigenaktivität bei den unterschiedlichsten Aufgaben und Herausforderungen des Alltags abverlangt (Weber, 1998).

Die Wirkungsweise der Therapie liegt, wie bei vielen anderen Methoden auch, darin begründet, dass von einer Plastizität des Gehirns ausgegangen wird, wodurch Hirnschädigungen teilweise kompensiert werden können. Durch die Schaffung einer motivierenden und respektvollen Umgebung und einer Aufteilung von komplexen Handlungsabläufen in einzelne Aufgaben, soll das Lernen erleichtert werden (Fachausschuss konduktive Förderung).

„Der Mensch lernt, nicht der gelähmte Muskel“ (Fachausschuss konduktive Förderung, S.11)

Ein sehr zentrales Prinzip der konduktiven Förderung ist das „rhythmische Intendieren“. Darunter ist zu verstehen, dass Bewegungsübungen durch Sprache begleitet werden. Die übende Person beschreibt in der konduktiven Förderung die gerade durchgeführte Bewegung in Worten und zählt die Anzahl der durchgeführten Wiederholungen. Dadurch soll beim/bei der Betroffenen ein inneres Bild der Bewegung entstehen, dass schließlich bei der Ausführung der willkürlichen Bewegung unterstützen soll (Weber, 1998).

Ein weiteres bedeutendes Prinzip der konduktiven Förderung ist jenes des „Fazilitierens“. Konduktives Fazilitieren meint die Erleichterung von Bewegungsabläufen durch verbale, taktile, visuelle, manuelle oder materielle Hilfestellung. Dadurch sollen Eigenaktivität und zielgerichtete Willkürmotorik des/der Betroffenen ermöglicht werden. Laut Weber (1998) bestehen vier unterschiedliche Formen der Fazilitation. Die strukturelle Fazilitation meint, dass Raum, Zeit, Tagesablauf und Programmaufbau so gestaltet werden, dass sich die Kinder optimal entwickeln können. Die mediale Fazilitation meint die Erleichterung von Bewegungsabläufen durch entsprechende Hilfsmittel, wie spezielle Möbel, Ringe oder Stäbe. Die pädagogisch-psychologische und soziale Fazilitation geschieht einerseits durch den Konduktor/die Konduktorin und andererseits durch die Gruppe selbst. Durch eine Steigerung von Motivation und individueller Lernbereitschaft soll es den Betroffenen leichter fallen sich zu entwickeln, was Grundlage der individuellen Fazilitation ist.

Auch das Prinzip der kontinuierlichen teilnehmenden Beobachtung spielt in der konduktiven Förderung eine große Rolle. In der konduktiven Förderung meint man damit, dass die Entwicklungsschritte und das Bewegungsverhalten der Betroffenen stets beobachtet werden, um möglichst schnell darauf reagieren zu können. Bei Bedarf sollen Lernklima, Anforderungen oder Hilfestellungen adaptiert werden, um einen Lernzuwachs zu erreichen. Grundlage der Beobachtung sind weniger die Defekte und das Nicht-

Können als die Fähigkeiten, die durch bestimmte Maßnahmen gefördert werden sollen (Weber, 1998).

Des Weiteren soll durch die motorischen und sensorischen Anreize die gesamte Persönlichkeit angesprochen werden. Kinder und deren Eltern sollen gesteckte Ziele zusammen verfolgen und auch in speziellen Settings, wie zum Beispiel Elternschulen, unterstützt werden (Döderlein, 2007).

Methodik

Als methodisch-didaktisches Mittel gilt im Bereich der konduktiven Förderung die Gruppe. Die einerseits eine Integrations- und Kommunikationsmöglichkeit darstellt und andererseits der Motivation dienen soll (Fachausschuss konduktiver Förderung). Die Konduktorin/der Konduktor stellt für das Kind während des gesamten Tages die Bezugsperson dar und ist für die umfassende Förderung des Kindes verantwortlich. Zu ihren Aufgaben zählt es für die Kinder herausfordernde aber erreichbare Ziele zu setzen, um sie so zur Eigenaktivität und selbstständigen Problemlösung anzuregen (Brüggemann, 2010).

Wie bereits erwähnt soll die gesamte Persönlichkeit der Betroffenen gefördert werden, was durch kreative, kognitive, motorische Programme, die alltagsbezogen sind, gewährleistet werden soll. Dies soll in einem organisierten, sich wiederholenden Tagesablauf geschehen.

Konduktiv-mehrfachtherapeutische Einrichtungen haben einen relativ dichten Tagesablauf, der sich zu jeweils einem Drittel aus motorischen Programmen, kognitiven Unterricht sowie Training der Aktivitäten des täglichen Lebens zusammensetzt. Die restlichen 10% entfallen auf Pausen und selbstständiges Spielen. Der Sinn der konduktiven Elternschulung ist es, dass jene Inhalte die im Rahmen der konduktiven Therapie gelernt wurden, auch im Alltag Anwendung finden und weiter verfolgt werden (Brüggemann, 2010).

Motorische Schwerpunktprogramme

Während dieser Matten-, Pritschen-, Sitz-, Steh-, Geh-, Mund- oder Handprogrammen wird möglichst viel Eigenaktivität der Kinder gefordert (Brüggemann, 2010). Hierbei kommt auch das bereits zuvor beschriebene rhythmisch kontinuierliche Intendieren mittels Sprache zum Einsatz, wodurch unter anderem die Aufmerksamkeit erhöht werden soll (Fachausschuss konduktiver Förderung). Komplexere Handlungen werden in kleine Einzelhandlungen zerlegt und methodisch aufgebaut, um die Kinder bei der Problemlösung zu unterstützen. (Brüggemann, 2010)

Pritschen- oder Mattenprogramm

Auf der Pritsche oder Matte können verschiedene Lagen eingenommen werden, um an diversen Zielen wie Kopfkontrolle, Beweglichkeitsverbesserung, Vorbereitung auf das Stehen und Gehen, Auge-Hand-Koordination, Muskelkräftigung oder posturaler Kontrolle zu arbeiten. (Brüggemann, 2010)

Sitzprogramm

Je nach posturaler Kontrolle der Kinder wird das Sitzprogramm mit unterschiedlich viel Unterstützung durchgeführt. Es erfolgt entweder frei oder mit Sitz an der Sprossenwand, Sprossenstühlen oder der Pritsche. Ziel ist es unter anderem Rumpfstabilität durch grobmotorische Armbewegungen zu erhalten. Außerdem soll durch geeignete Hilfsmittel Rumpfstabilität geschaffen werden, wodurch gezieltere feinmotorische Bewegungen möglich werden (Brüggemann, 2010).

Stehprogramm

Dieses wird ebenfalls, je nach Fähigkeit der Kinder, frei oder mit Hilfsmitteln durchgeführt. Durch dieses Programm soll eine Aktivierung der Muskulatur gegen die Schwerkraft erfolgen. Ziel kann es auch sein das Gleichgewicht zu verbessern, bzw. das Stand- und Spielbein auf die gangspezifischen Besonderheiten vorzubereiten (Brüggemann, 2010).

Gehprogramm

Hierbei geht es darum sich egal in welcher Weise möglichst selbstständig fortzubewegen, wobei dabei häufig noch Hindernisse zu überwinden sind (Brüggemann, 2010).

Handprogramm

Schulung der Auge-Hand-Koordination, Üben spezieller Griffarten, wie Zangen-, Pinzetten- oder Schlüsselgriff, sowie das Training des selektiven Greifens und Loslassens sind Ziele, die im Zuge des Handprogramms verfolgt werden können (Brüggemann, 2010).

Anzumerken ist noch, dass die erarbeiteten Inhalte während den Programmen auch im restlichen Tagesablauf sowohl in der Erziehungseinrichtung als auch zu Hause gefestigt werden sollen, um nachhaltige Erfolge erzielen zu können.

Manuelle Komplexbehandlung

Die Komplexbehandlung mit manueller Medizin und Physiotherapie bei cerebral bewegungsgestörten Kindern setzt sich aus verschiedenen Therapien zusammen, die sich gegenseitig ergänzen (Riedel et al., 2001).

Atlastherapie nach Arlen

Dabei werden manuell Impulse an die Rezeptoren des Nackens abgegeben. Die Impulse richten sich an die Querfortsätze des ersten Halswirbels, wodurch die stark innervierte tiefe Nackenmuskulatur stimuliert wird. Jene Region ist mit bestimmten Hirnstammzentren verbunden, wodurch der Tonus im zentralen und vegetativen Nervensystem beeinflusst werden kann (Riedel et al., 2001).

Myofasziale Lösetechniken

Jene Technik sieht die Muskeln mit ihren Faszien als eine untrennbar miteinander verbundene Einheit an. Die Faszien sind sensibel sehr dicht innerviert und verfügen über glatte Muskelfasern, wodurch die Verbindung zum Vegetativum besteht. Durch leichten Zug, Druck oder Verwringung der Faszie, wird das myofasziale System gereizt und es kann Einfluss auf den Tonus genommen werden (Riedel et al., 2001).

Manipulation

Durch manipulative Techniken an Gelenken der Wirbelsäule oder an den Extremitäten, wird der Range of motion vergrößert, wodurch physiologischere Bewegung ermöglicht und die Propriozeption verbessert wird.

Durch das Zusammenwirken der beschriebenen Techniken sollen Bewegungsmöglichkeiten verbessert werden, was laut Riedel et al. (2001) Voraussetzung für physiotherapeutische Interventionen ist. In diesem Zusammenhang werden neurophysiologische Techniken, wie zum Beispiel Vojta oder Bobath, sowie Laufbandbehandlung, propriozeptionsfördernde Massagen, Ergotherapie oder eine Versorgung mit Hilfsmitteln genannt (Riedel et al., 2001).

Die Autoren Riedel et al. (2001) evaluierten die Wirksamkeit einer zweiwöchigen Intervention mit der zuvor beschriebenen Komplexbehandlung mittels des Gross Motor Function Tests (Beschreibung siehe Kapitel 6.1). Es konnte bei 83% der Kinder (n=80) eine Verbesserung bezüglich der Grobmotorik festgestellt werden. Die von Lohse-Busch et al. (2003) durchgeführte Follow-up-Untersuchung (n=18) sieben Monate nach der zweiwöchigen Intervention und währenddessen fortgeführter Physiotherapie führte zu einer durchschnittlichen Verbesserung der grobmotorischen Fähigkeiten um 3,13%.

Spiegeltherapie

Das Prinzip der Spielgeltherapie beruht auf einer visuellen Illusion einer funktionierenden paretischen Extremität durch den Einsatz einer Spiegelung der nicht-betroffenen Extremität (Gygax et al., 2011). Dabei wird ein Spiegel zwischen beiden oberen oder unteren Extremitäten entlang der mittleren Sagittalebene positioniert (Smorenburg et al., 2011). Die bereits im Rahmen der Rehabilitation von Schlaganfallpatient/innen und gegen

Phantomschmerzen nach Amputationen eingesetzte Spiegeltherapie, kommt auch für eine Therapie von hemiparetischen Kindern mit Cerebralparese in Frage.

Eine Studie von Gygax et al. (2010), die die Auswirkungen von funktionellem Training mit und ohne eines Spielgels verglich, kam zu dem Ergebnis, dass bimanuelles Training, egal ob mit oder ohne Spiegel zu einer Verbesserung der Handkraft führt, jedoch die Spiegeltherapie zusätzlich noch funktionelle Verbesserungen der Funktion der oberen Extremität zur Folge hat. Die Autoren führen dies darauf zurück, dass das Sehen der Illusion einer funktionierenden gelähmten Hand, eine sofortige Rekrutierung motorischer Einheiten bewirkt (Gygax, 2010).

Die Autoren sind auch der Ansicht, dass der gleiche Effekt eine Vergrößerung der Aktivität des primär motorischen Kortex und eine schnellere Bahnung des ersten Motoneurons bewirkt (Gygax, 2010).

Sporttherapie

Unter Sporttherapie versteht man laut Sterba et al. (2002) jegliches sportliche Vergnügen, das in einer Verbesserung der grobmotorischen Fähigkeiten von Patient/innen mit neurologisch- oder entwicklungsbedingten Einschränkungen resultiert. Damiano (2006) führt aus, dass die traditionellen physiotherapeutischen Interventionen betreffend Kinder mit Cerebralparese überdacht werden müssen und die Betroffenen vermehrt zu Aktivität animiert werden sollten. Zusätzlich sollen Lifestyle-Modifikationen und Hilfsmittel angeschafft beziehungsweise adaptiert werden, die höchstmögliche Eigenaktivität zulassen.

Auch Capio et al. (2010) betonen in ihrem Artikel die Bedeutung einer Steigerung der physischen Aktivität für Kinder und Jugendliche mit Cerebalparese, da so chronischen Schmerzzuständen und Müdigkeit sowie Osteoporose im Alter präventiv entgegnet werden kann.

Laut Damiano (2006) führt eine Steigerung der physischen Aktivität zu einer Verbesserung des physischen und mentalen Gesundheitszustandes, einer Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie zu neurologischen und mentalen Benefits bei Menschen mit zentralnervalen Schädigungen. Verschuren et al. (2007) erwähnen in diesem Zusammenhang, dass Kinder und Jugendliche mit Cerebralparese auf Grund ihrer neurologischen Ausfälle sehr häufig Probleme mit freiem Gehen, Stiegen Steigen, Laufen oder Gehen auf unebenen Gelände haben. Ein niedriges Fitnessniveau, geprägt von reduzierten Kraftniveau sowie aerober und anaerober Ausdauer, führt zu einer Verstärkung dieser Problematik. Die Autoren sind auch der Ansicht, dass die Vermittlung

der Bedeutung von Bewegung und Sport in frühen Jahren auch zu einer vermehrten körperlichen Aktivität im Erwachsenenalter führt (Verschuren et al., 2007).

Verschuren et al. (2009) sprechen dabei von einem Teufelskreis, bei dem die körperlichen Beeinträchtigungen zu einer Verringerung der körperlichen Fitness führen und somit noch die Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens verschlimmern.

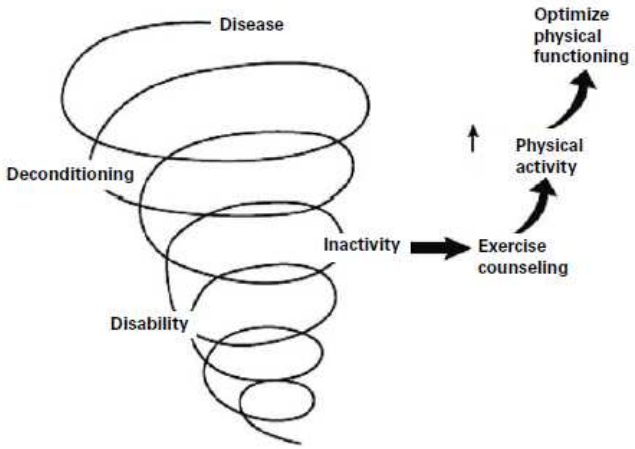


Abbildung 1: Teufelskreis der körperlichen Inaktivität

Laut Verschuren et al. (2007) führt Krafttraining zu positiven Effekten bezüglich der Kraftfähigkeit und Funktionalität der unteren Extremität sowie zu einer Verbesserung der aeroben Ausdauer, wobei dies keine negativen Auswirkungen auf die Spastik zeigte. Die Autoren untersuchten an Hand ihrer Studie die Effekte eines 8-monatigen Trainingsprogramms auf die aerobe und anaerobe Kapazität von Kindern und Jugendlichen mit Cerebralparese. Besonders interessierten die Auswirkungen auf die anaerobe Ausdauer, da laut den Autoren die meisten Aktivitäten im Kindesalter eher von kurzer Dauer und hoher Aktivität sind und somit eine Steigerung dieser Ausdauerleistungsfähigkeit eine Verbesserung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zur Folge haben könnte. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich nicht nur die physische Fitness, durch eine signifikante Steigerung von aerober und anaerober Ausdauer sowie Schnelligkeit und Kraft, sondern auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Lebensqualität verbesserte (Verschuren et al., 2007).

Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Studie von Mc Burney et al. (2003), die die Auswirkungen eines Kräftigungsprogramms für die unteren Extremitäten mittels Elternfragebogen untersuchten. Die Eltern nahmen Verbesserungen bezüglich Kraft, Beweglichkeit, posturaler Kontrolle, Gehen und Stiegen Steigen wahr. Außerdem

berichteten die Eltern von einer Steigerung des Wohlbefindens, sowie einer erhöhten Teilnahme an Schul- und Freizeitaktivitäten.

Hippotherapie

Sharan (2005) führt aus, dass von Hippotherapie nicht nur Verbesserungen bezüglich Tonus, Bewegungsreichweite, Kraft, Koordination und Balance zu erwarten sind, sondern die Kinder auch kognitiv und emotional profitieren. Zadnikar & Kastrin (2011) erwähnen in diesem Zusammenhang, dass durch die Hippotherapie psychologische Verbesserungen im Bereich des Selbstvertrauens, der räumlichen Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Motivation und räumlichen Vorstellungsvermögen beobachtbar sind. Hippotherapie muss von speziell geschulten Instruktoren und Assistenten durchgeführt werden, die über den Gesundheitsstatus, Kontraindikationen und Einschränkungen des Patienten/der Patientin Bescheid wissen müssen. Ihre Kompetenzen liegen darin ein geeignetes Pferd auszuwählen, zu trainieren und vorzubereiten. Das Pferd ist mit einem Zaum und einem Sattel inklusive Sattelband ausgestattet, voran Hilfszügle adjustiert sind, um das Pferd steuern zu können (Zadnikar & Kastrin, 2011). Laut einer Studie von Sterba et al. (2002) führte Hippotherapie zu einer signifikanten Verbesserung (+7,6%; $p<0,04$; $n=17$) der Grobmotorik direkt nach einer 18-wöchigen Interventionsphase. Die Follow-Up-Testung, sechs Wochen nach Ende der Intervention, zeigte einen Erhalt der erreichten Verbesserungen bezüglich der motorischen Funktionen Gehen, Laufen und Springen (+1,8% im Vergleich zur Ersttestung; $p<0,03$; $n=17$). Betreffend die Gesamtmotorik sank der Wert wieder auf das Ausgangsniveau.

Die Gründe für die Effektivität der Hippotherapie liegen darin begründet, dass die gangspezifischen Bewegungen des Pferdes sehr rhythmisch, weich und ständig wiederkehrend sind, was der Biomechanik des menschlichen Ganges sehr nahe kommt. Jene rhythmischen Bewegungen in Kombination mit dem Effekt der Eigenwärme des Pferdes führen zu einer Tonusreduktion bei Kindern mit spastischer Cerebralparese (Zadnikar & Kastrin, 2011). Die muskulären Reaktionen auf die Bewegungen des Pferdes, wodurch auch Gelenksbewegungen ausgelöst werden, können in weiterer Folge zu einer Verbesserung der posturalen Kontrolle, bzw. zu einer Vergrößerung der Kraftfähigkeit und Bewegungsreichweite führen (Zadnikar & Kastrin, 2011). Laut Schölch (2003) kann die Hippotherapie als eine Alternative zur konservativen Physiotherapie gesehen werden. Durch das nicht gerade alltägliche Medium des Pferdes soll dem Patienten/der Patientin gar nicht bewusst sein, dass er/sie sich gerade in einer Therapiesituation befindet.

Therapeutisches Trampolinspringen

Das Trampolinspringen kann laut Müller (2002) als Therapiemöglichkeit für motorisch, sozial oder emotional beeinträchtigte Personen eingesetzt werden. Unter anderem bei

Personen mit cerebralen Bewegungsstörungen können mittels des Trampolins unterschiedliche Ziele verfolgt werden. So kommt es zur umfassenden Bewegungserfahrung, durch das Ansprechen unterschiedlichster Sinne. Neben einer Verbesserung der Motorik können die koordinativen Fähigkeiten wie Orientierungsfähigkeit, Gleichgewichtsfähigkeit, Differenzierungsfähig oder Rhythmisierungsfähigkeit durch das Bewegen am Trampolin geschult werden (Müller, 2002).

Laut Kuckuck & Worms (2002) sind durch eine Aktivierung der Oberflächen- und Tiefensensibilität sowie des Gleichgewichtsorgans motorische Verbesserungen zu erwarten. Die Autoren führen aus, dass durch das Trampolinspringen auch die Aufmerksamkeit, Wachheit, zielgerichtete Willkürmotorik und die emotionale Situation verbessert werden können. Des Weiteren ist es möglich spastische Bewegungsmuster zu reduzieren (Kuckuck & Worms, 2002). Auf Grund dessen sind auch schwer- und mehrfachbehinderte Menschen in das therapeutische Trampolinspringen integrierbar. Im Rahmen der „passiven Tuchgewöhnung“ können selbst minimale Empfindungen und Aktivitäten des/der Betroffenen genutzt werden, um Eigenaktivität hervorzurufen oder zu erhöhen (Müller, 2002).

> *„Es gilt der Grundsatz, dass aus dem „passiven“ Bewegt-Werden eine aktive Beteiligung werden soll, d.h. alle Tätigkeiten und Handlungen, die mit eigner Kraft und Koordination getan werden können, dürfen den Betroffenen nicht abgenommen werden.“* (Müller, 2002, S. 65)

Im Zuge der „passiven Tuchgewöhnung“ werden die motorischen Anforderungen gemäß den motorischen Entwicklungsschritten gesteigert, sofern es die posturale Kontrolle der Person zulässt. So erfolgt stets eine Aufwärtsbewegung des Körperschwerpunkts von der Rückenlage über die Bauchlage, den Sitz, den Vierfüßlerstand und den Kniestand bis zum Fußsprung im Stehen (Müller, 2002).

Medikamentöse Therapie

Döderlein (2007) erwähnt, dass die medikamentöse Therapie der Cerebralparese nur als Ergänzung zu konservativen und operativen Methoden in Betracht gezogen werden sollte und die Benefits mit den Nachteilen abgewogen werden müssen. Je nachdem ob die Spastik generalisiert oder regional ist, werden systemisch oder lokal wirksame Medikamente angewandt bzw. Kombinationen aus beiden.

Wie bereits erwähnt gilt es gerade bei den systemisch wirkenden Medikamenten die Vor- und Nachteile abzuwägen. So führen jene Medikamente meist zu einem sedierenden Effekt, der bei Schmerzzuständen durchaus sinnvoll ist, jedoch für die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens eher eine Behinderung darstellt. Wirkstoffe wie Baclofen,

Dantrolen, Diazepam oder Tizanidin können systemisch verabreicht werden und haben eine Halbwertszeit von 2 bis 36 Stunden (Döderlein, 2007).

Botulinumtoxin

Botulinumtoxin ist als Neurotoxin bekannt und führt an der motorischen Endplatte zu einer vorübergehenden Blockierung der Ausschüttung von Acetylcholin in den synaptischen Spalt. Das Ergebnis ist eine reversible Schwächung der Muskulatur, wodurch der Muskeltonus reduziert werden kann (Stein, 2010).

Sekundär ergeben sich daraus laut Unlu et al. (2010) eine Vergrößerung des Range of motion sowie eine Verbesserung der posturalen Kontrolle und Gehfähigkeit. Dies konnte in einer Studie von Mall et al. (2000) belegt werden, die davon berichten, dass eine Spitzfußstellung, sowie ein Adduktorenspasmus mittels Botulinumtoxin behandelt wurden und sich daraus sowohl Verbesserungen bezüglich des Gangbildes, was mittels Ganganalyse ermittelt wurde, als auch der Grobmotorik, die an Hand des GMFM (siehe Kapitel 6.1) evaluiert wurde, ergaben.

Indikationen für die Anwendung jener Therapiemethode sind laut Mall & Berweck (2001) eine Spitzfußstellung, Adduktorenspastik, sowie spastische Muster, die die obere Extremität betreffen und ein Multi-Level-Treatment, wobei das Botulinumtoxin in verschiedene Muskelgruppen injiziert wird.

Die besten Ergebnisse sind bei der Therapie dann zu erwarten, wenn die Bewegungseinschränkungen auf Grund einer muskulären Hyperaktivität bestehen und noch nicht strukturell bedingt sind. Außerdem sollte die Therapie nur angewandt werden, wenn eine Verbesserung der Spastik die Funktionalität im Alltag erhöht beziehungsweise dadurch die Pflege erleichtert wird (Mall & Berweck, 2001). Die Autoren erwähnen auch, dass die Botulinumtoxin-Injektionstherapie zusätzlich zu traditionellen Therapieverfahren wie Physio- oder Ergotherapie angewandt werden sollte. Die Wirkung des Toxins ist auf Grund einer Aussprossung neuer Nervenendigungen zeitlich auf 8 bis 16 Wochen begrenzt und somit vollständig reversibel (Döderlein, 2007).

Indikationen sind alle Formen von Spastik, wobei bei großen Muskelgruppen Vorsicht geboten ist, da eine gewisse Gesamtdosis nicht überschritten werden darf (Döderlein, 2007). Die Injektion erfolgt entweder unter Sedierung oder Kurznarkose in den Muskelbauch. Begleitend sollten physiotherapeutische Maßnahmen angewandt werden, vor allem in der Zeit der höchsten Wirksamkeit des Medikaments, 6 bis 8 Wochen nach den Injektionen (Döderlein, 2007). Eine Ausweitung der Wirksamkeit der Injektionen, kann außerdem durch eine Weiterbehandlung mit Gips und Orthesen erreicht werden, bevor nach 3 Monaten eine neuerliche Injektionsbehandlung notwendig wird (Döderlein, 2007).

Als Komplikationen werden Schmerzen und Hämatome bei der Einstichstelle, sowie allgemeine Schwäche, Harninkontinenz oder eine Verschlechterung der Schluckmotorik angegeben (Döderlein, 2007).

4.6.2. Operative Therapieverfahren

Die Inanspruchnahme von operativen Therapieangeboten sollte dann überlegt werden, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft (Döderlein, 2007).

- Die funktionelle Verbesserung steht in keinerlei Verhältnis zum therapeutischen Aufwand. Trotz hoher finanzieller und zeitlicher Belastung des Patienten/der Patientin und dessen/deren Angehöriger, können keine zufriedenstellende Therapieerfolge verbucht werden.
- Obwohl regelmäßig konservative Therapien durchgeführt werden, kommt es zu einer Verschlechterung des Gesamtzustandes.
- Fehlende oder zu geringe Compliance des Patienten/der Patientin betreffend die konservativen Therapieverfahren.
- Indikationen, die mittels konservativer Therapieverfahren nicht behandelt werden können.

Laut Döderlein (2007) kommen für eine operative Behandlung der Cerebralparese sowohl orthopädische Eingriffe, die den Bewegungsapparat betreffen als auch neurochirurgische Verfahren, die auf eine Beeinflussung des zentralen oder peripheren Nervensystems abzielen, in Frage. Beide Operationsmöglichkeiten sollten als sich sinnvoll ergänzende Maßnahmen angesehen werden und eventuell in Kombination angewandt werden (Döderlein, 2007).

Indikationen

Laut Döderlein (2007) unterscheidet man für einen operativen Eingriff prophylaktische Indikationen, wobei pflegerische oder funktionelle Verschlechterungen verhindert werden sollen, von therapeutischen Indikationen, bei denen auf funktionelle Verbesserungen durch eine Rekonstruktion abgezielt wird. Außerdem können die Ziele einer Operation eine Pflegeverbesserung sowie Schmerzreduktion darstellen.

Orthopädische Operationstechniken

Die orthopädischen Operationsverfahren können in Operationen an den Weichteilgeweben, sowie an den knöchernen Strukturen unterschieden werden (Döderlein, 2007).

Operationen an den Weichteilgeweben:

- Muskelablösung (Myotomie)

Darunter ist eine teilweise oder vollständige Ablösung eines Muskels zu verstehen. (Döderlein, 2007)

- Sehnenverlängerung

Dabei wird entweder die Sehne z-förmig außerhalb der Muskulatur verlängert oder innerhalb der Muskulatur eingekerbt. Die eingekerbte Muskulatur wird in eine korrigierte Stellung gebracht, wodurch die Sehnenenden auseinander gezogen werden und die entstehenden Lücken mit Narbengewebe ersetzt werden. Bei der z-förmigen Technik erfolgt ebenfalls eine Durchtrennung der Sehne, die schließlich in korrigierter Position wieder vernäht wird (Döderlein, 2007).

- Sehnendurchtrennung (Tenotomie)

Hierbei kommt es zu einer vollständigen Durchtrennung der Sehne im Bereich ihres Ansatzes oder Ursprungs.

- Sehnenfesselung (Tenodese)

Bei der Tenodese wird die Sehne im Bereich des Muskel-Sehnen-Übergangs abgelöst und unter der korrigierten Stellung des Gelenks am Knochen neu fixiert.

- Sehnentransfer/Sehnentransposition

Durch eine teilweise oder vollständige Verlagerung des Sehnenansatzes an eine andere Stelle, erhofft man sich eine geänderte Wirkungsweise des Muskels, wodurch das Muskelgleichgewicht wiederhergestellt werden soll.

- Kapsulotomie

Eine Eröffnung der Gelenkskapsel soll bei einer Gelenksfehlstellung auf Grund einer Kapselschrumpfung in Kombination mit anderen orthopädischen Techniken zu einer Verbesserung der Symptomatik führen.

Knöcherne Umstellung (Osteotomie)

Darunter ist eine Durchtrennung eines Knochens gemeint, der dann in korrigierter Stellung wieder fixiert wird, was beispielsweise bei pathologischen Beinachsen angewandt wird.

Gelenkversteifung (Arthrodese)

Durch eine knöcherne Verbindung der Gelenkflächen sollen Gelenksbewegungen verhindert werden, wodurch Gelenke stabilisiert, bzw. Gelenkfehlstellungen in eine funktionell günstige Position gebracht werden sollen.

Gelenkplastik (Alloarthroplastik)

Ein in seiner Funktion gestörtes Gelenk wird durch ein künstliches Gelenk ersetzt, was Schmerzen reduzieren und den Bewegungsumfang erhöhen soll.

Neurochirurgische Verfahren

Die neurochirurgischen Techniken wirken auf unterschiedliche Weise. So werden durch eine dorsale Rhizotomie die aktivierenden Einflüsse auf das Rückenmark vermindert. Hingegen erhöht die Implantation einer Baclofenpumpe die hemmende Wirkung auf das Rückenmark und eine motorische Neurotomie soll die Überaktivität in der Peripherie reduzieren (Döderlein, 2007).

Durchtrennung peripherer Nerven (Neurotomie)

Die Operationstechnik bewirkt eine teilweise motorische Lähmung. Es werden jene motorischen Fasern durchtrennt, die spastische Muskeln innervieren (Döderlein, 2007).

Intrathecal Baclofen

Die intrathecale Baclofen-Therapie wurde 1996 für die Behandlung von Spastik auf Grund einer cerebralen Ursache zugelassen (Motta et al., 2010). In der aktuellen Literatur wird die Behandlung mit Baclofen bei hochgradiger Spastik auf Grund spinaler oder kortikaler Entstehung angewandt (Saval, 2010). Zielgruppe der Anwendung sind laut Döderlein (2007) Patient/innen mit schwerer und sehr schwerer Spastik, was eine Pflegeerleichterung sowie eine Schmerzlinderung bewirken soll.

Durch die Implantation einer batteriebetriebenen, von Mikroprozessoren gesteuerten Pumpe, wird je nach Einstellung in verschiedenen Intervallen eine gewisse Dosis von Baclofen in den Subarachnoidalraum abgegeben, was die Spastik positiv beeinflussen soll (Sharan, 2005). Das Medikament soll laut Döderlein (2007) eine Erhöhung der hemmenden Einflüsse auf das Rückenmark bewirken, was durch die antagonistische Wirkung am GABA-Rezeptor von Säugetieren erklärt wird (Saval, 2010). Die Pumpe ist über einen Kanal mit dem Katheter verbunden und wird in einer subkutanen Tasche im Bereich des Unterbauchs platziert. Nach der Implantation erfolgt täglich eine Dosissteigerung bis die angestrebte Tonussenkung eintritt (Döderlein, 2007). Zuvor erfolgt eine Analyse der Auswirkungen des Medikaments mittels einer externen Pumpe (Döderlein, 2007).

Baclofen ist laut Motta et al. (2010) ein Neurotransmitter mit einem inhibierenden Effekt, der im zentralen Nervensystem vorhanden ist. Dadurch sollen auf Rückenmarksebene die für die Spastik verantwortlichen mono- und polysynaptischen Reflexe unterdrückt werden (Döderlein, 2007).

Motta et al. (2010) testeten 37 Patient/innen vor einer Behandlung mit Baclofen und zwölf Monate nach der Implantation bezüglich der Auswirkungen auf die Grobmotorik. Die Autoren konnten eine signifikante Verbesserung bei den Aufgaben des Gross Motor Funtion Measurement (siehe Kapitel 6.1) nachweisen ($p<0,001$). Döderlein (2007) führt aus, dass es nicht nur zu einer Verminderung der Spastik kommt, sondern auch Verbesserungen bezüglich der Mund- und Essmotorik zu erwarten sind. Positive Auswirkungen auf Kontrakturen, die sich bereits strukturell manifestiert haben, dürfen nicht erwartet werden. Hierbei stellen operative Verfahren das Mittel der Wahl dar.

Der hohe finanzielle Aufwand und zahlreiche Nebenwirkungen, wie Infektionen oder neurologische Ausfälle auf Grund einer Katheterdislozierung, sprechen gegen die Anwendung der Therapiemethode (Sharan, 2005). Döderlein (2007) sieht die Methode zwar als Fortschritt in der Spastikbehandlung warnt aber ebenfalls vor Komplikationen, die bei mehr als einem Drittel aller Anwendungen auftreten.

Dorsale Rhizotomie

Wie bereits in Kapitel 4.1 erwähnt, führt eine cerebrale Schädigung auf Grund einer Cerebralparese zu einer Störung der hemmenden Bahnen vom Gehirn zum Rückenmark (Kirschner, 2001). Bei der dorsalen Rhizotomie werden im Zuge einer Operation afferente Nervenwurzeln durchtrennt, um so die fehlende Hemmung im Bereich des Gehirns auszugleichen. Durch eine künstlich herbeigeführte Schädigung des Rückenmarks soll die cerebrale Bewegungsstörung ausgeglichen werden (Kirschner, 2001). Döderlein (2007) führt aus, dass die Anwendung jener neurochirurgischen Operationsmethode noch umstritten ist und momentan in den USA sowie Belgien, Schweden und Großbritannien zum Einsatz kommt. Bei der selektiven Hinterwurzeldurchtrennung, wie die dorsale Rhizotomie auch genannt wird, sollen nur jene Fasern abgelöst werden, die für die Spastik verantwortlich sind, um so die Sensibilität und die Motorik möglichst nicht zu gefährden (Kirschner, 2001). Für das Verfahren kommen einerseits junge Patienten und Patientinnen im Alter von drei bis zehn Jahren, in Frage, die gehfähig sind und die Spastik noch zu keinen strukturellen Veränderungen geführt hat. Bei schwer ausgeprägter Spastik kann die dorsale Rhizotomie zu einer Erleichterung bei den pflegerischen Maßnahmen führen (Kirschner, 2001). Kirschner (2001) führt aus, dass eine Kombination aus dorsaler Rhizotomie und Physiotherapie zu besseren Ergebnissen bezüglich der Großmotorik, Gelenksbeweglichkeit und Spastik führt, als isolierte physiotherapeutische Maßnahmen.

Ein Nachteil der Operationsmethode ist das häufige Auftreten von Nebenwirkungen. So berichtet Döderlein (2007) von vorübergehenden Sensibilitätsstörungen, Beeinträchtigungen der Blasen- und Mastdarmfunktion, sowie einer dauerhaften

Schwächung der Muskulatur. Laut Kirschner (2001) sind auch Rückenschmerzen keine Seltenheit.

4.7. Pädagogische und Didaktische Aspekte in der Arbeit mit Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung

Im Anschluss an die Darstellung der diversen Therapiemöglichkeiten der cerebralen Bewegungsstörungen, soll noch kurz auf grundsätzliche pädagogische Aspekte bei der Bewegungserziehung von Menschen mit Behinderung eingegangen werden.

Kapustin (2002) geht von wechselseitigen Wirkungen von Bewegungen, Empfindungen und Zuwendungen aus. Diese sind somit für alle Menschen, also auch für jene mit schweren und mehrfachen Behinderungen von grundlegender Bedeutung.

Abbildung 1 soll diese Wechselwirkungen näher darstellen.

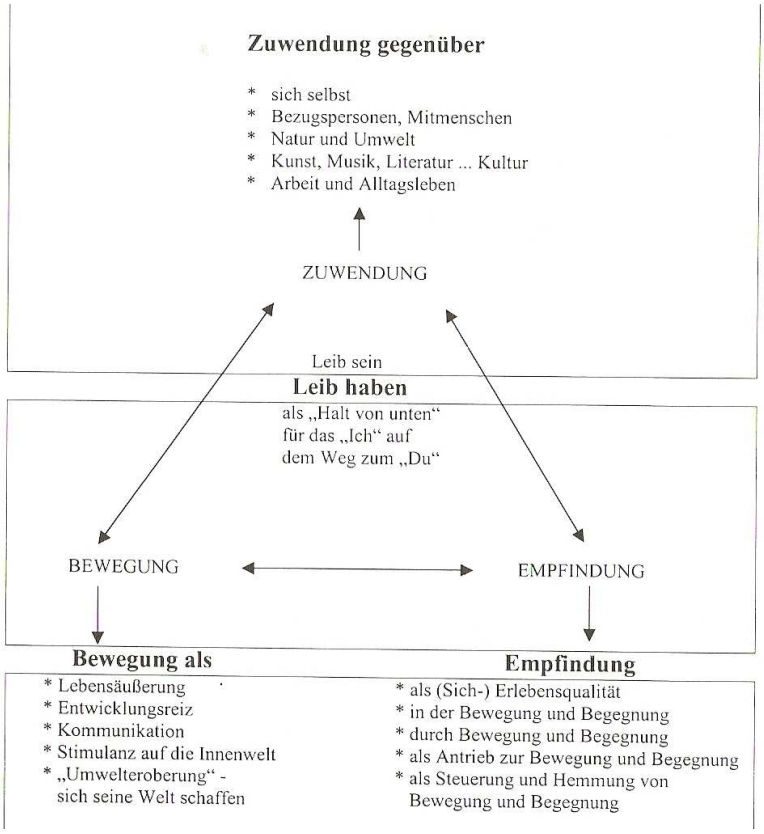


Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen Bewegung, Empfindung und Zuwendung (Kapustin, 2002, S. 11)

Die Beziehungen zwischen Bewegung, Empfindung und Zuwendung sind für alle Menschen gleich, jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt (Kapustin, 2002).

So ist Bewegung beispielsweise für alle Menschen eine Kommunikationsmöglichkeit. Beeinträchtigte Personen, die sich jedoch nicht artikulieren können, werden versuchen sich um so mehr durch Bewegung verständlich zu machen. Ein Mensch ist in seine

Umwelt und Natur eingebunden. Er beschäftigt sich unterschiedlich intensiv mit sich selbst. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten für ihn sich der Mitwelt zu öffnen und dort seinen Platz zu suchen. Jeder Mensch empfindet sein Leben anders und äußert sich dazu auf unterschiedliche Art und Weise (Kapustin, 2002). Die basale Bewegungserziehung arbeitet nun mit Bewegungen, Empfindungen und Zuwendungen.

Durch körperliche Arbeit können die Bewegungsmöglichkeiten des Menschen vergrößert werden. Es soll einerseits der Antrieb zur Eigenaktivität geweckt werden und andererseits durch die Arbeit am eigenen Leib die Körperwahrnehmung erhöht werden. Dadurch soll eine Zuwendung zu sich selbst sowie zu anderen möglich gemacht werden. Bewegung, Spiel und Sport für Menschen mit cerebralen Bewegungsstörungen kann mit unterschiedlichen Zielsetzungen ausgeführt werden. Sport kann entweder als Therapie oder als Freizeitbeschäftigung eingesetzt werden. Die basale Bewegungserziehung soll den Menschen aktivieren aus sich heraus zu gehen und sich zu öffnen, was ihm auch die Möglichkeit bietet nach außen hin zu kommunizieren (Kapustin, 2002).

Basale Pädagogik

Diese pädagogische Richtung begründet das menschliche Dasein von seiner Basis aus. Wenn man nichts erwartet oder voraussetzt, dann bekommt jegliche Aktivität eine Bedeutung zugesprochen. Kapustin (2002) spricht von einer 3-stufigen Unterteilung der basalen Pädagogik. Durch die basale Stimulation, wobei Reize von außen durch den Therapeuten/die Therapeutin gesetzt werden, sollen Reaktionen hervorgerufen werden.

Ständig neue Reizsetzungen sowie Reizwiederholungen bzw. positive Verstärkung der Eigenaktivität auf diese Reize, sollen zu einer angeregten bis selbstgewollten Eigenaktivität übergehen. Ziel ist es schließlich durch Bewegung und die Körperlichkeit eine Möglichkeit der Kommunikation zu finden (Kapustin, 2002).

Didaktische Aspekte in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen

Es sollte eine möglichst individuelle Betreuung angestrebt werden, die an den momentanen Entwicklungsstand des/der Betroffenen angepasst ist. Des Weiteren sollten im Rahmen der Bewegungstherapie nicht nur funktionelle und strukturelle Ziele verfolgt werden, sondern eine möglichst ganzheitliche Therapie, die physische, psychische, soziale und kognitive Aspekte beachtet, angestrebt werden. Der/die Betroffene sollte mit Therapien im Einzelsetting beginnen, die sukzessive in Gruppentherapien übergehen. Durch soziale Kontakte und ein optimal gestaltetes Umfeld, in dem möglichst viele Wahrnehmungskanäle angesprochen werden, wird die Förderung von Eigenaktivität möglich, die gegebenenfalls verstärkt werden soll. Für eine Arbeit mit schwer- und mehrfachbehinderten Menschen ist viel Geduld notwendig. Außerdem sollten keine zu

hohen Erwartungen gesetzt werden und Hektik im Umgang mit den Menschen vermieden werden (Kapustin, 2002).

Kosel & Froböse (1999) formulierten ebenfalls didaktische Grundsätze, auf die in der Arbeit mit Cerebralparetiker/innen geachtet werden sollte. So sind die Autoren der Ansicht, dass je nach Störung Übungen oder Aufgabenstellung gewählt werden sollten, die eine tonusregulierende Wirkung haben und das Zusammenspiel von Agonist und Antagonist normalisieren. Außerdem ist auf die Schulung von motorischen Basisfähigkeiten wie Audauer, Kraft und Koordination zu achten. Besonderes Augenmerk gilt der Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Spaß an der Bewegung. Die Einnahme von pathologischen Fehlhaltungen, die häufig durch Zeitdruck oder psychische Belastungen entstehen können, soll vermieden werden. Von Vorteil wäre auch ein Training von elementaren Bewegungen wie die Aufrichtung gegen die Schwerkraft, die stabile Einnahme verschiedener Lagen oder die Fortbewegung. Schlussendlich sollen durch die Bewegungstherapie Sekundärschäden, wie beispielsweise Kontrakturen, vermieden werden.

Kosel & Froböse (1999) betonen, dass für Personen mit cerebralen Bewegungsstörungen eine Vielzahl verschiedener Bewegungsangebote, wie zum Beispiel Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Gerätturnen, Dreiradfahren, Bogenschießen, Reiten, Rudern, Skifahren, Eislaufen, Rollschuhfahren, Judo oder Tanzen, zur Verfügung steht. Jedoch soll vor einer Auswahl der sportlichen Betätigung eine Analyse des Bewegungsablaufs und der Beanspruchungskriterien untersucht werden, wobei man sich an die zuvor genannten didaktischen Aspekte halten sollte. Kraft-, Beweglichkeits-, Schelligkeits- und Ausdaueranforderungen sollten eingeschätzt und das Sturzrisiko abgewogen werden.

Je nach Störung können mittles der sportlichen Betätigung unterschiedliche Ziele verfolgt werden. Die Herausforderung für den/die Sportlehrer/in liegt darin, das Bewegungsverhalten für die beteiligten Personen individuell so zu adaptieren, dass die Lernziele erreicht werden können. Personen mit cerebralen Bewegungsstörungen sollte bei den Aufgabenstellungen die Möglichkeit gegeben werden, dass sie ihre eigenen Lösungsmöglichkeiten ausprobieren können. Durch die sehr individuelle Auspägung der cerebralen Bewegungsstörungen, ist eine individuelle Förderung jedes/r Einzelnen sehr schwierig. Auf Grund dessen wird von Kosel & Froböse eine funktionelle Gruppeneinteilung, wie beispielsweise in Gehfähige, Nicht-Gehfähige oder Rollstuhlfahrer/innen, empfohlen. Außerdem sollte die Gruppegröße sechs bis acht Teilnehmer/innen nicht überschreiten.

II. Empirischer Teil

Gegenstand dieser Diplomarbeit ist es die physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen von gezielten Bewegungs- und Sportangeboten auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen zu untersuchen. Dieses Kapitel soll nun die gesetzte Intervention im Rahmen eines Sommercamps, die über einen Zeitraum von drei Wochen durchgeführt wurde, näher darstellen. Neben einer Vorstellung des Organisators und der Teilnehmer/innen erfolgt eine Beschreibung der Inhalte und des Settings.

5. Intervention

Um Informationen zur Beantwortung der zentralen Fragestellung zu erhalten, durften die vom Therapieinstitut Keil gemn. GmbH jährlich organsierten Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen evaluiert werden.

Diese Institution ist ein Bestandteil der Helga-Keil-Bastendorff Privatstiftung. Das Institut Keil versteht sich als eine konduktiv mehrfachtherapeutische Förder- und Integrationseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit cerebraler Bewegungsstörung und/oder Wahrnehmungsbeeinträchtigung (Keil-Bastendorff, o.j.). Für drei- bis sechsjährige Kinder gibt es das Angebot der konduktiv mehrfachtherapeutischen Kindergruppen. Für sechs- bis fünfzehnjährige Schulkinder steht eine Ganztags-Schule zu Verfügung, die nach dem gleichen Therapiekonzept arbeitet. Zusätzlich zu diesen Angeboten, werden in den Sommerferien Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen veranstaltet, an denen auch Kinder und Jugendliche teilnehmen können, die nicht die Schule des Institut Keils besuchen (Keil-Bastendorff, o.j.). Bei diesem Sommercamp werden nach Alter bzw. Entwicklungsstand der Teilnehmer/innen Gruppen gebildet, die gewisse Bewegungs-, Therapie- und Sportangebote zusammen absolvieren. Die Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen stellen den Rahmen für die zu untersuchende Intervention der vorliegenden Arbeit dar. Der Autor dieser Arbeit durfte selbst, zusammen mit ausgebildeten Konduktor/innen, die Gruppe der gehfähigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Behinderung betreuen.

5.1. Beschreibung der Teilnehmer/innen

6 Personen im Alter von 13 bis 29 Jahren wurden der gehfähigen Gruppe zugeordnet. Alle Teilnehmer/innen waren mit einem Hilfsmittel (Krücken oder Rollator) zumindest über eine kurze Distanz selbstständig mobil. Trotz alledem bestanden bei allen Teilnehmer/innen gewisse funktionelle Einschränkungen im Alltag.

Die Teilnehmer/innen konnten in die Stufen 2-3 nach dem GMFCS eingeteilt werden. 2 Personen konnten der Stufe 2 (Freies Gehen ohne Gehhilfen) zugeordnet werden und 4 Teilnehmer/innen der Stufe 3 (Gehen mit Gehhilfen). Wie die Abstufungen definiert werden, kann im Kapitel 4.4 nachgelesen werden.

Tabelle 1: Alter, Diagnose, Klassifizierung nach GMFCS und verwendetes Hilfsmittel der Teilnehmer/innen

TN	Alter	Diagnose	GMFCS	Hilfsmittel
1	29	Spastische Tetraparese	3	Rollstuhl, orthopädische Schuhe
2	15	Spastische Diplegie	2	Orthopädische Schuhe
3	13	Spastische Tetraparese	3	Krücken, orthopädische Schuhe
4	16	Spastische Diplegie	3	Rollstuhl, orthopädische Schuhe
5	16	CDG-Syndrom	3	Rollator, Rollstuhl, orthopädische Schuhe, Schutzhelm
6	19	Sturge-Weber-Syndrom	2	keine

Die Inhalte der SITEW bestanden aus grobmotorischen Gruppentherapien, die eine Verbesserung der Dehnfähigkeit, Kraftfähigkeit und Koordination zum Ziel haben. Außerdem sollte die Fortbewegung mit entsprechenden Hilfsmitteln selbstständig erfolgen und die Feinmotorik durch Handprogramme geschult werden. Zusätzlich zu den Therapien wurden adaptierte Sportarten, wie Radfahren, Trampolin springen oder Schwimmen vermittelt. Weitere Inhalte des Tages waren ein Selbstständigkeitstraining (bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Trinken, An- und Ausziehen, Toilette und

5.2. Ablauf

Das Bewegungs- Therapie- und Sportprogramm begann Montag bis Freitag um 09:00 und dauerte bis 15:00. Für Teilnehmer/innen, die nicht unmittelbar in der Nähe des Sommercamps wohnten, bestand die Möglichkeit im Camp zu übernachten, was besonders von den Gästen aus Deutschland in Anspruch genommen wurde. Jene Campteilnehmer/innen wurden auf Grund dessen auch abends unter der Woche beziehungsweise am Wochenende konduktiv mehrfachtherapeutisch betreut und traten erst am Ende der drei Wochen die Heimreise an.

Der Tagesablauf der gehfähigen Gruppe sah wie folgt aus und änderte sich, bis auf geringe Abweichungen, während der drei Wochen nicht.

- *09:00 – 09:45 Radfahren mit Therapierädern*

Von einer externen Firma wurden Therapieräder bereitgestellt, die während des Camps verwendet werden durften. Die speziellen Fahrräder hatten den Vorteil, dass die Füße und Unterschenkel der Teilnehmer/innen an die Pedale fixiert werden konnten und somit mehr Führung für den Tretvorgang vorhanden war. Die meisten Therapiefahrräder waren mit vier oder drei Rädern ausgestattet, wodurch es auch für Personen mit eingeschränkter Gleichgewichtsfähigkeit und posturaler Kontrolle möglich war, ein Fahrrad zu lenken. Teilweise waren die Fahrräder als Doppelsitzer ausgestattet und konnten von zwei Personen gleichzeitig verwendet werden. Um die Tretkraft zu unterstützen konnte bei manchen Fahrradmodellen ein Elektromotor hinzu geschalten werden (siehe Anhang).

- *09:45 – 10:00 Pause/Transfer*

Die Pause wurde meist für eine Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme verwendet.

- *10:00 – 10:30 Mattenprogramm*

Bei Schönwetter wurde das Mattenprogramm in Freien absolviert. Inhalte des Mattenprogramms waren meist diverse Kräftigungs- oder Dehnübungen, die zusammen in der Gruppe absolviert wurden (siehe Anhang).

- *10:30 – 11:45 Gehparcours*

Auch der Gehparcours wurde meistens im Freien abgehalten. Inhalte waren dabei das Gehen über Hindernisse, Gehen mit Zusatzaufgaben oder Gehen/Stehen auf labilen Unterlagen. Der Gehparcours sollte so gut als möglich selbstständig durchgeführt werden.

- *12:00 – 12:45 Trampolin/Schwimmen (Di, Do)*

Das Trampolinspringen wurde einerseits zur Tonusregulierung und andererseits zur Rumpfkräftigung eingesetzt. Zwei Mal pro Woche fand Schwimmtherapie statt, wobei die dabei verfolgten Ziele von der Leistungsfähigkeit der Teilnehmer/innen abhingen.

- *12:45 – 13:00 Transfer*

In diesem Zeitraum fand der Transfer vom Freigelände beziehungsweise Schwimmbad zu den Essensräumlichkeiten statt.

- *13:00 – 14:00 Essen*

Das Selbstständigkeitstraining erfolgte über den gesamten Tag verteilt, da von den Teilnehmer/innen stets Eigenaktivität gefordert wurde. Diese Selbstverantwortung stand auch beim Essen und Trinken im Vordergrund.

- *14:00 – 15:00 Kognitivprogramm*

Das Kognitivprogramm zielte auf eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und des Konzentrationsvermögens ab, was in spielerischer Art und Weise trainiert wurde.

5.3. Das Setting

Die SITEW wurden in der De La Salle Schule Strebersdorf veranstaltet. Die vorhandene Infrastruktur machte es möglich den Teilnehmer/innen Inhalte zu bieten, die in den normalen Schulalltag nicht integrierbar sind. Es standen ein weitläufiges Freigelände mit Spielplatz, Fußballplatz inklusive Laufbahn und Trampolinen zur Verfügung. Auch die Straßen rund um die Schule waren wenig frequentiert, was Fahrradausflüge möglich und sicher machte. Des Weiteren bestand die Möglichkeit das Hallenbad sowie die Räumlichkeiten der Schule mit zu benützen. Die Klassenzimmer wurden teilweise in Therapie-, Büro-, oder Essensräume umfunktioniert. Die Distanzen zwischen Schwimmbad, Sportplatz und dem Schulgebäude waren sehr gering, was einen reibungslosen und zeitökonomischen Übergang zwischen den einzelnen Therapie- und Sportangeboten möglich machte.

6. Untersuchungsdesign

Zur Untersuchung der physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen von Bewegung und Sport auf Kinder mit Cerebralparese erschien dem Autor der vorliegenden Arbeit eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren am geeignetsten.

Motorische Tests zu Beginn und am Ende der SITEW sollten Informationen bezüglich der körperlichen Effekte der Bewegungs- und Sportinterventionen bringen. Mittels der Durchführung von Interviews wurden nicht nur die psychischen und sozialen Auswirkungen erforscht, sondern auch noch weitere Details zu den physischen Effekten erhoben.

Vor der Datenerhebung wurde von allen verfügbaren Eltern eine schriftliche Einverständniserklärung für die Erlaubnis zur Verwendung der erhobenen Daten und Fotos eingeholt. Des Weiteren wurden die Eltern über die Testabläufe informiert. Auch von den Interviewpartner/innen wurde ein schriftliches Einverständnis für die Aufzeichnung und Auswertung der Interviews eingefordert (siehe Anhang).

Im Folgenden werden nun die quantitativen und qualitativen Untersuchungsmethoden näher dargestellt.

6.1. Quantitative Verfahren

Die grobmotorische Testung erfolgte mittels Gross Motor Function Measurement sowie des Timed up and go Tests, welche zu Beginn und am Ende der 3-wöchigen Bewegungs- und Sportinterventionen durchgeführt wurde.

Gross Motor Function Measurement (GMFM)

Der GMFM wurde entwickelt, um die motorische Entwicklung von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen zu beschreiben. Er besteht aus 88 Einzelaufgaben, die sich auf fünf motorische Dimensionen wie Liegen & Rollen, Sitzen, Krabbeln & Knien, Stehen sowie Gehen-Rennen-Springen beziehen (Kirschner & Linder, 2006). Dieses Testverfahren wurde unter anderem auch deswegen ausgewählt, da es laut Lohse-Busch (2003) den bis dato einzigen validen Test für die Beurteilung grobmotorischer Fähigkeiten darstellt.

Durchführung

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden jedoch nicht alle 88 Einzelaufgaben getestet, sondern die ausgewählten Testparameter richteten sich nach den höchsten motorischen Funktionen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Da sich alle Teilnehmer/innen mit Hilfsmittel (Rollator oder Krücken) zumindest über eine kurze Distanz selbstständig fortbewegen konnten, wurden die Kategorien D (Stehen) und E (Gehen, Laufen, Springen) getestet.

Dabei wurde vorrangig die Gleichgewichts- und Gehfähigkeit der Teilnehmer/innen überprüft. Aufgaben vom freien Stehen bis zum alternierenden Treppensteigen ohne Anhalten wurden dabei getestet. Die Kategorie D „Stehen“ besteht aus 13 Einzelaufgaben, die den Stand in seinen unterschiedlichen Ausprägungen evaluieren soll. Es sollen unterschiedliche statische Standformen, wie das freihändige Stehen oder der Einbeinstand eingenommen werden. Die Überprüfung des dynamischen Stehens meint die Fähigkeit den Stand aus unterschiedlichen Positionen, wie dem Kniestand, Sitz auf einer Bank oder dem Boden, einzunehmen. Das Bewältigen von Zusatzaufgaben, wie das Aufheben eines Gegenstandes vom Boden während des Standes ist ebenfalls Inhalt der Kategorie „Stehen“ (Russell et al., 2006).

Innerhalb der Dimension E werden die kindlichen Fähigkeiten des Gehens, Laufens und Springens überprüft. Getestet werden verschiedene Formen des Gehens, wie seitwärts, vorwärts oder rückwärts gehen. Auch das Gehen mit schmaler Spurbreite und mit hohem Kniehub wird überprüft. Außerdem wird die Fähigkeit des Treppensteigens hinauf oder hinunter evaluiert sowie des Springens am Stand und von einer Erhöhung (Russell et al., 2006). Die genaue Beschreibung der Testitems kann im Anhang nachgelesen werden. Bei der Testung wurde versucht so gut als möglich die allgemeinen Richtlinien zur

Durchführung des GMFM, wie von Russell et al. (2006) beschrieben, einzuhalten. Jedoch bestanden dahingehend Abweichungen, die am Bewertungsbogen dokumentiert wurden. Beispielsweise wurde die Testung von manchen Teilnehmer/innen mit orthopädischen Schuhen durchgeführt, was an sich nicht vorgesehen ist. Vor der Testdurchführung erfolgte eine Klassifizierung der motorischen Beeinträchtigung der Teilnehmer/innen mittels GMFCS (siehe Kapitel 4.4). Des Weiteren wurden die Testbedingungen, wie Raum, Bekleidung, Uhrzeit, Hilfsmittel sowie weitere anwesende Personen auf dem Beurteilungsbogen dokumentiert.

Equipment

Für die Durchführung der einzelnen Testaufgaben, war folgender Materialaufwand notwendig:

- 1 Rolle Isolierband (=Gerade mit 6 Metern Länge und 2cm Breite; zwei Geraden mit einem Abstand von 20cm und einer Länge von 6 Metern)
- 1 Matte (Airex-Matte)
- 1 Kleiner Gegenstand (Uhr)
- 1 Parkbank (Sitzbereich entspricht einer niedrigen Bank; Lehne entspricht der hohen Bank)
- 1 Stoppuhr
- 1 Stab
- 1 großer Gegenstand (Ball)
- 1 5 stufige Treppe mit Geländer

Bewertung der Testaufgaben

Die Teilnehmer/innen hatten pro Aufgabe maximal drei Versuche, wobei die beste Ausführung bewertet wurde. Bei der Beurteilung der Aufgaben orientierte sich der Untersucher an den speziellen Richtlinien zur Bewertung der einzelnen Testaufgaben, welche bei Russel et al. (2006) nachgelesen werden können.

Die Aufgaben werden mit folgendem Punkteschlüssel bewertet:

- 0=initiiert nicht
- 1=initiiert (die Aufgabe wird zu weniger als 10% bewältigt)
- 2=vervollständigt teilweise (die Aufgabe wird zu 10 bis 99% bewältigt)
- 3=vervollständigt die gestellte Aufgabe (die Aufgabe wird zu 100% bewältigt)
- NT=nicht getestet (falls die Aufgabe nicht durchgeführt wird)

Da ein Vorher/Nachher-Vergleich der Testpersonen angestrebt wurde und kein Vergleich mit anderen Gruppen vorgenommen werden sollte, erfolgte die Auswertung mittels

Addition der erreichten Punkte und weicht somit von der in der Literatur (Russel et al., 2006) beschriebenen Berechnung der Gesamtbewertung ab.

Timed „Up & Go"-Test

Der Timed „Up & Go"-Test findet heutzutage seine Anwendung eher in der Geriatrie. Er wurde zur Bestimmung des Sturzrisikos bei älteren Personen entwickelt. Obwohl der Timed „Up & Go"-Test primär für die Bestimmung des Sturzrisikos bei älteren Personen entwickelt wurde, wird der Test auch bei Schlaganfall-Patient/innen angewandt (Ng SS & Hui-Chan CW, 2005).

Da die cerebrale Schädigung sowohl bei Menschen mit Cerebralparese als auch bei Insultpatient/innen vorhanden ist, integrierte der Autor der vorliegenden Arbeit den Timed „Up & Go"-Test in seine Testbatterie.

Durchführung

Die Testaufgabe besteht darin so schnell als möglich von einem Sessel mit Armlehne ohne fremde Hilfe aufzustehen, drei Meter vorwärts zu gehen, um 180° zu wenden und wieder auf dem Ausgangsstuhl Platz zu nehmen. Je nach Leistungsfähigkeit können auch Gehhilfen verwendet werden, was jedoch im Testprotokoll notiert wird.

Equipment

Für die Durchführung des Tests ist folgender Materialbedarf notwendig:

- 1 Sessel inklusive Armlehne
- 1 Maßband
- 1 Gegenstand als Wendemarke
- 1 Stoppuhr

Bewertung

Eine benötigte Zeitdauer von weniger als 10 Sekunden bedeutet eine uneingeschränkte Alltagsmobilität. Benötigt man für die Aufgabe zwischen 10 und 19 Sekunden, ist dies mit einer geringen Mobilitätseinschränkung gleichzusetzen. Dauert der Test jedoch zwischen 20 und 30 Sekunden, hat die Einschränkung bezüglich der Mobilität eine Alltagsrelevanz und sollte abgeklärt werden. Mehr als 30 Sekunden sind ein Indikator für eine ausgeprägte Mobilitätseinschränkung (Podsiadlo & Richardson, 1991). Da lediglich ein Vorher-Nachher-Vergleich angestrebt wurde, erfolgte eine Dokumentation der jeweils benötigten Zeitdauer in Sekunden. Von einer Klassifizierung nach Podsiadlo & Richardson (1991) wurde Abstand genommen.

Testprotokolle

Im Folgenden werden die Testbedingungen der Erstmessung und der Abschlussmessung dargestellt.

Die Anfangsuntersuchung wurde am Beginn und die Abschlussuntersuchung am Ende der SITEW durchgeführt. Aus zeitökonomischen Gründen und der Verfügbarkeit der benötigten Materialien wurde die Testung im Freien abgehalten, wodurch auch eine Dokumentation der Testbedingungen wie Außentemperatur und Wetterlage erfolgte.

Tabelle 2: Testprotokolle der Erst- und Abschlussmessung

	Datum	**Zeitpunkt**	**Außentemp./ Wetterlage**
Erstmessung	12.07.2011	09:00 – 12:00	28°; sonnig
Abschlussmessung	29.07.2011	09:00 – 12:00	22°; windig

Datenanalyse

Die statistische Analyse der Daten wurde mittels SPSS für Windows durchgeführt (Version: 16.0, SPSS INC., Chicago, IL). Auf einem α-Niveau von 5% wurde die Signifikanz der Ergebnisse überprüft (Untersteiner, 2007). Ob ein signifikanter Unterschied zwischen der Erst- und der Abschlussmessung bezüglich der erreichten Punkteanzahl beim Gross Motor Function Measurement bzw. der benötigten Sekundenanzahl beim Timed „Up and Go"-Test vorlag, wurde mittels eines abhängigen t-Tests überprüft. Die Voraussetzungen eines metrisches Skalenniveaus, sowie einer Normalverteilung der Daten musste laut Untersteiner (2007) für die Berechnung des t-Tests für abhängige Stichproben gegeben sein. Nicht nur bei der Messung der Zeit in Sekunden sondern auch bei der Punkteanzahl des GMFM können Verhältnisse gebildet werden, wodurch die Daten als metrisch bezeichnet werden können und ein Rationalskalenniveau gegeben ist (Untersteiner, 2007). Eine Überprüfung der Normalverteilung des vorhandenen Datenmaterials wurde an Hand des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests durchgeführt und war bei allen Stichproben gegeben (Untersteiner, 2007).

6.2. Qualitative Verfahren

Als Verfahren zur qualitativen Analyse wurde das problemzentrierte Interview gewählt. Es lässt den Interviewten/die Interviewte möglichst frei erzählen, was einer offenen Gesprächsbasis sehr nahe kommt. Es ist jedoch auch auf eine gewisse Fragestellung fokussiert, was ein Abschweifen vom Thema verhindern soll. Dazu wird die zu erforschende Thematik im Vorfeld analysiert und ein Leitfragenkatalog erstellt, der vom Interviewten/von der Interviewten beantwortet werden soll (Mayring, 1996).

Ablauf

Abbildung 3 soll den Ablauf des problemzentrierten Interviews darstellen.

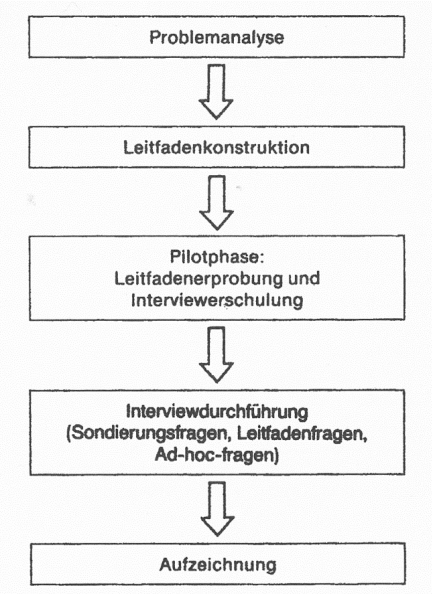


Abbildung 3: Verlauf eines problemzentrierten Interviews (Mayring 1996, S. 53)

Nach einer Problemanalyse (siehe Kapitel 0) erfolgte die Konzeption eines speziellen Leitfadens für die interviewten Personen. Es wurde sowohl für Kinder als auch für Eltern und Konduktor/innen ein gesonderter Leitfaden erstellt (siehe Anhang).

Das Gespräch setzt sich aus Sondierungsfragen, die als Einführung gedacht sind, Leitfadenfragen sowie Ad-hoc-Fragen zusammen (Mayring, 1996). Ad-hoc-Fragen scheinen nicht im Leitfaden auf, sondern ergeben sich aus dem Gesagten der interviewten Person und sind für die Thematik bzw. für den Erhalt des Gesprächsflusses bedeutsam (Mayring, 1996). In der Pilotphase erfolgte eine Auseinandersetzung mit den Regeln der Interviewführung, um ein möglichst effektives Outcome zu erlangen. Dabei bezog sich der Interviewer vor allem auf Gläser & Jaudel (2006), die beispielsweise der Ansicht sind, dass die größte Kunst des Interviewers/der Interviewerin das Aktive Zuhören ist. Aktiv zuzuhören bedeutet einerseits sich auf das Gesagte des Gegenübers zu konzentrierten und ihm deutlich zu machen, dass er verstanden wird und andererseits herauszufiltern welche Informationen noch für die zu erforschende Thematik von Bedeutung sind. Ein weiterer wesentlicher Punkt, der versucht wurde umzusetzen ist jener, dass man Pausen zulassen sollte, und nicht jede Leere mit einer neuen Fragen füllen sollte, da so möglicherweise wertvolle Informationen nicht Preis gegeben werden können (Gläser & Jaudel, 2006). Laut Gläser & Jaudel (2006) ist es sehr wichtig, dass die Fragestellung flexibel gestaltet wird. Die Gesprächssituation sollte im Idealfall einem

Alltagsgespräch nahekommen, wobei Antworten des/der Interviewten auf ein neues Thema überleiten sollten. Wird ein Leitfaden starr abgefragt, erfolgt die Überleitung zwischen den Themen sehr plötzlich und es kann auf Seiten des Interviewpartners/der Interviewpartnerin ein Gefühl des „Verhörtwerdens“ entstehen. Paraphrasieren ist laut Gläser & Jaudel (2006) ein probates Mittel um Nicht-Verstandes aufzuklären. Dabei wird die Frage so formuliert, wie der/die Interviewer/in das Gesagte verstanden hat.

Durchführung

Es wurden insgesamt zehn Interviews geführt. Zwei Kinder bzw. Jugendliche, vier Mütter, drei Konduktor/innen sowie eine Mutter, die auch als konduktive Mehrfachtherapeutin arbeitet, wurden zu den verschiedensten Themen befragt. Die Analyse der Meinungen von betroffenen Kindern und deren Bezugspersonen wurde bewusst gewählt, da so die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit aus verschiedenen Blickwinkeln gesehen wird. Um die Interviews trotzdem vergleichbar zu machen, wurden die zu erforschenden Dimensionen sowohl in die Leitfäden der Jugendlichen, als auch der Eltern und Konduktor/innen integriert. Dabei handelt es sich um die psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen von Bewegung und Sport allgemein und der Sommer-Intensivtherapie und Erlebnis-Wochen im speziellen.

Datenanalyse

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring. Laut Mayring (2000) vereint jene Forschungsmethode die Vorteile von qualitativen und quantitativen Verfahren und ermöglicht somit eine bessere Darstellung des tatsächlichen Sachverhalts. So führt zum Beispiel Mayring (1996) aus, dass eine Vernachlässigung von qualitativem Denken zu verzerrten und fehlerhaften Resultaten führen kann. Mittels der Inhaltsanalyse sollen erhobene Daten in Textform wissenschaftlich analysiert werden (Knapp, 2005). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgt in neun Schritten und wird im Folgenden dargestellt (Flick, 2009).

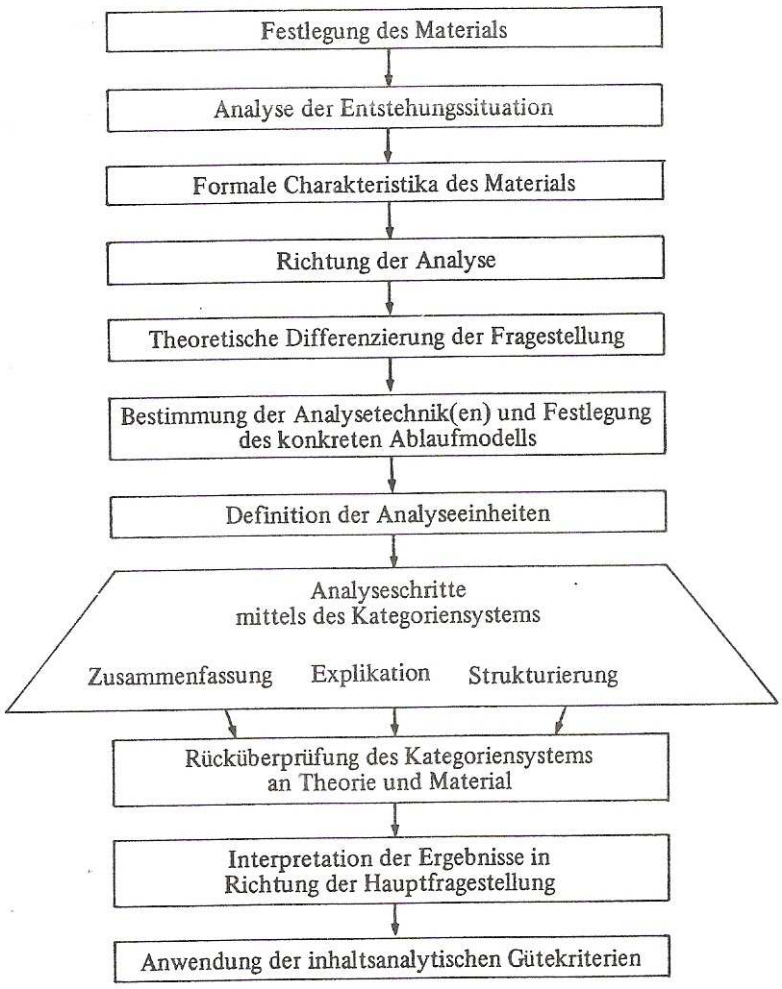


Abbildung 4: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1997, S. 54)

Festlegung des Materials

Als Grundlage der Inhaltsanalyse werden nicht die vollständigen Transkripte der Interviews herangezogen, sondern nur bestimmte Abschnitte der Befragungen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen als relevant erscheinen (Flick, 2009).

Analyse der Entstehungssituation

Schritt zwei der Inhaltsanalyse ist die genaue Dokumentation der Entstehungssituation der Interviews (Mayring, 1997). Die Interviews wurden am Ende der Sommer-Intensivtherapie und Erlebnis-Wochen durchgeführt. Ein Großteil der Befragungen fand während der Mittagspausen in einem zu einem Therapieraum umfunktionierten Klassenzimmer der De La Salle Schule in Strebersdorf (1210 Wien) statt. Zwei Interviews wurden auf Grund von mangelnden zeitlichen Ressourcen der Eltern in deren Wohnung in Wien durchgeführt.

Tabelle 3: Analyse der Entstehungssituation der Interviews

Interview	Datum/Zeit	Aufnahmetechnik	Anwesende Personen	Ort	Dauer (in Minuten)
K/E1	26.7.2011	Laptop	Konduktorin/Mutter 1	De La Salle Schule Strebersdorf	32
Ko1	26.7.2011	Laptop	Konduktorin 1	De La Salle Schule Strebersdorf	34
Ko2	27.7.2011	Laptop	Konduktor 2	De La Salle Schule Strebersdorf	54
Ko3	28.7.2011	Laptop	Konduktor 3	De La Salle Schule Strebersdorf	17
Ki1	28.7.2011	Laptop	Kind 1	De La Salle Schule Strebersdorf	19
Ki2	28.7.2011	Laptop	Kind 2, 1 weiteres Kind	De La Salle Schule Strebersdorf	20
E1	29.7.2011	Laptop	Mutter 1	De La Salle Schule Strebersdorf	31
E2	29.7.2011	Laptop	Mutter 2	De La Salle Schule Strebersdorf	19
E3	1.8.2011	Laptop	Mutter 3, Tochter	Privatwohnung 1210 Wien	33
E4	1.8.2011	Laptop	Mutter 4, Vater	Privatwohnung 1210 Wien	20

Formale Charakterisierung des Materials

Zehn Interviewtranskripte von betroffenen Kindern, Eltern beeinträchtigter Kinder und Konduktor/innen dienen der Inhaltsanalyse als Grundlage. Alle Interviews wurden mittels eines Laptops aufgezeichnet und im Anschluss daran verschriftlicht. Um aus dem tatsächlich Gesagten noch mehr Informationen zu erhalten, wurden bei der Transkription Pausen, Betonungen, Laustärken sowie Gefühlsregungen gekennzeichnet.

Dabei erfolgte eine Anlehnung an die Richtlinien der Transkription von Bohnsack et al. (2001)

Tabelle 4: Transkriptionszeichen angelehnt an Bohnsack et al. (2001, S. 363)

Transkriptionszeichen	Bedeutung
(.)	Pause von bis zu einer Sekunde
(n)	n=Anzahl der Sekunden, wie lange die Pause andauert
ja	Betonung des Wortes oder einer Aussage
ja	Eine „fette“ Formatierung der Textstelle bedeutet, dass der Tonfall lauter ist, als die übliche Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin
°ich kanns ja auch lassen°	Die Lautstärke des Gesprochenen ist leiser als üblich.
?n?	n=Anzahl der Sekunden so lange eine unverständliche Äußerung auftritt
(Handy läuten)	In Klammer werden Gründe für Unterbrechungen des Interviews angeführt
Eventu-	Abbruch eines Wortes
@(.)@	Kurzes Auflachen
@(n)@	n=Anzahl der Sekunden so lange gelacht wird

Richtung der Analyse

Während dieses Schrittes soll bestimmt werden, was eigentlich mit der Interpretation des vorhandenen Datenmaterials erreicht werden soll. So führt Mayring (Mayring 1997, S. 50) aus, dass die Analyse eines Textes unterschiedliche Richtungen annehmen kann.

> *„Man kann den im Text behandelten Gegenstand beschreiben, man kann etwas über den Textverfasser oder die Wirkungen des Textes bei der Zielgruppe herausfinden.“*

Im Zuge der Auswertung der Interviews mit den Konduktor/innen, Eltern und Kindern soll ein Gegenstand beschrieben werden, der im nächsten Schritt näher erläutert wird.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung der Analyse

Darunter ist zu verstehen, dass sich die Fragestellung aus einer intensiven Analyse des derzeitigen Forschungsstands ergibt, an diesem anknüpft und somit einen Wissenszuwachs als Ziel hat (Mayring, 1997). Eine Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur zur Thematik der Forschungsfrage kann einerseits in der Einleitung der Diplomarbeit (Kapitel 0), sowie in den Kapiteln 2 bis 4 nachgelesen werden. Aus dieser Recherchetätigkeit ergibt sich nun das Ziel der vorliegenden Arbeit. Es sollen Informationen über die sozialen, psychischen und physischen Veränderungen gezielter Bewegungs- und Sportangebote auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen

Bewegungsstörungen gesammelt werden. Das Ziel der Arbeit soll durch die Beantwortung der zentralen Fragestellung erreicht werden, die wie folgt lautet:

Welche physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen haben gezielte Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen eines Sommercamps auf Jugendliche mit cerebralen Bewegungsstörungen?

Zur genaueren Differenzierung der Fragestellung wurden Unterfragen und Hypothesen formuliert und können im Kapitel 0 nachgelesen werden.

Bestimmung der Analyse-Technik

Die Inhaltsanalyse erfolgte mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Flick, 2009). Dabei wird versucht aus dem vorhandenen Datenmaterial eine gewisse inhaltliche Struktur herauszufiltern. Es wird die erhobene Datenmenge bestimmten Kategorien oder auch Inhaltsbereichen zugeordnet und möglichst ohne Informationsverlust auf das Wesentliche zusammengefasst (Flick, 2009). Jene Aussagen, die zu einer der Kategorien passen, werden aus dem gesamten Interviewtranskript exzerpiert (Mayring, 1997). Die strukturierende Auswertung der Interviews an Hand der Kategorien kann in Kapitel 7.3 nachgelesen werden. Um die zentrale Fragestellung aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten wurden die Kategorien der sozialen, psychischen und physischen Auswirkungen von Bewegung und Sport sowie der Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen, sowohl zur Analyse der Interviews der Kinder und Eltern, als auch der Konduktor/innen gebildet. Außerdem macht eine Bildung der gleichen Kategorien, die Aussagen der drei Gruppen miteinander vergleichbar.

Im Folgenden sind die Kategoriesysteme für die Interviews mit den Konduktor/innen, Eltern und Kindern dargestellt.

Tabelle 5: Kategoriesystem zur Analyse der Interviews mit den Konduktor/innen

Kategoriennr.	Kategorie	Inhalt Konduktor/innen
T1	Allgemeine Daten	Name, Alter Ausbildung Erfahrung im Behindertenbereich und –sport
T2	Physische Auswirkungen von Bewegung und Sport	Physische Effekte von Bewegung und Sport
T3	Psychische Auswirkungen von Bewegung und Sport	Psychische Effekte von Bewegung und Sport
T4	Soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport	Soziale Effekte von Bewegung und Sport
T5	Motive für/Erwartungen von Teilnahme an Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen (SITEW)	Psychische, physiche, soziale Ziele?
T6	Psychische Veränderungen während/nach den SITEW	Motivation Stimmung
T7	Physische Veränderungen während/nach den SITEW	Gleichgewichtsfähigkeit Gehfähigkeit Aufrichtung Aktivitäten des täglichen Lebens
T8	Soziale Veränderungen während/nach den SITEW	Soziale Kontakte Beziehung zu Bezugspersonen

Tabelle 6: Kategoriesystem zur Analyse der Interviews mit den Eltern

Kategoriennr.	Kategorie	Inhalt Eltern
P1	Allgemeine Daten	Familiäre Situation Wohnsituation Alter, Name
P2	Krankengeschichte	Ursache der Schädigung (Geburtstrauma?) Krankheitsverlauf Schwangerschaftsdauer/-probleme Geburtsverlauf Diagnose Therapien Hauptprobleme und assoziierte Probleme Funktionelle Beeinträchtigungen
P3	Alltag des Kindes	Tagesablauf Schule Hilfsmittel Sport- und Therapieangebot
P4	Physische Auswirkungen von Bewegung und Sport	Physische Effekte von Bewegung und Sport
P5	Psychische Auswirkungen von Bewegung und Sport	Psychische Effekte für Bewegung und Sport
P6	Soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport	Soziale Effekte von Bewegung und Sport
P7	Motive für/Erwartungen von Teilnahme an Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen (SITEW)	Psychische, physische, soziale Ziele? Beschäftigungstherapie? Erholung vom Alltag?

P8	Psychische Veränderungen während/nach den SITEW	Motivation Stimmung
P9	Physische Veränderungen während/nach den SITEW	Gleichgewichtsfähigkeit Gehfähigkeit Aufrichtung Aktivitäten des täglichen Lebens
P10	Soziale Veränderungen während/nach den SITEW	Soziale Kontakte Beziehung zu Bezugspersonen

Tabelle 7: Kategoriesystem zur Analyse der Interviews mit den Kindern

Kategoriennr.	Kategorie	Inhalt Kinder
C1	Allgemeine Daten	Familiäre Situation Wohnsituation Alter, Name
C2	Krankengeschichte	Ursache der Schädigung (Geburtstrauma?) Krankheitsverlauf Schwangerschaftsdauer/-probleme Geburtsverlauf Diagnose Therapien Hauptprobleme und assoziierte Probleme Funktionelle Beeinträchtigungen
C3	Alltag des Kindes	Tagesablauf Schule Hilfsmittel Sport- und Therapieangebot
C4	Physische Auswirkungen von Bewegung und Sport	Physische Effekte von Bewegung und Sport
C5	Psychische Auswirkungen von Bewegung und Sport	Psychische Effekte von Bewegung und Sport
C6	Soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport	Soziale Effekte von Bewegung und Sport
C7	Motive für/Erwartungen von Teilnahme an Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen (SITEW)	Psychische, physische, soziale Motive?
C8	Psychische Veränderungen während/nach den SITEW	Motivation Stimmung
C9	Physische Veränderungen während/nach den SITEW	Gleichgewichtsfähigkeit Gehfähigkeit Aufrichtung Aktivitäten des täglichen Lebens
C10	Soziale Veränderungen während/nach den SITEW	Soziale Kontakte Beziehung zu Bezugspersonen

Definition der Analyseeinheit

Im Kapitel Auswertung und Interpretation der Kategorien erfolgt nicht nur eine Auswahl der Textpassagen, die für eine Beantwortung der Fragestellungen als relevant

erscheinen, sondern auch eine kurze Zusammenfassung und eine tabellarische Darstellung der Kernaussagen der interviewten Personen.

Analyse des Materials

Eine kurze Zusammenfassung der ausgewählten Textstellen sowie eine tabellarische Darstellung der Kernaussagen der interviewten Personen, sind ebenfalls im Kapitel Auswertung und Interpretation der Kategorien zu finden.

Interpretation

Die Interpretation der Interviews erfolgt im Kapitel 8, in welchem auch eine Beantwortung der zentralen Fragestellung erfolgt.

7. Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel sollen nicht nur die Ergebnisse der motorischen Tests dargestellt werden, sondern auch eine kurze Zusammenfassung und Auswertung der Interviews erfolgen.

7.1. Ergebnisse der motorischen Tests

Deskriptiv konnten sowohl beim Timed „Up & Go"-Test (TUG) (-7,5 Sekunden ± 7,2; n=6) als auch beim Gross Motor Function Measurement (GMFM) (+17,8 Punkte ± 8,2; n=6) im Mittel deutliche Verbesserungen erzielt werden. Auch in den einzelnen Dimensionen D und E des GMFM, die das Stehen (+3,5 Punkte ± 2,5; n=6) sowie das Gehen, Laufen und Springen (+14,3 Punkte ± 7,2; n=6) betreffen, konnten deutliche Punktezuwächse erreicht werden.

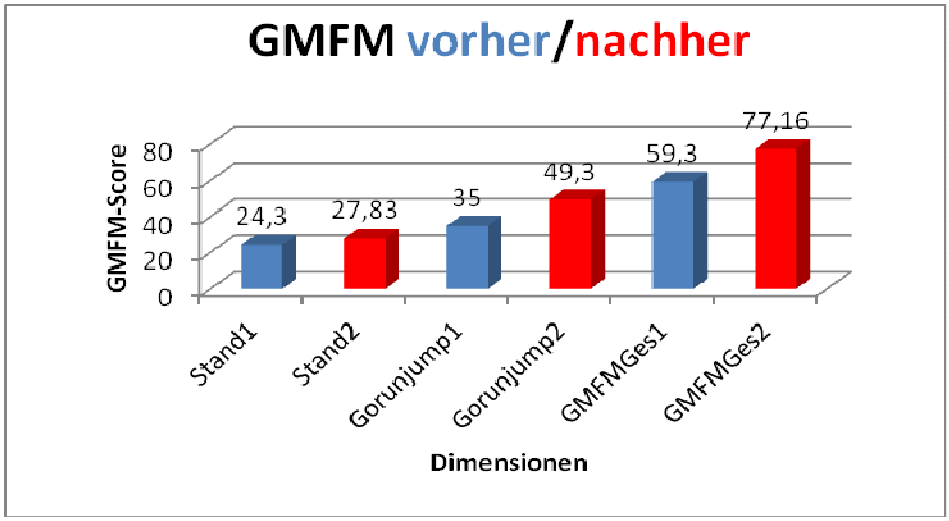


Abbildung 5: Darstellung der im Mittel erreichten Punkteanzahl bezüglich der Dimensionen D (Stand1/2) und E (Gorunjump1/2) sowie aller getesteten Dimensionen (GMFMGes1/2) des GMFM vor und nach der 3-wöchigen Interventionsperiode.

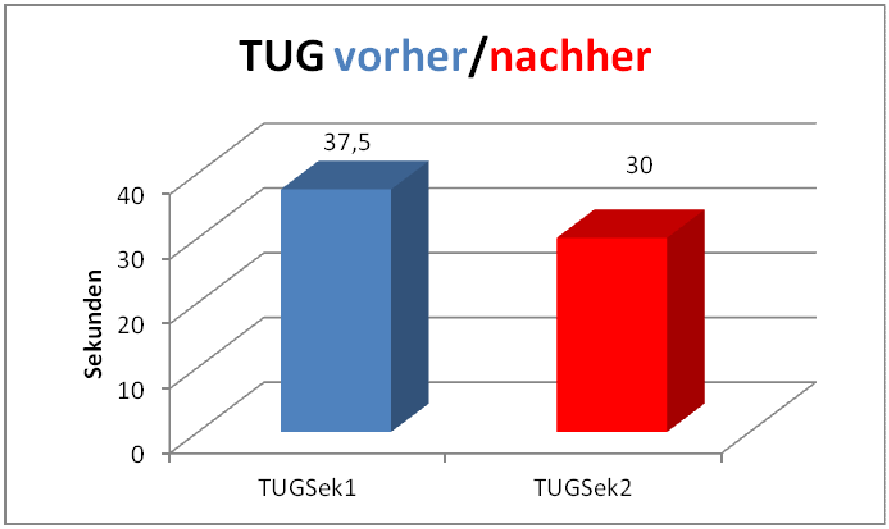


Abbildung 6: Darstellung der im Mittel benötigten Sekundenanzahl für den Timed „Up & Go“ Test vor (TUGSek1) und nach (TUGSek2) der 3-wöchigen Interventionsperiode.

Betreffend die Dimension D des GMFM konnten sich alle Teilnehmer steigern, wobei der geringste Punktezuwachs bei 2 und der deutlichste bei 8 Punkten lag.

In der Dimension E konnte sich während der drei Interventionswochen ein Großteil aller Teilnehmer/innen verbessern. Lediglich ein Teilnehmer erzielte bei der Endtestung dieselbe Punkteanzahl wie beim Ausgangstest. Eine Teilnehmerin erreichte beim zweiten Test einen um 20 Punkte höheren Wert. Betrachtet man die erreichte Gesamtpunkteanzahl beim GMFM, so ist eine großmotorische Entwicklung bei allen Teilnehmer/innen erkennbar. Die geringste Verbesserung betrug 2 und die deutlichste Steigerung 25 Punkte.

Für den TUG wurde bei der Endtestung von allen Teilnehmer/innen weniger Zeit benötigt. Die geringste Differenz zwischen Eingangs- und Ausgangstestung lag bei einer Sekunde und die höchste bei 25 Sekunden.

Tabelle 8: Änderungen betreffend der Punkteanzahl beim GMFM und der Zeitdauer für den TUG-Test nach der 3-wöchigen Interventionsperiode

	Punkteanzahl GMFMGes	**Punkteanzahl GMFM Dim D**	**Punkteanzahl GMFM Dim E**	**Zeitdauer TUG (in Sek)**
Mittelwert	+17,8	+3,5	+14,3	-7,5
Maximalwert	+25	+8	+20	-25
Mininimalwert	+2	+2	0	-1

Als signifikant kann der Unterschied zwischen der ersten und zweiten motorischen Testung jedoch nur bezüglich der Testergebnisse des GMFM bezeichnet werden. So ist die Differenz zwischen Testung 1 und 2 sowohl betreffend der Dimensio „Stehen“ (p=0,019; n=6) als auch der Dimension „Gehen, Stehen, Laufen“ (p=0,005; n=6) und der

Gesamtpunkte des GMFM (p=0,03; n=6) signifikant. Der Unterschied der benötigten Dauer für den Timed „Up & Go“-Test in Sekunden ist knapp nicht signifikant (p=0,051; n=6).

Betrachtet man die Ergebnisse getrennt nach dem GMFCS, so kommt man zu dem Schluss, dass die Proband/innen, die im Vorfeld der Stufe 2 (n=2) zugeordnet wurden, im Mittel deutlichere Verbesserungen beim Item E und der Gesamtpunkteanzahl des GMFM erzielten, als Personen der Stufe 3 (n=4). Ein genau umgekehrtes Ergebnis trat beim Item D und beim TUG-Test auf, wo sich die Proband/innen der Stufe 3 im Mittel mehr steigern konnten.

Tabelle 9: Änderungen betreffend der Punkteanzahl beim GMFM und der Zeitdauer für den TUG-Test nach der 3-wöchigen Interventionsperiode getrennt nach dem GMFCS

	Punkteanzahl GMFMGes	**Punkteanzahl GMFM Dim D**	**Punkteanzahl GMFM Dim E**	**Zeitdauer TUG (in Sek)**
GMFCS 2	+22	+3	+19	+4
GMFCS 3	+15,75	+3,75	+12	+9,25

Bei der Interpretation der Testergebnisse muss jedoch auch beachtet werden, dass die Leistung der Teilnehmer/innen bei den motorischen Tests unter anderem auch von der kognitiven Situation abhängig war. Einige Proband/innen konnten die Aufmerksamkeit bei den Testaufgaben nicht über eine längere Dauer halten, sodass sie mehrere Pausen benötigten, was die geplante Testzeit verlängerte. Bei einer Teilnehmerin war eine innere Unruhe wahrzunehmen, was sich dahingehend auswirkte, dass sie häufig den Testort verließ, um wenig später wieder zurückzukehren, um die Testung doch noch fortzusetzen.

7.2. Kurzzusammenfassung der Interviews

Im Zuge dieses Kapitels wird das Gesagte der interviewten Personen unabhängig von den Kategorien zusammengefasst.

K/E1:

K/E 1 ist Mutter und Konduktorin in Personalunion. Sie ist Mutter von 3 Kindern, wobei ein Kind schwer- und mehrfachbehindert ist. Durch ein Geburtstrauma mit einer Sauerstoffunterversorgung entwickelte sich eine Tetraspastik mit athetotischen Hyperkinesen. Die Diplompsychologin machte eine Ausbildung zur konduktiven Mehrfachtherapeutin und betreute ihren Sohn auf Grund mangelnder Alternativen unter konduktiven Gesichtspunkten zu Hause. Erfahrungen im Behindertensport- bzw. –bewegungsbereich hat sie unter anderem mit Trampolinspringen gemacht, welches sie nicht nur als Bewegungstherapie sondern unter anderem auch zur Sprachförderung einsetzt. Ihrer Ansicht nach unterscheiden sich die Auswirkungen von Bewegung und

Sport auf Kinder mit Cerebralparese nicht wesentlich von jenen für gesunde Menschen. Sie führt aus, dass feinmotorische Bewegung, was nichts anderes als Begreifen ist, eine ganz wichtige Bedeutung für die körperliche, sprachliche und sozialemotionale Entwicklung hat. Ein ganz wesentlicher Aspekt von Bewegung und Sport ist für sie natürlich der Spaßfaktor und das Stresslösungspotenzial. Betreffend der Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen erwähnt sie den großen Vorteil der Gruppe, die Kinder über sich hinauswachsen lässt. Besonders für schwer- und mehrfachbehinderte Menschen kann sie Verbesserungen bezüglich der Kommunikationsfähigkeit feststellen. Konkret erwähnt K/E1, dass ihr Sohn erstmals während dieser SITEW seinen Arm zielgerichtet nach einem anderen Teilnehmer ausgestreckt hat. Für andere, weniger betroffene Kinder steht weniger das Sozialemotionale im Vordergrund, sondern eher die motorischen Aspekte.

Ko1:

Die 55-jährige studierte Musikpädagogin absolvierte 2002 den Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie und konnte Erfahrungen mit Bewegung und Sport bei Kindern mit Behinderung im Rahmen ihrer Tätigkeit im Institut Keil sammeln und sieht dabei enge Zusammenhänge zwischen dem Instrumentalunterricht und der Bewegungserziehung, da es in beiden Fällen um die Analyse und Optimierung von Bewegung geht. Mit ihren Bewegungs- und Sportangeboten verfolgt sie das Ziel die Kinder aus ihren pathologischen Mustern zu holen, beispielsweise den Rollstuhl zu verlassen bzw. die Beuge- oder Streckhaltung zu korrigieren. Vom methodischen Zugang her verfolgt sie den induktiven Lehrweg, da es ihr wichtig ist, dass die Kinder selbst Strategien entwickeln, wie sie zu einer Bewegung kommen und danach wird das „Brauchbare“ davon verwendet um die Bewegung noch weiter zu optimieren. Des Weiteren soll laut Ko1 beim Sport auch der Spaß im Vordergrund stehen, den man sich auch durch motorische Arbeit verdienen sollte. Oft geht bei Ko1 Sport und Therapie Hand in Hand, da sie der Ansicht ist durch sportliche Angebote unterschiedliche therapeutische Ziele verbinden zu können, was durch die höhere Motivation im Sport auch leichter gelingt. Attraktives Material, Vorbilder aus den Medien oder die Wettbewerbssituation können dazu positiv beitragen. Als psychische Auswirkungen von Bewegung und Sport erwähnt sie das Glücksgefühl bei Spielen, in welchem Bereich Kinder mit Behinderung ohnehin Defizite haben. Auch das Erleben von Geschwindigkeit beim Skibob- oder Fahrradfahren, sowie das Erreichen von Tempo und Bewegung beim Fahrradfahren durch eigene Muskelkraft führen zu Freude und Glücksgefühlen. Im sozialen Bereich stellen Sportangebote ihrer Ansicht nach eine Möglichkeit für freiere Kontakte zwischen den Kindern dar, da ein Großteil der Kommunikation im konduktiven Alltag meist über

den/die Konduktor/in läuft. In den SITEW findet sie besonders wichtig, dass sich die sozialen Kontakte der Kinder vergrößern, da die Kinder in unterschiedlichen Gruppen Aufgaben bewältigen. Ko1 konnte auch eine Verbesserung der Stimmungslage der Kinder wahrnehmen, was sicherlich am Erleben von Erfolgserlebnissen liegt. Ihrer Ansicht nach ist das gesamte Setting in einer lockeren und entspannten Atmosphäre dafür ausschlaggebend, dass sich die Kinder kurz vor Beginn der Ferien noch einmal verbessern können. Verbesserungen stellten sich beispielsweise bei den Distanzen die mit dem Fahrrad zurückgelegt werden konnten, was messbare Erfolge sind, die auch den Kindern Auftrieb geben.

Ko2:

Ko2 ist 30 Jahre alt und absolvierte seinen Zivildienst in einer konduktiv-mehrfachtherapeutischen Einrichtung. Er absolvierte zahlreiche Aus- und Fortbildungen im Bereich der konduktiven Förderung, unter anderem den Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie. Als Leiter von Skibob- und Schwimmkursen sowie Sommersportwochen und wöchentlichen Behindertensportkursen hat er einiges an Erfahrungen im Behindertensport aufzuweisen. Einerseits sieht er Sport, wie zum Beispiel das Skibobfahren als eine Möglichkeit therapeutische Ziele zu verfolgen, andererseits steht bei seinen wöchentlichen Sportkursen Spiel und Spaß im Vordergrund. Wichtig ist ihm auch, dass die Kinder erleben oder spüren, dass ihnen Sport und Bewegung gut tut. Die Ziele dabei sind, dass die Kinder Wettspiele erfahren können und dabei ihre eigene Leistungsfähigkeit austesten können. Eine andere Intention von den Bewegungs- und Sportangeboten ist die Schaffung einer sinnvollen Freizeitbeschäftigung für Kinder mit Behinderung, bei der sie sich frei unterhalten und austauschen können. Ko2 erlebt die Kinder beim Sport auch wesentlich anders als im regulären Tagesablauf und führt dies darauf zurück, dass Sport für Kinder mit Behinderung etwas Besonderes, Nicht-alltägliches ist. Als soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport konnte er in seinen Sportkursen die Entwicklung von Teamfähigkeit nennen. Als Beispiel nennt er das selbstständige Anfeuern von Teammitgliedern, wobei sie als Motivatoren/Motivatorinnen in eine andere Rolle schlüpfen. Das Setting in Strebersdorf lässt die Kinder aktiver werden und es besteht auch mehr die Möglichkeit die Kinder selbstverantwortlich zu beschäftigen, da das Gelände sicher ist. Bei den SITEW konnte er im motorischen Bereich Verbesserungen bezüglich der Gehfähigkeit, den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Rumpfkontrolle beim Fahrradfahren oder auch der Auge-Hand-Koordination wahrnehmen. In psychischer oder kognitiver Hinsicht gelang es bei einigen Kindern die Aufmerksamkeit bzw. Konzentration zu steigern. Auch dass sich gewisse Kinder in der Gruppe besser zu Recht finden ist ein Erfolg von Bewegungs- und Sportangeboten.

Ko3:

Die 21-Jährige hat das Bachelorstudium Pädagogik beendet und den Basislehrgang für konduktive Mehrfachtherapie absolviert. Erfahrungen im Behindertensportbereich hat sie mit Schwimmen, Volleyball, Boccia und Skibob. Die Ziele die sie mit ihren Bewegungs- und Sportangeboten verfolgt sind einerseits, dass sich die Kinder selbstständig im Raum bewegen und dass sie miteinander oder mit dem/der Betreuer/in kommunizieren. Auch für sie steht beim Sport der Spaß im Vordergrund, und es soll eine Abwechslung zum Therapiealltag sein, obwohl sich der Sport ihrer Ansicht nach auch dafür eignet, motorische Ziele zu verfolgen. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass die Kinder durch Bewegung und Sport offener für neue Dinge werden, weil es etwas Neues, etwas Anderes ist, was Ihnen einfach Spaß macht. Außerdem ist ihrer Ansicht nach bei manchen Kindern die Aufmerksamkeit im Sport höher als während des normalen Tagesablaufes. Ein großer Vorteil der Sportangebote ist auch, dass den Kindern dadurch der direkte Kontakt ermöglicht wird, den sie sonst sehr wenig haben. Außerdem kann sie bei Behindertensportkursen die Entwicklung einer Gruppendynamik erkennen. Entwicklungen in motorisch/funktioneller Hinsicht hat sie bei den Bewegungs- und Sportkursen ebenfalls wahrnehmen können, hängen aber stark vom Umfeld und der Motivation des Kindes ab. Als Beispiele nennt Ko3 Verbesserungen bezüglich der Fahrgeschwindigkeit sowie der Auge-Hand-Koordination. Betreffend die SITEW konnte sie erkennen, dass es jene Kinder, die in der Gruppe Probleme hatten, geschafft haben sich zu integrieren. Außerdem konnte sie innerhalb der von ihr betreuten Gruppen die Entwicklung eines Teamspirits und Zusammenhalt feststellen. Als motorische Verbesserungen erwähnt sie eine Verbesserung der Gehfähigkeit, was sich in einem koordinierteren Gangbild zeigt, des Gleichgewichts sowie der Oberkörperaufrichtung. Andere Kinder konnten sich wiederum in den Bereichen der Auge-Hand-Koordination sowie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens steigern.

E1:

E1 ist Mutter einer 13-jährigen Tochter mit beinbetonter Tetraparese. Die cerebralen Schädigungen sind auf Blutungen zurückzuführen. Bereits ab dem sechsten Lebensmonat wurde mit Physiotherapie begonnen. Vojta- und Bobaththerapie wurden in Anspruch genommen. Die Hauptprobleme ihrer Tochter sind laut E1 die gleichen Probleme jedes pubertierenden Kindes und zwar der Übergang vom Kind-sein in ein selbstständigeres Leben, was sich auf Grund ihrer Behinderung nur verstärkt. Im Alltag ist ihre Tochter dadurch eingeschränkt, dass sie nicht frei gehen kann. Das erklärte Therapieziel der Mutter ist das Erreichen einer größtmöglichen Selbstständigkeit der Tochter. Mit 2 Stöcken ist die Tochter selbstständig mobil und verwendet zusätzlich noch

als Hilfsmittel einen Rollstuhl, ein Handbike, ein Therapierad eine Brille sowie ein Hörgerät. Die Tochter besucht eine Integrationsschule wo sie teilweise am Sportunterricht teilnimmt und teilweise Einzelphysiotherapie bekommt. Laut E1 sind Therapie und Sport zwei unterschiedliche Paar Schuhe. Physiotherapie macht sie damit sie die Beweglichkeit erhält und weil es ihr körperlich gut tut. Sport hält E1 dafür geeignet Selbstvertrauen durch Erfolgserlebnisse aufzubauen. Die Mutter E1 ist aber schon der Ansicht, dass durch den Sport therapeutische Ziele mit unterstützt werden können, jedoch die harte Arbeit im Rahmen der Physiotherapie passiert. E1 kritisiert jedoch, dass es in ihrer Umgebung sehr wenig Behindertensportangebote gibt, was gerade für bewegungsgestörte Kinder wichtig wäre, um von den sozialen und psychischen Aspekten des Breitensports profitieren zu können. Durch Sport in der Gruppe können die sozialen Kompetenz gestärkt werden, was dazu beiträgt, dass der individuelle Platz in der Gesellschaft gefunden werden kann. Laut E1 sind die SITEW für ihre Tochter eine enorm wichtige Sache, da sie dort ihre langjährigen Freunde trifft und sie selbstständig verreisen kann. Nach den SITEW konnte E1 bei ihrer Tochter ein vergrößertes Selbstvertrauen wahrnehmen. Dies führt sie auch darauf zurück, dass sie dort viele Kinder sieht, deren Beeinträchtigungen noch schwerwiegender sind als die eigenen. Verbesserungen bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens oder der Gleichgewichtsfähigkeit waren nur minimal ausgeprägt, die die Mutter aber auch nicht erwartet hat. Ihrer Ansicht nach geht es im Alter ihrer Tochter bereits darum den Abfall der körperlichen Leistungsfähigkeit möglichst gering zu halten.

E2:

Die Tochter von E2 leidet unter dem Sturge-Weber-Syndrom. Therapieerfahrung hat die Tochter mit Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie, wobei zum jetzigen Zeitpunkt nur noch konduktive Therapieangebote in Anspruch genommen werden, was zweimal pro Woche ambulant erfolgt. Das Hauptproblem ihrer Tochter sieht E2 im psychischen Bereich und beschreibt dieses so, dass sich ihre Tochter in vielen Dingen selbst im Weg steht. Im motorischen Bereich hat sie auf Grund der Krampfanfälle eine Hemiparese, wodurch sich Schwierigkeiten bezüglich der Feinmotorik ergeben. Das Therapieziel von E2 ist eine Vergrößerung der Selbstständigkeit, was durch eine Vermehrung von konduktiven Förderangeboten erreicht werden könne. Die Tochter von E2 fährt gerne Fahrrad, was sich dahin gehend auswirkt, dass sie ausgeglichener ist. Die SITEW hält sie dafür geeignet, dass sich ihre Tochter auspowern kann, dass sie auch andere Kinder mit Handicaps sieht und dass sie Erfolgserlebnisse hat. Die Mutter E2 wollte ihre Tochter an den SITEW teilnehmen lassen, damit sie aktiv sein und sich bewegen kann, da auch die Werkstätte, in der sie arbeitet, Urlaub hat. Die Gruppe hält sich für ein geeignetes Mittel, um ihre Tochter zu mehr Aktivität zu motivieren.

E3:

E3 ist Mutter eines Mädchens, welches an einer Diplegie als Ausprägung einer Cerebralparese leidet. Die cerebrale Schädigung entstand auf Grund einer Sauerstoffunterversorgung bei der Geburt. Es wurden zahlreiche Therapien wie Adeli-, Tomatis-, Schwimm- oder Bobaththerapie in Anspruch genommen. Die Mutter E3 gibt an, dass sie bis neuneinhalb Jahren versucht hat ihre Tochter so gut als möglich im motorischen Bereich zu fördern. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Tochter psychotisch, sodass sie jetzt die psychische Situation ihrer Tochter als Hauptproblem sieht. Die Tochter verwendet als Hilfsmittel orthopädische Schuhe und ist selbstständig mobil. Sie reitet einmal pro Woche und nimmt in der Schule an Bogenschieß- und Schwimmtherapien teil. E3 stellt das Soziale sehr stark in den Vordergrund, da sie angibt, dass ihre Tochter auf Grund eines Klassenwechsels sozial sehr isoliert gewesen sei. Damit begründet sie auch die psychischen Veränderungen ihrer Tochter. Sport sieht sie als eine Möglichkeit Erfolgserlebnisse zu erfahren, um somit Selbstvertrauen zu entwickeln. Außerdem bereitet der Tochter die sportliche Betätigung Spaß. Die positiven Effekte des Reitens sind eine bessere Aufrichtung sowie eine verbesserte Gangqualität. Die SITEW sieht E3 als Unterbringungsmöglichkeit für ihre Tochter in den Sommermonaten und hat an diese Wochen keine speziellen Erwartungen. Ihr ist aufgefallen, dass die Tochter in den ersten Wochen bereits am frühen Abend völlig erschöpft zu Bett gegangen ist und dass sie generell psychisch sehr ausgeglichen gewirkt hat. Das Treffen von Freundinnen war für die Tochter von E2 ausschlaggebend dafür, dass sie die SITEW absolviert hat.

E4:

E4 ist Mutter eines Kindes, welches am CDG-Syndrom leidet. Auf Grund der Pathologie hat ihr Sohn Probleme das Gleichgewicht zu halten, wodurch er sich nur sehr kurze Strecken selbstständig ohne Hilfsmittel fortbewegen kann und ansonsten auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen ist. Als Therapieziel nennt die Mutter eine verbesserte Selbständigkeit in allen Bereichen. Jeden Montag nimmt ihr Sohn an der Sportgruppe des Instituts Keil teil, weil es ihm Spaß macht. Nach den SITEW konnte die Mutter Verbesserungen bezüglich der Aufrichtung und der Skoliose bei ihrem Sohn wahrnehmen.

Ki1:

Ki1 ist 15 Jahre alt und leidet unter einer spastischen Diplegie. Sie möchte durch eine Verbesserung der Fußstellung und des Fußgewölbes ihr Gangbild verbessern. Als sportliche Aktivitäten nennt sie Schwimmen und Trampolinspringen. Dies macht sie einerseits weil es ihr Spaß macht und andererseits auch, weil sie damit therapeutische

Ziele verfolgen kann. Außerdem mag sie es sich nach einem langen Tag so richtig auszupowern. Während der SITEW konnte sie Verbesserungen bezüglich ihrer Gleichgewichtsfähigkeit und ihrer Vorfußmobilität feststellen. Außerdem genießt sie die Gemeinschaft sehr. Allein die Tatsache, dass man zusammen in einer Gruppe an gewissen Zielen arbeitet, findet sie sehr vorteilhaft an den SITEW. Obwohl sie am Ende des Schuljahres schon sehr müde ist, gibt ihr die Gruppe hier nochmals einen Motivationsschub, um sich zu verbessern. Das Mädchen genießt die familiäre Atmosphäre in Strebersdorf, wahrscheinlich auch deswegen weil sie zu Hause keine intakte familiäre Situation vorfindet. Bei den Aktivitäten des täglichen Lebens hat sie gemerkt, dass ihre Gehfähigkeit vorwärts und rückwärts besser geworden ist. Sie hat gelernt die Stiegen freihändig abwärts zu gehen und ohne Armeinsatz aufzustehen und sich hinzusetzen.

Ki2:

Das 13-jährige Mädchen hat eine gering ausgeprägte Tetraparese und leidet darunter, wenn sie andere Kinder sieht, die sich uneingeschränkt bewegen können. Als ihr Hauptproblem nennt sie die eingeschränkte Gehfähigkeit. Ihre Ziele sind einerseits, dass sie ihre linke Hand vermehrt im Alltag einsetzen kann und andererseits, dass sie ihre Gehstrecke verlängert. Irgendwann möchte sie ihre Krücken ablegen und frei gehen können. Sportlich aktiv ist das Mädchen mit dem Fahrrad und dem Handbike. Dies macht sie deswegen, weil sie dabei schneller vorwärts kommt und weil es ihr Spaß macht. Außerdem kann sie beim Fahrradfahren eine Tätigkeit ausüben, die gesunde Kinder auch machen. An den SITEW gefällt ihr am meisten, dass sie dort ihre Freunde sehen kann. Auch die Therapien und das Radfahren machen ihr Spaß. Als Fortschritte während der drei Wochen nennt sie ein geordneteres und koordinierteres Gangbild sowie das Erlernen des Balldribbelns mit der linken Hand.

7.3. Auswertung der Interviews an Hand der Kategorien

Im Folgenden werden entsprechende Textpassagen der Interviews den unterschiedlichen Kategorien zugeordnet. Es erfolgt nicht nur eine sinngemäße Zusammenfassung des Gesagten, sondern zusätzlich eine kursive Darstellung des dazu passenden wörtlichen Zitats, inklusive einer Kennzeichnung der Zeilen- sowie Interviewnummer. Neben den Kategorien sind alle Interviewpartner/innen angeführt, aus deren Interview Textstellen den entsprechenden Kategorien zugeordnet werden konnten. Außerdem erfolgt am Ende jeder Kategorie, eine kurze Zusammenfassung des Gesagten.

Zuerst werden die Interviews mit den Konduktor/innen ausgewertet. Danach werden entsprechende Textpassagen der Eltern und Kindern den Kategorien zugeordnet.

Auswertung der Interviews mit den Konduktor/innen

Allgemeine Daten (K/E1, Ko1, Ko2, Ko3)

K/E 1 ist 42 Jahre alt und Mutter von 3 Kindern. Ein Kind, welches auch an den SITEW teilnimmt, ist schwerst mehrfachbehindert. K/E1 ist Diplompsychologin und absolvierte eine Ausbildung zur konduktiven Mehrfachtherapeutin, bevor sie 2002 den Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie abgeschlossen hat.

[…] *42 Jahre, Mutter von 3 Kindern* [K/E1, Z: 6] […] *Zur beruflichen Situation ganz kurz ich bin vom Grundberuf genau genommen, wie mein Mann, Diplompsychologin* [K/E1, Z: 11-13] […] *Und hab 96 die Ausbildung als konduktive Mehrfachtherapeutin abgeschlossen* [K/E1, Z: 34] […] *Und dann gabs den Unilehrgang, den hab ich 2002 abgeschlossen. Jo und jetzt hab ich also zwei Standbeine, das eine ist eben Konduktorin und das andere ist Mutter.* [K/E1, Z: 36-37]

K/E 1 wohnt in Deutschland und hat auf Grund mangelnder Angebote für ihren Sohn damit begonnen, konduktive Mehrfachtherapie in ihrer Heimatstadt anzubieten und ihren Sohn individuell zu Hause zu fördern.

[…] *Und ich hab da das Gefühl gehabt da ist in dieser (.) Frühfördergruppe ist er wirklich ein Ausnahmefall und gut das war so das Motiv und dann hat die Gruppe immer mehr Bedeutung gewonnen also zweimal wöchentlich haben wir uns getroffen und ich hatte den Eindruck dass hing an mir das Programm zu machen und dann hab ich (.) erm über über verschiedene Kontakte bin ich dann hier nach Wien gekommen 93* [K/E1, Z: 28-32] […] *Weil ich natürlich auch will, dass Wanja einen strukturierten Tag hat (.) Ok auf jeden Fall seit Mai 2010 hat der Wanja auch seinen äh visuell ansteuerbaren PC bekommen, dachte ich gut das ist jetzt ein Anlass jetzt bleibt er zu Hause.*[K/E1, Z: 145-147]

Erfahrungen im Behindertensportbereich hat sie unter anderem mit Trampolinspringen, das sie durch Zufall entdeckt hat und nun zu verschiedensten Zwecken einsetzt, unter anderem zur Sprachförderung.

[…] *eine Sprachheiltherapeutin, die ist tätig in der Nähe von Kopenhagen (.). Ich weiß über ein paar Ecken hab ich von ihr gehört, dann ham wir sie besucht ein Wochenende lang und sie hat mir ihre Prinzipien erklärt, auch ein bisschen Unterlagen mitgegeben erm was sie für ein Trampolintraining als Sprachförderung macht.* [K/E1, Z:193-196]

Ko1 ist 55 Jahre alt und vom Grundberuf her Musikpädagogin.

[…] *Studium Musikpädagogik äh verschiedenste Studienrichtungen musikpädagogische und Germanistik aber dieses nicht bis zum bitteren Ende* [Ko1, Z: 7-8]

Nachdem sie bereits eine Zeit lang im Institut Keil gearbeitet hat, hat sie den Basislehrgang für konduktive Mehrfachtherapie absolviert und danach auch den Universitätslehrgang in der gleichen Richtung abgeschlossen.

[…] *wie ich voll zu arbeiten begonnen hab, nach zweieinhalb Jahren ungefähr, hab ich äh das den Vorgänger des heutigen Basislehrgangs gemacht also das war eine zweijährige berufsbegleitende Sache.* [Ko1, Z: 13-15] […] *Mit Wochenendblöcken und dann hab ich 2002 war das glaub ich den Unilehrgang für Mehrfachtherapie-Konduktorin gemacht.* [Ko1, Z: 17-18]

Ko1 sieht starke Zusammenhänge zwischen der motorischen Tätigkeit und dem Instrumentalunterricht. Bei beiden Fachrichtungen geht es darum Bewegung zu analysieren und zu optimieren.

[…] *weil ich sehr viele Berührungspunkte zwischen dem Instrumentalunterricht äh und dem Sportunterricht sehe* [Ko1, Z: 22-23] […] *Also äh Bewegung äh Bewegung analysieren Bewegung planen äh Bewegungen optimieren.* [Ko1, Z: 25-26]

Erfahrungen mit Behindertensport hat sie im Rahmen des Instituts Keil gemacht. Hierbei nennt sie vor allem Skibobkurse, Schwimmen, Radfahren und spielerische Ballsportaktivitäten.

[…] *ich bin von Anfang…Also ab dem Moment (räuspern) wo ich hier gearbeitet hab bin ich auf die Skibobkurse mitgefahrn.* [Ko1, Z:37-38] […] *Und äh (2) Also weiß ich sowas Schwimmen oder so hab ich eher nur marginal, das hab ich im Rahmen von Strebersdorf. Aber so eher diese spielartigen oder auch die das Fahrradfahren, dass äh, dass hab ich mir dann schon sehr zu meinem gemacht* [Ko1, Z: 40-42]

Der Umstieg von der AHS in den Sozialbereich führt Ko1 unter anderem darauf zurück, dass sie das Unterrichten eines wenig beachteten Nebenfachs, wie Musikerziehung, nicht zufriedengestellt hat. […] *Dazu hat mich veranlasst eigentlich, dass mich die Normalschule äh nicht wirklich begeistert hat und überhaupt mit einem Ventilfach wie Musikerziehung wo die Leute äh zwischen Mathematik und Lateinstunde dann äh einfach all ihren Frust herauslassen.* [Ko1, Z: 50-52]

Der 30-jährige Ko2 hat die Schule abgebrochen und ist dann durch den Zivildienst, welcher im Institut Keil absolviert wurde, auf die konduktive Mehrfachtherapie aufmerksam geworden. Er hat die Ausbildung zum konduktiven Mehrfachtherapeuten abgeschlossen und auch den Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie absolviert.

[…] *hab dann eigentlich 2000 den Zivildienst im Institut Keil begonnen und habe dann bis 2009 immer Ausbildungen gemacht für den Bereich und für den, nennen wirs mal Praktika Bereich in Masseurrichtung sozusagen* [Ko2, Z: 11-13] […] *Ich hab Masseurausbildungen gemacht bevor ich Mehrfachtherapeut geworden bin und davor schon eine Vorausbildung dazu gemacht hab und das war eigentlich sozusagen der Werdegang* [Ko2, Z:15-17]

Erfahrungen im Behindertensport hat Ko2 als Leiter von Skibob- und Schwimmkursen sowie Sommersportwochen. Zusätzlich bietet Ko2 einmal pro Woche eine Sportstunde für Kinder mit besonderen Bedürfnissen im Rahmen des Instituts Keil an, wo vorwiegend adaptierte Ballspiele wie Rolliball oder Boccia gespielt werden. Zurzeit ist Ko2 als Konduktor für das Institut Keil tätig.

[…] *Als ich begonnen hab Skibobkurse zu leiten, Sommersportwoche ist es auch. Also sag ma mal so große Sommersportwochen hab ich 2 geleitet, organisiert und das Sportliche geleitet hab ich glaub ich schon 4 bis 5. Das waren aber eher kleinere, Kleingruppen und jetzt warns wirklich wie gesagt die letzten 2 Jahre Großgruppen und ich glaube sie werden immer größer.* [Ko2, Z: 39-43] *[…]* Eigentlich hab ich begonnen mit Schwimmen *[Ko2, Z:50]* […] *Ich hab meinen Montagssport, zweieinhalb Stunden Sport, wo mein Schwerpunkt, und das ist auch wirklich absichtlich so gewählt, eigentlich Spiel und Spaß ist.* [Ko2, Z:81-82]

Ko3 ist 21 Jahre alt und hat bereits das Bachelorstudium Pädagogik absolviert. Außerdem hat sie den Basislehrgang für konduktive Mehrfachtherapie abgeschlossen. Sie hat bereits in Sonderschulen als Praktikantin Erfahrungen sammeln dürfen. Durch eine soziale Arbeitswoche im Gymnasium ist sie auf das Institut Keil gestoßen und seit dem dabei geblieben. Momentan arbeitet sie neben dem Studium geringfügig im Institut Keil.

[…] *ich bin 21 Jahre alt. Ich habe Ende dieses Semesters mein Bachelorstudium in Pädagogik beendet und hab vor einem Jahr, eineinhalbjahren, den Basislehrgang* [Ko3, Z:3-4]

[…] *Durch die Schule eigentlich, weil wir so eine soziale Arbeitswoche machen mussten und da konnten wir uns verschiedene Institute auswählen und da bin ich so dazugekommen* [Ko3, Z:16-17]

Erfahrungen im Behindertensportbereich hat Ko3 mit Schwimmen, Skibob und adaptierten Ballsportarten wie Boccia oder Volleyball.

[…] *Schwimmen halt eher nur durch Strebersdorf; ?3? Sonst adaptierte Sportarten für Leute, die im Rollstuhl sitzen also Boggia, Volleyball.* [Ko3, Z: 23-24

Zusammenfassung:

Die Konduktor/innen sind 21 bis 55 Jahre alt. Zwei Betreuerinnen haben einen anderen Grundberuf, wie Psychologin oder Musikpädagogin, erlernt. Eine Konduktorin studiert nebenbei Pädagogik und ein Therapeut hat den Zivildienst im Bereich der konduktiven Förderung abgeleistet und ist danach dabei geblieben. Die Gründe für die Aufnahme der konduktiven Tätigkeit sind sehr unterschiedlich. So wurde eine Konduktorin mit dem Musikunterricht in der AHS nicht glücklich und wechselte in die Behindertenbetreuung. Eine andere Therapeutin absolvierte wiederum zahlreiche Praktika im Bereich der Sonder- und Heilpädagogik, bis sie auf die konduktive Föderung gestoßen ist. Die Konduktorin und Mutter eines Kindes mit Behinderung ist aus sehr praktischen Überlegungen auf die konduktive Mehrfachtherapie gestoßen. Da in der Umgebung ihres Sohnes keine derartige Therapie angeboten wird, beschloss sie selbst ihr Kind konduktiv zu fördern. Ein Konduktor wollte immer schon mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und ist schließlich bei der konduktiven Förderung geblieben. Alle konduktiven Mehrfachtherapeuten haben zumindest den Basislehrgang konduktive Mehrfachtherapie abgeschlossen. Drei Therapeut/innen haben sogar den Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie absolviert. Erfahrungen im Behindertensportbereich konnten durch die Abhaltung von Skibob- und Schwimmkursen sowie Sommersportwochen gewonnen werden. Zwei Betreuer/innen leiten wöchentlich eine Spielsportstunde für Menschen mit Behinderung. Inhalte sind dabei vor allem adaptierte Sportspiele, wie Boccia, Volleyball oder Rolliball.

Physische Auswirkungen von Bewegung und Sport (K/E1, Ko1, Ko2, Ko3)

Die Mutter und Konduktorin K/E1 führt aus, dass ihr Sohn unter anderem durch das Trampolintraining große Fortschritte bezüglich der Blickfixierung gemacht hat. Jedoch sind diese Fortschritte auch auf andere Faktoren zurückzuführen. Einerseits durch einen stabileren Rumpf, andererseits durch das Training mit einem visuell ansteuerbaren Computer, sowie durch die Tatsache, dass er von anderen Personen wahrgenommen wird.

[…] *Die Blickfixierung ist äh seit 2 Jahren sehr viel besser geworden, da kannst du jetzt auch wieder nicht sagen das liegt nur an der Gruppe hier, da spielt sicher ne Rolle, dass er eben das Training mit dem visuell ansteuerbaren Computer macht, dann spielt ne Rolle, dass Menschen <u>ihn</u> anschaun.* [K/E1, Z: 286-289] […] *Dann spielt ne Rolle dass er großmotorisch, zum Beispiel durchs Trampolintraining, äh nicht von heut auf morgen und auch nicht von letztem Jahr auf jetzt äh besser geworden ist* [K/E1, Z: 291-292]

Für Ko1 gehen Sport und Therapie Hand in Hand. Mittels Sport ist es ihr möglich an verschiedenen Defiziten zu arbeiten. […] *natürlich sind dann unterschiedliche Faktoren, die für mich im Vordergrund stehen weiß ich beim Radlfahrn, dass bei einem is ma die Wahrnehmungs- und Orientierungssache am Wichtigsten, dass der weiß wohin er fahrt oder ah gekoppelt mit der Motorik, dass er lenken kann*. (Ko1, Z: 122-128)

Mit ihren Bewegungs- und Sportangeboten möchte sie entgegen der pathologischen Muster der Kinder arbeiten […] *dass man schaut dass man sie ein bissl aus ihren erm aus ihren pathologischen Mustern herausholt, dass man schaut, dass man äh gestreckte Positionen äh hat also dass jetzt nicht alles (räuspern) in in Rollstuhlformat äh passiert.* (Ko1, Z: 80-82)

Die sportlichen Handlungsaufgaben eignen sich laut Ko1 dafür, dass die Betroffenen selbst ausprobieren können, wie sie zu einer zielführenden Bewegung kommen. […] *Also jetzt nicht starr äh von der Vorstellung wie ein Bewegungsablauf sein sollte* […] *ausgehn sondern von dem was kommt einmal ausgehn und schaun wie das modifiziert werden muss oder kann, damit`s zielführend ist.* [Ko1, Z: 89-92]

Natürlich steht beim Sport auch der Spaßfaktor im Vordergrund. Jedoch möchte Konduktorin 1 auch vermitteln, dass der Spaß auch verdient und gesteigert werden kann, indem man an einem gewissen Bewegungsziel arbeitet und dieses dann besser beherrscht. […] *Und eben beim beim Spaß ist mir jetzt pädagogisch wichtig äh dass äh dass Spaß auch verdient werden kann. Also dass man einfach den Spaß noch an etwas steigern kann, wenn man`s besser kann. Und dass selbst bei etwas dass einem Spaß macht und machen soll erm eine eine gewisse Arbeit an sich selbst äh durchaus eben Spaß steigernd dann sein kann.* [Ko1, Z: 112-116]

Der Wettkampfgedanke ist für Konduktorin 1 eher nebenrangig, jedoch gehört auch dieser zum Sport dazu. […] *Und insofern da man bei einem Wettbewerb nicht messen kann wer sich am meisten bemüht oder so oder wer am meisten dazu gelernt hat, ist das halt etwas was sicher auch dazu ghört.* [Ko1, Z: 110-112]

Auch durch die Bewegungs- und Sportangebote kann laut Ko2 an der Selbstständigkeit der Schüler/innen gearbeitet werden. Die Arbeit an einem selbstständigen Fortbewegen mit dem Rollstuhl, steht in den Sportkursen von Ko2 im Vordergrund […] *ich mach das jetzt ja schon das vierte Jahr. Und vom ersten Jahr aufs zweite Jahr: Im ersten Jahr sind die Leute nicht selbstständig mit dem Rolli gefahren, im zweiten Jahr sind sie das. Und da waren neue schon wieder dabei, die das von den Alten dann kennengelernt haben.* [Ko2, Z: 160-163]

Laut Ko2 können durch den Sport auch therapeutische Ziele unterstützt werden. Sport hält Ko2 für eine gute Verbindung von Spaß und Therapie, wodurch es möglich ist die Kinder länger dafür zu begeistern. Durch sportliche Aktivitäten kann eine Mobilisierung der Gelenke, eine Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit oder eine Kräftigung der Muskulatur erreicht werden, ohne dass den Betroffenen bewusst ist, dass sie dabei Therapie machen.

[…] *Auf jeden Fall. Nein das will ich ganz hoch anrechnen. Also ich glaube, dass du ah (.). Ich glaube dass der Sport eigentlich wirklich eine gute Verbindung ist zwischen Spaß und Therapie, sagen wir so, weil über diese Verbindung kann ich ah die Kinder einfach lange an der Stange halten* [Ko2, Z: 292-295] […] *Also am Skibobkurs sieht man das irrsinnig gut, dass das ja, dass die Kinder gar nicht wissen, dass sie eigentlich den ganzen Tag Therapie machen.* [Ko2, Z: 305-306]

Bei den Bewegungs- und Sportangeboten kann man laut Ko2 einerseits an therapeutischen Zielen wie Aufrichtung, Handgelenkskorrektur oder Armstreckung arbeiten, jedoch auch andererseits den Spaß in den Vordergrund stellen.

[…] *ich kann zum Beispiel den Sport zum Beispiel komplett therapeutisch einmal durchziehen und umgekehrt. Ich kann auf das wieder mehr Wert oder weniger Wert legen und das find ich sehr praktisch am Sport.* [Ko2, Z: 301-303]

Ko3 ist der Ansicht, dass durch Bewegung und Sport auch therapeutische Ziele verfolgt werden können, jedoch auch der Spaßfaktor nicht vergessen werden sollte. Sport soll Bewegung in Kombination mit Spaß sein.

[…] *Also es ist mit Sicherheit auch wichtig dass man an der Motorik arbeitet, aber so dass ich jetzt sag, das ist Therapie so wie im Institut, ist es nicht. (2) Also es ist sicher der Spaßfaktor wichtiger mit Bewegung gekoppelt*. [Ko3, Z: 72-74]

Zusammenfassung

Die Konduktorinnen sind der Ansicht, dass mittels Sport therapeutische Ziele unterstützt werden können. Je nach Zielsetzung kann man entweder den Spaßfaktor oder auch therapeutische Ziele in den Vordergrund stellen. Der Vorteil des Sports ist dabei, dass die Kinder und Jugendlichen dadurch länger bei der Stange gehalten werden können.

Im Sport kann auch an der selbstständigen Fortbewegung gearbeitet werden, wodurch die Kinder stets selbstständiger werden. Durch Wettkämpfe und die Anerkennung von besonderen Leistungen mit Medaillen oder Urkunden sollen die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung auf das richtige Leben vorbereitet werden. Den Kindern soll im Sport

auch vermittelt werden, dass der Spaß an einer Sache noch gesteigert werden kann, wenn man dafür hart arbeitet. Sinnvoll ist die Auswahl von Sportarten bei denen die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung entgegen ihrer pathologischen Muster arbeiten müssen.

Physische oder funktionelle Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen können häufig nicht auf eine bestimmte therapeutische oder sportliche Intervention zurückgeführt werden, sondern sind das Ergebnis vieler verschiedener Faktoren, wie soziales Umfeld oder psychische Faktoren.

Psychische Auswirkungen von Bewegung und Sport (K/E1, Ko1, Ko3, Ko3)

K/E1 ist der Ansicht, dass Sporttreiben das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung steigern kann. Sie sieht dabei aber auch keinen Unterschied zum/zur Gesunden, dem/der ebenfalls Sport gut tut.

[…] *Dann denk ich wenn du äh nicht-behinderte Menschen siehst, die Sport betreiben, die sind einfach gut drauf* [K/E1, Z: 239-240]

Durch Sport und Bewegung bzw. feinmotorische Bewegung, wie das Begreifen, kann erst die Welt erfasst werden und die körperliche, sprachliche und sozialemotionale Entwicklung voranschreiten.

[…] *ja gut das ganze Leben ist Bewegung und ohne Begreifen also feinmotorisches Bewegen gibt's kein begreifen; also du kannst ganz klar äh schaun, dass die körperlich sprachliche sozialemotionale Entwicklung äh bedarf der Bewegung* [K/E1, Z: 242-245]

Laut K/E1 kann der Sport auch stresslösend wirken.

[…] *Ja wenn ich wenn ein Mensch Sport macht oder sportliche Aktivitäten dann äh kannst du Stress lösen* [K/E1, Z: 247-248]

Durch das Erleben von Geschwindigkeit mit dem Fahrrad, bzw. das aktive Erzeugen von Bewegung können die Betroffenen ihr Wohlbefinden steigern.

[…] *der Reiz der Bewegung, auch der schnellen Bewegung, also das was wir hier mit den Fahrrädern machen, dass wir Fahrräder einsetzen, wo wir Kinder die das nicht aktiv betreiben können erstmal nur mitbewegen, das Tandem beispielsweise. Oder wo ich sehe wie dann der Leve, auch einer meiner Klienten, der äh autistische Probleme hat, wie er dann seine Hände nicht mehr so knibbelnd, ich sag selbstgesprächführend einsetzt, sondern der hält wirklich den Lenker und tritt jetzt aktiv mit und ich hab ihn auch schon auf ein ganz normales Fahrrad, also schon Dreirad, aber ohne jegliche Beinsicherung, Fußführung oder Sonstiges mit Abduktionsbügel gesetzt der ist los gefahren nach der ersten Woche ne wunderbar (.) <u>und dann geht's ihm gut</u>.* [K/E1, Z: 248-257]

Bewegung und Sport ist laut Ko1 gerade deswegen von Bedeutung, da Kinder mit Behinderung im Normalfall ein großes Defizit an Spielen haben. Für die nicht-gehfähigen Personen ist zum Beispiel das Erleben von Geschwindigkeit mit dem Rad oder dem Skibob eine seltene und wertvolle Erfahrung. Die Schaffung von Möglichkeiten wie Betroffene selbst Tempo erzielen können, ist für sonst passive Menschen ein sehr freudvolles Erlebnis.

[…] *ich glaub dass unsre äh Schüler, Kinder oder sonst äh an sich äh einiges an Defizit an Spielen haben und dass das natürlich für sie eine Erfahrung ist äh die äh wertvoll ist und die ihnen auch äh die ihnen auch gefällt. Es ist ja ganz unterschiedlich was äh was jetzt Sport bringen kann also weiß ich beim Skibob äh kann ich sagen allein das Erlebnis von Geschwindigkeit, die man äh teilweise mit verursacht oder die man steuern kann.* [Ko1, Z: 140-145] […] *Ist etwas was speziell die nicht-gehfähigen nicht haben. Oder eben auch beim Radfahren, also das sieht man dann wenn man sich den Philipp anschaut, der äh am Rad wirklich dann wie der blöde fahrt, weil das eine Fortbewegungsmethode ist, wo <u>er selbst</u> oder wir haben einmal einen auch nicht-gefähigen gehabt, der zwar im E-Rolli gfahrn ist aber der ist da am Sportplatz wirklich mitn Fahrradl, der ist zehn Runden gefahrn wie der Teufel. Einfach äh aus der Lust heraus äh da einmal selbst Tempo zu erzielen.* [Ko1, Z: 147-152]

Laut Ko1 sind motivierend gestaltete Sportspiele, wo sich die Kinder auch an Vorbilder orientieren können, dafür geeignet an funktionellen Zielen zu arbeiten.

[…] *weil sie äh weil sie ein Ansporn sein können, also speziell jetzt, wenn man die Sportangebote so wählt, äh dass sie äh dass sie irgendwie Sinn machen* [Ko1, Z:183-184]

Durch den Sport sollen die Kinder und Jugendliche die Erfahrung machen, dass das Sporttreiben positive Auswirkungen für sie haben kann.

[…] *Sport erleben, Sport kennenlernen, sich was Gutes tun, Sport tut uns immer gut*. [Ko2, Z: 159-160]

Ko2 erlebt die Kinder und Jugendlichen im Sportunterricht anders als im Regelunterricht, was er darauf zurückführt, dass Sport für sie nichts Alltägliches ist und sie den Sport nicht gut kennen.

[…] *ich glaub das ist eben auch das kommt dadurch zu Stande, dass sie Sport nicht gut kennen. Oder das wie soll ich sagen das sie es eben weniger erleben. Dass es nichts Normales ist* [Ko2, Z: 195-197]

Durch die Bewältigung gewisser Aufgaben haben die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit etwas zu leisten und ihren Ehrgeiz zu entfalten. […] *Sport ist für sie halt immer auch irgendwas ah wo sie was leisten können* [Ko2, Z: 202-203]

Der Sport soll auch eine Möglichkeit sein etwas Abstand zum Alltag zu gewinnen. Dabei soll auch an Zielen gearbeitet werden, die nicht so bedeutend sind wie jene im therapeutischen Setting.

[…] *da kommt man auch vom Alltag raus einfach. Freiwillig im Alltag jetzt irgendwas zu üben, am besten was therapeutisches oder irgendwas frei sitzen, ich glaub da ist das Frustrationslevel einfach wesentlich schneller da, als wenn ich jetzt einfach nur OK ich treff vielleicht den Ball nicht perfekt aber ich merk aha ich hab einfach nur ein bisschen geübt und jetzt kann ich in das Match gehen und dort kann ich mich jetzt beweisen. Das andere ist das Match des Lebens, was er spielt, ob er da sitzen kann oder frei sitzen kann oder nicht das ist natürlich ein wesentlich härteres Ziel als ich treff den Ball nicht.* [Ko2, Z: 207-214]

[…] *Weil wir pflastern die Leute, man pflastert die Leute oder die Leute lassen sich oft, werden oft zugepflastert von Therapien oder sonstigen Geschichten.* [Ko2, Z: 218-219]

Durch Bewegung und Sport sollen die Betroffenen vorwiegend Spaß haben und Abstand zum Therapiealltag gewinnen.

[…] *ja dass sie Spaß haben dabei, also das ist irgendwie der Hauptfaktor; dass sie wegkommen von der normalen Therapie, die sie eigentlich eh jeden Tag haben.* [Ko3, Z: 38-39]

Ko3 gibt an, dass die Kinder und Jugendlichen durch Sport offener werden für neue Dinge, weil die Aktivitäten mit Spaß verbunden sind.

Außerdem hat sie die Erfahrung gemacht, dass durch die Bewegungs- und Sportangebote die Konzentration gesteigert werden kann.

[…] *Und (2) ja es steigert die Konzentration*. [Ko3, Z: 53]

Einige Schüler/innen sind in den Sportstunden konzentrierter als im Regelunterricht.

[…] *Es gibt relativ viele Kinder, die glaub ich im Unterricht nicht so gut aufpassen wie beim Sport teilweise* [Ko3, Z: 55-56]

Zusammenfassung

Bewegung und Sport kann das psychische Wohlbefinden steigern, was sowohl für den/die Gesunde/n als auch für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen gilt. Sport

hat für Kinder und Jugendliche mit Behinderung noch größere Bedeutung als für Gesunde, da jene Kinder sehr häufig ein Defizit an Spielen haben. Das Erleben von Geschwindigkeit und das selbstständige Bewirken von Bewegung und Tempo können für Kinder und Jugendliche sehr freudvolle Erfahrungen sein. Außerdem kann Bewegung und Sport die Konzentrationsfähigkeit steigern und die Kinder und Jugendlichen offener für neue Dinge machen. Bewegung und Sport soll vorwiegend Spaß bereiten und Kindern und Jugendlichen eine Abwechslung zum Therapiealltag bieten. Durch den Sport können die Kinder die Erfahrung machen, dass ihnen Bewegung gut tut. Außerdem kann Bewegung und Sport Stress lösend sein. Sportliche Aktivitäten sind für sie auch immer eine Möglichkeit etwas zu leisten und einen Ehrgeiz zu entwickeln. Sport verändert die Kinder und Jugendlichen, weil es für sie etwas Anderes und vor allem nichts Alltägliches ist. Bewegung ist nicht nur für die körperliche, sondern auch für die sprachliche und sozialemotionale Entwicklung von Bedeutung. Denn ohne feinmotorische Bewegung ist kein Begreifen möglich.

Soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport (K/E1, Ko1, Ko2, Ko3]

Da Sport ja meistens mit mehreren Leuten zusammen betrieben wird, ist laut K/E1 die Gruppe ein großer Motivationsfaktor. Die Konduktorin und Mutter ist der Ansicht, dass man sich in der Gruppe mehr überwinden kann und es häufig auch bestimmte Personen in der Gruppe gibt, für die man sich besonders anstrengt.

[…] *da merkt man das schon, dass uns die Gruppe zieht und das ist natürlich eine Sache, die ist mit nichts zu toppen* [K/E1, Z: 322-323] […] *und dann gibt es auch wiederum konkrete Personen für die Wanja sich besonders anstrengt, das ist beispielsweise der Miklos und er liebt der muss nur in den Raum kommen, der muss noch nicht mal bevor der was sagt ja lächelt Wanja und bemüht sich.* [K/E1, Z: 326-329]

Bewegungs- und Sportaktivitäten hält Ko1 dafür geeignet, die Kommunikation innerhalb der Gruppe, bzw. der Kinder untereinander zu fördern. Da die Interaktion der Kinder miteinander sehr beschränkt ist und großteils über die Konduktor/innen erfolgt, können Bewegungs- und Sportangebote zu einer Verbesserung der direkten Kommunikation führen. […] *dass äh ja dass vielleicht die die Sportangebote erm eine Möglichkeit sein könnten äh sich in der Gruppe a bissl mehr zu positionieren und äh also ein bissl die die freieren äh Kontakte* [Ko1, Z: 164-166]

Das Angebot von Bewegungs- und Sportkursen ist deswegen sehr wichtig, da es für Kinder und Jugendliche mit Behinderung generell sehr wenige Freizeitaktivitäten gibt, wo

sie mit anderen Kindern zusammen kommen können. Oft ist das Bewegen und das Sporttreiben nur nebenrangig und das sich gegenseitig Austauschen und Kommunizieren steht im Vordergrund.

[…] *Und darum find ich es so wichtig, dass man Sachen findet, wo die Kinder zusammen kommen können und zusammen spielen oder zusammen was erleben können möcht ich einmal sagen. Weil ob sie jetzt spielen, ob sie quatschen, ob sie sich austauschen. Das Wichtige ist einmal das Zusammen kommen von Rollifahrern, die sich zum Beispiel kennen* [Ko2, Z: 144-147]

Bewegung und Sport ist laut Ko2 auch dafür geeignet Teamfähigkeit zu entwickeln. Teammitglieder sollen sich gegenseitig anfeuern und zujubeln. Kinder und Jugendliche sind es gewohnt während den Therapien ständig motiviert zu werden. Die Einnahme der Rolle des Motivators kann laut Ko2 eine sehr positive Erfahrung sein.

[…] *Und das ist mir eben so wichtig, dass man beim Sport zum Beispiel die Kinder anfeuern lernen, dass sie wissen, dass ist mein Team, mein Team feuer ich an, das andere Team feuere ich aber nicht an. Oder wir machen gemeinsam und feuern nur einen an. Einfach zu wissen, das gehört dazu, Lärm machen, Krach machen, zuschreien, jubeln* [Ko2, Z: 349-353]

Bewegungs- und Sportangebote sind dafür geeignet, dass sich die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung auch außerhalb der Schule treffen und austauschen können, da die Freizeitaktivitäten von Kindern, die im Rollstuhl sitzen, beschränkt sind.

[…] *Und ja eigentlich, dass sie sich wieder treffen, weil ich glaub das sie haben nicht so viel Freizeitaktivitäten wie jetzt ein Kind das nicht im Rollstuhl sitzt* [Ko3, Z: 43-44]

Ko3 ist der Ansicht, dass in Zeiten von Facebook und Handy die direkte Kommunikation der Kinder untereinander fehlt, was bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung noch stärker ausgeprägt ist. Deswegen ist sie der Ansicht, dass durch die Bewegungs- und Sportangebote die direkte Kommunikation gesteigert werden kann.

[…] *Ich glaub, dass sie dadurch einfach mehr Chance haben miteinander was zu machen* [Ko3, Z: 78]

[…] *Ich mein es haben genug Leute Facebook mittlerweile und schreiben sich darüber oder telefonieren miteinander, aber den direkten Kontakt gibt's glaub ich nicht so oft.* [Ko3, Z: 81-82]

Außerdem entsteht beim Sport eine Gruppendynamik, die jedoch auch Ziel des konduktiven Systems ist. […] *Und eine Gruppendyamnik entsteht auch, wobei das ja ist auch das Ziel vom Institut eigentlich, dass sie in einer Gruppe zusammen arbeiten*

können. Das ist halt dort, wieder dasselbe eigentlich. Es sind nicht so viele Einzelaufgaben, sondern eher Dinge, die sie gemeinsam machen. [Ko3, Z: 84-87]

Zusammenfassung

Eine der bedeutendsten sozialen Auswirkungen von Bewegung und Sport ist die Gruppe selbst, die zu einer Motivationssteigerung führen kann.

Da Kinder und Jugendliche mit Behinderung meistens sehr wenige Freizeitaktivitäten ausüben, bzw. auch die Möglichkeit dazu nicht haben, stellen Bewegungs- und Sportangebote dafür eine Gelegenheit dar. Häufig steht nicht das Bewegen und Sporttreiben im Vordergrund, sondern die direkte Kommunikation zwischen den Teilnehmer/innen.

Durch das gemeinsame Sporttreiben ist es auch möglich an der Teamfähigkeit der Kinder und Jugendlichen zu arbeiten, die sich gegenseitig aktiv motivieren und anfeuern sollen. Dadurch nehmen sie auch eine völlig andere Rolle an, als jene die sie im Therapiealltag inne haben, wo sie selbst ununterbrochen für diverse Aufgaben und Tätigkeiten motiviert werden.

Motive für/Erwartungen von Teilnahme an den SITEW (K/E1, Ko1, Ko2, Ko3)

Die Erwartungen betreffend die SITEW sind sogar übertroffen worden, da die Kinder individuell in irgendeiner Form davon profitiert haben, manche im motorischen und eben andere wiederum im psychischen Bereich.

[…] *Ja übertroffen in diesem Fall sogar, wobei wie gesagt da muss man auch jetzt das Individuum sehen, andere Kinder hier, Teilnehmer, die ich auch mitbetreue hier in der Wohntrainingsgruppe äh für die steht tatsächlich das Motorische oder das Dehnen* [K/E1, Z: 334-336]

Ko1 betont, dass bei den SITEW die Möglichkeit besteht den Kindern und Jugendlichen andere Angebote als im regulären Schulalltag zu bieten. Sie erwähnt dabei das Schwimmen und Radfahren mit speziellen Therapierädern.

[…] *Man hat ganz andere Möglichkeiten, die wir selbst rennen auch viel mehr hin und her also wir selbst sind auch obwohl wir nicht mehr Stunden arbeiten wesentlich toter als in Wien. Erm und äh man hat einfach die Möglichkeit im Freien zu sein. Wir gehn jetzt heuer nicht schwimmen, aber ist ein Angebot, dass Radfahrn find ich ein ganz besonders gutes Angebot* [Ko1, Z: 206-210]

Laut Ko1 herrscht auf den SITEW eine ganz lockere und entspannte Atmosphäre, obwohl es sehr arbeitsintensive Wochen sind. Obwohl diese eigentlich am Ende des Schuljahres stattfinden und obwohl die Kräfte der Schüler/innen als auch jene der Konduktor/innen

nahezu erschöpft sind, entsteht in Strebersdorf eine Gruppendynamik, wodurch von allen Seiten nochmals intensiv an bestimmten Zielen gearbeitet werden kann.

[…] *ich glaub einfach dass äh dass die ganze Situation, diese ganze ah (3) man kann ja nicht sagen dass eine total lockere und entspannte Situation ist. Es ist ja eigentlich eine sehr arbeitsintensive Situation äh aber dass da so ein ah ein gewisser Flow entsteht auch. Also deswegen will ich ja auch immer nach Strebersdorf, für mich, für meine Arbeit, auch wenn man zu Schulschluss eigentlich tot ist und eigentlich nichts mehr machen möchte und für Strebersdorf mach ich immer neue Programme, neue Tagesabläufe und dann kommt so ein rumps und jetzt ist Strebersdorf und das ist irrsinnig anstrengend und da kämpfen wir uns jetzt durch und das ist erm das ist glaub ich von den Kindern her auch so, dass man wirklich äh so ein letztes Rauspressen und jetzt wir machen uns kaputt aber wir machen uns nicht wirklich kaputt sondern wir „des druck ma jetzt noch durch."* [Ko1, Z: 271-280]

Ko2 gibt an, dass die Therapiewochen etwas Besonderes im Schuljahr sind. Hier möchte er im Gegensatz zu seinen Montagssportaktivitäten, wo Spiel und Spaß im Vordergrund stehen, einen therapeutischen Schwerpunkt setzen. Mit der Umsetzung ist er sehr zufrieden, da er merkt, dass sich die Teilnehmer/innen wohl fühlen, mit Spaß bei der Sache sind und ein Gruppenzusammenhalt entstanden ist.

[…] *Für mich, Für mich ist das hier was ganz eigenes ja. Will ich ehrlich sagen. Weil hier ist auf jedenfall der therapeutische Schwerpunkt da* [Ko2, Z: 459-460]

[…] *Ich hab auch heute sehr viel mit ihnen geredet es gefallt ihnen eigentlich irrsinnig gut es taugt ihnen ur und wir ham doch eine gewisse Gruppenfindung, diese Einheitsbildung ja find ich eigentlich sehr schön bei uns weil das auch sehr gut funkioniert hat.* [Ko2, Z: 468-470]

Die Erwartungen von Ko3 betreffend der SITEW haben sich erfüllt, indem die Teilnehmer/innen neue Dinge gesehen haben und Spaß an Bewegung und Sport gehabt haben.

[…] *Erm Dahingehend dass sie Spaß g`habt haben und dass sie ein paar andere Sachen g`sehn haben ja.* [Ko3, Z: 193-194]

Zusammenfassung

Während den SITEW besteht die Möglichkeit den Teilnehmer/innen Dinge zu bieten, die in den Regelschulunterricht nicht integrierbar sind. Außerdem bieten diese Intensivtherapiewochen am Ende des Schuljahres noch einmal die Gelegenheit, konsequent an bestimmten Zielen zu arbeiten. Die Erwartungen wurden erfüllt, da die

Teilnehmer/innen in irgendeiner Form, sei es motorisch, psychisch oder sozial, von den SITEW profitiert haben.

Physische Auswirkungen der SITEW (Ko1, Ko2, Ko3)

Laut Ko1 sind auch immer im motorischen Bereich Fortschritte zu erkennen, was einerseits darauf zurückzuführen ist, dass man drei Wochen sehr intensiv im motorischen Bereich arbeitet und andererseits, dass die Kinder neue motorische Programme ausprobieren können, die sie zuvor noch nie gemacht haben.

[…] *Ich mein natürlich bringts dann erm in in motorischen Programmen deshalb auch was weiter weil man eben neue macht und weil Sachen drin sind, die sie vorher noch nicht probiert haben und äh das sind dann Sachen wo man nach drei Wochen einen Fortschritt sehen kann.* [Ko1, Z: 294-297]

Fortschritte sind vor allem beim Fahrradfahren zu erkennen, wobei die Kinder am Ende der drei Wochen bereits beachtliche Distanzen zurücklegen konnten. Zu Beginn beschränkten sich die Fahrradausflüge auf kurze Wegstrecken von wenigen hundert Metern und konnten am Ende der SITEW auf mehr als zwei Kilometer gesteigert werden.

[…] *das war wirklich faszinierend einfach die Steigerung in den 3 Wochen äh beim Radfahren und zwar bei allen dann also wir konnten wirklich mit allen und es hat auch niemand gmotschkert und wollte niemand absteigen.* [Ko1, Z: 320-322]

Vor allem wenn man längere Zeit an bestimmten Zielen arbeiten kann, sind Besserungen im physischen Bereich merkbar. Mit dem Rollstuhl Spur fahren oder rückwärts fahren können sind Dinge, die innerhalb von wenigen Wochen erreicht werden können.

[…] *3 Wochen dann wirklich an ihren Sachen.. oder es dann auch können. E-Rolli kann dann plötzlich Spur fahren oder rückwärts durch den Parcours fahren*. [Ko2, Z: 321-322]

Ko2 erhält von Eltern sehr häufig die Rückmeldung, dass während den SITEW motorisch sehr große Fortschritte erzielt werden konnten. […] *viele der Eltern sagen während dieser 3 Wochen geht am meisten weiter* [Ko2, Z: 504-504]

Als exemplarischen Fortschritt nennt Ko2 das Spur fahren, dass bei einem Teilnehmer besser geworden ist. Als kleinen Erfolg führt er auch an, dass derselbe Teilnehmer erstmals zwei Schritte frei gehen konnte.

[…] *Mitn Low Rider hat er wirklich jetzt geübt, auch auf der 400m-Bahn Spur fahren, dass er lernt die Spur zu behalten* [Ko2, Z: 556-557]

[…] *jetzt auch beim Trampolin, dass ich gemerkt hab, dass er auf der Wiese wirklich 2 Schritte auf der Wiese frei gegangen ist, wirklich so ganz frei gegangen ist, also das sind so kleine, das sind halt diese Erfolge* [Ko2, Z: 558-560]

Einer anderen Teilnehmerin wiederum ist es gelungen mit der betroffenen Hand einen Ball zu prellen.

[…] *ich glaube zum Beispiel eine Miriam für die wird einer der größten Erfolge sein höchstwahrscheinlich wirklich, dass sie mit der linken Hand peppeln geschafft hat*. [Ko2, Z: 606-608]

Die zurückgelegte Raddistanz konnte von 3 auf 12 Kilometer gesteigert werden.

[…] *also wir haben eben gesagt heute, dass die ihre Leistung von einem von 3 Kilometer auf 12 Kilometer eigentlich verbessert haben von der ersten Woche bis zur letzten.* [Ko2, Z: 617-618]

Ko3 gibt an, dass 3 Kinder koordinierter Schritte setzen können und somit stabiler in ihrer Gangart sind als vor den drei Wochen.

[…] *ich glaub der Marcel und die Vanessa sind wesentlich stabiler in ihrer Gangart als das am Anfang war, weil die doch eher wacklig auf den Beinen sind. Also halt koordinierter einfach Schritte setzen und einfach ein sichereres Gangbild haben*.[Ko3, Z: 144-146]

Auch die Aufrichtung des Oberkörpers konnte bei diesen 3 Teilnehmer/innen verbessert werden.

[…] *Aufrichtung vom Oberkörper ist auch bei den Dreien glaub ich was was sie besser machen* [Ko3, Z: 151-152]

Eine andere Teilnehmerin wiederum konnte funktionelle Aktivitäten wie das freihändige Aufstehen und Niedersetzen erlernen. Erfolge konnte auch eine Teilnehmerin verbuchen, die ihre feinmotorischen Fähigkeiten, wie zum Beispiel das Ball prellen verbessern konnte.

[…] *dieses Ball dribbeln von der Miriam oder Yuria mit dem Aufsetzen also freihändig und hinzusetzen.* [Ko3, Z: 159-160]

Zusammenfassung

3 Konduktoren konnten von tatsächlichen physischen Veränderungen nach den SITEW berichten. Auch von den Eltern der teilnehmenden Kinder kam die Rückmeldung, dass nach den 3 Wochen große Fortschritte im motorischen Bereich zu sehen sind.

Die Veränderungen sind auf der einen Seite darauf zurückzuführen, dass während diesen drei Wochen sehr intensiv im motorischen Bereich gearbeitet wird und

andererseits Bewegungsprogramme angewandt werden, die die Kinder und Jugendlichen noch nicht kennen. Vor allem wenn an bestimmten Zielen wie Spurfahren oder Slalomfahren gearbeitet wurde, konnten Verbesserungen festgestellt werden. Auch im Bereich der Ausdauer bzw. des Durchhaltevermögens konnte man Fortschritte erkennen, da die zurückgelegte Distanz mit dem Fahrrad binnen der drei Wochen deutlich gesteigert werden konnte.

Verbesserungen konnten auch bezüglich der Aufrichtung und des Gangbildes festgestellt werden. So konnten die Konduktoren/Konduktorinnen bei einigen Kindern ein koordinierteres und sichereres Gangbild feststellen. Einem Teilnehmer ist es während den 3 Wochen sogar zum ersten Mal gelungen 2 Schritte hintereinander frei zu gehen.

Bei den motorisch nur leicht beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen konnten Steigerungen im funktionellen Bereich festgestellt werden. So konnten Funktionen wie Aufstehen und Niedersetzen oder das Ball prellen verbessert werden.

Psychische Auswirkungen der SITEW (Ko2, Ko3)

Durch die Infrastruktur sowie das abgesicherte und überschaubare Gelände, besteht bei den SITEW die Möglichkeit den Kindern und Jugendlichen mehr Selbstverantwortung zu übertragen, indem sie kurze Distanzen selbstständig bewältigen.

[…] *Also auch ihnen mal eine gewisse Selbstverantwortung zu zutrauen, dass man jetzt dem E-Rolli sagt, der kommt jetzt von A nach B alleine.* [Ko2, Z: 412-413]

Ko1 führt aus, dass während der 3 Wochen der Fokus stark auf die Therapie gelegt wird. Bei Jugendlichen ist der Konduktor jedoch der Ansicht, dass man eine Übertherapierung vermeiden sollte. Eine Alternative zur Therapie stellt eben der Sport dar, mit dem auch therapeutische Ziele verfolgt werden können.

[…] *ich glaube bei Jugendlichen müssen wir öffnen. Und ich glaube das funktioniert eben mit Sport (.), dass ich eine Kombination zwischen Therapie und Sport finde.* [Ko2, Z: 465-467]

[…] *Weil oft ist es wirklich schon so, dass wenn du sagst Therapie, rennen sie dir davon. Wenn ich sage komm wir gehen einfach nur da einmal über diese komischen Dinger drüber und plötzlich kommens drauf hoppala, da hab ich doch glatt jetzt Therapie. Deshalb find ich diese Verbindung recht gut.* [Ko2, Z: 483-486]

Laut Ko3 sind die 3 Wochen eine sehr lange Zeit, in der sich die psychische Verfassung der Kinder und Jugendlichen ändert. So kommt es von der ersten bis zur zweiten Woche zu einer Steigerung des Spaßfaktors und der Motivation, was jedoch gegen Ende der dritten Woche wieder abflaut.

[…] *Also ich würd sagen von der ersten Woche steigert sich auf die 2. Woche, dass es ihnen besser geht, dass sie sich, dass sie ja motiviert sind, Spaß dran haben, ich glaub mit der dritten Woche ab Hälfte der dritten Woche nimmt das dann schon ab, weil die 3 Wochen sind schon lang* [Ko3, Z: 105-108]

Zusammenfassung

Die Infrastruktur bei den SITEW lässt es zu, dass sich die Kinder und Jugendlichen in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln können. So kann man ihnen gewisse Aufgaben, wie das selbstständige Zurücklegen einer gewissen Distanz, erteilen, da das Gelände überschaubar und abgesichert ist. Während der 3 Wochen ist der Fokus sehr stark auf motorische Therapie gelegt, wobei man beachten muss, dass man vor allem bei Jugendlichen nicht in den Bereich der Übertherapierung kommt. Um diesen psychischen Overload zu vermeiden, kann Bewegung und Sport eine Alternative sein, da so therapeutische Inhalte spielerisch erarbeitet werden können. Drei Wochen intensive Therapie und Bewegung sind einerseits sehr herausfordernd für die Kinder und Jugendlichen, jedoch auch sehr anstrengend. So kommt es von der ersten bis zur zweiten Woche zu einer Steigerung der Motivation und des Spaßfaktors, was Mitte der 3. Woche jedoch wieder abflaut.

Soziale Auswirkungen der SITEW (K/E1, Ko1, Ko2, Ko3)

Innerhalb der Gruppe, besonders der Wohntrainingsgruppe ist durch die intensive Zusammenarbeit und das Wohnen auf engem Raum ein Gruppenzusammenhalt entstanden. Die Teilnehmer/innen beziehen sich aufeinander und schenken sich gegenseitig Aufmerksamkeit, was die Betroffenen über sich hinaus wachsen lässt. K/E1 erwähnt einen Teilnehmer, der während den SITEW erstmals seinen Arm aktiv nach einem anderen Teilnehmer ausgestreckt hat, um aktiv zu kommunizieren. Im sozialen Bereich, genauer gesagt bezüglich der gezielten Kommunikation, sieht K/E1 die größten Fortschritte ihres Sohnes.

[…] *was ich jetzt an bei diesem Aufenthalt und eben auch 2010 am deutlichsten sehe ist dass Wanja sich bemerkbar macht und gezielter kommuniziert* [K/E1, Z: 300-301]

Da beeinträchtigte Kinder ohnehin ein eingeschränktes soziales Umfeld haben, hält Ko1 die SITEW dafür geeignet die Gruppenzusammensetzung, welche während des Schuljahrs besteht, durchzumischen, um somit ein Kennenlernen anderer Betreuer/innen und Kinder möglich zu machen.

[…] *Na es ist äh es ist natürlich jetzt in unserm Fall eine andere Gruppenzusammenstellung. Es kommen Leute dazu und äh. Es ist wir ham auch heuer dadurch dass ma so eine große Gruppe gemacht haben also wir ham das eben bewusst*

so gemacht, dass wir viele zusammengefasst haben und die dann zu unterschiedlichen Aktivitäten unterschiedlich zusammen kombinieren [Ko1, Z: 223-227]

Von großer Bedeutung ist laut Ko1 auch das Gemeinschaftserlebnis, das während der SITEW entsteht, wozu auch beiträgt, dass man Aktivitäten machen kann, die in den normalen Regelunterricht nicht integrierbar sind. […] *Und auf das so ein ein äh ja auch ein Gemeinschaftserlebnis macht eigentlich. Und da tragt natürlich auch viel dazu bei, dass es nicht da ist und äh auch dass man Dinge tut die man äh die man in der normalen Gruppe nicht machen kann. Also wie das Trampolin oder die Radln oder die man einfach im Tagesablauf einfach nicht unterbringt, wie irgendwelche Sportspiele oder sonstige Sportübungen.*[Ko1, Z: 282-286]

Eine wertvolle Erfahrung für die Kinder und Jugendlichen ist das gemeinsame Anstrengen und Arbeiten an bestimmten Zielen.

[…] *Also einfach dieses dieses gebündelte äh gemeinsame Anstrengen ist äh bringt dann auch immer was weiter* [Ko1, Z: 293-294]

Durch die intensive und enge Zusammenarbeit ist es gelungen ein Team zu formen, das sehr gut funktioniert.

[…] *und wir ham doch eine gewisse Gruppenfindung, diese Einheitsbildung ja find ich eigentlich sehr schön bei uns weil das auch sehr gut funktioniert hat* [Ko2, Z: 469-470] [...] *Weil wir wirklich als Einheit dastehen mit den Kindern zusammen und das find ich eigentlich sehr nett* [Ko2, Z: 471-473]

Die Zusammenarbeit zwischen Betreuer/innen und Kindern, sowie den Kindern untereinander hat während der 3 Wochen sehr gut funktioniert und es ist auch gelungen ein sozial eher ausgegrenztes Kind besser in die Gruppe zu integrieren. Jenes Kind tolerierte die Anwesenheit in der Gruppe nicht lange, sodass es immer wieder den Raum verlassen musste, was sich im Verlauf der 3 Wochen zunehmend besserte.

[…] *ich glaub sonst Zusammenarbeit funktioniert glaub ich bei allen, da sind auch alle aufgeschlossen, da sind sie nicht zurückhaltend und ängstlich oder so* [Ko3, Z: 135-136]

[…] *also ich glaub dass die Svenja in der Gruppe bei uns am Anfang doch eher zurückhaltend war und dann ja aufgelebt ist und sich irgendwie doch integriert hat*. [Ko3, Z: 119-121]

Zusammenfassung

Durch das Zusammenleben auf engem Raum und durch intensive Teamarbeit ist ein Gruppenzusammenhalt entstanden. Die Kinder beziehen sich aufeinander und schenken sich gegenseitig Aufmerksamkeit, was die Teilnehmer/innen sozial über sich

hinauswachsen lässt. So konnten deutliche Fortschritte bezüglich der direkten Kommunikation festgestellt werden. Das Gemeinschaftserlebnis kann durch Aktivitäten gestärkt werden, die in den normalen Regelunterricht nicht integrierbar sind. Auch das gemeinsame Anstrengen und Arbeiten an bestimmten Zielen ist für die Kinder und Jugendlichen eine wertvolle Erfahrung. Da beeinträchtigte Personen ohnehin ein eingeschränktes soziales Umfeld haben, wird während den SITEW die Gruppenzusammensetzung, welche während des Schuljahres besteht, durchgemischt und somit ein Kennenlernen anderer Betreuer/innen und Kinder möglich gemacht. Durch die Schaffung einer freundlichen Gruppenatmosphäre, wozu sowohl Kinder als auch Betreuer ihren Beitrag geleistet haben, ist es gelungen auch ein sozial eher ausgegrenztes Kind in die Gruppe zu integrieren.

Tabellarische Zusammenfassung der Kategorien

In der folgenden Tabelle sollen die den einzelnen Kategorien zugeordneten Textstellen der Interviews mit den Eltern in Stichworten zusammengefasst und übersichtlich dargestellt werden.

Tabelle 10: Tabellarische Zusammenfassung der Interviews mit den Konduktor/innen

Nr.	K/E 1	Ko1	Ko2	Ko3
T1	• 42 Jahre • Mutter eines schwer- und mehrfachbehinderten Kindes • Grundberuf: Diplompsychologin • Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie • Leiterin einer konduktiven Fördereinrichtung in Deutschland • Sportangebote: Trampolinspringen	• 55 Jahre alt • Grundberuf: Musikpädagogin • Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie • Konduktorin in einer konduktiven Fördereinrichtung • Sportangebote: Schwimmen, Skibobkurse, adaptierte Ballsportarten	• 30 Jahre alt • Grundberuf: Masseur • Universitätslehrgang für konduktive Mehrfachtherapie • Konduktor in einer konduktiven Fördereinrichtung • Sportangebote: Skibob-, Schwimm-, Sommersportwochen, adaptierte Ballspiele	• 21 Jahre • Bachelorstudium Pädagogik • Basislehrgang konduktive Mehrfachtherapie • Sportangebote: Skibob-, Schwimmkurse; adaptierte Ballsportarten
T2	• Durch Trampolintraining stabilerer Rumpf→bessere Blickfixierung	• Arbeit entgegen der pathologischen Muster • Durch Sport therapeutische Ziele unterstützen •	• Arbeit an selbstständigem Fortbewegen • Sport=Spaß+Therapie • Durch Sport therapeutische Ziele unterstützen • Gelenksmobilisierung • Verbesserung der Ausdauer • Steigerung der Kraftfähigkeit • Verbesserun der Oberkörperaufrichtung • Korrektur der Handgelenksstellung • Verbesserung der Armstreckung	• Durch Sport therapeutische Ziele unterstützen
T3	• Steigerung des psychischen Wohlbefindens • Körperliche, sprachliche, sozialemotionale Entwicklung durch feinmotorisches Bewegen („Begreifen“) • Stress lösend	• Freudvolle Erlebnisse durch aktive Bewegung • Steigerung der Motivation für intensive Therapie	• Durch Sport sich was Gutes tun • Sport als Möglichkeit etwas zu leisten und Ehrgeiz zu entfalten • Sport als Funfaktor und Abwechslung zum Alltag	• Steigerung der Konzentrationsfähigkeit • Entwicklung von Offenheit für neue Dinge •
T4	• Gruppe im Sport als großer Motivationsfaktor	• Verbesserung der direkten Kommunikation der Kinder untereinander	• Sportangebote als Möglichkeit für Austausch und Kommunikation • Entwicklung von Teamfähigkeit •	• Verbesserung der direkten Kommunikation • Entstehung von Gruppendynamik
T5	• Individuelle Weiterentwicklung im motorischen oder psychischen Bereich	• Möglichkeit eines besonderen Angebots (Trampolin, Therapieräder,…) • Entstehung eines Flows und intensive Therapie •	• Durch Sport einen therapeutischen Schwerpunkt setzen • Kinder sollen etwas Besonderes erleben	• Kinder sollen neue Dinge erleben • Spaß an Sport und Therapie haben
T6		• Stets motorische Fortschritte erkennbar • Steigerung der Distanz beim	• Verbesserung der Handhabung des Rollstuhls • Motorische Fortschritte	• Verbesserung der Koordination und des Gangbildes • Verbesserung

		Fahrradfahren	• Verbesserung der Gehfähigkeit • Verbesserung der Feinmotorik • Verbesserung der zurückgelegten Distanz mit dem Fahrrad	der Oberkörperaufrichtung • Verbesserung der Feinmotorik • Verbesserung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Aufstehen/Niedersetzen)
T7			• Entwicklung von Selbstverantwortung und Selbstständigkeit • Sport als Therapiealternative •	• Steigerung der Motivation
T8	• Steigerung der gezielten Kommunikation • Entstehung eines Gruppenzusammenhalts • Verbesserung der sozialen Kompetenz	• Kennenlernen neuer Teilnehmer/innen und Betreuer/innen • Erfahrung von Gemeinschaftserlebnissen • Gemeinsames Anstrengen und Arbeiten an bestimmten Zielen	• Entstehung eines Gruppenzusammenhalts	• Integration außenstehender Kinder in die Gruppe

Auswertung der Interviews mit den Eltern

Allgemeine Daten (E1, E2, E3, E4)

Die Tochter von E1 ist 13 Jahre alt, hat eine Zwillingsschwester sowie einen 2 Jahre älteren Bruder. E1 hat zusammen mit ihrem Mann alle drei Kinder adoptiert.

[…] *Geboren ist sie 16.3.98.* [E1, Z:5] […] *Und was vielleicht äh auch interessant ist, die sind adoptiert die Kinder.* [E1, Z: 27]

E2 ist Mutter von 2 Töchtern, wobei eine an den SITEW teilnimmt, und ist geschieden.

[…] *Nein ich bin getrennt.* [E2, Z:15] […] *Ja. Eine ältere Schwester* [E2, Z: 17]

E3 ist Mutter einer 16-jährigen Tochter und geschieden.

E4 ist Mutter eines 16-jährigen Sohnes. Sie wohnt zusammen mit ihrem Mann und Sohn in einem Haus.

[…] *Also der Marcell ist jetzt 16* [E4, Z: 3]

Zusammenfassung

50% der befragten Eltern sind geschieden. E1 hat zusammen mit ihrem Mann ein Kind adoptiert. Die Kinder der befragten Eltern sind 13 bis 19 Jahre alt. Die Hälfte der Kinder hat keine Geschwister.

Krankengeschichte (E1, E2, E3, E4)

Die Diagnose lautet beinbetonte Tetraparese.

[…] *äh beinbetonte Tetraparese oder Cerebralparese oder wie auch immer man das nennen will.* [E1, Z: 7-8]

Die Tochter von E1 war eine Frühgeburt, wobei auch Blutungen aufgetreten sind. Das Kind hatte eine abnormale Entwicklung der Willkürmotorik, sodass bereits ab dem 6. Lebensmonat mit Physiotherapie begonnen wurde.

[…] *Also sie war eine Frühgeborene.* [E1, Z:40] […] *Und äh sowieso ein Risikokind und im ersten halben Jahr äh ist eigentlich nur mir aufgefallen, dass sie sich weniger bewegt als die Zwillingsschwester und mehr überstreckt, da ham mir die ärztlichen Kollegen immer alle gesagt ne das wird und erstmal abwarten. Das sie ein Risiko hatte war klar, weil sie hatte auch Blutungen gehabt und die war auch im Ultraschall diagnostiziert* [E1, Z: 42-46]

Es wurden die Therapierichtungen Bobath und Vojta ausprobiert, wobei mit der Vojta-Therapie bessere Erfolge erzielt werden konnten.

[…] *Wir haben zuerst nach Vojta geturnt, dann ging die Vojta-Therapeutin weg, es gab niemand mehr. Dann ham wir versucht, als sie 2 war, nach Bobath geturnt aber da war sie durch Vojta schon durchaus verdorben und hat nicht mehr mitgemacht. Also Bobath-Therapie ging gar nicht.* [E1, Z: 60-63]

Momentan erhält die Tochter von E1 2-mal in der Woche Physiotherapie während des Schulunterrichts.

[…] *Und ansonsten hat sie in der Schule normale Physiotherapie 2 mal ne Stunde in der Woche* [E1, Z: 121-122]

Das Hauptproblem ihrer Tochter sieht E1 durch die Pubertät, die alle Kinder und Jugendliche durchmachen müssen. Nur ist es für Jugendliche mit Behinderung noch schwieriger den Übergang in ein selbstständiges Leben zu schaffen.

[…] *Also ich denke die Pubertät ist ihr Hauptproblem im Moment* [E1, Z:131] […] *Bei ihr hat das ein paar andere Nuancen, weil das mit dem selbstständig sein ein bisschen schwieriger ist, aber im Prinzip sind es genau die gleichen Probleme.* [E1, Z: 136-137]

In funktioneller Hinsicht hat die Tochter Probleme frei zu gehen. Grundsätzlich ist sie sonst bei den Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig, jedoch benötigt sie beispielsweise für das Anziehen sehr viel Zeit, wodurch sie dabei Hilfe in Anspruch nimmt.

[…] *Das sie nicht laufen kann, also nicht frei gehen kann.* [E1, Z: 145] […] *Grundsätzlich Schuhe anziehen ist schwierig. Also dass sie da schlecht runter kommt. Manche ganz einfachen gehen aber Winterschuhe…* [E1, Z: 147-148]

Die Diagnose lautet Sturge-Weber-Syndrom

[…] *Mit ca. 3 Monaten wurde festgestellt, dass Svenja das Sturge-Weber-Syndrom hat.* [E2, Z: 30]

Die Kindheit ihrer Tochter war von zahlreichen Krankenhausaufenthalten auf Grund von Krampfanfällen geprägt.

[…] *Mit 5 Monaten fing sie an zu krampfen, von da an hatten wir bis sie circa 11/12 war 20 Krankenhausaufenthalte hinter uns* [E2, Z: 32-33]

Seit mehr als sechs Jahren ist sie mit Medikamenteneinnahme krampffrei.

[...] *Seit dem ist eigentlich krampffrei (2) unter Medikamenten natürlich.* [E2, Z: 38]

Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie wurden in Anspruch genommen.

[…] *Logo, Ergo, Physio* [E2, Z: 61]

Momentan werden diese Therapieformen nicht mehr einzeln in Anspruch genommen, sondern im Rahmen der konduktiven Förderung.

[…] *Und hängen geblieben sind wir bei der konduktiven Förderung. Das fing auch vor ca. 6 Jahren an und haben dann irgendwann, zum Schluss hatten wir noch Logopädie, haben wir dann eingestellt und das wars.* [E2, Z: 63-65]

Das Hauptproblem ihrer Tochter würde E2 eher im psychischen Bereich ansiedeln und erwähnt dabei ihre Sturheit, wodurch sie sich oft selbst im Weg steht.

[…] *Erm ihr Hauptproblem ist eigentlich @(.)@ dass sie sich oft selber im Weg steht* [E2, Z: 77]

In funktioneller oder motorischer Hinsicht hat sie Beeinträchtigungen bezüglich ihrer Feinmotorik auf Grund der Hemiparese rechts.

[…] Feinmotorik ist nicht so gut, da hat sie natürlich ne Hemiparese auf der rechten Seite, wegen des Krampfens [E2, Z: 94-95]

Die Diagnose der Tochter von E3 lautet Bild der Diplegie.

[…] *Die erste Diagnose war Bild der Diplegie* [E3, Z:3]

Die Tochter war eine Frühgeburt, wobei es bei der Geburt auf Grund einer Infektion noch zu zusätzlichen Komplikationen gekommen ist, sodass ein Kaiserschnitt notwendig wurde.

Zusätzlich wurde die Tochter eine Woche lang künstlich beatmet.

[…] *hab Fieber bekommen, Infektion und die Vanessa natürlich auch. Es ist gleich da Kinderarzt. Sie haben g´sagt sofort an Kaiserschnitt. Vanessa wurde eine Woche beatmet künstlich* [E3, Z:19-21]

Bereits im ersten Jahr wurde mit Therapien begonnen. Feldenkrais, Streichelmassage, Deblockierung der Wirbelsäule in Russland, Vojta, Bobath, Hippotherapie, Adelitherapie Schwimm- und Tomatistherapie wurden ausprobiert und angewandt. Die Mutter erwähnt auch in diesem Zusammenhang, dass die Tochter in jüngeren Jahren viel besser für Therapien motiviert werden konnte, als dies heute der Fall ist. Momentan würde die Mutter die psychische Situation der Tochter als Hauptproblem ansehen, da sie immer wieder psychotische Schübe durchstehen muss.

[…] *Und dann wurde sie im ersten Jahr therapiert, Feldenkrais, Streichelmassage und ich bin a damals g´rennt von einem zum andern* [E3, Z: 26-27] […] *Dann warn ma fünf mal in Russland zur Therapie* [E3, Z: 31] […] *und sie ist nur nach Bobath therapiert worden. Hippotherapie mit dreieinhalb Jahren. Hippotherapie von dreieinhalb bis neuneinhalb, Schwimmtherapie dazwischen g´mocht, Tomatistherapie* [E3, Z: 40-42]

Von den funktionellen Problemen her erwähnt sie, dass die motorische Situation ihrer Tochter einmal so gut war, dass sie frei gehen konnte. Seit das psychische Problem aufgetreten ist, hat sich auch der motorische Zustand ihrer Tochter verschlechtert.

[…] *Vanessa war zum Beispiel noch der Therapie da war die Vanessa so gut, dass sie frei gehen konnte.* [E3, Z: 83-84] […] *Und dann hat`s eh die Psychotik kriagt.* [E3, Z: 98]

Die Diagnose des Sohnes von E4 lautet CDG-Syndrom.

[…] *Die Diagnose lautet CDG-Syndrom.* [E4, Z:5]

Das CDG-Syndrom ist eine Stoffwechselerkrankung. Die Diagnostik gestaltete sich relativ schwierig, sodass E4 bis zum 4. Lebensmonat nicht wusste, dass ihr Kind behindert sein würde. Nachdem die Krankheit festgestellt wurde, wurde bereits im 1. Lebensjahr mit Physiotherapie begonnen.

[…] *Ist eine Stoffwechselerkrankung* [E4, Z: 9] […] *Im Großen und Ganzen bis zum 4. Lebensmonat hatten wir nicht gewusst, dass wir ein behindertes Kind haben.* [E4, Z: 21-22] […] *Vorher war ma bei der Magistrat Physiotherapie machen also als Baby noch (4), mit einem ja erstes Lebensjahr gleich* [E4, Z: 48-49]

Ab dem 2. Lebensjahr wurde der Sohn von E4 konduktiv gefördert. Da E4 mit dem konduktiven Fördersystem bis lang sehr zufrieden ist, wird es auch heute noch in Anspruch genommen.

[…] *wir ham uns genau diese Schule ausgesucht, eben weil er da alles inkludiert hat. Ob es jetzt Physiotherapie Es ist ja alles irgendwo verkapselt in dem Institut Keil Physio, Ergotherapie es ist ois drin.* [E4, Z: 147-149] […] *Und ich glaub auch, dass man heutzutage nicht so weit wären, was (2) ihn anbelangt an und für sich so wie er heute ist. Das hätt ma nie erreicht.* [E4, Z: 154-155]

Das Hauptproblem ihres Sohnes sieht E4 im motorischen Bereich angesiedelt. Wegen der Grunderkrankung hat der Sohn von E4 Probleme bezüglich der Gleichgewichtsfähigkeit und Koordination, wodurch sich auch eine starke Sturzgefährdung ergibt.

[…] *Also das ist auf jeden Fall zu 100% das Gleichgewicht, dadurch dass sein Kleinhirn zu klein ist durch dieses Syndrom* [E4, Z: 55-56]

E4 gibt an, dass ihr Sohn sich mit dem Rollstuhl selbstständig fortbewegen kann. Kurze Gehstrecken können auch mit dem Rollator zurückgelegt werden, jedoch ist dabei die Sturzgefahr sehr hoch. An- und Ausziehen sowie die Toilette können nicht selbstständig durchgeführt werden.

[…] *E4: Mh. Ich kann da nicht über meinen Schatten springen. Ich mein Gehstrecken mach ma so und so, da geh ma eh vom Kinderzimmer auf die Toilette raus, also aber schon mit Handfassung. I: Mh. (2) Das heißt sonst bewegt er sich, wenn er sich selbstständig fortbewegt mit dem Rollstuhl? E4: Ja. Ich weiß das is net sehr förderlich aber…* [I, E4: Z: 104-109]

Zusammenfassung

Alle Kinder haben eine cerebrale Bewegungsstörung gemeinsam, jedoch sind die Diagnosen sehr unterschiedlich. Einerseits leiden die Kinder der befragten Eltern unter cerebralparetischen Störungen, wie beinbetonter Tetraparese oder Diplegie, und andererseits unter seltenen Erkrankungen wie dem Sturge-Weber-Syndrom oder dem CDG-Syndrom.

Alltag des Kindes (E1, E2, E3, E4)

Die Tochter von E1 besucht eine Integrationsschule. Die Schule dauert täglich bis 15 Uhr, danach muss auf Grund der leichten kognitiven Beeinträchtigung der Tochter relativ viel Zeit für Hausaufgaben investiert werden. Einmal pro Woche wird Keyboard-Unterricht genommen und der Rest der spärlichen Freizeit wird für chatten aufgewendet.

[…] *Dann geht sie in die Schule bis um 3, dann fährt das Taxi sie wieder nach Hause und dann ist Nachmittagsprogramm was ansteht. Entweder Hausaufgaben, da braucht sie relativ viel Hilfe* [E1, Z: 184-186] […] *Weil sie auch intellektuell so ein bisschen an der Kante ist. Mir kommt`s immer richtig gut rüber aber in der Regelschule, im Regelschulbereich ist es schon naja Viererbereich* [E1, Z: 188-189] […] *Einmal in der Woche fahr`n wir zum Keyboardunterricht* [E1, Z: 193] […] *und ihre Freizeit verbringt sie in der Regel mit chatten am Computer* [E1, Z:197]

Die Tochter von E2 arbeitet täglich acht Stunden in einer Werkstätte in der Aktenvernichtung. Einmal pro Woche nimmt sie eine konduktive Gruppentherapie in Anspruch. Ansonsten verbringt sie ihre Freizeit mit dem Besuch von Bekannten oder mit ihren Tieren.

[…] *Wird um 10 nach 7 abgeholt, kommt um 4 nach Hause dann äh entweder besuchen wir nochmal jemand oder kümmern uns um ihr Tiere. Wir haben Pferde, Kaninchen, Meerschweinchen, Hund und Katze also halten uns relativ viel draußen auf.*

[E2, Z: 125-127]

Gelegentlich fährt sie in ihrer Freizeit Fahrrad

[…] *Das einzige ist mal Fahrrad fahren oder Gokart fahren oder so, aber ansonsten…(seufzen)*

[E2, Z: 140-141]

Momentan geht die Tochter von E3 zur Schule, welche täglich bis circa 16 Uhr dauert. Am Nachmittag stehen entweder Arztbesuche, Psycho- oder Ergotherapie an. Jeden Samstag wird Reittherapie durchgeführt. Den Rest ihrer Freizeit verbringt die Tochter von E3 vorm Computer oder Fernseher.

[…] *Am Dienstag hamma Psychotherapie* [E3, Z: 126-127] […] *Donnerstag hab ich sie abgeholt, da hamma einen Termin in der Riegersgasse ghabt, Ergotherapie.* [E3, Z: 132-133] […] *Und so zwischendurch hamma entweder an an Mittwoch ghobt: Orthopäden oder Kieferorthopädie.* [E3, Z: 135-136] […] *Ja Samstag hamma reiten immer* [E3, Z: 145-

146] […] *Und do hots donn sie sitzt dann meist am Computer schaut ins Facebook oder chattet und schaut sie, FilEm schaut sa sie eh net an, Britt oder Kallwass, die Pschologin schaut`s ganz gern und die Gerichtssendungen.* [E3, Z: 142-145]

Der Sohn von E4 besucht die Schule des Instituts Keil, eine konduktive Fördereinrichtung.

[…] *Frühstück, dann wird er angezogen. Toilette, waschen. Badezimmer und dann für die Abfahrt bereit machen ins Institut Keil mitn Fahrtendienst.*

[E4, Z: 87-88]

Einmal pro Woche nimmt er ein Bewegungs- und Sportangebot in Anspruch, welches auch vom Institut Keil organisiert wird. Inhalte dieses Kurses sind adaptierte Bewegungs- und Ballspiele. Ansonsten wird in der Freizeit noch ferngesehen oder Computer gespielt.

[…] *Montags ist er in der Sportgruppe ja. Da kommt er um halb 6, 6 nach Hause.*

I: Mh. E4: Oder auch irgendwann einmal. Ja dann ist an und für sich nur noch das Abendessen, duschen, Computer I: Mh. E4: Bissl fernsehen und schlafen. [I, E4: Z: 92-97]

Zusammenfassung

Alle Kinder besuchen entweder integrative Schulen, Schulen nach dem konduktiven Fördersystem oder eine Tageswerkstätte. Da diese Fördereinrichtungen meist ganztägig sind, ist die Freizeit der Kinder eher spärlich. In der Freizeit müssen teilweise noch zusätzlich Arztbesuche oder Therapien erledigt werden. Die meiste Freizeit wird passiv mit Fernsehen oder Computerspielen verbracht. Bewegung und Sport wird sehr wenig betrieben.

Physische Auswirkungen von Bewegung und Sport (E1, E3)

E1 ist zwar der Ansicht, dass Sport durchaus dazu geeignet ist die therapeutischen Ziele zu unterstützen, jedoch geschieht die harte Arbeit in der Physiotherapie.

[…] *Ich denke ja unterstützen tut`s das mit Sicherheit. Es ist nicht schädlich, es ist nicht kontraproduktiv erm aber die Arbeit passiert schon in der Physiotherapie.* [E1, Z: 268-269]

Sport und Bewegung können laut E1 einen Beitrag zum Erhalt der Beweglichkeit liefern und eher erhaltend wirken. Sie vergleicht die Situation ihrer 13-jährigen Tochter mit dem eines Spitzensportlers, bei dem ab einem gewissen Leistungsstand nur noch minimale Erfolge erzielt werden können. […] *Also ich denk dass das in Therapie oder Sport. Je höher der Leistungsstand ist, desto schwieriger kann man auch Erfolge erzielen*. [E1, Z: 370-371]

E3 gibt an, dass sie ein Schlüsselerlebnis hatte. Dabei konnte sie feststellen, dass ihre Tochter nach einer Reitstunde ein wunderschönes, elegantes Gangbild angenommen hatte und dass auch die Therapeutin danach bei der Ganganalyse deutliche Veränderungen feststellen konnte.

[…] *und die Vanessa is obengsessn und is galoppiert und die Leiter, also der des ghört, die hat sie fotographiert und sie die Ganganalyse dann angeschaut und die die hat gsagt es ist ein Phänomen, des is ja wirklich spinnad, und die Vanessa sitzt oben und wenn man sich den Gesichtsausdruck anschaut, von Pferd und Reiter, glaubst das ist eines und er ist bei ihr wirklich sehr brav. Und wir sind dann nachher in Prater gongan und ein Gedränge links und rechts und die Vanessa hat ein Gangbild angenommen, wie wann`s traben tät. Oiso wo sie normalerweise ja so schlenkert ist sie so gegangen (demonstriert aufrechten Gang), wie wann`s traben tät. Ganz leichtfüßig und schön elegant* [E3, Z: 238-245]

Zusammenfassung

Durch Bewegung und Sport können zwar die therapeutischen Ziele unterstützt werden, jedoch wird die harte Arbeit während der Physiotherapie geleistet. Ein Elternteil liefert dazu ein Beispiel, da sie nämlich direkt nach einer Reitstunde beobachten konnte, wie sich das Gangbild ihrer Tochter veränderte. Nach dem Reiten nahm sie ein elegantes und sicheres Gangbild an und hatte eine deutlich verbesserte Oberkörperaufrichtung.

Psychische Auswirkungen von Bewegung und Sport (E1, E2, E3, E4)

E1 gibt an, dass ihrer Tochter gewisse Bewegungs- und Sportangebote Spaß bereiten. Obwohl sie meist zu Beginn in der Gruppe eher distanziert und ängstlich ist, steigern Erfolgserlebnisse ihr Selbstvertrauen. Auch die Erkenntnis, dass man nicht schlechter ist als die anderen, wirkt sich positiv auf die Psyche aus.

[…] *Es gibt Bereiche, wo sie einfach aus Spaß Sport macht, also im Schulsport oder mitn Fahrrad fährt oder sie hat auch so nen Skibobkurs gemacht im Winterferien. Da hat sie am Anfang immer Angst und da ist es ihr peinlich wenn sie was nicht so gut kann wie die anderen. Also eigentlich ist sie von sich aus eher so auf Abstand so ein bisschen und macht das nicht gerne.* [E1, Z: 242-246] […] *aber wenn sie dann dabei ist und wenn sie dann Erfolge hat, dann ist das natürlich toll fürs Selbstbewusstsein. Ich kann ja doch was, auch in der Gruppe, ich bin nicht schlechter als die andern.* [E1, Z: 248-250]

Laut E2 führen Bewegungs- und Sportangebote dazu, dass ihre Tochter ausgeglichener ist.

Erfolgserlebnisse im Sport können sehr positive Auswirkungen für Kinder und Jugendliche haben. E3 hat bei ihrer Tochter die Erfahrung gemacht, dass sie auflebt, wenn sie selbst einmal sieht was sie kann.

Bewegung und Sport bereiten der Tochter Spaß, deswegen möchte die Mutter dies auch fördern.

[…] *Es macht ihr Spaß es tut ihr gut. So lang sie`s machen will, wär ich schaun dass ich ma`s leisten konn.* [E3, Z: 232-233]

E4 gibt an, dass ihr Sohn Spaß hat an Bewegung und Sport und dass dies auch der Grund dafür ist, dass die Mutter ihren Sohn an diesen Sportangeboten teilnehmen lässt. Der Sport soll auch eine Abwechslung zum Therapiealltag darstellen.

[…] *Einmal die Woche also ich hab es deswegen gemacht, weil er Spaß daran hat ja*. [E4, Z: 128] […] *Weil in Wirklichkeit hat er ja genug Therapien im Institut Keil*. [E4, Z: 130]

Zusammenfassung

Bewegung und Sport bereiten den Kindern und Jugendlichen Spaß und sollen eine Abwechslung zum normalen Therapiealltag darstellen. Des Weiteren ist es möglich durch das Erreichen bestimmter Ziele oder durch das Bewältigen gewisser Aufgaben Erfolgserlebnisse zu feiern, die sich positiv auf die Psyche auswirken. Wenn die Kinder und Jugendlichen sehen, was sie eigentlich können, führt dies zu einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens und dazu ist der Sport sehr gut geeignet.

Durch den Sport in der Gruppe können die Kinder auch die Erfahrung machen, dass sie nicht alleine mit ihren Problemen sind und dass sie nicht schlechter als andere sind.

Sport und Bewegung können dazu führen, dass die Kinder und Jugendlichen ausgeglichener sind.

Soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport (E1, E3)

E1 denkt schon, dass ihrer Tochter die Bewegung in der Gruppe und einfach das Dabeisein Spaß bereitet.

[…] *Also da mitzumachen, das macht ihr dann schon Spaß denk ich Bewegung in der Gruppe einfach dabei sein zu machen, ist gut für Spaß und Selbstbewusstsein.* [E1, Z: 255-256]

Die sozialen Auswirkungen von Bewegung und Sport in der Gruppe sind laut E1 eine Steigerung der sozialen Kompetenz, gegenseitige Rücksichtnahme, das Entstehen von Teamwork oder einfach nur das Sammeln von Erfahrungen in der Gruppe.

Der Sport kann dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung ihren Platz in der Gesellschaft finden und soziale Kontakte knüpfen können.

[…] *aus meiner Sicht wichtig ist, die Dinge die den Sport, den Breitensport im Regelbereich ausmachen, soziale Kompetenz zu kräftigen, Erfahrungen in der Gruppe zu festigen, auf einander Rücksicht nehmen, Teamwork erm diese ganzen Dinge zu machen, wofür der Breitensport normaler Weise steht. Also erm das denk ich wär gerade für bewegungsgestörte Kinder auch ganz wichtig weil die`s auch viel viel schwerer haben ihren Platz in der Gesellschaft zu finden und in den sozialen Kontakten zu finden.* [E1, Z: 404-410]

Dem Sport spricht E3 überhaupt keine sozialen Auswirkungen zu.

[…] *Sozial find ich hat das überhaupt keine Auswirkungen. Weu was wichtig ist für Jugendliche ist ein Umfeld, das sie haben und des is sehr schwer, des hab ich bei ihr erlebt.* [E3, Z: 196-197] […] *Absolut kein sozialer Kontakt und den hat ma anet wenn ma reiten geht amoi in der Wochn, i man nein*. [E3, Z: 204-205]

Zusammenfassung

Die sozialen Auswirkungen können selbstverständlich nur von jenen Eltern beurteilt werden, deren Kinder an Gruppensportaktivitäten teilnehmen. So spricht ein Elternteil dem Sport überhaupt keine sozialen Auswirkungen zu, was auch darauf zurückzuführen ist, dass ihr Kind im Einzelsetting Reiten und Schwimmen ausübt. Ein anderer Elternteil ist der Meinung, dass alleine das Dabeisein im Sport zu einer Steigerung des Spaßfaktors und des Selbstvertrauens führt. Sport kann dazu beitragen, dass die Kinder und Jugendlichen ihren Platz in der Gesellschaft finden und Kontakte knüpfen können. Die sozialen Auswirkungen von Bewegung und Sport in der Gruppe sind eine Steigerung der sozialen Kompetenz, gegenseitige Rücksichtnahme, das Entstehen von Teamwork oder einfach nur das Sammeln von Erfahrungen in der Gruppe, was für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen noch mehr von Bedeutung ist als für Gesunde.

Motive für Teilnahme an den SITEW (E1, E2, E3, E4)

Waren es in früheren Jahren noch therapeutische Gründe für die Teilnahme an den SITEW, sind diese bis dato in den Hintergrund gerückt. Momentan ist es eher so, dass die sozialen und psychischen Gründe im Vordergrund stehen.

[…] *Am Anfang warn wirklich therapeutische Gründe, Selbstständigkeitstraining, das wofür Institut Keil und Petö steht* [E1, Z: 273-274]

[…] *aber für Miriam ist hier her kommen erm Freunde treffen* [E1, Z: 284-285]

Die Erwartungen von E2 an die SITEW waren eine Steigerung der sozialen Kompetenz sowie die Möglichkeit für ihre Tochter, dass sie sich einmal so richtig auspowern kann.

Außerdem ist E2 der Ansicht, dass die Gruppe für eine Steigerung der Motivation bei ihrer Tochter sorgen könnte.

[…] *Naja einmal die soziale Kompetenz und ja dass sie sich auch ein bisschen auspowert und bewegen muss, weil die Werkstatt hat auch Urlaub und Svenja ist sehr faul, sie ist sehr schwer zu motivieren. Und diese ganze Gruppe motiviert ja doch ganz anders.* [E2, Z: 193-195]

Mutter E2 wünscht sich, dass die positiven Auswirkungen nach den SITEW auch zu Hause noch umgesetzt werden können, ist dahingehend jedoch sehr skeptisch.

[…] *Ich hoffe dass es ein bisschen nachhaltig ist, wie gesagt zu Hause ist die ganze Situation eben halt wieder ganz anders, man kann das irgendwie nicht ganz vergleichen* [E2, Z: 207-208]

Mutter E3 hatte keine speziellen Erwartungen an die SITEW. Der Grund für die Teilnahme war jener, dass die Mutter auf Grund ihrer Berufstätigkeit eine Unterbringung für ihre Tochter benötigte.

[…] *Weil ich arbeiten musste bis drei.* [E3, Z: 251] […] *War der Hauptgrund und i hob ka Unterbringung* [E3, Z: 253]

Auch E4 hatte keine bestimmten Erwartungen an die SITEW, sondern die SITEW sind fixer Bestandteil der Sommerferien. Sie sollen auch Anlass dazu bieten, dass noch einmal kurz vorm Sommer intensiv an den Defiziten gearbeitet wird, bevor dem Körper Ruhe gegönnt wird.

[…] *Dass noch einmal kurz vor die Ferien, vor seine Ferien sag ich mal noch einmal Vollgas gegeben wird.* [E4, Z: 182-183] […] *Und dann sein Körper ein bisschen Ruhe bekommt.* @(.)@ [E4, Z: 185]

Zusammenfassung

Für die Teilnahme an den SITEW werden sowohl motorische als auch psychische und physische Motive genannt. Stehen jedoch in jüngeren Jahren noch die motorischen Ziele im Vordergrund, so werden die sozialen Motive für die Teilnahme im Alter immer bedeutender. Das Zusammenleben und die Arbeit in der Gruppe sollen die soziale Kompetenz steigern und die Motivation für intensive Therapien erhöhen. Da die SITEW

stets am Ende des Schuljahres stattfinden, sollen diese dafür genützt werden um noch einmal an den motorischen Defiziten zu arbeiten, bevor dem Körper während den Schulferien eine Auszeit gegönnt wird. Ein Elternteil hat keine speziellen Erwartungen an die SITEW, sondern nützt diese als Unterbringungsmöglichkeit für ihre Tochter auf Grund eigener Berufstätigkeit.

Physische Auswirkungen der SITEW (E1, E2, E3, E4)

E1 gibt zwar an, dass ihre Tochter auch körperlich ein wenig profitiert, jedoch andere Aspekte im Vordergrund stehen.

[…] *von dem Programm oder von dem Lernzuwachs, Therapiezuwachs rein körperlich, den Miriam hier mitnimmt aus 3 Wochen, da ist immer ein bisschen was* [E1, Z: 279-281]

Die positiven Auswirkungen auf psychischer und sozialer Ebene, die Ausgeglichenheit und das verbesserte Einfühlungsvermögen können unter anderem auch darauf zurückgeführt werden, dass sich die Kinder auf den SITEW auspowern können und die Möglichkeit haben etwas zu leisten.

[…] *Aber die Rückmeldung, die ich von den andern allen kriegt hab, dass sie ja total nett, hilfsbereit, umsichtig. Also wenn man sich den ganzen Tag ein bisschen auspowern kann, was geleistet hat.* [E2, Z:155-157]

Von physischen Veränderungen kann die Mutter E3 noch nicht berichten, meint aber, dass sich diese noch einstellen könnten, da sie die Erfahrung gemacht hat, dass bei ihrer Tochter die Auswirkungen erst nach einer gewissen Zeit sichtbar werden.

[…] *Vielleicht kommt`s noch, bei der Vanessa is imma a paar Wochen später*. [E3, Z: 282]

Die Mutter E3 führt auch an, dass ihre Tochter in den ersten Tagen sehr erschöpft nach Hause gekommen ist und bereits frühzeitig zu Bett gegangen ist.

[…] *In der ersten Woche hat sie sich um sieben halb acht niedergelegt, so k.o. war sie.* [E3, Z: 274]

E4 konnte nach den SITEW Verbesserungen bezüglich der Aufrichtung des Oberkörpers und der skoliotischen Fehlhaltung ihres Sohnes feststellen.

[…] *Jetzt nach Strebersdorf sehe ich sehr wohl eine Veränderung, allerdings net in der Psyche oder sonst irgendwas, sondern punkto Aufrichtung des Körpers. Also die Skoliose hab ich das Gefühl* [E4, Z: 132-134]

Zusammenfassung

Die Kinder und Jugendlichen profitieren von den SITEW auch immer in einem gewissen Ausmaß körperlich, jedoch stehen die psychischen und sozialen Aspekte im Vordergrund.

Ein Elternteil konnte zwar kurz nach den SITEW noch keine physischen Veränderungen bei ihrer Tochter erkennen, jedoch ist sie der Ansicht, dass sich Verbesserungen im Laufe der Zeit noch einstellen könnten. Eine Mutter berichtete, dass ihre Tochter auf Grund der ungewohnt intensiven Belastungen während den SITEW völlig erschöpft ins Bett gefallen ist. Eine Mutter konnte direkt im Anschluss an die SITEW eine Verbesserung der Oberkörperaufrichtung und der skoliotischen Fehlhaltung bei ihrem Sohn feststellen.

Psychische Auswirkungen der SITEW (E1, E2, E3, E4)

E1 erwähnt, dass die SITEW psychisch sehr wichtig für ihre Tochter sind.

[…] *Ich denke dass für Miriam hier her zukommen, vor allem psychisch wichtig ist* [E1, Z: 291]

Positive Auswirkungen sieht sie unter anderem auch für die Persönlichkeit, da sie dort in einem geschützten Rahmen für eine gewisse Zeit selbstständig leben kann.

[…] *Ja äh ohne Eltern selbstständig verreisen können. Wirklich selbstständig werden* [E1, Z: 287]

Da an diesen SITEW Kinder und Jugendliche teilnehmen, die ähnliche Probleme wie ihre Tochter haben und teilweise schwerwiegender betroffen sind, erkennt sie, dass sie mehr kann als viele andere.

[…] *Ich kann auch mehr als die andern, mehr als viele andere* [E1, Z: 290]

Besonders positiv wirken sich die SITEW auf das Selbstbewusstsein ihrer Tochter aus. Wichtig ist der Mutter, dass sich die Tochter trotz ihrer Behinderung eine eigene Meinung bildet und diese dann auch vor anderen Leuten vertritt.

[…] *aber tut ihr eher gut, sich da nicht nur anzupassen sondern auch mal ne eigene Meinung zu vertreten.* [E1, Z: 383-384]

Die Mutter E2 gibt an, dass sie die Rückmeldung erhalten hat, dass sich das Einfühlungsvermögen ihrer Tochter verbessert hat.

[…] *und eben auch die Handicaps von den andern sieht. Da soll sie sehr einfühlsam mit umgegangen sein.* [E2, Z: 159-160]

E3 erwähnt, dass sie ihre Tochter während dieser 3 Wochen sehr ausgeglichen erlebt hat.

[…] *Aber sonst war sie recht ausgeglichen, find I also.* [E3, Z: 276]

Die SITEW motivieren die Kinder noch einmal dazu, dass Vollgas gegeben wird, bevor man sich in die Sommerferien verabschiedet.

[…] *Dass noch einmal kurz vor die Ferien, vor seine Ferien sag ich mal noch einmal Vollgas gegeben wird.* [E4, Z: 182-183]

Zusammenfassung

Die Teilnahme an den SITEW ist für die Persönlichkeit der Kinder von Bedeutung, da sie dort in einem geschützten Rahmen selbstständig leben können. Psychisch ist die Teilnahme auch deswegen von Bedeutung, da die Kinder und Jugendlichen sehen, dass sie nicht alleine mit ihren Problemen sind und dass sie vielleicht mehr können als viele andere. Während den SITEW wird das Selbstbewusstsein der Kinder gestärkt. Von einem anderen Elternteil wird angemerkt, dass sich das Einfühlungsvermögen ihrer Tochter verbessert hat und auch die Ausgeglichenheit während und nach den SITEW ist auffällig.

Die SITEW sollen auch nochmals die Motivation erhöhen, um sich kurz vor den Sommerferien ein letztes Mal zu verausgaben.

Soziale Auswirkungen der SITEW (E1, E2)

E1 ist auch davon überzeugt, dass der Aufenthalt in Strebersdorf die soziale Kompetenz ihrer Tochter stärkt.

E2 ist der Ansicht, dass sich die SITEW positiv auf die soziale Kompetenz ihrer Tochter ausgewirkt haben. Von Konduktorinnen hat die Mutter die Rückmeldung erhalten, dass ihre Tochter sehr umsichtig mit den anderen Kindern umgegangen ist.

[…] *die Rückmeldung, die ich von den andern allen kriegt hab, dass sie ja total nett, hilfsbereit, umsichtig* [E2, Z:155-156]

Außerdem spricht sie auch der Gruppe einen hohen Anteil für die Motivation zu.

[…] *Und diese ganze Gruppe motiviert ja doch ganz anders* [E2, Z: 195] […] *Gruppendynamik ist ganz was anderes als Einzeltherapie* [E2, Z: 197]

Zusammenfassung

Ein Elternteil ist beispielsweise der Ansicht, dass die soziale Kompetenz durch die SITEW gestärkt wird. Eine Mutter erhielt die Rückmeldung von Konduktorinnen, dass sie im Laufe der SITEW stets hilfsbereiter und umsichtiger geworden ist, was die Annahme der sozialen Kompetenzsteigerung bestätigt. Außerdem hat die Gruppe und die dadurch

entstehende Gruppendynamik sehr positive Auswirkungen auf die Motivation der Kinder und Jugendlichen.

Tabellarische Zusammenfassung der Kategorien

In der folgenden Tabelle sollen die den einzelnen Kategorien zugeordneten Textstellen der Interviews mit den Eltern in Stichworten zusammengefasst und übersichtlich dargestellt werden.

Tabelle 11: Tabellarische Zusammenfassung der Interviews mit den Eltern

Nr.	E1	E2	E3	E4
P1	• 13-jährige Tochter • 3 adoptierte Kinder • verheiratet	• 19-jährige Tochter • 2 Kinder • geschieden	• 16-jährige Tochter • geschieden	• 16-jähriger Sohn • verheiratet
P2	• Beinbetonte Tetraparese • Frühgeburt und Hirnblutungen • Verzögerte Entwicklung der Willkürmotorik • Ab 6. Lebensmonat Physiotherapie • Vojta, Bobath • Hauptproblem: Pubertät→selbständige Lebensführung • Selbstständig mobil mit Krücken, auch bei sonstigen Aktivitäten des tägl. Lebens (Adls) selbstständig	• Sturge-Weber-Syndrom • Mit 5 Monaten Krampfanfälle, bis 12 Jahre ca. 20 KH-Aufenthalte • Seit 6 Jahren unter Medikamenteneinnahme krampffrei • Logo-, Ergo-, Physiotherapie • Hauptproblem: Psyche • Feinmotorische Schwierigkeiten auf Grund der Hemiparese rechts	• Diplegie • Frühgeburt, Infektion bei der Geburt, Tochter wurde 1 Woche lang beatmet • Ab 1. Lebensjahr Therapiebeginn • Physiotherapie, Feldenkrais, Streichelmassage, Deblockierung der Wirbelsäule, Vojta, Bobath, Hippotherapie, Adelitherapie, Schwimmtherapie, Tomatistherapie • Hauptproblem: psychotische Anfälle • Motorische Probleme • Mit Rollstuhl selbstständig mobil, mit Handfassung gehfähig	• CDG-Syndrom • Stoffwechselerkrankung wurde im 1. LJ festgestellt • Ab 1. LJ Beginn mit Physiotherapie • Ab 2. LJ konduktive Förderung bis heute • Hauptproblem: Störung der Gleichgewichtsfähigkeit und Koordination→Sturzgefahr • Mit Rollstuhl selbstständig mobil; kurze Strecken mit Handfassung möglich; unselbstständig bei Adls.
P3	• Besuch einer Integrationsschule (ganztags) • Freizeitaktivitäten: Hausaufgaben, chatten, Computer spielen, fernsehen	• Arbeit in einer Werkstätte (ganztags) • Freizeitaktivitäten: Bekanntenbesuche, Pflege eigener Haustiere, gelegentlich Fahrradfahren	• Besuch einer Integrationsschule (ganztags) • Freizeitaktivitäten: Arztbesuche, Psycho- und Ergotherapie, Reittherapie, Computer, fernsehen	• Besuch einer Schule nach dem konduktiven Fördersystem (ganztags) • Freizeitaktivitäten: Teilnahme an Ballsportgruppe (1 mal/Woche), fernsehen, Computer spielen.
P4	• Unterstützung therapeutischer Ziele durch Sport		• Verbesserung des Gangbildes	
P5	• Sport bereitet Spaß • Zuwachs an Selbstvertrauen durch Erfolgserlebnisse • Erkenntnisgewinn, dass man nicht alleine mit seinen Problemen ist, wirkt sich pos. auf die Psyche aus.	• Sport führt zu mehr Ausgeglichenheit	• Sport bereitet Spaß • Positive Auswirkungen durch Erfolgserlebnisse	• Sport bereitet Spaß • Sport bietet Abwechslung zum Therapiealltag

P6	• Bewegung in der Gruppe und das „Dabeisein“ bereiten Spaß • Steigerung der sozialen Kompetenz • Entstehung von Teamwork • Sammeln von Erfahrung in der Gruppe • Gegenseitige Rücksichtnahme		• Bewegung und Sport haben überhaupt keine sozialen Auswirkungen	
P7	• In jungen Jahren motorische Verbesserungen erwünscht • Ab Jugendalter eher psychische und soziale Motive	• Steigerung der sozialen Kompetenz • Möglichkeit sich körperlich zu verausgaben • Steigerung der Motivation durch die Gruppe	• Keine speziellen Erwartungen • SITEW als Unterbringungsmöglichkeit für die Tochter	• Keine besonderen Erwartungen • SITEW als Möglichkeit noch einmal vor den Ferien intensiv an den Defiziten zu arbeiten
P8	• Stets motorische Verbesserungen, aber psychische und soziale Effekte stehen im Vordergrund	• Verbesserung des Einfühlungsvermögen und mehr Ausgeglichenheit durch körperliche Anstrengung	• Körperliche Erschöpfung • Motorische Verbesserungen noch nicht erkennbar, könnten sich aber noch einstellen	• Verbesserung der Oberkörperaufrichtung und der skoliotischen Fehlhaltung
P9	• Persönlichkeitsentwicklung auf Grund selbstständiger Lebensführung • Positiv für Psyche ist die Erkenntnis, dass man nicht alleine mit seinen Problemen ist. • Entwicklung von mehr Selbstvertrauen	• Verbesserung des Einfühlungsvermögens	• Mehr Ausgeglichenheit	• Motivation noch einmal vor den Sommerferien intensiv zu arbeiten
P10	• Steigerung der sozialen Kompetenz	• Steigerung der sozialen Kompetenz • Steigerung der Motivation durch die Gruppe		

Auswertung der Interviews mit den Kindern

Allgemeine Daten (Ki1, Ki2)

Ki1 ist 15 Jahre alt und wohnt zusammen mit anderen Mädchen in einer Wohngemeinschaft. Ihre Eltern sind geschieden.

[…] *Erm ich hab gewohnt in einer betreuten Mädchen-WG.* [Ki1, Z: 13] […] *Nein die sind getrennt. Mein Vater wohnt in den Vereinigten Staaten und meine Mutter wohnt in Salzburg.* [Ki1, Z: 25-26]

Ki2 ist 13 Jahre alt und hat 5 Geschwister, wobei sie noch mit 2 zusammen lebt. Ki2 ist wie ihre 5 Geschwister adoptiert worden.

[…] *Aber ich bin adoptiert und zwei leben bei mir.* [Ki2, Z:17]

Zusammenfassung

Die befragten Kinder sind 13 und 15 Jahre alt. Währen das ältere Mädchen in einer Wohngemeinschaft lebt, wohnt Ki2 zusammen mit zwei Geschwistern bei ihren Adoptiveltern.

Krankengeschichte (Ki1, Ki2)

Ki1 war eine Frühgeburt und ist 2 Monate zu früh geboren worden. Außerdem erlitt sie einen Sauerstoffmangel bei der Geburt. Ihre motorische Entwicklung war verzögert, und begann erst mit vier Jahren frei zu gehen.

[…] *Also ich war eben eine Frühgeburt, war zwei Monate zu früh und dann Sauerstoffmangel bei der Geburt* [Ki1, Z: 37-39]

[…] *also ich hab dann laufen gelernt mit vier. Ein bisschen wackelig aber es geht.* [Ki1, Z: 48-49]

Die Diagnose lautete spastische Diplegie.

Ki1 hat Erfahrungen mit Physio-, Ergo- und Hippotherapie sowie mit der konduktiven Förderung nach Petö.

[…] *ich hab gemacht Petö, erm konduktive Förderung hier eben jetzt.* [Ki1, Z: 51] […] *Erm dann Hippotherapie hab ich gemacht, Ergotherapie hab ich auch gemacht, allerdings nur kurz, Physiotherapie hab ich gemacht und das war`s eigentlich.* [Ki1, Z: 53-54]

Als funktionelle Probleme nennt Ki1 das kontrollierte freie Aufstehen und Niedersetzen, sowie das freie Stiegen hinabsteigen.

[…] *Also quasi ohne Hände frei Aufstehen und Hinsetzen und das kontrolliert machen können.* [Ki1, Z: 258-259] […] *Erm dass ich mich zum Beispiel traue frei die Stiegen runter zu gehen, weil ich bin schon so oft da runter gekugelt* [Ki1, Z: 263-264]

Ki1 erwähnt, dass es noch sehr viele Dinge gibt, die sie gerne verbessern würde. Ihr Hauptproblem ist momentan das pathologische Gangbild, welches sie in nächster Zeit verbessern möchte.

[…] *Also stören tut mich vieles. Es gibt eine lange Liste von Dingen, die ich noch hinkriegen möchte.* [Ki1, Z: 57-58] […] *Aber was jetzt im Moment das aller,allerwichtigste ist, dass meine Vorfußmobilität ausgebaut wird und dass ich meine Außenkanten belasten kann. Weil es sein könnte, dass das der Dreh- und Wendepunkt ist, warum mein Gangbild nicht besser wird, weil das funktioniert ja bei anderen von selber und ich steig eigentlich sehr nach innen und dass ist jetzt erstmal fürs nächste Jahr das oberste Ziel und dann gibt`s noch ein paar untergeordnete, die auch noch bearbeitet werden.* [Ki1, Z: 60-65]

Ki2 weiß nicht mehr genau über den Geburtsverlauf Bescheid, erwähnt aber, dass sie monitorisiert werden musste und Kopfadern geplatzt sind. Mit 2 Jahren wurde sie vier Mal operiert.

[…] *Ich musste sogar bei der Geburt sogar monitorisiert werden, oben an den Adern beim Kopf, da warn da sind Adern geplatzt und dadurch ist das jetzt so.* [Ki2, Z: 30-31]

[…] *Erm also als ich zwei war, war`s ziemlich schlecht, da wurde ich viermal hintereinander operiert und dadurch wurde es besser.* [Ki2, Z: 33-34]

Ki2 hat Erfahrung mit konduktiver Therapie sowie mit Vibrationstherapie.

[…] *hier konduktive Therapie* [Ki2, Z: 142] *Und erm mitn Galileo-Rüttelgerät.* [Ki2, Z: 144]

Das Hauptproblem von Ki2 liegt eher im psychischen Bereich. Sie gibt an, dass es sie sehr traurig macht, wenn sie Kinder sieht, die Dinge machen können, die sie nicht kann. […] *Mein größtes Problem ist, dass ich wenn ich Kinder sehe, die rumspringen und viele Sachen machen können, was ich nicht machen kann.* [Ki2, Z: 37-38]

Ki2 ist zwar selbstständig mobil, jedoch nur unter Benutzung von ein bis zwei Gehkrücken. Probleme hat Ki2 außerdem dabei die linke Hand im Alltag einzusetzen.

[…] *Ich will auch mal irgendwas mit links machen weil irgendwann tut mir die rechte Hand weh und dann kann ich nicht so viel mit der linken tun.* [Ki2, Z: 69-70] […] *Und dass ich auch ohne Stützen oder lieber nur mit einer Stütze laufe* [Ki2, Z: 61]

Zusammenfassung

Während Ki1 sehr gut Bescheid weiß über den Geburtsverlauf und ihre Diagnose, sind die Ausführungen von Ki2 in dieser Hinsicht eher diffus. Ki1 erlitt als Frühgeborene einen Sauerstoffmangel bei der Geburt, wodurch sich eine spastische Diplegie entwickelte. Die motorische Entwicklung war dementsprechend verzögert und so lernte sie erst mit vier Jahren frei zu gehen. Ki1 führt aus, dass sie bei der Geburt monitorisiert wurde und Adern im Kopf geplatzt sind. Dies könnte auf eine Hirnblutung und eine dadurch entstandene Cerebralparese hindeuten. Während das Hauptproblem von Ki2 eher im psychischen Bereich liegt und sie sehr darunter leidet, dass sie manche Dinge nicht machen kann, die gesunde Kinder schon machen können, ist das Ziel von Ki1 eine Verbesserung der Motorik. Sie möchte vor allen Dingen ihr Gangbild verbessern. Funktionelle Probleme bestehen vorwiegend beim freien Gehen, beim kontrollierten Aufstehen und Niedersetzen, beim Stiegen steigen, sowie beim koordinierten Einsatz beider Hände. Physio-, Ergo- und Hippotherapie sowie Vibrationstherapie wurden in Anspruch genommen.

Alltag des Kindes (Ki1, Ki2)

Ki1 besucht eine integrative Schule. Der Unterricht dauert täglich von 8 bis 16 Uhr. Einmal pro Woche erhält sie Physio- und Hippotherapie während der Schulzeit.

[…] *Ich bin um sieben, nein um sechs bin ich aufgestanden, dann ab in die Schule, von acht bis vier Schule mit einer Stunde Pause.* [Ki1, Z: 89-90] […] *In dieser Schule war schon eingerechnet einmal in der Woche 40 Minuten Physiotherapie und einmal in der Woche 20 Minuten Hippotherapie.* [Ki1, Z: 92-93]

Neben verpflichtenden Aufgaben, wie kochen und putzen in der Wohngemeinschaft, verbrachte Ki1 ihre Freizeit mit Trampolin springen im Verein und trainierte 3 mal pro Woche.

[…] *und einmal in der Woche müsst ich dann halt noch kochen und dann musste ich am Freitag auch putzen, weil halt in der WG jeder so seinen Bereich hat. Putzen das Zimmer und dann ja halt nach der Schule war ich in einem Trampolinspringverein.* [Ki1, Z: 96-99]

Auch Ki2 besucht eine Integrationsschule. Während ein Teil der Schulklasse Sportunterricht hat, erhält Ki2 Einzelphysiotherapie. Nach der Schule beschäftigt sie sich meistens mit ihren Hausaufgaben. Den Rest ihrer Freizeit verbringt sie vor dem Computer oder Fernseher.

[…] *Und dann geh ich zum Computer, dann geh ich fernsehgucken und dann geh ich schlafen.* [Ki2, Z: 113-114]

Am Wochenende macht Ki2 ab und zu Ausflüge mit ihrem Handbike oder Fahrrad.

Zusätzlich zur konduktiven Förderung macht Ki2 Vibrationstherapie mit dem Galileo-Rüttelgerät.

Zusammenfassung

Alle befragten Kinder besuchen eine Integrationsschule, in der sie Physiotherapie in Anspruch nehmen können. Ki1 erhält im Rahmen der Schule auch Hippotherapie. Da ein Unterrichtstag meist bis 16 Uhr dauert und danach noch Hausaufgaben anstehen, ist die Freizeit der Kinder sehr beschränkt. Da Ki1 zusätzlich noch in einer Wohngemeinschaft lebt, muss sie sich auch noch mit Tätigkeiten für die Allgemeinheit, wie Kochen oder Putzen, beschäftigen. Während Ki2 ihre Freizeit eher passiv mit Fernsehen und Computerspielen verbringt, geht Ki1 aktiveren Hobbies wie Trampolinspringen nach.

Physische Auswirkungen von Bewegung und Sport (Ki1)

Ki1 sieht Bewegung und Sport schon dafür geeignet, dass man damit therapeutische Ziele unterstützt. Jedoch steht bei ihr der Spaß im Vordergrund und auch die Tatsache,

dass sie sich bewegt und durch fixe Termine motivierter ist, diese auch tatsächlich wahrzunehmen. Die Hauptsportart von Ki1 ist Trampolinspringen, was ihr auch dabei hilft die Ferse zum Boden zu bekommen und die Vorfußmobilität zu verbessern.

[…] *Erm und da haben wir eben dieses Trampolinspringen ang´fangen. Und mir ist eben aufg´fallen, dass es total hilft, dass es auch meinen Vorfuß gut tut, weil´s die Ferse nach unten bringt* [Ki1, Z: 126-128] […] *Also in erster Linie geht`s eigentlich um den Spaß und dass ich mich halt beweg, weil sonst passiert´s eben nicht, wenn ich mir nicht da irgendwelche Termine mach.* [Ki1, Z: 140-141]

Außerdem schätzt Ki1 am Sport, dass man sich einmal so richtig auspowern kann.

[…] *Sich richtig auspowern das ist schon…*[Ki1, Z: 163]

Zusammenfassung

Durch Bewegung und Sport können therapeutische Ziele unterstützt werden, jedoch steht der Spaß im Vordergrund. Die positiven Effekte von Bewegungs- und Sportangeboten sind einerseits die Tatsache, dass man sich bewegt und andererseits, dass man an bestimmte Termine gebunden ist, zu deren Einhaltung man sich auch zwingt. Als konkrete Auswirkungen des Trampolinspringens, nennt sie die verbesserte Vorfußmobilität, sowie den Ausgleich ihrer Spitzfußstellung. Außerdem bietet der Sport eine Möglichkeit, um sich körperlich verausgaben zu können.

Psychische Auswirkungen von Bewegung und Sport (Ki1, Ki2)

Bewegung und Sport ist für Ki1 etwas Schönes und Angenehmes, was ihr auch dabei hilft nach einem langen Tag wieder entspannen zu können.

[…] *Erm für mich ist das was sehr Schönes, also ich find`s total angenehm, das ist ein runterschrauben also es hilft mir schon sehr. Es ist halt wenn man nen langen Tag hat sich dann dazu zu bewegen ist nicht so einfach, aber wenn ich`s dann mal mach ist es schon angenehm also.* [Ki1, Z: 158-161]

Sport bereitet Ki2 Spaß. Außerdem kann sie beim Sport Dinge tun, die andere auch machen. Das Handbikefahren hat jedoch auch den Vorteil, dass Ki2 schneller gewisse Distanzen zurücklegen kann.

[…] *Weil ich da schneller vorwärts komme und weil`s mir einfach Spaß macht. Und weil ich auch was mitmachen will, was die andern machen.* [Ki2, Z: 154-155]

Zusammenfassung

Bewegung und Sport bereitet den Kindern sehr viel Spaß. Es wird als etwas Schönes und Angenehmes angesehen, was auch dabei hilft sich zu entspannen und einen anstrengenden Tag hinter sich zu lassen. Außerdem ist der Sport dafür geeignet sich einmal richtig auspowern zu können. Ein weiterer psychischer Effekt von Bewegung und Sport ist, dass man durch gewisse Adaptationen die Möglichkeit schaffen kann, dass Kinder mit Behinderung zusammen mit nicht-behinderten Kindern dieselben Freizeitaktivitäten ausüben können.

Motive für die Teilnahme an den SITEW (Ki1, Ki2)

Ki1 hat schon sehr oft an den SITEW teilgenommen. Die Motive für die Teilnahme sind einerseits, dass man intensiv seine Ziele verfolgen und sich motorisch weiterentwickeln kann.

[…] *das mach ich schon lange lange lange lange lange ich glaub ich war das erste Mal da, da war ich fünf oder sechs.* [Ki1, Z: 166-167] […] *Meine Eltern haben eine Gelegenheit gesucht, dass man da weiterkommt und die Ziele verfolgen kann.* [Ki1, Z: 169-170]

Außerdem schätzt Ki1 das Gemeinschaftserleben sehr stark und kommt gerne zu den SITEW um alte Freunde wieder zu sehen.

[…] *und auch weil einfach die Gemeinschaft was ganz Besonderes ist und weil ich ja alle Leute schon lang kenne, und das verbindet doch.* [Ki1, Z: 178-179]

Ki2 besucht ebenfalls schon viele Jahre lang die SITEW in Strebersdorf. Sie nimmt hauptsächlich aus sozialen Gründen an den SITEW teil. Für Ki2 sind diese Wochen mit dem Treffen von Freunden verbunden. Außerdem bereitet ihr das gemeinsame Bewegen mit Freunden Spaß.

[…] *Weil erm ich gerne meine Freunde hier treffe.* [Ki2, Z: 187] […] *und die Therapien mir einfach Spaß machen.* [Ki2, Z: 189]

Zusammenfassung

Die Motive für die Teilnahme an den SITEW sind sehr vielfältig. So gibt es sowohl motorische als auch physische und psychische Gründe, die für eine Inanspruchnahme des Bewegungs- und Sportangebots sprechen. Das Setting in Strebersdorf bietet optimale Möglichkeiten, um an seinen Zielen zu arbeiten und sich motorisch weiterzuentwickeln. Außerdem wird das Gemeinschaftserleben sehr geschätzt und das gemeinsame Bewegen bereitet den Teilnehmer/innen sehr viel Freude.

Physische Auswirkungen der SITEW (Ki1, Ki2)

Ki1 führt aus, dass sie sich auf den SITEW stets weiterentwickeln kann.

[…] *und dann wollt ich aber wieder herkommen, weil`s möglich war, dass da wieder was passiert und ich mir gewünscht hab, dass es weitergeht einfach und ja deswegen komm ich her.* [Ki1, Z: 174-176]

Besonders bezüglich ihrer Vorfußmobilität und Gleichgewichtsfähigkeit konnte sie dieses Jahr Verbesserungen erreichen.

[…] *Aber es ist dieses Jahr ist schon viel weitergegangen in Bezug auf die Vorfußmobilität, Gleichgewicht und solche Dinge, also das zählt schon viel.* [Ki1, Z: 186-188]

Auch ihr Gangbild empfindet Ki1 nach den SITEW als koordinierter und stabiler, da sie sich für Strecken länger Zeit lässt und nicht versucht die mangelhafte Gleichgewichtsfähigkeit durch ein schnelleres Gehen auszugleichen.

[…] *Erm ja in Bezug auf Geschwindigkeit. Also normalerweise bin ich schneller, eben um das Gleichgewicht auszugleichen quasi.* [Ki1, Z: 210-211]

Außerdem gelingt es ihr nach den intensiven Trainingseinheiten auch besser ihre Außenkanten der Füße zu belasten und die Ferse zum Boden zu bringen.

[…] *und auch dass wenn ich mich konzentrier, dass ich die Fersen runterbringen kann und auch diese Außenkanten belasten kann.* [Ki1, Z: 213-215]

In Situation, wo sie schnell reagieren muss, merkt sie, dass sich auch ihre Gleichgewichtsfähigkeit verbessert hat.

[…] *einfach so Situationen, wo man schnell reagieren musste. Zum Beispiel und da hätte ich umfallen können, ist aber nicht passiert.* [Ki1, Z: 119-120] […] *Ja auch so beim ausbalancieren, wenn ich was rückwärts g´angen bin, oder auch vorwärts, das merkt man halt einfach.* [Ki1, Z: 222-223]

In funktioneller Hinsicht hat Ki1 das Aufstehen und Hinsetzen verbessern können, da es ihr nun besser gelingt sich ohne Schwung, sondern kontrolliert und ohne Einsatz der oberen Extremität zu setzen und wieder aufzustehen.

[…] *Und Aufstehen, Hinsetzen. Das ist auch was woran ich arbeite und ich merke dass es besser wird. Also quasi ohne Hände frei Aufstehen und Hinsetzen und das kontrolliert machen können.* [Ki1, Z: 257-259]

Auch beim Stiegen steigen konnte sie Verbesserungen feststellen, da es ihr nun leichter fällt die Stiegen frei hinunter zu gehen.

[…] *dass ich mich zum Beispiel traue frei die Stiegen runter zu gehen, weil ich bin schon so oft da runter gekugelt, dass ich das eigentlich jetzt nimmer so. Aber jetzt trau ich mich halt wieder frei und dass ich jetzt weiß auf was ich achten muss und eben das langsam runtergehen quasi, weil ich immer zu schnell werde. Also das ist besser geworden* [Ki1, Z: 263-266]

Ki2 erwähnt, dass sie ihre linke Hand nach den SITEW funktioneller einsetzen kann

[…] *Ich hab mehr mit der linken Hand gemacht und ich kann die linke Hand auch jetzt benutzen.* [206-207]

Bei den motorischen Tests ist Ki2 aufgefallen, dass sie sich bezüglich der Gleichgewichtsfähigkeit verbessert hat.

Außerdem erwähnt Ki2, dass sie ein physiologischeres Gangbild angenommen hat und sie nun Schritte gezielter und koordinierter setzen kann.

[…] *Ich bin nicht mehr so so ruckartig.* [Ki2, Z: 256]

Zusammenfassung

Die Teilnehmer/innen der SITEW können sich jedes Jahr aufs Neue im motorischen Bereich verbessern. Verbesserungen konnten bezüglich des Gangbildes festgestellt werden. Dabei wird erwähnt, dass Schritte gezielter gesetzt werden können, und das Gangbild generell sicherer und koordinierter geworden ist. Die Gleichgewichtsfähigkeit konnte ebenfalls verbessert werden, was vor allem beim Rückwärtsgehen aufgefallen ist. In funktioneller Hinsicht konnte das Aufstehen und Niedersetzen kontrollierter und koordinierter ausgeführt werden. Auch die Benutzung der durch die Cerebralparese stärker betroffenen Hand wurde während den SITEW forciert. Die Effekte davon können darin gesehen werden, dass sich mit dieser Hand das Dribbeln eines Balles verbessert hat. Auch bewusst ausgesprochene Ziele wie die Verbesserung der Vorfußmobilität bzw. die Verringerung der Spitzfußstellung konnten erreicht werden. Dies konnte daran festgestellt werden, dass es gelungen ist die Außenkanten des Fußes besser zu belasten und die Fersen zum Boden zu bringen.

Psychische Auswirkungen der SITEW (Ki1)

Die SITEW gefallen Ki1 eigentlich immer sehr gut und schon alleine das Gefühl etwas nicht alleine machen zu müssen, tut ihr gut. […] *Ja es gefällt mir eigentlich jedes Jahr auch wenn`s, selbst wenn`s nur ein gutes Gefühl gibt, dass man was nicht alleine machen muss, dann ist das doch auch schon mal was* [Ki1, Z:185-186]

Es motiviert sie Dehnungen oder Übungen in der Gruppe zu machen.

[…] *Also es fühlt sich gut an es zu machen und es hilft mir sehr und es ist vor allem motivierend wenn man sieht, dass es nicht nur du bist, die sowas machen muss oder jeden Tag ne halbe Stunde Dehnungen machen muss und dieses und jenes und es bringt schon was auf jeden Fall und es fühlt sich gut an.* [Ki1, Z: 202-205]

Als sehr schön empfindet Ki1 auch den familiären Zusammenhalt, den sie auf den SITEW kennen gelernt hat.

[…] *Erm es macht schon auch sehr glücklich wobei es für mich eine harte Nummer ist, weil ich eben Familienleben nicht kenne. Ich habe sowas nicht* [Ki1, Z: 238-240] […] *Es existiert nicht und es ist dann eben hier uff so könnte es sein. Aber es ist sehr schön und es fühlt sich gut an.* [Ki1, Z: 242-243]

Nach den SITEW ist Ki1 im positiven Sinne erledigt und erschöpft, was sich aber gut anfühlt.

[…] *Also ich muss ehrlich sagen, ich bin erledigt. Also nicht im negativen Sinn, sondern einfach müde weil ich aus der Schule gekommen bin und dann gleich drei Wochen vollgas* [Ki1, Z: 198-200]

Zusammenfassung

Eine positive psychische Auswirkung der SITEW ist, dass man dort das Gefühl hat, dass man nicht alleine an etwas arbeiten muss, sondern mit vielen anderen zusammen. Dehnungen oder Übungen in der Gruppe zu machen wird als motivierender empfunden, als wenn man sie in der Einzeltherapie macht. Auch das Zusammenleben und der familiäre Zusammenhalt während den SITEW wird als sehr angenehm empfunden. Gerade für Kinder und Jugendliche, die nicht aus optimalen familiären Verhältnissen stammen, kann das Erleben dieses Familienlebens sehr positiv sein.

Soziale Auswirkungen der SITEW (Ki1, Ki2)

Ki1 schätzt die Gemeinschaft während der SITEW sehr.

[…] *und auch weil einfach die Gemeinschaft was ganz Besonderes ist und weil ich ja alle Leute schon lang kenne, und das verbindet doch.* [Ki1, Z: 178-179]

Durch die Gemeinschaft fällt es laut Ki1 auch leichter an gewissen Zielen zu arbeiten.

[…] *Und es ist ein Unterschied wenn du zu Hause sitzt und es selber machst oder in einer Gruppe mit Menschen, die du kennst und so nem Umfeld. Das kann man nicht ersetzen.* [Ki1, Z: 181-182]

Für Ki2 sind die SITEW immer eine Möglichkeit ihre Freunde zu treffen. Dadurch, dass Ki2 in ihrer unmittelbaren Umgebung nicht viele Freunde hat, gewinnt die Teilnahme an den SITEW noch mehr an Bedeutung.

[…] *Das Problem ist ich hab nicht so viele Freunde, die bei mir in der Nähe wohnen.* [Ki2, Z: 184] […] *Weil erm ich gerne meine Freunde hier treffe.* [Ki2, Z: 187]

Zusammenfassung

Dadurch dass die SITEW fixe Bestandteile in den Sommerferien vieler Kinder und Jugendlicher sind, ist ein Großteil der Teilnehmer/innen zu einem Stammklientel geworden. Häufig sind die sozialen Kontakte von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung beschränkt, was es für die Teilnehmer/innen noch bedeutender macht, die Freunde, welche auf den SITEW kennengelernt wurden, wieder sehen zu können. Diese Gemeinschaft, die während diesen Wochen entsteht, wird als etwas ganz Besonderes und Verbindendes angesehen. In dieser Gemeinschaft an bestimmten Zielen zu arbeiten, fällt leichter als alleine.

Tabellarische Zusammenfassung der Kategorien

In der folgenden Tabelle sollen die den einzelnen Kategorien zugeordneten Textstellen der Interviews mit den Kindern in Stichworten zusammengefasst und übersichtlich dargestellt werden.

Tabelle 12: Tabellarische Zusammenfassung der Interviews mit den Kinder

Nr.	Ki1	Ki2
C1	• 15 Jahre • Lebt in einer Wohngemeinschaft (WG) • Eltern geschieden	• 13 Jahre • Wohnt zusammen mit 2 Geschwistern bei Adoptiveltern
C2	• Frühgeburt • Sauerstoffmangel bei der Geburt • Spastische Diplegie • Physio-Ergo-Hippotherapie, konduktive Therapie nach Petö • Hauptproblem: pathologisches Gangbild • Funktionelle Probleme: kontrolliertes freies Aufstehen und Niedersetzen; freies Stiegen steigen	• Monitorisiert bei Geburt, Kopfadern geplatzt • Mit 2 Jahren bereits 4 Operationen • Konduktive Therapie, Vibrationstherapie • Hauptproblem: dass sie Aktivitäten nicht ausführen kann, die Gesunde machen können • Mit 2 Gehkrücken selbstständig mobil, Probleme beim funktionellen Einsatz der linken Hand
C3	• Besuch einer integrativen Schule (ganztags) • Freizeitaktivitäten: Putzen und Kochen in der WG; Trampolinspringen (3mal/Woche)	• Besuch einer Integrationsschule (ganztags) • Freizeitaktivitäten: Hausaufgaben, Fernsehen, Computer spielen, gelegentliche Ausflüge mit Rad und Handbike
C4	• Sport als Unterstützung von therapeutischen Zielen • Verbesserung der Beweglichkeit und Mobilität • Sport um sich körperlich zu verausgaben	• Sport bereitet Spaß • Möglichkeit Dinge zu tun, die Gesunde auch machen können
C5	• Sport wird als etwas Schönes und Angenehmes erlebt • Sport als Entspannung	
C7	• Körperliche Weiterentwicklung • Intensive Verfolgung seiner Ziele • Gemeinschaftserleben • Treffen alter Freunde	• Treffen von Freunden • Gemeinsames Bewegen mit Freunden bereitet Spaß
C8	• Verbesserung Vorfußmobilität • Verbesserung Gleichgewichtsfähigkeit • Koordinierteres und stabileres Gangbild • Verbesserung der Beweglichkeit • Kontrollierteres freies Aufstehen und Niedersetzen ohne Schwung • Freies Stiegen steigen möglich	• Vermehrter Einsatz der linken Hand • Verbesserung des Gangbildes
C9	• Steigerung der Motivation durch die Gruppe • Gutes Gefühl Therapien nicht alleine machen zu müssen • Erleben eines familiären Zusammenhalts wird als positiv empfunden • Körperliche und geistige Erschöpfung nach den SITEW, was aber Wohlbefinden steigert	
C10	• Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls • Durch Gemeinschaft fällt es leichter an Zielen zu arbeiten	• Treffen von Freunden, was sehr wichtig ist, da sie ohnehin wenige Freundschaften hat.

8. Diskussion

Inhalte dieses Kapitels sind einerseits die Interpretation der Ergebnisse der motorischen Testungen sowie der Interviews und andererseits eine Darstellung der Limitationen der Untersuchung. Des Weiteren erfolgt eine Beantwortung der zentralen Fragestellung und der Unterfragen, sowie eine Verifizierung bzw. Falsifizierung der aufgestellten Hypothesen.

8.1. Physische Auswirkungen gezielter Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen der SITEW

Die motorischen Testungen führten zu signifikanten Verbesserungen bezüglich der Großmotorik, was vor allem die motorischen Funktionen des Stehens, Gehens, Laufens und Springens betrifft. Auch für den Timed „Up & Go“-Test (Beschreibung siehe Kapitel 6.1) wurde weniger Zeit benötigt, was jedoch kritisch zu betrachten ist. Obwohl der Test auch seine Anwendung bei Schlaganfall-Patient/innen findet, muss bei neurologischen Probandinnen und Probanden auch die Gangqualität berücksichtigt werden. Häufig geht bei Patientinnen und Patienten mit cerebralen Bewegungsstörungen eine Erhöhung der Ganggeschwindigkeit mit einem Verlust der Gangqualität einher.

Die Analyse der Interviews von Konduktorinnen und Konduktoren sowie Eltern und Kindern kam zu dem Ergebnis, dass alle Gruppen Verbesserungen im motorischen Bereich wahrnehmen konnten. Die Kinder waren am besten in der Lage ihre Ziele und die Veränderungen im motorischen Bereich zu beschreiben. So erwähnten sie beispielsweise eine Verbesserung der Vorfußmobilität, ein kontrolliertes Aufstehen und Niedersetzen ohne Schwung oder den gezielten Einsatz der paretischen Hand als Effekte von Bewegung und Sport.

Die Eltern sind zwar ebenfalls der Ansicht, dass die Kinder von den Bewegungs- und Sportangeboten im physischen Bereich profitieren, jedoch stellen sie die psychischen und sozialen Benefits in den Vordergrund. Trotz alledem wird von Seiten der Eltern häufig die Rückmeldung gegeben, dass während bzw. nach den SITEW die meisten Fortschritte betreffend der Motorik zu erkennen sind. Auch die Konduktorinnen und Konduktoren sprechen von Verbesserungen bezüglich der Gangqualität, Oberkörperaufrichtung oder Ausdauer. Außerdem konnten Verbesserungen bezüglich funktioneller Aktivitäten wie der Handhabung des Rollstuhls festgestellt werden. Die Konduktorinnen und Konduktoren erwähnen jedoch in diesem Zusammenhang auch, dass die Verbesserungen im physischen Bereich nicht nur auf das intensive Training während den SITEW zurückgeführt werden können, sondern bestimmte Inhalte erstmals während dieser drei Wochen trainiert werden und somit innerhalb von drei Wochen auch sichtbare Erfolge

erzielt werden können. Bei Kindern bzw. Jugendlichen mit langer Therapieerfahrung, sowie hohem Leistungsstand ist es laut E1 schwierig noch Therapieerfolge im motorischen Bereich zu erzielen. […] *Also ich denk dass das in Therapie oder Sport. Je höher der Leistungsstand ist, desto schwieriger kann man auch Erfolge erzielen.* [E1, Z: 370-371]

Sowohl Kinder als auch Therapeut/innen und Eltern sind der Ansicht, dass mittels Bewegung und Sport therapeutische Ziele unterstützt werden können. Gestaltet man die Sportangebote spielerisch, so kann es gelingen die Motivation für die „Therapie" länger aufrecht zu erhalten. Im Sport kann an einer selbstständigen Fortbewegung gearbeitet werden, was unmittelbar für den Alltag relevant ist. Ausgewählt werden sollten Sportarten, bei denen Menschen mit Behinderung entgegen ihrer pathologischen Muster arbeiten müssen. Häufig können die physischen oder motorischen Erfolge nicht isoliert auf bestimmte Sportinterventionen zurückgeführt werden. Meistens sind sie das Ergebnis eines optimalen Umfeldes, in dem sich ein ideal angepasstes Therapie- und Sportangebot mit psychischem und sozialem Wohlbefinden ergänzen.

Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage nach den physischen Auswirkungen von gezielten Bewegungs- und Sportangeboten im Rahmen der Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen kann somit beantwortet werden. Die Interventionen führten zu signifikanten Verbesserungen bezüglich der Grobmotorik, wodurch auch die Hypothese 1 (siehe Kapitel 0) bestätigt werden kann. Die Teilnehmer/innen konnten sich bezüglich der allgemeinen Ausdauer, Beweglichkeit sowie der Oberkörperaufrichtung weiterentwickeln. In funktioneller Hinsicht ist es zu einer Steigerung der Gangqualität und einer verbesserten Handhabung des Rollstuhls gekommen. Außerdem konnten Fortschritte beim kontrollierten Aufstehen und Niedersetzen, sowie beim Einsatz der paretischen Hand im Alltag erzielt werden.

8.2. Psychische Auswirkungen gezielter Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen der SITEW

Um Auskunft über die psychischen Auswirkungen der SITEW Auskunft zu erhalten, wurden Interviews mit Konduktorinnen und Konduktoren, sowie Eltern und Kindern geführt. Konduktor/innen und Eltern halten die SITEW für einen geeigneten Rahmen, damit sich die Kinder und Jugendlichen in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln können. Durch die Infrastruktur und das abgesicherte Gelände, das übersichtlich ist und überwacht werden kann, besteht die Möglichkeit, den Teilnehmer/innen mehr Eigenverantwortung zu übertragen, damit sie sich in ihrer Selbstständigkeit weiterentwickeln können. Diese drei

Wochen Campaufenthalt ohne Eltern bedeuten für die Kinder und Jugendlichen häufig die einzige Gelegenheit einer selbstständigen Lebensführung. Für die Teilnehmer/innen ist die Tatsache, dass sie nicht alleine an gewissen Zielen arbeiten müssen, sondern zusammen mit anderen in der Gruppe, sehr motivierend. Auch dass die Jugendlichen sehen, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind, sondern es auch andere Teilnehmer/innen gibt, die ähnlich betroffen sind wie sie selbst, ist eine unheimlich wertvolle Erfahrung. Außerdem ist das Erleben eines familiären Zusammenhalts für viele etwas sehr Schönes. Eltern geben an, dass sie die Kinder während bzw. nach den SITEW ausgeglichener und einfühlsamer erlebt haben. Des Weiteren wurde von Eltern eine Steigerung des Selbstbewusstseins erkannt. Von Konduktor/innen wird erwähnt, dass bei intensiven Therapieangeboten darauf geachtet werden muss, dass sich keine Übertherapierung einstellt. Dies gilt vor allem für Jugendliche, die bereits eine lange Therapieerfahrung vorweisen können. Gerade da ist der Sport eine ideale Alternative zur Therapie, da mittels des Sports therapeutische Ziele spielerisch und abwechslungsreich verfolgt werden können.

Bewegung und Sport kann das psychische Wohlbefinden steigern. Alleine das Erleben von Geschwindigkeit oder das selbstständige Erzielen von Bewegung können für Menschen mit besonderen Bedürfnissen sehr freudvolle Erfahrungen sein. Bewegung und Sport kann auch einen Beitrag zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit liefern und die Menschen mit Behinderung offener für das Erleben neuer Erfahrungen machen. Sport soll nicht nur eine Abwechslung zum Therapiealltag sein, sondern auch Spaß bereiten. Sport ist für beeinträchtige Personen etwas Anderes, eben weil es nichts Alltägliches ist. Der Spaß am Sport kann noch gesteigert werden, indem man intensiv an einer bestimmten Sache arbeitet. Er kann Stress lösend und entspannend sein und die Menschen können die Erfahrung machen, dass Bewegung positive Auswirkungen auf sie hat. Bewegung ist für die gesamte physische und sozialemotionale Entwicklung von Bedeutung, da ohne feinmotorisches Bewegen kein Begreifen möglich ist.

Im sportlichen Wettkampf oder durch das Erfüllen von sportlichen Aufgaben haben die Menschen mit Behinderung die Möglichkeit etwas zu leisten und einen Ehrgeiz zu entwickeln. Durch die Belohnung einer besonderen Leistung mit Urkunden oder Medaillen können Kinder und Jugendliche auf das wahre Leben vorbereitet werden. Das Feiern von Erfolgserlebnissen im Sport erhöht das Selbstwertgefühl und wirkt sich positiv auf die Psyche aus. Menschen mit Behinderung können im Sport über sich hinauswachsen und sehen, was sie tatsächlich im Stande sind zu leisten. Bewegung und Sport kann auch dazu führen, dass Menschen mit Behinderung ausgeglichener sind.

Auch sich einmal so richtig auszupowern und an seine körperlichen Grenzen zu gehen, kann für die Körperwahrnehmung und Psyche sehr positiv sein.

Nimmt man adäquate Adaptationen vor, so sind gewisse Bewegungs- und Sportangebote ideal dafür geeignet, dass Menschen mit Behinderung zusammen mit Gesunden Freizeitaktivitäten ausüben können.

Beantwortung der Forschungsfrage

Die Teilnehmer/innen der SITEW fühlen sich nach bzw. während der drei Wochen ausgeglichener und einfühlsamer. Außerdem konnte das Selbstbewusstsein gesteigert und eine Übernahme von mehr Eigenverantwortung erreicht werden. Auf Grund dessen ist auch die Hypothese 2, nach der eine Steigerung des psychischen Wohlbefindens durch Bewegung und Sport angenommen wird, verifizierbar.

Nicht nur die Inhalte der Bewegungs- und Sportangebote, sondern auch die Umgebungsbedingungen der SITEW, wie die weitläufige und sichere Infrastruktur sowie der familiäre Zusammenhalt, machten eine Steigerung des psychischen Wohlbefindens möglich.

8.3. Soziale Auswirkungen von Bewegung und Sport im Rahmen der SITEW

Auch die Frage nach den sozialen Auswirkungen der SITEW wurde versucht mittels Auswertung von Interviews zu beantworten.

Für Kinder steht das Gemeinschaftserleben während den SITEW im Vordergrund. Zusammen in der Gruppe an gewissen Zielen zu arbeiten fällt den Kindern und Jugendlichen leichter als alleine. Häufig sind die sozialen Kontakte von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung eingeschränkt. Umso mehr ist für sie ein regelmäßiges Treffen, wenn auch in jährlichen Abständen, ihrer im Rahmen der SITEW kennengelernten Freund/innen von Bedeutung. Eltern konnten bemerken, dass sich die soziale Kompetenz ihrer Kinder während bzw. nach den SITEW gesteigert hat. Auch das Bewältigen von Aufgaben in der Gruppe und eine daraus entstehende Gruppendynamik wird als ein positiver sozialer Effekt der SITEW gesehen, was auch zur Motivationssteigerung der Teilnehmer/innen beiträgt. Die Motivation und das Gemeinschaftserlebnis können auch noch dadurch gestärkt werden, dass während den SITEW Aktivitäten durchgeführt werden, wie Radfahren mit speziellen Therapierädern oder Trampolinspringen, die für Menschen mit Behinderung nicht alltäglich sind. Das Zusammenleben auf engstem Raum und die intensive Teamarbeit führten zu einem engen Zusammenhalt von Betreuer/innen und Kindern. In einer derartigen Atmosphäre

beziehen sich die Kinder aufeinander und schenken sich gegenseitig Aufmerksamkeit, was sie zu sozialen Höchstleistungen anspornt. So konnten im Rahmen der SITEW bei schwer beeinträchtigten Teilnehmer/innen Fortschritte bezüglich der direkten Kommunikation festgestellt werden. Durch die Schaffung einer freundlichen Gruppenatmosphäre ist es außerdem gelungen, sozial eher ausgegrenzte Kinder und Jugendliche in die Gruppe zu integrieren. Wie wichtig Bewegungsmöglichkeiten auch im Alltag der Menschen mit cerebralen Bewegungseinschränkungen wären, betont Mutter E1. Sie führt beispielsweise die geringe sportliche Aktivität ihrer Tochter auf ein sehr eingeschränktes Bewegungs- und Sportangebot für Menschen mit Behinderung in ihrer Umgebung zurück. […] *Wär schön, wenn´s mehr Angebote geben würde in Cottbus, dann würd sie wahrscheinlich auch mehr machen. Es gibt nichts was sie in der Freizeit machen kann.* [E1, Z: 258-259]

Eine der bedeutendsten sozialen Auswirkungen von Bewegung und Sport ist die Gruppe selbst, die zu einer Motivationssteigerung führen kann. Da Kinder und Jugendliche mit Behinderung meistens sehr wenige Freizeitaktivitäten ausüben, bzw. auch die Möglichkeit dazu nicht haben, stellen Bewegungs- und Sportangebote dafür eine Gelegenheit dar. Häufig steht nicht das Bewegen und Sporttreiben im Vordergrund, sondern die direkte Kommunikation zwischen den Kindern. Durch das gemeinsame Sporttreiben ist es auch möglich an der Teamfähigkeit der Kinder und Jugendlichen zu arbeiten, die sich gegenseitig aktiv motivieren und anfeuern sollen. Dadurch nehmen sie auch eine völlig andere Rolle an, als jene die sie im Therapiealltag inne haben, wo sie selbst ununterbrochen für diverse Aufgaben und Tätigkeiten motiviert werden.

Beantwortung der Forschungsfrage

Für die Teilnehmer/innen ist das Gemeinschaftserleben während der SITEW wesentlich bedeutender als die physischen Verbesserungen. Das Treffen von Freunden und das gemeinsame Anstrengen, um gewisse Ziele zu erreichen stehen im Vordergrund. Von Eltern konnte eine Steigerung der sozialen Kompetenz erkannt werden. Auch Konduktor/innen betonen, dass das intensive Zusammenleben und Zusammenarbeiten in einer angenehmen Atmosphäre, die Betroffenen sozial über sich hinaus wachsen lässt. Verbesserungen konnten dahingehend bezüglich der direkten Kommunikation zwischen den Teilnehmer/innen erreicht werden. Dadurch kann auch die Hypothese 3, wonach die gezielten Bewegungs- und Sportangebote zu einer Steigerung der sozialen Kompetenz führen, bestätigt werden.

8.4. Limitationen

Im Folgenden soll nun ausgeführt werden, welche Störvariablen Einfluss auf die Untersuchung gehabt haben könnten.

Als Limitation dieser Diplomarbeit ist mit Sicherheit die geringe Stichprobenanzahl bei den motorischen Testungen zu sehen. Laut Wellenreuther (2000) senkt eine niedrige Anzahl von Proband/innen die Wahrscheinlichkeit signifikante Ergebnisse zu erzielen, obwohl diese möglicherweise in der Grundgesamtheit vorhanden wären. Des Weiteren wurde die Untersuchung unkontrolliert durchgeführt. Es erfolgte keine Rekrutierung einer Kontrollgruppe, wodurch nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich die motorischen Verbesserungen zufällig oder aus anderen Gründen als der Intervention ergeben haben.

Obwohl sich der Untersucher vor den motorischen Testungen intensiv mit deren Durchführungsbestimmungen und Bewertungsrichtlinien auseinander gesetzt hat, ist die Beurteilung der Testaufgaben als sehr subjektiv anzusehen, da sie nur von einer Person vorgenommen wurde. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss außerdem berücksichtigt werden, dass die Testungen aus ökonomischen Gründen im Freien stattfanden und somit auch unterschiedliche Temperaturen und Wetterlagen zu den Testzeitpunkten vorherrschten. Durch die Ergebnisse der motorischen Testungen wird versucht die grobmotorischen Fähigkeiten der Probandinnen und Probanden zu quantifizieren. Somit dürfen jedoch die besseren Testresultate bei der Endtestung nicht als eine Steigerung der Bewegungsqualität verstanden werden. Die quantitative Messung der Großmotorik steht somit im Widerspruch zu den therapeutischen Zielsetzungen, die eher auf eine qualitativ bessere Bewegungsausführung ausgerichtet sind. Besonders der Timed „Up & Go“-Test, dessen Aufgabe es ist eine bestimmte Wegstrecke in möglichst kurzer Zeit zurück zu legen, verleitet die Testpersonen dazu ein pathologisches Gangbild anzunehmen, welches im Rahmen der Physiotherapie zu korrigieren versucht wird.

9. Conclusio

Obwohl auch bei Jugendlichen und Erwachsenen stets Verbesserungen im Bereich der Motorik während dieser drei Wochen erzielt werden können, was auch die signifikanten Ergebnisse der motorischen Tests bestätigen, stehen die psychischen und sozialen Auswirkungen der SITEW im Vordergrund. Durch die Infrastruktur im Rahmen der SITEW ist es möglich den Teilnehmern und Teilnehmerinnen mehr Eigenverantwortung zu übertragen. Sie können sich selbstständig fortbewegen und ohne Eltern leben, was auch positive Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein hat. Sport wird von den Konduktoren und Konduktorinnen, vor allem bei den älteren Teilnehmer/innen, im Rahmen der SITEW als eine Alternative zur Therapie gesehen, da so therapeutische Inhalte spielerisch vermittelt werden können. Für Menschen mit Behinderung ist es auch eine wertvolle Erfahrung zu sehen, dass sie mit ihren Beeinträchtigungen nicht alleine sind, sondern dass es auch andere Personen mit ähnlichen Problemen gibt. Die SITEW bieten dafür Gelegenheit.

Die SITEW sind für Menschen mit Behinderung eine Möglichkeit ihre Freundinnen und Freunde wieder zu treffen, was vor allem deswegen von Bedeutung ist, da ihre sozialen Kontakte eingeschränkt sind. Die Schaffung einer freundlichen Atmosphäre zwischen Teilnehmer/innen und Betreuer/innen lässt die Kinder sozial über sich hinauswachsen. Das gemeinsame Anstrengen und Arbeiten in der Gruppe wirkt sich positiv auf die Motivation der Kinder und Jugendlichen aus.

10. Zusammenfassung und Ausblick

Im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit erfolgte eine genaue Auseinandersetzung mit der zentralen Fragestellung sowie den sich daraus ergebenden Hypothesen.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen, wie der Beschreibung von cerebralen Bewegungsstörungen, deren Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Dabei wurde im Speziellen auf die konduktive Mehrfachtherapie eingegangen, da sie für den empirischen Teil der Diplomarbeit von Bedeutung ist.

Eine ausführliche Darstellung der Intervention, Methodik, Ergebnisse sowie Diskussion der durchgeführten Untersuchung kann im dritten Teil der Arbeit nachgelesen werden. Im Zuge dieser Ausführungen werden auch die zentralen Forschungsfragen beantwortet und die Conclusio gezogen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Interviews, so kommt man zu dem Schluss, dass die psychischen und sozialen Auswirkungen von Bewegung und Sport für Menschen mit Behinderung und Gesunde sehr ähnlich sind. Das Treffen von Freunden, das Erlangen

von Selbstbewusstsein durch sportliche Erfolgen, das gemeinsame Arbeiten im Team an einem Ziel oder die Möglichkeit der direkten Kommunikation sind positive Auswirkungen von Bewegung und Sport, die für Gesunde und für Menschen mit Behinderung von Bedeutung sind. Um von diesen positiven Effekten von Bewegung und Sport profitieren zu können, wäre es für beeinträchtigte Personen wichtig, häufiger solche Bewegungs- und Sportangebote in Anspruch nehmen zu können. Menschen mit Behinderung können entweder auf Grund der eingeschränkten sozialen Kontakt oder aber auch der Abhängigkeit von anderen Personen nicht einfach in den Park gehen und Sport treiben, sondern müssen nach angeleiteten Sportangeboten Ausschau halten.

Die Ergebnisse der motorischen Tests und die in den Interviews erwähnten positiven Auswirkungen von Bewegung und Sport im

physischen, psychischen und sozialen Bereich, machen es deutlich, wie wichtig eine Inanspruchnahme und gegebenenfalls Erweiterung von Bewegungs- und Sportangeboten für Menschen mit Behinderung ist.

Gegenstand weiterer Studien könnte eine Follow-up-Untersuchung der getesteten Proband/innen sein, um die Nachhaltigkeit der positiven Auswirkungen der gesetzten Interventionen zu überprüfen.

III. Literaturverzeichnis

Bax, M., Goldstein M., Rosenbaum P., Leviton, A. & Paneth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol 47,* 571-576.

Bernard, K. (2010). Bobath-Konzept. In Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.), *Physiotherapie in der Pädiatrie* (S. 62-72). Stuttgard: Thieme.

Blair E., Watson L., Badawi N. & Stanley FJ (2001). Life expectancy among people with cerebral palsy in Western Australia. *Dev Med Child Neurol, 43*, 508-515.

Blundell S. W. et al. (2003). Functional strenght training in cerebral palsy: a pilot study of a group circuit training class for children aged 4-8 years. *Clinical Rehabilitation, 17*, 48-57.

Bobath, K. (2004). Das Bobath-Konzept. Grundsätzliches zum theoretischen Hintergrund in der Behandlung von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen und sonstigen zentral-neurologischen Erkrankungen. In Biewald, F. (Hrsg.), *Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte* (S. 14-21). München: Urban & Fischer.

Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A. (2001). *Die dokumentarische Forschungsmethode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung.* Opladen: Leske + Budrich.

Brüggemann, A. (2010). Petö-Konzept. In Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.), *Physiotherapie in der Pädiatrie* (S. 153-177). Stuttgart: Thieme.

Capio, C.M., Sit, C.H.P., Abernethy, B. & Rotor, E.R. (2010). Physical activity measurement instruments for children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology, 52*, 908-916.

Chen et al. (2011). Sturge-Weber Syndrome. *Ann Dermatot, 24* (4), 551-553.

Damiano, D.L. (2006). Activity, Activity, Activity: Rethinking Our Physical Activity Approach to Cerebral Palsy. *Physical Therapy, 86* (11), 1534-1540.

Darrah J. et al. (1999). Evaluation of a Community Fitness Program for Adolescents with Cerebral Palsy. *Pediatr. Phys. Ther., 11*, 18-23.

Darsaklis, V., Snider, L.M., Majnemer, A., Mazer, B. (2011). Predictive validity of Prechtl`s Method on the Qualitative Assessment of General Movements: a systematic review of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology, 53*, 896-906.

Denecke, J. & Marquardt, T. (2001). Angeborene Glykosylierungsstörungen. Eine Erkrankungsgruppe mit vielen Gesichtern. *Kinder und Jugendmedizin, 5*, 140-145.

Dimitrijevic, L. & Jakubi, B.J. (2005). The importance of early diagnosis and early physical treatment of cerebral palsy. *Medicine and Biology, 12* (3), 119-122.

Döderlein, L. (2007). *Infantile Zerebralparese. Diagnostik, konservative und operative Therapie.* Heidelberg: Steinkopff Verlag.

Einspieler, C. & Prechtl, H. (2001). Der Vorhersagewert von „general movements“ beim jungen Säugling. In Heinen, F. & Barens, W (Hrsg.), *Das Kind und die Spastik* (S. 37-48). Bern: Hans Huber Verlag.

Engel, M., Multmeier, E. & Wohlfart, U. (2001). Eine starke Orientierung der Weiterbildung auf junge Erwachsene – Warum ist sie notwendig?. In Engel, M. & Wohlfart, U. (Hrsg.), *Die nächste Generation. Junge Erwachsene als Teilnehmende der Weiterbildung von morgen* (S. 13-19). Bielefeld: Bertelsmann.

Fachausschuss konduktive Förderung. (o.j.) *Konduktive Förderung*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.

Kosel, H. & Froböse, I. (1999). *Rehabilitations- und Behindertensport. Körper- und Sinnesbehinderte.* München: Pflaum.

Gärtner, J. (2004). Erkrankungen des Nervensystems. In Koletzko, B. (Hrsg.), *Kinderheilkunde und Jugendmedizin* (S. 603-652). Heidelberg: Springer.

Geisseler, T. (2005). *Halbseitenlähmung. Alltag ist Therapie – Therapie ist Alltag.* Heidelberg: Springer.

Gläser, J. & Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* Wiesbaden: Vs Verlag.

Gygax, M.J., Schneider, P. & Newmann C.J. (2011). Mirror therapy in children with hemiplegia: a pilot study. *Developmental Medicine & Child Neurology, 53*, 473-476.

Kapustin, P. (2002) Bewegungserziehung mit schwerstbehinderten Menschen – Anthropologisch-pädagogische Aspekte In Kapustin, P. (Hrsg.), *Bewegung und Sport bei schwer- und mehrfachbehinderten Menschen* (S. 6-16). Aachen: Meyer und Meyer.

Keil-Bastendorff, H. (o.j.). *Konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung und Integration für Kinder Jugendliche mit cerebraler Bewegungsbehinderung und/oder Wahrnehmungsbeeinträchtigung*. Informationsbroschüre des Therapieinstituts Keil

Kirschner, J. (2001). Dorsale Rhizotomie – Stand der Forschung. In Heinen, F. & Barens, W. (Hrsg.), *Das Kind und die Spastik* (S. 145-151). Bern: Hans Huber Verlag.

Kirschner, J. & Linder, M. (2006). Einführung in die GMFM. In Russell, D.J., Rosenbaum P.L., Avery, L.M., Lane, M. (Hrsg.), GMFM und GMFCS – Messung *und Klassifikation motorischer Funktionen* (S. 13-19). Bern: Hans Huber Verlag.

Körner, C. & Von Figura, K. (2006). Multisystemische Erkrankungen im Kindesalter durch erbliche Defekte der Glykoproteinbiosynthese. *Deutsches Ärzteblatt, 103* (46), S. 3101-3107.

Krägeloh-Mann, I. (2001). Klassifikation, Epidemiologie, Pathogenese und Klinik. In Heinen, F. & Barens, W (Hrsg.), *Das Kind und die Spastik* (S. 37-48). Bern: Hans Huber Verlag.

Krägeloh-Mann, I. (2009). Zerebralparesen. In C. P. Speer & A. Gahr (Hrsg.), *Pädiatrie* (S. 252-255). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kuckuck, R. & Worms, L. (2002). Menschen mit schwerer Behinderung im Sport, In Scheid, V. (Hrsg.), *Facetten des Sports behinderter Menschen. Pädagogische und didaktische Grundlagen* (S. 175-213). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.

Lamnek, S. (2005). *Qualitatitve Sozialforschung- Lehrbuch*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Lohse-Busch (2003). Manualmedizinisch-physiotherapeutische Komplexbehandlung bei Kindern mit infantiler Zerebralparese. *Manuelle Medizin, 41*, 279-287.

Mall, V., Heinen, F., Kirschner, J. et al. (2000). Evaluation of Botulinum toxin A therapy in children with adductor spasm by gross motor function measure. *J Child Neurol, 15* (4), 214-217.

Mall, V. & Berweck, S. (2001). Botulinumtoxin A – Stand der Forschung. In Heinen, F. & Barens, W (Hrsg.), *Das Kind und die Spastik* (S. 135-144). Bern: Hans Huber Verlag

Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Mayring, P. (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2009). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum: Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 1* (2), Art. 20. Zugriff am 16.Jänner 2012 unter http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204.

Mc Burney, H., Taylor, N.F., Dodd, K.J., Graham, H.K. (2003). A qualitative analysis of the benefits of strength training for young people with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Chlid Neurology, 45*, 658-663.

Motta, F., Antonello, C.E., Stignani, C. (2011). Intrathecal baclofen and motor function in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 53*, 443-448.

Müller, A. (2002). *Therapeutisches Trampolinspringen*. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Neuhäuser, G. (2007). Neuropädiatrie. In Sitzmann, C.F. (Hrsg.), *Pädiatrie* (S. 672-727). Stuttgart: Thieme.

Ng, SS & Hui-Chan, CW. (2005). The timed up & go test: its reliability and association with lower-limb impairments and locomotor capacities in people with chronic stroke. *Arch Phys Med Rehabil, 86* (8), 1641-1647.

Ornstein, M., Ohlsson, A., Edmonds, J., Asztalos, E. (1991). Neonatal Follow-up of Very Low Birthweight/Extremely Low Birth Weight Infants to School Age: A Critival Overview. *Acta Paediatrica, 80*, 741-748.

Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed „Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc, 39* (2), 142-148.

Riedel, M., Falland, R., Saller-Kramer, B. & Lohse-Busch, H. (2001). Komplexbehandlung mit Manueller Medizin und Physiotherapie bei zerebral bewegungsgestörten Kindern. *Man Med Osteopath Med, 39*, 72-78.

Rosenbaum P., Paneth N., Leviton, A., Goldstein M., Bax M., Damiano D., Dan B. & Jacobsson B. (2006). A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol, 49*, 8-14.

Russel, D.J., Rosenbaum, P.L., Avery, L.M. & Lane, M. (2006). *GMFM und GMFCS. Messung und Klassifikation motorischer Funktionen.* Bern: Hans Huber Verlag.

Saval, A. & Chiodo, A.E. (2010). Intrathecal Balclofen for Spasticity Management: A comparative Analysis of Spasticity of Spinal vs Cortical origin. *The journal of Spinal Cord Medicine, 32* (1), 16-21.

Schmidt-Ohlemann (o.j.). In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), *Rehabilitation und Teilhabe: Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation*.

Schölch, M. (2003). Körper-Geist-Seele. Physiotherapeutische Aspekte in der Reittherapie. In Gäng, M. (Hrsg.), *Reittherapie* (S. 96-106). München: Reinhardt.

Sharan, D. (2005). Recent Advances in Management of Cerebral Palsy. *Indian J Pediatr, 72* (11), 969-973.

Smorenburg, A.R.P., Ledept, A., Feltham, A.G., Deconinck, F.J.A., Savelsbergh, G.J.P. (2011). The positive effect of mirror visual feedback on arm control in children with Spastic Hemiparetic Cerebral Palsy is dependent on which arm is viewed. *Exp Brain Res, 213*, 393-402.

Stein, S. (2010). Therapie der Zerebralparese mit Botulinumtoxin A. In Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.), *Physiotherapie in der Pädiatrie* (S. 258-267). Stuttgart: Thieme.

Sterba, J.A. et al. (2002). Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. *Developmental Medicine & Child Neurology, 44*, 301-308.

Therapieinstitut Keil gemn. GmbH. (2011). *Sommer-Intensivtherapie- und Erlebnis-Wochen für Kind und Jugendliche mit Behinderung*. Flyer.

Treml-Sieder, H. (2004). Das Bobath-Konzept – eine Herausforderung. Rückschau und Ausblick einer Bobath-Therapeutin. In Biewald, F. (Hrsg.), *Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte* (S. 22-29). München: Urban & Fischer.

Unlu, E., Cevikol, A., Bal, B., Gonen, E., Celik, O., Cose, G. (2010). Multilevel Botulinum Toxin Type A as a Treatment for Spasticity in Children with Cerebral Palsy: A retroperspective study. *Clinics, 65* (6), 613-619.

Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel des Gemeinsamen Bundesausschusses (2005). *Konduktive Förderung nach Petö*. Siegburg

Untersteiner, H. (2007). *Statistik – Datenauswertung mit Excel und SPSS* (2.Aufl.). Facultas Verlag, Wien.

Vernooij, M. (2007). *Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Theoretische und praktische Grundlagen der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen.* Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

Verschuren, O., Ketelaar, M., Gorter, JW., Helders, PJM., Uiterwaal, CSPM., Takken, T. (2007). Exercise Training Program in Children and Adolescents With Cerebral Palsy. *Arch Pediatr Adolesc Med., 161* (11), 1075-1081.

Verschuren, O. (2007). Exercise Training Program in Children and Adolescents With Cerebral Palsy. *Arch Pediatr Adolesc Med, 161* (11), 1075-1081.

Verschuren, O. (2009). *Functionally bases exerciseprogram for children and adolescents with cerebral palsy*. The Netherlands: W.M.Phelps Foundation.

Vojta, V. & Peters, A. (2007). *Das Vojta-Prinzip. Muskelspiele in Reflexfortbewegung und motorischer Ontogenese.* Heidelberg: Springer.

Von Aufschnaiter, D. (2010). Vojta-Konzept. In Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (Hrsg.), *Physiotherapie in der Pädiatrie* (S. 72-109). Stuttgart: Thieme.

Weber, K.S. (1997). *Einführung in das System konduktiver Förderung und Rehabilitation. Konzept-Praxis-Perspektive.* Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Wellenreuther, M. (2000). *Quantitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft: Eine Einführung.* Juventa: Weinheim.

Wiener Landtag (2002). *Gesetz zum Schutz der Jugend (Wiener Jugendschutzgesetz 2002 – WrJSchG.2002)*. Zugriff am 10.04.2012 unter http://www.jugendschutz.wien.at/dokus/geset z.pdf

Zadnikar, M. & Kastrin, A. (2011). Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: a meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology, 53*, 684-691.

Zhou, J. et al. (2010). Sturge-Weber syndrome: a case report and review of literatures. *Chinese Medical Journal, 123* (1), 117-121.

IV. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Teufelskreis der körperlichen Inaktivität.....28

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen Bewegung, Empfindung und Zuwendung (Kapustin, 2002, S. 11).....36

Abbildung 3: Verlauf eines problemzentrierten Interviews (Mayring 1996, S. 53).....47

Abbildung 4: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1997, S. 54).....49

Abbildung 5: Darstellung der im Mittel erreichten Punkteanzahl bezüglich der Dimensionen D (Stand1/2) und E (Gorunjump1/2) sowie aller getesteten Dimensionen (GMFMGes1/2) des GMFM vor und nach der 3-wöchigen Interventionsperiode. 55

Abbildung 6: Darstellung der im Mittel benötigten Sekundenanzahl für den Timed „Up & Go“ Test vor (TUGSek1) und nach (TUGSek2) der 3-wöchigen Interventionsperiode.....56

V. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter, Diagnose, Klassifizierung nach GMFCS und verwendetes Hilfsmittel der Teilnehmer/innen.....40

Tabelle 2: Testprotokolle der Erst- und Abschlussmessung.....46

Tabelle 3: Analyse der Entstehungssituation der Interviews.....50

Tabelle 4: Transkriptionszeichen angelehnt an Bohnsack et al. (2001, S. 363).....51

Tabelle 5: Kategoriesystem zur Analyse der Interviews mit den Konduktor/innen.....53

Tabelle 6: Kategoriesystem zur Analyse der Interviews mit den Eltern.....53

Tabelle 7: Kategoriesystem zur Analyse der Interviews mit den Kindern.....54

Tabelle 8: Tabellarische Zusammenfassung der Interviews mit den Konduktor/innen.....83

Tabelle 9: Tabellarische Zusammenfassung der Interviews mit den Eltern.....98

Tabelle 10: Tabellarische Zusammenfassung der Interviews mit den Kinder.....109

Anhang

Inhaltsverzeichnis

1. Interviewtranskriptionen 2

1.1. Interview K/E1 2
1.2. Interview Ko1 11
1.3. Interview Ko2 18
1.4. Interview Ko3 33
1.5. Interview E1 38
1.6. Interview E2 47
1.7. Interview E3 52
1.8. Interview E4 59
1.9. Interview Ki1 64
1.10. Interview Ki2 70

2. Interviewleitfäden 76

3. Einverständniserklärungen 84

4. Bewertungsbogen GMFM 87

5. Fotos 90

6. Flyer der Sommer-Intensivtherapie und Erlebniswochen 93

7. Eidesstattliche Erklärung 95

8. Lebenslauf 96

1. Interviewtranskriptionen

Im folgenden Kapitel werden die Transkriptionen der Interviews mit den Konduktor/innen, Eltern und Kindern dargestellt.

1.1. Interview K/E1

I: Dann würd ich dich nochmals bitten, dass du erm generell deinen erm Namen, deine Ausbildung,
K/E 1: mh
I: Erm. Alter, deine familiäre Situation, diese allgemeinen Daten (.) ein bisschen was dazu erzählst.
K/E1: Ja mein Name ist Rebecca Albers, 42 Jahre, Mutter von 3 Kindern. Der Älteste ist 22 jetzt und durch einen Sauerstoffmangel bei der Geburt schwerst mehrfachbehindert. Der Zweite ist 21, studiert @(.)@ in Wien Medizin ?2?
Wir leben, die Familie lebt in Niebüll, das ist Norddeutschland, Westerland Sylt. (.) Erm war für uns eigentlich, wir sind dahin übersiedelt äh als ich hoch schwanger war mit dem ersten Kind und dann sind wir da quasi hängen geblieben erm niedergelassen. Zur beruflichen Situation ganz kurz ich bin vom Grundberuf genau genommen, wie mein Mann, Diplompsychologin und äh es war für mich klar, dass ich mit Kindern erm war auch nicht so geplant, wann und wie viele in welchem Anstand, es hat sich so ergeben. Durch die Körperbehinderung, Schwer- und Mehrfachbehinderung von Wany, erm war ich dann in der Situation zu überlegen was (.) bin ich einfach reingewachsen, was erm wär eine sinnvolle Förderung für ihn und war relativ früh da war Wanja ein halbes Jahr erm Kontakt gehabt mit Leuten die konduktive Förderung machen, das hat mir eingeleuchtet. Dann hatten wir aber dort, erm, hab ich dort schon relativ schnell eine Gruppe gebildet mit Eltern von auch schwerer betroffenen Kindern und äh wir hatten nicht die Möglichkeit uns eine konduktive Fachkraft zu engagieren und (.) die Gruppe war mir sehr wichtig, weil erm (.) ansonsten ist in unserer Region die Lebenshilfe als Träger
I: Mh
K/E1: Von Föderangeboten, Frühförderung undsoweiter vertreten und die sind klar, in unserer Region zumindest fokussiert, auf Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen
I: Mh
K/E 1: Und mein Sohn mit seiner also die Körperbehinderung fiel einfach raus. Und ich hab da das Gefühl gehabt da ist in dieser (.) Frühfördergruppe ist er wirklich ein Ausnahmefall und gut das war so das Motiv und dann hat die Gruppe immer mehr Bedeutung gewonnen also zweimal wöchentlich haben wir uns getroffen und ich hatte den Eindruck dass hing an mir das Programm zu machen und dann hab ich (.) erm über über verschiedene Kontakte bin ich dann hier nach Wien gekommen 93
I: Mh
K/E1: Und hab 96 die Ausbildung als konduktive Mehrfachtherapeutin abgeschlossen
I: Mh
K/E1: Und dann gabs den Unilehrgang, den hab ich 2002 abgeschlossen. Jo und jetzt hab ich also zwei Standbeine, das eine ist eben Konduktorin und das andere ist Mutter.
I: Ok (.) sehr gut. Erm Wie sieht`n die familiäre Situation, eure Wohnsituation aus?
K/E 1: Wir ham äh nachdem dann klar war, da war Wanja ungefähr da ham wir ungefähr 5 Jahre dort gelebt äh das war mit unserem Vermieter so vereinbart, dass wir uns dann festlegen ob wir bleiben, das heißt er wollte verkaufen. Wir haben das Haus gekauft, weil es geeignet war alles ebenerdig (.) äh ham angebaut und jetzt ist Niebüll der Standort.
I: Mh
K/E1: Ein großes Haus mit behindertengerechter Ausstattung (.) Jo
I: Ok. Erm Was war eigentlich die damalige Diagnose damals, von ärztlicher Seite von Wanja?

K/E1: Schwerst mehrfach behindert erm (.) also Tetraspastik genauer muss man sehen also Tetraspastik mit athetotischen Hyperkinesen und ausgeprägtem ATNR, dystone Tetraspastik, also die denkbar ungünstigste.
I: Ok mh. Erm was würdest du generell sagen ist jetzt sein Hauptproblem?
K/E1: Ja (.) also wenn man ja aufs hier und jetzt auch beziehen wenn ich mir vorstelle wie Wanja das hier erlebt oder wenn ich sehe wie er sich benimmt wie er Kontakt aufzunehmen versucht. Würde ich sagen für ihn steht im Vordergrund: Kontakt, Kommunikation
I: Mh
K/E1: Und das Spektakulärste an Fortschritten was ich hier sehe für muss man ja mal bedenken für einen 22jährigen Schwerstbehinderten ist die ?1? da macht er Fortschritte die eigentlich also ich sag mal zur Kategorie das kann er eigentlich nicht können gehören. Sein ausgepägter ATNR machts unglaublich schwer (.) erm feinmotorisch weiter zu kommen (.) und jo (.) das geht hier. Also dazu muss man auch sagen, das hab ich noch nicht beschrieben, dass Wanja (.) erm (.) ohne Unterstützung (.) mm sich nicht alleine fortbewegen, sich nicht alleine versorgen kann also bei allen pflegerischen Aktivitäten oder a alltäglichen Aktivitäten braucht er 100% Unterstützung.
I: Ok (.) Erm das heißt mit hier meinst du diese äh
K/E1: Den Intensivkurs jetzt hier in Strebersdorf mh.
I: Ok (.) Erm (.) Ich würde mich würde noch interessieren erm welche Therapieziele du generell hast äh
K/E1: Mh
I: betreffend deinen Sohn?
K/E1: Erm Erhalt und Ausbau der Bewegungsfähigkeit
I: Mh
K/E1: Erm ich möchte wenns irgendwie geht natürlich erstmal vermeiden dass sich der orthopädische Status verschlechtert,
I: Mh
K/E1: er möglicherweise Schmerzen hat (.) dann bin ich der Meinung, dass jeder Mensch ein Recht hat, ich würde das Grundgesetz gerne, also in Deutschland meinetwegen auch gern hier @(.)@ dahingehend geändert wissen oder ergänzt wissen, dass jeder Mensch ein Recht auf Bewegung hat
I: Mh.
K/E1: und auf Aktivität (.) Und der Wanja braucht bei allem Unterstützung aber wir haben es schon erreicht, dass er schreiten kann, in unserm Haus gibt es keinen Rollstuhl. Wanja bewältigt alle Transfers vom Zimmer ins Bad und vom Bad in die Küche und von der Küche ins Wohnzimmer aktiv schreitend.
I: Mh
K/E1: Und die Unterstützung die er dabei braucht ist schon technisch anspruchsvoll aber nicht schwierig also nich nicht belastend; schwieriger wars für mich als er kleiner war, es ist gelungen Wanjas Schreitreflex zu erhalten und auszubauen, was er jetzt macht sind wirklich aktive Schritte.
I: Ok
K/E1: Ja und da möcht ich gerne, dass er nicht wieder in den Status zurückfällt. Dazu kommt noch, wo ich unglaublich stolz drauf bin, was nicht nur meine Leistung ist, sondern Wanjas Leistung oder die Leistung der Menschen, die mit ihm gearbeitet haben über die Jahre oder ihn unterstützt haben,ist, dass der Hüftstatus zum Beispiel der war mit drei, vier Jahren aus der Sicht einiger Orthopäden tatsächlich operationswürdig also subluxierte Hüfte links. Jetzt haben wir sowohl die Orthopäden im am Annastift in Hannover, wo wir unsere Kinder also meine großen Kinder und meinen Sohn betreuen lassen bzw. jetzt war ich auch einmal hier beim Dr. Döderlein in München, die sind sehr verblüfft wenn sie sehen, dass die Hüfte jetzt zentriert ist und stabil ist und ohne irgendeiner OP.
I: Ok (.)

K/E1: Also Erhalt und Ausbau der Bewegungsfähigkeit erm (.) höchst mögliche Selbstständigkeit natürlich, das heißt ich schau schon, dass der Wanja bei allem irgendwie mittut, bei allen alltäglichen Verrichtungen, Lebensqualität.
I: Mh.
K/E1: Und unter Lebensqualität stell ich mir eben auch vor sozial eingebunden zu sein
I: Mh
K/E1: Und das erlebt der Wanja, also Wanjas Bezugssystem neben seiner äh ja großen, mit Anhang großen Familie ist die Gruppe bei uns zu Hause, die konduktive Gruppe, und die Menschen die er eben auch hier wieder trifft.
I: Ok.
K/E1: Seit mittlerweile 18 Jahren.
I: Ok (.) erm Wie schaut denn ungefähr so ein Alltag aus vom Wanja? Also…
K/E1: Oh ja das ist gut. Der Wanja ist 2007 aus der Schulpflicht raus erm Wanja hat von Anfang an einen Assistenten gehabt, ich hab Wanja nie also böse formuliert darf gern zitiert werden steh ich voll dazu mit Namen und allem ein nichtsprechendes Kind, was nicht berichten kann was es erlebt hat lasse ich nicht in die Institutionen die Wanja durchlaufen hat.
I: Mh
K/E1: Ja Also Wanja hat, das hat sich so entwickelt ich hab war ja Wanja war 6 Monate da war ich wieder schwanger, eine wunderbare Entscheidung (.) und erm (.) dann warn wir ja wie gesagt gerade kurz vor seiner Geburt übersiedelt und hatten die nächste Verwandtschaft 350km entfernt und die Friesen sind ein bisschen langsam also wir hatten null Kontakte und Unterstützung was den Wanja angeht und ich hab dann gehört, dass es die Möglichkeit gibt einen Zivildienstleistenden in der Familie zu beschäftigen, also der wurde dann angestellt von der Lebenshilfe aber die Verwaltung der Stelle bzw. die ganze Anleitung, also der gehörte uns.
I: Ok.
K/E1: Wir mussten dann an die Lebenshilfe zahlen aber er war da. Das Modell Zivildienst, äh das ging fast 10 Jahre bis die Dienstzeit von Zivis sich verkürzt hat und das auch eine andere Zielgruppe war. Also es war dann so rief eine Mutti an und °ihr Söhnchen wollte Zivildienst machen°. Gut aber wir haben unglaubliches Glück gehabt; die ersten 6/7 Jahre, wunderbare junge Menschen, die ihre Aufgabe echt gut gemacht haben, wobei die dann mehr zuständig waren für die beiden kleinen, Sascha;Teresa und ich hatte halt Wanja
I: Mh
K/E1: Und dann in der im Kindergarten in der Schulzeit manchmal zum Leitwesen der Pädagogen dort, weil Pädagogen lassen sich leider fast generell nicht auf die Finger kucken gerne. Therapeuten müssen das in gewisser Weise lernen, obwohl die auch nicht alle das gerne tun. Aber ich hatte immer einen Menschen der mir berichten konnte was Wanja macht wie`s ihm geht. Dann war Schulpflichtende und er ging dann mit Assistenz in die Tagesförderstätte vor Ort bei uns und war da in einer Gruppe von 16 sehr schwer betroffenen Menschen im Alter von 20 naja 18 in seinem Fall bis erm (.) bis 60. 2 Mitarbeiter 16 Schwerbetroffene, die sind nur am Flitzen und Pflegen gewesen. Wanja war dann äh bis Mai 2010 dort und war im Rolli isoliert in der Gruppe. Dann hab ich aus finanziellen Gründen gesagt ja dann haben wir Wanja rausgenommen aus der Tagesförderung und mit gemischten Gefühlen.
I: Mh.
K/E1: Weil ich natürlich auch will, dass Wanja einen strukturierten Tag hat (.) Ok auf jeden Fall seit Mai 2010 hat der Wanja auch seinen äh visuell ansteuerbaren PC bekommen, dachte ich gut das ist jetzt ein Anlass jetzt bleibt er zu Hause. So derzeit läuft es so: Er steht irgendwann um 7 pi mal Daumen nehmen wir ihn hoch ins Bad, Toilette, dann was trinken, dehnen, ungefähr ein halbes Stündchen, Frühstück, Zähne putzen, Bad und dann geht Wanja einkaufen mit seinem Assistenten oder seiner Assistentin, in Niebüll ist er bekannt er also mann spricht ihn mit Namen an und er macht die Familieneinkäufe.
I: Mh.

K/1: Fast jeden Tag. Dann kommt er zurück macht ein Turnprogramm, macht bisschen Computertraining und ich übernehm ihn dann so um halb 1 etwa zum Kochen (.)
I: Mh.
K/E1: Die Assistentin hat Pause bis 3, die nimmt ihn dann hoch macht äh wieder ein kleines Dehnprogramm und Turnprogramm. Also es ist so ich hab Wochenpläne für Wanja da stehen die äh Aktivitäten drin, die vorgesehen sind, wir aktualisieren auch immer seine Turnübungen usw.
I: Mh.
K/E1: 2 mal die Woche hat Wanja Gruppe, einmal die Woche Schwimmtraining mit der Gruppe und äh das ist so Standard, dazu kommen alle möglichen Aktivitäten noch zusätzlich mit Teilnehmern der Gruppe, also wir machen Ausflüge usw. aber das ist momentan der Ablauf, das soll nicht so bleiben, natürlich möcht ich, dass Wanja nicht nur unser Schnäppchenjäger ist, wie wir ihn derzeit von Beruf nennen äh sondern also ich plane eine Einrichtung aufzubauen und da sind auch schon viele Schritte getan, es gibt schon eine Bauzeichnung, es gibt schon einen Verein Förderverein, der das trägt. Haus Komet und da möchte ich eine Wohngruppe für 8 junge Menschen etab- also aufbauen auch äh ambulante Angebote, und das ist jetzt momentan das wichtigste Ziel
I: Mh
K/E1: Ja dass Wanja erm dort dann aktiv ist am Tag und nachts konduktiv mehrfachtherapeutisch ?2? Also das ist mein wichtigstes Ziel nicht nur für Wanja sondern auch für andere Kinder der Niebüller Gruppe die mittlerweile erwachsen sind…
I: Ok erm. Du hast ich glaub du hast die das Trampolinspringen mit hier her gebracht nach Strebersdorf
K/E1: ↑ja, ja
I: Hast du generell Erfahrung mit Behindertensport oder Behinderten…
K/E1: IJo
I: so sachen?
K/E1: Jo also zum Teil ich arbeite so nach dem Prinzip dass erm das ist auch das Schöne an dem konduktiven Fördersystem- es hat ja keine Ausschließlichkeit. Also wenn ich jetzt erkenne ich muss noch was sagen Die Möglichkeiten und Grenzen die sind nicht in der Methode begründet sondern in der Kompetenz bzw. den Ressourcen des Anbieters.
I: Mh.
K/E1: Ja also ich würde nie darüber streiten mehr äh für welche Zielgruppe konduktive Förderung geeignet ist usw. das ergibt sich wie gesagt aus den Ressourcen °der Anbieter und den personellen Ressourcen° und ich arbeite so, dass ich schau was ist zielführend für diese Gruppe.
I: Mh.
K/E1: Diese Kinder in dieser Gruppe. Und wenn ich dann merke, ich komm irgendwo an Grenzen dann hol ich mir Rat (.). Ja oder such Ideen und ich hab unglaubliches Glück gehabt schon 1992 da war meine Teresa grad noch ein halbes Jahr alt, eine Sprachheiltherapeutin, die ist tätig in der Nähe von Kopenhagen (.). Ich weiß über ein paar Ecken hab ich von ihr gehört, dann ham wir sie besucht ein Wochenende lang und sie hat mir ihre Prinzipien erklärt, auch ein bisschen Unterlagen mitgegeben erm was sie für ein Trampolintraining als Sprachförderung macht.
I: Mh.
K/E1: Das hab ich 1 zu 1 umgesetzt, hab mir sofort Oktober 99 ?1? hatte ich ein Therapietrampolin also mit so einem wunderbaren runden Tuch, ein ganz weiches, kannst du nicht als Springtrampolin benutzen, da hab ich das hab ich für Wanja und für unsere Kinder benutzt ausgebaut, dann gemerkt naja jetzt wollen sie wirklich auch Bewegung und hab dann angefangen das weiterzuführen hab mir dann größere Trampoline angeschafft, auch schon vor Jahren und hab gemerkt, dass ich aufn Trampolin zwar nicht die Funktion Greifen, Halten, Sich-Fixieren habe, also ich kann auch einen Hulahoop-Reifen mit rauf nehmen, also ich kann auch das dort die. Nicht nur die Großmotorik aber natürlich besonders die großmotorischen äh Ziele die ich für meine Klienten habe, dass ich die dort super 1 zu 1 umsetzen kann und ich betone halt nicht nur die Großmotorik, es

ist nicht nur Sport, es ist so wie in der konduktiven Förderung immer, dass wir ähm im Grunde alle Entwicklungsbereiche der Persönlichkeit auch gleichzeitig berücksichtigen. Ich kann mit Kindern aufn Trampolin an ihrer inneren Ruhe arbeiten. Also ich behaupte ich kann fast perfekt ein Trampolin steuern @(.)@ ohne mich physisch dabei aufzureiben ähm steuern heißt sofort runterdosieren, anhalten können, wenn jemand verunsichert reagiert.
I: Mh. Also das Ganzheitliche würdest du jetzt also die ganzheitliche Förderung würdest du jetzt nicht nur aufs Trampolin beziehen sondern generell auf…
K/E1: Ja!
I: auf die Bewegungs- und Therapieangebote?
K/E1: Ja natürlich. Achso dazu noch ein Hinweis erm das oberste Ziel in der konduktiven Förderung ist ich sage das oberste Ziel ist die Selbstständigkeit und ich kann wunderbar, ich weiß nicht einen Klienten hast du vielleicht schon gesehen mit einem wahnsinns Opisthotonus , Streckreiz, ja der macht das Würmchen, der ist auch schon 20 Jahre alt der junge Mensch erm mit dem kann ich aufn Trampolin, jetzt mal als Beispiel, der Assistent ist in Bauchlage der Pippo liegt in Bauchlage äh in Rückenlage auf diesem Menschen da kucke ich welchen Menschen, welcher ist dafür geeignet und erm dann schwinge ich die beiden und hab erreicht jetzt hier dass der Pippo mit seiner Kopfbewegung mein Schwingen steuert
I: Mh.
K/E 1: Ja also erst hab ich gesteuert dass er lockerer wird, dann hab ich mit dem Schwingen reagiert auf seine Bewegungen, das war wunderbar und jetzt hat Pippo endlich, so heißt der Junge, endlich dieses äh Trampolin auch wirklich positiv angenommen, es war bis jetzt nicht so leicht, weil er uns da immer rausgerutscht ist in sein Muster gerutscht ist und ich schon sehr überlegt habe ob dies überhaupt förderlich ist und jetzt ham mas.
I: Ich glaub da hab ich dich eh gsehn auch am Trampolin.
K/E1: Mh.
I: Ok erm Welche Auswirkungen haben deiner Meinung nach die (.) so Bewegungs- und Sportangebote auf die Kinder also sowohl in psychischen
K/E1: Mh.
I: als auch physischen und vor allem auch im sozialen Bereich?
K/E1: Naja also erstmal bin ich selber ein sehr bewegungsfreudiger Mensch
I: Mh.
K/E1: Dann denk ich wenn du äh nicht-behinderte Menschen siehst, die Sport betreiben, die sind einfach gut drauf @(.)@ Also Sport bzw. sag ma mal allgemeiner Bewegung
I: Mh.
K/E1: Erm da gibt's keinen Stillstand, da ist Stillstand Rückschritt, ja gut das ganze Leben ist Bewegung und ohne Begreifen also feinmotorisches Bewegen gibt's kein begreifen; also du kannst ganz klar äh schaun, dass die körperlich sprachliche sozialemotionale Entwicklung äh bedarf der Bewegung. Ja auch wenn ich zum Beispiel mich auf einen Menschen zubewege.
I: Mh.
K/E1: Ja wenn ich wenn ein Mensch Sport macht oder sportliche Aktivitäten dann äh kannst du Stress lösen kannst du also auch eine Sache noch dazu- der Reiz der Bewegung, auch der schnellen Bewegung, also das was wir hier mit den Fahrrädern machen, dass wir Fahrräder einsetzen, wo wir Kinder die das nicht aktiv betreiben können erstmal nur mitbewegen, das Tandem beispielsweise. Oder wo ich sehe wie dann der Leve, auch einer meiner Klienten, der äh autistische Probleme hat, wie er dann seine Hände nicht mehr so knibbelnd, ich sag selbstgesprächführend einsetzt, sondern der hält wirklich den Lenker und tritt jetzt aktiv mit und ich hab ihn auch schon auf ein ganz normales Fahrrad, also schon Dreirad, aber ohne jegliche Beinsicherung, Fußführung oder Sonstiges mit Abduktionsbügel gesetzt der ist los gefahren nach der ersten Woche ne wunderbar (.) und dann geht's ihm gut.
I: Ok.

K/E1: Und es macht mir Spaß mal mit dem Radl ein bisschen über den Parkplatz zu rasen, aber auch anzustrengen und den Kindern geht's gut.
I: Ok (.) erm du hast vorher erzählt, dass erm Wanja vor allem die Feinmotorik verbessert hat
K/E1: !Ja!
I: Erm Was hast du generell für Veränderungen jetzt bei ihm wahrnehmen können, innerhalb von diesen 3 Wochen hier äh bei diesen Intensivtherapiewochen.
K/E1: Also der Hammer ist, wenn ich das mal so sagen darf, dass der Wanja seit letztem Sommer erm, da siehst du wieder wie viele Einflüsse da ne Rolle spielen, man kann das nicht so monokausal sehen erm die Gruppe hier, die kennen sich länger und sind äh dadurch dass wir hier jetzt eine kleine, manche bedauern das- ich manchmal auch aber jetzt für die Kinder ne kleine im äh Wohntrainingsgruppe sind, die beziehen sich aufeinander, im letzten Jahr hatten wir das erstmals, dass die weniger schwerbetroffenen sprechen können, zum Teil auch frei-gehfähige äh Teilnehmer hier an der Wohntrainingsgruppe, den Wanja wirklich als Person, wo auch was zurückkommt bei der Kommunikation wahrgenommen haben, und und sehr intensiv auch beobachtet haben. Zum Beispiel wie er auf Musik oder auf äh Kabarett äh äh Geschichten, Jürgen von der Lippe oder sonst was reagieren und dann, das ist so ein Wechselspiel, das ist weitergeführt, das ist wirklich wie das normale Leben tatsächlich ein Wechselspiel, also umso intensiver Wanja beobachtet wird, umso intensiver bezieht er sich auch, er hat jetzt letztes Mal erstmals den Arm am Gang nach einem vorbeigehenden Gruppenteilnehmer ausgestreckt.
I: Mh.
K/E1: Ja da siehst du wenn ein Mensch erm nichts zu sagen hat, auf den Nenner würde ich das mal bringen, dann redet er auch nicht. (.) Ja und wenn ein Mensch wahrgenommen wird und andere sich ihm anbieten, dann tut er natürlich alles äh oder wächst über sich hinaus diesen Kontakt auch anzunehmen, wenn er das möchte.
I: Mh.
K/E1: Und offensichtlich möchte Wanja das bezogen auf die Menschen die hier sind und ich seh ihn da richtig aufgehn. Die Blickfixierung ist äh seit 2 Jahren sehr viel besser geworden, da kannst du jetzt auch wieder nicht sagen das liegt nur an der Gruppe hier, da spielt sicher ne Rolle, dass er eben das Training mit dem visuell ansteuerbaren Computer macht, dann spielt ne Rolle, dass Menschen ihn anschaun.
I: Mh.
K/E1: Dann spielt ne Rolle dass er großmotorisch, zum Beispiel durchs Trampolintraining, äh nicht von heut auf morgen und auch nicht von letztem Jahr auf jetzt äh besser geworden ist, sondern Trampolintraining macht er seit 1992, ja und wir ham das jetzt erreicht, dass es sicher reproduzierbar ist, dass er beide Hände am neben dem Körper schwingen kann, was wiederum erleichtert, dass er den Kopf mittig kriegt, was wiederum erleichtert, dass er für Menschen auch äh so aussieht, dass er sie betrachtet.
I: Mh.
K/E1: Ja wenn ein Mensch nicht mit der Mitte fixiert und immer zur Seite wegzieht, dann sehn andere nicht, dass er sie anschaut. Also das muss man schon so im Zusammenhang sehn, aber was ich jetzt an bei diesem Aufenthalt und eben auch 2010 am deutlichsten sehe ist dass Wanja sich bemerkbar macht und gezielter kommuniziert. Plötzlich mittendrin wir reden hier hat er auf irgendwas reagiert mit seinem uaaaah und dann fragen wir nach oder besser noch einer Teilnehmer fragt nach und wir kriegen raus was er will
I: Mh.
K/E1: Also das ist jetzt bemerkenswert, aber so wie ichs eben umrissen habe, in dem Zusammenhang muss mans auch sehen von der Entwicklung her. Ich find also mir geht das Herz auf wenn ich sehe, dass ist qualitative das diese äh Fortschritte in Sachen Kommunikation, das sind neue Fenster, die da aufgehn, und dass das eben bei einem 22-jährigen Menschen möglich ist.

I: Mh. Also würdest du sagen, dass eher soziale und äh psychische Veränderungen hier mehr im Vordergrund stehen
K/E1: !ja!
I: als die physischen, funktionellen?
K/E1: Wie gesagt die großmotorische Förderung, technisch gesehen, die hat er ja jeden Tag.
Ja die liebt er hier, da geht er auch mehr über sich hinaus das ist die Gruppe, da hat der alte Petö nun mal Recht gehabt. Also ne das ist so wie wenn du planst äh deinen Trainingsplan machst
I: Ja.
K/E1: und du hast Termine wo du mit anderen Menschen meinetwegen für einen Triathlon mal trainierst dann wirst du hingehn und wenn du das für dich alleine auf einen Zettel hast, wirst du vielleicht doch manchmal ein Motivationstief äh sagen ja °ich kanns ja auch lassen°. Ja also sogar da merkt man das schon, dass uns die Gruppe zieht und das ist natürlich eine Sache, die ist mit nichts zu toppen. Die Gruppe ist der muss beachtet werden und so weiter. Das Turnprogramm was ich jetzt hier mache, dass jetzt hier durchgeführt wird, in Wanjas Tagesgruppe, das ist joa das machen wir auch das machen wir mindestens so gut aber nicht in der Gruppe und dann gibt es auch wiederum konkrete Personen für die Wanja sich besonders anstrengt, das ist beispielsweise der Miklos und er liebt der muss nur in den Raum kommen, der muss noch nicht mal bevor der was sagt ja lächelt Wanja und bemüht sich.
I: Mh.
K/E1: Ist ja so wie bei jedem von uns auch.
I: Ok also (.) würdest du sagen sind deine Ziele hier erreicht worden, die du ghabt hast oder deine Erwartungen erfüllt worden?
K/E1: Ja übertroffen in diesem Fall sogar, wobei wie gesagt da muss man auch jetzt das Individuum sehen, andere Kinder hier, Teilnehmer, die ich auch mitbetreue hier in der Wohntrainingsgruppe äh für die steht tatsächlich das Motorische oder das Dehnen, das 2 mal am Tag deswegen mach ich ja auch Nachtdehnen mit der Trainingsgruppe hier
I: Mh.
K/E1: 2 mal am Tag dehnen, dass sie gute Voraussetzungen haben für ihre motorischen und feinmotorischen Fähigkeiten weiter zu führen. Ja also die Yuria und die Miriam zum Beispiel,
I: Mh.
K/E1: dass die wirklich volles Programm durchgedehnt werden, dass hat der Wanja zu Hause auch immer als Trainingsprogramm (.) Also für Yuria zum Beispiel steht, sind auch Gruppen dynamische oder sag ma mal psychische Reife steht da auch sehr im Vordergrund aber eben auch da mehr das Motorische.
I: Mh Ok (.) gut Gibt's noch irgendwas was du sagen möchtest, was noch nicht thematisiert worden ist oder…?
K/E1: Ich halte dir gerne noch einen Vortrag über @(.)@ nein ne jetzt in dem Zusammenhang von mir aus alles klar
I: Ok. Was mich noch interessieren würde, erm welche zusätzlichen Therapien lässt du da einfließen?
K/E1: Das wollt ich genau als du gefragt hast mit Trampolin und Sport erm das ist gut dass du drauf noch kommst. Also ich hab vor 10 Jahren, nein vor 11 Jahren ich hatte vorher schon davon gehört von Dr. Pfaffenroth, der ist leider verstorben, erm naja Ausbildung ist übertrieben einige Seminare gemacht äh darf aber von mir behaupten, dass zumindest er selber mich für ein Naturtalent hält in der Hinsicht. Es klingt jetzt blöd aber hat er wirklich gesagt und hab dort wahnsinnig viel gelernt. Also er hat bestimmte Techniken äh also Akkupressuren, myofasciale Verschiebetechniken mit denen er wirklich Entspannung erreichen wo mit dem normalen Dehnen, was jeder Sportler macht sozusagen, nicht weiterkommen und das hat mich sehr inspiriert das hab ich auch versucht weiterzuführen, hab auch in der Richtung weitere Seminare gemacht, äh bei einem Manualtherapeuten, der jetzt in Deutschland sehr en vogue ist, der hat mir dann

das Geld für das Seminar wiedergegeben weil er meinte, er hat von mir mehr gelernt das hat mir auch sehr gut getan. Und das klingt jetzt ein bisschen anmaßend so aber ich fühl mich da rein und schau einfach immer wieder auch äh dass ich das weiterführ. Ich mach zum Beispiel grundsätzlich äh über das Sanitätshaus mit dem ich kooperiere, die haben ne gute Fortbildungsangebote. Ich mach äh mindestens einmal im Jahr, wenn ich von neuen Hilfsmitteln was hör oder schick nen Mitarbeiter hin weil ich bin nun mal im Grundberuf Psychologin und find das auch sehr nützlich aber die physiotherapeutische Ecke, Orthopädiemechanik, und so da schau ich schon, °dass ich mich da weiterbilde°.
I: Mh.
K/E1 : Also das wär jetzt so die synergetische Reflextherapie nach Pfaffenroth ist für mich die wichtigste Ergänzung dessen, was ich erm hier als konduktive Mehrfachtherapeutin oder dann als akademische äh gelernt hab, wobei das hier jetzt in der Ausbildung auch drin ist. Also das Institut zeichnet sich auch dahin aus, dass das sofort aufgenommen wird, was da an Anregungen. Also das Keil Institut hat das aufgenommen auch schon vor 10 Jahren ?1? die haben das weitergeführt ?1?
I: Also in der konduktiven Ausbildung ist das...?
K/E1: Das ist inkludiert mittlereile jo
I: Aber das ist die Ausbildung bezogen wirklich auf äh Leute mit Behinderung? Oder ist es eine allgemeinere Technik, die myofasziale Reflex-?
K/E1: Also synergetische Reflextherapie nach Pfaffenroth. Wir habens aber auch es gibt hier wunderbar erfahrene Mitarbeiter, Konduktoren, Therapeuten, unterschiedlicher Grundberufe, die das auch weitergeführt haben mittlerweile. Also das ist nicht mehr 1 zu1 Pfaffenroth, wie gesagt, und erm also gehört einfach dazu. Du kannst diese Techniken wir hams gelernt um es bei Körper- und Mehrfachbehinderten anzuwenden, aber es hat auch, bietet auch Möglichkeiten, also wenn du mit Akkupressur arbeitest. Fast viele Akkupressurpunkte haben ne lokalen und aber auch ne übergeordnete Bedeutung. Also es gibt Notfallpunkte, es gibt Punkte für Schmerz und was weiß ich- das lernt man dabei dann auch alles.
I: Mh. OK (.)
K/E1: Jo, ich überleg grad was noch so ?1? Was mir nebenbei noch bemerkt ganz wichtig ist, äh was aber hier in dieser Weise na was heißt in dieser Weise, was auch zur Ausbildung mitdazugehört ist, Gruppendynamik. Mein Mann ist Hypno- und Systemtherapeut
I: Mh.
K/E1: das hat mir weitergeholfen, weil das ist, da hab ich ja auch damals meine Abschlussarbeit drüber geschrieben, über die Gemeinsamkeiten von systemischen und konduktiven erm die positive Kommunikation. Das ist wenn man mal einen Hänger hat, nicht immer leicht, aber also eine Grundannahme ist, oder eine Erkenntnis ist, dass Menschen nicht aus Fehlern lernen. Aus dem Fehler lerne ich nicht, aus dem Fehler lern ich nur dass es nicht geht so, ich lern daraus Lösungen auszuprobieren. Ja und das ist auch unsere Aufgabe, dass wir in den verschiedenen Entwicklungsbereichen motor- also wirklich sensomotorisch äh kognitiv sprachlich sozial emotional unsere Klienten dazu führen darin unterstützen dass sie ihre Lösungen finden.
I: Mh.
K/E1: Ja und das fängt an, damit, dass ich mach meinetwegen bei der Reflexion eines Programms, wo ein Teilnehmer nicht wirklich Hervorhebenswertes geleistet hat an diesem Tag, ist es mein Job was zu finden und zwar was äh Authentisches. Authentizität ist auch ne Grundlage. Ja ich kann nicht nem Menschen ne Rückmeldung geben, die nicht zielführend bzw. die nicht stimmig ist. Ja und da gibt's so Gemeinsamkeiten eben vom konduktiven Fördersystem oder von der konduktiven Methodik/Didaktik, mit erm jo mit äh systemtherapeutischen Ansätzen. Find ich toll und es hat mir auch weitergeholfen mich damit auseinanderzusetzen. Jo ansonsten denk ich je nach Grundberuf muss einfach jeder, also das ist schon ein Muss, dass jeder der konduktive Ausbildung macht, den Basislehrgang oder die akademische, der muss einfach kucken, dass er das ergänzt, was

er nicht schon mitbringt, also wenn einer Physio ist, dann muss er sich in den anderen Disziplinen weiterentwickeln.
I: Mh. Und gibt's irgendwas, was du ändern würdest da an dem Camp oder…?
K/E1: Also für mich ist es diesmal jetzt eine absolut runde Sache. Ich finde, aber das hat jetzt nix mit unserm Camp direkt zu tun, es ist wie das Tor zum Balkan @(.)@ ich hab nen andern Hygienestatus als die Putzfrau, aber damit kann ich leben @(.)@
I: OK. (.) Gut dann vielen Dank, dass du dir Zeit genommen hast.
K/E1: Bitte gerne immer wieder.
I: Dankeschön.

1.2. Interview Ko1

I: Gut. Also ganz am Anfang würd mich mal interessieren erm also allgemeine Daten, Name, Alter, deine Ausbildung, die du g'macht hast in therapeutischer Hinsicht, generell deine Erfahrungen im Behindertenbereich, wie du überhaupt dazu gekommen bist? Und welche Erfahrungen du mit Behindertensport hast?
Ko1: Ok. Was willst du jetzt Name Ulrike Osberger, Alter 55 (2) äh was Ausbildung?
I: Genau
Ko1: Äh Studium Musikpädagogik äh verschiedenste Studienrichtungen musikpädagogische und Germanistik aber dieses nicht bis zum bitteren Ende und äh nach unterschiedlichen Tätigkeiten äh an der AHS, an der Pädak hab ich unterrichtet, Wiener Staatsoper im Archiv hab ich gearbeitet
I: Mh
Ko1: Ähm hab ich dann hier im Institut angefangen äh zuerst mit wenigen Stunden erm dann äh wie ich voll zu arbeiten begonnen hab, nach zweieinhalb Jahren ungefähr, hab ich äh das den Vorgänger des heutigen Basislehrgangs gemacht also das war eine zweijährige berufsbegleitende Sache.
I: Mh.
Ko1: Mit Wochenendblöcken und dann hab ich 2002 war das glaub ich den Unilehrgang für Mehrfachtherapie-Konduktorin gemacht. Äh meine Erfahrungen sind äh also nur im Rahmen des Instituts, meine Erfahrungen in der Arbeit mit Behinderten äh ja äh meine Erfahrung mit Sport...Oder sag ma`s amal so vielleicht, vielleicht so als Detail hineingesagt äh für mich besteht eine eine Affinität zur einerseits zur jetzt im speziellen motorischen Arbeit mit Behinderten oder Nicht-Behinderten und auch im Sport, erm weil ich sehr viele Berührungspunkte zwischen dem Instrumentalunterricht äh und dem Sportunterricht sehe.
I: Mh
Ko1: Also äh Bewegungs äh Bewegung analysieren Bewegung planen äh Bewegungen optimieren.
I: Mh
Ko1: Erm ist für mich in beiden Bereichen vorhanden.
I: Ok
Ko1: Drum halte ich auch meine meine Ausbildung zum Instrumentalpädagogen tatsächlich als eine eine relevante für motorische Tätigkeit @(.)@
I: Mh
Ko1: Erm Ja Sport äh haben wir in unsrer Gruppe eigentlich immer im im Tagesablauf einiges äh gemacht auch was was wirklich so in Richtung Spiel und Sport war. Nicht zuletzt deswegen weil der Thomas Reinelt in meiner Gruppe angefangen hat und Jahre lang bei mir in der Gruppe war und wir am Freitag halt immer Schwerpunkt Sport gemacht haben. Erm ich bin von Anfang…Also ab dem Moment (räuspern) wo ich hier gearbeitet hab bin ich auf die Skibobkurse mitgefahrn.
I: Mh.
Ko1: Und äh (2) Also weiß ich sowas Schwimmen oder so hab ich eher nur marginal, das hab ich im Rahmen von Strebersdorf. Aber so eher diese spielartigen oder auch die das Fahrradfahren, dass äh, dass hab ich mir dann schon sehr zu meinem gemacht. Da hab ich immer sehr geschaut, dass unsre Gruppe da in Strebersdorf auch wirklich Fahrrad fahrt.
I: Ok
Ko1: Jo
I: Erm (2) Du hast erm gsagt dass du irgendwann amal eben umgschwenkt bist in den Behindertenbereich.
Ko1: Mh.
I: Was hat dich dazu veranlasst?

Ko1: Dazu hat mich veranlasst eigentlich, dass mich die Normalschule äh nicht wirklich begeistert hat und überhaupt mit einem Ventilfach wie Musikerziehung wo die Leute äh zwischen Mathematik und Lateinstunde dann äh einfach all ihren Frust herauslassen.
I: Mh
Erm und es war auch so, dass ich also ich hab noch ma am Ende meines Studiums mein erstes Kind gekriegt und ich hab dann eigentlich nur einmal a Karenzvertretung dazwischen gemacht. Erst wie meine drei Kinder dann äh kindergartenreif waren, hab ich geschaut dass ich wieder einsteig, wieder mit einer Karenzvertretung eingestiegen und hab da eigentlich in der AHS nie wirklich Fuß gefasst.
I: Ok
Ko1: Das war jetzt nicht so, dass äh wo ich wo ich gsehn hab dass es das wird was ich und eigentlich äh also nachm Studium hat man die Vorstellung für mich wäre Instrumentalunterricht eigentlich äh in erster Linie an der Hochschule in Frage gekommen. Professionell unterrichtet hätte ich gerne, grad mit meinem Instrument Blockflöte, dann is ma sehr oft äh zurückgeworfen auf die Volksschulkinder und das ist einfach vom Anspruch her war das nicht ganz das was ich wollte und es hat dann erm wie ich wie diese Karenzzeit fertig warn, hat die Pez mich gefragt äh wenn ich (räuspern) schon relativ äh in der Frühzeit der Computer mich damit hobbymäßig befasst hab äh ob ich in der äh dieser Gruppe also, die damals auch Hauptschüler gehabt hat und Tafelschüler, erm ob ich da den Computerunterricht machen könnte, zwei Nachmittage in der Woche und das hab ich dann gemacht und hab dann aber, wenn die Hauptschulabschluss machen sollten und äh und die die damals den Deutschunterricht gemacht hat gemeint hat sie ist dem eigentlich nicht gewachsen für den Hautschulabschluss zu trainieren hab ich den Deutschunterricht gemacht und bin da so hineingewachsen eigentlich. Aber eher übers unterrichtliche als äh über die Motorik.
I: Ok. Gut. Erm Welche Ziele verfolgst du generell mit deinen Bewegungs- und Sportangeboten? (1) Also sowohl in therapeutischer Hinsicht als auch jetzt in pädagogischer?
Ko1: Eine sehr globale Frage. (4) Im Prinzip gibt`s natürlich eine gewisse Basis, was man im Speziellen bei den Cerebralparetikern nicht aus den Augen verlieren möchte, also dass man äh äh dass man schaut dass man sie ein bissl aus ihren erm aus ihren pathologischen Mustern herausholt, dass man schaut, dass man äh gestreckte Positionen äh hat also dass jetzt nicht alles (räuspern) in in Rollstuhlformat äh passiert.
I: Mh.
Ko1: Äh auf der andern Seite äh is es äh äh scheint`s mir wichtig und immer mehr wichtig eigentlich, dass ma auch die Ortho-Funktion einbezieht dass ma das einbezieht wie sie`s von sich selbst in Angriff nehmen würden eine Bewegung zum Beispiel erm und äh dass man versucht äh daraus äh eine eine zielführende Bewegung zu entwickeln.
I: Mh.
Ko1: Also jetzt nicht starr äh von der Vorstellung wie ein Bewegungsablauf sein sollte
I: Mh
Ko1: ausgehn sondern von dem was kommt einmal ausgehn und schaun wie das modifiziert werden muss oder kann, damit`s zielführend ist.
I: Ok also eher mal ausprobieren lassen und dann
Ko1:Ja
I: schaun was ist sinnvoll davon, was kann man verwenden für die zielführende Bewegung.
Ko1: Äh war da noch irgendwas?
I: Nein das war eh also pädagogisch wär eben eh diese induktive Sache, dass man nicht starr was vorgibt sondern die Kinder ausprobieren und von therapeutischer Seite her einfach amal raus aus den Mustern hast du g`meint, aus den pathologischen
Ko1: Ja.
I: Raus ausm Rollstuhl, ein anderes Setting vielleicht auch.

Ko1: Und Natürlich und äh für mich ist bei Sport natürlich immer der Spaßfaktor äh durchaus wichtig äh für mich ist der Wettbewerbsfaktor nicht so wichtig äh da hab ich mich ein bisserl bekehren lassen aber nicht nicht total.
I: Mh
Ko1: äh also wieder dieses Wettbewerb ?2?. Es ist einfach bei unseren Jugendlichen viel offensichtlicher, dass jeder anders ist. Aber es ist auf der ganzen Welt natürlich so, dass auch die Spitzensportler ist halt jeder unterschiedlich und hat jeder ein anderes Potenzial
I: Mh.
Ko1: Und insofern da man bei einem Wettbewerb nicht messen kann wer sich am meisten bemüht oder so oder wer am meisten dazu gelernt hat, ist das halt etwas was sicher auch dazu ghört. Und eben beim beim Spaß ist mir jetzt pädagogisch wichtig äh dass äh dass Spaß auch verdient werden kann. Also dass man einfach den Spaß noch an etwas steigern kann, wenn man`s besser kann. Und dass selbst bei etwas dass einem Spaß macht und machen soll erm eine eine gewisse Arbeit an sich selbst äh durchaus eben Spaß steigernd dann sein kann.
I: Mh. (2). Und versuchst du jetzt erm in den Bewegungsangeboten von den Kindern, wo du weißt erm was sie in den Bereich für Defizite haben auch im Sport sozusagen daran zu arbeiten? Das gleich als Therapie mehr oder weniger versuchst zu nutzen, oder?
Ko1: Naja es ist
I: Oder eher weniger?
Ko1: das geht sicher Hand in Hand also ich würde auch sagen, dass das der Methode imanent ist, dass man jetzt da immer Wechselwirkungen sieht und äh dass man natürlich äh i mein wir mit ihnen ja nicht äh irgendwelche Handstandüberschläge, die erm nichts zu tun haben mit äh mit Lebenspraxis letztlich und äh natürlich sind dann unterschiedliche Faktoren, die für mich im Vordergrund stehen weiß ich beim Radlfahrn, dass bei einem is ma die Wahrnehmungs- und Orientierungssache am Wichtigsten, dass der weiß wohin er fahrt oder ah gekoppelt mit der Motorik, dass er lenken kann
I: Mh.
Ko1: äh und es ist ma relativ wurscht, ob der jetzt wirklich g`scheit in die Pedale treten kann. Da sag ich Fahrrad ist was wunderschönes, weil`s dieses Wechselspiel von Dehnung in die Beugung und und äh wieder passiv transportieren in die Streckung je nachdem wo man das Defizit halt hat äh bringt und da bin ich dann glücklich wenn ich die Radln mit der starren Verbindung hab und ich sie eigentlich schieben kann und diesen Effekt hab. Bei andern wird`s ma wichtig sein, dass sie das wirklich aktiv machen.
I: Ok. Gut erm bezogen jetzt nochmal auf diese Bewegungs- und Sportangebote. Erm hast du da im Laufe von deiner Laufbahn... Was sind da eben die psychischen Veränderungen, die durch Sport? Die deiner Meinung nach durch Sport oder Bewegung irgendwie auftreten? Sind die Kids glücklicher, sind sie…?
Ko1: Ja das so generell zu sagen äh ich glaub dass unsre äh Schüler, Kinder oder sonst äh an sich äh einiges an Defizit an Spielen haben und dass das natürlich für sie eine Erfahrung ist äh die äh wertvoll ist und die ihnen auch äh die ihnen auch gefällt. Es ist ja ganz unterschiedlich was äh was jetzt Sport bringen kann also weiß ich beim Skibob äh kann ich sagen allein das Erlebnis von Geschwindigkeit, die man äh teilweise mit verursacht oder die man steuern kann
I: Mh
Ko1: Ist etwas was speziell die nicht-gehfähigen nicht haben. Oder eben auch beim Radfahren, also das sieht man dann wenn man sich den Philipp anschaut, der äh am Rad wirklich dann wie der blöde fahrt, weil das eine Fortbewegungsmethode ist, wo er selbst oder wir haben einmal einen auch nicht-gefähigen gehabt, der zwar im E-Rolli gfahrn ist aber der ist da am Sportplatz wirklich mitn Fahrradl, der ist zehn Runden gefahrn wie der Teufel. Einfach äh aus der Lust heraus äh da einmal selbst Tempo zu erzielen.
I: Mh Ok.
Ko1: Aber ich mein dass kann man jetzt nicht generell auf alle Sport, auf Boccia spielen und ja ich weiß nicht.
I: Mh.

Ko1: Weiß der Kuckuck was.
I: Ok. Erm. Wie würdest du die sozialen Auswirkungen beurteilen? Also dass sie eher hauptsächlich wird ja in der Gruppe gearbeitet in jeglichem Sportangebot. Ist das irgendwo was wovon die Kinder mehr profitieren könnten als vielleicht im Unterricht?
Ko1: Naja es ist. Es ist natürlich bei uns schon in der Methode die Gruppe Prinzip und äh und etwas was was auch sehr bewusst genutzt wird.
I: Mh
Ko1: Äh. Eher würd ich sogar meinen, dass äh ja dass vielleicht die die Sportangebote erm eine Möglichkeit sein könnten äh sich in der Gruppe a bissl mehr zu positionieren und äh also ein bissl die die freieren äh Kontakte
I: Mh.
Ko1: hervorkommen zu lassen. Weil bei uns zwar die Gruppe ein Prinzip ist, aber eigentlich sehr sehr reglementiert.
I: Mh.
Ko1: Aber das ist auch sehr schwer abzuschätzen jetzt, wieviel erm einfach auch äh auch Unvermögen unserer Schüler ist äh um wirklich da einen Standpunkt und eine eine Kommunikation aufzubauen in der Gruppe, weil doch sehr viele kognitiv sehr beeinträchtigt sind und äh die Kommunikation mit den Mitschülern halt höchstens auf äh wie geht`s dir äh und auf auf wirklich primitivst Formeln und alles was an Kommunikation lauft, lauft eigentlich über uns.
I: Mh.
Ko1: Also dass wir versuchen „frag doch einmal den“ und so also die direkte Kommunikation ist ganz schwierig zu erreichen überhaupt.
I: (4) Und um jetzt erm physische oder funktionelle Ziele zu erreichen, findest du da, dass bei den Bewegungs- und Sportangeboten, dass sie dafür geeignet sind? Dass sie jetzt zusätzlich zu irgendwelchen Dehnprogrammen oder zu erm motorischen Therapien?
Ko1: Ja sicher auch weil sie äh weil sie ein Ansporn sein können, also speziell jetzt, wenn man die Sportangebote so wählt, äh dass sie äh dass sie irgendwie Sinn machen äh also eben wieder dass man nicht den chinesischen Nationalzirkus macht, wo man auf wo ma auf äh Beine hinter dem Kopf einhängen trainiert. Also wenn das wenn das in einem Rahmen ist und abgestimmt ist auf, auf das was an sich auch im Leben sozusagen jetzt verwertet…Ich sag jetzt nicht, dass man nur Sachen, die im Alltag verwertbar sind, dass man die in Angriff nehmen soll, aber im Prinzip jetzt ist es natürlich eh Sport auch eine Motivation.
I: Mh.
Ko1: Auch durch äh äh durch äh Messbarkeit diese spielerischen Situationen durch attraktives Material, durch äh Vorbild aus äh, aus dem Fernsehen, also wenn was dann wie Fußball ist äh dann sind die Fußballer sehr leicht dafür also die Fußballschauer, die Fußballfans leicht dafür zu begeistern, dass sie jetzt auch sowas machen.
I: Mh.
Ko1: (3) Aber dafür müssen natürlich also wenn äh oder sag ma müssen die Sport…dürfen die Sportarten zumindest nicht kontraproduktiv gewählt sein.
I: Ok.
Ko1: (2) Gut. Erm. Um jetzt auf diese Sommer-Intensiv-Therapie zu kommen erm was hast du da bei deinem…besonders bei den von dir betreuten Kindern auch während dem Jahr, hast du da irgendwelche Veränderungen an denen oder erlebst du sie anders als als äh in der Bergsteiggasse?
Ja sicher weil da hier äh die Tagesabläufe an sich äh also obwohl`s dann auch immer äh die Fragestellung oder die…das kognitive Angebot geben soll, was wir immer eher so als ein, ein Bewegungsangebot äh gemacht haben, ah aber äh es basiert halt die ganze Tätigkeit hier in erster Linie auf Motorik in irgendeiner Weise. Man hat ganz andere Möglichkeiten, die wir selbst rennen auch viel mehr hin und her also wir selbst sind auch obwohl wir nicht mehr Stunden arbeiten wesentlich toter als in Wien. Erm und äh man hat einfach die Möglichkeit im Freien zu sein. Wir gehn jetzt heuer nicht schwimmen, aber ist ein Angebot, dass Radfahrn find ich ein ganz besonders gutes Angebot und das hat mich

auch voriges Jahr sehr gefreut, dass eigentlich zum ersten Mal jemand nach unsrem großen Radfahraktionen das Rad mit Heim genommen hat. Also die Almut hat sich das Rad mit Heim genommen, hat eine sehr engagierte Betreuerin gehabt, die mit ihr glaub ich zwei mal die Woche die Prater Hauptallee einmal auf und ab, was eine irre Strecke ist.
I: Mh.
Ko1: Gefahrn. Und äh ich find Radfahrn find ich ist wirklich a gute Sache. Also von allem her, von allen Forderungen her, von der Wahrnehmung, von den Bewegungsabläufen. Leider stehn halt die Fahrräder dann (räuspern) bei uns im Lager bis zum nächsten Strebersdorf.
I: Ok.(1) Erm hat sich da hier in Strebersdorf hast du da bei den Kindern irgendwo im Sozialbereich irgendwelche Veränderungen wahrnehmen können? Hast du sie anders gsehn? Fällt ihnen der Umgang mit anderen Kindern, mit den Therapeuten leichter? Ist das irgendwie anders?
Ko1: Na es ist äh es ist natürlich jetzt in unserm Fall eine andere Gruppenzusammenstellung. Es kommen Leute dazu und äh. Es ist wir ham auch heuer dadurch dass ma so eine große Gruppe gemacht haben also wir ham das eben bewusst so gemacht, dass wir viele zusammengefasst haben und die dann zu unterschiedlichen Aktivitäten unterschiedlich zusammen kombinieren.
I: Mh.
Ko1: äh ist eigentlich meine Wunschvorstellung auch fürs Jahr, dass man einfach mehr… weil sie ham ja sowieso ein, so ein eingeschränktes Repertoire an Sozialkontakten und äh dass einfach die Auswahl größer ist und das merkt man natürlich schon, also weiß ich sag ma da Toni ist würd ich sagen so unleidlich. Das verteilt sich alles viel mehr da.
I: Mh.
Ko1: Erm und ich nehm an, dass es damit zusammenhängt, erm, dass es einfach ein größerer Rahmen sowohl von den Klienten als auch von den Betreuern, als auch von geographisch ist.
I: Mh. Also ist das Setting unterschiedlich?
Ko1: Ja. Es verteilt sich alles viel besser.
I: Mh. Also ich war einmal mit euch mit beim Radfahren und hab dann bei der also die Yvonna hat die ganze Zeit glacht, wie ma Radgfahrn sind, also das hat man wirklich gmerkt, dass ihr das Spaß macht.
Ko1: Ja.ja.
I: Hast du das bei den Kindern auch wahrnehmen können, dass sie durch die Bewegungsangebote, dass sie da irgendwie von der Stimmungslage generell bissl..?
I: Ja also dass davon geh ich schon aus. Also es ist erstens beim Radfahren ham sie auch viel Erfolgserlebnisse, speziell wenn man ihnen a g`scheites Radl gibt.
I: Mh.
Ko1: Das ist schon die Grundvorraussetzung, aber äh weiß ich zum Beispiel die Samantha, die angeblich als Kind Rad gefahrn ist aber dann nicht mehr, äh die hama am ersten Tag mit einem Radl mit Freilauf fahren lassen und das war ziemlich mühsam, weil man ihr halt immer übern Totpunkt helfen musste und dann hama ihr eins mir einer starren Verbindung gegeben und dann hat sie immer „Bin ich da jetzt allein gefahrn?“ „Hab ich das jetzt gut gemacht?“ und war so wirklich äh wirklich befriedigt davon, dass sie das jetzt geschafft hat und das ist schon äh das ist natürlich sehr materialabhängig, aber äh das ist schon auch befriedigend und ich denk mir dass zum Beispiel Trampolin ist sicher da bin ich zwar sehr dafür dass man das nicht als die reine Hetz macht weil dafür ist es mir einfach zu gefährlich und deshalb lass ich auch keine Zivis springen. Aber trotzdem denk ich mir kann man verantwortungsbewusst ah doch auch Elemente hineinnehmen, die einfach dann auch Spaß machen nur um des Spaßes willen. Aber ich denk mir, dass einfach schon äh diese Tonusregulierung, die da stattfindet am Trampolin, dass das was emotional wirksames auch ist.
I: Mh. (5). Und diese Erfolgserlebnisse, die jetzt durch die du angsprochn hast, die jetzt durch das Radfahren zum Beispiel, schlagt sich das im funktionellen Bereich oder in punkto Gehfähigkeit…?

Ko1: Das kann ich nicht sagen, weil also das war jetzt im Speziellen äh die Samantha, die zum ersten Mal da bei uns ist, die jetzt viel besser geht als am Anfang, aber kein Gehtraining davor gehabt hat also da kann man jetzt nicht sagen, wenn die jeden Tag, was weiß ich für eine Gehstrecke mit Rollator macht und dann beim Radfahrn sich freut also warum sie dann besser geht ist die Frage, oder ob`s weniger viel besser wäre, wenn sie nicht Rad gfahrn wär oder so (1) kann man nicht, kann man nicht so sagen. Aber jetzt
I: In Kombination mit den ganzen Therapien?
Ko1: Also ich glaub einfach dass äh dass die ganze Situation, diese ganze ah (3) man kann ja nicht sagen dass eine total lockere und entspannte Situation ist. Es ist ja eigentlich eine sehr arbeitsintensive Situation äh aber dass da so ein ah ein gewisser Flow entsteht auch. Also deswegen will ich ja auch immer nach Strebersdorf, für mich, für meine Arbeit, auch wenn man zu Schulschluss eigentlich tot ist und eigentlich nichts mehr machen möchte und für Strebersdorf mach ich immer neue Programme, neue Tagesabläufe und dann kommt so ein rumps und jetzt ist Strebersdorf und das ist irrsinnig anstrengend und da kämpfen wir uns jetzt durch und das ist erm das ist glaub ich von den Kindern her auch so, dass man wirklich äh so ein letztes Rauspressen und jetzt wir machen uns kaputt aber wir machen uns nicht wirklich kaputt sondern wir „des druck ma jetzt noch durch."
I: Mh.
Ko1: Und auf das so ein ein äh ja auch ein Gemeinschaftserlebnis macht eigentlich. Und da tragt natürlich auch viel dazu bei, dass es nicht da ist und äh auch dass man Dinge tut die man äh die man in der normalen Gruppe nicht machen kann. Also wie das Trampolin oder die Radln oder die man einfach im Tagesablauf einfach nicht unterbringt, wie irgendwelche Sportspiele oder sonstige Sportübungen.
I: Ok.
Ko1: Macht man nur manchmal.
I: Also was ist, was würdest du sagen ist jetzt der größte Benefit für die Kinder aus diesen 3 Wochen? Egal ob`s jetzt eher den motorischen Bereich betrifft oder eher Kommunikation oder soziale Kontakte?
Ko1: Äh ich glaub, dass das Wort intensiv. Also einfach dieses nicht das Wort sondern die Tatsache intensiv. Also einfach dieses dieses gebündelte äh gemeinsame Anstrengen ist äh bringt dann auch immer was weiter. Ich mein natürlich bringts dann erm in in motorischen Programmen deshalb auch was weiter weil man eben neue macht und weil Sachen drin sind, die sie vorher noch nicht probiert haben und äh das sind dann Sachen wo man nach drei Wochen einen Fortschritt sehen kann. Das machen wir natürlich auch teilweise deshalb, weil wir dann einen Bericht schreiben sollen, wo drinstehen soll, was sie für Fortschritte gemacht haben. Also äh bauen wir auch Aufgaben ein und Ziele ein äh die halt in letzter Zeit nicht in dieser Weise verfolgt wurden und die in diesem Zeitrahmen erreichbar sind.
I: Mh
Ko1: Aber ja (1) ich glaub es ist einfach so das Erlebnis mit einer intensiven Beschäftigung auch kurzfristig etwas sichtbares zu erreichen
I: Mh.
Ko1: was dann letztlich auch für die Kinder interessant ist.
I: Mh. Und da? Was wär das zum Beispiel? Oder was hast du da in den letzten Jahren irgendwie irgendsolche Erlebnisse ah kannst du da von irgendwelchen Erlebnissen berichten?
Ko1: Naja es sind…
I: Dinge, die für Kinder wirklich relevant und interessant sind?
Ko1: Ja es war zum Beispiel voriges Jahr hamma wirklich eine eine intensive Fahrradsache gemacht und sind da am Anfang halt so zach aufgstiegen auf die Radln und das braucht irrsinnig lang bis man da überhaupt für jeden das richtige hat und so und dann simma halt äh so gfahrn wie ma in früheren Jahren immer gefahren sind da vor und dann in`s Haus rein unten am Gang entlang und dann hamma gsagt na jetzt könn ma auch einmal unten um`s Schwimmbad herum und dann ist das eigentlich immer mehr

geworden und wir sind eben hinten hinauf gefahren und rum und zum Friedhof. Ihr seid`s das wahrscheinlich auch schon gefahren mit den Flotteren ja. Und und dann simma auch noch dazu gekommen auf den andren Sportplätzen einen Parcours zu machen und einen Slalom zu fahren und so und das war wirklich ein…das war wirklich faszinierend einfach die Steigerung in den 3 Wochen äh beim Radfahren und zwar bei allen dann also wir konnten wirklich mit allen und es hat auch niemand gmotschkert und wollte niemand absteigen. Ginge heuer nicht weil das mit der Lilli nicht gehen würde zum Beispiel äh oder mim Benni wahrscheinlich ah ned, aber das war einfach so eine äh aus der Erwartung naja nachn Trampolin da fahr ma halt mit den Radln irgendwie hinein und das ist wirklich wir sind jeden Tag dann eine Stunde gefahren äh also mit auf- und absteigen und ich hab das einmal mitn Motorrad ungefähr ausgmessen, das war`n zweieinhalb Kilometer oder was, war schon beachtlich.
I: Mh.
Ko1: Also das war so eine Sache, die sich wirklich innerhalb von einem Kurs äh sich sehr stark entwickelt hat.
I: Mh
Ko1: Wobei ich sagen muss, das ist halt auch sehr davon abhängig, wen`st dabei hast als Mitarbeiter und äh ich hab das voriges Jahr mit`n Clemens gemacht und mit weniger Kindern in der Gruppe, aber und da konnt ma das gut checken und heuer tu ich mir irrsinnig schwer mit den unerfahrenen Mitarbeiterinnen und den unbrauchbaren Zivis, da jetzt irgendwie einfach das Aufsteigen organisieren…
I: Mh.
Tür öffnet
Ko1: Achso eigentlich müsste ich um 3 bei der Gruppe sein
I: Ok.
Ko1: Hast du noch sehr viele?
I: Nein ich hab nur noch 2 Fragen. Also eine Frage hab ich noch was du ändern würdest hier in Strebersdorf an den Intensivwochen, ob`s da irgendwas zu ändern gibt?
Ko1: Also im Prinzip hab ich`s äh für meine Gruppe in der Hand eigentlich zu ändern was ich will.
I: Ok.
Ko1: Das heißt so wie meine Gruppe jetzt lauft ist eigentlich so wie ich`s mir so ungefähr wie ich`s mir wünsch und wenn ich`s ändern will oder wenn ich jetzt was nicht so passt, dann mach ich`s nächstes Jahr anders.
I: Mh. Ok.
Ko1: Also das ist der Vorteil, den man als Gruppenleiter hat, aber ah da hab ich schon Freiheiten
I: Ok. Und die letzte Frage ist für dich, ob du noch irgendwas sagen möchtest, was irgendwie noch nicht angsprochen wurde?
Ko1: Na ich glaub da sag ich lieber, dass ich zur Gruppe gehen sollte.
I: Ok. Gut. Vielen Dank dass du dir Zeit gnommen hast.
Ko1: Gerne, gerne. Dankeschön.
I:Danke Ulle.

1.3. Interview Ko2

I: Dann würd ich gern einmal starten mmmh mit ein paar allgemeinen G´schichten. Einfach einmal Name, Alter, deine Ausbildung, also generell dein Werdegang wie du dazu gekommen bist im Behindertenbereich zu arbeiten?
Ko2: Mh. (2) Name Clemens Schläger; habe sogesehen seit ich 14 Jahre alt bin den Wunsch eigentlich mit Jugendlichen zu arbeiten.
I: Mh.
Ko2: Ehr im Sozialbereich hab ich mir gedacht. Habe aber dann aus persönlichen Gründen die Schule abgeschlossen, abgebrochen.
I: Mh.
Ko2: Hab gewechselt und hab dann ah in Jugendzentren gearbeitet und eben in Kindergärten, Kinderhortbetreuung als Helfer und hab dann eigentlich 2000 den Zivildienst im Institut Keil begonnen und habe dann bis 2009 immer Ausbildungen gemacht für den Bereich und für den, nennen wirs mal Praktika Bereich in Masseurrichtung sozusagen.
I: Mh.
Ko2: Ich hab Masseurausbildungen gemacht bevor ich Mehrfachtherapeut geworden bin und davor schon eine Vorausbildung dazu gemacht hab und das war eigentlich sozusagen der Werdegang. Ich habe seit 2000 äh bin ich regelmäßig oder jedes Jahr auf Wintersportwochen gefahren. Ich hab dann auch selber mich entschlossen auf Sommersportwochen zu fahren. Das war aber damals noch die vom Behindertensportverband Österreich und hab an der mit CPlern teilgenommen.
I: Ok.
Ko2: Und habe dann nach 2, 3 Jahren, wie mir das nicht mehr angeboten wurde, dorthinzufahren gesagt ich mach mir meine eigene Sommersportwoche, eben nur für Spastiker,
I: Ok.
Ko2: Und haben dort dann eigentlich auch begonnen natürlich gleich konduktiv eine Tagesstruktur aufzubauen, die wir jetzt eigentlich mit einer Großgruppe noch immer sommersporttechnisch verfahren. Also dort probieren durchzuziehen. Mit, in verschiedenen Bereichen.
I: Und den Universitätslehrgang wann hast den g´macht?
Ko2: Ich weiß es nicht mehr genau. Ich hab ihn jetzt 2 Jahre lang. Also seit 2 Jahren 2000 Ich weiß jetzt aber nicht ganz genau. Das war auch ein bissl fies, wir hatten ihn schon, dann hats aber noch g´heißen es müssen noch 6 Monate hospitiert werden.
I: Ok.
Ko2: Weiß ich jetzt nicht genau wie lang das war. Aber seit 2 Jahren bin ich eigentlich fertig.
Und seit ich den Uni-Lehrgang eigentlich hab, hab ich diese Führungsgeschichten übernommen.
I: Mh.
Ko2: Als ich begonnen hab Skibobkurse zu leiten, Sommersportwoche ist es auch. Also sag ma mal so große Sommersportwochen hab ich 2 geleitet, organisiert und das sportliche geleitet hab ich glaub ich schon 4 bis 5. Das waren aber eher kleinere, Kleingruppen und jetzt warns wirklich wie gesagt die letzten 2 Jahre Großgruppen und ich glaube sie werden immer größer.
I: Mh. Wie alt bist du jetzt?
Ko2: Äh 30.
I: Gut. Das heißt Erfahrungen mit Sportarten hast du generell eher mal mit Skibob. Und welche Sportarten waren auf den Sommersportwochen eher ?1?
Ko2: In der Behindertensportrichtung?
I: Genau ja. In der Behindertensportrichtung.

Ko2: Also (.) Verschiedenes. Eigentlich hab ich begonnen mit Schwimmen. Weil im allerersten Jahr hab ich einen, von der Helga Schneider Supervidierungen bekommen in einem Schimmkurs der Afapa. Das hab ich eben auch über den Herrn Reinelt sozusagen vermittelt bekommen.
I: Mh.
Ko2: Der hat mich gefragt ob ich daran teilnehmen möchte. Und es war damals eben von der Afapa einfach nur ein Schwimmkurs wo zum Beispiel den Mischi, den hab ich dort eigentlich kennengelernt.
Also mit 2001 oder so war ich schon mitn Mischi im Wasser und bin dort mit ihm geschwommen.
Und das war eben auch so nett, dass das wirklich nicht jedesmal aber öfters eben vom Sportlehrer natürlich begleitet wurde, von Sportwissenschaftlern, genauso wie aber auch von dieser Helge Schneider, die ist glaub ich auch Sportwissenschaftlerin plus noch ein paar Ausbildungen hat. Die haben uns angeleitet was kann man machen und eben auch damals schon ein bisschen in Mc Millan Richtung hab ich dann mit der anderen Kollegin recht viel erfahren.
I: Mh.
Ko2: Also da war das Schwimmen eigentlich das aller allererste was ich kennen gelernt habe. Das nächste war dann eigentlich auch schon äh eben dann Fahrradfahren das war das nächste und natürlich der Skibob, da hast du recht.
I: Ok.
Ko2: Der Skibob war eins der ersten Trümmer, weil ich das eben schon auch als Zivildiener gemacht hab, wie ich das schon erwähnt habe.
I: Mh.
Ko2: Skibob halt darum auch, weil das eigentlich der einzige Sport ist, den das Institut aufgebaut hat. Und die Helga es halt nicht als Sport sieht sondern als Therapie.
I: Ok. Erm.
Ko2: Kombination aus Sport und Therapie im Skibob vereint. Ist da eigentlich muss man ganz ehrlich zugeben relativ stark ja vertreten.
I: Ok. Und neben diesen ganzen äh externen Sommersportwochen oder Skibobwochen machst du ja unter der Woche glaub ich auch äh Sportkurse, oder?
Ko2: Ja. Ich hab meinen Montagssport, zweieinhalb Stunden Sport, wo mein Schwerpunkt, und das ist auch wirklich absichtlich so gewählt, eigentlich Spiel und Spaß ist. Also dass einfach Rollifahrer (.) ah adäquate Wettspiele für sich erfahren dürfen und äh ja dran teilhaben können, ihre eigenen Leistungen ein bisschen mal auszutesten, auszuprobieren und üben. ich mein hast du glaub ich eh ein bisschen miterlebt, was für mich ganz wichtig ist, ist eben jetzt momentan Boccia, weil das eben eine olympische Disziplin ist. Darum ist mir wichtig, dass die Leute Boccia kennen lernen und von mir aus dann entweder extern oder ich schaff´s wirklich eine eigenen Gruppe aufzubauen. Das dann trainieren können in einer Mannschaft. Äh Rolliball ist glaub ich schon so eine Sport äh Sportlehrerverbindungsgeschichte also der Erwin ist gekommen „Spielen wir Riesenball“, ich bin gekommen „Spielen wir Rolliball“ und schlussendlich haben wir aus diesen 2 Ideen äh eigentlich das gemacht, was heute bei uns der Wettkampf Rolliball ist und auf E-Rollis gesehen, kommt es halt dem Wheel-Chair-Football recht nahe. Wobei ich unsre Methode ein bisschen adäquater find, wenn ich einen größeren Behindertenbereich abdecken möchte, beziehungsweise nicht adäquate Sportrollis hab. Und das hab ich einfach nicht immer. Ich hab nicht immer die besten Materialien und ich werde nicht sagen wäh ich hab nicht sechs Sportrollis, also mach ich´s gar nicht.
I: Mh.
Ko2: Da werd ich sagen OK, mach mas halt ein bisschen anders und da würd ich sagen das ist der beste Fun-Faktor. Das Wheel-chair Football ist sicher eine gute nette Sportart aber da brauch ich dann wieder das ganze Equipment dafür und das find ich bei Boccia recht lässig. Boccia da brauchst irgendwelche Kugeln.
I: Ja.

Ko2: Und ah beim Rolliball brauch ich eigentlich einen Ball und die Rollis.
I: Ok.
Ko2: Somit hab ich immer, so wie wir das auch in der Kindheit gelernt haben, tschuldige du hast genauso 100%ig nicht immer mit einem echten Fußball Fußball gespielt sondern mit irgendwas, was halt da war und dass die Kinder das auch einfach irgendwie lernen. He 3 Rollifahrer können sich sowas schnappen und ein Spiel spielen.
I: Mh.
Ko2: Also sozusagen das lernen aha ich muss nicht immer am Computer sitzen, ich muss nicht immer sondern da ist ein Ball zack und da find ich halt gehört eine gewisse Kognitivleistung auch dazu, dass eine Mini und so im zweiten Jahr dann wirklich angefangen haben du schau da liegt ein Ball komm fahr ma und spiel ma. Und wenn sie nur zweimal dagegenstoßen, das ist mir egal. Ich hab das äh in den ersten Jahren nämlich hier gelernt, dass man halt die sportliche Leistung ganz anders einstuft.
I: Mh.
Ko2: Also bei uns war das jetzt hier so ein Anfang, ich hab jedes Jahr immer einen Turnsaal gehabt für mich
I: Mh.
Ko2: Und hab dort damals halt relativ legere halt noch Fussballspielen lassen, das waren so ähnliche Leute halt wie jetzt die Mädls, Burschen halt auch und hab immer geglaubt, na sicher jetzt spiel ma 20 Minuten Fussball, nach 5 Minuten warn die Leute so fertig, und da war das mein Lernprozess halt, dass du einfach siehst: Ok gut musst du anpassen und da musst aber nach 5 Minuten wieder eine andere Idee haben, weil ihnen ist sehr wohl fad. Aber sie können halt nicht 20 Minuten durch Fussballspielen.
I: Ok.
Ko2: Und das ist es natürlich auch: ich glaube, dass es bei uns schon wichtig ist, immer gewisse Adaptationen für die klassischen Sportarten zu finden. Tennis ist immer möglich, Baseball ist möglich und das hab ich auch alles in meinem Sportkurs ausprobiert. Fussball find jetzt find ich jetzt nicht so wichtig, weil da würd ich das Volleyball immer bevorzugen.
I: Ja. Ok. Erm. Welche Ziele, ich mein du hast g´sagt, dass eh schon in der beim Montagssport steht Spiel und Spaß bei dir im Vordergrund. Aber welche Ziele verfolgst du jetzt global g´sehn mit diesn Bewegungs- und Sportangeboten? Sowohl in therapeutischer als auch in pädagogischer Hinsicht?
Ko2: Also was meine größte Intention dazu ist, ist eigentlich das, dass ich schon draufgekommen bin, dass die Rollifahrer oder Cpler sehr wenig Freizeit überhaupt Beschäftigungen haben. Für die gibt es nichts und ich muss auch ehrlich zugeben der Sportkurs ist relativ auf einem schmalen Grad ja wo der wandert, ob der stattfindet oder nicht und das sind meine Nerven eigentlich dieser Grad. Ja weil wenn mit das alles zu viel wird mit dem Fahrtendienst und dass man plötzlich eine Stunde mehr arbeiten darf, weil der Fahrtendienst abbestellt wurde und du stehst dann eine Stunde auf der Straße in der brühenden Hitze und das sind halt so Faktoren, die es immer sehr erschweren.
Und darum find ich es so wichtig, dass man Sachen findet, wo die Kinder zusammen kommen können und zusammen spielen oder zusammen was erleben können möcht ich einmal sagen. Weil ob sie jetzt spielen, ob sie quatschen, ob sie sich austauschen. Das Wichtige ist einmal das Zusammen kommen von Rollifahrern, die sich zum Beispiel kennen, ja.
I: Ok.
Ko2: Das es nicht so ist, dass wenn du aus der Schule draußen bist, du siehst die Leute nie wieder. Weil das ein eigener Aufwand für Mama, Papa oder Wg ist, dass wieder aufzubauen, dass man die Gruppe jemals wieder trifft. Und dass man solche Rahmen schafft, Sportgruppen, Freizeitgruppen, würd ich das beinhart nennen, wo diese Leute zusammenkommen und Spiel und Spaß haben können.
I: Mh.
Ko2: Mit dem Faktor echt auch noch was zu profitieren.

I: In therapeutischer Hinsicht jetzt?
Ko2: Gar nicht so. Ich möchte das eher in meiner Montagssportgruppe sowieso auf sportlichen Zielen hin. Sport erleben, Sport kennenlernen, sich was Gutes tun, Sport tut uns immer gut. Zum Beispiel äh etwas Schönes für mich ist, ich mach das jetzt ja schon das vierte Jahr. Und vom ersten Jahr aufs zweite Jahr: Im ersten Jahr sind die Leute nicht selbstständig mit dem Rolli gefahren, im zweiten Jahr sind sie das. Und da waren neue schon wieder dabei, die das von den Alten dann kennengelernt haben. Hier bewegt man sich selber, ich fahr die 3 Meter selber, weil das ist ein kleiner Turnsaal, also ich habe wieder den adäquaten Rahmen, wo ich sag, ich kann sehr wohl erwarten, dass du von A nach B fährst.
I: Mh.
Ko2: Weil ich nicht sage, du musst 400m Laufbahn fahren, aber 3m kannst du fahren.
I: Mh.
Ko2: Und da haben sie Rollifahren wieder akzeptiert, kennengelernt. Und das mein ich eben mit profitieren für sich selbst ja. Oder eben dann ein, ein Benni, dass er eben wirklich seine Wurfqualität von einem halben Meter auf 3 Meter verbessern kann. Also dass das aber das sind so ihre Sachen, das können sie mitnehmen aus einer Sportgruppe und zwar noch dazu können sie andere Leute treffen, kennenlernen, wieder treffen. Und eben ich mach das ja immer so sehr absichtlich, dass ich am Anfang schau, dass wirklich mal alle da sind und alle mal miteinander reden können und was mir so auffällt wird das auch genutzt.
I: Mh.
Ko2: Weil ich hab das auch bei anderen Sportgruppen so erlebt, dass das sehr viele so machen. Also irgendwie ausnutzen, Wartezeiten ausnutzen, dass man die Leute versammelt, bevor der Turnsaal frei wird: He kommt`s Leute wie geht's euch blablabla. Oder du einfach ein Gespräch anfangst und bei uns eben ich eher die Leute sag ich steig zurück jetzt sollen die alleine sein, bißchen alleine reden und dann kommt man dazu und das find ich eigentlich auch sehr gut. Ich hab noch nie Muh oder Mäh gehört bei der Sportgruppe. Weißt was ich mein: einmal in der Woche wenn ich sag wir fahren, wir machen diese Übung, dann wird das gemacht und wenn ich sage wir trainieren heute nur für Boccia dann wird nur für Boccia trainiert und keiner sagt wäh ich will aber auch ein Spiel spielen. Das würde dort nie kommen, das machen wir eben mit sie fragen nur wie soll ich mich hinstellen.
I: Mh.
Ko2: Und das find ich eigentlich, dass sie auch nicht gezwungen werden. Also ich biete das an und im Notfall kann jeder ausstiegen und ich hab wirklich das Gefühl diese 14 Leute machen das echt freiwillig. Die kommen dort gerne hin und die kommen auch wirklich, die machen auch Spiele recht gerne.
I: Ok. Erm Erlebst du die Kinder, ich mein du betreust sie ja untertags auch teilweise. Erlebst du sie im Sport irgendwie anders äh als jetzt im regulären Tagesablauf?
Ko2: Auf jeden Fall. Aber ich glaub das ist eben auch das kommt dadurch zu Stande, dass sie Sport nicht gut kennen. Oder das wie soll ich sagen das sie es eben weniger erleben. Dass es nichts Normales ist. Weil für dich und mich wie gesagt wir gehen auf der Straße wir sehen einen Ball und wir kicken oder einen Stein. Das heißt für uns ist es immer, für Leute mit Sporttrieb ja, wir werden uns immer einen Sport suchen, wir werden einen See sehen, wir werden rein wollen, die mitn Rolli können nicht rein.
I: Mh.
Ko2: Und drum glaub ich ist es für sie immer etwas Entfernteres. Und Sport ist für sie halt immer auch irgendwas ah wo sie was leisten können und wir lieben es alle und es ist bei Rolliball aber genauso der eine mags gar nicht, der andere mags mehr. Aber manche holen sich halt wirklich gern ihre Leistung ab und haben dann echt einen Ehrgeiz. Ein Robbi möchte beim Boccia gewinnen. Der hat diesen Ehrgeiz und der sitzt dann da und trainiert freiwillig alleine für sein Bocciatraining. Und das würd ich jetzt schon sagen, da kommt man auch vom Alltag raus einfach. Freiwillig im Alltag jetzt irgendwas zu üben, am besten was therapeutisches oder irgendwas frei sitzen, ich

glaub da ist das Frustrationslevel einfach wesentlich schneller da, als wenn ich jetzt einfach nur OK ich treff vielleicht den Ball nicht perfekt aber ich merk aha ich hab einfach nur ein bisschen geübt und jetzt kann ich in das Match gehen und dort kann ich mich jetzt beweisen. Das andere ist das Match des Lebens, was er spielt, ob er da sitzen kann oder frei sitzen kann oder nicht das ist natürlich ein wesentlich härteres Ziel als ich treff den Ball nicht.
I: Ja.
Ko2: Aber und darum glaub ich, dass der Sport einfach da dann immer die Lightversion ist, wo die Leute dann eben wesentlich mehr mehr ah ja Ruhe finden, sag ma so im Kopf ein bisschen. Weil wir pflastern die Leute, man pflastert die Leute oder die Leute lassen sich oft, werden oft zugepflastert von Therapien oder sonstigen Geschichten.
I: Mh.
Ko2: Und ich glaube, dass der Sport etwas dann ist, wo`s einfach nicht darum geht, wenn ich das nicht kann bin ich schlecht. Sondern ich kann`s halt oder dann treff ich halt heute nicht den Ball. Aber wenn ich nicht sitzen kann, dann weiß der Klient, ein relativ kluger Klient weiß er einfach immer, weiß ich nicht, die Mutter muss mehr tragen wegen mir und wenn man, ich hab das auch live erlebt, dass Eltern es den Kindern gesagt haben, also ich krieg Schulterschmerzen von dir, weil du bist so schwer.
I: Mh.
Ko2: Was ich auch verstehe, was auch eine adäquate Aussage ist, aber dass man halt damit das Kind vielleicht mehr verletzt, beim Sport tut man das nicht.
I: Ok.
Ko2: Da musst schon einen ehrgeizigen Vater haben ja einen Kostelic-Papa wo man echt sagen muss: Ok gut, dass würd dann echt an Grenzen gehen. Aber das ist eigentlich relativ selten in unsrem Klientel jetzt. Da freuen sich die Leute weil sie selber nicht wissen, wie krieg ich sie in die Bewegung, wie krieg ich sie dazu was selbst zu tun, freuen sich die Leute eigentlich schon über jeden Sport den sie machen. Also und da auch eben dann auf der Sommersportwoche ist dann auch wirklich dann mein Ziel eigentlich wirklich an der Leistung zu arbeiten, aber jeder auch für sich. Also dass für mich zum Beispiel auch ein Unterschied zwischen Montag, Montag ist einfach Fun. Ok. Das soll Spaß machen. Da soll Spiel und Spaß im Vordergrund sein und der soziale Aspekt ist mir da auch wichtiger als auf der Sportwoche. Auf der Sportwoche möchte ich dann schon, dass die Leute mit einer gewissen Erwartungsleistung rangehen. Also mindestens ich möchte was lernen, zum Beispiel der Benni möchte beim Benni schau ma dass die Konzentration so lange beibehalten wird, dass ein Rolliparcours durchgespielt werden kann oder dass er beim Boccia noch weiter wirft. Beim äh beim Gerald bei den E-Rolli-Fahrer ist dann wieder dem sein Ziel oder Ziel für die Woche, weiß ich nicht der hat das jetzt schon im Kopf, was er bei der nächsten Woche über möchte und das ist zum Beispiel parallel fahren, mit an zweiten Rolli, dass man so nebeneinander. Also da werden dann gewisse Ziele sehr wohl dann gesetzt, ja aber auch natürlich, was will er eigentlich ja oder was würde was bringen. Ich wird jetzt auch nicht wieder das Ziel setzen Hauptsache er geht zehn Meter, zehn Stiegen am Tag rauf, sonder mir ist dann wichtig, sportliche Leistungen und da eben diesen Wettkampfgedanken dann aufzubauen, he ich krieg dann auch einen Pokal dafür.
I: Ja.
Ko2: Dafür krieg ich dann auch echt eine Leistung, das einzige was halt wir dann wieder schaun ist dass wir dann sehr wohl schaun, dass wir verschiedenste Wettbewerbe haben, dass alle irgendwas kriegen, aber wieder auch adäquat auf ihre Leistung. Also bei uns war das zum Beispiel so, dass dann wirklich niemand also eine Allmut hat überhaupt keine Medaille bekommen und dann haben wir ihr eine Medaille fürs Radfahren gegeben, weil sie war und das ist auch wahr die beste Fahrradfahrerin.
I: Mh.
Ko2: Also es wird dann so eher wieder gedreht, Ok wer hat wo, was sich jetzt verdient und dass wir dafür sehr wohl was hergeben. Aaber es gibt dann eben auch das große Boccia-Turnier, ganz wichtig, wer das gewonnen hat, hat gewonnen, wer verloren hat,

hat verloren und Pech. Um das auch kennen zu lernen, weil ich glaube, dass das auch wichtig ist eigentlich verlieren zu können. Und diesen Faktor können auch viele Kinder nicht und dass einfach auch anzutrainieren. Beim Philipp war das so bei uns zum Beispiel, der konnte früher der konnte nicht verlieren und schon gar nicht versagen, Also der ist ausgezuckt, hat getobt, geschlagen und schau ihn dir heute an, er macht das nicht mehr. Ich hab das live miterlebt , also wenn er selber was nicht können hat, hat er so lang am Tisch gehaut bis ihm die Hand blutig war, also der war wirklich, war das was anderes und das dann auch akzeptieren zu lernen und ich glaube auch dass das der Sport ist.

I: Mh.

Ko2: Oder was mich zum Beispiel mein mein also in unserem Job kriegen wir nicht viel Geld und der Philipp bezahlt mich regelmäßig. Einfach ich hab mit ihm einen Wettbewerb gemacht und das ist nämlich meine persönliche Leistung, weil ich nämlich dann wirklich einen Rolli als schnellster Betreuer sozusagen durch einen Orientierungslauf schiebe und er mir halt noch hilft am Rolli und ich hab dann auch eine Leistung erbracht. Und mein Kind kriegt dann eine Medaille, das freut auch den Betreuer und das ist dann wirklich so etwas und wenn sich dann das Kind auch noch freut, es springt plötzlich aus dem Rollstuhl, du glaubst die Heilung ist geschehen. Nein 2 Betreuer halten ihn Gott sei Dank; @(.)@ Aber der springt ausm Rolli und freut sich und gibt die Medaille drei Tage nicht runter.

I: Mh.

Ko2: Ein depperter Supersportler will die Medaille gar nimma haben. Danke brauch ich nicht die hau ich in die Kiste und was ist dann eigentlich die Medaille dann noch Wert? Gar nichts. Ja und für diese Kinder, der tragt die eine Woche lang. Das heißt es ist irrsinnig viel Wert und es bedeutet ihm irrsinnig viel. Und dann ist das für mich natürlich noch schöner, weil ich sag, der hat das geschafft, weil ich ihm geholfen hab dabei.

I: Mh.

Ko2: Und dass ist dann diese Kooperationsleistung, die glaub ich uns Betreuern sehr viel geben kann. He wir haben ihm geholfen und darum hat er´s können.

I: Ok (.) Erm Würdest du sagen, dass es auch möglich ist durch den Sport äh möglich ist die therapeutischen Ziel zu unterstützen?

Ko2: Auf jeden Fall. Nein das will ich ganz hoch anrechnen. Also ich glaube, dass du ah (.). Ich glaube dass der Sport eigentlich wirklich eine gute Verbindung ist zwischen Spaß und Therapie, sagen wir so, weil über diese Verbindung kann ich ah die Kinder einfach lange an der Stange halten, sagen wir so. Wenn die Therapie schon ein bisschen zu langweilig wird, kann ich durch sportliche Aspekte sehr wohl eine Mobilisierung der Gelenke, eine Kräftigung der Muskulatur, eine eine ja im Endeffekt ist halt wieder die Rückenmuskulatur oder weiß ich nicht Ausdauerfähigkeiten steigern ah oder gewisse andere Fähigkeiten eigentlich sehr wohl (2) ja mitfördern.

I: Mh.

Ko2: Und da kann ich dann eben besser abwiegen ja weil ich kann zum Beispiel den Sport zum Beispiel komplett therapeutisch einmal durchziehen und umgekehrt. Ich kann auf das wieder mehr Wert oder weniger Wert legen und das find ich sehr praktisch am Sport.

I: Mh.

Ko2: Also am Skibobkurs sieht man das irrsinnig gut, dass das ja, dass die Kinder gar nicht wissen, dass sie eigentlich den ganzen Tag Therapie machen.

I: Mh.

Ko2: Ok weil´s anstrengend ist, darum. Aber Skibobfahren ist einfach ah wirklich Ganzkörpertraining.

I: Mh.

Ko2: Von Rumpfstabilität über Aufrichtung, Armstreckung, Handgelenkskorrekturen oder Sonstiges. Schau du kannst am Skibob an allem arbeiten ja und das macht ihn eigentlich so, es ist halt ein bissl ein mühsames Gerät wenn man bei minus 14 Grad daran arbeitet, aber da muss ich ehrlich zugeben, warum ich das auch so sehe, weil

ichs auch schon gesehen hab. Also nach einer Woche Skibob geht's den Kindern besser.
I: Mh.
Ko2: Muss man so sagen, ja, und ich glaube das auch bei der Sommersportwoche. Bei der Sommersportwoche ist es halt anders. Ich seh dann dass der Mischi, der Benni im Sport besser wird. Da seh ich dann diese Veränderungen weißt.
I: Mh.
Ko2: 3 Wochen dann wirklich an ihren Sachen.. oder es dann auch können. E-Rolli kann dann plötzlich Spur fahren oder rückwärts durch den Parcours fahren. Plötzlich ist das Vertrauen da oder so oder Rolliball, ich hab das beim Rolliball gehabt, dass der Gerald mitn E-Rolli sich nicht getraut, er hat mir einmal einen kaputt gemacht, aber das war kein guter, das war ein schlechter Ball, das war vorprogrammiert und er hat ein Pech gehabt er wars und seit dem war er immer sehr vorsichtig mit den Bällen und jetzt hat er auf der Sportwoche drei Tore selber geschossen, also wirklich mit dem E-Rolli den Ball geschnappt und ins Tor geschossen, drei Mal und wirklich mit Taktik, wirklich Respekt und erstens hat ihm das irrsinnig viel gegeben, irrsinnig viel Selbstvertrauen und jetzt ist das im Turnsaal kein Thema mehr.
I: Mh.
Ko2: Fahrt zum Ball, schnappt ihn, düst irgendwo hin.
I: Ok.
Ko2: Und das ist dann dieser Fortschritt und Skibob ist da eben auch sehr, das sieht man wirklich, das spürst du. Wenn sie die ganze Woche dort trainieren und täglich Stiegen steigen. Sie sind im Arsch am Ende, gib ihnen das Wochenende Re also ein bisschen Erholungszeit und am Montag, Dienstag sie sind alle eine Spur kräftiger.
I: Mh.
Ko2: Oder die Handgelenkskorrektur geht zum Beispiel besser weil wennst eine Woche so (Demo der Haltung) hältst die ganze Zeit, dehnt sichs auch schon wieder ein bisschen auf. Oder ist der Griff plötzlich schon wieder ein bisschen einfacher.
I: Mh. Ok Erm Du hast g´sagt du legst relativ viel Wert auch auf soziale, vor allem beim Montagssport, wo sich zum Stundenbeginn alle einmal zusammenstellen. Erm was hast du da für Veränderungen schon sehen können? Gibt's da Veränderungen? Dass die der Umgang besser wird zwischen den Kindern? Dass mehr Kontakt ist? Die Kommunikation besser wird?
Ko2: Auf was ich auch sehr viel Wert lege ist, was ich nicht leiden kann ist in der konduktiven Therapie ist es teilweise üblich den Kindern sehr wenig Pause zu gönnen. Darauf zu schaun, dass möglichst wenig Leerläufe sind, dass immer irgendwas zu tun ist. Und das ist mir eben so wichtig, dass man beim Sport zum Beispiel die Kinder anfeuern lernen, dass sie wissen, dass ist mein Team, mein Team feuer ich an, das andere Team feuere ich aber nicht an. Oder wir machen gemeinsam und feuern nur einen an. Einfach zu wissen, das gehört dazu, Lärm machen, Krach machen, zuschreien, jubeln und da hab ich einfach jetzt die Erfahrungen gemacht, dass das immer mehr von ihnen selber kommt, dass ich mich nicht mehr hinstellen muss, he Leute was ist mit jubeln? Immer mehr kommen die Leute selber drauf, man kann den Vordermann anfeuern und du musst dir das schon so vorstellen, wie ich begonnen hab, war da Stille, da hat niemand irgendwas gesagt und wenn ich nicht gesagt hab sag ihm doch wenigstens komm schneller, fahr wäre das nicht gekommen und heute sitzen sie da mit der Hupe wird gehupt ja und eben auch auf der Sommersportwoche. Ich brauch nur noch sagen he Leute anfeuern und irgendwelche Reaktionen kommen und das würd ich jetzt einmal einen guten Faktor finden.
I: Mh.
Ko2: Dass sie da gelernt haben gegenseitig sehr wohl einen, einen Teamgedanken aufzubauen und das auch zum Beispiel, dass man Teamleute anfeuert, unterstützt einfach.
I: Mh.

Ko2: Dass man im Notfall dann auch mal schummeln lernt ja. Dass man ein bisschen als Team schummelt oder so ja und auch das gehört für mich glaub ich einfach ein bisschen dazu. Und das gefällt mir irrsinnig an diesem, diese sozialen Geschichten halt.
I: Mh.
Ko2: Dass sie da auch sehr viel profitieren können, glaub ich.
I: Weil grad das das dieses jubeln und anfeuern, das müssen nicht sie machen, normalerweise sind sie gewohnt sie werden von 10 Therapeuten und los und komm und Kopf hoch aber dass sie jemanden anfeuern, selten. Und was ich auch sehr erlebt habe ist, sehr oft neigen wir ja dazu zu glauben, die Kinder müssen immer beschäftigt werden und da hab ich nur ein Erlebnis. Da hat eben der Erwin, ein Sportlehrer von uns, ein Kollege mit dem ich das immer mach, der auch eine Gruppe leitet. Hat immer gesagt ok wir machen ein Betreuerspiel und die Kinder müssen uns anfeuern. Die hatten so viel Spaß uns anzufeuern, und über uns blöd abzulachen ja weils uns halt auch einmal auf die Pappn ghaut hat oder irgendsowas, dass ich mit echt gedacht hab, eigentlich muss man die Kinder sogar in Zuschauerrollen stellen, mit Persönlichkeiten, die sie mögen, damit sie einfach auch einmal auch in die andere Rolle kommen. In die Rolle des Motivators, nicht immer ich werde motiviert. Ich glaube dass das was ganz schlimmes ist.
I: Mh. Ok (.) und jetzt erm konkreter bezogen jetzt auf diese Intensivwochen, das heißt jetzt dieser Skibobkurs oder eben diese Sommersportwochen, gibt's da für dich irgendwelche Unterschiede, erkennst du da die Kinder irgendwie anders, äh erlebst du sie anders als im Regelunterricht unterm Jahr?
Ko2: Es ist glaub ich kindermäßig sehr sehr spezifisch, weil ich glaube zum Beispiel äh nur ein Beispiel meine Erwachsenen zum Beispiel die Sabrina, ich glaube das ist ein ganz ein anderer Mensch, wobei ich kann das sehr schlecht sagen, weil ich sie in der Arbeit nicht kenne. Aber von Erzählungen von der Mutter her, glaube ich dass die sich komplett wandelt. Einfach aktiver wieder wird, weil sie es vom konduktiven System es auch gewohnt ist, dass wir einfach was tun. Und dass man was tut, passiert in deren Arbeit recht wenig. Beim Gerald weiß ich einfach, dass der sich momentan nicht so also wenn sie sich nicht wohl fühlen, dann lieben sie es eben zurückzukommen und da sind sie sehr glücklich und das hamma eben auch probiert aufzubauen, einfach dass sie eine Idee haben, wo treff ich jemanden, den ich gerne treffe sozusagen. In der Schule glaub ichs eigentlich auch, aber das hat halt auch damit zu tun dass sie von zu Hause weg sind.
I: Mh.
Ko2: Dass ich Einfluss nehmen kann auf alles und man muss jetzt bei mir überlegen, ich leite den Kurs, ich betreue ein Kind also ich kann nur eigentlich relativ auch beeinflussend, dann dann da einwirken beziehungsweise ist das auch ein anderes Mitleben mit mir. Ich nehm mir meistens eh dann den Gerald, weil er einer der ältesten und verlässlichsten ist, aber der Gerald ist ein Fütterkind und der Gerald ist der Schwerste und kann am wenigsten von allen Stehen. Also ich nehm mir nicht einmal den leichtesten, aber er ist einfach für mich einer der Verlässlichsten, Sichersten, den man auch mal was sagen kann und das wird dann auch geschehen und das sind sicher ganz andere Geschichten für die Kinder. Also eben da dann auch die Verantwortung tragen ist und eben auch selbstverantwortlich auch ein bisschen handeln müssen, ist dann eben bei diesen Jugendlichen glaub ich schon was anderes, weil in den WGs oder so geht's halt oft sehr streng zu. Und wir probiern natürlich auch, würd ich jetzt mal sagen, unter gewissen Sicherheitsbedingungen, bis 4 in der Früh machen wir auch keine Party mit den Kindern, aber unter gewissen Sicherheitskriterien sehr wohl, ein bisschen zu öffnen. Also auch ihnen mal eine gewisse Selbstverantwortung zu zutrauen, dass man jetzt dem E-Rolli sagt, der kommt jetzt von A nach B alleine.
I: Mh.

Ko2: Aber ich hab eben dort ein sehr gutes Gelände, wo ich das gesamte Gelände überwachen kann und innerhalb von kürzester Zeit, also einen gewissen Risikofaktor einfach ausschalte. Weil es ist nicht so, ich stell mich am Stephansplatz und sag bitte in die Bergsteiggasse.
I: Ja, ja.
Ko2: Sondern das ist ein Gebiet, das wird vorher angeschaut und da können sie aber dann wirklich interagieren und ich glaube dadurch kommen einfach wirken sie einfach viel frischer und angenehmer und ja wie gesagt auch motivierter.
I: Mh.
Ko2: Ein bisschen, was halt die Sache ist, bei der Sommersportwoche und im Winter fällt halt immer das Problem kalt dazu, bei Spastikern ist das meistens sehr schlecht, die Kälte.
Bei der Sommersportwoche, ist es wirklich ganz viel persönlich. Wir machen Abendspiele und ich hab schon gehört, dass man allein wegen denen hinfahrt zum Beispiel weil die so lustig sind und duch diese ganze Kombination von Abend- oder Aktionsspielen, Disko. Ich glaube, dass Kinder wegen der Disko mitfahren. Weil weil das für sie ein Highlight ist und halt eben Spiele und Spaß und Sport.
I: Mh.
Ko2: Und ich darf dort einmal und da ist die Motivation dort glaub ich, die Eigenmotivation noch ein bißchen höher.
I: Mh.
Ko2: Also ich glaube eigentlich, muss ich ehrlich zugeben, dass sie bei der Sommersportwoche momentan am höchsten ist. (.) Weil eben alles behindertengerecht ist, auch wenns schade ist, weil natürlich ist es kein schlechtes Training auch einmal abzuchecken he wie komm ich in einem nicht behindertengerechten Haus zurecht? Komm ich in einem nichtbehindertengerechten Haus zurecht? Und ich sag dir ja. Spaß machts keinen aber man kommt zurecht und ja das ist eben das, das lernt man eben auch bei uns im konduktiven System. Ist aber jetzt von der Eigenmotivation sicher bei der Sommersportwoche, wo alles behindertengerecht ist, dass ich sie bewege einfach, weil das ist das Problem weißt du wenn ich jedes Mal auf einen Strand müsste wenn ich über eine Felsklippe steigen müsste überlege ich mir, ob ich nicht doch 30 Minuten lieber länger brauch und ich geh am Strand und geh wieder weißt was ich..
I: Ja.
Ko2: Einfach nur...Also ich hab das auch schon kennengelernt entweder geh ich hundert Stufen in Griechenland zu an Strand oder ich fahr mit an Boot, also mir war das mit Boot lieber, bin mit an Boot um die Hälfte der Insel gfahrn, plötzlich war ich am Sandstrand ja. Ich bin ins Boot eingestiegen zurück gefahren. Und stell dir jetzt hundert Stiegen mit die du mit deinen Taschen rauf und runter rennst und so ähnlich stell ich mir das halt immer dann für sie vor ja. Wenn der Weg dorthin schon anstrengend ist, wenn der Weg zum Essen schon anstrengend ist, dann will ich man gern ersparen. Und bei der Sommersportwoche ist da glaub ich die Eigenmotivation dann einfach viel viel höher.
I: Mh. Ok. Und hast du jetzt da innerhalb dieser 3 Wochen oder generell , du hast die Sommer-Intensiv-Therapie-Wochen ja schon öfters g´macht, gibt's da Veränderungen, dass du sagst innerhalb der 3 Wochen steigern sich die Kinder im physischen oder funktionellen Bereich?
Ko2: Für mich, Für mich ist das hier was ganz eigenes ja. Will ich ehrlich sagen. Weil hier ist auf jedenfall der therapeutische Schwerpunkt da. Das soll eigentlich ein Schwerpunkt sein, würd ich einmal sagen. Ah da ich aber jetzt einer bin, der sagt ich möchte eben auch oder sag ma so ich weiß 3 Wochen sind eigentlich eine lange Zeit und ich möchte den Kindern oder ich möchte diesen Kindern, ich glaube dass das auch in der Jugendarbeit wichtig ist, dass wir da aufpassen müssen mit der Übertherapierung. Ich glaube dass das die Phase ist, wir können bei Kindern mehr therapieren strenger sein- ich glaube bei Jugendlichen müssen wir öffnen. Und ich glaube das funktioniert eben mit Sport (.), dass ich eine Kombination zwischen

Therapie und Sport finde. Und Ich finde, dass unsre Leute hier eigentlich sehr gut drauf sind. Ich hab auch heute sehr viel mit ihnen geredet es gefallt ihnen eigentlich irrsinnig gut es taugt ihnen ur und wir ham doch eine gewisse Gruppenfindung, diese Einheitsbildung ja find ich eigentlich sehr schön bei uns weil das auch sehr gut funkioniert hat.
I: Mh.
Ko2: Weil wir wirklich als Einheit dastehen mit den Kindern zusammen und das find ich eigentlich sehr nett. Da ist halt jetzt die Sache, auch weil du sagst vom letzten Jahr oder auch von anderen Jahren, das kommt halt immer drauf an, wie`s ist wir haben einen sehr kleinen Kurs vor Jahren waren wir noch viel Größer zum Beispiel , viel mehr Kinder, viel mehr Externe; zum Beispiel jetzt ganz, ganz anders. Jetzt ist es irrsinnig klein, es sind nur noch 3 Kinder da
(es klopft wer an der Tür)
Und und hier ist es leider so, dass eigentlich der soziale Aspekt ein bisschen zurücksteigt, weil hier ist es eigentlich fast mehr so, dass ich einen gewissen therapeutischen Anspruch einfach an den Tag legen muss, ich aber der Meinung bin, bei Jugendlichen muss ich aufpassen und dass öffnen und ich ihnen lieber öfters hinterrucks die Therapie reindrücke als direkt. Ich glaub bei Jugendlichen wird das immer wichtiger. Weil oft ist es wirklich schon so, dass wenn du sagst Therapie, rennen sie dir davon. Wenn ich sage komm wir gehen einfach nur da einmal über diese komischen Dinger drüber und plötzlich kommens drauf hoppala, da hab ich doch glatt jetzt Therapie. Deshalb find ich diese Verbindung recht gut.
I: Mh.
Ko2: Auch diesen Wechsel den wir haben. Also zum Beispiel wars so, dass ich einfach bei denen jetzt gemerkt hab, dieses Jahr möcht ich auch dazu sagen, es war ein riesengroßer Lernprozess, was Strebersdorf angeht und ich finde eigentlich wars sehr gut ich würde aber doch zum Beispiel auch noch, wie zum Beispiel das Mattenprogramm find ich sehr schade, hätte ich nur wirklich gerne draußen gemacht, aber drinnen will ich das dann gar nicht mehr machen mit ihnen. Weil draußen hab ich mir zum Beispiel gesagt, bringt jetzt ah Matten oder sag ma so Stehprogramm nicht so viel, würd ich lieber auf der Matte arbeiten. Hab aber auch mit der Juttka und so geredet, dass die Übungen im Sitzen sehr gut wären für diese Leute und dass das eigentlich schon…
(Handy läutet. Tschuldige ich geh kurz ran ja.)
I: Ja.
Ko2: Gut Tschuldige.
I: Gut erm. Ja also was micht jetzt eben interessieren würde wär ob du jetzt irgendwelche erm…
Ko2: Aso das wollt ich noch sagen. Ah ja da möchte ich eigentlich eher auf die die Leute Wert legen, die sind heute leider nicht da, aber viele der Eltern sagen während dieser 3 Wochen geht am meisten weiter.
I: Mh.
Ko2: Es is sehr interessant, weil das hab ich immer so als Aussage sehr interessant gefunden. Dass viele herkommen, in den 3 Wochen haben sie die meisten Fortschritte einfach gesehen. Also von dem her hab ich einfach ein sehr gutes Feedback auch gehört, wo ich sag Ok gut, das ist ja unser Ziel, dass die Eltern und die Klienten selbst nämlich und das find ich auch sehr interessant, dass die Klienten selbst nämlich wirklich sagen, he diese 3 Wochen bringen mir was.
I: Mh.
Ko2: Ich glaub halt nur, ich mein das ist halt so mir würd rauchen aufhören auch was bringen,ich tu`s aber auch nicht. Also ich glaube, dass da gewisse Leute, ich hab halt bei mir ist das halt so ich arbeite halt immer mit den Älteren, ich bin eher bei den Jugendlichen als bei den Kindern und in meinen Gruppe ist mir halt jetzt aufgefallen die Cli mit der ich angefangen hab, da musst du die vorstellen, die Vanessa war glaub ich sechs Jahre alt oder so und die Gruppe war zwischen 10 und 12 Kinder groß.

Also von dem her, diese Kinder gehen einfach dann nicht. Also erstens mal weil ich glaube halt, dass eher dass das der soziale Aspekt ist, dass das gar nicht so ist, dass sie nicht sehen das bringt ihnen hier was sondern dass der soziale Aspekt, verdammt nochmal ich möchte 3 Wochen Urlaub machen im Juli und nicht Therapie, weil das ist halt das was die Kinder im Kopf haben. Also da hab ich einfach nur 2/3 Klienten von mir im Kopf, die dass der hat sich beschwert seine Brüder dürfen immer Fußballspielen und im Fußballclub und und und er muss jedes Mal herkommen 3 Wochen hier Therapie machen und dann sind sie ja so stolz die Eltern: wir kommen schon seit 15 Jahren aber frag einmal ob dein Kind seit 15 Jahren da her will?
I: Mh.
Ko2: Auch wenn ich sag natürlich ist es sinvoll fürs Kind und natürlich bringt`s auch motorisch was. Und ich glaube dass das halt einer der Hauptaspekte ist, warum die Leute dann aussteigen. Weil einfach man das nicht vergessen darf, dass ja es gibt gewisse Leute, die fahrn gern auch jedes Jahr auf ihren Campingplatz, trotzdem weiß ich nicht bleibens dann vielleicht 1 Jahr zu Hause oder fahrn auf einen anderen Campingplatz oder fahrn unterm Jahr noch irgendwo hin. Aber für viele Kinder war das echt oft auch das einzige Weg von zu Hause. Weil es ist nicht sehr billig, dann leisten sich die Eltern das natürlich und da glaub ich, dass sehr viele den Sinn sehen, was ihnen das eigentlich hier bringt, egal ob einfach nur dieses Mitleben. Du bist hier in einem großen Haus, du darfst hier Rolli fahrn, du darfst hier Radfahren. Also du kannst hier einfach dich in vielen äh therapeutischen Situationen wieder finden und du kannst auch nur gewisse mehr annehmen und weniger ja.
I: Mh.
Ko2: Also dann wenn ich das Trampolin mehr reizt, dann bist halt der einzige am Trampolin und auf der Matte bist halt der Bockige Ok, aber du kannst hier verschiedene Therapien gut anbieten und gut fördern oder verbreitern. Nämlich auch so, dass dann eine Yuria dann auch beginnt, selber zum Trampolin zu springen und solche Sachen oder Radfahren. Tschuldige aber ich muss dir ganz ehrlich sagen: Also Rad ist eines der besten Therapiemittel, also eine Kombination aus einem Sport und Therapiemittel find ich halt, das man eigentlich bieten kann. Also wenn ich an Sommersportdenke, ist das für mich glaub ich eins, schön schonend für die Gelenke, ich mobilisiere Hüfte, ich mobilisiere Knie, ich hab eine Armstreckung, ich hab eine Aufrichtung im Oberkörper, ich hab eine Kopfkontrolle hoffentlich ah ich kann an so vielen Punkten arbeiten ja, Wahrnehmung, Hand-Auge-Koordination, Raumwahrnehmung. Also ist das wirklich ein tolles Sportgerät, und ich finde auch da, dass man bei unsren Leuten, der Marcell ist für mich halt bei unserer Gruppe jetzt das große Augenmaß, wo man wirklich sagt man merkt echte Veränderungen von ah eben auch wie fahrt er. Leider nicht bei dem was wir heute gesehen haben sondern mit dem anderen. Also mit dem Lowrider ist er wirklich selbstständig schon unterwegs und da hat er wirklich was gelernt. Also der war am Anfang viel unsicherer. Mitn Low Rider hat er wirklich jetzt geübt, auch auf der 400m-Bahn Spur fahren, dass er lernt die Spur zu behalten und das g´fallt ma eigentlich sehr gut, dass er das wirklich immer mehr und mehr angegangen hat und jetzt auch beim Trampolin, dass ich gemerkt hab, dass er auf der Wiese wirklich 2 Schritte auf der Wiese frei gegangen ist, wirklich so ganz frei gegangen ist, also das sind so kleine, das sind halt diese Erfolge ja
I: Ja genau.
Ko2: Die ich dann sehr wohl bemerke ja. Mein Problem ist halt mit diesen Sachen immer, ich hab da immer so ein bisschen Angst, weil ich dann dem Spastiker immer lern. Schlägt das Wetter um, dann tut ihnen alles weh, dann werden die Muskeln schwächer und das ist immer so eine ganz große Sache, wo ich denk Ok ich muss wirklich tagesaktiv mir die Leute anschaun und sie tagesspezifisch behandeln. Weil an gewissen Tagen sind sie einfach, wie gesagt, meine ältere Gruppe, war da eben so ein Beispiel, dieser Gerald wieder, ah da hast du einfach gemerkt heute ist er, weiß ich nicht, das Wetter ist föhnig, dann tut dem alles weh, der kann nicht einmal eine Minute stehen.

An einem besseren Tag, steht er 2 Minuten. Und das ist halt auch immer so so ein ganz orger Faktor für mich bei unseren Kindern, dass man das Wetter auch sehr Frauenprobleme oder Jugendprobleme muss man bei uns glaub ich dann noch immer mehr berücksichtigen.
I: Mh.
Ko2: Also zum Beispiel Ich kann nicht drüberfahren, auch wenn es von mir aus therapeutisch ihr mehr bringen würde. Aber wenn sie Schmerzen hat, dann kann ich nicht über das drüberfahren, kann`s nicht bewerten und will`s auch nicht bewerten. Dann fällt die Leistung einfach auch ein bisschen runter, aber eine gewisse wird immer da sein.
I: Ok und die weil eben von den Eltern die Rückmeldung kommen ist, dass in den 3 Wochen sehr viel weitergeht. Erm in welchen Bereichen denkst du, dass da am meisten weitergeht oder was nimmst du war. In motorischer Hinsicht oder mehr dass die Kinder fröhlicher sind, glücklicher? Besser in den sozialen Kontakten, dass sie besser umgehen können mit den Therapeuten, Eltern?
Ko2: °Ich glaub, dass das sehr individuell ist. Die Svenja hat nicht die gleichen Ziele bei uns in der Gruppe°, wie der Marcell: Und bei ihr erhoff ich mir dann schon, dass sie sich eben, da wäre mein Ziel, dass sie sich in Gruppen besser integrieren kann. Da geh ich jetzt wirklich vom motorischen Aspekt komplett weg, weil da bietet sie dir einfach nicht viel, da musst du kämpfen bis zum geht nicht mehr. Und ich weiß nicht wies bei dir bei den Test war, aber ich glaub du hast selber gemerkt man muss sie öfters einladen und dauernd bereden und eigentlich ist das nicht gerade und das ist sowas das ist mein Ziel bei ihr. Und da hab ich auch die Hoffnung, dass sie sich ein bisschen zum Beispiel in den ersten Wochen, Tagen bei der Rebecca ist sie rausgerannt und der Sascha war ihr Betreuer, der ist ihr nachgerannt. Und in den letzten Wochen und ich glaube schon, dass unser…Hier ist es konstant, hier hat sie im Raum zu bleiben, hier gibt's auch keine depperte Deppate, Ok es gibt sie kann was holen gehen, sie kann aufs Klo gehen ok aber da drüben konnte sie halt mehr da war sie noch schlimmer drauf und hatte noch mehr Freiheiten und auch dort konnte man die Freiheiten immer mehr zurück als sie war immer mehr im Raum und dabei, weil das ham sie auch drüben geschafft. Und ich glaube schon, dass das eine Mithilfe des Vormittags ist und das Dumme ist halt nur,° darfst du aufnehmen darfst aber nicht laut erzählen.° ?10? Dann hab ich nächstes Jahr vielleicht wieder dass ichs mir richten kann aber ein, zwei Kämpfe hab ich und die hättest du nicht, wenn…
Dass man sagt ok und begrenzen, nicht offenen Raum anbieten, begrenzen.
Großer Raum, hier kann ihr nichts passieren, hier kann ich überwachen und sie muss nicht auf mir picken sie kann auf der Laufbahn ist mir egal und solche G´schichten, das ist halt dann wichtig, dass sowas dann wirklich weiter gemacht wird, wenn ich dann nachher wieder in meine alte Rolle fall, ist es immer sehr schwer rauszukommen. Andre Leute sagen wieder ganz schwer in der Motorik aber dann immer auch so ich glaube zum Beispiel eine Miriam für die wird einer der größten Erfolge sein höchstwahrscheinlich wirklich, dass sie mit der linken Hand peppeln geschafft hat. Das wird für sie höchstwahrscheinlich auch zu Hause wird das einer glaub ich ihrer größten Erfolge sein.
I: Mh.
Ko2: Ich weiß nicht ich müsste mehr reden mit ihr aber das ist so, was ich so dann drauf gekommen bin, dass Handgschichten und so, dass ist ihr eigentlich sehr wichtig.
I: Mh.
Ko2: Yuria ist das mitn Aufstehen und ihren Füßen alles so wichtig.
I: Mh.
Ko2: Die legt darauf sehr viel Wert. Und ich glaube, dass das dann eigentlich Sachen sind, dass die also wir haben eben gesagt heute, dass die ihre Leistung von einem von 3 Kilometer auf 12 Kilometer eigentlich verbessert haben von der ersten Woche bis zur letzten. Das fallt den Kindern glaub ich gar nicht so auf. Das ist für sie einfach so, ja genau wir sind halt Rad gefahren ja ok

Aber dass sie eigentlich drauf kommen, dass sie eine therapeutische Sportleistung uns eigentlich 2/3 länger geboten haben ja, und man da auch schon Einbußen gesehen hat. Der Marcell konnte das Bein die letzten 3 Kilometer nicht mehr korrigieren zum Beispiel, das ist ihm schon schwer gefallen. Trotzdem wollte er es machen und diese Variationen glaub ich oder da sehn wir dann die Leistung, morgen bin ich mir sicher, kann der Marcell das Bein länger korrigieren. Und das schon ja und das ist höchstwahrscheinlich beim Marcell dann die Leistung in diesem Jahr. Zum Beispiel und ich glaube, dass es immer eine persönliche Leistung ist. Zum Beispiel es kommt Oma und Kind ja und sie haben jetzt eine Sache, die sie gerne haben wollen und das wird die Sache sein, die es schlussendlich dann ist und irgendwas praktisches nebenbei, wird man auch erkennen.
I: Mh.
Ko2. Also wie du sagst eben a u wau wau der kommt in der Gruppe plötzlich besser zurecht wau der ist plötzlich glücklicher geworden a der kennt wieder ein paar Spiele mehr. Ja also das sind so Nebenfaktoren, di dazukommen. Aber ich glaube es gibt immer ein Ding, das ist ihnen am Wichtigsten. Ich glaub dass ist auch immer das was du immer durchkriegst. Und da haben wir es ja gut,…Ich glaub aber auch zum Beispiel, ich weiß nicht ich möcht auch ein bisschen Unterschiede machen oder du weißt es selber bei Erwachsenen,…Tschuldige ser Erwachsene ist einfach zum Fithalten da oder…Beim Mischi ist mir wichtig, dass der fit bleibt. Er soll sich bewegen und er soll mit dir auf dem Radl echt Ängste überwinden, wenn ich mir denke verdammt noch mal, und wenn er aus dem raus plumpst, dann muss er echt schon Glück haben, dass er keine Gehirnerschütterung hat. Ich weiß die Burschen schaffen das, aber mit Helm kann ihm auf der Höhe eigentlich gar nichts mehr passieren.
I: Ja.
Ko2: Von da eben einfach diese Akzeptanz lernen, das ist fürn Mischi wichtig glaub ich sich an sowas gewöhnen und zu akzeptiern und ich hab ihm für morgen zum Beispiel die Wahl gelassen, such dir aus willst du auf die Matte oder willst du mitn Christoph Rad fahren? Er will mit dir Rad fahren und ich mein das ist für mich ein Ziel.
I: Mh.
Ko2: Ich krieg den Mischi auf ein Rad und sonst ist mir halt wichtig Mischi beweg dich, Mischi schau dass deine Gelenke geschmeidig bleiben ah und Spaß soll er bitte auch noch haben, weil ich find auch ein Erwachsener darf Spaß bei seiner Bewegung haben.
I: Auf jeden Fall.
Ko2: Und alleine diese Mischung ist für uns halt wirklich der Hammer.
(Handy läutet)
OK tschuldige.
I: Erm also gibt's jetzt da eigentlich in punkto dieser Sommer-Intensiv-Wochen irgendwas, was du gerne ändern würdest? Wenn du jetzt das ganze organisieren könntest?
Ko2: Na hör auf °ich würd das alles komplett verändern.°
I: Ja?
Ko2: Ja ich würde nicht die therapeutischen Sachen machen. Mir geht's hier um Struktur, Tagesstruktur, Wochenstruktur, ich würde es als Ganzes laufen lassen.
I: Ohne Abholen um 3 oder?
Ko2: Nein, nein gar nicht sondern das wär mir egal, da würd ich mich auf die Masse einschließen mir geht's eher darum, dass ich es als Ganzes sehen würde. Ich veranstalte eine Therapie-Ferien-Sportwoche.
I: Mh.
Ko2: Ja und da ist zum Beispiel der Christoph, der Sportlehrer da, nur ein Beispiel und du kriegst an Turnsaal
I: Mh.
Ko2: Und zu dir kommt einmal der Kindergarten und du musst mit den Betreuern ausn Kindergarten eine Sportstunde gestalten, 2 Stunden später kommen die Erwachsenen,

weiß was ich mein, also OK ich habe einen Turnsaal mit einem Sportlehrer, ich hab ein Trampolin mit einem Typen, der das Trampolin wartet sozusagen und die anderen Springen und er sagt nur du springst so du springst so die 10 Übungen, die 10 Übungen und der sich dann aber auch Spaßsachen überlegt. Der echt auch im Hirn haben muss…Für mich ist das immer so einmal muss alles anders sein
I: Mh.
Ko2: Einmal in der Woche wär immer cool wenn alles anders ist. Und ich mein bei uns ist es einfach so, dass es eh sehr flexibel ist und so find ich das nicht so schlimm.
(Sabrina kommt nicht (zu jemanden der die Tür öffnet))
Ah also von dem soll immer alles sehr flexibel sein ja und darum ist es bei uns auch nicht so schlimm. Ich find das einfach cool, weil du könntest dann auch sagen du hast dann wirklich keine andere Aufgabe, du musst am Tag 4 Sportstunden veranstalten, sagen wir einmal ja und dann gehst essen und dann mach ma noch eine Nachmittags Großsportaktivität oder deine Aufgabe ist, du musst am Freitag ein Sportfest veranstalten, wurscht jetzt ja, aber dass das da deine Aufgabe ist und da fallt es auch Leuten wie dir leichter Ok gut und jetzt und einmal in der Woche plan ich für den Kindergarten Seifenblasenrennen keine Ahnung. Aber das ist dann und ich glaube, dass das dann einfach hier ah mehr bringen würde. Weil natürlich möchte sich nicht jeder jeder Gruppenleiter, die Jana ist nicht so die Sportlerin, die will sich das vielleicht nicht unbedingt überlegen müssen und durchführen müssen.
Ich würds aber ihr genauso anbieten wie ichs den Erwachsenen anbiete kann aber nicht, weil ich steh mit den Erwachsenen am Berg oben und tu Radlfahrn und da würd ich eben und zum Beispiel wirklich zu sagen ich such mir 2 Typen, die machen das Radlfahrn und dann geh ich mit der Gruppe Radlfahrn also das wäre für mich ich habe fix eine Disko, die plan ich schon 2 Monate vorher, weil Disko ist für mich so was Soziales, das muss einfach in solchen Wochen dabei sein und seit 2 Jahren geht das nicht mehr.
(Es klopft an tür-Unterbrechung)
Also sogesehen ich würde eher da jetzt nicht unbedingt therapeutische Aspekte noch mehr oder ein bisschen anders hervorheben wollen. Natürlich macht jede Gruppe ihr eigenes Ding. Es gibt mindestens also es gibt auch für diese eigenen Gruppenstrukturen eigene Programme, wo man den Therapeuten auch nichts dreinredet, das ist deren Aufbau und dass der Therapeut auch zu dir sagen muss, du pass auf äh ich hab die und die Ziele fallt dir dazu ein Spiel ein, aber vielleicht auch schon vor Strebersdorf und dass du dann schon diese Gedanken hast oder man sagt in der ersten Woche, du das und das sind meine Ziele und in der 2. Woche findet das dann statt, außer man ist schneller. Und so würd ich das einfach ein bisschen verändern, um eigentlich noch mehr Spaß, noch mehr Freude und auch die Therapeuten und Betreuer ein bisschen zu entlasten. Weil ich glaub, wenn ich nicht 5 Programme entwerfen muss, sondern ich hab eine Gruppe und dann muss ich nur bei dir teilnehmen und dann geh ich wieder zurück und mach wieder ein eigenes Programm, dass alle Leute relativ gut entlastet werden könnten. Und ich weiß nicht nach der Sommersportwoche ist es ähnlich, also da hast du wirklich einen Wochenplan und da hab ich beschlossen, da will ich von allen 3 Sportlehrern einfach eine Vorgabe wie schaun ihre Gruppen aus was haben sie in ihren Gruppen vor , dann gibt es einfach eine Planung was wird vorher passieren. Das ist bei uns eben ein konduktiv therapeutisches Mattenprogramm jetzt mittlerweile. Also die Ulle hat das Mattenprogramm gemacht, Sitz- und Stehprogramm mitn Miklos und dann gibt's immer eine Abendgestaltung von eben Disko über Bewegungsspiele über also wo du auch wieder auf alle Faktoren Rücksicht nimmst. Soziale, Spaß, Sport und da würd ich in diese Richtung würd ich das hier ein bisschen ändern.
I: Ok.
Ko2: Sonst ja ich bin auch gegen`s Gebäude aber…
I: Gut gibt`s sonst für dich irgendwas was du sagen möchtest, was noch nicht angesprochen worden ist?

765 Ko2: Nein ich glaub ich hab dir eigentlich eh jetzt ich rede eh zu viel das weiß ich eh.
766 Ich glaube Ich glaub das ist jetzt eigentlich eine schöne Meinung. Ich glaub zwar
767 teilweise dass ich ein bisschen alleine dastehe mit meiner Meinung ab und zu
768 @(.)@und anderstrum mich mit anderen Leuten glaub ich sehr gut treffe.
769 I: Gut. Danke
770 Ko2:Gerne

1.4. Interview Ko3

I: Ok Also ganz am Anfang würden mich die allgemeinen Daten interessieren. Also Name, Alter, deine Ausbildungen…?
Ko3: Erm.. ich bin 21 Jahre alt. Ich habe Ende dieses Semesters mein Bachelorstudium in Pädagogik beendet und hab vor einem Jahr, eineinhalbjahren, den Basislehrgang ?1? g`macht (1) und davor ganz normal Volksschule, Gymnasium
I: OK. Welche Erfahrungen hast du im Behindertenbereich seit du diese Ausbildungen hast oder schon vorher?
Ko3: Also ich hab vorher schon im Institut auch g`arbeitet
I: Ok.
Ko3: von der Schule aus und äh dann immer wieder freiwillig im Institut g'arbeitet und ah freiwillig hab ich noch bei Jugend am Werk g`arbeitet.
I: Mh.
Ko3: Ein Monat einmal in einer WG, dann in 2 Sonderschulen auch so ein Monat, also ja am Anfang des Schulbeginns (.) ja das wars so im Großen und Ganzen.
I: Wie bist du dazu gekommen, dass du in dem Bereich arbeitest?
Ko3: Durch die Schule eigentlich, weil wir so eine soziale Arbeitswoche machen mussten und da konnten wir uns verschiedene Institute auswählen und da bin ich so dazugekommen
I: Mh. OK (.) Hast du Erfahrungen im Behindertensportbereich auch?
Ko3: Erm.. durch die Sportwochen, durch den Sport ja.
I: Aber du bist glaub ich beim Montagssport auch dabei?
Ko3: Genau. Das mach ich jetzt das 2. Jahr.
I: Mh. Ok. Das heißt mit Sportarten bist du vertraut mitn Skibob, Schwimmen…
Ko3: Ja Schwimmen halt eher nur durch Strebersdorf; ?3? Sonst adaptierte Sportarten für Leute, die im Rollstuhl sitzen also Boggia, Volleyball.
I: Gut (1) erm Wenn du das anbietest, diese Sportangebote, was ist dir am wichtigsten? Welche Ziele verfolgst du damit, sowohl therapeutisch als auch pädagogisch?
Ich würd sagen therapeutisch vor allem dass sie sich selber im Raum bewegen. Also bei den Leuten die halt so mobil sind, dass sie sich selbst bewegen können, die die Selbstfahrer sind oder zumindestens einen Einhandrolli haben.
I: Mh.
Ko3: Dass sie das machen und bei denjenigen die sich eben selbst nicht fortbewegen können, dass sie doch versuchen, ja mit den Therapeuten oder mit den Mitarbeitern zu kommunizieren und sich trotzdem fortbewegen können im Raum dann dadurch.
I: Mh.
Ko3: Also eben durch dieses Ziehen und Stoßen mit dem Reifen, eh was du schon mal g`sehn hast.
I:Mh.
Ko3: Erm ja dass sie Spaß haben dabei, also das ist irgendwie der Hauptfaktor; dass sie wegkommen von der normalen Therapie, die sie eigentlich eh jeden Tag haben.
I: Mh.
Ko3: Oder machen müssen.
I: Mh.
Ko3: Und ja eigentlich, dass sie sich wieder treffen, weil ich glaub das sie haben nicht so viel Freizeitaktivitäten wie jetzt ein Kind das nicht im Rollstuhl sitzt und das glaub ich ist durchaus relativ wichtig.
I: Ok (5) gut. Was hast du für Auswirkungen schon bemerken können, bei den Kids, durch jetzt Bewegung und Sport? Verhalten sie sich irgendwie anders im Sportbereich oder…?
Ko3: Also Ich glaub, dass sie offener werden dadurch. Also offener eben für neue Dinge, neue Sportarten, weil`s eben mit Spaß verbunden ist. (2) Sie haben sicher mehr Freude

dran weils einfach mal was Neues ist, was ganz anderes und sich therapeutisch nicht mit einem Gymnastikball oder so befassen.
I: Mh
Ko3: Und (2) ja es steigert die Konzentration.
I: Ok.
Ko3: Es gibt relativ viele Kinder, die glaub ich im Unterricht nicht so gut aufpassen wie beim Sport teilweise
I: Mh.
Ko3: Also natürlich muss man sie trotzdem hinweisen, weil da Benni zum Beispiel (.), ist so jemand der im Unterricht, also sobald er glaub ich reinkommt in die Schule, schaltet er komplett ab.
I: Mh.
Ko3: Und beim Sport kriegst ihn dann doch öfter glaub ich dazu, dass er aufmerksam ist.
I: Mh (6) Und ist deiner Meinung nach Sport irgendwie dazu geeignet jetzt die die therapeutischen Ziele zu unterstützen in motorischer Hinsicht auch?
Ko3: Ja mit Sicherheit. Also man muss sie wahrscheinlich noch mehr verfolgen diese therapeutischen Ziele. Wobei also ich glaub, dass das nicht so ganz in meinem und Clemens Interesse ist, weil sie das einfach den ganzen Tag machen, und die Leute die halt von extern kommen, teilweise das auch jeden Tag haben, oder mindestens ein- zwei mal in der Woche
I: Mh.
Ko3: Und sie auch ein bisschen was anderes brauchen.
I: Mh(2)
Ko3: Also es ist mit Sicherheit auch wichtig dass man an der Motorik arbeitet, aber so dass ich jetzt sag, das ist Therapie so wie im Institut, ist es nicht. (2) Also es ist sicher der Spaßfaktor wichtiger mit Bewegung gekoppelt.
I: Mh (5) Ok. Wie schätzt du den sozialen Faktor ein, den jetzt die Bewegungs- und Sportangebote auf die Kinder haben. Fallt dir irgendwie auf, dass die Kinder da besser miteinander umgehen oder?
Ko3: Ich glaub, dass sie dadurch einfach mehr Chance haben miteinander was zu machen, weil`s dadurch dass sie eben nicht nur vom Institut kommen, sondern eben auch von extern oder früher mal im Institut waren, gibt's halt die Möglichkeit dann direkt zu kommunizieren. Ich mein es haben genug Leute Facebook mittlerweile und schreiben sich darüber oder telefonieren miteinander, aber den direkten Kontakt gibt's glaub ich nicht so oft.
I: Mh.
Ko3: Und eine Gruppendyamnik entsteht auch, wobei das ja ist auch das Ziel vom Institut eigentlich, dass sie in einer Gruppe zusammen arbeiten können. Das ist halt dort, wieder dasselbe eigentlich. Es sind nicht so viele Einzelaufgaben, sondern eher Dinge, die sie gemeinsam machen.
I: Und hast du bei den Kindern, die du da betreust, jetzt machst du das 2 Jahre lang, hast du da schon Steigerungen sehen können irgendwie in physischer Hinsicht oder funktioneller Hinsicht? Dass sie irgendwie besser, weiter schießen können?
Ja das ist das hängt glaub ich sehr auch von der Tagesverfassung ab, aber ja also ist mit Sicherheit sichtbar und so Konzentrationsdinge sind auch sichtbar.
I: Mh.
Ko3: Also je nachdem wie sehr man trainiert oder halt wie gut der Tag ist oder wie motivierend ähm das Umfeld grad ist, es hilft auch extrem viel, wenn andere anfeuern. Das merkt man auch stark.
I: Mh.
Ko3: Dass dann schneller g`fahrn wird, oder genauer d`rauf g`achtet wird, dass man was trifft.
I: Mh (5) Ok (2) Erm Hast du jetzt da, während den 3 Wochen, irgendwelche Veränderungen bei den Kindern feststellen können?
Ko3: Erm (2) auf was bezogen?

I: Also jetzt sehr global gfragt. Aber sag ma jetzt amal halt die in psychischer Hinsicht, dass es ihnen besser geht, dass sie glücklicher sind, motivierter sind?
Ko3: Also ich würd sagen von der ersten Woche steigert sich auf die 2. Woche, dass es ihnen besser geht, dass sie sich, dass sie ja motiviert sind, Spaß dran haben, ich glaub mit der dritten Woche ab Hälfte der dritten Woche nimmt das dann schon ab, weil die 3 Wochen sind schon lang
I: Mh.
Ko3: man macht doch irgendwie sehr häufig dasselbe und es wird einfach langweiliger und nicht mehr so interessant und dann nimmt halt glaub ich auch die Motivation glaub ich ab. Also ich glaub beim Radfahren ist das so ja hält sich das ziemlich in der Waage, da ist die Motivation fast immer da. Es gibt am Anfang ein zwei Leute, die sagen sie wollen nicht unbedingt, aber das legt sich dann mit dem Fahren. Aber bei so Dingen wie Sitzprogramm oder Mattenprogramm, das ist eher was °was nicht so gut angenommen wird°, meiner Meinung nach, also was man vielleicht am Anfang noch irgendwie reindrücken kann, aber am Ende…
I: Ok.
Ko3: Und äh von der Psyche her also ich glaub dass die Svenja in der Gruppe bei uns am Anfang doch eher zurückhaltend war und dann ja aufgelebt ist und sich irgendwie doch integriert hat.
I: Mh.
Ko3: Und es ist halt auch anders bei uns als am Nachmittag, weil am Nachmittag hat sie einen Betreuer mit dem kann sie jederzeit raus gehen und da wird auch gut akzeptiert, dass in einem Raum bleiben soll. Also dass war jetzt maximal 3 Tage glaub ich in den 3 Wochen, wo sie wirklich abghaut ist.
I: Mh. Das war so irgendwie die Vorgabe, dass sie in dem Raum bleiben hätt sollen?
Ko3: Genau das war das wo wir g`sagt haben, wir können`s uns nicht leisten, dass sie irgendwo draußen herumrennt. Sie muss einfach da herinn´ bleiben.
I: Ok.
Ko3: Sie muss nicht mal unbedingt mitmachen bei verschiedenen Programmen, das wär natürlich auch gut aber sie soll einfach hauptsächlich herinnen bleiben.
I: Ok. Also die sozialen Veränderungen hast du eben hautsächlich bei der Svenja feststellen können?
Ko3: Ja ich glaub sonst Zusammenarbeit funktioniert glaub ich bei allen, da sind auch alle aufgeschlossen, da sind sie nicht zurückhaltend und ängstlich oder so. Da Mischi ist glaub ich jemand der, auch lieber zusammenarbeitet mit Leuten, wobei der glaub ich eher auf Betreuer fixiert ist als auf Kinder, da spielt er eher den Clown in der Gruppe, aber…
I: Mh.
Ko3: Sonst glaub ich sind alle von Haus aus eigentlich bereit mit anderen zusammen zu arbeiten, also das hat sich nicht wirklich verändert.
I: Ok. (2) Gut. Hast du irgendwo in physischer Hinsicht funktioneller Hinsicht irgendwas feststellen können, dass irgendwas besser g`angen ist innerhalb der 3 Wochen?
Ko3: Ja also ich glaub der Marcel und die Vanessa sind wesentlich stabiler in ihrer Gangart als das am Anfang war, weil die doch eher wacklig auf den Beinen sind. Also halt koordinierter einfach Schritte setzen und einfach ein sichereres Gangbild haben.
I: Mh.
Ko3: Erm der Mischi kann glaub ich seine Schritte gezielter und höher setzen, als das vielleicht am Anfang war.
I: Mh.
Ko3: Ja die Aufrichtung vom Oberkörper ist auch bei den Dreien glaub ich was was sie besser machen, einfach weil sie ständig drauf hingwiesn werden.
I: Mh.
Ko3: Und bei Miriam und Yuria sind irgendwie die schwierigsten, weil die ziemlich gut sind und ich halt nicht so geschult bin darauf, sowas zu sehen. Also ich glaub, dass sie sehr viel Ehrgeiz haben und sich bemühen verschiedene Dinge zu machen, aber halt auch mit ihren eigenen Zielen irgendwie im Hintergrund.

I: Mh.
Ko3: Also ich weiß nicht dieses Ball dribbeln von der Miriam oder Yuria mit dem Aufsetzen also freihändig und hinzusetzen.
I: Mh. Ja die sind reflexiv beide.
Ko3: Ja die brauchen auch glaub ich nicht so viel Hilfe und so viel Anleitung. Bei der Svenja ist es ziemlich schwierig weil sie ja auch nicht so viel mitmacht.
I: Ja (5)ok (2) gut. Würdest du irgendwas verändern, wenn du könntest, hier an diesen 3 Wochen?
Ko3: An diesen 3 Wochen…
I: Also mehr Abwechslung reinbringen?
Ko3: Ja mehr Abwechslung auf jeden Fall. Also ich glaub dass einfach zu einfältig ist das Programm.
I: Mh.
Ko3: Und vor allem, also dieses Jahr merk ich das ziemlich stark, weil ich war letztes Jahr in einer komplett anderen Gruppe.
I: Mh.
Ko3: ähm (2) dass die Leute teilweise viel zu gut sind für das was wir anbieten und teilweise einfach dem nicht gerecht werden können, weil sie ja zu schwache Leistungen bringen. Oder so wie dieses Nachmittagsprogramm, das ist einfach nicht geeignet für so eine Großgruppe, weil da kommt dann raus, ok der eine kann gar nix und die anderen sind nach 5 Minuten fertig.
I: Mh.
Ko3: Das ist auch nicht so Sinn und Zweck des Ganzen. Also es wär auf jeden Fall mehr Abwechslung wichtig und ich glaub so wie wir das machen, dass man ein bisschen flexibler ist im Tagesablauf, also grad bei Gruppen, die eh weiß nicht geistig emotional halbwegs gefestigt sind und sich nicht an so einen komplett strengen Tagesablauf halten müssen und ihr Leben dadurch komplett gestört wird. Für die Leute glaub ich wärs ganz gut wenn es flexibler ist. Die Svenja wär glaub ich jemand, die braucht eher einen fixen Tagesablauf
I: Mh.
Ko3: Das schlechte Wetter, hat man eh g`merkt, das ist was was sie komplett aufregt, weil sie da nicht raus kann.
I: Mh.
Klopft an der Tür Unterbrechung 10 Sekunden
I: Ok. Würdest du sagen hast du deine Ziele deine selbstgesteckten Ziele erreicht in den 3 Wochen?
Ko3: (5) Erm Dahingehend dass sie Spaß g`habt haben und dass sie ein paar andere Sachen g`sehn haben ja.
I: Mh.
Ko3: Von den therapeutischen Sachen, da bin ich auch einfach nicht so geübt, dass ich auch nicht so meine Aufgabe, dass ist eher den Clemens seine Sache.
Mh. (3) Gut. Willst du sonst noch irgendetwas sagen, was noch nicht ang`sprochen worden ist?
(4) Also ich glaub, dass wir dieses Jahr vor allem durch die neuen Räder einen ziemlichen Vorteil haben, weil eben bis jetzt nur die uralten Räder da waren und da nicht alle Leute damit haben fahren können und jetzt gibt's ja doch die Möglichkeit dazu. Das ist glaub ich ein großer Vorteil dieses Jahr. Ähm was ich schade find ist, dass nicht alle Gruppen das Schwimmen nutzen können, wollen, wie auch immer.
I: Mh.
Ko3: Ja ich mein ist auch verständlich wir haben 6 Leute und kommen nicht zurecht mit einer Stunde und dann mit 16 Leuten geht's noch viel weniger vor allem wenn alle im Rollstuhl sitzen. Also da bräucht ma die Möglichkeit das Schwimmen länger zu nutzen oder vielleicht am Nachmittag für 2 Stunden.
I: Mh.
Ko3: Und da die Gruppen zu teilen, das wär glaub ich ganz günstig.

I: Haltest du es sinnvoll das Schwimmen wegen dem Erlebnisfaktor oder?
Ko3: Ich glaub, dass sowohl für Spastik einfach zur Entlastung von den Gelenken und zur Bewegungsförderung sinnvoll ist, als auch wahrnehmungstechnisch ist das sicher was Gutes für Leute, die ja einfach in ihrer Wahrnehmung irgendwie eingeschränkt sind.
I: Mh.
Ko3: Und ja Erlebnis ist es für all jene, die sonst nicht so oft schwimmen gehen können. Aber es ist auch glaub ich für Leute die oft schwimmen gehen, grad wenn`s heiß ist, eine schöne Abwechslung.
I: Ok. Beim Radfahren was ist da für dich irgendwie das, was im Vordergrund steht?
Ko3: Erm das wichtigste in der Gruppe find ich war dass sie den Weg steigern. Aber auch halt irgendwie für jedes Kind die Qualität zu steigern. Beim Marcell, dass er nicht Schlangenlinien fahrt und sich sicherer fühlt auf dem Gerät und sich damit fortbewegen kann, sodass er nicht bremst, dass ihn raus haut vorne oder so. Na gut das heute war eine Ausnahme @(.)@
I: (6) Ok. Dann sag ich danke
Ko3:Danke

1.5. Interview E1

I: Also ganz am Anfang würden mich eben die allgemeinen Daten interessieren. Also Name erm Alter und Diagnose von der der Miriam.
E1: Mh. Also Miriam Fünfgeld.
I: Mh. (3) Ok (2)
E1: Geboren ist sie 16.3.98.
I: Ok.
E1: Und äh beinbetonte Tetraparese oder Cerebralparese oder wie auch immer man das nennen will.
I: Ok. Aber so auf den ärztlichen Zetteln steht beinbetonte Tetraparese, oder?
E1: Das ist unterschiedlich. Kommt immer drauf an welche Nomenklatur benutzt wird also man kann das ähm ICP, also Cerebralparese nennen. Man kann es beinbetonte Tetraparese nennen. Ist ja im Prinzip dasselbe nur ein bisschen genauer, wie`s ausgeprägt ist.
I: Ok. Gut. Erm wie sieht die die familiäre Situation aus? Also leben Sie zusammen mit Ihrem Mann und Miriam?
E1: Ja also verheiratete Eltern
I: Mh.
E1: Dann hat sie eine Zwillingsschwester
I: Ok.
E1: Die ist gesund.
I: Ok.
E1: Und einen Bruder der ist 15.
I: Ok.
E1: Gut 2 Jahre älter.
I: Mh Gut und Sie leben in einem Haus oder Wohnung?
E1: Ja in einem Haus.
I: Ok.
E1: Und was vielleicht äh auch interessant ist, die sind adoptiert die Kinder.
I: Mh.
E1: Alle von den dreien und aber als Säuglinge schon.
I: Ok.
E1: Kann man auch weglassen, wenn’s zu kompliziert wird.
I: Nein, nein
E1: @(.)@
I: Und das Haus ist irgendwie erm haben Sie da irgendwelche Adaptierungen machen müssen oder machen lassen?
E1: Erm Ne eigentlich nich. Das heißt wir haben jetzt das Badezimmer umgebaut, das war sehr hoch gewesen und da haben wir einfach eine flachere Duschwanne.
I: Ok. (3) Erm könnten Sie mal so die Krankengeschichte von der Miriam beschreiben? Also wie hat das ang´fangen, war das von Geburt an?
E1: Ok Also sie war eine Frühgeborene.
I: Mh.
E1: Und äh sowieso ein Risikokind und im ersten halben Jahr äh ist eigentlich nur mir aufgefallen, dass sie sich weniger bewegt als die Zwillingsschwester und mehr überstreckt, da ham mir die ärztlichen Kollegen immer alle gesagt ne das wird und erstmal abwarten. Das sie ein Risiko hatte war klar, weil sie hatte auch Blutungn gehabt und die war auch im Ultraschall diagnostiziert aber bis dahin warn die ganzen neurologischen frühkindlichen Untersuchungen, die man so macht, warn alle in Ordnung.
I: Ok.

E1: Und äh auffällig wurde es eigentlich in dem Moment wo Willkürmotorik kam, wo sie sich nicht nur spontan mehr bewegt hat, sondern wo sie versucht hat Willkürmotorik zu entwickeln und das ging eben nicht.
I: Mh.
E1: Oder nicht ordentlich und ab dem Zeitpunkt hamma dann eigentlich kontinuierlich Physiotherapie gemacht
I: Mh.
E1: und Entwicklung war entsprechend verzögert.
I: Mh. Die Physiotherapie haben Sie dann ab 3, 4 dann begonnen, oder?
E1: Ne mit nem halben Jahr.
I: Mit einem halben Jahr schon?
E1: Mh. Wir haben zuerst nach Vojta geturnt, dann ging die Vojta-Therapeutin weg, es gab niemand mehr. Dann ham wir versucht, als sie 2 war, nach Bobath geturnt aber da war sie durch Vojta schon durchaus verdorben und hat nicht mehr mitgemacht. Also Bobath-Therapie ging gar nicht.
I: Weils aktiver war als Vojta einfach, oder?
E1: Ja und sie war schon immer ein total willensstarkes Kind und sie wollte das nicht. Und wir ham glaub ich 3 Therapeuten verschlissen.
I: Mh.
E1: Bis wir gesagt haben Ok so geht's nicht weiter und es ging nur so lange gut, wie die Therapeuten nur gespielt haben und sobald, was bei Bobath ja fließend ist. Aber sobald ne therapeutische Intention herein kam und es nicht mehr nur Anbahnung und kennenlernen war hat dieses 2-jährige Kind das gemerkt, wenn sie auf der anderen Seite greifen sollte oder irgend sowas, hat es gemerkt und hat´s verweigert. Es hat angefangen zu schreien und hat im Zweifelsfall ne Stunde durchgeschrien und da erm mit der Krankenkasse in Deutschland, die maximal 2 mal in der Woche Physiotherapie haben konnte, ist sie damit auch durchgekommen. Also 2mal in der Woche ne Stunde schreien, dann war die Zeit um und dann brauch ich keine Physiotherapie zu machen. Und das ging wirklich soweit, dass 3 zunehmend gute, erfahrene, bessere Physiotherapeuten aufgegeben haben.
I: Ok.
E1: Und gesagt haben: „Es geht nicht. Macht keinen Sinn. Bobath geht mit diesem Kind nicht" und dann hamma in eineinhalb Stunden Autofahrt Entfernung ne Vojta-Therapeutin gefunden.
I: Mh.
E1: Und dann sind wir da einmal im Monat hingefahrn, ham ansonsten zu Hause weiter Vojta gemacht.
I: Mh. (.) Und das hat sie akzeptiert das Vojta?
E1: Jo. Das war auch sozial das war kein Problem. Das war auch in der Beziehung kein Problem. Da wusste sie da muss ich durch, da darf ich schreien, das ist in Ordnung hat gar nicht so viel geschrien und hinterher war alles wieder gut.
I: Ok.
E1: Und mit 4 oder 5 hat sie dann im Kindergarten über die Schulförderung ne Therapeutin gekriegt, die diese ganze Geschichte wusste und die ist dann hingegangen und hat gesagt: „Hör zu du bist jetzt groß, natürlich kannst du alles verweigern aber ich akzeptier das nicht und dann setzen wir hier ne Stunde und schweigen uns an. Es gibt Sachen die muss man tun. Nächstes Jahr willst du in die Schule, das musst du auch tun und du musst diese Therapie machen und ich sage dir was gemacht wird
I: Mh.
Und dann kannst du die letzten 5 Minuten selber entscheiden."
I: Mh.
E1: Und so klar angesagt hat es funktioniert.
I: Ok und so seid ihr zur konduktiven Förderung gekommen?
E1: So sind wir im Prinzip auch zur konduktiven Förderung gekommen, also immer gekuckt, ähm was was gibt's aufn Markt, was ist interessant?

I: Mh.
E1: Erm und das war auch zu der Zeit, da musste sie operiert werden, weil sie ne Hüftdysplasie hatte. Also sollte möglichst vor der Schule noch sein und dann ham wir überlegt wie kriegen wir sie zur Schule wieder fit was machen wir für eine Reha anschließend und ham eine, sind zur deutschen neurologischen Kinderreha im Vorfeld gefahren, um mal zu kucken wie das so läuft, es lief total schlecht. Dann hab ich gesagt, das kann nicht sein. Also nach der OP äh wenn das die gesamte Nachbehandlung sein sollte. Das geht nicht, das können wir vergessen, da mach ich ja mehr alleine zu Hause.
I: Ok.
E1: Da brauch ma nicht hinfahrn. Und äh dann hat ich über eben diese Berliner konduktive Gruppe erm diesen Vortrag gehört und hab dann hier angefragt ob sie auch ein Kind direkt oder kurz nach der Operation nicht ganz direkt schon nach der Wundheilung und so zur Rehabilitation aufnehmen würden und da ham sie gesagt ja klar also wenn sie bewegt werden darf und wenn sie belasten darf dann ja und dann warn wir zum ersten Mal hier.
I: Ok.
E1: Und seither erst einmal im Jahr und jetzt äh seit 3, 4 Jahren mit Rebecca dann eben 3 mal im Jahr machen wir diese intensive Therapie
I: Mh.
E1: Und ansonsten hat se in der Schule normale Physiotherapie 2 mal ne Stunde in der Woche
I: Ok (1) gut.
E1: und mehr machen wir nicht.
I: Mh.
E1: Dann ham wir beschlossen den Rest der Zeit ist sie Kind und nicht nur Patient @(.)@
I: @(.)@ Ist auch ganz gut glaub ich. (.) Gut was würden Sie sagen ist jetzt Miriams Hauptproblem?
E1: Erm.
I: Ganz global g´sagt. Egal ob´s Motorik, Psyche oder Soziales betrifft.
E1: Äh hm (4) schwierig. Also ich denke die Pubertät ist ihr Hauptproblem im Moment. Den Umbruch hinzukrieg´n von Ich bin selber für mich in meinem Leben verantwortlich und das auf der eine Seite leben zu wollen und auf der andern Seite irgendwo noch Kind zu sein. Die normale Pubertät, die alle Jugendlichen durchmachen.
I: Ok.
E1: Bei ihr hat das ein paar andere Nuancen, weil das mit dem selbstständig sein ein bisschen schwieriger ist, aber im Prinzip sind es genau die gleichen Probleme.
I: Ok.
E1: Wie organisiere ich mich? Was will ich? Wie weit lass ich meine Eltern mitreden? Wo nicht mehr?
I: Mh. Ok. Erm Gibt's jetzt von ihrer Seite irgendwelche funktionellen Beeinträchtigungen, die sie merken im Alltag?
E1: An Miriam?
I: Ja.
E1: Das sie nicht laufen kann, also nicht frei gehen kann.
I: Sonst ist die Selbstständigkeit eigentlich gegeben, oder?
E1: Sonst ist sie ja. Grundsätzlich Schuhe anziehen ist schwierig. Also dass sie da schlecht runter kommt. Manche ganz einfachen gehen aber Winterschuhe…
I: Ok. Aber das könnt sie alleine auch?
E1: Sie könnte das alleine und es dauert alles viel länger. Hier zieht sie sich alleine an und in den Ferien zieht sie sich auch alleine an, in der Schulzeit zieh ich sie an.
I: Ok.
E1: Weil so weit dass sie sich freiwillig den Wecker noch ne halbe Stunde früher stellt
I: Mh.
E1: Nur um sich alleine anzuziehen
I: Mh.

E1: Da ist sie dann eben noch Kind.
I: Ok.
E1: Und müde morgens @(.)@. Keine Lust jetzt große Verantwortung zu übernehmen.
I: Ok. Gut. Welche Ziele haben Sie betreffend Miriam? Also von der Therapie her?
E1: Also grundsätzlich dass sie so selbstständig wie möglich wird
I: Mh.
E1: Und dazu gehört auch ein zunehmend sicheres Gehen mit ner Stütze oder sogar frei. Weil zur Selbstständigkeit ja auch dazugehört, dass man auch mal Dinge von A nach B mitnehmen kann. Wenn man 2 Stützen in der Hand hat, kann man nichts tragen. Dass sie da ihre eigenen Mechanismen entwickelt, wie sie mit so Alltagssituationen so eigenständig wie möglich zurecht kommt.
I: Mh. Hat sie da hat sich da in den letzten Jahren von der Funktionalität irgendwas verbessert oder verändert?
E1: Sie geht besser mit einer Krücke und und kann besser Dinge mit der anderen Hand balancieren. Also auch mal einen Teller mit was drauf. Das ist schon besser geworden.
I: Mh.
E1: Und da übt sie auch dann alleine dran, weil sie das auch können möchte und ihr das peinlich ist immer irgendwen zu fragen.
I: Mh.
E1: Vor allem fremde Leute.
I: Mh Gut (2) erm wie schaut denn so ein typischer Alltag von der Miriam aus? Unter der Woche?
E1: Mmh. Der Wecker klingelt um kurz nach 6. Dann zieh ich sie an. Dann geht sie ins Bad, Zähnepuzen, Toilette, das macht sie alleine. Anziehen mach ich. Erm dann gibt`s Frühstück und um 7 kommt der Transport, das Taxi.
I: Mh.
E1: Dann geht sie in die Schule bis um 3, dann fährt das Taxi sie wieder nach Hause und dann ist Nachmittagsprogramm was ansteht. Entweder Hausaufgaben, da braucht sie relativ viel Hilfe
I: Ja.
E1: Weil sie auch intellektuell so ein bisschen an der Kante ist. Mir kommt`s immer richtig gut rüber aber in der Regelschule, im Regelschulbereich ist es schon naja Viererbereich, wo wir ein bisschen mithelfen müssen, dass keine Fünfer d´raus werden, dass sie den Schulabschluss auch wirklich schafft. Also Hausaufgaben steh´n da an mit Hilfe.
I: Ja.
E1: Und äh Keyboard. Einmal in der Woche fahr`n wir zum Keyboardunterricht.
I: Mh.
E1: (3) Jo und wenn das so also bis sie zu Hause ist, ist es halb 4, 4 bis das erledigt ist, ist es fast schon Abend, also viel Zeit ist da nicht mehr dann ist sie noch was zum Abendbrot und ihre Freizeit verbringt sie in der Regel mit chatten am Computer.
I: Ok.
E1: Mit Wiener Freunden. Viel mit Yuria.
I: Ok die hat sie da kennenglernt?
E1: Ja
I: Erm Verwendet sie irgendwelche Hilfsmittel außer diese 2 Stöcke?
E1: Für längere Strecken Rollschuh und sie hat ein Handbike
I: Mh.
E1: Sie hat auch ein Therapierad, aber das ist eigentlich mehr das ist mehr Freizeit. Sie hat eine Brille und sie hat auch Hörgeräte. Merkt auch keiner, aber die Ohrenärzte sagen, sie sei schwerhörig.
I: Aha.
E1: Sie merkt auch, dass sie mehr hört mit Hörgerät, aber es ist letztlich so an der Kante, dass sie oft nicht ohne zurechtkommt.

I: Ok. Gut. Ähm nimmt sie an irgendwelchen Bewegungs- und Sportangeboten teil? Oder mach sie das irgendwie selbstständig?
E1: Statt Schulsport Physiotherapie aber dann in der Freizeit nicht mehr.
I: Und erm beim Schulsport ist sie dabei, oder?
E1: Das ist ne Körperbehindertenschule. Also die machen schon angepassten Sportunterricht. Sie kann immer dabei sein. Manchmal hat sie aber auch in den Sportstunden Physiotherapie.
I: Ok Wenn die anderen Sport haben.
E1: Aber wenn keine Physiotherapie und Sport ist dann machen die alles mögliche. Die finden immer irgendwas auch für die Rollstuhlkinder. Das läuft ganz gut.
I: Und erm das ist so eine Integrationssschule die sie da besucht?
E1: Das war bis zur 6. Klasse ist das ne kombinierte Grundschule und Körperbehindertenschule und ab der Siebenten Klasse jetzt also ab`n nächsten Schuljahr ist es ne reine Körperbehindertenschule.
I: Mh.
E1: Und Siebte bis Zehnte sind alle Regelschüler an weiterführenden Schulen, der weiterführende Zweig ist nur für Körperbehinderte.
I: Ok. Gut. Also welche Auswirkungen hat Ihrer Meinung nach diese Bewegung und Sport auf die Miriam? Was sehen Sie da für Veränderungen?
E1: Hm (6)
I: Also sie hat mir beispielsweise erzählt, dass sie mit dem Rad mit Leuten vom Dorf oder von der Stadt fahrt.
E1: Ok einmal im Jahr vielleicht @(.)@ Also mit der Familie erstmal also mit Leuten aus der Umgebung eher weniger. Also ich denke da muss man jetzt differenzieren Sport und Therapie.
I: Ok.
E1: Erm also denke ich jedenfalls. Also von der Therapie Physiotherapie profitiert sie natürlich dass das ihre Beweglichkeit ähm erhält, dass sie die Koordination steigert und dass es ihr körperlich einfach gut tut.
I: Mh.
E1: Wenn ich jetzt die Therapie einmal außen vor lasse und äh nur den Sportbereich ankuck. Es gibt Bereiche, wo sie einfach aus Spaß Sport macht, also im Schulsport oder mitn Fahrrad fährt oder sie hat auch so nen Skibobkurs gemacht im Winterferien. Da hat sie am Anfang immer Angst und da ist es ihr peinlich wenn sie was nicht so gut kann wie die anderen. Also eigentlich ist sie von sich aus eher so auf Abstand so ein bisschen und macht das nicht gerne.
I: Mh.
E1: Erm (2) aber wenn sie dann dabei ist und wenn sie dann Erfolge hat, dann ist das natürlich toll fürs Selbstbewusstsein. Ich kann ja doch was, auch in der Gruppe, ich bin nicht schlechter als die andern.
I: Mh.
E1: Oder es sind immer ein paar Mal, 2,3 Mal im Jahr gibt`s immer so ein Samstag Vormittag so vom Sanitätshaus so ein organisiert so ein Rollisportkurse. Im Grunde ist das Werbung für Rollstühle, aber es ist trotzdem für Kinder: Um die Ecke fahren und auch mal umfallen üben. Also da mitzumachen, das macht ihr dann schon Spaß denk ich Bewegung in der Gruppe einfach dabei sein zu machen, ist gut für Spaß und Selbstbewusstsein.
I: Mh.
E1: Wär schön, wenn´s mehr Angebote geben würde in Cottbus, dann würd sie wahrscheinlich auch mehr machen. Es gibt nichts was sie in der Freizeit machen kann.
I: Ok.
E1: Es gibt ne Rollibasketballgruppe. Aber da passt sie auch nicht rein, da sind 50-jährige Männer und die trainieren abends um 8.
I: Ja ok. Also wenn`s jetzt die wichtigsten Auswirkungen jetzt von Sport wären für eher im sozialen Bereich?

E1: Ja.
I: Also weniger dass man jetzt dadurch irgendwelche therapeutischen Ziele unterstützen kann.
E1: Ich denke ja unterstützen tut`s das mit Sicherheit. Es ist nicht schädlich, es ist nicht kontraproduktiv erm aber die Arbeit passiert schon in der Physiotherapie.
I: Mh (5) und aus welchen Gründen haben Sie die Miriam da teilnehmen lassen an den Intensiv-Wochen? Was erhoffen Sie sich von den Wochen? Was sind Ihre Erwartungen oder Ziele?
E1: Das ist schon ganz lange her. Am Anfang warn wirklich therapeutische Gründe, Selbstständigkeitstraining, das wofür Institut Keil und Petö steht, dass das hier Sportwochen sind, das ist ja bisher das erste Mal.
I: Mh.
E1: Das war ja bisher nicht so. Bisher warn das Intensiv-Therapie-Wochen
I: Mh.
E1: Und erm inzwischen is es so, möchte ich mal sagen, von dem Programm oder von dem Lernzuwachs, Therapiezuwachs rein körperlich, den Miriam hier mitnimmt aus 3 Wochen, da ist immer ein bisschen was
I: Mh.
E1: Viel mehr ist auch nicht zu erwarten, aber das alleine wäre für mich nicht der Grund das viele Geld zu bezahlen. Es ist ja nicht ganz kostenneutral. Erm aber für Miriam ist hier her kommen erm Freunde treffen
I: Mh.
E1: Ja äh ohne Eltern selbstständig verreisen können. Wirklich selbstständig werden.
I: Mh.
E1: Ohne dass sie Angst haben muss weil sie alle Leute, die ihr hier assistieren kennt und weil sie weiß die sind in Ordnung. Ich kann auch mehr als die andern, mehr als viele andere. Ich denke dass für Miriam hier her zukommen, vor allem psychisch wichtig ist.
I: Mh.
E1: Das ist ihr Highlight im Jahr, das ist ihr Ferienlager. Das ist ihr Ding.
I: Mh.
E1: Und ansonsten hat sie im Alltag nicht so viele Dinge, wo sie sagen kann das ist meins das mach ich.
I: Ok.
E1: Die andern verabreden sich in der Stadt, gehen in die Disko, gehen am Baggersee
I: Mh.
E1: Miriam kann das alles nicht. Aber Miriam fährt nach Strebersdorf.
I: Ok. (2) Also wie merken Sie diese psychischen Veränderungen? Haben Sie jetzt Kontakt gehabt während den Wochen?
E1: Relativ wenig. Daran merkt man schon, dass es ihr gut geht.
I: Ok.
E1: Ne sie will gar keinen Kontakt und ich weiß noch nicht wie`s dieses Jahr wird, die letzten Jahre war es regelmäßig so, dass sie äh 2 Tage nach der Therapie überhaupt nicht zu gebrauchen war und sich nur in ihrem Kummer, dass es vorbei war vergraben hat.
I: Mh.
E1: Geweint, geredet sie will zu Rebecca ziehen und @(.)@
I: Ok.
E1: Also daran merkt man wie wohl sie sich hier fühlt.
I: Ok.
E1: Und Strebersdorf soll nie aufhören also das hat sie auch gesagt, sie ist inzwischen, also sie wird ja reifer und sie wird ja erwachsener und ich glaube dass sie das nicht mehr so sagt, dass sie das besser reflektieren kann. Als sie klein war, da war das immer, das war war wirklich das war schlimmer als wenn erm Mama oder Papa weg gefahren sind, das hat auch immer große Trauer ausgelöst, wie bei allen Kindern, aber von hier wegfahren, das war noch schlimmer.

I: @(.)@ Ok.Und wie haben Sie die äh therapeutischen Veränderungen g`merkt? Also irgendwelche ähm physischen oder funktionellen Veränderungen?
E1: Das weniger, das eigentlich nicht, aber erm Zuwachs an Selbstvertrauen.
I: Ok. Also auch eher in der psychischen…
E1: Ja (3)
I: Aber dass sie sich irgendwie in Punkto Gleichgewichtsfähigkeit oder Gangsicherheit verändert hat?
E1: Nicht mehr so viel.
I: Nicht mehr so viel. (4)
E1: In Nuancen wenn man ganz genau hinkuckt.
I: Mh.
E1: Merkt man schon dass sie 3 Wochen was gemacht hat. Aber dass man jetzt sagt sie geht jetzt zu Hause die Treppe leichter hoch oder runter oder kann irgendwas, was sie vorher nicht konnte.
I: Ok, Ok.
E1: Ist auch denk ich nicht zu erwarten.
I: Ja.
E1: Also nicht nach so vielen Jahren. Aus der völligen, wenn man aus der 0 kommt dann ist es immer einfach tolle Ergebnisse zu haben. Aber wenn man schon therapierte Kinder hat, nach 7,8 Jahren ist irgendwann auch so ein Stady State erreicht und eigentlich ist es auch oftmals, oder hab ich den Eindruck bei vielen Kindern so ab der Pubertät oder ein bisschen drüber, da geht es eigentlich auch mehr drum den Status zu erhalten, wie die bewegen sich von Natur aus weniger, die sitzen mehr und eigentlich geht's da schon wieder runter.
I: Mh.
E1: Und es fängt auch schon immer mal an irgendwo was weh zu tun, weil das einfach durch die Spastik irgendwelche Strukturen immer wirklich überlastet sind
I: Mh.
E1: und dauerbelastet sind und sie dann Probleme kriegen die sonst wirklich 50-jährige… Miriam hat auch mal gesagt au mein Knie tut weh. Und äh das ist sicher nicht ein Kniegelenksverschleiß sondern das sind ja Muskel-Sehnen-Bänder Probleme, die Kinder aber einfach nicht haben, nicht kennen.
I: Mh.
E1: Die kennen Sportverletzungen.
I: Mh.
E1: Aber die kennen nicht diesen Überlastungsschmerz.
I: Mh.
E1: Und der kommt denk ich bei spastischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eben viel früher.
I: Mh.
E1: Weil sonst ist es ja auch üblich, welche 50-jährige kennt keinen Überlastungsschmerz.
I: Ja.
E1: Kennt jeder. Aber mit 15,16 ist`s eben blöd wenn die andern das alle nicht haben. Dazu tut diese intensive Therapie und auch der Sport tut dann gut um da einfach Beweglichkeit rein zu kriegen und aufzupassen, dass diese Kurven nicht zu weit nach unten gehen sondern dass die wirklich da oben bleiben.
I: Mh.
E1: Dass man erhalten kann.
I: Ok.
E1: Das ist meine Sicht.
I: Na denk ich auch.
E1: Und da sind ma zufrieden, wenn`s so bleibt.
I: Also ich denk dass das in Therapie oder Sport. Je höher der Leistungsstand ist, desto schwieriger kann man auch Erfolge erzielen.

E1: Ja und ich mein im Leistungssport ist es auch so, dass man also wenn man nicht grade im Ausdauerbereich ist, mit 25 ist man alt, dann geht's nur noch bergab. @(.)@
I: Ja richtig. Gut Erm Würden Sie sagen, dass diese Wochen hier erm auch dazu beitragen, dass ihre soziale Kompetenz stärkt?
E1: !Ja! Auf jeden Fall
I: Merkt man das irgendwo im Alltag dann, dass irgendwie besser Kontakt zu den Schülern hat oder?
E1: Ja dass sie selbstbewusster…vor allem Selbstbewusstsein. Ihre Meinung selbstbewusster vertreten kann und sich immer nur hinten anstellen muss. Sondern sagt ich hab ne Meinung und wenn ihr die nicht teilt, ich kenn aber Leute, die die teilen.
I: Mh. Aber dass sie auch leichter Zugang findet zu anderen Kids? Dass irgendwie
E1: Jo. Also da sie nie wahnsinnig große Probleme gehabt, aber tut ihr eher gut, sich da nicht nur anzupassen sondern auch mal ne eigene Meinung zu vertreten.
I: Mh. (5) Ok Erm gibt`s von Ihrer Seite irgendwas, was sie da, ich mein sind sie mit den Inhalten vertraut, die da hier g´macht werden, wahrscheinlich schon?
E1: Ja.
I: Würden sie da irgendwas ändern, von irgendwas mehr, von irgendwas weniger.
E1: Also grundsätzlich grundsätzlich nicht grundsätzlich find ich das Programm so gut, man muss ja auch mal kucken, dass es auf alle Kinder passt. Ja wenn das äh wenn ich das nur auf Miriam bezieh, dann würd ich weniger im kognitiven Bereich machen, weil sie das einfach nicht braucht.
I: Ja.
E1: Aber grundsätzlich für das Institut und für die Gruppe ist es Ok.
I: Ok. Dann haben wir schon die letzte Frage. Erm ob Sie noch irgendwas sagen wollen, was bisher noch nicht thematisiert worden ist zu dem Thema Sport und Bewegung und die Bedeutung für sie oder für Kinder mit Cerebralparese?
E1: Ich denke, das ist jetzt unabhängig von hier. Diese 3 Wochen hier, die haben wir noch nie als Sportwochen gesehen.
I: Ok.
E1: Wie gesagt, das ist jetzt das erste Mal, dass das so verkauft wird, bisher waren das immer Therapie-Wochen und es ging auch um Therapie. Ähm, ähm Grundsätzlich find ich, dass es g´rade für bewegungsgestörte Kinder viel viel mehr Sportangebote geben sollte und bei uns gibt`s das nicht. Erm weil es einfach wichtig ist erm oder aus meiner Sicht wichtig ist, die Dinge die den Sport, den Breitensport im Regelbereich ausmachen, soziale Kompetenz zu kräftigen, Erfahrungen in der Gruppe zu festigen, auf einander Rücksicht nehmen, Teamwork erm diese ganzen Dinge zu machen, wofür der Breitensport normaler Weise steht. Also erm das denk ich wär gerade für bewegungsgestörte Kinder auch ganz wichtig weil die`s auch viel viel schwerer haben ihren Platz in der Gesellschaft zu finden und in den sozialen Kontakten zu finden.
I: .Mh
E1: Weil sie eben an den körperbehinderten Schulen in der Regel unterrichtet werden oder immer die einzelne Sonderposition haben und und auch viel weniger Möglichkeit haben sich in verschiedenen Gruppen auszuprobieren, Platz zu suchen und einfach selbstständig zurecht zu kommen. Also ich denke dass man das viel viel mehr fördern sollte.
I: Mh.
E1: Auch in Hinblick auf auf später um erm den körperbehinderten jungen Menschen, dann auch die Möglichkeit zu geben, sich in der Gesellschaft zurecht zu finden, in der Gruppe zurecht zu finden ohne auf der einen Seite das Gefühl zu haben ich bin der der nichts kann, ja das arme körperbehinderten Wesen ihr seid alle toll, vielleicht darf ich ja auch was mitmachen.
I: Mh.
E1: Ja oder das andere extrem zu sagen He ich bin körperbehindert ihr müsst mir hier bitte mal alle hertragen
I: Mh.

E1: Ja ich bin, ich bin das arme Schwein, das nichts dafür kann, dass ich nichts kann und bitte ich hab gelernt in meiner Kindheit man muss mir, ja man muss mir bringen, man muss mir holen man muss mich bevorzugen, ich komm als erster dran.
Ja zwischen den beiden extremen steht sie ja in der Regel, und da den eigenen Platz zu finden, die Mitte zu finden, find ich äh, ist was, was auch hier ganz toll läuft. Wo ich denke, dass hier der Sport eine ganz gute Basis sein könnte.
I: Mh. Ok.
E1: Dass man da seine Stellung findet. Weil es ist ja weder das eine noch das andere gut, aber oftmals sind diese Extreme ?7?
I: Ok vielen Dank, dass Sie sich Zeit g´nommen haben.
E1: Ok.

1.6. Interview E2

I: Gut zuerst würde ich gern einmal ein paar allgemeine Daten wissen, also den Namen einmal von der Svenja, den Nachnamen?
E2: Kübler
I: Kübler (2) sie ist 19 stimmt das?
E2: Genau sie ist ja hier 19 geworden.
I: Ok (3) Und ihre Diagnose?
E2: Sturge-Weber-Syndrom
I: Deutsch-Weber-Syndrom?
E2: Sturge Sturge S-t-u-r-g-e
I: Deswegen hab ich`s nicht g´funden weil ich hab einmal mit der Rebecca g´redet bezüglich. Ich hab damals auch Deutsch-Weber verstanden. @(.)@
E2: Ja na ne Sturge-Weber-Syndrom.
I: Sturge-Weber-Syndrom Ok (3) ?10? Gut. Erm Wie sieht`s generell mit der familiären Situation aus? Also sind Sie, leben Sie zusammen mit ihrem Mann oder?
E2: Nein ich bin getrennt.
I: (3) Geschwister gibt`s von der Svenja?
E2: Ja. Eine ältere Schwester,
I: Mh.
E2: 21 Jahr alt
I: Mh. Was macht die? Studiert? arbeitet?
E2: Ne sie ist hat jetzt eine Anstellung als Raumaufstellerin
I: Aha (.) Gut und Sie leben auf Sylt in einem Haus oder in einer Wohnung?
E2: In einer Wohnung
I: Wohnung, Ok. Das ist erm aber keineswegs irgendwie behindertengerecht eing´richtet?
E2: Nein gar nicht nein.
I: Hat die Svenja auch nicht wirklich Probleme damit zurecht zu kommen, oder?
E2: Nö (2)
I: Könnten Sie mal so kurz die Krankengeschichte schildern von der Svenja? Also wie hat das alles ang´fangen?
E2: Erm. Mit ca. 3 Monaten wurde festgestellt, dass Svenja das Sturge-Weber-Syndrom hat.
I: Mh.
E2: Mit 5 Monaten fing sie an zu krampfen, von da an hatten wir bis sie circa 11/12 war 20 Krankenhausaufenthalte hinter uns.
I: Wegen den Krampfanfällen, oder?
E2: Genau. Sie hatte sehr oft nen Status.
I: Status epilepticus?
E2: Genau. Und vor ca. 6 Jahren hatte sie eine Encephalitis und der sie dann auch das letzte Mal gekrampft hat. Seit dem ist eigentlich krampffrei (2) unter Medikamenten natürlich.
I: Und die Encephalitis führt man auch auf diese Grunderkrankung zurück?
E2: Nein, das war Pech.
I: Mh (4) Ok Gut Wie sehr hat sie das im Verlauf bis zu 19 Jahren hat sich das dann von der Motorik her oder auch von der Psyche her verbessert, verschlechtert? Ihre Situation oder ist das eher gleichblieben?
E2: Erm die Motorik hab ich teilweise das Gefühl, dass es mal besser war, es ist immer so wellenförmig hab ich den Eindruck, mal ist es besser, mal ist es schlechter je nachdem wie groß ihr Intresse auch irgendwie dranliegt.
I: Mh.
E2: Zum Beispiel als sie in die Schule gekommen ist, hatte sie wahnsinnig viel Lust, irgendwann ist das Thema aber out, dann blockt sie halt ab, jetzt ist sie in der Werkstatt, gefällt ihr sehr gut, sehr motiviert, weil sie jeden Tag aufsteht, steht gerne auf. Schule war schon so möcht ich nicht, muss ich nicht.

I: Mh.
E2: Es langt einfach und das merkt man schon, obwohl es gibt immer wieder auch so Sachen, wo ich dann einfach bemerke, ich glaub das war mal besser.
I: Ok, Ok. Also so teils, teils?
E2: Ja.
I: Wie ist sie sozial eingebunden die Svenja?
E2: Ahm bei uns wir wohnen in einem relativ kleinen Ort auf der Insel, da kennt sie eigentlich jeder, geht jeder mit ihr um also das ist schon optimal.
I: Ok. (4) Was hat sie für Therapien erhalten bis jetzt?
E2: Logo, Ergo, Physio
I: Ok.
E2: Und hängen geblieben sind wir bei der konduktiven Förderung. Das fing auch vor ca. 6 Jahren an und haben dann irgendwann, zum Schluss hatten wir noch Logopädie, haben wir dann eingestellt und das wars.
I: Ok.
E2: Jetzt sind wir nur noch. Jetzt wird sie nur noch konduktiv gefördert.
I: Ok. (2) Und diese konduktive Förderung, erm findet eben in der Werkstatt statt, wo sie arbeitet oder?
E2: Nein bei Rebecca Albers in Niebühl.
I: Ok. Wie oft macht sie das?
E2: Einmal die Woche.
I: Einmal die Woche.(5) Ok
E2: ?5?
I: Was würden Sie sagen, also aus ihrer Perspektive, ist das Hauptproblem von Svenja ist momentan?
K2: Erm ihr Hauptproblem ist eigentlich @(.)@ dass sie sich oft selber im Weg steht
I: Mh. Was meinen`s konkret damit, dass sie sich im Weg steht?
E2: Erm Rein psychisch, wenn sie irgendetwas will, lässt sie sich teilweise sehr schwer überzeugen, dass das jetzt so nicht geht, sondern dass man dann das anders handhaben müsste, oder ja einfach Geduld aufbringen,
I: Mh.
E2: die sie dann nicht, dann klappt eine bestimmte Sache nicht bei der Ausführung.
I: Ja.
E2: Es muss sofort gehen,
I: Mh.
E2: oder gar nicht. Also sie steht sich da total im Weg und ist hinterher tottraurig, dass sie dann teilweise oft sehr aggressiv reagiert.
I: Mh. Also sie würden eher das Hauptproblem im psychischen Bereich ansiedeln, weniger im motorischen?
E2: Auf jeden Fall.
I: Gut gibt`s sonst von ihrer Seite irgendwelche funktionellen Beeinträchtigungen oder physischen dass sie Probleme hat bei Alltagstätigkeiten?
E2: Feinmotorik ist nicht so gut, da hat sie natürlich ne Hemiparese auf der rechten Seite, wegen des Krampfens.
I: Mh.
E2: Nicht so wahnsinnig außergewöhnlich, was nicht so auffallend ist das, aber wenn man mal kuckt, vorhanden. ?5?
I: Ok gut. Erm welche Ziele haben Sie jetzt als Mutter? Was die Therapien bewirken sollen?
Das ganze konduktive Förderung?
E2: Ja das wäre schön, wenn die bezahlt werden oder was meinen Sie jetzt?
I: Nein ich mein einfach generell für Svenja, was ob`s jetzt da irgendwelche Verbesserungen geben soll oder ob sie sich einfach psychischer psychisch wohl fühlen soll durch die Therapien?

E2: Also mein allergrößtes Ziel ist es wenn ich mal von der Niebühler Therapiegruppe allgemein, dass die Inhalte konduktiver Einrichtung, wo unsere Kinder auch dann hingehn, das ist so das Ziel, dass die Kinder konduktiv gefördert werden und eingebunden sind usw. Das ist so ich glaube das wäre für Svenja ganz großartig.
I: Also so Selbstständigkeit, kann man so sagen?
E2: !Ja! Aber immer im Beisein von ner Betreuungsperson
I: Mh.
E2: Wäre schon sehr wichtig.
I: Mh.
E2: Und ich denke selbstständig sein, wenn ich sie lassen würde, würde sie nicht mehr viel machen. Das wirklich selbstbestimmte Leben, da braucht sie noch Zeit dafür.
I: Mh. Aber da haben Sie auch nicht wirklich irgendwelche erm Gedanken, dass das irgendwann einmal gehen wird oder schon? Ist das schon irgendwo so ein Fernaspekt?
E2: Ja wir sind also wir sind dabei.
I: Aber dass sie das vollständig, dass sie komplett selbstständig ist, das…?
E2: Also Svenja wird nicht alleine leben können oder in einer Wohngruppe ?5?
I: Ok. Wie schaut`n so ein Alltag aus jetzt von der Svenja, wenn man so einen typischen Wochentag hernimmt?
E2: Ja Svenja steht morgens um Viertel vor 7 auf.
I: Mh.
E2: Wird um 10 nach 7 abgeholt, kommt um 4 nach Hause dann äh entweder besuchen wir nochmal jemand oder kümmern uns um ihr Tiere. Wir haben Pferde, Kaninchen, Meerschweinchen, Hund und Katze also halten uns relativ viel draußen auf.
I: Mh. Was macht sie bis 4? Ist sie in der Werkstatt?
E2: Ist sie in der Werkstatt.
I: Montag bis Freitag?
E2: Freitag ein bisschen früher und dann fahren wir anschließend rüber nach Niebühl.
I: Was wird da g`macht in dieser Werkstatt? Was macht sie da für Tätigkeiten?
E2: Svenja ist erm in der Aktenvernichtung. Sie nimmt die Akten auseinander und sortiert nach Plastik und Papier undsoweiter.
I: Mh. Ok. Verwendet sie irgendwelche Hilfsmittel?
E2: Nein.
I: Gar nix. Ok. Also Sport generell nimmt sie eher weniger, macht sie eher weniger?
E2: Ja.
I: Also wenn dann eher hier?
E2: Ja. Das einzige ist mal Fahrrad fahren oder Gokart fahren oder so, aber ansonsten…(seufzen)
I: Fahrrad fährt sie wie oft circa?
E2: Erm das ist so unterschiedlich bei ihr. Mal Monate lang gar nicht und dann mal ständig.
Woran das liegt kann ich nicht wirklich sagen.
I: Ok (6) gut. Erm. Was würden Sie sagen was das eben so Fahrrad fahren oder so Therapieangebote die jetzt g´macht werden in der konduktiven Therapie. Was das für Auswirkungen auf sie hat? (2) In psychischer Hinsicht?
E2: Also ich würde schon sagen, dass sie ausgeglichener ist.
I: Ok.
E2: Das auf jeden Fall.
I: (3) Ok und warn Sie schon öfters in solchen Sportwochen? Oder ist das das erste Mal?
E2: Das ist das erste Mal.
I: Ok. Und wie erleben Sie die, ich mein Sie haben sie erst einen Tag wieder g´sehn, aber wie erleben Sie sie? Ist sie irgendwie anders als als äh sonst?
E2: Erm kann ich jetzt noch nicht so genau @(.)@ sagen. Aber die Rückmeldung, die ich von den andern allen kriegt hab, dass sie ja total nett, hilfsbereit, umsichtig. Also wenn man sich den ganzen Tag ein bisschen auspowern kann, was geleistet hat
I: Mh.

E2: und eben auch die Handicaps von den andern sieht. Da soll sie sehr einfühlsam mit umgegangen sein.
I: Also denken Sie, dass sie sich im sozialen Bereich auch irgendwie verbessert hat?
E2: Das denk ich schon. Ob es nachhaltig ist, ist natürlich wieder eine ganz andere Frage. Zu Hause ist die Situation wieder ganz anders. Da haben wir dieses Große eben nicht. Also da ist sie wieder mehr oder weniger alleine.
I: Ja.
I: Also mir ich hab sie jetzt auch ich war jetzt auch 2 Wochen dabei, also ich hab da auch einen Unterschied bei ihr feststellen können, also grad eben im Sozialen Bereich. Also sie hat am Anfang ziemliche Probleme g´habt sich in die Gruppe zu integrieren, aber das ist jetzt eigentlich nicht mehr wirklich das Thema.
E2: Also erst mal so seinen Platz erstmal finden, ne. ?3? Vor allem wusste sie auch gar nicht, was sie hier erwartet. Sie war auch ein bisschen aufgeregt und vielleicht auch ein bisschen voller Sorge, was passiert.
I: Mh. Aber hat`s da schon von ihr irgendwelche Rückmeldungen geben an Sie?
E2: Ja wie gesagt dass sie eben sehr umsichtig ist und…
I: Aber von ihr selbst jetzt?
E2: Ach von ihr selbst. Erm sie sagt mir, dass sie nicht nochmal hier her will ähm obwohl 20 Minuten später sagt sie dann sie weiß noch nicht. Also @(.)@ denk ich sie ist sehr unentschlossen. Was sicher ungünstig war, dass ihr Geburtstag lag jetzt hier drinne und den wollt sie auf keinen Fall @(.)@ nochmal hier feiern. ?10?
I: Ok Und wie sind sie eigentlich drauf kommen, dass sie die Svenja da teilnehmen lassen an dem Intensiv-Kurs?
E2: Erm ich bin darauf gekommen erstmal wusst ich dass es diesen Kurs gibt von Rebecca Albers, die kommt seit vielen Jahren und wir hatten halt das Geld nicht. Und bei uns im Ort gibt es eine Golfclub, dieser Golfclub hat gespendet für Svenja und Yuria. ?5? Weil das kann man sich hier leider fast nicht leisten als Normalsterblicher, muss @(.) ich mal so sagen.
I: Ja. So teuer?
E2: Für 2 Kinder und 1 Ko und noch paar Tage wo wir hier sind 7689. ?3?
I: Na gut bei den österreichischen Kindern wird das eher gefördert werden und und…
E2: Ja ich weiß nicht, wie das hier ist.
I: Nehm ich mal an. Fond soziales Wien oder so, dass da was beigesteuert wird von Stadt und Land. Gut erm Was haben Sie für Erwartungen g´habt, bevor Sie hierher kommen sind mit welchen Zielen haben Sie sie hierher geschickt?
E2: Naja einmal die soziale Kompetenz und ja dass sie sich auch ein bisschen auspowert und bewegen muss, weil die Werkstatt hat auch Urlaub und Svenja ist sehr faul, sie ist sehr schwer zu motivieren. Und diese ganze Gruppe motiviert ja doch ganz anders.
I: Mh.
E2: Gruppendynamik ist ganz was anderes als Einzeltherapie.
I: Das was sie jetzt g´sagt haben ist mir auch so vorkommen. Also da nix g´macht worden ist, wenn`s g`regnet hat dann war sie ganz anders wie am Vormittag die eine Stunde, wo sie vollgas Radfahren hat können, sich verausgaben hat können.
E2: Ja.
I: Sie fahrt auch eindeutig am besten Rad von allen Kindern in der Gruppe und ich glaub auch, dass das für sie ein wichtiger Punkt war. (3) Gut. Also die Erwartungen, würden Sie sagen sind die erfüllt worden?
E2: Ja.
I: (2) Also sie denken schon dass es in Ordnung war.
E2: Ich hoffe dass es ein bisschen nachhaltig ist, wie gesagt zu Hause ist die ganze Situation eben halt wieder ganz anders, man kann das irgendwie nicht ganz vergleichen. Das ist ganz anders wenn man ne Einrichtung hat, ne. So wie die konduktive Förderung. Weil ich muss auch arbeiten gehen zu Hause und dann ist eben abends nicht mehr wahnsinnig viel los, nur noch das nötigste gemacht. Im Sommer geht`s ja immer noch, aber im Winter ist`s früh dunkel, dann passiert wirklich nicht mehr wahnsinnig viel.

I: Auch für den Sport ist das dann ein Problem.
E2: Ja man geht nicht mehr großartig raus und sagt ich fahr nochmal Fahrrad. ?7?
I: Erm Wissen Sie eigentlich da über die Inhalte Bescheid? Was die hier, was hier geboten wird oder gemacht wird?
E2: Über alle Inhalte? Nein.
I: Aber so ungefähr, dass halt Sport und Therapie hier vereint sind?
E2: Ja ja. Gibt`s da irgendwas was Sie sagen würden, von dem mehr, von dem weniger oder denken Sie dass das ein ganz gutes Programm ist, das hier geboten wird?
E2: Würd ich ja sagen, ich kanns auch nicht wirklich beurteilen. Da ich nur in paar Tage da bin und ich war auch nicht in der Gruppe mit bei, weil macht keinen Sinn wenn Svenja mit in der Gruppe ist @(.)@
I: Mh. Ok Gibt`s sonst noch irgendwas, was Sie sagen möchten, was noch nicht angsprochen worden ist zu dem Thema
E2: Nicht das ich wüsste.
I: Bewegung und Sport was das für Einflüsse hat für sie oder Auswirkungen auf sie? Wird man erst sehen?
E2: Denk ich.
I: Gut dann danke dass Sie sich Zeit g´nommen haben.
Danke gerne ich hoffe ich konnte ein bisschen @(.)@ helfen.
Ja das haut hin.

1.7. Interview E3

I: Also mich würd einmal interessieren am Anfang die allgemeinen Daten: Name, Alter und die Diagnose.
E3: 25.12.95. Die erste Diagnose war Bild der Diplegie.
I: Diplegie war…
E3: Bild der Diplegie
I: Bild der Diplegie war damals die Diagnose?
E3: Damals Cerebralparese.
I: Ist das jetzt irgendwie adaptiert worden die Diagnose?
E3: Nein.
I: Wie sieht die familiäre Situation aus? Also leben Sie zusammen mit Ihrem Mann, oder?
E3: Geschieden.
I: Geschwister gibt`s?
E3: Nein.
I: Gut also könnten Sie einmal die Krankengeschichte von der Vanessa einmal schildern von Anfang an!
E3: Naja die Vanessa war a Frühkind, 7. Monat.
I: Mh.
E3: Es ist sehr schnell gegangen ich hab an Blasensprung g´hobt und hab eigentlich vorher a Cerclage ghabt jetzt war das offen, hab Fieber bekommen, Infektion und die Vanessa natürlich auch. Es ist gleich da Kinderarzt. Sie haben g´sagt sofort an Kaiserschnitt. Vanessa wurde eine Woche beatmet künstlich und da war die Diagnose im schlimmsten Fall geistig körperlich und dann ham sa`s aber angschaut und gsagt die reagiert auf ois. Die hat alle 3 Stunden geplärt um ihr Essen, hat sie geschrien und gebrüllt
I: Ok.
E3: Sie war ganz a hübsch, a für a Frühkind, sie hat sich eigentlich gut entwickelt. Und dann wurde sie im ersten Jahr therapiert, Feldenkreis, Streichelmassage und ich bin a damals g´rennt von einem zum andern. Dann war beim Dozent ??2? Sie hat sich nicht umdrahn können, sie hat gebrüllt, sie hat geschrien. Sie hot sie mit an Johr die Hoor ausgrissn, wann irgendwos net funktioniert hot. Sie war immer schwierig. Sie hot immer Schlofstörungen ghabt, dann is munter wordn in der Nacht, donn hob is`s zu mir eine glegt, dann hat sie gut geschlafen. Dann warn ma fünf mal in Russland zur Therapie.
I: Ok.
E3: Deblockade der Wirbelsäule, das Knacksen war dann ist sie aufd Füß kommen, weil sie is ja nur krabbelt und des hat`s net können, da hat sie sich nur an den Oberarmen gezogen, hinten noch gschoben. Feldenkrais hat sie geplärt als Baby, das hat sie nie akzeptiert und ich hab`s nach Jahren a no amoi probiert, wie da hab ich ma den, des war a New Yorker, a Therapeut, den hamma ausfindig gmocht und des wor eigentlich die Therapie für sie. Die, wie hast`n die ondere, die Vojta, die hab ich abgelehnt.
I: Ok.
E3: Und war mit ihr net gonga, da bin ich überzeugt davon. Ich hab das nicht probiert und sie ist nur nach Bobath therapiert worden. Hippotherapie mit dreieinhalb Jahren. Hippotherapie von dreieinhalb bis neuneinhalb, Schwimmtherapie dazwischen g´mocht, Tomatistherapie, weil des hot`s a, des überdimensionale Gehör. Und was sie nicht richtig filtern kann
I: Mh.
E3: Und manchmal merk ich`s, jetzt wann`s sogt „du kränk mich nicht wieder nur wenn i vielleicht und ich schrei ja net amal mehr, wann i sog und so geht es nicht, Vanessa!“ des konn`s net „du kränk mich nicht“ wie sie`s filtert weiß ich nicht.
I: Mh.

E3: Sensibel bis was i net also ganz. Tomatistherapie wos hamma no gmocht? Donn homma Adeli gmocht in Russland, da wor ma fünfmal, oder?
I: Was war das für eine Therapie in Russland?
E3: Deblockade der Wibelsäule; Chiropraktiker war er, der Professort Koziasky und dann hat`s geben die Manualtherapie, dann hom`s ghobt die Bewegungstherapie, Massagen, Bienenwachswickel.
I: Ok. Die war scho viel im Spital die Vanessa. Wegen Zähne, die sie sich net richten hat lassen ?5?
E3: Ja und dann hamma in Pistek da hamma die Adelitherapie gmacht. Da ist eben Sauerstoff angeboten und sie hat auch schon viel gesehn, das muss ich auch sagen.
I: Was war das für eine Therapie?
E3: Adeli in Pistek
I: Aha wo ist das?
E3: In der Slowakei
I: Ok.
E3: Massagen, Bewegungstherapien oba die Vanessa, je älter sie wurde, wie`s kla wor hot`s überall mitgmocht im Gegenteil sie wor net zum bremsen und jetzt desto weniger will sie machen
I: Gut. Erm was würden sie jetzt sagen ist das Hauptproblem von der Vanessa?
E3: Die Psyche. Und da ist seit zwei Jahren nix gmocht wordn an Therapien, weil das war die Hölle.
I: Ist da eine Schizophrenie festgstellt wordn?
E3: Das nennt sich ein psychotischer Belastungsschub, ein pubertärer psychotischer Belastungsschub. Jede Psychotik ist ja mit Schizophrenie verbunden. Weu jeder der in a Psychotik einefeut, glaubt Sochn die gor net do san. Und das war auch der Fall bei ihr. Sie glaubt sie stirbt, es ist ihr ganz schlecht gangen, sie hat ja nix gessen, sie hat abgnommen, sie ist nur gelgen, sie konnte nicht gehn, dann auch die Medikamente, weil die stoppen ja die Motorik so extrem, nen. Sie hat sehr viel geweint. Und ähhhähh. Sie hat nur ins Leere gstarrt, hob`s zwa Monat zaus ghobt und hab recherchiert im Internet, ich hab damals mei Ausbildung gmocht zu dem Integrationscoach. Ins Akh wollt ich nicht, weil ich den Professor Friedrich ablehne, bei dem wor ma scho. Und bin zum Primarius Gössler und der ist Leiter am Rosenhügel, da war sie dann a Monat. Sie war dann auch in der Tagesreha und des is jetzt, seit`s richtig eingstellt ist, des wird jetzt zwa Johr erst, ?3?
I: Mh. Gut und von den funktionellen Beeinträchtigungen her, von den motorischen?
E3: Vanessa war zum Beispiel noch der Therapie da war die Vanessa so gut, dass sie frei gehen konnte.
I: Ok.
E3: Aber da war das soziale Umfeld guat. Damals war die Sophie da, ich war noch verheirat mit mein zweiten Mann, wir warn spazieren, wir hom in Hund ghabt. Aber da wors guat.
I: Aber das hat sich ihrer Ansicht nach verschlechtert?
E3: Ja die Motorik auf jeden Fall. Sie muss ja auch was dazunehmen, dieses Akineton und ich weiß es insofern. Ich probier immer das ich runter komm mit den Tabletten. Jetzt hamma wieder mit dem Grieslen a bissl aufghört. Die Vanessa spricht auf ein Puzzerl von einem Pulver an. Wo i gor net glaub, dass die olle braucht. Nur ich würd ich halt sie sonst nicht aus. Die Vanessa wird aggressiv die tobt, da fliagt ois. Also i was net wia ma tuan und er hat a gmant jetzt während der Pubertät, sie hat so viel Erlebnisse, ihr tut soviel weh
Und drum is ma des ois viel vorrangiger, als des motorische. Bis neuneinhalb Jahren war ich nur dran gehn, gehn, gehen.
I: Ok.
E3: Und dann hat`s eh die Psychotik kriagt.
I: Ok. Gut.
E3: Und sie so reinpressen in was, die Möglichkeit hab ich auch nie. Mit 16 Johr? Das geht ja gar nicht.

I: Was haben sie jetzt noch für Ziele, Therapieziele? Was, was wär für sie wünschenswert, was noch zu erreichen ist?
E3: Dass die Psyche in Ordnung ist. Das ist mein Hauptziel. Alles andere natürlich, ich sag einmal so, ich schau dass ich raushol, was rauszuholen ist.
I: Mh.
E3: Und i denk ma natürlich, dass da Potenzial do ist und sie Ressourcen noch hat, nur jetzt in derer Pubertät sich überhaupt selbst nicht annehmen, gor net umgehn können, das nicht zu akzeptieren, akzeptieren wollen und i denk ma so leicht ist es auch nicht. Des konn ma leicht sogn. Das muss sie lernen, lernen. Was heißt lernen? Man muss akzeptieren, des schau ma, dass ma des können aber es wird immer wieder Momente geben, manchmal is halt besser, manchmal ist es schlechter, manchmal geht´s an besser wie`s jeden Menschen geht. Aber des is halt a schwierige Sache.
I: Ja sicher (3) Das ist glaub ich eh für jeden nicht leicht die Phase, na.
E3: Na. Nojo i konn mi net erinnern, solche Sochn wie sie. I wor ja a angepasstes Kind. Des stimmt i bin dann rebellisch wurdn, oba solche Pubertätssochn, die hob i net ghobt. Nein.
I: Ok.
E3: Wor i wahrscheinlich eine von den wenigen Glücklichen, ich weiß es nicht. @(.)@
I: Gut. Wie schaut`n so ein typischer Tag aus von der Vanessa, wenn man jetzt so einen typischen Wochentag hernimmt?
E3. Naja sie ist in die Schule gegangen, nen. Schule g´habt, sie wurde abgeholt um dreiviertel sieben und um halb neun hat die Schule begonnen.
I: Mh.
E3: Und sie hat normalerweise bis vier g´hobt. Wir hom ghobt…
I: Im Keil ward`s ihr in der Schule?
E3: Nein, nein. Und da wor`s in der Schule, donn hob i`s abgholt. Am Dienstag hamma Psychotherapie, da hab ich sie abgeholt um eins, um hoiba zwei weil wiir ham 2mal Psychotherapeutin ghabt. Dann samma irgendwie zum Mc Donald, weil i bin direkt von der Arbeit weg
I: Mh.
E3: Und sie ist von da Schule weg oiso Dann hab ich ihre Freundin damals gholt. Donnerstag hab ich sie abgeholt, da hamma einen Termin in der Riegersgasse ghabt, Ergotherapie.
I: Mh.
E3: Und so zwischendurch hamma entweder an an Mittwoch ghobt: Orthopäden oder Kieferorthopädie.
I: Mh.
E3: Oder wos homma den no ghobt? Oder eben in Gössla. Oiso oder an Augenarzt also was halt sonst so angfalln ist.
I: Also voller Tagesablauf? Montag bis Freitag immer bis spät?
E3: Und freitags war sie beim Opa. Also der hat`s immer von der Schule abgeholt, weil da derfs a Red Bull trinken und dann san`s zu erm zaus, da hat`s amal a Red Bull kriagt. Und do hots donn sie sitzt dann meist am Computer schaut ins Facebook oder chattet und schaut sie, FilEm schaut sa sie eh net an, Britt oder Kallwass, die Pschologin schaut`s ganz gern und die Gerichtssendungen. Und Samstag, Sonntag wos homma gmocht? Ja Samstag hamma reiten immer. Und im abtippen gewisser Sachen hat sie Schwankungen, da wills des machn, dann will`s des machen. Dann is an dem interessiert, dann warn die Pferde so interessant, dann ist was anderes interessant, jetzt lern ma russisch, da lernt sie russisch Vokabeln, solche Sachen
I: Ok. Also jetzt ist sie auch noch in der Schule oder?
E3: Letztes Schuljahr. Sie beginnt im September mit Assis
I: Wo beginnt sie da?
E3: Assis for you ist das,
I: Aha.

E3: do ist die Möglichkeit, es ist auch eine Tagesstrukturierung, ist aber so dass sie die Möglichkeit hat den Hauptschulabschluss nachzumachen. Wenn`s den net mocht, Betriebswirtschaftslehre ois mögliche, jetzt kummts amoi in die Orientierungsgruppe, dass man schaut wo sie passt oder was, ich habs mir so gedacht, ich war das erste Jahr. Und auch die Vanessa hat gsagt sie möchte, du schau ma uns die Orientierungsgruppe an, sie tippt gut, sie ist mit vereinhalb Jahren, Lernrechenspiele oder die Blocksberg, mit Zoihn und ois, gefördert worden am Computer. Sie tippt gern, sie tippt gut. Sie hat nie Rechtschreibfehler gmocht. Das ist natürlich auch ein Ziel, dass amal an geschützten Arbeitsplatz kriegt.
I: Gut erm gibt`s irgendwelche Hilfsmittel, die die Vanessa so verwendet?
E3: Nur die zugerichteten Schuhe.
I: Die Schuhe.
E3: Und in Rolli.
I: Ok. Der wird aber eher selten verwendet?
E3: Das ist auch so ein Thema. Wenn einer nicht gehen kann muss er sich reinsetzen und trainiert, dass er wo hinfährt,
I: Ja.
E3: oba sie hat an Bewegungsdrang, an regelrechten manchmal. Do muss i wirklich scho sogn, sog i pass auf, wenn ma gehn ins Donauzentrum. Da setzt du dich rein, weil da hasst mehr davon wenn`st schaust. Da kannst selber wohin.
I: Ja.
E3: Des moch i net, da geh i net mit ihr.
I: Ok. Gut erm nimmt jetzt die Vanessa an irgendwelchen Bewegungs- und Sportangeboten teil, auch unter der Woche?
E3: Nein.
I: Nix?
E3: Ja Reiten gemma jede Woche.
I: Jede Woche ist reiten?
E3: ja.
Ok.
E3: Wenn`s Wetter schön ist simma natürlich immer im Bod. Jetzt hat`s schwimmen glernt. In da Schule gibt`s a Schwimmtherapie und Bogenschießen auch nen.
I: Ok. Und wie kann sie sonst ihren Bewegungsdrang ausleben? Rennt`s herum?
E3: Sie braucht die Musik überhaupt zu verarbeiten und rennt do hin und her, geht eh scho die Maucher owe. Und sie schafft es, im Haus hat sie`s gschafft, ich hab die Küche ghabt, da wor do so a Block (zeigt auf einen Raumteil), ein Loch war da.
I: Ok.
E3: Na und jetzt rennt`s halt do hin und her. Auch beim Opa nen und so geht`s halt meist bei mir einghängt oder beim Einkaufengehen hat`s eh is Wagerl, wo sa sich anhält na.
I: Was sind jetzt ihrer Ansicht nach die Auswirkungen von diesen Bewegungsdrang, diesen Reizen auf die Vanessa? In psychischer Hinsicht, sozial, motorischer Hinsicht?
E3: Sozial find ich hat das <u>überhaupt</u> keine Auswirkungen. Weu was wichtig ist für Jugendliche ist ein Umfeld, das sie haben und des is sehr schwer, des hab ich bei ihr erlebt. Ich glaub dass ist auch ein Teil, warum sie da eineg`schlittert is. In der Nebenklasse warn normale Mädchen, sie ist in einer Klass mit lauter Buam gwesn, die in Rollsuhl warn, die Nebenklasse ist dann ausgezogen, sie hat niemanden mehr ghabt.
I: Mh.
E3: Und sie is in a Loch einegfoin, das war ein Wahnsinn und es waren keine Freunde mehr da. Und die Angebote, wos gibt, sie hätt si auch im Keil keine Freundinnen g´funden. Ich weiß es nicht. Und das war das Hauptproblem bei ihr. Absolut kein sozialer Kontakt und den hat ma anet wenn ma reiten geht amoi in der Wochn, i man nein.
I: Ok. Ist das nicht mit mehreren Mädls das Reiten? Ist das eher so ein Therapiereiten?
E3: Nein das ist. Wir ham das noch nie mit mehreren g´hobt. Wir ham von der Schule aus g´hobt. Die Hippotherapie wor a nie wor imma mit ihr.

I: Ok. Und wie wirkt die Bewegung in psychischer Hinischt? Ist das so ein Ablassventil, oder?
E3: Na das bin ich.
I: Ok.
E3: Glaub ich. Des bin ich. Auch ich krieg ois o. Die Vanessa hat im Juni so a guade Phase ghobt. Mai, Juni wor sche, do is natürlich aufgelebt, weil sie gesehn hat was sie kann. Und sie reitet jetzt wirklich auf kane Therapiepferd. Die spinnade Dame haut aus die hat sie so in die Höh gehoben worden, die Vanessa und i ham mi dann selber draufgsetzt, weil i´s probiert hab, weil i bin früher reiten gangen. Und sie hat keine Angst mehr gehabt, die Vanessa, sie hats otädschlt und is in Ordnung, is in Ordnung und sie sitzt sche obn und sie is getrabt, sie is galoppiert. Natürlich war das für sie, des Erfolgserlebnis.
I: Ok.
E3: nen. Und auch für mich hab ich gsagt, na wennst willst kannst, hamma gsagt in die Ferien gemma zwamoi. Nur jetzt hamma Pausn gmocht von 3 Wochn.
I: Ok. Also würden Sie sagen, dass das eben dieses Reiten dazu dient Selbstvertrauen aufzubauen, dass man sieht was man kann?
E3: Wenn man sieht was man kann, a Zeit is net gonga, i hob Angst ghobt, dass net amal an Schritt gehen hat könna und i bin oba daneben gonga. I orbeit in einer Behindertenwerkstätte und kenn die Therapeutin, wo wir mit unsern hingehn und do hob i`s auch angemeldet und die Irene hat das Pferd geführt im Schritt die Julia is a Haflinger, der scho einschloft beim gehn. Ich daneben gegangen, Mama, Mama, Mama. Des war schrecklich. Wenn i was wos die scho gmocht hot. Die Zügel halten können mit neinahoib Johr und es gangen.
I: Ok Und weil sie gsagt habn sie is schön oben gsessn. Ist das für die Haltungsverbesserung auch förderlich das Reiten?
E3: Es macht ihr Spaß es tut ihr gut. So lang sie`s machen will, wär ich schaun dass ich ma`s leisten konn.
I: Ok.
E3: I hab man et amal Gedanken gmacht, was mir allerdings aufgefallen ist, sie is auf an Pferd grittn, und i bin sehr nervös gwesn, scho beim Aufsteigen, vor, zurück, vor, zurück, links, rechts und sie hamma gsogt die Sonja die Reitlehrerin hat gsagt: „Es hat an Charakter, es is a Charakterpferd“ und die Vanessa is obengsessn und is galoppiert und die Leiter, also der des ghört, die hat sie fotographiert und sie die Ganganalyse dann angeschaut und die die hat gsagt es ist ein Phänomen, des is ja wirklich spinnad, und die Vanessa sitzt oben und wenn man sich den Gesichtsausdruck anschaut, von Pferd und Reiter, glaubst das ist eines und er ist bei ihr wirklich sehr brav. Und wir sind dann nachher in Prater gongan und ein Gedränge links und rechts und die Vanessa hat ein Gangbild angenommen, wie wann`s traben tät. Oiso wo sie normalerweise ja so schlenkert ist sie so gegangen (demonstriert aufrechten Gang), wie wann`s traben tät. Ganz leichtfüßig und schön elegant
I: Ok.
E3: Des is ma aufgfoin, des gibt`s jo net, also das war ein Phänomen, das war ein Highlight, das hat`s bei kann Pferd no ghobt.
I: Ok, cool. Ok. Aus welchen Gründen haben Sie die Vanessa teilnehmen lassen an dem Camp?
E3: Weil ich arbeiten musste bis drei.
I: Ok.
E3: War der Hauptgrund und i hob ka Unterbringung, i hob`s jetzt im August, i hob jetzt no Urlaub , geh nächste Woche arbeiten, dann hab ich wieder 2 Wochen Urlaub und donn muss i wieder orbeiten, das hab ich eingearbeitet im Juli. Jeden Tag bis drei.
Und beim Opa, des schofft er afoch net.
I: Ok.
E3: Das wär zuviel. Es geht bis eins. Und sie braucht erst einmal a Struktur auch, sie muss ja unter andere, des schod jo ned und die Bewegung auch und es tuad sie wos.

Oiso und i hob jo net gwusst, dass die Andrea net do is, oba die hob i sehr gern gemocht, die Andrea Sommer.
I: Mh.
E3: Und i hoit sehr viel von ihr. Und i find dass sie a ganz a supa Therapeutin is.
I: Ok.
E3: Ja. Ist meine Meinung.
I: Das wievielte Mal war sie jetzt dabei?
E3: 5 mal.
I: Und haben Sie irgendwelche Erwartungen g´habt an das Camp?
E3: Nein.
I: Haben Sie jetzt, ich mein Sie haben die Vanessa ja jetzt jeden Tag g´sehn während dem Camp? Oder?
E3: Ja.
I: Haben Sie da irgendwelche Veränderungen feststellen können?
E3: In der ersten Woche hat sie sich um sieben halb acht niedergelegt, so k.o. war sie.
I: Ok. (3) Auch so in psychischer Hinsicht?
E3: K.o. Aber sonst war sie recht ausgeglichen, find I also.
I: Mh.
E3: Sie hat dann zwar wieder gsagt I will nicht, I mag nicht, aber und dann hat sie die Julia troffen.
I: Und da hat`s erm irgendwelche Veränderungen geben in funktioneller Hinsicht? Gibt`s da irgendwas, hat sich da beim Gangbild irgendwas verbessert?
E3: Nein. Vielleicht kommt`s noch, bei der Vanessa is imma a paar Wochen später.
I: Wissen Sie über die Inhalte Bescheid, die da gmacht werden bei den Intensivwochen?
E3: I wor ja selber immer dabei, als sie klein war. Wie`s noch klein war, wor i dabei.
I: Würden Sie da irgendwas ändern? Wär da ihrer Ansicht nach irgendwas besser, wenn man mehr davon machen würde, oder weniger?
E3: Des kann I so net, also ich denke nicht, also so wie im Sommer des gmocht wird. Schwimmen wär guat, wenn`s irgendein Angebot gäbe zum Beispiel ich hab für die Vanessa was gesucht, damit sie schwimmen lernt.
I: Mh.
E3: Sie kanns jetzt eh, es war sche wonn sie`s regelmäßiger machen würde. Dass wirklich sitzt. Oba da wüsst i a net, wo`s irgendwo was gibt. Es gibt eben in Stockerau diese Sommergruppe da, diese Kinder und Müttergruppe da, na fürchterlich sie hat gsagt sie will mit Freunden fortgehn, mitten in der Pubertät, nicht mit dir. Ich war aber verpflichtet dass i aber dort mitgeh und worn wieder a paar schwere Fälle, die Zeit dass die da dran kommt für fünf Minuten. Da hamma an Zehnerblock absolviert, Abschiedsessen mit Pizza und so und dann hob i mi nur g´ärgert. Im Winter die Strapazen Anziehen, Ausziehen, sie auf mi an Zurn, wir reiben uns auf, wir haben uns ja ständig. Na und in der Schule is ganz guad ganga und da ist auch weg von mir und sie will auch weg von mir. Sie soll ja auch weg von mir, also tu ich ma net sowas an.
I: Gut gibt`s von Ihrer Seite sonst noch irgendetwas was sie gern sagen würden zu dem Thema, oder? Zu Sport und Bewegung
E3: Jo wo gibt´s wirklich irgendwas zum Schwimmen?
I: Während diesen 3 Wochen war ma halt, wenn`s Wetter passt hat schwimmen mit allen, aber das…
E3: Jo genau. Früher war das jeden Donnerstag. Word`s ihr net im Hallenbad, oja?
I: Oja, ja Dienstag, Donnerstag wärs eigentlich vorg´sehn g´wesn, aber wenn`s Wetter net passt hat, dann sind ma halt eher net g´angen.
E3: Wos hot des mitn Wetter zum tuan, des is ja eh gschlossn?
I: Ja dann aber nachher mit nassen Haaren teilweise und…
E3: Aso deswegen…
I: Wir sind dann doch wieder außen herum gangen und.
E3: Mh.
I: Und wenn`s dann nur elf, zwölf Grad hat.

325 E3: Das ist schade. Das ist schade.
326 I: Ja.
327 E3: Des denk i ma verbessern, das wär schön wenn öfter schwimmen gegangen wäre.
328 I: Mh. Na wie g´sagt wenn`s Wetter passt hat, dann…
329 E3: Das ist was Wichtiges und was Gutes, nen
330 I: Ok. Gut dann sag ich danke. Das wärs eigentlich eh schon g´wesn.
331 E3: Gerne, gerne.

1.8. Interview E4

I: Gut also am Anfang würde mich einmal interessieren die allgemeinen Daten. Also das Geburtsdatum vom Marcell, oder sein Alter erm und die Diagnose.
E4: Also der Marcell ist jetzt 16.
I: Mh.
E4: Die Diagnose lautet CDG-Syndrom.
I: Wie ist die Diagnose?
E4: Cesar Dora Gustav Syndrom.
I: Ok.
E4: Ist eine Stoffwechselerkrankung
I: Ok (4)
E4: Seit der Geburt.
I: Mh.
E4: Das ist ein Gen-Fehler.
I: Ok. Wie sieht die familiäre Situation aus? Leben Sie mit Ihrem Mann zusammen?
E4: Ja (2) mit dem Kindsvater.
I: Ok. Geschwister gibt`s auch?
E4: Nein.
I: Keine Geschwister (2) Gut und sie leben hier in der Wohnung nehm ich an. Könnten Sie mal so kurz die Krankengeschichte vom Marcell schildern? Von Anfang an. Wie das begonnen hat und sich entwickelt hat welche Therapien sie g´macht haben?
E4: Mh. Im Großen und Ganzen bis zum 4. Lebensmonat hatten wir nicht gewusst, dass wir ein behindertes Kind haben.
I: Mh.
E4: Dem Kinderarzt ist das dann aufgefallen und hat uns zur Entwicklungsdiagnostik geschickt.
I: Mh.
E4: Und dann ist die Sucherei hat begonnen und (räuspern) nur durch Zufall wurde dieses CDG-Syndrom entdeckt, indem er ah gestürzt ist mit der Oma.
I: Ok.
E4: Ein Kat g´habt hat und und und ah am nächsten Tag apathisch geworden ist und äh a dunkelblaue Hand g´habt hat bin ich mit ihm ins AKH g´fahrn.
I: Ok. Und da wussten sie das immer noch nicht was da los ist. A Professorin hat dann g´meint das hört sich ganz nach CDG-Syndrom an.
I: Ok.
E1: Und bei jedem Infekt mussten wir bangen, dass er eventuell sterben könnte, weil seine Blutwerte dementsprechend also bei Fieber seine Blutwerte in Keller sinken. Also das heißt hin und wieder hat er Blutplasma gebraucht, weil die Gerinnungsfaktoren sind in den Keller gefallen.
I: Mh.
E4: Leberwerte erhöht bis zu einer 4stelligen Zahl der ?1? Wert zum Beispiel, wo ein Schwerstalkoholiker zwei/dreihundert ?1?Wert hat und da Marcell hatte 1850 zum Beispiel.
I: Mh. Ok. Welche Therapie haben sie dann äh sind da g´macht worden? Welche motorischen oder Physiotherapie oder…?
E4: Ja er war von Anfang an in der Elternschule im Institut Keil.
I: Ok.
E4: Also das war dann mit 2 Jahren.
I: Ok.
E4: Vorher war ma bei der Magistrat Physiotherapie machen also als Baby noch (4), mit einem ja erstes Lebensjahr gleich. Weil er war an und für sich ziemlich steif und wir mussten probieren dass er seine Beine irgendwie ah ah zu sich…Ich kann das jetzt schlecht erklären in irgendeiner Form, dass er runder wird @(.)@
I: Ok.

E4: Also das war das Ziel amal.
I: Mh Gut das warn dann was würden Sie jetzt sagen ist sein Hauptproblem?
E4: Also das weiß ich. Also das ist auf jeden Fall zu 100% das Gleichgewicht, dadurch das sein Kleinhirn zu klein ist durch dieses Syndrom
I: Mh.
E4: hat er kein Gleichgewicht. Da das Kleinhirn an und für sich verantwortlich ist für die Motorik.
I: Mh. Also das würden sie auch erm das Hauptproblem eher in wenn man das global sieht eher in diesem motorischen Bereich ansiedeln? Oder mehr psychisch oder sozial?
E4: Also sozial hat er überhaupt keine Probleme. Er ist immer gut drauf und
I: Mh. Ok. Was hat er für funktionelle Beeinträchtigungen? Also eben das Gleichgewicht, das heißt gangmäßig wahrscheinlich oder?
E4: Ja.
I: Sonst?
E4: Koordinationsschwierigkeiten dadurch natürlich.
I: Ok. Sonst weitgehend selbstständig, oder?
E4: Ja.
I: Gut. Welche Therapieziele hätten Sie noch, also was würden Sie gerne beim Therapieinstitut Keil usw. erreichen für´n Marcell? Was wäre ihre…?
E4: Die wird's nicht mehr allzu viel geben. Wir haben eigentlich alles ausgeführt,
I: Mh.
E4: das Gleichgewicht wird er net zruck kriagn, wenn das Kleinhirn zu klein ist.
I: Mh.
E4: Aber vielleicht noch a bissl selbstständiger.
I: Ok.(4) Gut. Könnten Sie mal einen so typischen Tag vom Marcell, so einen typischen Wochentag wie der so abläuft?
E4: Ich weck ihn auf @(.)@, dann krieg ich einmal die Faust zu sehen, weil er ein Morgenmuffel ist.
I: @(.)@
E4: Das ist immer das Netteste. Dann streiten sich der Helmut und ich immer. Ich sag immer zum Helmut du gehst rein. Er sagt nein ich geh rein. Das ist die Höhle des Löwen betreten in der Früh. Es ist wirklich unglaublich und ja dann küss ich ihn halt wach, dann ist er gleich noch zorniger. Ja bevor er dann zu sich kommt hat er seinen Kakao in sich.
I: Mh.
E4: Dann Frühstück, dann wird er angezogen. Toilette, waschen. Badezimmer und dann für die Abfahrt bereit machen ins Institut Keil mitn Fahrtendienst.
I: Mh. Und nachmittags, wie schaut´s nachmittags aus?
E4: Ah Nachmittags,
I: Montags ist er glaub ich in der Sportgruppe?
E4: Montags ist er in der Sportgruppe ja. Da kommt er um halb 6, 6 nach Hause.
I: Mh.
E4: Oder auch irgendwann einmal. Ja dann ist an und für sich nur noch das Abendessen, duschen, Computer
I: Mh.
E4: Bissl fernsehen und schlafen.
I: Ok. Was hat er für Hilfsmittel? Die er verwendet?
E4: Die er verwendet. Hm Er hätte einen Rollator hier.
I: Mh.
E4: Aber den verwend ma leider nicht, weil ich Angst hab. Weil ich schon ein bissl gesehen hab was passiert, was passieren kann oder passiert ist. Ja und…
I: Stürze?
E4: Mh. Ich kann da nicht über meinen Schatten springen. Ich mein Gehstrecken mach ma so und so, da geh ma eh vom Kinderzimmer auf die Toilette raus, also aber schon mit Handfassung.

I: Mh. (2) Das heißt sonst bewegt er sich, wenn er sich selbstständig fortbewegt mit dem Rollstuhl?
E4: Ja. Ich weiß das is net sehr förderlich aber…
I: Ja also man muss ja nicht ständig gehen, da versteh ich Sie schon, dass Sie da…
E4: Ja also es war zweimal im Institut Keil, dass da war er noch so klein
I: Mh.
E4: Und da sind wir mitn Rollator und ich sag baba und geh schon bei der Türe raus und dreh mich nocheinmal um und ich sehe wie er wie ein Stück Holz umfällt ohne sich abzustützen, aber das hat er noch nicht können, dadurch dass er ein Zwergerl war, also ich wieder hin. Für mich ist eine Welt zusammengestürzt und eine Woche später dasselbe Theater noch einmal und seitdem bin ich ein bissl ja was das anbelangt weil ich seh ihn ja so wackeln ja, das ist für mich sehr belastend.
I: Mh. Also diesen blauen Helm hat er als Sturzprophylaxe?
E4: Ja ja ja.
I: Gut. Also an welchen Sportangeboten nimmt er jetzt teil, außer das am Montag? Macht er sonst noch irgendwas?
E4: Nein. Nein.nein.
I: Ok (4) Erm Also wenn sie jetzt erm daran denken, welche Auswirkungen das hat dieser Sport, den er da am Montag macht, erleben Sie ihn da irgendwie anders? Haben Sie da irgendwelche Veränderungen sehen können, oder gibt's da von ihm irgendwelche Rückmeldungen?
E4: Einmal die Woche also ich hab es deswegen gemacht, weil er Spaß daran hat ja.
I: Mh.
E4: Weil in Wirklichkeit hat er ja genug Therapien im Institut Keil.
I: Mh.
E4: Sport, Sportwoche erm ich sehe für mich persönlich keine Veränderung. Jetzt nach Strebersdorf sehe ich sehr wohl eine Veränderung, allerdings net in der Psyche oder sonst irgendwas, sondern punkto Aufrichtung des Körpers. Also die Skoliose hab ich das Gefühl
I: Mh.
E4: ist ein bisschen weniger geworden. Woran es liegt weiß ich nicht. Also er hat einen deformierten Rücken
I: Mh.
E4: und das ist jetzt besser geworden.
I: Das haben Sie jetzt nach Strebersdorf erkannt oder?
E4: Ja, ja,ja total.
I: (5) Gut Erm also er besucht ja das Institut Keil
E4: Mh.
I: Machen Sie sonst zusätzlich noch irgendwelche Therapien, oder?
E4: Nein, nein, nein. (3) Das wäre ja zeitlich gar nicht möglich.
I: Ja also ich denk auch dass das vollkommen reicht.
E4: Das ist total ausreichend und wir ham uns genau diese Schule ausgesucht, eben weil er da alles inkludiert hat. Ob es jetzt Physiotherapie Es ist ja alles irgendwo verkapselt in dem Institut Keil Physio, Ergotherapie es ist ois drin.
I: Ok.
E4: Selbsthilfetraining, ich mein besser kann man sich´s nicht wünschen. (2) Ich kenn kein Institut was das noch ähnlich macht
I: Mh. Ok.
E4: Und ich glaub auch, dass man heutzutage nicht so weit wären, was (2) ihn anbelangt an und für sich so wie er heute ist. Das hätt ma nie erreicht.
I: Ok Also sind`s zfrieden mit dem Institut Keil?
E4: Also ich emphiehl´s jedes Mal weiter. Wenn ich jemanden kennen lerne der in einer anderen Tagesstätte oder Schule oder sonst irgendwas dann melde dich einmal beim Institut Keil und schau einmal ob dir die weiterhelfen können.
I: Mh.

E4: Es gibt nichts ähnliches.
I: Mh. Gut aus welchen Gründen haben sie jetzt sind sie auf die Sommer-Intensiv-Therapie kommen? Wie sind Sie darauf gestoßen? Wurde vom Institut Keil schon angeboten, oder?
E4: Richtig. Früher war´s so, dass ma auch Pferde dabei hatten
I: Ja.
E4: Weil es ist ihnen ja auch darum gegangen, dass er ja auch reitet. Mittlerweile hat sich das mit die Pferde aber seit ein paar Jahren erledigt, warum auch immer.
I: Mh.
E4: Ja und wir sind trotzdem dabei geblieben, weil das eben Radfahren auch dort intensiv betrieben wird. Das find ich ganz toll.
I: Mh. Hat das positive Auswirkungen ihrer Ansicht nach, das Radfahren? (2) Oder?
E4: Es hat ihm heuer zum ersten Mal so richtig gefallen in Strebersdorf.
I: Diese 3 Wochen?
E4: Diese 3 Wochen.
I: Wie lang nimmt er schon teil?
E4: (2) 10mal? (2) Wir sind alte Hasen.
I: Mh.
E4: Also welche Erwartungen haben sie da g´habt bei den Sommer-Intensiv-Wochen?
I: Haben Sie da irgendwelche Ziele g´habt, was er mitnehmen soll aus diesen 3 Wochen?
E4: Hab ich eigentlich gar keine g´habt
I: Ok. Sondern das ist für Sie einfach ein fixer Bestandteil im Sommer?
E4: Das ist richtig. Richtig. Dass noch einmal kurz vor die Ferien, vor seine Ferien sag ich mal noch einmal Vollgas gegeben wird.
I: Mh.
E4: Und dann sein Körper ein bisschen Ruhe bekommt. @(.)@
I: Mh. (7) Von den Veränderungen her haben Sie g´merkt, dass sie merken haben können, dass er die Aufrichtung besser kann?
E4: Ja hab ich das Gefühl ja.
I: Sonst haben Sie nicht irgendwelche Veränderungen nach dem Camp jetzt feststellen können, wie dass er fröhlicher ist oder motivierter vielleicht irgendwas anderes? Selbstständiger?
E4: Nein in dem Fall nicht.
I: Mit den Inhalten sind Sie ja scheinbar vertraut in Strebersdorf oder?
E4: Richtig ja.
I: Würden Sie da irgendwas, fehlt ihnen da irgendwas oder…?
E4: Das Reiten geht ma halt ab.
I: Ok.
E4: Also das Reiten wäre toll, wenn sie das dann noch einmal irgendwie aufnehmen könnten.
I: Mh. Was erwarten Sie sich davon vom Reiten? Warum hätten Sie das gern dabei?
E4: Der Gleichgewichtssinn wird da wieder angeregt.
I: Ok. Also haben Sie damals positive Auswirkungen sehen können bei ihm, wie das Reiten noch dabei war?
E4: Nein, da warn wir erst in der Anfangsphase. Das warn nur 2/3 Jahre wo wir noch die Pferde nutzen ham können.
I: Ja.
E4: Das war zu wenig. Weil das war auch ziemlich wetterabhängig die Reiterei, meistens hama schlechte Sommer g´habt, na.
I: Mh Na klar das ist immer wieder schwierig, gö?
E4: Mh (.) Somit wars dann a bissl blöd, das hat man dann nicht gesehen, also irgendwelche Verbesserungen oder sonst irgendwas. Aber, dass also vielleicht die psychische oder ah zu Tieren an und für sich. Ah da hat sich dann aber ergeben, dass er an und für sich auf Tierhaar allergisch ist genau und da hat man dann die Pferde mit

Decken abgedeckt beim Marcell. Ja das war so eine Sache, da sind ma auch drauf gekommen, dass der Marcell auf Tierhaare allergisch ist.
I: Ok (3) und wie ist das eigentlich seit sich der Marcell da in den Jahren im Institut Keil verbessert vom motorischen her? Oder ist das eher gleich blieben oder verschlechtert? Oder hats so auf und abs geben?
Nein überhaupt net es ist nur immer so, manchmal steht er, das heißt er lernt weder was dazu noch äh äh Rückfälle, also Rückschritte in dem Fall. Rückschritte gibt's auf gar keinen Fall
I: Mh.
E4: Und nur wenn er steht, das macht mich dann ein bisschen fertig. Ja da geht einmal nix weiter @(.)@, weder geistig noch körperlich.
I: Mh
E4: Aber das ist halt eine Entwicklungsphase bei ihm. Da steht er, dann kommt einmal nix dazu und dann geht's wieder bergauf.
I: Ok.
E4: Am schwierigsten ist bei ihm halt sein Wachstumsschub. Also da lernt er glaub ich nie wieder was dazu, weil @(.)@ weil da steht er so lange und und da geht nix mehr. Aber ich glaub jetzt hamma das Level erreicht. Also jetzt wird nicht mehr viel dazu gelernt werden können.
I: Mh.
E4: Weil`s jetzt hauptsächlich an die Gleichgewichtsstörung an der Gleichgewichtsstörung liegt.
I: Gut. Ok da sind ma jetzt eh schon am Ende. Gibt's für Sie noch irgendwelche, irgendwas was sie noch sagen möchten, was noch nicht thematisiert worden ist. Im Zusammenhang mit Bewegung und Sport und den Auswirkungen davon? Für ihn für`n Marcell?
E4: Er hat Spaß daran und ich glaub das ist wichtig.
I: Ok. Passt dann sag ich danke, dass Sie sich Zeit g´nommen haben. Das war´s eh schon.
E4: Gerne.

1.9. Interview Ki1

I: Ganz am Anfang würd ich von dir gern wissen, deinen Namen, Alter?
Ki1: Yuria K., 15
I: Ok. Gut. (1) Weißt du über deine Diagnose Bescheid?
Ki1: !Ja! Spastische Diplegie.
I: Ok. Das steht überall drauf auf den Arztzetteln, oder?
Ki1: Jo.
I: (3) Gut.(1) Ok. Wie schaut deine familiäre Situation aus? Und Wohnsituation? Wo wohnst du?
Ki1: Zu Hause.
I: Du wohnst zu Hause.
Ki1: Wie meinst du?
I: Jetzt so also vor den 3 Wochen.
Ki1: Erm ich hab gewohnt in einer betreuten Mädchen-WG.
I: Mh.
Ki1: Also nicht bei meinen Eltern. Da bin ich allerdings jetzt schon seit ein paar Wochen raus, weil ich eben über den ganzen Sommer nicht da bin.
I: Mh.
Ki1: Die ist in Salzburg. Und ich bin über den ganzen Sommer nicht da und im September zieh ich ja nach Wien. Deswegen wohn ich jetzt die 3 Wochen hier und über den Sommer bin ich unterwegs, das heißt ich hab vorher gewohnt quasi in ner WG.
I: Mh.
I: Und dann ab September auch wieder eine WG, oder?
Ki1: Das ist das Schülerheim in der Ungargasse, gehört zu ?5?
I: Gut (.) Und deine Eltern? Sind leben zusammen oder?
Ki1: Nein die sind getrennt. Mein Vater wohnt in den Vereinigten Staaten und meine Mutter wohnt in Salzburg.
I: Mh.Geschwister hast auch?
Ki1: Zwei Halbbrüder hab ich.
I: (6) Gut. Diese WG, die wo du g`wohnt hast ist behindertengerecht eing`richtet gwesn oder ist das?
Ki1: Nein das hab ich auch nicht gebraucht.
I: Überhaupt nicht gel?
Ki1: Das war ganz normal Standard. Also da war sonst keine, die irgendwie beeinträchtigt war.
I: Ok. Kannst du mir generell von deiner ah Beeinträchtigung erzählen wie das äh verlaufen ist von Anfang an?
Ki1: Also das war so, als ich ganz kleines Kind ich war ganz lang im Kindergarten. Also ich war eben eine Frühgeburt, war zwei Monate zu früh und dann Sauerstoffmangel bei der Geburt und war total blau also da war
I: Mh.
Ki1: Ist wahrscheinlich einiges dabei abgestorben. @(.)@
I: Ok.
Ki1: Und danach war ich eben in Kindergarten.
I: Mh
Ki1: Und man hat sich halt nicht weiter Grübeln darüber gemacht.?2? Und mit drei oder fast vier glaub ich hat dann meine Stiefmutter g`sagt, jetzt stimmt irgendwas nicht und dann obwohl fast alle Ärzte gesagt haben es wird nix und wir spritzen da jetzt und schneiden auf und keine Ahnung, hamma`s dann doch hingekriegt, also ich hab dann laufen gelernt mit vier. Ein bisschen wackelig aber es geht.
I: Ok. Gut. Mit welchen Therapien hast du hast du Erfahrung?
Ki1: Erm ich hab gemacht Petö, erm konduktive Förderung hier eben jetzt.
I: Mh.

Ki1: Erm dann Hippotherapie hab ich gemacht, Ergotherapie hab ich auch gemacht, allerdings nur kurz, Physiotherapie hab ich gemacht und das war`s eigentlich.
I: Ok (3). Was würdest du sagen ist momentan dein Hauptproblem. Was stört dich am meisten?
Ki1: Also stören tut mich vieles. Es gibt eine lange Liste von Dingen, die ich noch hinkriegen möchte.
I: Mh.
Ki1: Aber was jetzt im Moment das aller,allerwichtigste ist, dass meine Vorfußmobilität ausgebaut wird und dass ich meine Außenkanten belasten kann. Weil es sein könnte, dass das der Dreh- und Wendepunkt ist, warum mein Gangbild nicht besser wird, weil das funktioniert ja bei anderen von selber und ich steig eigentlich sehr nach innen und dass ist jetzt erstmal fürs nächste Jahr das oberste Ziel und dann gibt`s noch ein paar untergeordnete, die auch noch bearbeitet werden.
I: Hast du dir das selber gsetzt das Ziel, oder ist das von irgendeinem Therapeuten?
Ki1: Erm Das ist eigentlich so, wenn ich hier bin, also es war so dass mir letztes Jahr drüber geredet haben, ob ma da operieren muss oder nicht und ich hab dann g`sagt ja wenn ich nicht muss, dann mach ich`s nicht, weil das ist halt ein zusätzliches Risiko.
I: Mh.
Ki1: Und das war mir dann halt selber ein Ziel, weil mir dann aufgfallen ist, dass. Ja es ist mein Ziel. Alles was ich mache sind meine Ziele.
I: Mh
Ki1: Das ist nicht von Therapeuten gesteuert. @(.)@
I: Na eh weil du den Fachjargon verwendet hast also da hab ich mir gedacht vielleicht hast du das
Ki1: Hm nochmal.
I: Na diese Vorfußmobilität, Außenkante belasten
Ki1: Also das ist schon mein Ziel.
I: Aha
Ki1: Das ist schon mein Ziel. Natürlich kam der Anspruch von den. Bei mir selber wärst jetzt, ich hab mir gedacht, bei was anderem, es liegt nicht an meinem Gangbild. Aber ist wohl doch wahrscheinlich das und jetzt ist es quasi mein Ziel, dass das im nächsten Jahr passiert.
I: Also wenn man das so zusammenfasst, dann möchtest du dein Gangbild verbessern? Das ist dein großes Ziel?
Ki1: Genau.
I: (7) Wie schaut`n so ein, ein typischer Tag aus in deinem Leben, also bevor du eben, also vor den 3 Wochen da im Camp? Wie hat das ausgschaut?
Ki1: Erm. Ich bin um sieben, nein um sechs bin ich aufgestanden, dann ab in die Schule, von acht bis vier Schule mit einer Stunde Pause.
I: Ok.
Ki1: Erm. In dieser Schule war schon eingerechnet einmal in der Woche 40 Minuten Physiotherapie und einmal in der Woche 20 Minuten Hippotherapie.
I: In der Schule?
Ki1: Ja das gehört zur Schule dazu, allerdings war ich damit nicht so ganz zufrieden und jetzt wechsel ich ja eh Schule, damit ich nach Hause komm und einmal in der Woche müsst ich dann halt noch kochen und dann musste ich am Freitag auch putzen, weil halt in der WG jeder so seinen Bereich hat. Putzen das Zimmer und dann ja halt nach der Schule war ich in einem Trampolinspringverein.
I: Das hast auch noch einmal in der Woche gmacht?
Ki1: Das hab ich eigentlich dreimal in der Woche g`macht, wenn ich`s g`schafft hab.
I: Dreimal plus putzen, plus äh. Kochen?
Ki1: Das ging eigentlich ganz gut, weil es war abends von acht bis zehn oder so.
I: Erm aber das hat erm langsam aufgehört weil eben mit Schulschluss, da musst ich meinen Schnitt verbessern, da hab ich dann nimma so viel Zeit g´habt.

Ki1: Oja das hab ich auch noch g`macht und sonst halt was man so für Hobbies hat. Das Jahr ist halt ziemlich viel für Schule draufg´angen, irgendwie Freizeit hab ich nicht g´habt, weil ich ja jetzt auf ne weiterführende Schule geh.
I: Ok und das ist so eine integrative Schule g´wesn?
Ki1: Ja genau.
I: Gut. Hast du irgendwelche, verwendest du irgendwelche Hilfsmittel, oder…?
Ki1: Ich hab Einlagen, sensomotorische, und dann hab ich halt noch so Sachen zu Hause wie ich weiß nicht ob das als Hilfsmittel zählt, Theraband und Wabbelplatten und sowas einfach zum Üben.
I: Das sind eigentlich Trainingsgeräte dann, oder?
Ki1: Also ich hab keinen Rollator oder so.
I: Ok. Gut (3) Erm das heißt deine Sportangebote, die du wahrnimmst sind Trampolinspringen und Physiotherapie oder?
Ki1: Genau und dann war ich halt noch schwimmen, aber das war mehr so zum Spaß.
I: Alleine ohne Therapeuten?
Ki1: Nein, nein. Mit meinen Leuten also mit den Mädls aus der WG war ma meistens so.
I: Mh. Ok. Und wie bist du da drauf kommen, dass du das machst, diese Bewegungsangebote? Ja Trampolin zum Beispiel?
Ki1: Also das war so, dass ich vor 2 Jahren seit langem wieder in Strebersdorf war, ich hab dazwischen eine große Pause gemacht, obwohl mich alle kennen, da war ich noch ein Zwerg also. Erm und da haben wir eben dieses Trampolinspringen ang´fangen. Und mir ist eben aufg´fallen, dass es total hilft, dass es auch meinen Vorfuß gut tut, weil´s die Ferse nach unten bringt
I: Mh.
Ki1: Weil durch das Dehnen erm es hat einfach riesig Spaß gmacht und es ist ja noch einmal ein Unterschied ob du aufn richtigen Sportgerät springst oder auf nem Gartentrampolin,
I: Mh.
Ki1: das man bei Hofer kaufen kann.
I: Mh.
Ki1: Und dann haben eben die Betreuer aus der WG mal nachg´schaut, was es da so gibt und da gab`s eben diesen Verein in Salzburg und die hab`n ma ganz gut gfalln und hat Spaß gmacht und hab`s dann eben einfach gmacht.
I: Ok. Das heißt du verfolgst eigentlich auch therapeutische Ziele mit dem Therapiespringen, mit dem Trampolinspringen?
Ki1: Schon ja. Also in erster Linie geht`s eigentlich um den Spaß und dass ich mich halt beweg, weil sonst passiert´s eben nicht, wenn ich mir nicht da irgendwelche Termine mach. Aber ich schau schon, dass ich da nicht auch auf therapeutische Ziele quasi hinarbeite.
I: Mh. Und hast du da Freunde auch in dem Trampolinverein, oder?
Ki1: Doch natürlich, also.
I: Schon?
Ki1: Hab ich alle recht gern gemocht. Jetzt bin ich ja umgezogen, also jetzt vielleicht nur noch auf Wettkämpfen. Aber ja. Es sind schon Freunde auch dabei.
I: Mh. Und da springst mit einem Therapeuten? Oder?
Ki1: Nein das ist erm die Trainerin von, ich glaub sie ist Leistungskadertrainerin gewesen, die ist aber ziemlich kompetent und hat, ich hab einfach g´sagt das und das sind meine Ziele und die hat mir dann eben auch Tipps gegeben und ich hab dann eben g´sagt was zum Beispiel Rebecca Albers mir vorgeschlagen hat oder was mir vorgeschlagen wurde zur Verbesserung und das hab ich dann auch g´sagt und da kam dann noch einiges dazu.
I: Mh. Ok.
Ki1: Also da war jetzt kein extra Therapeut vorhanden aber sie hat schon diese Ansätze g´habt.
I: Ok. Wie wirkt sich der Sport auf dich generell aus?

Ki1: Erm für mich ist das was sehr Schönes, also ich find`s total angenehm, das ist ein runterschrauben also es hilft mir schon sehr. Es ist halt wenn man nen langen Tag hat sich dann dazu zu bewegen ist nicht so einfach, aber wenn ich`s dann mal mach ist es schon angenehm also.
I: Ok.
Ki1: Sich richtig auspowern das ist schon…
I: Ok (3) Gut. Erm warum hast du da warum nimmst du da Teil an den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen?
Ki1: Erm das mach ich schon lange lange lange lange lange ich glaub ich war das erste Mal da, da war ich fünf oder sechs.
I: Mh.
Ki1: Da weiß ich nicht mehr genau, warum das war. Meine Eltern haben eine Gelegenheit gesucht, dass man da weiterkommt und die Ziele verfolgen kann.
I: Ok.
Ki1: Ich war auch im Keil-Kindergarten und da ging`s dann eben weiter
I: Mh.
Ki1: Und dann war eine lange Pause und dann wollt ich aber wieder herkommen, weil`s möglich war, dass da wieder was passiert und ich mir gewünscht hab, dass es weitergeht einfach und ja deswegen komm ich her.
I: Ok. Also du hast schon selber g´merkt, dass bei dir da in den drei Wochen was weitergeht
Ki1: Ja und auch weil einfach die Gemeinschaft was ganz Besonderes ist und weil ich ja alle Leute schon lang kenne, und das verbindet doch.
I: Mh.
Ki1: Und es ist ein Unterschied wenn du zu Hause sitzt und es selber machst oder in einer Gruppe mit Menschen, die du kennst und so nem Umfeld. Das kann man nicht ersetzen.
I: Mh (6) Ok. Und jetzt rückblickend erm hast du deine Ziele da oder deine Erwartungen, sind die erfüllt worden da auf den Sommer-Intensiv-Wochen, hat`s dir g´falln?
Ki1: Ja es gefällt mir eigentlich jedes Jahr auch wenn`s, selbst wenn`s nur ein gutes Gefühl gibt, dass man was nicht alleine machen muss, dann ist das doch auch schon mal was. Aber es ist dieses Jahr ist schon viel weitergegangen in Bezug auf die Vorfußmobilität, Gleichgewicht und solche Dinge, also das zählt schon viel.
I: Mh.
Ki1: Das ist ja auch dieses, dass man sich Ziele setzt fürs nächste Jahr und einfach so Schritt für Schritt, von Jahr zu Jahr denken, das hilft ja auch schon. Schon allein die Gruppe bringt was.
I: Mh.
Ki1: Von dem her bringt`s eigentlich immer was.
I: Ok. Also deine Veränderungen in den drei Wochen sind hauptsächlich Gleichgewicht, Vorfußmobilität. Hat sich sonst noch was tan bei dir? So in.. Fühlst du dich irgendwie besser, oder…?
Ki1: Doch auf jeden Fall. Also ich muss ehrlich sagen, ich bin erledigt. Also nicht im negativen Sinn, sondern einfach müde weil ich aus der Schule gekommen bin und dann gleich drei Wochen vollgas und dazwischen halt noch umgezogen und blablabla.
I: Mh.
Ki1: Also es fühlt sich gut an es zu machen und es hilft mir sehr und es ist vor allem motivierend wenn man sieht, dass es nicht nur du bist, die sowas machen muss oder jeden Tag ne halbe Stunde Dehnungen machen muss und dieses und jenes und es bringt schon was auf jeden Fall und es fühlt sich gut an.
I: Ok.(3) Gut. Hast du irgendwelche Veränderung jetzt beim… dein großes Ziel ist es ja auch die die das Gangbild.
Ki1: Mh.
I: Hast du da irgendwelche Veränderungen g´merkt?
Ki1: Erm ja in Bezug auf Geschwindigkeit. Also normalerweise bin ich schneller, eben um das Gleichgewicht auszugleichen quasi.

I: Mh.
Ki1: Also da gleichgewichtsmäßig ,Geschwindigkeit und auch dass wenn ich mich konzentrier, dass ich die Fersen runterbringen kann und auch diese Außenkanten belasten kann.
I: Mh. Das hat sich jetzt in den 3 Wochen…?
Ki1: Genau und einfach auch der Punkt, dass man sich Zeit lässt für bestimmte Strecken.
I: Mh (5) Wie hast du das g´merkt, dass sich das Gleichgewicht verbessert hat bei dir?
Ki1: Mm einfach so Situationen, wo man schnell reagieren musste. Zum Beispiel und da hätte ich umfallen können, ist aber nicht passiert.
I: Mh.
Ki1: Ja auch so beim ausbalancieren, wenn ich was rückwärts g´angen bin, oder auch vorwärts, das merkt man halt einfach.
I: Mh.
Ki1: Also so ganz genau kann ich nicht sagen.
I: Ok.(4) Gut. Erm sonst irgendwelche Freundschaften da entstanden oder wie würdest du du genießt es einfach in der Gemeinschaft zu sein, oder?
Ki1: Ja schon sehr weil ich kenn also ich kenn die jetzt schon lange, lange, lange, lange und von dem her ist es immer wieder angenehm, wenn man jedes Jahr kommt oder fast jedes Jahr und auf jeden Fall.
I: Ok. Also würdest nächstes Jahr wieder herkommen?
Ki1: !Ja!
I: Wenn sich`s ausgeht?
Ki1: Wenn es dann noch existiert schon. Wenn sich`s ausgeht ja.
I: (2) Erm Was hat sich da gefühlsmäßig für dich irgendwas verändert? Bist du irgendwie glücklicher, fröhlicher, trauriger oder motivierter für Therapien jetzt weil du g´sagt hast dass das was bringt?
Ki1: Ein großer Punkt ist glaub ich Motivation. Erm es macht schon auch sehr glücklich wobei es für mich eine harte Nummer ist, weil ich eben Familienleben nicht kenne. Ich habe sowas nicht
I: Mh.
Ki1: Es existiert nicht und es ist dann eben hier uff so könnte es sein. Aber es ist sehr schön und es fühlt sich gut an. Und irgendwie Motivation. Weiß ich nicht ob ich das wenn ich jetzt im Sommer nicht hier herkommen würde, ob ich dann noch weiter machen würde, weil man manchmal in manchen Situationen eine Armstütze braucht. Ja.
I: Mh.
Ki1: Und vor allem wenn man herkommt, sieht man auch was sich in dem Jahr getan hat.
I: Mh.(4) Gut (2) Erm Hast du irgendwie in den alltäglichen also bei diesen Tätigkeiten vom alltäglichen Leben jetzt, wie waschen, anziehen oder aufstehen hinsetzen. Hast du da irgendwelche Veränderungen feststellen können?
Ki1: Erm. Also was besser geworden ist. Ich glaub das gehört zum alltäglichen Leben. Das Stiegen steigen.
I: Ja?
Ki1: Das ist auch was, was ein großes Ziel ist, das hab ich schon seit zwei Jahren und es geht immer immer weiter und es wird besser.
I: Mh.
Ki1: Und Aufstehen, Hinsetzen. Das ist auch was woran ich arbeite und ich merke dass es besser wird. Also quasi ohne Hände frei Aufstehen und Hinsetzen und das kontrolliert machen können.
I: Mh (3) Das hat sich jetzt auch verbessert?
Ki1: Ja.
I: In letzter Zeit. Und in welcher (.) Hinsicht?
Ki1: Erm dass ich mich zum Beispiel traue frei die Stiegen runter zu gehen, weil ich bin schon so oft da runter gekugelt, dass ich das eigentlich jetzt nimmer so. Aber jetzt trau ich mich halt wieder frei und dass ich jetzt weiß auf was ich achten muss und eben das

langsam runtergehen quasi, weil ich immer zu schnell werde. Also das ist besser geworden.
I: Ok.
Ki1: Und beim Aufstehen, Hinsetzen einfach nicht aus´m Schwung aufstehen sondern aus den Beinen, also dass die Beine quasi die Kraft aufwenden und das kontrolliert hinsetzen nicht fallen lassen.
I: Ok (2) Gut (.) Würdest du irgendwas ändern da an Strebersdorf, an den drei Wochen? Vom Angebot her? Würdest du dir irgendwas wünschen, das da mehr sein sollte oder weniger?
Ki1: Erm (.) eigentlich ist es für mich so vollkommen in Ordnung?
I: Ja?
Ki1: !Ja!
I: Ok. Gut. Gibt`s da noch irgendwas, was du sagen möchtest, was ich noch nicht g´fragt hab? Zu dem Thema Sport und Auswirkungen?
Ki1: Ne keine Ahnung. Also was halt mir ganz wichtig ist, das ja nicht nur für den Körper Auswirkungen hat, sondern auch einfach die Motivation, was gemeinsam machen, weil einfach es irre viel Arbeit ist sich die Mühe zu machen sich alleine dahin zu setzen und es selber zu machen. Also es macht schon einen Unterschied, wenn 50 Leute da sind, die du fragen kannst, wie kann ich dieses und jenes verbessern. Was kann ich tun einfach dieses Ziele setzen innerhalb von einem Jahr ist ganz wichtig.
I: Mh.
Ki1: Ja.
I: Ok super. Vielen Dank dass du dir Zeit g´nommen hast
Ki1: Ich hoffe in konnte helfen.
I: Jaja auf jeden Fall.

1.10. Interview Ki2

I: Gut dann würd ich gern von dir mal wissen, ganz am Anfang, deinen Namen, dein Alter und ob du über deine Diagnose Bescheid weißt?
Ki2: Ähm. Ich heiße Miriam Fünfgeld.
I: Mh (5) Alter?
Ki2: Ich bin 13 Jahre alt.
I: 13 Ok. Weißt du über deine Diagnose Bescheid?
Ki2: Erm (5)
I: Tetraparese, kann das sein?
Ki2: Weiß ich nicht genau.
I: Ok. Ist aber auch nicht so wichtig, ist nicht das wichtigste von dem was ich dich frag, ja. Gut, wie schaut deine Familie aus, familiäre Situation? Deine Eltern leben zusammen? Geschwister?
Ki2: Also meine Eltern leben zusammen.
I: Mh.
Ki2: Ich hab erm fünf erm Geschwister
I: Fünf Geschwister?
Ki2: Aber ich bin adoptiert und zwei leben bei mir.
I: Mh.
Ki2: Meine Zwillingsschwester lebt bei mir.
I: Mh.
Ki2: Und mein Bruder lebt bei mir.
I: Ok (2) Gut. Wo wohnt`s ihr? In einem Haus oder Wohnung?
Ki2: Wir wohnen in einem Haus.
I: Ok ist das irgendwie adaptiert, also behindertengerecht gestaltet oder gibt`s da gar keine?
Ki2: ?5?
I: Ok guut. Wie hat`n das ganze ang´fangen mit deiner also Beeinträchtigung? War das von Geburt an oder?
Ki2: Ja.
I: Ja.
Ki2: Ich musste sogar bei der Geburt sogar monitorisiert werden, oben an den Adern beim Kopf, da warn da sind Adern geplatzt und dadurch ist das jetzt so.
I: Mh. Und hat sich das dann irgendwie gebessert im Lauf, Verlauf oder eher verschlechtert?
Ki2: Erm also als ich zwei war, war`s ziemlich schlecht, da wurde ich viermal hintereinander operiert und dadurch wurde es besser.
I: Ok Was hast`n du oder was würdest du sagen ist jetzt dein größtes Problem? Was stört dich am meisten?
Ki2: Mein größtes Problem ist, dass ich wenn ich Kinder sehe, die rumspringen und viele Sachen machen können, was ich nicht machen kann.
I: Ok (3) Ok.
Ki2: Also das macht mich auch ziemlich traurig.
I: Mh. Ok.
Ki2: Zum Beispiel, dass ich nicht in die Stadt gehen kann mit Freunden.
I: Mh.
Ki2: Oder in die Disko gehn kann alleine.
I: Mh.
Ki2: Das macht mich traurig,
I: Ok (3) Gut. Aber stört dich dass du das stört dich eher dass du nicht mit Freunden gehen kannst, dass du nicht dabei sein kannst oder ehr dass du es von der Tätigkeit selber her nicht kannst?
Ki2: Eher dass ich es von der Tätigkeit her nicht kann.

I: Ok. Gut. Wo ist`n das größte Problem für dich? Ist das gehen selber oder ist das irgendwie was anderes?
Ki2: Das gehen selber ist das Problem.
I: Das gehen selber. Das stört dich auch am meisten?
Ki2: Ja.
I: (4) Was für Ziele hast`n du? Was möchtest denn verbessern?
Ki2: Dass ich meine linke Hand mehr benutze.
I: Mh.
Ki2: Und dass ich erm probieren kann probiere dass ich längere Strecken aushalte.
I: Mh.
Ki2: Mit den Stützen. Und dass ich auch ohne Stützen oder lieber nur mit einer Stütze laufe.
I: Mh. In ein paar Jahren oder in einer späteren Zeit möchtest du nur noch mit einer Stütze gehen oder?
Ki2: Ja oder mit gar keiner (5)
I: Das mit der linken Hand das stört dich weniger? Vorher hast du nicht g´sagt, dass das ein Hauptproblem ist von dir.
Ki2: Naja ich mach eben alles mit rechts.
I: Mh.
Ki2: Ich will auch mal irgendwas mit links machen weil irgendwann tut mir die rechte Hand weh und dann kann ich nicht so viel mit der linken tun.
I: Mh. Ok. Gut. Wie schaut`n so ein Tag aus in deinem Leben ja?
Ki2: Erm.
I: Also jetzt nicht da in der auf den Sommerintensivwochen, sondern wenn du zu Hause bist?
Ki2: Also ich stehe um erm 6 auf.
I: Mh.
Ki2: Dann geh ich ins Bad und mach mich fertig und dann frühstücke ich und…
I: Das machst alles selber, oder? Da hilft dir keiner oder?
Ki2: In der Früh bin ich müde, da macht mir die Mamma die Zahnbürste,
I: Ok.
Ki2: sonst kann ich eigentlich alles alleine. Und anziehn muss sie mir auch helfen. Aber ich kann`s eigentlich alleine erm und dann geh ich frühstücken und dann geh ich werd ich vom Transport abgeholt.
I: Mh.
Ki2: Und dann geh ich zur Schule.
I: Ok das ist die, die du oben hast aufn Leiberl? Diese Baumhausschule?
Ki2: Ja.
I: Ok. Das ist eine äh Integrationsschule, oder?
Ki2: Ja. Die arbeitet mir Körperbehinderten
I: Ja?
Ki2: Und äh mit normalen Kindern.
I: Also ihr seid´s gemischt. Ihr seid`s in einer Klasse geistig-, körperlich Behinderte und vollkommen Gesunde?
Ki2: Ja.
I: Wieviel seid`s da? Wieviel körperlich Behinderte?
Ki2: **Jetzt in der neuen Klasse werden wir 12.**
I: 12?
Ki2: Und in der Klasse waren wir 26.
I: OK und wie viele davon haben eine Behinderung? Von den 26?
Ki2: (5) Acht.
I: Acht. Gut also deine Hilfsmittel sind die 2 Stöcke?
Ki2: 2 Stöcke, Rollstuhl, Fahrrad und Handbike.
I: Mh. Ok. Wie kommst in der Wohnung z`recht? Oder im Haus? T´schuldigung im Haus?

Ki2: Erm ich lauf immer von einer Stelle zu der andern und manchmal kann ich auch ganz frei gehn.
I: Aber nimmst eher die Stöcke im Haus?
Ki2: Ne.
I: Nein gar nicht?
Ki2: Nur wenn ich mir wenn mir was weh tut.
I: Ok (3) Gut. Was machst nach der Schule?
Ki2: Ich erm mach nach der Schule erstmal meine Hausaufgaben.
Ki2: Mh. Das dauert manchmal ne Stunde.
I: Mh.
Ki2: Und dann geh ich zum Computer, dann geh ich fernsehgucken und dann geh ich schlafen.
I: Mh und das Handbike und Fahrrad machst das auch öfter unter der Woche?
Ki2: Unter der Woche nicht. Eher am Wochenende.
I: Ok. Also Sport machst eher am Wochenende?
Ki2: Ja.
I: Habt`s ihr in der Schule auch Sportangebote? Bist du da dabei beim Sportunterricht?
Ki2: Ne da hab ich Therapie.
I: Statt dem wenn die andern Sport haben?
Ki2: Hab ich Therapie.
I: Hast du Therapie. Was ist das? Physiotherapie, oder?
Ki2: Ja.
I: Was machst da?
Ki2: Erm da mach ich was auf der Matte.
I: Mh.
Ki2: Und manchmal so ein Parcours.
I: So ein Gehparcours? So ähnlich wie hier eigentlich? Mattenprogramm und Gehparcours? Ja kann man das so sagen, ist das so vergleichbar?
Ki2: Ja.Ja.
I: (4). Ok. Mit wem machst das am Wochenende? Handbike und Fahrrad?
Ki2: Meistens fahr ich alleine durchs Dorf.
I: Echt? (1) Ok.
Ki2: Und wenn wir mal so ne richtig große Strecke machen, gehn wir mit meinem Papa auch manchmal laufen.
I: Mh.
Ki2: Also er läuft und ich fahr.
I: Mh. Gut. Was hast`n für Therapien schon Erfahrung? Mit welchen hast`n da Erfahrung?
Ki2: Petö.
I: Ja.
Ki2: Mm hier konduktive Therapie
I: Konduktive Therapie mh.
Ki2: Und erm mitn Galileo-Rüttelgerät.
I: Mh Mit der Rüttelplatte, ja.
Ki2: Das mach ich jetzt dann 2 Wochen.
I: Echt? Wennst von da wegkommst, kommst wo anders..Wo bist da?
Ki2: In Köln.
I: Und da ist in ganzen Tag Galileo-Therapie oder was?
Ki2: Ja halben Tag.
I: Ok.(5) Gut. Erm Also diese Bewegungsangebote, hast du da irgendwelche..warum machst du das? Also dieses ganzen Handbike und Fahrradfahren aus welchen Gründen machst du das?
Ki2: Weil ich da schneller vorwärts komme und weil`s mir einfach Spaß macht. Und weil ich auch was mitmachen will, was die andern machen.
I: Mh.

Ki2: Manchmal wenn wir zu der Kirche fahren, dann wenn schönes Wetter draußen ist und die anderen Fahrrad fahren, dann fahr ich meistens Fahrrad oder dahinter.
I: Mh, Ok. Also wenn wir Fahrrad gfahrn sind, dann hab ich dich immer so ehrgeizig erlebt, dass du da die erste sein willst und so. Hast du da irgendwelche Ziel beim Fahrrad fahren? Gibt`s da irgendwas, dass´d irgendwie schneller voran kommst amal oder längere Strecken fahrn kannst? Machst gerne Bewegung? Tust gerne Fahrrad fahren? Handbike fahren?
Ki2: Mh.
I: Und wie geht`s dir dann so gefühlsmäßig nachher? Ist das für dich irgendwie?
Ki2: Also da hab ich manchmal das Gefühl, dass ich nen Klos im Hals hab
I: Beim Fahrrad fahren?
Ki2: Ja. Das ist ziemlich anstrengend.
I: Mh.
Ki2: Also es sieht nich so anstrengend aus aber innerlich ist es für mich ziemlich anstrengend.
I: Innerlich?
Ki2: Ja.
I: Ok.
Ki2: Am Anfang nicht, aber wenn man längere Strecken fährt.
I: Ok. Spürst dann die Muskeln, oder?
Ki2: Ja.
I: Und macht dich das irgendwie fröhlicher oder lachst dann mehr? Fahrrad fahren oder macht dich das eher trauriger? Oder kann man das nicht so recht sagen?
Ki2: Mh Ich weiß nicht wie ich das so sagen soll.
I: Aber tut`s dir gut?
Ki2: Ja.
I: Ok und du machst das auch, weilst mit den Freunden dann zusammen wärst zusammen was erleben könntest, oder?
Ki2: Das Problem ist ich hab nicht so viele Freunde, die bei mir in der Nähe wohnen.
I: Mh. Ok. Gut. Und warum nimmst...kommst da immer her? Ist das weil`s deine Eltern sagen oder weilst oder kommst du da gern her?
Ki2: Weil erm ich gerne meine Freunde hier treffe.
I: Mh.
Ki2: und die Therapien mir einfach Spaß machen.
I: Mh. Was macht dir da am meisten Spaß bei den Therapien?
Ki2: Die Nachmittags-Therapien. Erm und vormittags ist auch ziemlich schön, wenn ich einfach mit meinen Freunden zusammen sein kann, die ich zu Hause nicht hab.
I: Ok. Was macht dir da am meisten Spaß am Vormittag?
Ist das eher Radfahren oder Schwimmen, Trampolin oder die Parcoure?
Ki2: Das Radfahren und der Kreis wo wir zusammen sitzen und was mitn Noppelball machen.
I: (7) Bist schon öfter dag´wesn?
Ki2: Ich bin schon seit, ich bin schon hier seit ich vier bin.
I: Ok und deswegen kennst auch die Leut schon seit so vielen Jahren. Die siehst aber auch nur einmal im Jahr und das hier?
Ki2: Ja erm Samantas Gruppe seh ich ähm insgesamt einmal im Jahr.
I: Mh. Ok. (2) Gut. Und wie war das dieses Jahr? Hat dir das auch getaugt? Wurden deine Erwartungen erfüllt?
Ki2: Ja.
I: Ja?
Ki2: Ich hab mehr mit der linken Hand gemacht und ich kann die linke Hand auch jetzt benutzen.
I: Mh. Das hast vorher nicht können?
Ki2: Ne.
I: Vor den drei Wochen hast du das nicht g´macht?

Ki2: Ne.
I: (5) Ok. Was hat dir besonders gut g´falln?
Ki2: Der ganze Tag.
I: Der ganze Tag?
Ki2: Ja.
I: Hat`s nix besonderes geben jetzt irgendwie…
Ki2: Trampolin.
I: Trampolin war besonders?
Ki2: Ja.
I: Und Freundschaften sind wieder entstanden oder vertieft worden?
Hast du mehr Kontakt mit irgendwelchen Leuten g´habt wieder?
Ki2: Das ist gleich geblieben.
I: Mit der Lucy hast generell guten Kontakt?
Ki2: Ja.
I: Und wie fühlst dich jetzt wenn das Camp jetzt bald vorbei ist?
Ki2: Ich find`s irgendwie schade.
I: Mh. Wärst noch länger dablieben?
Ki2: Ja.
I: Und war`s anstrengend?
Ki2: Also für mich nicht.
I: Für dich war`s nicht anstrengend. Warst eher unterfordert?
Ki2: Ja.
I: Ok (2). Was hast jetzt für Veränderungen feststellen können nach den Sommer-Intensiv-Wochen?
Ki2: Das ich erm also das mit der linken Hand.
I: Ja.
Ki2: und…
I: Da hast dribbeln g´lernt glaub ich mit der linken Hand oder?
Ki2: Ja
I: Ok. Und so von der Gefühlslage her? Bist motivierter für weitere Therapien oder bist jetzt einmal vollkommen erledigt?
Ki2: Vollkommen erledigt nich, aber wieder mal ne Pause ist gut.
I: Nach den Wochen? (5) Und im Alltag hast du das schon irgendwie erm einsetzen können auch, dass du mit der linken Hand mehr machst? Also jetzt nicht nur Ball prellen sondern weiß ich nicht beim Zähne putzen oder beim Anziehen, dass du da die linke Hand mehr einsetzt? Ist dir das aufg´falln?
Ki2: Mir ist aufgefalln, dass ich sehr viel mit rechts mache.
I: Mh.
Ki2: Ich glaub ich werd mehr mit der linken Hand machen.
I: Mh. Und bezüglich Gleichgewicht? Hast dich da glaubst verbessert? Hast das Gfühl, dassd da stabiler worden bist?
Ki2: Ja.
I: Ja. Hast das g´merkt auch in irgendwelchen Situationen schon?
Ki2: Bei den Tests.
I: Mh. Und vom Gehen her? Hat sich das verbessert irgendwie?
Ki2: Ich bin nicht mehr so so ruckartig.
I: Mh.
Ki2: Früher war ich mit der Bewegung ruckartiger.
I: Ok.
Ki2: Ich bin langsamer geworden.
I: Also jetzt ein geordneterer Gang. Kannst du die Schritte gezielter setzen? Ja?
Ki2: Ja.
I: (3) Ok (3) Gibt`s irgendwas, was`d äh verändern würdest da in Strebersdorf?
Ki2: Erm…

I: Was würdest weglassen? Wovon bist nicht ganz gfordert wordn oder wovon hättst gern mehr?
Ki2: Ich hätte gern mehr von der Pause.
I: Mh. Das glaub ich da.
Ki2: Weil wir haben nur ne Stunde.
I: Ok.
Ki2: Erm (2) und einfach halt mehr, dass man die Nachmittagsgruppe mehr hat.
I: Mh. Die Nachmittagsgruppe hättest lieber gern am Vormittag auch? Mit denen wärst lieber am Vormittag auch schon zusammen?
Ki2: Ja.
I: Warum?
Ki2: Weil ich die Gruppe sehr gut kenne.
I: Mh.
Ki2: Weil ich mich da wohlfühle.
I: Mh (8) Ok. Gut. Gibt`s sonst irgendwas, was`d mir gern sagen würdest? Was ich dich jetzt noch nicht g´fragt hab zu der Woche? Irgendeine Meinung dazu?
Ki2: Ich find erm, dass Svenja dieses Jahr ein bisschen Stress reingebracht hat, sie läuft immer weg und dass sie gleich handgreiflich wird,
I: Mh.
Ki2: Dass wünsch ich mir, dass das, wenn ich nächstes Jahr wieder komm, dass das besser ist.
I: Dass das besser ist. Aber die ist in der Nachmittagsgruppe auch, die Svenja, da ist sie auch dabei?
Ki2: Ja da ist sie auch dabei.
I: Und dass nicht nur drei Wochen sondern vier Wochen.
Mh. Gut. Passt. Dann sag ich danke, dass du dir Zeit g´nommen hast, war sehr nett.

2. Interviewleitfäden

Interviewleitfaden Konduktor/innen

Allgemeine Daten

Inhalte: Name; Alter; Ausbildung; Erfahrung im Behindertenbereich; Erfahrung mit Behindertensport; welche Sportarten

Welche Ziele verfolgen Sie mit den Bewegungs- und Sportangeboten? (therapeutisch, pädagogisch,…)

Welche Auswirkungen haben Ihrer Meinung nach Bewegungs- und Sportangebote auf die Kinder?

- Woran können Sie Veränderungen im psychischen Bereich feststellen?
- Woran können Sie Veränderungen im physischen/funktionellen Bereich feststellen?
- Woran können Sie Veränderungen im sozialen Bereich feststellen?

Beschreiben Sie bitte welche Veränderungen Sie während/nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei den von Ihnen betreuten Kindern und Jugendlichen feststellen konnten!

Inhalte:

- Psychische Veränderungen
- Soziale Veränderungen
- Physische/funktionelle Veränderungen
- Veränderungen im Alltag
- Veränderungen betreffend der Gleichgewichtsfähigkeit
- Veränderungen betreffend der Gehfähigkeit
- Veränderungen der Persönlichkeit/Umgang mit anderen Personen/Therapeuten

Nachfragen:

Beschreiben Sie bitte Veränderungen im psychischen Bereich, die Sie während/nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei den von Ihnen betreuten Kindern und Jugendlichen feststellen konnten?

- Welchen Eindruck haben Sie von der Gefühlslage der Kinder und Jugendlichen? fröhlicher? lacht mehr? Trauriger? Motivierter für Therapien?
    - Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert

Beschreiben Sie bitte Veränderungen im sozialen Bereich, die Sie während/nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei den von Ihnen betreuten Kindern und Jugendlichen feststellen konnten?

- Haben sich die sozialen Kontakte vermehrt/intensiviert oder eher verringert?
- Kommen die Kinder besser/schlechter mit anderen Personen aus?
- Hat sich Ihr Umgang als Betreuer/in mit dem Kind/Jugendlichen verändert?
- Wie würden Sie die Änderungen im sozialen Bereich beschreiben?

- Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
- Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?

Beschreiben Sie bitte Veränderungen im physischen/funktionellen Bereich, die Sie während/nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei den von Ihnen betreuten Kindern und Jugendlichen feststellen konnten!

- Konnten Sie bei den von Ihnen betreuten Kindern und Jugendlichen physische/funktionelle Veränderungen nach den Therapiewochen erkennen?
  - Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
  - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
- Was hat sich bezüglich der Gehfähigkeit geändert?
  - Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
  - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
- Was hat sich betreffend der Gleichgewichtsfähigkeit geändert?
  - Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
  - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
- Konnten sie im Bereich der Alltagstätigkeiten Verbesserungen/Verschlechterungen bemerken?
  - Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
  - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
  - Welche Alltagstätigkeiten können nun besser/schlechter ausgeführt werden als noch vor den Intensiv-Therapie und Erlebniswochen?

Interviewleitfaden Eltern

Allgemeine Daten

Name; Alter; Diagnose;

Wie sieht die familiäre Situation und Wohnsituation aus?

Inhalte:

- Eltern geschieden/alleinerziehend
- Geschwister
- Haus/Wohnung

Beschreiben Sie bitte die Krankengeschichte Ihres Kindes?

Inhalte:

- Ursache (Geburtstrauma)?;
- die KH im Verlauf (verschlechtert, verbessert);
- Schwangerschaftsdauer,-probleme;
- Geburt (Dauer, spontan, eingeleitet, normal, Vakuum, Kaiserschnitt); Apgar-Score; Geburtsgewicht; Schwierigkeiten (Intensivstation, Krämpfe, O2-Mangel; Probleme bei Nahrungsaufnahme..)
- Damalige Diagnose (wann und wo?)
- Therapien
- Hauptproblem
- Assozierte Probleme
- Funktionelle Beeinträchtigungen

Nachfragen:

- Wie ist die Schwangerschaft/Geburt verlaufen?
- Welche Diagnose wurde zum damaligen Zeitpunkt gestellt?
- Welche Therapien werden durchgeführt?
- Was ist das Hauptproblem?
- Welche assoziierten Probleme bestehen?
- Gibt es funktionelle Beeinträchtigungen? Wenn ja, in welchem Bereich?
- Welche Therapieziele haben Sie betreffend ihr Kind?

Schildern Sie bitte den Alltag Ihres Kindes?

Inhalte:

- Tagesablauf
- Schule
- Hilfsmittel
- Sportangebot
- Therapien

Nachfragen:

- Welche Hilfsmittel verwendet Ihr Kind?
- Welche Schule/Betreuungsstätte besucht Ihr Kind?
- Welche zusätzlichen Therapien, außer jener in der Betreuungsstätte, werden angewandt?
- Welche Therapien wurden während der Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen noch durchgeführt?

Nimmt ihr Kind an Bewegungs- und Sportangeboten teil? Wenn ja, an welchen?

Welche Auswirkungen haben diese Bewegungs- und Sportangebote auf ihr Kind? Welche Veränderungen können Sie im psychischen, physischen oder sozialen Bereich erkennen?

Aus welchen Gründen haben Sie Ihr Kind an den Sommer-Intensivtherapie und Erlebniswochen teilnehmen lassen?

Wurden ihre Erwartungen betreffend der Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen erfüllt?

Beschreiben Sie bitte welche Veränderungen Sie während bzw. nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei Ihrem Kind feststellen konnten!

Inhalte:

- Psychische Veränderungen
- Soziale Veränderungen
- Physische/funktionelle Veränderungen
- Veränderungen im Alltag
- Veränderungen betreffend der Gleichgewichtsfähigkeit
- Veränderungen betreffend der Gehfähigkeit

Nachfragen:

Beschreiben Sie bitte Veränderungen im psychischen Bereich, die Sie nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei Ihrem Kind feststellen konnten?

- Welchen Eindruck haben Sie von der Gefühlslage ihres Kindes? fröhlicher? lacht mehr? Trauriger? Motivierter für Therapien?

Beschreiben Sie bitte Veränderungen im sozialen Bereich, die Sie nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei Ihrem Kind feststellen konnten?

- Haben sich die sozialen Kontakte vermehrt/intensiviert?
- Fällt es Ihrem Kind leichter mit anderen Kindern/Jugendlichen auszukommen?
- Kommt Ihr Kind besser mit anderen Personen aus?
- Kommt Ihr Kind besser mit seinen Geschwistern aus?
- Kommt Ihr Kind besser mit seinem Betreuer aus?
- Konnte die Fähigkeit mit anderen Kindern/Juegendlichen zu spielen verbessert werden?

Beschreiben Sie bitte Veränderungen im physischen/funktionellen Bereich, die Sie nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen bei Ihrem Kind feststellen konnten

- Konnten Sie bei ihrem Kind physische/funktionelle Veränderungen nach den Therapiewochen erkennen?
    - Stark verschlechtert mittelgradig verschlechtert leicht verschlechtert keine Änderung leicht verbessert mittelgradig verbessert stark verbessert
    - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
- Was hat sich bezüglich der Gehfähigkeit geändert?
    - Stark verschlechtert mittelgradig verschlechtert leicht verschlechtert keine Änderung leicht verbessert mittelgradig verbessert stark verbessert
    - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
- Was hat sich betreffend der Gleichgewichtsfähigkeit geändert?
    - Stark verschlechtert mittelgradig verschlechtert leicht verschlechtert keine Änderung leicht verbessert mittelgradig verbessert stark verbessert
    - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?

- Konnten sie im Bereich der Alltagstätigkeiten Verbesserungen/Verschlechterungen bemerken?
    - Stark verschlechtert mittelgradig verschlechtert leicht verschlechtert keine Änderung leicht verbessert mittelgradig verbessert stark verbessert
    - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
    - Welche Alltagstätigkeiten können nun besser/schlechter ausgeführt werden als noch vor den Intensiv-Therapie und Erlebniswochen?

Allgemeine Daten

Name; Alter; Diagnose;

Familiäre Situation/Wohnsituation

Lebst du bei deinen Eltern? Lebst du in einer Wohnung oder einem Haus? Hast du Geschwister?

Inhalte:

- Eltern geschieden/alleinerziehend
- Geschwister
- Haus/Wohnung

Beschreibe bitte den Verlauf deiner Beeinträchtigung! Wie hat alles begonnen?

Inhalte:

- Ursache (Geburtstrauma)?;
- die KH im Verlauf (verschlechtert, verbessert);
- Schwangerschaftsdauer,-probleme;
- Geburt (Dauer, spontan, eingeleitet, normal, Vakuum, Kaiserschnitt); Apgar-Score; Geburtsgewicht; Schwierigkeiten (Intensivstation, Krämpfe, O2-Mangel; Probleme bei Nahrungsaufnahme..)
- Damalige Diagnose (wann und wo?)
- Therapien
- Hauptproblem
- Assoziierte Probleme
- Funktionelle Beeinträchtigungen

Nachfragen:

- Wie ist die Schwangerschaft/Geburt verlaufen?
- Welche Diagnose wurde zum damaligen Zeitpunkt gestellt?
- Welche Therapien werden durchgeführt?
- Was ist das Hauptproblem?
- Welche assoziierten Probleme bestehen?
- Gibt es funktionelle Beeinträchtigungen? Wenn ja, in welchem Bereich?
- Welche Therapieziele haben Sie betreffend ihr Kind?

Schildere bitte einen typischen Tag in deinem Leben!

Inhalte:

- Tagesablauf

- Schule
- Hilfsmittel
- Sportangebot
- Therapien

Nachfragen:

- Welche Hilfsmittel verwendest du?
- Welche Schule/Betreuungsstätte besuchts du?
- An welchen zusätzlichen Therapien, außer jener in der Betreuungsstätte, nimmst du teil?
- Hast du sonst noch an Therapien, außer an den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen teilgnommen?

Nimmst du an Bewegungs- und Sportangeboten teil? Wenn ja, an welchen?

Warum nimmst du an den Bewegungs- und Sportangeboten teil? Welche Ziele verfolgst du dabei?

- Machst du gerne Bewegung?
- Wie wirkt sich der Sport auf dich aus? Bist du dabei oder danach fröhlicher? Lachst du mehr? Oder bist du trauriger?
- Hast du Freunde, die die gleichen Sportangebote besuchen?
- Machst du Sport, weil du dort deine Freunde siehst?
- Konntest du durch den Sport Freunde gewinnen?
- Machst du Sport um besser gehen oder besser das Gleichgewicht halten zu können?

Aus welchen Gründen nimmst du bei den Sommer-Intensivtherapie und Erlebniswochen teil?

Weil es meine Eltern gesagt haben; weil ich schon mal dabei war und es Spaß gemacht hat; weil ich mich verbessern konnte?

Wurden deine Erwartungen betreffend der Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen erfüllt?

- Was hat dir an den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen am besten gefallen?
- Was hat dir gar nicht gefallen?
- Konntest du Freundschaften knüpfen?
- Wie fühlst du dich jetzt wo das Camp nun vorbei ist?

Konntest du bei dir Veränderungen während bzw. nach den Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen feststellen?

Inhalte:

- Psychische Veränderungen
- Soziale Veränderungen
- Physische/funktionelle Veränderungen
- Veränderungen im Alltag
- Veränderungen betreffend der Gleichgewichtsfähigkeit
- Veränderungen betreffend der Gehfähigkeit

Nachfragen:

Hat sich etwas an deiner Gefühlslage verändert? Bist du fröhlicher/trauriger/glücklicher?

- fröhlicher? lacht mehr? Trauriger? Motivierter für Therapien?

Hat sich etwas im Umgang mit anderen Kindern/Erwachsenen/Betreuern geändert?

- Hast du Freundschaften knüpfen können?
- Kommst du besser mit anderen Kindern/Jugendlichen aus?
- Kommst du besser mit deinen Betreuern aus?
- Kommst du besser mit deinen Geschwistern aus?

Konntest du Veränderungen bezüglich deiner alltäglichen Tätigkeiten wie waschen/anziehen/gehen/laufen/aufstehen/hinsetzen feststellen?

  - physische/funktionelle Veränderungen
    - Stark verschlechtert-mittelgradig-verschlechtert-leicht verschlechtert- keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
  - Woran konntest du die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
  - Welche Alltagstätigkeiten können nun besser/schlechter ausgeführt werden als noch vor den Intensiv-Therapie und Erlebniswochen?

- *Hat sich betreffend des Gehens etwas verändert?*
  - Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
  - Woran konnten Sie die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?
- *Hat sich betreffend des Gleichgewichthaltens etwas geändert?*
  - Stark verschlechtert-mittelgradig verschlechtert-leicht verschlechtert-keine Änderung-leicht verbessert-mittelgradig verbessert-stark verbessert
  - Woran konntest du die Verschlechterung/Verbesserung erkennen?

3. Einverständniserklärungen

Sehr geehrte Eltern!

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschlossen haben, an diesem Interview teilzunehmen.

Im Zuge meiner Diplomarbeit für das Lehramtsstudium Bewegung & Sport sowie Psychologie & Philosophie sollen die psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen von gezielten Bewegungs- und Sportangeboten auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen untersucht werden. Mit Ihrer Hilfe erhoffe ich mir einen Überblick vor allem über die psychischen und sozialen Auswirkungen verschaffen zu können. Für eine bessere Reproduzierbarkeit und Auswertung des Interviews, möchte ich gerne das Gespräch mittels eines digitalen Speichermediums aufnehmen.

Zum Schutz der erhobenen Daten werden diese anonymisiert. Ihr voller Name wird dabei nicht in Erscheinung treten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über den Ablauf, die Zielsetzung und die Aufzeichnung des Interviews persönlich aufgeklärt wurde. Des Weiteren erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass die Daten in anonymer und vertraulicher Form ausgewertet werden dürfen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:

Datum: Unterschrift:

Sehr geehrte Konduktorinnen und Konduktoren!

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschlossen haben, an diesem Interview teilzunehmen.

Im Zuge meiner Diplomarbeit für das Lehramtsstudium Bewegung & Sport sowie Psychologie & Philosophie sollen die psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen von gezielten Bewegungs- und Sportangeboten auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen untersucht werden. Mit Ihrer Hilfe erhoffe ich mir einen Überblick vor allem über die psychischen und sozialen Auswirkungen verschaffen zu können. Für eine bessere Reproduzierbarkeit und Auswertung des Interviews, möchte ich gerne das Gespräch mittels eines digitalen Speichermediums aufnehmen.

Zum Schutz der erhobenen Daten werden diese anonymisiert. Ihr voller Name wird dabei nicht in Erscheinung treten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über den Ablauf, die Zielsetzung und die Aufzeichnung des Interviews persönlich aufgeklärt wurde. Des Weiteren erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass die Daten in anonymer und vertraulicher Form ausgewertet werden dürfen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:

Datum: Unterschrift:

Sehr geehrte Eltern!

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschlossen haben, Ihr Kind an der empirischen Untersuchung dieser Diplomarbeit teilnehmen zu lassen.

Im Zuge dieser Diplomarbeit für das Lehramtsstudium Bewegung & Sport sowie Psychologie & Philosophie sollen die psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen von gezielten Bewegungs- und Sportangeboten auf Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen untersucht werden.

In den ersten Tagen der Sommer-Intensivtherapie- und Erlebniswochen wird die Ersttestung mittels des GMFM-Tests (Gross Motor Function Measurement) und des TUGs (Timed up and go test) stattfinden.

Dabei handelt es sich um standardisierte Testverfahren, die eine Einschätzung der grobmotorischen Funktionen möglich machen sollen. Schwerpunktmäßig soll die Fähigkeit des Stehens, Gehens, Laufens und Springens untersucht werden. Am Ende der Sommer-Intensivtherapie- und Erlebniswochen soll die 2. Testung mittels derselben Testverfahren durchgeführt werden, um eine mögliche Veränderung der Fähigkeiten feststellen zu können.

Um einen Überblick über die psychischen und sozialen Auswirkungen zu erhalten, soll nach Beendigung der Sommer-Intensiv-Therapie und Erlebniswochen ein Leitfaden-Interview mit einem Elternteil geführt werden, wobei Sie, liebe Eltern, danach gefragt werden, welche Veränderungen Sie im sozialen, psychischen und physischen Bereich während und nach den Sommer-Intensivtherapie- und Erlebniswochen bei Ihrem Kind feststellen konnten. Zum Schutz der erhobenen Daten werden diese anonymisiert. Der volle Name wird dabei nicht in Erscheinung treten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über den Ablauf der Untersuchung persönlich aufgeklärt wurde. Des Weiteren erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass die Daten meines Kindes in anonymer und vertraulicher Form ausgewertet werden dürfen und Fotos, auf denen mein Kind abgebildet ist, im Rahmen der Diplomarbeit verwendet werden dürfen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes:

Datum: Unterschrift:

4. Bewertungsbogen GMFM

GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE GMFM

BEWERTUNGSBOGEN

Name des Kindes: _____ _____

Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Diagnose: _____ Grad der motorischen Beeinträchtigung (GMFCS): _____

Name des Untersuchers: _____

Testbedingungen (z.B. Raum, Bekleidung, Uhrzeit, weitere anwesende Personen):

_____

_____

_____

_____

Die GMFM ist ein standardisiertes Beobachtungsinstrument, welches erstellt und validiert wurde, um Veränderungen der grobmotorischen Funktion über die Zeit bei Kindern mit Zerebralparese zu messen.

* **Bewertungsschlüssel**	0 = initiiert nicht 1 = initiiert 2 = vollendet teilweise 3 = vollendet

* Solange es nicht ausdrücklich anders beschrieben wird, ist „initiiert" definiert als die Bewältigung der Aufgabe von weniger als 10%. „Vollendet teilweise" ist definiert als Vollendung der Aufgabe zu 10% bis unter 100%.

Der Bewertungsschlüssel ist als allgemeine Richtlinie gedacht. Dennoch haben die meisten Aufgaben spezifische Beschreibungen für jede Punktzahl. Es ist unbedingt erforderlich, dass die Richtlinien für die Bewertung jeder einzelnen Aufgabe benutzt werden.

Aufgabe D: STEHEN	Bewertung

52. AUF DEM BODEN: zieht sich an hoher Bank in den STD . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 52.
53. STD: **3** Sekunden, freihändig . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 53.
54. STD: hält sich mit einer Hand an hoher Bank, **rechter** Fuß **3** Sekunden abgehoben . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 54.
55. STD: hält sich mit einer Hand an hoher Bank, **linker** Fuß **3** Sekunden abgehoben . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 55.
56. STD: hält sich freihändig **20** Sekunden . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 56.
57. STD: linker Fuß abgehoben, hält Stellung freihändig **10** Sekunden . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 57.
58. STD: rechter Fuß abgehoben, hält Stellung freihändig **10** Sekunden . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 58.
59. SITZ AUF NIEDRIGER BANK: erreicht den STD, ohne Hilfe der Arme . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 59.
60. KST: erreicht STD über Einbeinkniestand auf dem **rechten** Knie, ohne Hilfe der Arme . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 60.
61. KST: erreicht STD über Einbeinkniestand auf dem **linken** Knie, ohne Hilfe der Arme . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 61.
62. STD: setzt sich freihändig kontrolliert auf den Boden . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 62.
63. STD: erreicht freihändig die Hocke . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 63.
64. STD: hebt, ohne sich abzustützen, Gegenstand vom Boden auf, kehrt in Ausgangsstellung zurück . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 64.

GESAMT DIMENSION D: ☐

Aufgabe	E: GEHEN, RENNEN, SPRINGEN	Bewertung

65. STD, 2 HÄNDE AN HOHER BANK: geht seitwärts **5** Schritte nach **rechts** . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 65.
66. STD, 2 HÄNDE AN HOHER BANK: geht seitwärts **5** Schritte nach **links** . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 66.
67. STD, AN 2 HÄNDEN GEHALTEN: geht **10** Schritte vorwärts . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 67.
68. STD, AN 1 HAND GEHALTEN: geht **10** Schritte vorwärts . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 68.
69. STD: geht **10** Schritte vorwärts . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 69.
70. STD: geht **10** Schritte vorwärts, stoppt, dreht **180°**, kehrt zurück . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 70.
71. STD: geht **10** Schritte rückwärts . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 71.
72. STD: geht **10** Schritte vorwärts, trägt großes Objekt mit zwei Händen . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 72.
73. STD: geht ohne Unterbrechung **10** Schritte vorwärts zwischen 2 parallelen Linien von **20 cm** Abstand . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 73.
74. STD: geht ohne Unterbrechung auf gerader 2 cm breiter Linie **10** Schritte vorwärts . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 74.
75. STD: steigt über Stock auf Kniehöhe, mit dem **rechten** Fuß beginnend . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 75.
76. STD: steigt über Stock auf Kniehöhe, mit dem **linken** Fuß beginnend . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 76.
77. STD: rennt **5 m**, stoppt und kehrt zurück . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 77.
78. STD: kickt Ball mit dem **rechten** Fuß. . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 78.
79. STD: kickt Ball mit dem **linken** Fuß . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 79.
80. STD: springt mit beiden Füßen gleichzeitig **30 cm** hoch . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 80.
81. STD: springt mit beiden Füßen gleichzeitig **30 cm** vorwärts . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 81.
82. STD: hüpft auf dem **rechten** Fuß 10 mal innerhalb eines Kreises von **60 cm** Durchmesser . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 82.
83. STD: hüpft auf dem **linken** Fuß 10 mal innerhalb eines Kreises von **60 cm** Durchmesser . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 83.
84. STD, HALT AN EINEM GELÄNDER: geht **4** Stufen nach oben, hält sich an **einem** Geländer, Füße alternierend . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 84.
85. STD, HALT AN EINEM GELÄNDER: geht **4** Stufen nach unten, hält sich an **einem** Geländer, Füße alternierend . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 85.
86. STD: geht **4** Stufen nach oben, Füße alternierend . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 86.
87. STD: geht **4** Stufen nach unten, Füße alternierend . . . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 87.
88. STD AUF 15 CM HOHER STUFE: springt auf den Boden, beide Füße gleichzeitig abgehoben . . . 0❑ 1❑ 2❑ 3❑ 88.

GESAMT DIMENSION E: ☐

Hat diese Bewertung die „üblichen" Fähigkeiten des Kindes wiedergegeben? Ja ❑ Nein ❑

KOMMENTAR:

5. Fotos

Abbildung 1: Fahrradfahren mit Therapierädern

Abbildung 2: Therapeutisches Schwimmen im Hallenbad

Abbildung 3: Gehparcours in Freien und im Therapieraum

Abbildung 4: Therapeutisches Trampolinspringen

Abbildung 5: Mattenprogramm

Abbildung 6: Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (Stiegen steigen, kontrolliertes Aufstehen und Niedersetzen ohne Schwung)

Abbildung 7: Bewältigung von Testaufgaben des GMFM. Bild a Item 73 (Dimension E): 10 Schritte vorwärts gehen zwischen 2 parallelen Linien von 20cm Abstand; Bild b Item 52 (Dimension D) vom Boden in den Stand hochziehen.

Unser Angebot

Das Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Behinderung, die auch während der Sommerferien aktiv sein wollen. Die Teilnahme ist in Begleitung der Eltern oder auch alleine möglich. Wir bieten intensive Mehrfachtherapie, Spiel, Sport, Spaß und Lernen, Gruppenerleben und Erfahrungsaustausch.

Zusätzliche Angebote

Angebote für die Eltern:

- Intensive Elternberatung und konkrete Anleitung der Eltern
- Möglichkeit der Teilnahme an Schulungen und Fachgesprächen
- Hilfsmittelberatung – Hilfestellung bei Auswahl, Anschaffung und Einsatz

Angebote für die TeilnehmerInnen:

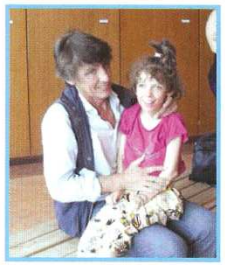
- Kinder / Jugendliche aus den Bundesländern / dem Ausland können vor Ort wohnen.
- Wohntraining, Training der Selbstversorgung, aktive Freizeitgestaltung
- Gruppen übergreifende, integrative Angebote

INSTITUT KEIL
THERAPIEINSTITUT KEIL (gem.) GmbH

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!

Anfragen richten Sie bitte an

A-1170 Wien, Bergsteiggasse 36-38
☎ + 43 1 408 81 22
+ 43 1 408 81 22 16
@ office@institutkeil.at
www.institutkeil.at



Impressum:
Therapieinstitut Keil gemn. GmbH
A–1170 Wien, Bergsteiggasse 36–38

Spendenkonto:
Bank Austria BLZ: 12000 Ktn: 00663035202

Unterstützt durch:

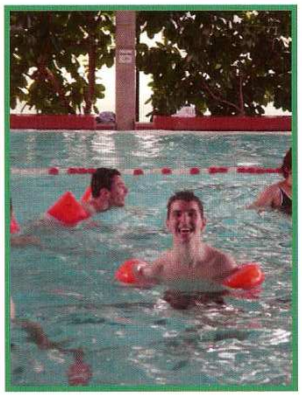
INSTITUT KEIL
Therapieinstitut Keil gemn. GmbH

Sommer-Intensivtherapie- und Erlebnis-Wochen

für Kinder und Jugendliche
mit Behinderung

11.7.-29.7.2011

KONDUKTIV MEHRFACHTHERAPEUTISCHE SOMMER-INTENSIVTHERAPIE- UND ERLEBNIS-WOCHEN



VERANSTALTUNGSORT

De La Salle Schule Strebersdorf
Anton Böckgasse 20
1210 Wien

INHALTE & ZIELSETZUNG

In Gruppen, die nach Alter und Entwicklungsstand zusammengesetzt sind, bieten wir einen vielseitigen Tagesablauf an:

BEWEGUNGSLERNEN / MEHRFACHTHERAPIE

- Täglich großmotorische Bewegungsprogramme zur Dehnung, Kräftigung, Bewegungsanbahnung und Bewegungskoordination
- Aufgaben im Stehen zur symmetrischen Aufrichtung, Kräftigung und Ausdauer
- Aktive Fortbewegung mit den entsprechenden Hilfsmitteln und Hilfestellungen
- Gezielte Förderung der Feinmotorik zur Verbesserung der Handfunktion

BEHINDERUNGSSPEZIFISCHER SPORT

- Lustbetonte, therapeutisch fundierte körperliche Betätigung im Freien – Rad fahren, Trampolin springen, Schwimmen

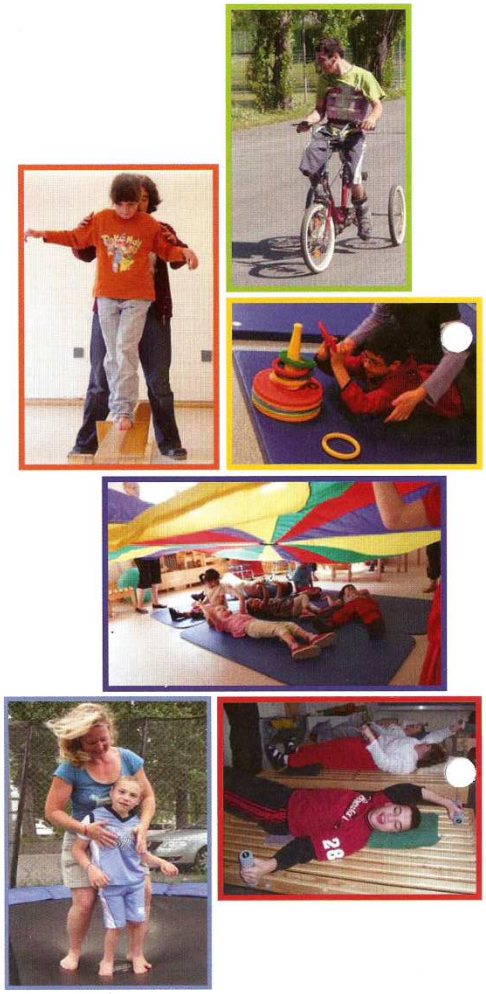
KOGNITIVE FÖRDERUNG / KREATIVITÄT

- Alle Einheiten sind eingebettet in ein durchgehendes Thema
- Kreatives Gestalten und musischer Ausdruck helfen bei der Entwicklung einer positiven Arbeitshaltung

SELBSTHILFETRAINING / ADL

- Aufbau von Eigenverantwortlichkeit im Bezug auf Umsetzung der erarbeiteten Fähigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung beim Essen und Trinken, auf der Toilette, beim An- und Ausziehen, bei Transfers

INSTITUT KEIL
THERAPIEINSTITUT KEIL (gem.) GmbH



INSTITUT KEIL
THERAPIEINSTITUT KEIL (gem.) GmbH

7. Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: …… Unterschrift: ……..

8. Lebenslauf

von **Christoph Panholzer,** Bakk., BSc

geboren am 20.06.1985 in Klosterneuburg, wohnhaft in

3430 Tulln, Niederösterreich.

Ausbildung:

Seit Oktober 2004:

- **Lehramtsstudium an der Universität Wien**
  - Unterrichtsfächer: Bewegung & Sport sowie Psychologie & Philosophie

März 2006 bis April 2010:

- **Bakkalaureatsstudium „Gesundheitssport" an der Universität Wien.**
  - Abschluss mit dem akademischen Titel Bakk.rer.nat

September 2008 bis Juli 2011:

- **Bachelorstudium „Physiotherapie" an der FH Campus Wien**
  - Abschluss mit dem akademischen Titel BSc

September 1995 bis Juni 2003:

- **Bundesgymnasium Klosterneuburg;**
  - 6 Jahre Latein-Unterricht
  - 4 Jahre Französisch-Unterricht
  - 3 Jahre Spanisch- Unterricht
  - Maturiert in den Fächern Deutsch, Englisch, Französisch, Mathematik, Geographie und Wirtschaftskunde sowie Psychologie und Philosophie

Praktika:

März 2010 bis April 2010:

- Praktikum Physikalische Medizin und Rehabilitation im Rehabilitationszentrum Weißer Hof (NÖ)

Mai 2010 bis Juni 2010:

- Praktikum Innere Medizin im Landeskrankenhaus Tulln

Oktober 2010 bis November 2010:

- Praktikum Neurologie im Landeskrankenhaus Tulln

November 2010 bis Dezember 2010:

- Praktikum Traumatologie im AKH-Wien

Dezember 2010 bis Jänner 2011:

- Praktikum Psychiatrie im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe (Otto-Wagner-Spital)

März 2011 bis April 2011:

- Praktikum Orthopädie im AKH-Wien

April 2011 bis Mai 2011:

- Praktikum Traumatologie im Wilhelminenspital der Stadt Wien

Mai 2011 bis Juni 2011:

- Praktikum Pädiatrie im Therapieinstitut Keil

Berufserfahrungen:

Seit August 2011:

- **Physiotherapeut und Konditionscoach im Nationalen Zentrum für Frauenfußball (ÖFB)**
- **freiberufliche Tätigkeit als Physiotherapeut in Tulln/NÖ**

Seit Dezember 2010:

- **Die Sportpraxis Tulln**
  - Personal-Training im Bereich des Gesundheitssports
  - Physiotherapeutische Betreuung regionaler Fussballmannschaften
  - Durchführung von Projekten
    - Vorsorge aktiv (Bewegungsprojekt für Menschen mit erhöhtem Risiko für Herkreislauferkrankungen)
    - Ugotschi (Bewegungsprojekt für Kinder)

August 2007 bis Juni 2011:

- **Wirbelsäulenstützpunkt Wien**
  - Trainer-Tätigkeit im Bereich des medizinischen Krafttrainings

August, September 2010:

- **Star Camps**
  - Trainer bei Kinderfußballcamps

Mai, Juni 2009:

- **Betreuung der österreichischen Basketball-Damen-Nationalmannschaft als Physiotherapeut i.A**

Dezember 2006 bis März 2008:

- **Team Activities**
  - Trainer von Fußball- und Ballsportkursen

<u>Wissenschaftliche Arbeiten:</u>

Bakkalaureatsarbeiten:

- **Ursachen und Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter**
  - Betreuerin: Prof. Dipl.-Psych. Dr. Sabine Würth
- **Ursachen und Therapie von Sportverletzungen der Leistenregion**
  - Betreuerin: Dr. Renate Petschnig

Bachelorarbeiten:

- **Die Bedeutung des kurzzeitigen Stretchings vor reaktiv-kräftigen Belastungsformen für die Prävention von Verletzungen der Muskel-Sehnen-Einheit**
  - Betreuerin: Daniela Schnell, MEd
- **Dehnen zur Steigerung der Dehnungsfähigkeit der ischiocruralen Muskulatur - Contract-Relax vs. Stretching**
  - Betreuerin: Daniela Schnell, MEd