



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Bewegungsinterventionen und ICF

*Die Verwendung der WHO Klassifikation ICF als Ausgangspunkt für
Bewegungsinterventionen für Menschen mit Behinderung*

Roland Stadler, Bakk. rer. nat.

Zum Erlangen des akademischen Grads
Magister rerum naturalium (Mag. rer. nat.)

Wien, 2012

Studienkennzahl: A 066 826
Studienrichtung: Magisterstudium Sportwissenschaft UG2002
Betreuerin: Mag. Dr. Maria Dinold

Abstract [Deutsch]

In den vergangenen 10 Jahren hat sich die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vor allem in der Rehabilitation als Arbeitsinstrument etabliert. In der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen in Bewegung, Spiel und Sport ist ebenfalls ein Bedarf an Informationen zu Funktionsfähigkeiten und Einschränkungen der Teilnehmenden vorhanden. Dies gilt ebenso für Barrieren und Prozesse der alltäglichen Aktivität und Teilhabe. Die Studie untersucht den Nutzen der Verwendung einer Datenkodierung sowie Praktikabilität eines Dokumentationsrahmens von Gesundheitscharakteristika nach dem Modell der ICF in der Sportwissenschaft. Fünf Fallbeispiele werden erhoben und dargestellt. Erhoben werden die ICF Komponenten der Aktivität und Partizipation. Ebenfalls werden zentrale Aspekte von Gesundheitsförderung durch Physical Activity (PA) und Bewegungsinterventionen in der Zielgruppe der Menschen mit Behinderung erarbeitet. Die Studie vergleicht zentrale Förderfaktoren mit den am häufigsten gefundenen Items der Fallbeispiele um festzustellen, wie die Förderungen und die ICF Daten in der Planung und Durchführung von Bewegungsinterventionen zusammenpassen.

Dabei wurde festgestellt, dass manche Items der Komponenten Aktivität und Partizipation der ICF gut und direkt zu Bewegungsinterventionen zuordenbar sind. Es wurde auch festgestellt, dass die Datenerhebung an sich nur durch Personen geschehen kann, welche mit dem Lebensalltag der Menschen vertraut sind, und in enger Beziehung zu ihnen stehen. Es konnte ein großes, aber durchaus passendes Set an Items für die Sportpädagogik erarbeitet werden. Die Frage, ob sich die Kapitel der ICF zur Einteilung von Personen in Zielgruppen in Förderungssettings eignen, ist nicht klar beantwortbar. Die Kapitel überlappen sich aus dem Blickwinkel der Interventionsplanung stark. Die Items der Kontextfaktoren hatten weniger Einfluss auf die Interventionsplanung als erwartet.

Die ICF Daten können als zusätzliche Information für übungsanleitende Personen einen Mehrwert bereitstellen. Weitere qualitative und quantitative Forschung ist nötig um Effekte und den Nutzen für Klient(inn)en und übungsanleitende Personen wissenschaftlich zu erfassen.

Abstract [English]

Within the past ten years the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) developed by the World Health Organization (WHO) emerged primarily in the field of rehabilitation. It is evident that services for people with disabilities in the fields of functioning, participation and barriers in daily life are also in need of data.

The study is investigating the benefits of the use of ICF data models and documentation in sport science. The health condition of a sample of five people with a disability were examined in case studies within a specially developed framework.

It is the intention of the study to provide a set of health promoting factors of physical activity (PA). The primary factors of health promotion for the target group will be compared to the most common and frequent items found in the ICF data. The results of this survey should generate general findings and correlations between ICF items and health promoting factors.

It was found that some items within the ICF concept of activity and participation where assignable to interventions of PA. But it was found that the majority of the items are too complex to be assigned to tangible interventions. This is due to the bio-psycho-social character of the ICF.

Another result revealed that the data can only be evaluated by people with good knowledge of the subjects. Closeness and relation is needed.

A practical, but quite extensive set of items for research in sport science was found. The question of assignment to target groups is not generally clarified. ICF chapters are strongly linked in reference to health promotion.

The environmental factors in the case studies had less effect on the ideas of planning and implementing interventions then it has been thought. Helpful clues for the use of ICF in further research could be identified. It can be stated that ICF data supplies useful information to instructors. It may be said that empiric as well as qualitative science has a large and promising field in investigating health promotion in conjunction with the ICF.

Inhalt

I.	Abstract [Deutsch]	
II.	Abstract [English]	
III.	Vorwort	
IV.	Einleitung	
1.	Grundlagen	10
1.1	Die ICF	11
1.1.1	Geschichte und Grundhaltung	11
1.1.2	Struktur der ICF	16
1.1.3	Ziele der ICF	19
1.1.4	Anwendungsbereiche der ICF.....	20
1.1.5	Kodierung nach ICF	20
1.2	Funktionale Gesundheit	24
1.3	Begriff der Behinderung.....	24
1.4	Normalität als Referenz.....	27
1.5	Rehabilitation.....	28
1.6	Adapted Physical Activity (APA)	29
1.7	Evidence Based Practice	33
2.	Förderung durch Bewegung, Spiel und Sport	35
2.1	Förderung durch Bewegung allgemein	35
2.2	Förderung in der Zielgruppe der Menschen mit Behinderung.....	38
2.2.1	Barrieren und Handlungspläne.....	40
2.2.2	Normalisierungsprinzip	41
2.2.3	Körperliche Zuwendung.....	42
2.2.4	Persönlichkeitsentwicklung und Wohlbefinden	42
2.2.5	Wohlbefinden und Psyche.....	43
2.3	Förderung - Entwicklung.....	43
2.4	Bewegungs- und Sporttherapie	45
2.4.1	Therapie und Wirkungsforschung.....	47

3.	Bewegung mit Menschen mit Behinderung in der Praxis.....	49
3.1	Integration durch Bewegung, Spiel und Sport	49
3.2	Inklusion durch Bewegung, Spiel und Sport.....	50
4.	Resümee der Grundlagenforschung.....	51
5.	Praktische Anwendung der ICF anhand von Fallbeispielen	54
5.1	Methode und Datenerhebung	55
5.1.1	Vorbereitungsphase	57
5.1.2	Datenkodierung nach ICF	60
5.2	Fallbeispiele.....	63
5.2.1	Fallbeispiel A	63
5.2.2	Fallbeispiel B	66
5.2.3	Fallbeispiel C.....	69
5.2.4	Fallbeispiel D	71
5.2.5	Fallbeispiel E.....	74
5.3	Reflexion zur Machbarkeit der Datenerhebung	76
5.4	Analyse der Daten	77
5.4.1	Gruppenergebnisse in den Leistungen der Aktivität.....	78
5.4.2	Gruppenergebnisse in den Leistungen der Partizipation.....	81
6.	Interventionsebene.....	83
6.1	Gruppenintervention.....	83
6.1.1	Zu beachtende Aspekte in der Durchführung.....	87
6.2	Frage nach den Zielgruppen.....	88
6.3	Individuelle Förderung in der Gruppe.....	91
7.	Resümee.....	97
V.	Literatur	100
VI.	Abbildungsverzeichnis	104
VII.	Tabellenverzeichnis.....	104
VIII:	Anhang.....	105
IX:	Curriculum Vitae	108

Vorwort

Diese Arbeit ist durch die Anregung von Mag. Dr. Maria Dinold entstanden, und hat für mich ein Feld aufgetan, welches nicht nur sehr gut zu meinem Arbeitsalltag passt, sondern meiner Meinung nach auch ein zukunftsträchtiges Forschungsfeld in der Sportwissenschaft darstellt.

Bedanken möchte ich mich bei Dr. Michael Wilk. Einerseits für die Arbeit in der Datenkodierung für diese Magisterarbeit, besonders aber auch für die Motivation und Wertschätzung in der gesamten Zeit unserer Zusammenarbeit.

Ebenfalls gilt mein Dank Jenen, die mich in der Zeit der Erstellung der Magisterarbeit, sowie der gesamten Studienzeit unterstütz haben. Dies gilt für Freunde und Familienmitglieder, Arbeitskolleg(inn)en sowie für Lehrpersonen der Universität Wien welche ich nicht alle namentlich nennen, aber persönlich danken werde.

Bewegung, Spiel und Sport bietet Menschen mit und ohne Behinderungen ein einzigartiges Feld sich auf körperlicher und geistiger Ebene zu begegnen, Freude zu teilen, zusammenzuarbeiten, zu wetteifern, sich zu unterstützen und besser zu verstehen.

Es ist anzunehmen, dass sie theoretische Auseinandersetzung sowie die praktische Verwendung der ICF in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird. Ich hoffe dass Leser(innen), für ihre Forschung oder andere Tätigkeit, aus dieser Arbeit etwas mitnehmen können.

Einleitung

Grundlegend wird in der Sportwissenschaft davon ausgegangen, dass Menschen durch Bewegung, Spiel und Sport, besser und breiter beschrieben mit dem englischen Begriff der Physical Activity (PA), in ihrer Entwicklung und in der Stärkung, sowie Erhaltung ihren Ressourcen, gefördert werden können. Besonders in Belangen der Gesundheit, beziehungsweise der personellen Gesundheitsressourcen, wird von einer positiven Wirkung ausgegangen. Personen mit Einschränkungen, Behinderungen und generell Personen mit gesundheitlichen Problemen stellen in der pädagogischen Begleitung, in Betreuung und Therapie durch Sportwissenschaftler(innen) eine besondere Herausforderung dar. Menschen mit Behinderung bedürfen durch die einhergehenden Barrieren besonderer Planung und Umsetzung von Inhalten in Bewegungs- und Sportsettings. Die grundlegend vorhandene Diversität von Menschen im Allgemeinen kann durch das Vorhandensein einer Funktionsstörung, die sich in Form einer Behinderung ausdrücken kann, oft noch zusätzlich erhöht sein. An dieser Stelle sei vorweg erwähnt, dass in dieser Arbeit auf Grund der Komplexität des Begriffs, die Formulierung Menschen mit Behinderung, wie in der heutigen Auseinandersetzung üblich, verwendet wird. Dies geschieht, auch wenn später noch erklärt werden wird, dass die Behinderung nach folgender Definition nicht der Person innewohnt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hält ihre Mitgliedsstaaten dazu an, Funktionsstörungen und Behinderung ganzheitlich im Modell der funktionalen Gesundheit zu verstehen, und die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)¹ für Dokumentation und Forschung in diesem Bereich zu verwenden. Die Sportpädagogik hat sich bis dato kaum mit dem Modell und der Klassifikation beschäftigt. Das Interesse gilt der Frage, ob es sinnvoll, praktikabel oder im Sinne der Wissenschaft nützlich wäre, die ICF für die Planung und Umsetzung von Interventionen von Bewegung, Spiel und Sport zu nutzen. Dokumentierte Personendaten nach dem Modell der ICF könnten eventuell

¹ Bei den Abkürzungen ICF als auch WHO handelt es sich um die ursprünglichen, international gebräuchlichen, englischen Abkürzungen.

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health.

WHO: World Health Organisation

helfen Zielgruppen näher zu bestimmen. Es könnten mehrere Aspekte von Funktionalität einzelner Personen oder Personengruppen leichter überblickt werden, und es wäre auch denkbar, die ICF als ein Instrument zur Vergleichbarkeit von gesundheitsrelevanten Faktoren über den Zeitverlauf zu verwenden. Es könnte sich aber auch herausstellen, dass die ICF Daten auf Grund der Komplexität und Auswahl an Themen, Kapiteln und Items unpassend für die Planung und Durchführung von Interventionen verschiedenster Art sind.

In der Rehabilitation hat sich die Dokumentation nach ICF durch die umfassende Beschreibbarkeit sowie durch die Bedürfnisse der Interdisziplinarität und dem damit einhergehenden Bedarf nach einer gemeinsamen Sprache bereits gefestigt. Die Nähe zur Medizin und dem ICD-10² System ist dabei aber sicher ein entscheidender Unterschied gegenüber dem Feld von Bewegung, Spiel und Sport für spezielle Zielgruppen. Konkret wird sich der Frage gewidmet ob durch die Erhebung von ICF Daten von Personen in einer vollbetreuten Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung eine passende Basis für die Planung von Bewegungsinterventionen erstellt werden kann. Die Arbeit widmet sich dabei den Wirkungen von Bewegung, Spiel und Sport in unterschiedlichsten Facetten, um dem Anspruch eines ganzheitlichen Modells, wie es das der funktionalen Gesundheit ist, gerecht zu werden. Physische, emotionale, kognitive und soziale Perspektiven sind sowohl in der ICF als auch in der Frage nach Wirkung von Bewegung, Spiel und Sport als untrennbare Komponenten vorhanden und zu begreifen. Durch das breite Feld von Wirkungen ist es nicht möglich alle Aspekte von Förderung sowie alle Items der ICF methodisch und inhaltlich genau zu beschreiben. Die Daten sind in keiner Weise repräsentativ für die Zielgruppe. Die Arbeit setzt sich aus einer hermeneutischen Literaturbearbeitung, sowie einer darauf Bezug nehmenden Erhebung von realen Fallbeispielen nach dem Dokumentationssystem der ICF zusammen. Zusammen stellt dies eine theoretische Übersichtsarbeit eines aktuellen Themas zu den Falldarstellungen im Sinn einer exemplarischen Durchführung, welche die Grundlagenforschung ergänzt, dar. Für eine Gruppe von 3 bis 5 Personen sollten von

² ICD ist die internationale statische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. In der aktuellen Form als ICD-10 verwendet. Diese Klassifikation geht zeitlich viele Jahrzehnte zurück. Sie bietet ein breites Spektrum an medizinischen Diagnosen.

der Norm abweichende Items (Gesundheitscharakteristiken) nach ICF erhoben werden. Eine Vorauswahl von Kapiteln der ICF Klassifikation wird getroffen und der Prozess der Datenerhebung dargestellt werden. In einer weiteren Vorauswahl wird dann ein Itemkatalog für die Datenerhebung erzeugt werden. Die gewonnenen Daten der Fälle, welche in der Arbeit auch als Klient(inn)en bezeichnet werden, werden in eine Verschlüsselungsform nach ICF gebracht. Diese stehen dann für den Vergleich mit Förderbereichen und Zielen von Bewegungsinterventionen, Bewegungstherapieangeboten sowie anderen Studien und Projekten zur Verfügung. Aus diesem Vergleich sollen Übereinstimmungen, Zusammenhänge und offene Förderbereiche identifiziert werden.

Im ersten Kapitel werden die Grundlagen, vor allem die der ICF, dargelegt und bearbeitet. Ebenso wird der Begriff der Behinderung und der funktionalen Gesundheit sowie Entwicklung im Arbeitsfeld und der gesellschaftliche Umgang mit Menschen mit Behinderungen bearbeitet. Im zweiten Kapitel werden die Möglichkeiten der Förderung von Personen und Personengruppen durch Bewegung, Spiel und Sport aus verschiedensten Blickwinkeln betrachtet und zu einem Resümee zusammengefasst. Ein kurzer Abriss zu Aspekten der Arbeit in der Praxis beendet dann den Teil der theoretischen Auseinandersetzung. Im fünften Kapitel findet sich die praktische Anwendung der ICF anhand der Fallbeispiele. Der Erklärung des methodischen Vorgehens folgt die Darstellung der Daten in einem selbst erstellten Dokumentationschema. Die WHO bietet innerhalb der ICF verschiedene Optionen der Dokumentation an. Diese ergeben Freiheiten in der Kodierung für die Anwendender(innen). Diese Datensätze enthalten, auf Grund der Übersichtlichkeit, bereits jeweilige, sehr kurze, beschreibende Analysen beziehungsweise Verdichtungen. Im nachfolgenden Strukturierungspunkt findet sich die Analyse der Daten. Das sechste Kapitel beinhaltet die Auseinandersetzung mit der Praktikabilität im Bezug auf Verwendung der ICF Daten für die Förderung in Bewegungsinterventionen, welche die Grundlage für ein abschließendes Resümee, die Beantwortung der Forschungsfrage und einen Ausblick für weitere Untersuchungen liefern wird.

1. Grundlagen

Durch die Darstellung grundlegender Informationen soll in diesem Kapitel ein Einblick in die Themenfelder gegeben werden. Verständnis für die Modelle und Denkweisen der behandelten Materie soll soweit aufgebaut werden, dass den Ausführungen und Schlüssen der Arbeit ohne weitere Vorinformationen gefolgt werden kann. Hauptsächlich werden Grundlagen aus dem Arbeits- und Forschungsfeld der Wirkung von Bewegung, Spiel und Sport, der Adapted Physical Activity (APA), dem Klassifizierungssystem der ICF sowie Grundlagen zur Bedeutung von Sport und Bewegungsinterventionen für Personen und Personengruppen im generellen, sowie für Menschen mit Behinderungen und Erkrankungen im Speziellen im ersten Kapitel der Arbeit veranschaulicht. Die Beschäftigung mit Bewegung und Sport für und mit Menschen mit Behinderungen ist ein breites Betätigungsfeld. Es wird sowohl im Leistungs- als auch im Breitensport³, in Rehabilitation und in der Bewegungstherapie mit Menschen mit Behinderung als spezielle Personengruppe gearbeitet. In Österreich ist dies sportlich institutionell durch den seit mehr als 50 Jahren bestehenden Behindertensportverband (ÖBSV), verschiedene Vereine und Arbeitsgruppen, wie in Wien etwa durch den Mental Handicapt Sportsclub oder den WAT Behinderten- und Integrationssport, sowie in Aus- und Weiterbildung und in Curricula verschiedener Hochschulen dargestellt. Der Begriff der Behinderung findet unter dem Model der ICF, wie später noch näher beschreiben werden wird, auch wieder stärkeren Einzug in die verschiedenen Arbeitsbereiche. Die Sportwissenschaft beschäftigt sich neben trainingswissenschaftlichen, biomechanischen und leistungsphysiologischen Gesichtspunkten in einem sozialwissenschaftlichen Kontext mit dem Umgang mit Behinderung. Der Terminus der APA hat sich in der internationalen Auseinandersetzung mit dem Thema als ein interdisziplinäres Forschungsfeld etabliert und wird in Kapitel 1.6 näher behandelt. Behinderung wird als Terminus hier nach Definition der WHO in der Vollversion der ICF gedeutet. (vgl. 1.2- 1.7)

³ Breitensport scheint als Begriff durch die kleine Zielgruppe der Menschen mit Behinderung unpassend. Der Begriff wird zur Abgrenzung zum Leistungssport von Menschen mit Behinderung verwendet.

1.1 Die ICF

Es werden nun Erklärungen und Veranschaulichungen der primären Grundlagen zur Arbeit gegeben werden. In diesem Kapitel wird auf die ICF als Klassifikation als auch als Model eingegangen. Danach wird auf Grundlagen eingegangen, welche die Bedeutung der ICF für die Planung von Bewegungsinterventionen behandelt.

1.1.1 Geschichte und Grundhaltung

Die ICF ist ein Modell und Klassifizierungssystem in verschiedenen Dimensionen. Generell werden Gesundheitscharakteristika von Personen klassifiziert. Die ICF kann nicht nur für Menschen mit Behinderungen, sondern allgemein zur Beschreibung von Gesundheitscharakteristika angewendet werden. Die ICF ist aufgrund ihrer Entwicklung mit dem Fokus auf Menschen mit verschiedensten, gesundheitlichen, funktionalen, körperliche und geistigen Einschränkungen konzipiert. Beeinträchtigungen und Funktionsfähigkeiten von Personen werden in der Klassifikation in verschiedenen Items abgebildet. Es ist dadurch möglich eine Person in sehr vielen, ihre Gesundheit betreffende, Komponenten abzubilden.

Die ICF ist die Nachfolgerin der WHO Klassifikation „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH) aus dem Jahr 1980. Die ICF ist laut WHO (2005, S. 4): „(...) der Lebenswirklichkeit Betroffener besser angepasst.“ Der „Lebenshintergrund“ so WHO (2005) wird berücksichtigt. Es vollzog sich durch die Entwicklung von der ICIDH zur ICF eine Art Paradigmenwechsel von einer Erfassung von „Krankheitsfolgen“ zu einer Erfassung von „Komponenten der Gesundheit“ (WHO 2005). Die ICF wurde im Mai 2001 von der WHO im 54 World Health Assembly als Agendapunkt 13.9 unter Einbezug aller 191 damaligen Mitgliedsstaaten eingeführt. Die ICF wurde der ICD-10 bei der Einführung als „gleichberechtigt zur Seite gestellt“ (Frieboes, Zaudig & Nosper, 2005, S. 7). Das Verabschiedungspapier der WHO beinhaltet drei konkrete Punkte (WHO, 2001):

- Es wurde vereinbart die ICF als Klassifikationssystem der WHO zu bestätigen.
- Die Mitgliedsstaaten werden dazu angehalten, diese Klassifikation in Forschung, Überwachung und Dokumentation zu verwenden. Insbesondere wird in diesem zweiten Punkt angemerkt, dass diese Systematisierung für

spätere Betrachtung aus verschiedenen Disziplinen der Gesundheitswissenschaften nützlich sein kann.

- Der Generaldirektor der WHO ersucht die Staaten sich untereinander bei der Umsetzung und Ausführung der ICF zu unterstützen.

Die Unterschiede die sich in der Entwicklung zwischen der ICIDH und der ICF herausgebildet haben sind in Tabelle 1 veranschaulicht um das Verständnis für die Entwicklung und die Unterschiede in den Klassifikationen zu erweitern.

Tabelle 1: Vergleich ICIDH und ICF. (WHO 2005, S. 5)

	ICIDH	ICF
Konzept:	kein übergreifendes Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell:	Krankheitsfolgenmodell	bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung:	Defizitorientiert: Es werden Behinderungen klassifiziert.	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung:	formaler Oberbegriff zu Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen; keine explizite Bezugnahme auf Kontextfaktoren	formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
Grundlegende Aspekte:	• Schädigung • Fähigkeitsstörung • (soziale) Beeinträchtigung	• Körperfunktionen und – Körperstrukturen Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) • Aktivitäten Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität • Partizipation [Teilhabe] Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]
Soziale Beeinträchtigung:	Attribut einer Person	Partizipation [Teilhabe] und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren:	bleiben unberücksichtigt	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzept und werden klassifiziert
personenbezogene (persönliche) Faktoren:	werden höchstens implizit berücksichtigt	werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert
Anwendungsbereich:	nur im gesundheitlichen Kontext	

Grundgedanken des Modells, sind eine vereinheitlichte Dokumentation und Beschreibung, aber auch eine Art Paradigmenwechsel im Verständnis der Gesundheit und möglicher funktionaler Einschränkungen. Die ICF versteht sich als ein biopsychosoziales Gesundheitsmodell. Schaller (2009, S. 11) führt aus: „Durch die Verabschiedung der ICF durch die WHO im Jahre 2001 vollzog sich ein Paradigmenwechsel im Verständnis von Krankheit und Behinderung der für die Rehabilitation von großer Relevanz ist.“ Schaller bezieht sich hier auch auf Schliehe (2006) welcher sich vor allem mit der Umsetzung der ICF im Bereich der Rehabilitation beschäftigte. Die Sicht von Personen als biopsychosoziale Systeme soll den Menschen und die Auswirkungen von Erkrankung, Barrieren und Förderfaktoren möglichst ganzheitlich und beschreibend erfassen. Grundlegend kann somit gesagt werden, dass die ICF die Klassifizierungen nach Krankheitsbildern in der ICD-10 „ergänzt“ (Schaller 2009, S. 12, WHO 2005). Die Gesundheit wird in der Sichtweise der ICF als eine von verschiedenen Parametern abhängige und dynamische Größe einer Person verstanden. Frieboes et. al. (2005) schreiben, dass sich die ICF zu sehr auf die Rehabilitationswissenschaft „beschränkt“. Sie schreiben weiter, dass die ICF „insgesamt deutliche Vorteile gegenüber der reinen Diagnosen- Darstellung nach ICD“ birgt (Frieboes et. al., 2005). Es wird für einen breiteren Einsatz der Klassifikation plädiert. In der Auseinandersetzung mit Bewegungsinterventionen für Menschen mit geistiger Behinderung ist das Feld der Rehabilitation weniger von Interesse, als etwa in der Arbeit mit Menschen mit Körperbehinderung (Rentsch & Bucher, 2006). Interventionen welche die Psyche und das soziale Leben betreffen, wie etwa Bestrebungen und Maßnahmen der Integration und Inklusion, des Wohlbefindens und der Entwicklung stehen eher im Vordergrund. Praktisch ergeben sich Aufgaben der (Re-) Integration und Inklusion und auch klassisch rehabilitative Aufgaben, vor allem für Menschen mit Körperbehinderungen. Unter dieser Sichtweise wirft sich auch die Frage nach dem Verständnis dieser Maßnahmen und von Rehabilitation an sich im Bereich der Sportwissenschaft auf. Das Modell der ICF kann hierzu einen entscheidenden Beitrag leisten, welcher auch praxisbezogene Konsequenzen mit sich trägt. Die ICF soll als gemeinsame Sprache dienen. Zur Veranschaulichung von Zusammenhängen und Interdependenzen von Begriffen innerhalb der ICF dient nun die folgende Abbildung 1 (n. Schaller, 2009).

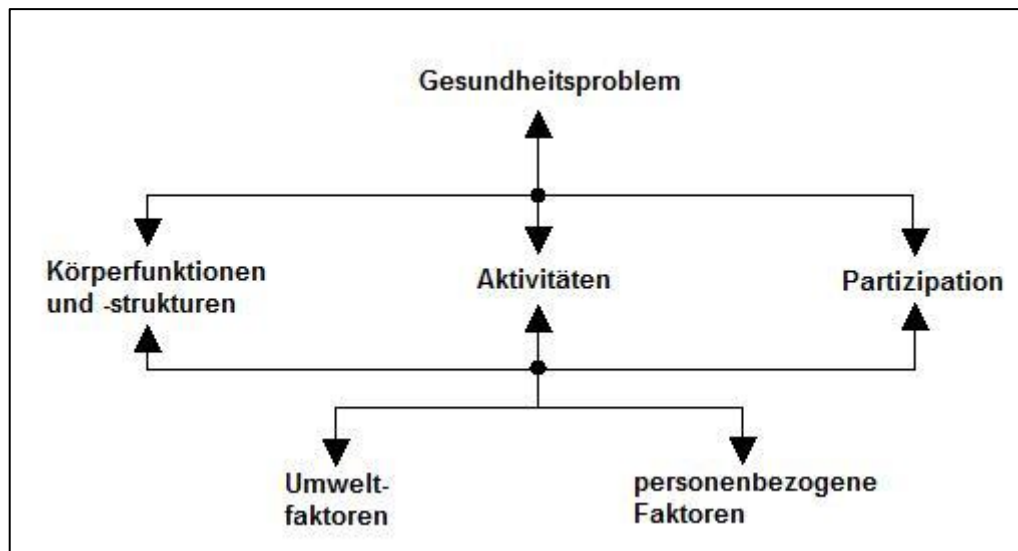


Abbildung 1: ICF Modell der Wechselwirkungen der Komponenten
WHO 2005, aus Schaller 2009, S. 12

In obiger Abbildung (1) sind die Komponenten der ICF benannt. Durch die dargestellten Pfeile der Rückwirkungen der einzelnen Komponenten auf das Gesundheitsproblem wird klar, dass sich das Gesundheitsproblem im Modell nicht als statisch darstellt. Das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis ist grundsätzlich eher dem Gesundheitsmodell der Salutogenese als dem Modell der Pathogenese nahe. Die Salutogenese nach Antonovsky versteht Gesundheit nicht als dichotome Variable, die gegeben oder im Krankheitsfall nicht gegeben ist, sondern das menschliche Sein als Bewegung in einem Kontinuum, in welchem Ressourcen genutzt werden, um die Balance zu halten (vgl. Wydler, 2000). Der Mensch befindet sich in einem Gleichgewicht welches durch Gesundheitsfaktoren und Risikofaktoren beeinflusst wird. Faltermaier (in Wydler, 2000, S. 186) schreibt, dass ein interdisziplinärer Zugang nötig ist, da die Salutogenese „(...) neue Fragen stellt die das bisherige Denksysteme über Krankheit und Gesundheit radikal in Frage stellen (...)“. Es ist erkennbar, dass es sich hier um einen systemischen, im Sinne von mitgedachten Umwelten, und ressourcenorientierten Ansatz zum Begreifen von Gesundheit und Krankheit handelt. Die Salutogenese beschäftigt sich mit den Wirkungen und Ressourcen von Gesundheit als etwas Dynamisches und war ein wichtiger Meilenstein der modernen Auseinandersetzung am Weg zu heutigen Modellen wie etwa dem der ICF. Die ICF hat als Klassifikation keinen Anspruch auf Ursachenforschung im Sinne von Antonovsky. Es geht um eine Abbildung der momentanen Verhältnisse. Es ist aber notwendig, diese Zusammenhänge

mitzudenken, weil diese in der Förderung von individuellen Ressourcen genutzt werden können, um positive Wirkungen auf das Kontinuum der Gesundheit zu erzielen. In dieser Arbeit stellt sich die Frage danach, wie es dem Mensch gelingen kann, trotz eines Gesundheitsproblems wenig oder gar nicht in den Alltagsaktivitäten, und in der Teilhabe an gewünschten Kreisen und Tätigkeiten, behindert zu sein. Dies entspricht dem Modell der ICF. Schaller (2009, S. 11) beschreibt die ICF auch als ein „systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationen“ oder auch als eine „Beschreibung von Krankheitsfolgen“. Wobei die ICF wie gesagt, nicht lediglich als Beschreibung von Krankheitsfolgen verstanden werden soll. Ein Zusammenhang mit einer Störung oder Normabweichung ist allerdings immer gegeben. In diesem Zusammenhang ist es hier sogar notwendig anzumerken, dass die ICF nur angewendet werden darf, wenn eine Krankheit oder Gesundheitsstörung nach ICD-10 Klassifikation vorliegt (vgl. Schuntermann in Schaller, 2009, S. 13). Wie in Abbildung 1 bereits zu sehen war, gibt es im Modell konkret definierte Bereiche, die für die funktionale Gesundheit zentral sind. Nach Schaller (2009) ist die funktionale Gesundheit eines Menschen kein expliziter Begriff, sondern ein körperlicher sowie psychischer Aspekt, der weiter auch mit dem Kontext und der Teilhabe einer Person verbunden ist. Diese werden in der ICF in den vier, sogenannten Komponenten definiert, welche später in diesem Kapitel in Hinblick auf die Operationalisierung näher behandelt werden.

1.1.2 Struktur der ICF

Die ICF besitzt eine hierarchische Struktur welche zusätzlich zum Verständnis durch die Interdependenzen (Abb. 1) auch in Abbildung 2 vollständig veranschaulicht ist.

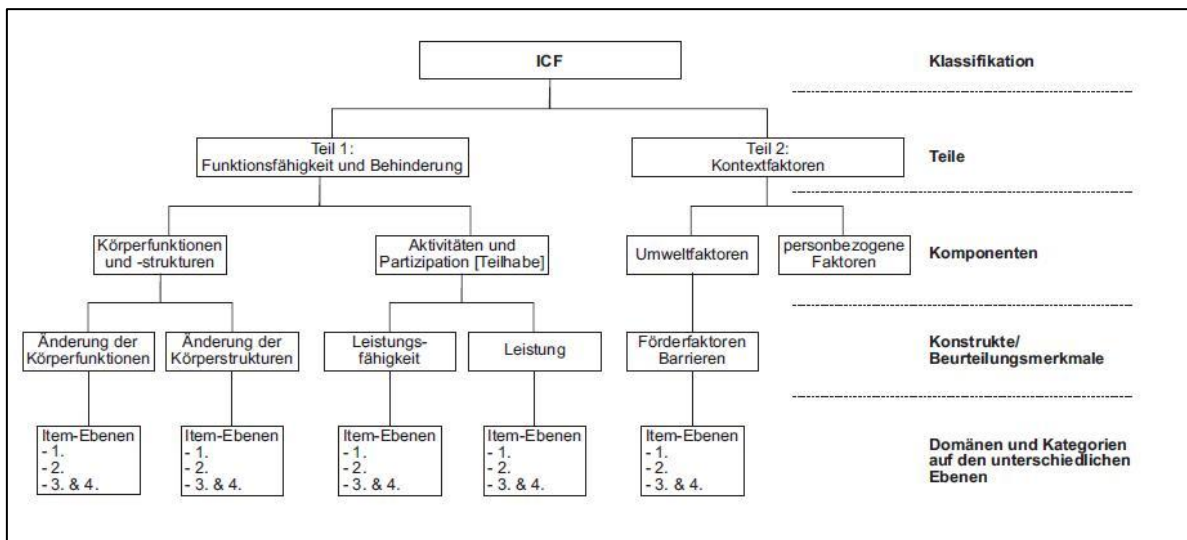


Abbildung 2: ICF Struktur
WHO 2005, S. 147

Die Klassifikation gliedert sich grundsätzlich in zwei Teile: (vgl. Rentsch & Bucher, 2006, WHO, 2005)

- Funktionsfähigkeit und Behinderung
- Kontextfaktoren

Der ersten Teil: Funktionsfähigkeit und Behinderung wird wieder in zwei Komponenten unterteilt:

- Körperfunktionen und Strukturen
- Aktivitäten und Partizipation

Der zweite Teil, der Teil der Kontextfaktoren, unterteilen sich ebenfalls wieder in zwei Komponenten. Diese sind:

- Umweltfaktoren
- Personenbezogene Faktoren

Schaller (2009, S. 16) merkt an, dass in der deutschen Version der ICF die Terminologie in Elemente zwischen dem konzeptionellen Modell und der reinen Klassifikation unterscheidet. Sie schreibt etwa: „Zum Beispiel werden die Begriffe „Dimension“ und „Domäne“ im Rahmen des Modells verwendet, wohingegen sich die Begriffe „Komponente“ oder „Kapitel“ ausschließlich auf die Klassifikation beziehen. Die folgende Tabelle 2 soll einen einfacheren Überblick über die Einteilungen geben.

Tabelle 2: Überblick über die ICF. (WHO, 2005, S. 17)

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und Strukturen	Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Umwelt-faktoren	Persönliche Faktoren
Domänen	Körperfunktionen und Strukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähig keit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähig keit und Behinderung
Konstrukte	Veränderungen in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderungen der Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der der gegenwärtigen Umwelt)	Fördernde oder beeinträchtigte Einflüsse von Merkmale der materiellen oder einstellungs-bezogenen Umwelt.	Einflüsse von Merkmalen der Person
Positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivität Partizipation	Positiv wirkende Faktoren	Nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
Negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigte Aktivität Beeinträchtigte Partizipation	Negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	Nicht anwendbar
	Behinderung			

Schaller (2009) beschreibt das Ziel der Klassifikation auch als: „(...) eine Zuordnung einer Folge von Codes, welche das Profil der Funktionsfähigkeit einer Person bestmöglich beschreibt.“ (Schaller, 2009, S. 18). Es soll nicht wie in der ICD-10 eine Diagnose für eine Krankheit, ein Ereignis oder eine Dysfunktion gestellt werden. Diese können aber grundlegend für die Kodierung in der ICF maßgeblich sein. In der ICF soll ein möglichst ganzheitliches Bild eines Menschen vor dem Hintergrund des Kontexts, der wirkenden Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren aufgezeigt werden.

Die Codes der ICF verwenden ein alphanumerisches System. Der Code beginnt mit der jeweiligen Komponente in welcher abgebildet werden soll (vgl. Schaller, 2009;

WHO, 2005). Die Zuweisung der Komponenten an Buchstaben in der ICF ist in folgender Tabelle eins ersichtlich.

Tabelle 3: Präfix der Komponenten des ICF. (WHO, 2005, S. 151)

b	Körperfunktion
s	Körperstruktur
d	Aktivität und Partizipation ⁴
e	Umweltfaktoren

1.1.3 Ziele der ICF

Grundsätzlich ist die Klassifikation für verschiedene Anwendungsbereiche entwickelt worden (vgl. 1.1.4). Es sollen Personen in Forschung, Politik, verschiedene Fachleute und Benutzer(innen) im Gesundheitsbereich sowie die Betroffenen selbst, und die Öffentlichkeit insgesamt, von der Klassifikation profitieren.

Zu den Zielen der ICF heißt es in der Originalübersetzung der WHO plakativ weiter (WHO, 2005, S. 9):

„Allgemeines Ziel der ICF-Klassifikation ist, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden (wie Erziehung/Bildung und Arbeit). Deshalb können die in der ICF enthaltenen Domänen als Gesundheitsdomänen und mit Gesundheit zusammenhängende Domänen betrachtet werden.“

Die WHO gibt an, dass die ICF genutzt werden soll um eine wissenschaftliche Grundlage bereit zu stellen. Der Datenvergleich soll vereinfacht und verbessert werden.

⁴ „Das Präfix d bezeichnet die Domänen innerhalb der Komponente der Aktivität und Partizipation. Es ist dem Anwender überlassen, das Präfix b durch a oder p zu ersetzen, um Aktivität bzw. Partizipation zu bezeichnen.“ (WHO, S. 151, 2005).

1.1.4 Anwendungsbereiche der ICF

Die ICIDH Klassifikation der WHO wurde bereits für verschiedene praktische Felder genutzt. Diesen werden von der WHO (2005, S. 11) wie folgend genannt:

- als statistisches Instrument: Für die Erhebung und Dokumentation von Daten (z.B. in Bevölkerungsstudien und Erhebungen oder in Managementinformationssystemen).
- als Forschungsinstrument: Für die Messung von Ergebnissen, Lebensqualität der Umweltfaktoren.
- als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung: Für die Beurteilung des Bedarfs, die Anpassung von Behandlungen an spezifische Bedingungen, die berufsbezogene Beurteilung, die Rehabilitation und die Ergebnisevaluation.
- als sozialpolitisches Instrument: Für die Planung der sozialen Sicherheit, für Entschädigungssysteme sowie für die Politikgestaltung und –umsetzung.
- als pädagogisches Instrument: Für die Curriculumentwicklung, die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln.

1.1.5 Kodierung nach ICF

Im Folgenden (Tabelle 4) ist nun eine Kodierung mit den entsprechenden Ebenen beispielhaft (n. WHO 2005, S. 152) abgebildet. Es ist ersichtlich, wie ausgehend vom ersten Teil der Klassifikation, in die Komponenten, dann zu Kapiteln und schlussendlich zu einem kodierten Item herunter gebrochen wird.

Tabelle 4: Kodierung in der ICF (Schaller, 2009, S. 17)

Kode	Bezeichnung	Ebene
	Funktionsfähigkeit und Behinderung	ICF (Teil 1)
b	Klassifikation der Körperfunktion	Komponente
b2	Sinnenfunktion und Schmerz	Kapitel: 1. Ebene
b280	Schmerz	Kategorie: 2. Ebene
b2801	Schmerz in einem Körperteil	Kategorie: 3. Ebene
b28016	Gelenkschmerz	Kategorie: 4. Ebene

Die Codes werden als Items der jeweiligen Ebene bezeichnet. Es ist möglich mehrere Codes auf einer Ebene zu verwenden, wenn es für die Beschreibung der Person dienlich oder sogar nötig ist. Die WHO (2005, S. 152) gibt eine gesamte Anzahl von 1424 Codes in der Klassifikation an. Die WHO merkt zum Thema der Quantität aber auch an: „In der praktischen Anwendung der ICF dürfte ein Anzahl von 3 bis 18 Codes angemessen sein, um einen Fall mit der Genauigkeit der zweiten Ebene (drei Ziffern) zu beschreiben.“ Die Kodierung in vier Ebenen wird als Spezialaufgabe der Rehabilitation, Geriatrie oder anderen spezialisierten Organisationen angesehen. Für die später folgende Fallanalyse dieser Arbeit hat sich ebenfalls die Frage nach der nötigen und sinnvollen Kodierungsebene gestellt.

Im Zuge der Datenkodierung der Fallbeispiele wurden Items bis in die dritte Ebene (vier Ziffern) kodiert werden. In der Komponente der Aktivität sind die Items in der zweiten Ebene weit zu allgemein um sie für die Datenanalyse zu verwenden. Ein Beispiel liefert Abbildung 3. Das Item *Hand- und Armgebrauch* etwa, kennzeichnet eine Normabweichung in der Leistung oder Leistungsfähigkeit in darunter beschriebener Form. Erst in der nächsten Kodierungsebene wird klar, um welches Problem es sich im Detail handelt.

d445	Hand- und Armgebrauch Koordinierte Handlungen auszuführen, die erforderlich sind, Gegenstände mit Händen und Armen zu bewegen oder zu handhaben, wie beim Drehen eines Türgriffs oder dem Werfen oder Fangen eines Gegenstands <i>Inkl.:</i> □ Gegenstände ziehen oder schieben; nach etwas langen; Hände oder Arme drehen oder verdrehen; werfen; fangen <i>Exkl.:</i> □ Feinmotorischer Handgebrauch (d440)
d4450	Ziehen Einen Gegenstand mit Fingern, Händen und Armen zu sich hinzubringen oder ihn von einem Platz zu einem anderen zu bewegen, wie eine Tür zuziehen
d4451	Schieben Einen Gegenstand mit Fingern, Händen und Armen von sich wegzubringen oder ihn von einem Platz zu einem anderen zu bewegen, wie ein Tier wegschubsen
d4452	Nach etwas langen Hände und Arme ausstrecken, um etwas zu berühren und zu greifen, wie über einen Tisch oder Pult nach einem Buch langen
d4453	Hände oder Arme drehen oder verdrehen Einen Gegenstand mit Fingern, Händen und Armen in Rotation zu versetzen, zu drehen oder zu wenden, wie es für den Gebrauch von Werkzeugen oder Küchenutensilien erforderlich ist
d4454	Werfen Etwas mit Fingern, Händen und Armen aufzunehmen und es mit einiger Kraft durch die Luft zu schleudern, wie einen Ball hochwerfen
d4455	Fangen Einen bewegten Gegenstand mit Fingern, Händen und Armen zu ergreifen, um ihn zu stoppen und zu halten, wie einen Ball fangen
d4458	Hand- und Armgebrauch, anders bezeichnet

Abbildung 3: Auszug aus dem ICF Itemkatalog der Vollversion; Quelle: WHO 2005, S. 106

Die Abbildung 3 zeigt ebenfalls, dass die ICF dem Anwender Informationen dazu zur Verfügung stellt, was mit dem Item, und was nicht mit dem Item kodiert werden soll (Siehe: Abbildung 3: „Exkl. Feinmotorischer Handgebrauch (d440)“). Dies ist für ungeübte Anwender von großer Hilfe. Es wird viel klarer was mit dem Kapitel und dem Item gemeint ist. Dies ist vor allem bei Items welche komplexe Aktivitäten, wie etwa Kommunikation oder Coping-Mechanismen, beschreiben eine große Hilfe für die Praxis.

Kodierung im Konstrukt der Leistung und Leistungsfähigkeit:

Items der Aktivität und Partizipation werden in den Beurteilungsmerkmalen der Leistung und der Leistungsfähigkeit beschrieben. Laut WHO (2005, S. 20) ist die Leistung:

„(...) was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut. Weil die übliche Umwelt seinen sozialen Kontext umfasst, kann unter Leistung auch das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ oder die „gelebte Erfahrung“ von Menschen in ihrem üblichen Kontext, in welchem sie leben, verstanden werden.“

Die Leistungsfähigkeit wird wie folgt beschrieben (WHO, 2005, S. 20):

„Das Beurteilungsmerkmal der Leistungsfähigkeit oder der Kapazität beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen. Dieses Konstrukt zielt darauf ab, das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann, zu beschreiben.“

Kodierung der Informationen in ICF Daten:

Die Beurteilungsmerkmale werden im Item zu einer sogenannten Informationsmatrix kodiert. Dies besteht aus dem in Tabelle 3 ersichtlichen Präfix, den Itemnummern der jeweiligen Kodierungsebene, einem Punkt und der Beurteilung in Leistung und Leistungsfähigkeit.

Beispiel: d4500._ _

```
graph LR; A[d4500._ _] --> B[Beurteilungsmerkmal der Leistung]; A --> C[Beurteilungsmerkmal der Leistungsfähigkeit]
```

In der obigen Beschreibung versteht sich die Leistung, als die tatsächliche Alltagsleistung mit allen zur Verfügung stehenden Hilfen und Assistenzen. Die Leistungsfähigkeit als reine Kapazität der Person selbst, also ohne jegliche Assistenz. Optional kann durch zwei weitere Beurteilungsmerkmale der Effekte von Assistenz auf die Leistung und Leistungsfähigkeit mit einbezogen werden. Diese würde nachfolgend, ohne Trennung durch Punkt oder Komma, kodiert werden. Zuerst die Leistung ohne Assistenz. Danach die Leistungsfähigkeit mit Assistenz. Diese Erweiterung findet in dieser Arbeit allerdings keine Verwendung.

Die Beurteilungsmerkmale werden wie folgt kodiert.

Tabelle 5: Skala zur Problembeschreibung der Beurteilungsmerkmale (WHO 2005, S. 161)

xxx.0	Problem nicht vorhanden
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt
xxx.4	Problem voll ausgeprägt
xxx.8	nicht spezifiziert
xxx.9	nicht anwendbar

In dieser Arbeit werden die Items in weiterer Folge in den Fallbeispielen allein im Beurteilungsmerkmal der Leistung kodiert. Die Skala der Problembeschreibung wird für alle Items als nicht spezifiziert angegeben werden. Dadurch ergeben sich Items die folgenden Charakter haben: dxxx.8_

Items der Umweltfaktoren

Kontextfaktoren werden lediglich für Umwelt- nicht aber für personenbezogene Faktoren kodiert. Die Unterscheidung nach Barriere oder Förderfaktor entscheidet das Zeichen nach den Ziffern des Codes. Ein „+“ beschreibt einen Förderfaktor. Ein Punkt „.“ einen Barriere. Auch hier wird mit 8, nicht spezifiziert, beurteilt.

Beispiel: e4500. _

1.2 Funktionale Gesundheit

Der Begriff der funktionalen Gesundheit ist für die ICF zentral. Nach Frieboes et. al. (2005, S. 17) kann die funktionale Gesundheit einer Person als gegeben angenommen werden wenn:

- „Ihre körperliche Funktion (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemeinen anerkannten (statisch) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen)“
- „sie all das tut oder tun kann was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinne des ICD) erwartet wird. (Konzept der Aktivität) und,
- sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Einschränkung der Körperfunktion oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).“

Wenn alle Aspekte der funktionalen Gesundheit gegeben sind gilt ein Mensch nach WHO Kriterien als funktionsfähig. Es wird deutlich, dass die ICF eine Klassifikation ist, welche für ihre Beschreibungen ein Normativ zum Vergleich benötigt. Mehr dazu in Kapitel 1.4.

1.3 Begriff der Behinderung

Der Umgang mit Menschen mit Behinderung ist von Begrifflichkeiten, und vor allem vom Begriff der Behinderung selbst geprägt. Die Europäische Kommission hat sich 2002 in einer Studie diesem Zusammenhang gewidmet, und kommt zu dem Schluss, dass die Studie eindeutig zeigt „(...) dass die Definition dessen, was als Behinderung gilt, sich insbesondere darauf auswirkt, wie Menschen mit Behinderungen von Verwaltungen und anderen Einrichtungen wahrgenommen und behandelt werden.“ (Europäische Kommission 2002, S. 3). Es ist also für die Herangehensweise an Bewegungsinterventionen in Zusammenhang mit der ICF von entscheidender Bedeutung, Behinderung auch im selben Sinn zu verstehen, wie sie auch in der ICF gesehen, und wie sie sinnvollerweise im Umgang mit Förderung bzw. in der

therapeutischen Praxis gesehen wird. Geschichtlich unterlag der Begriff natürlich vielen Veränderungen die sich intensiv bis in die jüngste Vergangenheit ziehen, und wohl auch weiter Fortbestand haben werden. Vor der Definition von Behinderung in der ICF wurde Behinderung in der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps der WHO aus 1980 definiert. Behinderung verstand sich in dieser als eine Beschreibung von Defekten. Strauch (2009, S. 15) beschreibt die damalig geltende Definition der WHO mit den entsprechenden, aus dem Englischen übersetzten, Begrifflichkeiten als Augenmerk auf:

- Schädigungen (impairments)
- Beeinträchtigungen (disabilities)
- Benachteiligungen (handicaps)

Die Beschreibung von Menschen mit Behinderung nach obigen Begriffen ist zum einen aus Sicht des Respekts und der Wertschätzung durch die Negativität entwertend, und zum anderen einem Anspruch der ganzheitliche lebenspraktischen Sichtweise von Menschen, welche nicht von der sie umgebenden Umwelt losgelöst betrachtet werden können, somit der Realität unentsprechend. Die WHO (2005, S. 145) bezeichnet Behinderung nach der Erstellung der ICF im Jahr 2001 und auch noch 10 Jahre später, im World Report on Disability (WHO, 2011) wie folgt:

„Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigung, (Funktionsstörungen, Strukturschäden) Beeinträchtigung der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren).“

Diese Begriffsbestimmung ist weiter gefasst. Vor allem versteht sie den Menschen als ein sich in der Interaktion definierendes Wesen. Frieboes et. al. (2005, S. 6) schreiben passend: „Behinderung ist keine individuelle Eigenschaft, sondern ein soziales Verhältnis zwischen behindertem Menschen und behindernder Umwelt.“ Die deutsche Gesetzgebung hat auf die inhaltlichen Ergebnisse der Arbeit an der ICF Rücksicht genommen, und definiert Behinderung in §2 Sozialgesetzbuch IX folgendermaßen: (n. Frieboes et. al., 2005) „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen

Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ In Österreich ist der Wortlaut abweichend, der Inhalt und der Zeitraum von 6 Monaten aber ident. In dieser Beschreibung ist ebenfalls ersichtlich, dass für eine Behinderung per Definition, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entscheidend ist. Die Definition der WHO ist weiter gefasst als die im SGB IX. (WHO, 2005, S. 4)

Im Sport, vor allem im Leistungssport, war und ist „Behindertensport“ eine gängige Begriffsbezeichnung. Zum Begriff des Behindertensports schreibt Rheker (1996, S. 9) das der Behindertensport als ein sich „anzupassen haben“ verstanden werden kann. Rheker (1996) führt weiter aus, dass sich Menschen mit Behinderung, in einem Behindertensportverständnis zu Beginn der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts, an die leistungsorientierten Maßstäbe von Sport im Allgemeinen anpassen müssen (vgl. auch Karl, 1991). Wobei sich Karl (1991) nur mit dem Thema des Sports für und mit Menschen mit „Körperbehinderungen“ bezieht. Allgemein schreibt (Rheker, 1996, S. 9) über Behinderung: „Ausgangspunkt solcher Überlegungen zum Behindertensport ist nicht der behinderte Mensch mit seinen Merkmalen, Fähigkeiten, Erwartungen und Bedürfnissen sondern die Normen der Gesellschaft aus Sicht der nicht behinderten Menschen.“ So geprägte, besteht teilweise, aber weit gestreut, auch heute noch ein Verständnis von Behinderung. Wenn man diesem Gedanken folgt, dann unterstützt der Sport, bzw. Leistungssport eigentlich eine veraltete Sichtweise auf Menschen mit Behinderung. Auch wenn sich in Bestrebungen von Inklusions- und Integrationsprogrammen für Menschen mit Behinderungen, sowie in der APA ein gänzlich anderer Ansatz findet, geht man in der ICF trotz breiter Definition von Normalzuständen menschlichen Seins, in Bezug auf eine Behinderung aus. Der Blickwinkel in dieser Arbeit ist durch den Zwang nach einem Normvergleich der Funktionsfähigkeit nicht so breit gefasst wie beispielsweise in einer Betrachtung aus Sicht von individueller Förderung durch Empowerment. Gemein ist aber, dass mögliche und passende Interventionen so gewählt werden sollen, dass dadurch die Ressourcen einer Person, mit dem Ziel einer besseren Funktionalität, aktiviert und gefördert werden. Es wird nicht nur auf die Beeinträchtigung und Behinderung allgemein eingegangen, sondern auf die funktionalen Probleme in Aktivität und Partizipation in verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen, sowie auf die Kontextfaktoren der jeweiligen Person.

Damit ist auch das Erleben und Wohlbefinden der Person mit einbezogen. Von Seiten der Sportwissenschaftlichen Betrachtung werden Personen durch den Vergleich zu Normalzuständen keinesfalls in normal und nicht-normal eingeteilt. Es werden lediglich Normabweichungen von Funktionsfähigkeiten festgestellt. Die WHO (2005, S. 171) weist zudem in den Ausführungen zu Termini und Behinderung noch explizit darauf hin, dass die ICF keine Klassifikation von Menschen ist. „Sie ist eine Klassifikation von Gesundheitscharakteristiken von Menschen im Kontext ihrer individuellen Lebenssituation und den Einflüssen der Umwelt.“ Die Behinderung resultiert aus der „Interaktion von Gesundheitscharakteristiken und Kontextfaktoren“ (WHO, 2005). Es wird aber davon ausgegangen, und das ist für die Erstellung der Fallbeispiele in dieser Arbeit entscheidend, dass es in den Gesundheitscharakteristika von Personen Normalität gibt.

1.4 Normalität als Referenz

Die ICF baut auf dem Modell der funktionalen Gesundheit auf. Die funktionale Gesundheit hat die Eigenschaft, dass sie ein Referenzsystem zur Beschreibung braucht. Sie benötigt ein Niveau an Funktion, das nicht erreicht oder merklich überschritten wird, um in einem Item der ICF eine Datenkodierung zu erlauben. Im Leben einer Person kann diese Abweichung in Form einer speziellen, durch ein Gesundheitscharakteristikum erzeugten, Barriere vorhanden sein. Die Norm ergibt sich also aus dem zwingenden Bedarf nach Vergleich zu Anderen im System der ICF. Eine Barriere wäre dann speziell und unnormale wenn sie für die meisten anderen Personen die zum Vergleich stehen nicht, oder nicht in diesem Ausmaß vorhanden ist. Hier wird ein Niveau definiert, welches als Norm gilt. Diese Abweichung von der Norm an sich sagt aber noch nichts darüber aus, wie die Betroffenen diese Abweichungen erleben, und in welchen Bereichen eine Kodierung eines relevanten Items getroffen werden wird. Eine strukturelle Normabweichung kann in unterschiedlichen Fällen zu unterschiedlichen Barrieren werden. Ebenfalls kann eine bereits therapierte und quasi behobene Funktionsstörung ohne Probleme der Leistungsfähigkeit ein Leistungsproblem im sozialen Kontext der Partizipation durch ein Item in der Einstellung der Umwelt mit sich ziehen. Aber auch eine Abweichung der Leistungsfähigkeit muss kein Defizit in der Leistung bedeuten, wenn die

Fähigkeit, also die Kapazität, gar nicht benötigt wird. Das Normalitätsprinzip ist in der Komplexität der menschlichen Gesundheit somit ein nötiger Behelf der Klassifizierung, aber nicht in einem direkten Sinne als Denkmodell praktikabel, da ein abweichendes Gesundheitscharakteristikum nicht automatisch zu einer Barriere wird. Es hängt vom Kontext der Person ab. Hier sei darauf hingewiesen, dies in den späteren Ausführungen zur Normabweichungen in den Fallbeispielen zu berücksichtigen. In der Praxis ist also davon auszugehen, dass nicht die Norm dafür entscheiden ist ob eine Intervention, ein Behelf oder eine Assistenz von Nöten ist, sondern eher die Einstellung und die Umwelt der betroffenen Person. Dies kann sich etwa in Form von Leidensdruck, in der Leistung der alltäglichen Aktivität oder in der Partizipationsleistung der Person äußern. Weiter sind natürlich Umweltbedingungen der Person, und damit andere beteiligte Personen im Umfeld, für die Alltagsbewältigung entscheidend.

1.5 Rehabilitation

In vielen Bewegungs-, Spiel- und Sportangeboten geht es um die Förderung gewisser gesundheitsrelevanter Faktoren welche Wirkung auf die beteiligten Personen haben. In der Auseinandersetzung stößt man dabei immer wieder auf das Feld der Rehabilitation. Rehabilitation wird kurz beschrieben und abgegrenzt werden. Ebenso wird der häufig verwendete, und aus der Rehabilitation stammende, Begriff der Activities of Daily Living (ADLs) erklärt werden. Zuerst wirft sich die grundlegende Frage auf, was unter Rehabilitation verstanden werden kann. Grundlegend grenzt sich die Rehabilitation (vgl. Frieboes et. al., 2005) von folgenden Begriffen ab:

- Akutbehandlung
- Kurativer Medizin

Vor zwanzig Jahren lag der Fokus der Definition von Rehabilitation noch auf einer Beschreibung von Defiziten die behoben werden sollen. Der ursprüngliche Status sollte wiederhergestellt werden (vgl. Schmidt & Ott, 1995). Aber auch Schmidt & Ott (1995, S. 5) weisen in ihren Ausführungen darauf hin, dass es um die „Lebensmöglichkeiten und Selbsterfüllung“ der betroffenen Person geht. Aktueller wird von einer multiprofessionellen Teamarbeit, die verschiedene Behandlungen und

Therapien einsetzen, um konkrete, gesundheitliche Ziele zu erreichen, gesprochen (vgl. Rentsch & Bucher, 2006). Der Patient oder die Patientin steht im Mittelpunkt der multidisziplinären Betrachtung und Zielfindung, an welcher er oder sie selbst, und eventuell auch Personen aus dem Lebensumfeld beteiligt sind.

Für die Auseinandersetzung mit Behinderung und Gesundheitsförderung sei an dieser Stelle noch auf den gebräuchlichen Begriff der ADLs hingewiesen. Dieser entspricht hervorragend den Leistungen in den Aktivitäten der ICF.

Da in dieser Arbeit der Nutzen der ICF für die Sportpädagogik im Umgang mit Menschen mit Behinderung untersucht wird, ist es nicht nötig das große Feld der Rehabilitation näher zu bearbeiten, obgleich hier die meisten Beiträge zur ICF und zu Behinderung erarbeitet wurden, und die Sportwissenschaft und -therapie hier allgemein einen besonderen Stellenwert einnehmen sollte.

1.6 Adapted Physical Activity (APA)

APA bedeutet eine breite Palette an Arbeitsfeldern und Prozessen mit eigener Philosophie und Wissensgebiet. Sie bildet für die Auseinandersetzung mit Bewegungsinterventionen für Menschen mit Behinderung ein etabliertes interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld. Wenn über den Begriff der APA gesprochen wird, werden zur Erklärung und Beschreibung auch Bezeichnungen wie Physical Activity für Menschen mit Behinderung oder ähnliches benutzt. Dies ist im Grunde zwar nicht falsch, aber wie Reid (2003, S. 11) schreibt: „not the complete story.“ Um zu verstehen was APA bedeutet, muss die Entwicklung verschiedener Paradigmen zum Umgang und Verständnis von Menschen mit Behinderungen in der gesellschaftlichen Entwicklung des vergangenen Jahrhunderts vergegenwärtigt werden (vgl. Ried 2003). Der Autor geht dabei sogar noch weiter, und beginnt mit seinen Ausführungen im antiken Griechenland und Rom, und bezieht sich auf Texte der Bibel um die damaligen Verhältnisse, sowie den Umgang mit Behinderung zu verdeutlichen. In dieser Arbeit wird nicht so weit ausgeholt. Eine historisch interessante Aufzeichnung sei aber erwähnt, weil sie einen sehr frühen Aufruf zu mehr Bewegung und Aktivität für Menschen mit Behinderung darstellt. Samuel Gridley (n. Reid 2003) postulierte 1841 in seiner Arbeit mit Sehbehinderten, dass er den üblichen Umgang für übertriebenen Schutz, wie er im Original schreibt:

„overprotection“ (Reid 2003, S. 12) halte. Gridley meinte, dass äußerliche Verletzungen wie blutige Nasen, Kratzer oder blaue Flecken ja nur die Oberfläche verletzen. Der Rost der Inaktivität, so Gridley, ist es aber was dem ganzen System schade. Damit postuliert Gridley also bereits Mitte des neunzehnten Jahrhunderts ein Plädoyer gegen Inaktivität, und damit für mehr Aktivität von Menschen mit Behinderung. Und dies sicherlich im Kontrast zu üblichen gesellschaftlichen Normen. Ein paar wenige Pioniere finden sich in der Geschichte. In Arbeit mit Menschen mit mentalen Behinderungen nennt Reid (2003) etwa die Kanadier Tait und McKenzie welche 1909 das Buch „Exercise in Education and Medicine“ veröffentlichten. Nach Reid hat die APA als Terminus ihren Ursprung in Kanada. Wall (2003, S. 28) nennt ebenfalls Frederic K. S. Barnjum als einen der ersten Pioniere auf diesem Gebiet. Barnjum etablierte 1843 das erste Gymnasium⁵ in Montreal.

Folgende Paradigmen sind für das Verständnis der Entwicklung und den heutigen Forschungsstand von Bedeutung (nach Polloway in Ried 2003, S. 13):

- Facility Based Paradigm

Das Facility Based Paradigma hatte vor allem in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts bestand. Vordergründig ist hier zu sehen, dass Menschen mit Behinderung institutionalisiert wurden, was dazu führte, dass sie von der restlichen Gesellschaft abgeschieden waren. Das Paradigma wird als ein, an der Medizin orientiertes Modell verstanden. Es wurden korrektive Maßnahmen gesetzt um Behinderungen zu lindern. Ansonsten war kaum Bewegung vorgesehen.

- Service Based Paradigm

Dieses spätere Paradigma entwickelte sich in den fünfziger Jahren der zwanzigsten Jahrhundert zur Reife. In den vereinigten Staaten von Amerika entwickelte sich dieser Umgang nicht zuletzt durch die heimgekehrten Kriegsversehrten des zweiten Weltkriegs. Es wurden später verschiedene Angebote für Kinder und Erwachsene kreiert. In den Schulen wurde spezielles Personal angestellt, und extra Räume zur Verfügung gestellt, um Menschen mit Behinderungen extra Unterstützung zukommen zu lassen. Die Personen mit Behinderung waren also nicht mehr, wie zuvor, in eigene

⁵ Gymnasium aus dem englischen Gymnasium als Ort für organisierten Gymnastikunterricht und Leibesübungen.

Institutionen ausgelagert. Allerdings wurden sie sehr wohl in eigene Räume zu Angebote zusammengeführt und vom Rest der Personen exkludiert. Es wurde nicht mehr primär versucht etwas zu korrigieren, sondern den Betroffenen ein „Service“ zu bieten. Es bildeten sich verschiedene Termini rund um Adapted Physical Education heraus. Darunter etwa entwicklungsrelevante, rehabilitative und spezielle sport- und spielspezifische Felder. Ausgangspunkt waren aber immer Limitierungen oder Behinderungen.

- Support Based Paradigm

Block und Krebs (1992, in Reid 2003, S. 17) beschreiben eine Wende zu Hilfestellungen für Menschen mit Behinderungen in der natürlichen gesellschaftlichen Lebensumwelt in den 1980er Jahren. „Support where technical, natural or human that assisted individuals with disability to function in inclusive setting, that is, within natural setting in the community.“ Dieses Paradigma steht für den Wandel von einer, sowieso kaum geglückten, Integration zu Inklusion. Es steht für das gewünschte Ziel von Supportmaßnahmen. Auf Behinderungen per se wird nicht eingegangen. Es geht um Hilfestellung für Personen in jedweder Art. Reid (2003) weist auch explizit darauf hin, dass in diesem Modell Menschen die eine Behinderung haben, aber dadurch nicht in ihrer Teilnahme am Gesellschaftsleben oder an den Tätigkeiten die sie ausführen möchten gehindert sind, keiner Art von Adapted Physical Education bedürfen. Personen werden also nicht automatisch einer Gruppe zugeordnet oder stigmatisiert. Sherrill (in Reid 2003, S. 17) definiert Adapted Physical Education als: „the science of analyzing movement, identifying problems in the psychomotor domain, and developing instructional strategies for remediating problems and preserving ego strength.“ Es entwickelten sich viele Betätigungsfelder auch außerhalb des schulischen Alltags.

Der Begriff „Education“ wurde in den achtziger Jahren in vielen Bereichen dann nicht mehr für passend empfunden. Einerseits weil er eine Konnotation zur Erziehung von Kindern darstellt, und weil er in der Gesundheitsförderung, Rekreation und Rehabilitation auch nicht passend erscheint. Durch die mittlerweile groß gewachsene Sportbewegung, aber noch lang vor der Gründung des internationalen paralympischen Komitees 1989, etablierte sich dann der Begriff der APA. Eingeführt durch die 1973 gegründete International Federation of Adapted Physical Activity

welche 1977 das erste internationale Symposium in Quebec abhielt. Beim siebenten Symposium 1989 sollte eine Definition von APA entwickelt werden. Der Vorschlag lautete:

„adapted physical activity refers to movement, physical activity and sports in which special emphasis is placed on the interests and capabilities of individuals with limiting conditions, such as disabled, health impaired, or aged.“ (Doll-Tepper, Dahms, Doll, von Selzam, 1990 in Reid 2003, S. 18)

Kritikpunkt aus heutiger Sicht ist, dass durch die Verwendung der Formulierung „limited conditions“ wieder die Person mit ihrem Unvermögen in den Mittelpunkt gerückt wird. Reid (2003) sieht die Definition von Sherrill aus dem Jahr 1993 als Verbesserung. Sherrill (in Reid, 2003, S. 18) schreibt:

„cross disciplinary body of knowledge directed toward identification and solution of psychomotor problems throughout the lifespan.“

Zu Letzt soll noch das vierte Paradigma in der Entwicklung von APA nach Polloway (in Reid 2003) genannt werden.

- Empowerment and Self-determination

Retrospektiv auf die vorher genannten Paradigmen ist zu sehen, dass in jedem, sei es das facility based, service based oder support based Paradigma, Verantwortung nach außen abgegeben wird. Reid (2003, S. 19) führt dies aus in dem er schreibt, dass jemand anderer „in charge“ ist. Er geht sogar weiter, und bezeichnet dies als eine Abhängigkeit. Reid (2003, S. 19): „models of dependency“. Die Verantwortung sollte nach den Autoren bei den betroffenen Personen liegen. Die Menschen sollen „empowered“ werden. Sie sollen Entscheidungen treffen, Risiken einschätzen lernen und eingehen dürfen. Sie sollen ihre Stärken und Schwächen kennen lernen, und ihren Lernprozess selbst regulieren. Die Paradigmen sind (Tabelle 6) noch einmal zusammengefasst veranschaulicht.

Tabelle 6: Special Education Paradigms (Polloway 1996 in Reid 2003, S. 14)

Paradigm	Key Points	Terminology and Ideas in Physical Education
Facility Based	• Isolation • neglect • medical model • person viewed as patient in need of cure • condition resides in the person	Corrective therapy, fix the problem • emphasis on physical rehabilitation • posture and fitness • children with mild disabilities were excluded from physical education
Service Based	• special programs and services • educational model • skill improvement • people defined largely as those with disability, rather than as individual first who happens to have a disability	Adapted Physical Education Developmental Physical Education Special Physical Education • much focus on programs based on disability level
Support Based	• disability viewed as a human variation • difficulties reside in person-environment interaction • provide support to allow person to function in inclusive environment	Adapted Physical Activity • sport becomes prominent • programs become individualized • lifespan notion adopted • definitions based less on disability and more on adaptations
Empowerment and Self-determination	• major decisions move to individual with a disability, not the expert • focus on choice, decision making, self-awareness, and self-regulated learning	Adapted Physical Activity • self-determined physical activity

1.7 Evidence Based Practice

Die evidenzbasierte Praxis erhebt den Anspruch, die Planung und Durchführung von Interventionen durch empirische Belege abgesichert zu haben. In einem Feld von hoher Komplexität und einer Vielzahl von inter- und intrapersonellen Vorgängen, wie es der Sport ist, ist es verhältnismäßig schwierig, Aussagen über direkte Wirkungen und Effekte zu machen. Die Sozialwissenschaften und die soziale Arbeit sind mit Fragen von Nutzen, Wirkung und damit auch der Daseinsberechtigung eigener Programme konfrontiert und unter Druck (vgl. Sommerfeld, 2007). Die Verwendung von Empirie in der Sozialwissenschaft ist dabei durchaus kontrovers zu sehen. Es scheint sich aktuell, nach einer Zeit der Blüte von qualitativer Forschung, eine Renaissance der Empirie in diesem Feld darzustellen. Renaissance deshalb, weil etwa die empirisch analytische Erziehungswissenschaft, laut Dilger (1998, S. 9) auf die:

„experimentelle Pädagogik“ zurück geht, welche ihre Pioniere W. August Lay (1862-1926) und Ernst Meumann (1862-1915) um die Jahrhundertwende der vorherigen Jahrhunderte hatte.

Für den Bereich der APA gibt es aktuell große Bemühungen und Diskussion zur Verwendung von Evidenz basierten Methoden (vgl. Bouffard & Reid, 2011; Hutzler, 2012). In anderen Tätigkeitsbereichen, vor allem in medizinnahen Feldern, hat sich die Verwendung von Evidenz Based Practice, hier in der Nomenklatur „Evidence Based Medicine“ bereits etabliert. Sowohl an den, in Fachjournalen der APA dargestellten, Bestrebungen als auch an den Zielen der WHO mittels ICF kann abgesehen oder zumindest interpretiert werden, dass die Vergleichbarkeit und Abschätzung von Interventionen und Behandlungen, und dadurch auch die Notwendigkeit für Verwendung verschiedener evidenzbasierter Programme vorangetrieben werden soll. Laut Pfeifer (in Lange, Eckert & Wagner, 2011) fehlen: „konkrete wissenschaftliche, evidenzbasierte Kenntnisse über die Wirkungsweise und Intensität bestimmter Interventionen auf das Aktivitätsverhalten und die Partizipation im Sinne einer Dosis- Wirkungsbeziehung.“ Genauer wird hier angesprochen, was auch für nachfolgende Forschung dieser Untersuchung von Bedeutung wäre um die ICF Daten bestimmten Interventionen zu zuordnen, oder die Wirkung der Interventionen auf die Gesundheitscharakteristika zu untersuchen.

Auf der anderen Seite gibt es, was die Verwendung von evidenzbasierten Verfahren und deren Aufwertung betrifft, auch kritische Meinungen. Bouffard & Reid (2012, S. 14) schreiben etwa:

„In the psycho-social sciences, participants can often alter their response based on the meaning or interpretation they give to a situation. Hence, the possibility of predicting what works in the psycho-social sciences appears even lower than in the biological science. Of course, the presented argument does not imply that prediction in the psycho-social sciences is impossible. It is, however, congruent with numerous studies reporting a low proportion of variance predicted.“

Sie beziehen sich dabei auf eine Metaanalyse verschiedener randomisierter Kontrollgruppenstudien von LeLorier (1997). Diese Arbeit kann vielleicht dazu beitragen sowohl für qualitative als auch für quantitative Forschung Anhaltspunkte

für Untersuchungen im Feld der Wechselwirkungen von Gesundheitscharakteristika und –problematiken, und deren Bedeutung für die Bewältigbarkeit des Alltags und der Bedeutung in der Sportpädagogik zu liefern.

2. Förderung durch Bewegung, Spiel und Sport

Um die Gesundheitsinformationen aus ICF Daten für eine sinnvolle Planung und Begleitung von Personen in Bewegungsinterventionen nutzen zu können, ist es zuerst nötig zu verstehen welche Wirkungen die verwendeten Inhalte der Interventionen bereitstellen können, und wo die Förderung ansetzen soll. Bewegung, Spiel und Sport hat einhergehend mit der jeweiligen Komplexität der Handlungen und Erlebnisse eine Vielzahl von Wirkungen auf die beteiligten Personen, und darüber hinaus. Diese hängen neben dem Setting der Aktivität ebenfalls von den Einstellungen und Voraussetzungen der Person selbst ab. In diesem Kapitel soll darauf eingegangen werden welche Gesichtspunkte für die Interventionen, die in weiterer Folge für die Fallbeispiele erarbeitet werden, nützlich sind um eine Differenzierung und Zuteilung, aber auch eine Basis als Beleg der Berechtigung bestimmter Vorgehen bereit zu stellen.

„Bewegung ist das sinnstiftende Element im Leben eines Menschen“

Knauf (2002, S. 104)

2.1 Förderung durch Bewegung allgemein

Neben den oft primären und schnell erkennbaren physiologischen Wirkungen durch Beanspruchung, Erschöpfung, Beruhigung, und später folgenden Adaptionen des Körpers in Bereichen der Herz-, Gefäß- und Lungengesundheit, Muskulatur und Koordination stehen auch psychosoziale Wirkungen die sowohl soziale Interaktion, Emotion als auch Kognition ansprechen. Jürgen Weinecks berühmtem Zitat⁶ vom Gleichnis des Sports mit einem unbezahlbaren Medikament für Risikofaktoren des Herz- Kreislafsystems, sollte in diesem Sinne auch ein Vergleich des Sports mit einem einzigartigen und unersetzbaren Lern- und Erlebnisraum zur Seite gestellt

⁶ "Gäbe es ein Medikament, das nur annähernd ähnliche segensreiche Wirkungen wie ein regelmäßiges Ausdauertraining auf alle Risikofaktoren degenerativer Herz-Kreislauf-Erkrankungen hätte, man könnte es wohl kaum bezahlen!"

werden. Verschiedene Modelle können herangezogen werden um den Zusammenhang zwischen körperlicher und physischer Gesundheit zu verstehen (vgl. Mattivi, 1994). Baldus, Huber, Pfeiffer & Schüle (2012, S. 87) schreiben: „Interventionen müssen sowohl die physischen, psychischen als auch psychosozialen Komponenten des Rehabilitanden ansprechen. Hierzu eignen sich gesundheitspädagogische Modelle im besonderen Maße.“ In der Sportpädagogik steht eben vor allem der Erlebnisaspekt und das Begleiten und Anleiten der Personen in Lernen, Üben und Anwenden, im Zentrum der Betrachtung. Der soziale Aspekt sei auf Grund der Thematik auch besonders erwähnt. In der Soziologie erhält der Sport zudem einen enormen Stellenwert, als er die jeweilige Gesellschaft in sich widerspiegelt und durch Rückkopplung auf die gesamte Gesellschaft, auch auf die nicht am Sport beteiligten wirkt. Er fungiert als eine Art „Mikrokosmos“ der Gesellschaft (vgl. Weiss, 1999). Werte und Normen können in und durch Sport verinnerlicht werden, welche für die Gesundheit des Menschen als soziales Wesen eine Rolle spielen. Die gesellschaftliche Sichtweise ist vor allem im Bezug auf Bemühungen der Inklusion von Menschen mit Behinderung im Breitensport von Bedeutung. Gesundheit im Verständnis als biopsychosoziales Kontinuum bedient sich in diesem Sinn an Ressourcen die einer gesunden Personalisation und Sozialisation bedürfen. Jegliche Verbesserung und Verbreiterung von Fähigkeiten und Fertigkeiten durch das Erlebnissfeld Bewegung, Spiel und Sport können der Gesundheit in diesen Prozessen zuträglich sein (vgl. Reuter 2009).

In diesem Kapitel sollen ein paar entscheidende Aspekte der Förderung von Personen durch Bewegung, Spiel und Sport näher beschrieben werden, um später in der Analyse der Daten der Fallbeispiele eine Grundlage für die Zuordnung von Inhalten und Methoden zu jeweiligen Problemstellungen zu haben. Es wird darauf eingegangen, welchen Nutzen Bewegungsinterventionen für die Zielgruppe von Menschen mit Behinderung, und speziell für die Gruppe der Fallbeispiele bereitstellen können und sollen. Das Kapitel der allgemeinen Förderung wird nicht in weitere Strukturierungspunkte herunter gebrochen, da die Beiträge der Förderung miteinander in Beziehung stehen und durch die Komplexität schwer Trennungen vorgenommen werden können.

Fragner (2001) beschreibt die Möglichkeiten des Sports, neben kritischen Worten über die, wie er schreibt „Selbstgeißelung“ durch Fitness, vor allem im Erleben und den daraus entstehenden Lern- und Begegnungsmöglichkeiten.

Fragner (2001, Vorwort) schreibt: „Der sich bewegende Leib eröffnet:

- weite, aber individuell abgegrenzte und abgestimmte Lern- und Handlungsfelder
- Bewusstmachen von Erlebnissen und Gefühlen
- Wohlfühlen und die Erweiterung von Ausdrucksmöglichkeiten
- Genuss der gewonnen Bewegungsmöglichkeiten und Fertigkeiten
- persönliches Selbstsein für das offene Begegnen mit den Mitmenschen.“

Reuter (2009, S. 134) bemerkt, dass es in der Gesundheitsförderung generell um die Beeinflussung von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen, und Entwicklung von Kompetenzen als Schutzfaktor geht. In der Gesundheitsförderung sind sowohl präventive Aspekte, als auch Aspekte von Behandlung enthalten. Neben Ernährung sind in der Gesundheitsförderung verschiedene Themen der Bewegung und Haltung sowie der Persönlichkeitsentwicklung zentral (vgl. Petzold in Reuter 2009).

In der Untersuchung zahlreicher Reviews zur positiven Wirkung von körperlicher Aktivität auf die Psyche stellte Stoll (2001) fest, dass der Tenor ein positiver Effekt auf Variablen der psychischen Gesundheit ist. Auch die ICF beansprucht für sich neben einer Klassifikation auch ein Modell zu sein, welches einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit leistet. Die WHO (2005, S. 11) weist in den Zielen der ICF darauf hin, dass ein Anwendungsgebiet die Verwendung als pädagogisches Instrument zur Schaffung von Problembewusstsein ist. In diesem Zusammenhang wird unter anderem die Curriculumentwicklung als Anwendungsgebiet geschrieben. Aus Sicht der Sportwissenschaft wäre eine Bezugnahme auf die positiven Wirkungen von Bewegung, Spiel und Sport über die gesamte Lebenszeit, wie sie hier beschrieben sind, ein wünschenswerter Teil dieser Entwicklung.

Grundsätzlich ergeben sich durch Förderung mittels körperlicher Bewegung Wirkungen in verschiedenen Ebenen. Es finden sich Belege positiver Effekte und Entwicklungsmöglichkeiten in folgenden Bereichen:

- (psycho)sozial
- physisch
- kognitiv
- emotional

Die Gesundheitsfördernde Wirkung durch körperliche Aktivität ist in vielen praktischen Arbeits- und Lebensbereichen verortet. In den Sportangeboten im Breiten- und Gesundheitssport, in der Fitness, in der Sport -, Bewegungs- und Tanztherapie, im Schulsport, im Leistungssport allgemein und spezieller Zielgruppen, sowie in der täglichen Aktivität. Speziell interessieren für diese Arbeit klarerweise die Ergebnisse und Forschungsbeiträge zu Wirkung und Förderung in der speziellen Zielgruppe der Menschen mit Behinderung.

2.2 Förderung in der Zielgruppe der Menschen mit Behinderung

Das sich ganz besondere Erlebnisse in Bewegung, Spiel und Sport, unabhängig von der Zielgruppe, erfahren lassen ist auf den ersten Blick klar erkennbar. Die Zielgruppe der Menschen mit Behinderung bedarf aber einiger spezieller Überlegungen in der Umsetzung von Bewegungsinterventionen. Durch die Zielgruppe ergeben sich automatisch inhaltliche und methodische Schwerpunkte die sich von einer Sportstunde im Allgemeinen abheben. Durch das Zusammenspiel von Charakteristika der Personen und der Umwelt kommt es zu Benachteiligungen und Behinderungen welche speziell behandelt werden müssen. Dies schließt aber die Teilnahme von Menschen ohne Benachteiligungen nicht aus. Heterogene Gruppen beinhalten sogar besondere Vorteile (vgl. Fediuk, 2008). Hier entsteht ein interessanter Kontrast zum Konzept der Normalisierung (vgl. 2.2.2). Es werden die gleichen Ziele mit ähnlichen Mitteln verfolgt, die Umgebung und die Rahmenbedingungen werden aber speziell für die Benachteiligungen ausgelegt. In heterogenen Gruppen kann es zu Wechselwirkungen und Lerneffekten für alle Beteiligten kommen. Fediuk (2008, S. 28) beschreibt zum Thema der heterogenen Gruppen im Sport die Diskussion über die „Dialektik von Gleichheit und Verschiedenheit.“ Wichtig ist dabei zu bemerken,

dass diese sich nicht entgegenstehen, sondern gleichzeitig allen Personen immanent sind. Es gibt also immer Aspekte von Gleichheit und Aspekte von Verschiedenheit zwischen Menschen.

Für Bewegung und Sport in der speziellen Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen sind ein paar sehr grundlegende Aspekte zu beachten. Grundlegend ist auf der kognitiven Ebene (vgl. Strauch 2009, S. 43- 44) vor allem die „eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, und mangelnde Abstraktionsfähigkeit“ zu berücksichtigen. Weiter soll sich sprachlich kurz und konkret ausgedrückt werden. Einfachheit ist wichtig. Rieder (2002, S. 234) merkt an, dass in der Arbeit mit Menschen mit Lernbehinderung an der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit gearbeitet werden soll, da hier große Chancen auf einen Transfer von positiven Effekten in andere Lernbereiche bestehen. Dass Bewegung eine positive Wirkung auf Menschen mit Behinderung hat, ist mehrfach belegt (Abel, Rimmer, Schmidt, & Berg in Anneken, 2009, S. 191). Anneken (2009, S. 191) schreibt dazu weiter: „Diese Verbesserungen auf der strukturell-funktionellen Ebene können eine unmittelbar erhöhte Leistungsfähigkeit der alltäglichen, beruflichen oder sportlichen Aktivität nach sich ziehen, und somit die Voraussetzung für eine gesteigerte Mobilität und Autonomie sein.“ Hier findet sich ebenfalls, wie zuvor bei den allgemeinen Wirkungen der Begriff der „alltäglichen Aktivität“. Jener welcher nahe den Aktivitätsbegriff der ICF Daten der Fallbeispiele liegt. Wie in der Rehabilitation kann auch hier der Begriff der „Activities of Daily Living“ ADL's (vgl. Rentsch & Bucher, 2006) verwendet werden. Zu Interventionen auf der strukturell- funktionellen Ebene finden sich weitere Ausführungen, zu denen Anneken (2009, S. 191) bemerkt, dass sie durch die Stärkung der Ressourcen auch einen positiven Einfluss auf die Teilhabe in der Gesellschaft haben. Die Rolle von physischer Aktivität für die körperliche Gesundheit von Menschen mit und ohne Behinderung beschreibt Dinold (in Wegner, Pochstein & Pfeifer, 2008, S. 136) in vier Punkten:

- Verringerung von Risikofaktoren von sekundären Behinderungen bzw. Vermeidung von krankheitsbedingten Folgebeeinträchtigungen.
- Aufrechterhaltung der funktionellen Unabhängigkeit
- Prävention von frühzeitigen Alterungsprozessen

- Verbesserung der lebenslangen Wohlbefindens und Gesunderhaltung

Wirkungen auf Psyche und soziales Leben werden mannigfaltig beschrieben (Anneken, 2009; Hölter, 2011; Reuter, 2009; Wegner et. al., 2008).

Besonders eignet sich Sport und Bewegung als Raum zum Lernen für Menschen mit Behinderungen, durch die von Wolf (1982) in Punkt zwei seiner Ausführungen angesprochenen Aspekte. Wolf (1982) beschäftigte sich mit schulischen Inhalten für Menschen mit Lernbehinderungen und stellte fest, dass Sport und Bewegung sich besonders für die, wie er doppeldeutig sagt „e-norme Erziehung“ eignet (Wolf 1982, S. 9). Die zwei Aspekte für die Leibeserziehung sind:

- „Weil hier motorische, affektive kognitive und soziale Prozesse ineinander verwoben sind.“

Dies wurde in den Ausführungen der Arbeit ja bereits des Öfteren verdeutlicht. Zweitens schreibt Wolf (1982, S. 9):

- „Weil sich die Prozesse zum Teil nonverbal in Gang bringen lassen, so dass die Hemmnisschwellen für die Schüler nicht zu hoch sind.“

Dies ist für die Planung und Umsetzung von Bewegungsinterventionen interessant weil es die Möglichkeit von Niederschwelligkeit, welche bereits als positiv bewertet wurde, verdeutlicht.

2.2.1 Barrieren und Handlungspläne

Eine Möglichkeit der Förderung der speziellen Zielgruppe ist, Teile der Leistungen die durch Personen nicht erbracht werden können, und deshalb Barrieren erzeugen, zu substituieren. Dies würde erlauben die von den Personen geplante Handlung mit Assistenz durchzuführen. Eine andere Möglichkeit wäre, die Handlung so ab zu ändern, dass keine Barriere besteht. Der Autor vom Bruch (2011) sieht in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung das durchführen von Handlungsplänen als wichtig. Vom Bruch (2011, S. 35) schreibt: „Selbst Schwerstbehinderte, Säuglinge und Kinder entwickeln grundlegende Handlungspläne (...)“. Alltagssituationen sollen so gestaltet werden, dass die Umsetzung der Handlungspläne ermöglicht wird. Vom Bruch beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit Körperbehinderten. Die Motivation spielt hier eine Rolle, da positives Erleben im Sinne von Erfolg hervorgerufen werden

kann. Für Menschen mit geistiger Behinderung gilt das selbstverständlich gleichermaßen wie für Personen mit körperlicher Behinderung. Es kann für die Praxis daraus geschlossen werden, dass es wichtig ist die Handlungspläne der Klient(inn)en zu kennen oder zu erkennen, um sie in der Umsetzung unterstützen zu können. Die Hilfe in Form von Sublimation soll also ermöglichen die Handlungspläne durchzuführen. Generell ist Barrierefreiheit hier ein Schlagwort. In Bezug auf die Förderung der Alltagsaktivitäten muss vielleicht mit gedacht werden, dass eine Hilfestellung durch dritte nicht immer vorhanden sein kann und wird. Wenn die Sublimation zu viel Aufwand bedeutet und inhaltlich auf Grund des Alltagskontexts kontraindiziert ist, sollte also eventuell eine Alternative zum Handlungsplan angeboten, oder noch besser, gemeinsam erstellt werden. Es scheint sich ein Spannungsfeld zwischen motivationalem Begleiten durch ermöglichen positiver Erlebnisse, und Hilfestellung zur Findung realistischer eigenständig durchführbarer Handlungspläne zu ergeben. In beiden Fällen ist der Abbau von Barrieren sicher ein zentrales Element in der Begleitung und Förderung zu erfolgreicher Lebensführung und mehr Normalität.

2.2.2 Normalisierungsprinzip

Das Normalisierungsprinzip ist eines der ersten Konzepte, welches die Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung zum Ziel hat. Lerbs (2006, S. 3) schreibt, dass es sich bereits in den 1950er Jahren als Konzept in Wohnheimen und später auch darüber hinaus als Prinzip der Inklusion bis heute bewährt. Vermeer (1990) beschreibt das Normalisierungsprinzip als Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung. Die soziale Rolle soll gestärkt werden. Es geht darum Personen aus „sozialen Risikogruppen“ zu unterstützen in „sozial anerkannte Positionen“ und an „sozial anerkannte Aufgaben“ zu kommen. Abwertung soll entgegengewirkt werden (Vermeer, 1990, S. 2). Vermeer beschreibt dies als „Stigmareduktion“. Dies soll durch Verbesserung der persönlichen Kompetenz⁷ und durch Verbesserung des sozialen Images in den Augen anderer erreicht werden. Der Leistungssport ist nach Untersuchungen von Vermeer (1990) dazu im Stande diese Wirkung zu erzielen.

⁷ Unter Kompetenz werden die Kräfte verstanden, durch die man auf wirksame Art und Weise mit seiner Umgebung umgehen kann (Connolly & Bruner in Vermeer 1990, S. 3).

2.2.3 Körperliche Zuwendung

Ein weiterer wichtiger Punkt der erwähnt sein sollte ist das Zusammenspiel von Zuwendung, Bewegung und Empfindung. Kapustin (2002) beschreibt den Zusammenhang als eine immanente Gegebenheit in der menschlichen Natur, und geht dabei darauf ein, dass dies bei Menschen mit welchen nur basal kommuniziert werden kann umso vordergründiger ist. Kapustin (2002) beschreibt einen Prozess der zeigt, dass die körperliche Zuwendung in basaler Arbeit mit Menschen mit Behinderungen die Eigenbewegung anregt und schließlich zu selbstgewollten Eigenbewegungen und somit Ausführung von Handlungsplänen wird.

2.2.4 Persönlichkeitsentwicklung und Wohlbefinden

Zu den Wirkungen von Aktivitäten auf das soziale Umfeld schreibt Canales (2011, IX), dass die von ihr beschriebenen Aktivitäten für Menschen mit schweren Behinderungen, welche auf körperliche Effekte abzielen, immer auch das Ziel haben das psychische Wohlbefinden zu erhöhen. Canales (2011) schreibt, dass eine erhöhte Bereitschaft mit der Umgebung im generellen zu kommunizieren ein Ziel der Aktivitäten ist. Die Unterteilung der Aktivitäten ist aber nach motorischen Kategorien vorgenommen. Canales (2011) beschreibt Übungen und Spiele in folgenden Bereichen:

- Balance and flexibility
- Muscular strength and cardiorespiratory endurance
- Eye hand and eye foot coordination
- Moving in general space

Durch Aktivitäten in allen Bereichen sollen, wie Canales (2011, IX) schreib, „positive behavior“, „self- esteem“, „self- confidence“ und „well being“ erhöht werden. Anneken (2009, S. 191) erwähnt: „gesteigerte Motivations- und Konzentrationsfähigkeit“, „gesteigertes Selbstkonzept“ und „positive Selbstwahrnehmung“ was sie mit verschiedenen Quellen belegt. Das psychische als auch das physische Wohlbefinden werden, nachgewiesener Weise, durch körperliche Aktivität erhöht (Abele in Mattivi, 1994, S. 42). Weiter Ausführen zu Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit finden sich entsprechend auch in deutschsprachiger Literatur (vgl. Deiml, 1993; Mattivi 1994;

Waibl & Jakob-Krieger, 2009). Deimel (1993) sieht die Schwerpunkte von Bewegungs- und Sportprogrammen in der Entwicklung bzw. Verbesserung zur Selbstständigkeit, sowie in der Bewahrung und Vergrößerung des sozialen Netzwerks. Zum vielfach behandelten Erlebnisaspekt schreibt Deimel (1993, S. 240): "Das Sportkonzept zielt deshalb primär auf die Beeinflussung von Erleben, Verhalten und Handeln sowie von Kommunikation und Interaktion ab." Sport kann sowohl zur Autonomie und Gruppenzugehörigkeit beitragen.

2.2.5 Wohlbefinden und Psyche

Zum Punkt des Wohlbefindens ist in der Literatur immer wieder von Zusammenhängen zwischen Bewegung und antidepressiver Wirkung zu lesen (vgl. Braumann 2006, Heinrichs 2004). Ganz einfach und auch konkret schreibt Braumann (2006, S. 81): "Ausdauernde Bewegung erhöht im Gehirn die Ausschüttung von Endorphinen und Serotonin. Sie wirkt dadurch antidepressiv und baut psychischen Stress ab. Außerdem verbessert sie den Austausch von Botenstoffen und regt die Neubildung von Nervenzellen an."

2.3 Förderung - Entwicklung

Menschen sind im Allgemeinen in hohem Maße in der Lage sich durch innere und äußere Einflüsse zu verändern. Die stärksten Veränderungen durchlaufen wir naturgemäß in den ersten Lebensjahren. Persönlichkeitsentwicklung geschieht aber fortlaufend und lebenslang. Dazu schreibt Gerlach (2008, S. 70): „Menschen sind sowohl Produkte als auch Produzenten ihrer Persönlichkeit über den gesamten Lebenslauf hinweg.“ Gut veranschaulicht sind die vergleichsweise schnellen Entwicklungen aber doch im Kindes und Kleinkindalter zu sehen. Brand (1998) beschreibt die Entwicklung des Kindes durch die Interaktion mit der Umwelt und durch die Entkoppelung von den Eltern in den ersten Lebensjahren. Die Entwicklung passiert durch Anpassungsreaktionen welche von Brand (1998, S. 50) als eine „Reaktion, bei welcher die betreffende Person mit ihrem Körper und ihrer Umwelt in einer kreativen und sinnvollen Weise handelt.“ beschrieben werden. Weiter wird beschreiben, dass Kinder von Natur aus, oder von sich selbst aus, die Motivation haben, Erfahrungen zu sammeln und ihre Grenzen und Leistungsfähigkeiten

auszuprobieren. „Erwachsene sollten sie dabei unterstützen und begleiten.“ (Brand 1998, S. 50). Es soll den Kindern erlaubt sein sich zu entfalten und Risiken einzugehen. Sie sind zwar einer komplexen Umwelt ausgesetzt, haben aber auch viele Fähigkeiten damit umzugehen und brauchen diese Interaktion als Raum zum Lernen. Dass es nicht nur um körperliche Entwicklung im Sinne von taktilen Fähigkeiten, Kondition und Koordination geht macht Brand ganz klar. Die körperlichen Erfahrungen und Spiele haben eine große Wirkung auf die Entwicklung. Es soll hier aber auch klar gestellt sein, dass Menschen mit Behinderung in keinsten Weise als nicht erwachsen oder unreif gesehen werden. Die soziale Gruppe als Erfahrungswelt, und die Möglichkeiten der lebenslangen Entwicklung sollen hier betont werden. Speziell bei Menschen mit mentaler Behinderung ist zudem mitzudenken, dass eventuell Möglichkeiten und Rahmenbedingungen welche in der Entwicklung zuvor nicht vorhanden waren genutzt werden können um Entwicklungsschritte nachzuholen, oder gänzlich neue Entwicklungsschritte zu setzen. Durch eine erschwerte Kommunikation zwischen Kind und Eltern kommt es oft zu veränderten Bedingungen in der Entwicklung. Es wird auch von Überbehütung und erlernter Hilfslosigkeit, (vgl. Reuter 2009) oder Schonräumen auf Grund von Mitleid und Angst vor Überforderung (vgl. Mattavi, 1994) gesprochen. Dazu schreibt Brand (1998, S. 52): „Nach Piaget und Montessori entwickelt sich das Bild von der eigenen Persönlichkeit vorwiegend über Körpererfahrung. Körperliche Fähigkeiten erhöhen nicht nur die Akzeptanz in der Gruppe, sie helfen auch bei der Persönlichkeitsentwicklung, weil sie Stärke und Freiheit vermitteln. Erst wenn das Kind laufen kann, kann es seine Unabhängigkeit schrittweise ausbauen und unter Beweis stellen- Autonomie beginnt mit dem ersten Gang.“ Es wird beim Lesen der Ausführungen von Brand und Gerlach klar, wie sehr die beiden die Körperlichkeit für die Entwicklung ins Zentrum rücken und bewerten. Mit diesen Ausführungen kann man in Bezug auf Menschen mit Körperbehinderungen ein Problem haben („*Erst durch das Laufen (...)*“). Autonomie, soweit diese möglich, soll weitgehend gefördert und entwickelt werden, auch wenn ein Mensch vielleicht nicht in der Lage ist jemals gehen oder laufen zu können. In Mattivi (1994) wird das Modell der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz nach Piaget weiter ausgeführt. Es zeigt sich an empirischen Beispielen, dass Intelligenz und Motorik in wechselseitiger Beziehung stehen. Mattivi (1994, S. 36) schreibt, dass durch motorische Programme eine

Verbesserung der Intelligenz hervorgerufen werden konnte, und spricht von einer „Transfererwartung“ die gerechtfertigt scheint. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Drang des Menschen zu Weiterentwicklung. Dieser soll nach Rick (1989) noch kurz Erwähnung finden. Der Mensch wird hier als ein von Natur aus erfinderisches Wesen beschrieben. Dieser Erfindergeist ist für die Entwicklung zuträglich. Rick (1989, S. 112) schrieb: „Innovative Entwicklungsfähigkeit kann durch tänzerische Bewegungserfahrungen im zwischenmenschlichen Austausch gefördert werden.“ Dies findet hauptsächlich in der Methode der Bewegungstherapie zielgerichtete Anwendung, ist aber durchaus auch in niederschweligen Bewegungssettings von Bedeutung.

Es kann aus den Ausführungen gefolgert werden, dass sich Entwicklung in der Kindheit, und darüber hinaus, für Menschen mit Behinderungen anders abspielt. Dazu tragen auch Verhalten der Eltern, der Gesellschaft und andere Rahmenbedingungen bei. Er kann gefolgert werden, dass sich die Entwicklung lebenslang fortsetzt, und dass Körperlichkeit und Bewegung einen entscheidenden Beitrag zur Förderung der Entwicklung leisten. Bezugnehmen auf die Anfangs erwähnten Bereiche Prävention und Behandlung nimmt die Entwicklungsperspektive hier eher eine Metaebene ein, die sich nicht zwingend inhaltlichen Mitteln zuordnen muss, und für alle und zu jeder Zeit eine sinnvolle Perspektive bietet.

2.4 Bewegungs- und Sporttherapie

Therapien sind von der Betreuung, und pädagogischen Begleitung klar abgegrenzte Begriffe und Arbeitsfelder. Trotzdem liefern sie interessante Informationen für das Verständnis von Bewegung und Sport und deren Wirkung in anderen Settings. Nach Mattivi (1994) handelt es sich bei der Bewegungstherapie um: „Verfahren die größtenteils analytisch orientierte Methoden“ verwenden (Mattivi, 1994, S. 51). Die Bewegungstherapie ist in Mattivi's Betrachtung näher klassischen Therapieformen verortet, welche sich mit „Konflikten“ und „Störungen“ in der Vergangenheit des Lebens einer Person und deren heutiger Manifestation, sowie mit zielorientierten Lösungen zu ebengleicher beschäftigt. Die Sporttherapie sieht sich als ein mehrdimensionales Modell welches in den Dimensionen Psychosoziales, Funktionelles und Pädagogisches arbeitet (vgl. Schüle & Huber, 2004). Die

Sporttherapie bedient sich verschiedener Verfahren. Lange et. al. (2011, S. 10) schreiben, dass sich sowohl pädagogisch- edukativer, trainingsmethodischer als auch kongnitiv- behavioraler Verfahren bedient wird. Für die Medizin und Sportwissenschaft ist es von hohem Interesse die Effekte von Bewegung, Spiel und Sport für die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens bzw. für die Verbesserung der für die Gesundheit relevanten Ressourcen zu nutzen. Waibel et. al. (2009) machen in ihrem Werk zur integrativen Bewegungstherapie deutlich, dass sich in moderner Sichtweise und Auseinandersetzung mit dem Thema Therapie automatisch eine Verbindung zwischen Geist und Leib⁸, beziehungsweise Geist und Körper ergibt. Diese wird nicht in allen Theorien und Schulen gleich gesehen und eingesetzt. Auch das soziale Wesen des Menschen fließt explizit in Therapieformen ein. Petzold (in Waibel et. al., 2009, Vorwort) führt erklärend aus: „(...) weil im Psychischen und Somatischen das Soziale unlösbar eingebunden ist.“ Dies ist in Bezug auf die Komplexität von Bewegungsinterventionen, welche für die folgenden Fallbeispiele in dieser Arbeit vorgeschlagen werden, von Wichtigkeit. Petzold geht auch davon aus, dass durch das erhöhte Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung⁹ eine hohe Akzeptanz für Förderungen der Gesundheit durch therapeutische Maßnahmen vorhanden ist. Petzold schreibt weiter: „(...) dass es ihnen durch das Zusammenspiel der koordinierten therapeutischen Maßnahmen möglich wird, dysfunktionale Lebensstile zu verändern.“

Es kann durchaus angenommen werden, dass die Förderung von Menschen, durch andere Arbeitsfelder, ebenfalls das von Petzold angeführte Gesundheitsbewusstsein fördert. Der zuvor beschriebene Aspekt der Förderung der Autonomie und Gruppenzugehörigkeit nach Deiml (1993) ist sehr zentral, auch wenn er lediglich anführt diese durch „Sport“ zu erreichen, und keine näheren Angaben zur Förderung macht. Detailliertere Zusammenhänge müssen noch näher ins Auge gefasst werden um Nutzen für die Praxis bereit stellen zu können.

⁸ Der Terminus Leib wird mehrheitlich als ein durch gesellschaftliche Prägungsmuster definierter Terminus verwendet. Der Terminus Körper wird eher als privates Erlebens- und Erlebnismedium verwendet. (Seewald 2007, S. 20)

⁹ Bezugnehmend auf die genannte Bevölkerung sei erwähnt dass Prof. Dr. H. Petzold 2009 in Amsterdam und Deutschland für die Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit tätig ist.

2.4.1 Therapie und Wirkungsforschung

Die Wirkungsforschung liefert aufschlussreiche Beiträge zu den Effekten von Interventionen mit Klient(inn)en. Was Therapie wirksam macht ist für die Forschung in den Therapiewissenschaften eine interessante Fragestellung. In dieser Arbeit sind die Therapien nicht zentrales Thema. In der Forschung im Bereich Bewegung und Sport sind Erkenntnisse aus dem Bereich der Therapie hilfreich, denn mit dem Anspruch auf Ganzheitlichkeit von Wirkungen auf Geist und Körper befindet man sich in einem Feld nie enden wollender Komplexität. Wie eingangs in diesem Kapitel bereits erwähnt, ist das Zusammenspiel von Psyche und Körper allgegenwärtig. In Waibel et. al. (2009) findet sich ein Beitrag von Braunbart und Wijnen (Waibel et. al., 2009, S. 290) in welchem, durch Analyse tausender Therapiestunden¹⁰, vier Wirkfaktoren ebendieser auf Klient(inn)en beschrieben werden. Diese Wirkfaktoren sind:

- Ressourcenaktivierung

Vorhandene Merkmale und Möglichkeiten des Patienten werden genutzt und positiv benannt, um das Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsbedürfnis des Patienten zu befriedigen.

- Problemaktualisierung

Ein Patient muss sein Problem in der Therapie erleben, nicht nur darüber sprechen.

- Problembewältigung

Der Patient wird darin unterstützt sein Problem aktiv zu lösen.

- Klärung:

Der Patient möchte sich selbst verstehen, den Hintergrund seines Problems erkennen: Welche Erfahrungen, Ängste und Wünsche stehen dahinter. Wie lässt sich das Problem in die Lebensgeschichte einordnen und in Zukunft bewusster planen.

Die vorliegenden Ergebnisse sind nicht näher in Methode der Erhebung ausgeführt. Es dürfte sich aber um Erkenntnisse handeln, die vorwiegend aus klassischer Psycho- und Verhaltenstherapie stammen. Auf den ersten Blick scheint es sich eher um

¹⁰ Braunbart und Wijnen (in Waibel et. al., 2009, S. 290) machen keine konkreten Angaben.

kognitive Faktoren zu handeln. Alle vier sind aber auch in einer Bewegungsstunde, mit Menschen mit und ohne Behinderung, vorstellbar. Gerade die Ressourcenaktivierung im Ausführen von Handlungsplänen und in der Auseinandersetzung mit anderen kann durch die übungsleitende Person bewerkstelligt werden, in dem man den Teilnehmenden positives Feedback zu speziellen Aktionen gibt.

Neben dieser qualitativen Betrachtung der Wirkungsforschung zu den Faktoren erfolgreicher Therapie, welche auch für andere Interventionen und Programme relevant sein können, ist die Messung der Wirkung auf spezielle, abgezielte Parameter hoch interessant. Bouffard & Reid (2012, S. 1) schreiben: "A common goal of professions like adapted physical activity (...) is to deliver treatments or interventions that produces the intended outcome without negative consequences." Eben diese Messung von „intended outcomes“, also erwünschten Ergebnissen ist in der Praxis sehr schwierig und kaum zu finden.

Die Bewegungsinterventionen sollen möglichst klar definierte Bereiche enthalten, in welchen sie die Leistungsfähigkeit und Leistung von Personen fördern. Dahinter sollte nach dem Denkansatz eines biopsychosozialen Modells vorrangig die Intention liegen die Leistung im realen Lebensumfeld der Klient(inn)en zu erhöhen. Ein verbessertes Testergebnis in der Leistungsfähigkeit muss nicht bedeuten, dass sich die tatsächliche Leistung im Alltag verbessert hat.

3. Bewegung mit Menschen mit Behinderung in der Praxis

In der Praxis finden sich Sport und Bewegung für Menschen mit Behinderung in verschiedensten Angeboten in der österreichischen Vereinslandschaft, sowie im Sportunterricht an Sonderschulen. Hauptsächlich finden sich Angebote im ÖBSV, aber auch durch andere private Bewegungsangebote für spezielle und heterogene Gruppen. Das Angebot des ÖBSV und seiner Vereine ist durch die Ausbildung zur Instructorin oder zum Instructor für Behindertensport durch die Bundessportakademie inhaltlich unterstützt. Die handlungsleitenden Personen können Aufgrund ihres theoretischen Backgrounds, Informationen der Eltern, durch Betreuungspersonen, durch ihre Erfahrung im Kontakt mit den Menschen oder durch die Teilnehmenden selbst, Voraussetzungen für die Teilnahme erkennen, und pädagogisch handeln. Knauf (2002, S. 105) weist explizit darauf hin, dass im Umgang mit Menschen mit Behinderung „individuelle Voraussetzungen“ jeder Person erfasst werden müssen. Der Eindruck und das menschliche Gefühl in der direkten Beziehung eines Menschen kann sicher durch nichts ersetzt werden. Das Gefühl ist wichtig und ausschlaggebend für das Handeln. Es ist aber auch wichtig, beziehungsweise hilfreich, Referenzen und externe Informationsquellen bei der Hand zu haben. Die Erhebungen mittels ICF in den später folgenden Fallbeispielen bietet eventuelle eine Möglichkeit individuelle Informationen darzustellen, und damit den Übungsplanenden und Übungsleitenden in der Praxis zu helfen.

3.1 Integration durch Bewegung, Spiel und Sport

Das Feld der Bewegung und des Sports im Allgemeinen bieten Menschen mit Behinderungen einen Raum sich mit anderen auszutauschen. Bei Veranstaltungen und Festen im öffentlichen Raum ergibt sich dadurch ein zusätzlicher Kontakt zu den, sonst eventuell beschränkten, Kontaktpunkten. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe (1990, S. 2) schreibt dazu:

„Neben der lebenspraktischen und gesundheitsfördernden Bedeutung sind vor allem der Erlebnisgehalt und die Gemeinschaftgebundenheit hervorzuheben. Die bisher sehr begrenzten Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Integration geistig behinderter Menschen über das Familienleben, das Leben in Schulen und sonstigen Einrichtungen hinaus können durch die Begegnung mit nicht

behinderten Kindern, Jugendliche und Erwachsenen bei Spiel-, Sport- und Tanzveranstaltungen erweitert werden.“

Diese Sichtweise macht deutlich, wie die Partizipation von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben in vielen Bereichen gestört ist, bzw. gegenüber einem konstruierten Normal herabgesetzt ist. Hier kann ein Beitrag zur Gegensteuerung geleistet werden.

Nach Vermeer (1990, S. 2) hat der Sport nicht nur die integrative Kraft das Individuum zu fördern, sondern ist auch im Stande zu einer „(Wieder-) Aufwertung der Stellung der geistig Behinderten in unser Zusammenleben“ beizutragen. Kapustin (2002, S. 13) weist darauf hin, dass Integration auch die „Erlebnisqualität die nur der Betroffene selbst empfinden und beurteilen kann“ darstellt. Es finden sich viele Ausführungen zum Terminus der Integration von Personen mit Behinderung (vgl. Fornfeldt, 2009; Kasputin, 2002; Scheid, 1995). Es kann geschlossen werden, dass die Aufgabe der Gesellschaft, und damit aller Institutionen in ihr, darin besteht, sich mit jener Förderung der Möglichkeiten des Zugangs zu beschäftigen, den sich Menschen mit Behinderung, beziehungsweise auch deren Vertreter, selbst für sich wünschen.

3.2 Inklusion durch Bewegung, Spiel und Sport

Der Unterschied zur Integration fällt etymologisch, augenscheinlich sofort auf. Frei formuliert geht es bei der Inklusion im Gegensatz zur Integration nicht darum etwas „fremdes“ in ein System oder eine Ordnung hinein oder dazu zu bringen, sondern Bemühungen anzustellen, etwas als Teil des Ganzen möglichst gut eingebettet zu haben. Wie aus den Ausführungen zu den Paradigmen der APA hervorgegangen, (vgl. 1.6) ist es aus heutiger Sicht erstrebenswert Maßnahmen für Inklusion und Empowerment der Individuen zu setzen.

4. Resümee der Grundlagenforschung

Die Auseinandersetzung mit der Materie legt nahe, dass sich Förderungen von Personen in allen Komponenten des ICF Modells durch Bewegung, Spiel und Sport gestalten lassen. Speziell für die Komponente der Aktivität wurden passende Bereiche für die gezielte Förderung identifiziert. Die ICF bietet ihrerseits einen klaren Modellrahmen und ein breites, sowie für die Anwendenden teilweise offenes, und dadurch gestaltbares Dokumentationsinstrument, welches für die Auseinandersetzung auf Ebene der Planung von Zielen für Individuen und den folgenden Interventionen passend erscheint.

Die Ganzheitlichkeit und untrennbare Verbindung von Leib und Geist wurden anhand der Ausführungen sehr deutlich. Ebenfalls soll festgehalten sein, dass es sich im Sport immer um eine komplexe, mehrdimensionale Angelegenheit handelt, welche sozial, emotional, kognitiv und körperlich abläuft. Inhaltlich wurden etliche Zusammenhänge zwischen Bewegung und relevanten Förderbereichen gefunden. Es war allerdings sehr schwierig praktische Beispiele zu finden, welche den Nutzen und die Förderung wissenschaftlich beschreiben. Alle gesichteten Angebote von Vereinen konnten keinerlei wissenschaftliche Information geben. Die Frage von Bouffard & Reid (2012) nach Messung von erwartetem Ergebnis von Interventionen bleibt offen. Bevor spezielle Aspekte im Umgang mit Menschen mit Behinderungen resümiert werden, sind die Erkenntnisse aus den oben genannten Literaturquellen noch einmal zusammengefasst (Tabelle 7). Ein differenziertes Bild für Förderungen in verschiedenen Ebenen stellt sich dar. Die Ergebnisse zeigen ebenfalls relativ wenig Information zu den konkreten Inhalten von Bewegungsinterventionen und körperlichen Aktivität, dafür allerdings wissenschaftlich belegte und zusammenhängende Modellvorstellungen in den Wirkungen. Die Förderung der Kognition sowie Verbesserung und Stabilisierung der emotionalen Lage scheinen in dieser Darstellung nicht so gut eignet. Es geht mehrheitlich um die Auseinandersetzung mit persönlicher Verarbeitung und Bewertung. Aus diesem Grund wurde der Begriff der Persönlichkeit für die Darstellung in der folgenden Tabelle als Überbegriff gewählt.

Tabelle 7: Förderebenen

Ebene	Förderfaktor	Referenz	Mittel
Persönlichkeit	• Empowerment und Autonomie, Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeiten	Polloway & Reid (2003) Deiml (1993) Anneken (2009) Brand (1998) Grawa (2004) Bruch (2011)	• Decision making • Having a choice • Risiken eingehen lassen • Verbesserung der funktionell-strukturellen Ebene • Körpererfahrung • Ressourcenaktivierung • Barrieren beseitigen
	• Intelligenz	Mattivi (1994)	• "Transfererwartung" im motorischen Lernen
	• Selbstkonzept- Verbesserung	Anneken (2009)	• Aktivität allgemein
	• Selbstwahrnehmung- Verbesserung	Anneken (2009) Canales (2011)	• Aktivität allgemein
	• Selbstvertrauen und Selbstsicherheit ¹¹	Deiml (1993), Mattivi (1994), Waibl.et. al. (2009)	• Aktivität allgemein
	• Stressabbau	Braumann (2006)	• Sport- Ausschüttung von Endorphinen und Serotonin
	• Wohlbefinden	Wegner et. al. (2008)	• Physische Aktivität
Sozial	• Förderung der sozialen Kompetenzen	Deiml (1993) Reuter (2009)	• Erlebnisaspekt • Gesundheitsförderung
	• Interaktion und Kommunikation	Mattivi (1994)	• Gymnastik, Sport und Sportspiele, Psychomotorik
	• Vergrößerung des sozialen Netzwerks	Deiml (1993)	• Sport allgemein
	• Integration und Inklusion Stigmareduktion	Vermeer (1990) Kapustin (2002) Rheker (1996) Lebenshilfe (1990)	• Leistungssport- Öffentlichkeit • Erlebnisqualität erhöhen • Wandel im Sportsystem • Veranstaltungen organisieren

¹¹ Auch aus dem Englischen (vgl. Canales 2011). Vielleicht nicht exakt die Selbe Bedeutung wie in der direkten deutschen Übersetzung.

	• Erhöhung der Mobilität	Anneken (2009)	• Verbesserung der funktionell-strukturellen Ebene
Physisch	• Bewegungsumfang	Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele
	• Kraft	Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele
	• Ausdauer	Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele
	• Koordination	Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele
	• Balance	Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele

Die Förderung in den einzelnen Faktoren geschieht nach den bearbeiteten Quellen durch Interventionen, welche sich teilweise inhaltlich Überlappen, und in der obigen Tabelle 7 als „Mittel“ dargestellt sind.

In der Auseinandersetzung mit Interventionen für Menschen mit Behinderung hat sich zudem herausgestellt, dass einige spezielle Dinge zu beachten sind. Die Klient(inn)en sollen die Möglichkeit haben, sich für die gestellten Aufgaben eigene Lösungsmöglichkeiten, und damit die angesprochenen Handlungspläne selbst zu erstellen. Es ist aber auch entscheidend, den Erlebnisaspekt und die Freude zu fördern. Bei dieser Herangehensweise bewegt man sich ständig im Spannungsfeld zwischen Förderung der Autonomie sowie Handlungsfähigkeit, und andererseits der Vermeidung von Überforderung die zu Frustration, und somit zur Verringerung der Lust an der Bewegung führen kann. Schwierig ist dabei das Maß an Substitution und Assistenz festzulegen, ohne dabei wieder überbehütend zu wirken. Dies würde wiederum die Aktivierung der Ressourcen nicht ausreichend fördern. Es soll Augenmerk darauf gelegt werden, dass sich Prozesse selbstbestimmt und nonverbal in Gang setzen lassen, und zu speziellen, positiven Erlebnissen führen. Diese sollten im Idealfall Entwicklungsprozesse ansprechen zu Welchen Nachholbedarf, beziehungsweise Unterforderung oder Überbehütung besteht. Ebenfalls wäre wünschenswert, dass sich diese Prozesse außerhalb der Komfortzone in der

Wachstumszone befinden, oder in Verbindung mit dem Eingehen eines Risikos ablaufen. Zudem sprechen die vorliegenden Quellen dafür, dass injizieren von kooperativem Handeln sehr wichtig ist.

5. Praktische Anwendung der ICF anhand von Fallbeispielen

Im ersten Kapitel dieser Arbeit fand sich eine theoretische und grundlegende Auseinandersetzung mit dem Themenfeld der Arbeit, den Begrifflichkeiten und den historischen Entwicklungen im Forschungsbereich. In einem sehr breiten Bogen über Bewegung, Spiel und Sport mit Menschen mit Behinderung wurden einige relevante, und für das Verständnis wichtige Punkte, behandelt. In einem so breiten Theoriefeld hätte sich freilich noch viel weiter abstecken, und damit weniger abgrenzen lassen können. Es sind klarerweise viele, mit dem Themengebiet zusammenhängende, Aspekte (etwa mehr didaktische, motopädagogische, psychologische, u.v.m.) kaum berührt worden sind.

Vor dem gegebenen Hintergrund werden nun praktische Möglichkeiten im Bereich der Sportpädagogik, welche sich durch die Verwendung von ICF Daten von Personen einer bestimmten Zielgruppe für die Planung von Bewegung, Spiel und Sport ergeben, sowie praxisrelevante Überlegungen und Ergebnisse im Bereich der Sportpädagogik, mit Hilfe von Fallbeispielen dargestellt. Es soll gedeutet werden, welche Art von Daten und Items der ICF für den Einbezug in Planung von Interventionen von Relevanz sein können, und wie diese in der Praxis berücksichtigt werden können. Informationen zu vorhandenen Bewegungsinterventionen und Angeboten (vgl. 4) sollen zur Analyse herangezogen werden. Das Kapitel wird zuerst einen Einblick in die Planung des Forschungsdesigns geben, und dann die Auswahl der Personen für die Datenerhebung der Fallbeispiele, sowie die Eingrenzung auf relevante Bereiche innerhalb der ICF darstellen. In späterer Folge, wird die Dokumentation der Daten nach einer der vorgegebenen Optionen der WHO, mit kurzer Erklärung zu dieser, dargestellt werden. Die Analyse und der Vergleich zur Praxis mit Bezug auf die Möglichkeiten der Nutzung der Daten für die Planung von Bewegungsinterventionen mit und für Menschen mit Behinderungen finden sich dann im nachfolgenden Kapitel.

5.1 Methode und Datenerhebung

Für eine kleine Gruppe von fünf Personen sollten von der Norm abweichende Items (Gesundheitscharakteristika) nach ICF erhoben, und in einem zu erstellenden Dokumentationsrahmen festgehalten werden. Die Fallanalysen dienen zur Generierung nutzbarer Grundlagen für weitere empirische, sowie qualitative Forschung. Die Ergebnisse werden mit Interventionsinhalten von Förderung für Menschen mit Behinderung in Bewegung und Sport verglichen.

Um die Verwendung der ICF praktisch veranschaulichen zu können, und in weiterer Folge für die Sportpädagogik nutzbar zu machen, war es notwendig ein Design zu entwerfen welches den Ideen und Umsetzungskriterien der WHO, den betreffenden Personen, sowie dem wissenschaftlichen Nutzen Rechnung trägt. Die WHO (2005) gibt in der ICF Vollversion klare Vorgaben zu den Möglichkeiten der Datenkodierung (vgl. 1.1.5). Wie in Kapitel 1 zu erkennen war, sollen die Personen möglichst breit und ganzheitlich erfasst werden. Für die Auswahl der Komponenten bestehen in anderen Bundesländern Österreichs bereits verwendete Praxisbeispiele. Der zweite Teil der Arbeit benötigt die zusammengefassten Erkenntnisse und Informationen aus dem vorstehenden hermeneutischen Teil. In der Forschung werden die Erstellung des ICF Dokumentationsrahmens und die Durchführung der Datenkodierung vordergründig sein. Dafür waren einige Planungsschritte notwendig. Bevor Details näher dargestellt werden, ist unter diesem Absatz das Studiendesign graphisch veranschaulicht (Abbildung 4). Erklärungen der einzelnen Prozesse folgen darunter.

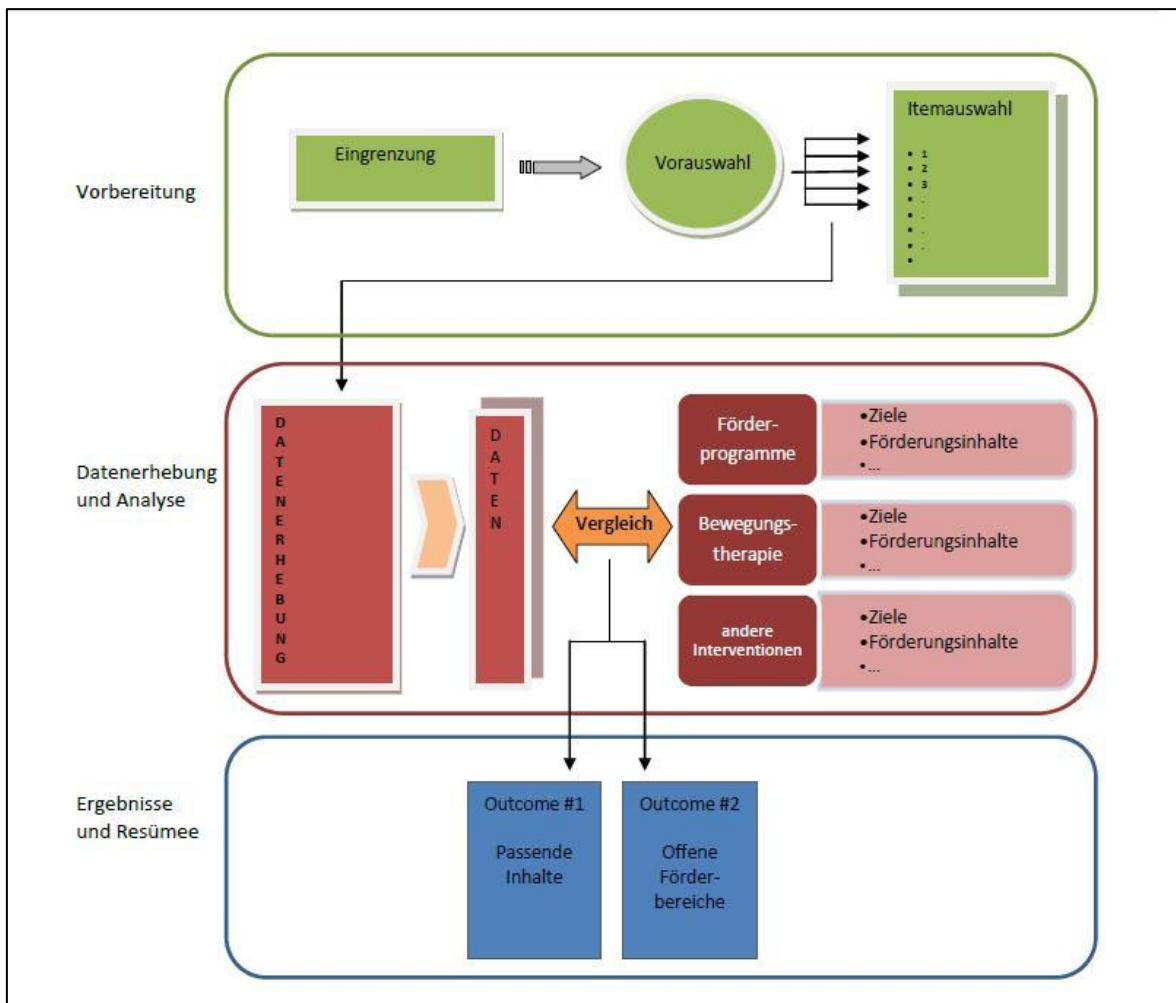


Abbildung 4: Studiendesign

Die Abbildung des Studiendesign zeigt drei Stufen des Vorgehens, welche in den nächsten Absätzen näher beschrieben werden. In der ersten Stufe finden sich die Blöcke Eingrenzung, Vorauswahl und Itemauswahl. Dies ist als die Phase der Vorbereitung und Planung gekennzeichnet. Die zweite Stufe der Datenerhebung und Analyse umfasst die gesamte Kodierung, also die Zuweisung von Items an die jeweiligen Fallbeispiele. Diese werden dann in der weiteren Verarbeitung in Verbindung zu den erarbeiteten Interventionsmöglichkeiten und Förderfaktoren gestellt. Hier findet die Auseinandersetzung mit der Frage statt, ob die ICF Daten zu den Förderfaktoren passen, und ob sie hilfreich für die Planung von Interventionen sein können. In der dritten Stufe werden die Ergebnisse systematisch analysiert und in einem Resümee zusammengefasst.

5.1.1 Vorbereitungsphase

Die Vorbereitungsphase bildet, in drei Prozesse unterteilt, die Phase vor der Datenerhebung ab. (vgl. Abb. 4) Die Prozessschritte werden nach alphanumerischer Ordnung beschrieben.

a. Eingrenzung

Eingrenzung behandelt die Frage der Personenauswahl für die Fallbeispiele. Dieser Schritt bezieht sich somit grundlegend auf die Auswahl der Gruppe von Menschen, welche für die Datenerhebung in Frage kommen. Bis zu diesem Punkt war lediglich der Bereich von Menschen mit Behinderung, mit Präferenz zu Menschen mit mentaler Behinderung, klar ins Auge gefasst. Die Rekrutierung ergab sich nach Absprache mit der Wohnhausleitung in einer vollbetreuten Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderungen, bei einem großen Trägerverein für Behindertenbetreuung in Wien. Es handelt sich um vollbetreutes Wohnen. Die Wohneinrichtung betreut ihre Klient(inn)en außerhalb der Beschäftigungszeiten in Beschäftigungstherapien oder anderen Arbeitstätigkeiten, welche für die Klient(inn)en verpflichtend sind, durchgehend. Die Klientel des Wohnhauses weist eine große Bandbreite von verschiedensten Behinderungen auf. Im Haus wohnen ausschließlich Menschen welche eine Verfügung durch den Fond Soziales Wien für vollbetreutes Wohnen erhalten haben. Es wohnen sowohl intensiv betreute Personen, also auch Personen in Trainingswohnungen in der Einrichtung. Der Diplomand ist bei der Betreuungseinrichtung angestellt und in guter Zusammenarbeit mit dem Wohnhausleiter, wodurch sich der Zugang sehr einfach ergab. Für die praxisgerechte Erhebung von ICF Daten sind einige Faktoren zu berücksichtigen. Für eine Auswahl von Personen wurden folgende Einschlusskriterien als zentral bestimmt:

- Vorhandensein eines gesundheitlichen und funktionalen Problems

Begründung: Da sonst keine ICF Daten kodiert werden können.

- Verfügbarkeit von Informationen, und Erfahrungen durch professionelle persönliche Hilfs- und Pflegepersonen

Begründung: Da für die Datenerhebung die Interessensvertreter beteiligt sein sollen (vgl. 5.1.1.b). Dies ist nur durch engen Kontakt und Erfahrung mit den Menschen möglich.

- Möglichkeit der Teilnahme an einem breiten Angebot von Bewegung Spiel und Sport. -> Grad der Behinderung

Begründung: Menschen deren Teilnahme augenscheinlich nur an einer sehr begrenzten Breite von Angeboten möglich ist, sind bei einer Fallanalyse mit der geringen Anzahl an Fällen zum Vergleich mit verschiedensten Inhalten weniger praktikabel.

- Erwartung relevanter Normabweichungen in Komponenten innerhalb eines Sets an ICF Codes

Begründung: Zu dem im ersten Punkt erwähnten Problems der funktionalen Gesundheit, soll auch schon vorab erkennbar sein, dass sie dieses auch tatsächlich im Alltag bemerkbar macht.

Der Wohnhausleiter und der Diplomand haben die Gesamtgruppe der im Haus lebenden Personen nach den genannten Kriterien auf ihre Einschlussfähigkeit beurteilt. Es ergab sich in der vollbetreuten Behinderteneinrichtung dadurch eine Gruppe von zehn Personen für welche diese Einschlusskriterien passten.

b. Vorauswahl

In diesem Prozess wurden die Personen in einem kurzen Verfahren der Vorauswahl durch Betrachtung von Primärerkrankungen nach ICD-10 und anderen Problematiken, sowie Inhalten des Betreuungsbedarfs ein- oder ausgeschlossen. Der Wohnhausleiter verfügt über wöchentliche Berichte zu Aufgaben und Verlauf der Betreuung der einzelnen Personen. Es stehen des Weiteren Informationen von supervidierten Fallbesprechungen zur Verfügung, sowie natürlich die persönliche Erfahrung mit den Menschen. Es fanden sich fünf Personen welche sich in ihren Funktions- und Gesundheitscharakteristika sowie in ihren Kontextfaktoren unterschieden, und die Einschlusskriterien erfüllten.

Von den anfangs zehn Personen wurden fünf mit folgenden Begründungen nicht mit einbezogen:

- Zwei Menschen fielen durch Gehörlosigkeit in eine spezielle, und zu den anderen abgegrenzte Zielgruppe.

- Eine Person wies mit dem Vorhandensein von Autismus ebenfalls eine spezielle Problematik auf, die in dieser Arbeit nicht näher Behandlung finden sollte.
- Eine Person wurde ausgeschlossen, da nicht ausreichend Informationen für die Datenkodierung zur Verfügung standen.
- Eine Person wurde auf Grund der momentan sehr labilen Persönlichkeit, durch eine länger anhaltende psychotische Episode, und daraus resultierenden Abweichungen in der funktionalen Gesundheit, (Aktivität und Partizipation) ausgeschlossen.

Respekt und Vertraulichkeit

Die Daten der Personen werden streng vertraulich behandelt. Von einer dialogischen Entwicklung der Datensätze wie es nach den Vorgaben der WHO meist wünschenswert wäre, wurde aus verschiedenen Gründen abgesehen. Zum einen schreibt die WHO (2005, S. 173) selbst vor: „Wenn Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten des Individuums diesen Einbezug erschweren oder verhindern, sollten seine Interessenvertreter aktiver Teilnehmer an diesem Prozess sein.“ Die Betreuungspersonen und die Leitung des Betreuungsteams der Klient(inn)en im betreuten Wohnhaus sind sowohl durch ihre Profession, als auch durch ihren langen Kontakt zu den Klient(inn)en Interessensvertreter(innen) Ihrer Klient(Inn)en, und verfügen über reichlich fachliches Wissen, Erfahrungswissen und Beziehung. Die Datenkodierung wurde durch den Diplomanden mit Hilfe eingeholter Informationen von anderen Betreuungspersonen und der Wohnhausleitung in Person von Doktor Michael Wilk durchgeführt. Die Datenerhebung entspricht dem üblichen Gebrauch einer solchen ICF Datenerhebung in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung. ICF Erhebungen sind in anderen österreichischen Bundesländern bereits teilweise implementiert.

c. Itemauswahl

Das Set an Items aus dem ICF Gesamtkatalog soll die Bereiche der funktionalen Gesundheit umfassen, welche in Bewegung, Spiel und Sport, im Speziellen für Menschen mit Behinderung, sowie auch allgemein relevant sind. Es wird erwartet, dass sich innerhalb dieser Items mit hoher Wahrscheinlichkeit Abweichungen auf

Grund eines Gesundheitsproblems finden lassen. Die gesamte Klassifikation wäre für eine solche Datenerhebung viel zu umfangreich. Die Daten wären zudem auch nicht sinnvoll erfassbar. Die WHO schreibt in den Vorgaben zur Anwendung der ICF: „Da die Annahme nicht praxisgerecht ist, auf jeden Untersuchungsfall alle möglichen Kodes zu verwenden, werden Anwender in Abhängigkeit von den Umständen der Untersuchung die für ihre Zwecke wichtigsten Kodes zur Beschreibung der gesundheitlichen Sachverhalte auswählen.“ WHO (2005, S. 155). In Bereichen der Rehabilitation haben sich für verschiedene Erkrankungen nach ICD-10 so genannte Core Sets der Anwendung für Patient(inn)en (etwa mit Schlaganfall, Diabetes, Brustkrebs, Rückenschmerzen) aus dem ICF Gesamtkatalog gebildet. Sie schließen die relevanten Items der mit der Krankheit in Verbindung stehenden Funktionsfähigkeiten der Patienten ein. Es ist dem Anwender überlassen das Set zu erweitern, wenn sich weitere relevante Informationen in anderen Items kodieren lassen. Lange et. al. (2011) beschäftigen sich mit der ICF in der Bewegungs- und Sporttherapie. Sie halten die bestehenden Core Sets für überprüfenswert da sie teilweise unzureichend sind. „Insbesondere ICF Codes der Komponenten der Partizipation und der Aktivität des alltäglichen Lebens welche in der Sport und Bewegungstherapie von zentraler Bedeutung sind, (...)“ (Lange et. al., 2001, S. 18). Die hier erarbeiteten Items könnten als eine Art sportpädagogisches Core Sets gesehen werden. Die Erhebung der Daten, und das Modell wurde passend zu den Inhalten von Lange et. al. (2001) und üblichen Erhebungen im Behindertenbereich in anderen Bundesländern Österreichs konzipiert. Speziell Informationen der ICF Koordination der Diakonie Kärnten, wo Erhebungen der Aktivität und Partizipation erfolgreich durchgeführt werden, waren eine große Hilfe.

Eine Darstellung der einzelnen Items findet sich nach den Verzeichnissen in Anhang (III) der Arbeit. Die jeweils rot gefärbten Items der Vollversion wurden nicht verwendet, und im „Core Set“ weggelassen.

5.1.2 Datenkodierung nach ICF

Die Beurteilung in den Komponenten Aktivität und Partizipation wird ausschließlich im Qualifikator der Leistung, und nicht in dem der Leistungsfähigkeit durchgeführt (vgl. 1.1.5). Die Leistungsfähigkeit drückt die Kapazität der jeweiligen Aktivität aus, und müsste unter standardisierten Bedingungen wie etwa mit einem

standardisierten Test erhoben werden. Es ergibt sich für die Datenerhebung dieser Untersuchung folgende Abbildung welche die verwendeten Komponenten der ICF umrandet zeigt, sowie die nicht verwendeten Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen außerhalb des umrandeten und gefärbten Feldes darstellt.

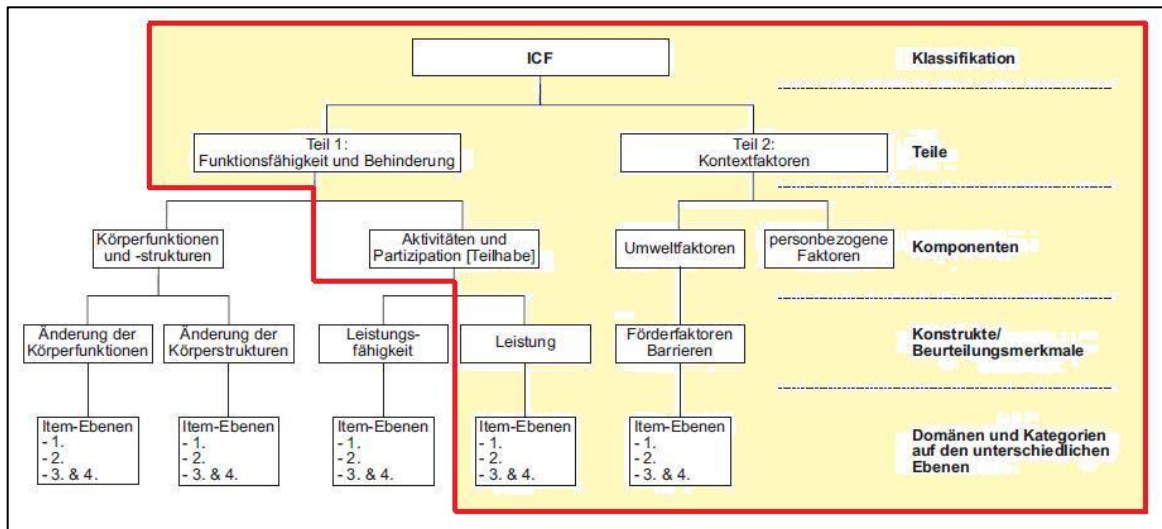


Abbildung 5: ICF Struktur
Quelle: WHO, 2005, S. 147, mod.

„Das Beurteilungsmerkmal der Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut. Weil die gegenwärtige, tatsächliche Umwelt seinen sozialen Kontext umfasst, kann unter Leistung auch das ‚Einbezogensein in eine Lebenssituation‘ oder die ‚gelebte Erfahrung‘ von Menschen in ihrem derzeitigen Kontext, in welchem sie leben, verstanden werden. Dieser Kontext umfasst die Umweltfaktoren – alle Aspekte der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt, die mit der Komponente der Umweltfaktoren kodiert werden können.“ WHO (2005, S. 95)

Die WHO (2005) stellt verschiedene Optionen, welche in der Vollversion „Konventionen“ genannt werden, zur Dokumentation und Kodierung der Items zur Verfügung. Dies ergibt sich zwingend, da zum Einen die Items der Leistung in Aktivität und Partizipation in ein und derselben Liste vorhanden sind, aber beide kodiert werden können, und zum Anderen, weil die Umweltfaktoren entweder direkt an die anderen Komponenten angehängt, oder allein kodiert werden können.

a. Kodierung der Leistung in Aktivität und Partizipation

„Das Präfix d bezeichnet die Domänen innerhalb der Komponente der Aktivität und Partizipation. Es ist dem Anwender überlassen, das Präfix b durch a oder p zu ersetzen, um Aktivität bzw. Partizipation zu bezeichnen.“ (WHO, 2005, S. 151). Für die gewählte Art der Darstellung beider Items auf gleicher Ebene scheint die Wahl der

Präfix a und p sinnvoller zu sein, da alle Codes für beide Komponenten verwendet werden.

Die Kodierung erfolgte in einem systematisierten Prozess, an welchem der Diplomand, Betreuer des Wohnhauses und der Leiter der Einrichtung beteiligt sind. Zuerst werden die bekannten Gesundheitsprobleme der einzelnen Fälle nach ICD-10 dokumentiert. Dies geschieht einerseits um ein Bild der Gesundheitsproblematik generell zu haben, andererseits um den erforderlichen Bedingungen der WHO nach Zusammenhang mit der ICD-10 nachzukommen. Die ICD-10 Codes sind durch Mediziner diagnostiziert, und erlauben keine weitere Beurteilung durch die Betreuungseinrichtung. Im zweiten Schritt werden die Items des erarbeiteten Itemkataloges abgearbeitet, und im Fall einer bekannten Normabweichung entsprechend dokumentiert.

Die einzelnen Items werden im selben Arbeitsschritt in Aktivität und Partizipation beurteilt, bevor zum nächsten Item weitergegangen wird. Dazugehörige Kontextfaktoren werden allerdings erst nach der Abarbeitung des Katalogs der Funktionsfähigkeiten kodiert. Die Dokumentation besteht aus dem Item und der dazugehöriger Benennung durch die WHO. Die Benennungen der Items erklären sich selbst. Es sei zum Verständnis aber auf folgende Abkürzungen hingewiesen:

a. b.: anders bezeichnet

n. n. b.: nicht näher bezeichnet

Daneben stehen kurze Erklärungen des Problems in narrativer Form.

b. Umweltfaktoren

Im dritten Schritt werden die Umweltfaktoren auf gleiche Weise dokumentiert. Es entsteht ein breites Bild von Gesundheitsrelevanten Informationen zu ICD-10 Diagnosen, Leistungen in Aktivität und Partizipation, sowie Umweltfaktoren.

Für das Kodieren von Umweltfaktoren stellt die WHO (2005) verschiedene Kodierungsleitlinien, welche auch als „Konventionen der Kodierung“ benannt sind, zur Verfügung. Aus Sicht der Datenerhebung erschien die Konvention Nummer eins am sinnvollsten. Hier werden die relevanten Umweltfaktoren der Person kodiert ohne dass sie auf die Aktivität und Partizipation Bezug nehmen. Dadurch soll der Interpretationsspielraum der Beurteilenden etwas eingeschränkt werden. Es soll

erwähnt werden, dass in den Kontextfaktoren nur eine Momentaufnahme der Barrieren und Förderfaktoren der Umwelt der Person abgebildet wird. In den personenbezogenen Faktoren von Personen spielen auch jene Umweltfaktoren eine Rolle, beziehungsweise haben in der Entwicklung der Person gewirkt und eine Rolle gespielt, auch wenn sie jetzt nicht mehr aktuell vorhanden sind. Diese, in entscheidenden Entwicklungsphasen vorhandengewesenen, Umweltfaktoren, welche nun nur mehr aus der Persönlichkeitsstruktur des Menschen erahnt werden können, haben ihre Wirkung bereits getan. Sie könnten für die Planung von Bewegungs- und Körpererfahrungsinterventionen von großer Bedeutung sein. Sie werden in den Daten der ICF jedoch nicht mehr als Umweltfaktoren, sondern nur in ihren Manifestationen in Behinderungen der Person dargestellt.

5.2 Fallbeispiele

Die Darstellung der Fallbeispiele liegt in einzelnen Datensätzen in Tabellenform vor und beinhaltet die Komponenten Aktivität und Partizipation, beschrieben im Konstrukt der Leistung, sowie die Komponente der Umweltfaktoren im Konstrukt der Förderfaktoren und Barrieren. Die Daten sind in Code, inklusive Name in der ICF, sowie der narrativen Beschreibung in der jeweiligen Leistung (Aktivität und Partizipation) dargestellt. Zum Verständnis der Codes dienen die Ausführungen zur Kodierung von Daten nach ICF (vgl. 1.1.5).

Die mit der funktionalen Gesundheit in Verbindung stehenden kodierten Items werden nach dem jeweiligen Datensatz zur Übersichtlichkeit in einer kurzen Analyse dargestellt.

5.2.1 Fallbeispiel A

Patientenperspektive	Fallbeispiel A.		
	Alter:	56	Medizinische Diagnosen:
	Geschlecht:	w	
			Paranoide Schizophrenie F20.0
			Chronische Laryngitis J37.0
			Asthma Bronchiale J45.0
			Arterielle Hypertonie I10
			Calcaneussporn M77.3
			Nikotinabusus F17.2

ICF Daten	Code	Aktivität	Partizipation
	a110.8_ <i>Zuschauen</i>	Sehschwäche. Mit Brille OK.	
	a160.8_ p160.8_ <i>Aufmerksamkeit Fokussieren</i>	Herabgesetzte Aufmerksamkeitsspanne. Vor allem bei wissenschaftlichen Inhalten.	Teilnahme an wissenschaftlichen Diskussionen nicht mehr befriedigend möglich.
	a163.8_ <i>Denken</i>	Bei komplexeren Zusammenhängen Probleme beim denken. Schlechter als früher.	
	a240.8_ <i>Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen Umgehen</i>	Stress in diversen Situationen führt zu Unwohlbefinden und setzt die Leistung in der Beschäftigung und Haushaltsarbeiten herab. Stress führt auch zur Verschlechterung der Sprache mit Folgeproblemen.	
	a330.8_ p330.8_ <i>Sprechen</i>	Probleme länger zu sprechen. Stimme versagt.	Wird in der Arbeit nicht gut verstanden und kann Gespräche nicht zu ihrer Zufriedenheit führen. Probleme beim Singen und Gedichte vorlesen. z.B. zu Weihnachten .Fühlt sich behindert.
	p340.8_ <i>Mitteilungen in Gebärdensprache Ausdrücken</i>		Kann mit den gehörlosen Mitbewohnern kaum Kommunizieren.
	a4303.8_ <i>Tragen: Auf Schulter/ Rücken</i>	Probleme den Rucksack zur Arbeit zu tragen. Ist nicht ohne Leidensdruck möglich.	
	a4459.8_ <i>Hand und Armgebrauch n.n.b.</i>	Bei Tätigkeiten in der Beschäftigung- Tischabwischen und Abwaschen sowie bei der Hausarbeit entstehen Schmerzen im Ellbogen. Diese führen zu herabgesetzter Leistung in den Tätigkeiten.	
	a4501.8_ p4501.8_ <i>Gehen: Lange Entfernungen</i>	Lange Wanderungen sind nicht mehr möglich.	Kann nicht an Wanderungen teilnehmen.
	a5700.8_ <i>Für physischen Komfort sorgen</i>	Schafft es teilweise nicht auf Schonung der Gelenke und des Bewegungsapparats im Allgemeinen achten.	
	a7103.8_ <i>Kritik in Beziehung</i>	Wendet sich in Gesprächen ab wenn Kritik an ihrer Person fällt.	
	a7104.8_ p7104.8_ <i>Soziale Zeichen in Beziehungen</i>	Wirkt in diesem Aspekt oft unzufrieden mit sich selbst. Fühlt sich dabei eingeschränkt und behindert.	Kann in Beziehungen nicht so kommunizieren wie sie es gern würde. Kann Zeichen nicht in befriedigender Weise setzten. Merkt dass sie ihre Gefühle in der Interaktion nicht so vermitteln kann wie sie es gerne will.
	a7204.8_ <i>Sozialen Abstand wahren</i>	Ist in Beziehung zu Betreuer(inn)en Impulsiv und übergriffig.	
	a9209.8_	Kann an diversen	

Erholung und Freizeit n.n.b.	Freizeitangeboten nicht teilnehmen weil andere Personen sie vereinnahmen und sie das Gefühl hat für andere da sein zu müssen.	
Kontextfaktoren_codes_Umwelt		
Medikamente	e1101+8	Medikamente
Freunde	e320+8	Freunde die sie psychisch unterstützen.
Freunde	e320.8	Freunde um die sie sich kümmern „muss“ und sich selbst deshalb vernachlässigt.
Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-Mitglieder	e325+8	Mitbewohner im Haus als Unterstützung
Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-Mitglieder	e325.8	Mitbewohner im Haus als Belastung Gehörlose Mitbewohner, Gebärdensprachbenutzer
Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen	e340+8	Vollbetreutes Wohnen. Hilfe in Strukturierung der Aufgaben im Haushalt und der Einteilung sowie Organisation von Terminen. Hilfe bei der Hausarbeit. Hilfe bei der Medikamentenverwaltung. Beziehungsangebot und emotionale Unterstützung. Begleitung, Beratung, Förderung und Assistenz. Betreuung in der Beschäftigung.
Fachleute der Gesundheitsberufe	e355+8	Regelmäßiger Arztkontakt: Psychiater, HNO, Hausarzt Logopädie. Psychotherapie. Betreuung im Wohnbereich (Siehe e340+8).
Andere Fachleute	e360+8	Sachwalter: Finanzielles, Ämter und Behörden, private Vertragspartner.
Individuelle Einstellungen von Freunden	e420.8	Einstellungen von Freunden zur Betreuung macht es ihr oft schwer sich neutral zu verhalten. Ist zwischen Freunden und Betreuern hin und her gerissen.
Gesellschaftliche Einstellungen	e460.8	Hat ein Problem mit der Leistungsgesellschaft und ihrem subjektiv erlebten Verlust von Solidarität und Nächstenliebe.
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnwesens a.b.	e5258+8	Wohnung, Teile der Instandhaltung und Verwaltung werden durch den Trägerverein mit Finanzierung über den FSW zur Verfügung gestellt.
Dienste des Transportwesens	e5400.8	Situation im öffentlichen Verkehr erzeugt Stress der als gesundheitsschädigend empfunden wird.
Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung	e5750+8	siehe e340+8
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens a.b.	e580+8	(wie e355+8) Regelmäßiger Arztkontakt: Psychiater, HNO, Hausarzt Logopädie. Psychotherapie. Betreuung im Wohnbereich (Siehe e340+8).

Kurzanalyse:

Im Fallbeispiel A ist eine Frau kurz vor dem Pensionsantrittsalter kodiert. Sie ist durch ihre psychische Erkrankung, und andere Gesundheitsprobleme, in manchen Aspekten ihrer Interaktion mit der Umwelt negativ beeinflusst, was sich als Behinderung in ihren Alltag niederschlägt. Diese negativen Aspekte finden sich in den erhobenen Daten vor allem im Bereich der Wissensanwendung (Item 160, 163), in der allgemeinen interpersonellen Interaktion (Items 7103, 7105, 7204), in der

Motorik beim Tragen, Handhaben von Gegenständen und der Bewegung (Item 4303, 4459), im Kommunizieren als Sender (Item 330, 340. Wobei 340 die Fähigkeit in Gebärdensprache zu kommunizieren betrifft), und im achten auf die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden, sowie im Umgang mit Stress.

Nach einem genaueren Blick fällt auf, dass ein starker Aspekt die Kommunikation und Möglichkeit sich auszudrücken, sich mitzuteilen und sich selbst einzubringen ist. Dies wird vor allem in den Items der Partizipation deutlich. Vier von fünf Items (wobei das fünfte „an langen Wanderungen teilnehmen“ vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren des Alters, und der Medikamente auch im Normalbereich liegen könnte) fallen in diesem Themenbereich. Aus den Kontextfaktoren ist zu entnehmen, dass sie sich viel um andere kümmert. Als Förderfaktoren in Bereich der Kommunikation stehen eine Logopädin und ein Psychotherapeut zur Verfügung.

Kommunikation und Kontakt zu anderen steht im Vordergrund der Partizipationsprobleme. Bedeutung dieser Daten für die Praxis auf Interventionsebene findet sich in Kapitel 6.3.

5.2.2 Fallbeispiel B

Patientenperspektive	Fallbeispiel B.		
	Alter:	47	Medizinische Diagnosen:
	Geschlecht:	M	
ICF Daten	Code	Aktivität	Partizipation
	a130.8_ <i>Nachmachen, nachahmen</i>	Komplexe Handlungen können schwer nachgeahmt werden.	
	a163.8_ <i>Denken</i>	Probleme beim Denken komplexerer Ideen/ Fiktionen oder Gedankenspielen.	
	a1751.8_ <i>Komplexe Probleme lösen</i>	Probleme beim Lösen komplexerer Probleme. Intelligenz.	
	a2401.8_ p2401.8	Stress wird als von anderen Personen verursachte Störung	Probleme bei Teilnahme in Beschäftigung und allgemeinen Unternehmungen mit

<i>Mit Stress umgehen</i>	erlebt und erzeugt Widerstand der die Durchführung von Aufgaben behindert.	Gruppencharakter.
a2402.8_ p2402.8_ <i>Mit Krisen-situationen umgehen</i>	Krisen werden teilweise nicht entsprechend behandelt da die Verantwortung und Verursachung auf andere Personen projiziert wird.	Teilnahme an Beschäftigung und allgemeinen Unternehmungen mit Gruppencharakter.
p340.8_ <i>Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken</i>		Kann mit den gehörlosen Mitbewohnern kaum Kommunizieren.
a3559.8_ <i>Diskussionen n.n.b.</i>	Diskussionen die seine Person miteinschließen können oft nicht in gleicher Qualität wie andere Diskussionen geführt werden.	
a4400.8_ <i>Feinmotorischer Handgebrauche</i>	Kleine Gegenstände aufheben.	
a4402.8_ <i>Einen Gegenstand handhaben</i>	z.B. Probleme beim Abwaschen.	
a4453.8_ <i>Hände oder Arme drehen oder verdrehen</i>	Supination stark eingeschränkt. (Kann Medikamente nur schwer in der Handfläche behalten und einnehmen.)	
a4508.8_ <i>Gehen a.b.-> Bergaufgehen</i>	Bergaufgehen nicht lange möglich.	
a550.8_ <i>Essen</i>	Harte Nahrung kann nicht gekaut werden.	
a5701.8_ <i>Ernährung und Fitness handhaben</i>	Bewusste Auswahl gesunder Lebensmittel. Weiß was gesund ist. Isst aber Ungesundes.	
a7103.8_ p7103.8_ <i>Kritik in Beziehungen</i>	Einhaltung von Regeln und Umgang mit Kritik ist schwer. Infantiler Umgang mit Regeln. Sinn ist nicht so relevant wie Beziehung. Aufnahme von Kritik gestört. Auch hier wird Inhaltliches auf die Beziehungsebene transferiert.	Teilnahme an Beschäftigung schwierig und allgemeinen Unternehmungen mit Gruppencharakter schwer möglich.
a7201.8_ p7201.8_ <i>Beziehungen beenden</i>	Verabschiedungen wird stark aus dem Weg gegangen. Diese Verursachen auch Unwohlsein.	Beschäftigung: Probleme in der Abhandlung nötiger Schritte in der Beschäftigung (Beendigung) mit Folgeproblemen.
a7202.8_ p7202.8_ <i>Verhalten in Beziehungen regulieren</i>	Verbale Übergriffigkeiten gegenüber Betreuungspersonen. Inadäquate emotionale Ausbrüche.	Probleme in der Betreuung durch größere Betreuungsteams.
Kontextfaktoren_codes_Umwelt		

<i>Medikamente</i>	e1101+8	Medikamente
<i>Hilfsprodukte im täglichen Leben</i>	e1151+8	Brille
<i>Engster Familienkreis</i>	e310.8	Vater bekannt aber nicht verfügbar. Hat ihn und Mutter im frühen Kindesalter verlassen. Mutter verstorben (Klient sagt ermordet)
<i>Erweiterter Familienkreis</i>	e315+8	Sporadischer Kontakt zu Tanten in Salzburg. Wichtiger persönlicher Bezugspunkt zur Vergangenheit Identität und Herkunft.
<i>Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-Mitglieder</i>	e325+8	Mitbewohner im Haus.
<i>Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-Mitglieder</i>	e325.8	Stress mit Mitbewohnern im Haus. Probleme mit Gruppen. Gehörlose Mitbewohner, Gebärdensprachbenutzer
<i>Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen</i>	e340+8	Vollbetreutes Wohnen. Hilfe in Strukturierung der Aufgaben im Haushalt und der Einteilung sowie Organisation von Terminen. Hilfe bei der Hausarbeit. Hilfe bei der Medikamentenverwaltung. Beziehungsangebot und emotionale Unterstützung. Begleitung, Beratung, Förderung und Assistenz. Betreuung in der Beschäftigung.
<i>Fachleute der Gesundheitsberufe</i>	e355+8	Ärzte: Psychiater/ PSD, HNO, Schilddrüsenambulanz, Betreuer(inn)en im Wohnen und in der Beschäftigung
<i>Andere Fachleute</i>	e360+8	Sachwalterin: Alle Belange
<i>Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises</i>	e410.8	Vater fühlt sich in keiner Weise verantwortlich.
<i>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnwesens a.b.</i>	e5258+8	Wohnung, Teile der Instandhaltung und Verwaltung werden durch den Trägerverein über die Finanzierung über den FSW zur Verfügung gestellt.
<i>Systeme der Rechtspflege</i>	e5501.8	Die Erfüllung der Pflichten der Überwachung und Beteiligung der Sachwalterin stellt für die Person oft eine Barriere dar.
<i>Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung</i>	e5750+8	siehe e340+8
<i>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens</i>	e580+8	Ärzte und Therapien (siehe e355) Betreuung im Wohnbereich (Siehe e340+8).

Kurzanalyse:

Bei diesem Fallbeispiel finden sich die für die Behinderung ausschlaggebenden negativen Aspekte, anscheinend durch Intelligenz und Belastungsstörung bedingt, wiederum in Items des elementares Lernen (Item 130) und der Wissensanwendung (163, 1751). Noch auffälliger, da in Aktivität und Partizipation ausschlaggebend, finden wir Kodierungen in den allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (2 Aktivitäts- und 2 Partizipationsleistungen Item 2401, 2402). Ebenfalls in den Leistungen der Interpersonellen Interaktion und Beziehung finden sich drei Items die in jeweils beiden Komponenten kodiert wurden. (Item 7103, 7201, 7202) Beziehung ist ein zentrales Thema. Der Umgang mit Kritik und die Fähigkeit das Verhalten in der Beziehung zu regulieren sowie Beziehungen zu beenden sind leistungsmäßig gestört.

Es kommt dadurch auch zu Problemen in der Partizipation. Dies zeigt sich besonders in Gruppensettings in der Beschäftigungstherapie.

Hinzu kommen Aspekte der Feinmotorik und Beweglichkeit, sowie Probleme im achten auf die eigene Gesundheit.

In den Kontextfaktoren fällt dazu der Kontext der Familiensituation, mit einem abgewandten Vater und einer plötzlich verstorbenen Mutter auf.

5.2.3 Fallbeispiel C

Patientenperspektive	Fallbeispiel C.		
	Alter:	37	Medizinische Diagnosen: Mittelgradige Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten F71.1 Generalisierte Angststörung F41.1 Somatisierungsstörungen F45.0 Emotional instabile Persönlichkeit F60.3 Nikotinabusus F17.2
	Geschlecht:	w	
ICF Daten	Code	Aktivität	Partizipation
	a130.8_ <i>Nachmachen, nachahmen</i>	Komplizierte Dinge können nicht nachgeahmt werden.	
	a159.8_ <i>Sich Fertigkeiten aneignen n.n.b.</i>	Lernt nicht gerne.	
	a163.8_ <i>Denken</i>	Komplexerer Prozesse teilweise nicht möglich.	
	a1751.8_ <i>Komplexe Probleme lösen</i>	Komplexere Probleme können schwer gelöst werden. Verständnisprobleme bei Gedankenexperimenten.	
	a240.8_ p240.8_ <i>Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen.</i>	Stress führt zu Wutausbrüchen die teilweise nicht kontrolliert werden können.	Teilhabe in der Beschäftigung und anderen Gruppenaktivitäten. Stress und Krisen mit anderen lösen Wut aus, unterbrechen die geplanten Tätigkeiten und sind teilweise ohne Hilfe nicht zu bewältigen.
	a355.8_ p355.8_ <i>Diskussion</i>	Diskussionen zu führen fällt schwer.	Teilnahme an Diskussionen ist durch die Wut in der Auseinandersetzung nicht gut möglich. Führt zu Streit oder Abbruch.
	a5203.8_ <i>Die Fingernägel Pflegen</i>	Kann sich nicht alleine die Nägel schneiden.	
	a5204.8_ <i></i>	Kann sich nicht alleine die Fußnägel schneiden.	

	<i>Die Zehennägel pflegen</i>		
	a5302.8_ <i>Die Belange der Menstruation regulieren</i>	Durch Hormoneinnahme ist die Menstruation unregelmäßig und immer wieder überraschend, was zu Unsicherheit/ Angst führt.	
	a5701.8_ <i>Ernährung und Fitness handhaben</i>	Isst kaum gesundes Essen. Isst sehr viele Süßigkeiten.	
	a7104.8_ <i>Soziale Zeichen in Beziehungen</i>	Zeichen der sexuellen Bereitschaft nicht absehbar zu setzen. Gibt sich kokett und kommt später oft in die Opferrolle.	
	Kontextfaktoren_codes_Umwelt		
	<i>Medikamente</i>	e1101+8	Medikamente
	<i>Freunde</i>	e320+8	Freundin hilft im Haushalt und schneidet ihr Finger und Zehennägel.
	<i>Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-M Mitglieder</i>	e325+8	Freunde zum Austausch und Psychohygiene
	<i>Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-M Mitglieder</i>	e325.8	Mitbewohner mit denen Konflikte bestehen.
	<i>Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen</i>	e340+8	Vollbetreutes Wohnen. Hilfe in Strukturierung der Aufgaben im Haushalt und der Einteilung sowie Organisation von Terminen. Hilfe bei der Hausarbeit. Hilfe bei der Medikamentenverwaltung. Beziehungsangebot und emotionale Unterstützung. Begleitung, Beratung, Förderung und Assistenz. Betreuung in der Beschäftigung.
	<i>Domestizierte Tiere</i>	e350+8	Hauskatze. Sehr wichtig für das emotionale Wohlbefinden.
	<i>Fachleute der gesundheitsberufe</i>	e355+8	Ärzte: Niedergelassener Psychiater, Hausarzt
	<i>Andere Fachleute</i>	e360+8	Sachwalter: Finanzielles, Ämter und Behörden, Private Vertragspartner
	<i>Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises</i>	e410.8	Vater wollte die Familie nicht mehr
	<i>Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen</i>	e465.8	Unverständnis der Gesellschaft gegenüber auffälligem Verhalten und emotionalen Signalen.
	<i>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnwesens a.b.</i>	e5258+8	Wohnung, Teile der Instandhaltung und Verwaltung werden durch den Trägerverein über die Finanzierung über den FSW zur Verfügung gestellt.
	<i>Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung.</i>	e5750+8	siehe e340+8
	<i>Dienste Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens</i>	e580+8	Ärzte und Therapien (wie e355) Betreuung im Wohnbereich (Siehe e340+8).

Kurzanalyse:

Fallbeispiel C zeigt eine Frau, Ende dreißig, mit ähnlichen intellektuellen Einschränkungen wie im Fallbeispiel B davor. Elementares Lernen (Item 130, 159) und Wissensanwendung (Item 163, 1751) sind kodiert. Auch der Umgang mit Stress

ist in den Daten der ICF- Erhebung ähnlich wie im Fall B (Aktivitätsdefizit und Partizipationsproblem, Item 240). Hinzu kommt, dass auch beide Komponenten im Item der Leistung zum Thema Diskussionen (355) kodiert wurden, und das zentrale Thema das Entstehen von Wut ist.

Speziell an Fallbeispiel C findet sich ein item des fünften Kapitels „Selbstversorgung“. „Die Belange der Menstruation regulieren“ (5302) Die Klientin ist durch Unregelmäßigkeit immer wieder verunsichert und geängstigt. Zusammen mit dem Problem des „achtens auf die eigene Gesundheit“ (5701), und dem Item „Zeichen in Beziehungen setzen“ (7104), bildet sich hier eine Verdichtung heraus, die mit Selbstwahrnehmung und Unsicherheit zu tun hat. Diese Items könnten für Förderungssetting von Bedeutung sein, weil sie ein klares Zeichen der Distanz in der Beziehung zum eigenen Körper zeigen.

5.2.4 Fallbeispiel D

Patientenperspektive	Fallbeispiel D.		
	Alter:	31	Medizinische Diagnosen: Epilepsie G40.2 Intelligenzminderung F71.0 Psychische Erregungszustände mit autoaggressiven Tendenzen Spastik n.n.b.
	Geschlecht:	m	
ICF Daten	Code	Aktivität	Partizipation
	a120.8_ <i>Andere Bewusste Sinnwahrnehmung</i>	Fehlwahrnehmung vor Epileptischen Anfällen.	
	a1551.8_ <i>Sich komplexe Fertigkeiten aneignen</i>	Aneignen komplexer Fertigkeiten schwer in intellektueller und koordinativer Ebene.	
	a163.8_ <i>Denken</i>	Fiktionen wieder zu geben geht intellektuell kaum.	
	a2408.8_ <i>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</i>	Stress fördert die Anfallsneigung. Aus anfordernden Situationen kommt er schwer heraus und. Steigert sich hinein. Vor allem im zwischenmenschlichen Konflikten.	
	a310.8_ <i>Kommunizieren als Empfänger</i>	Schwierigkeiten Mitteilungen die nicht ganz klar sind zu deuten.	

	<i>gesprochener Mitteilungen</i>		
	a330.8_ p330.8_ <i>Sprechen</i>	Nur langsames Sprechen möglich. Stotter. Wortverwechslungen. Nur einfache Zusammenhänge.	Durch das langsame Sprechen ist die Teilnahme an schnellen informellen Gesprächen erschwert.
	a3509.8_ <i>Konversation n.n.b.</i>	Abstraktere Konversationen führen zu Missverständnissen.	
	a4301.8_ <i>Mit Händen Tragen</i>	Balance ist ein Problem. Etwa beim Tragen von Tellern müssen beide Hände verwendet werden.	
	a4408.8_ <i>Feinmotorischer Handgebrauch a.b.</i>	Schuhe mit Masche zubinden geht nicht. Knöpfe am Hemd auf- und zumachen nur sehr langsam, oder gar nicht.	
	a4455.8_ p4455.8_ <i>Fangen</i>	Ball fangen geht kaum bis gar nicht.	Teilnahme an Ballspielen mit den Brüdern sehr eingeschränkt möglich.
	a4554.8_ p4554.8_ <i>Schwimmen</i>	Kann nicht schwimmen.	Würde gerne an einem Schwimmkurs teilnehmen. Problem ist dabei die Epilepsie.
	a5548.8_ <i>Sich auf andere Weise Fortbewegen a.b.</i>	Kann nicht mit einem normalen Fahrrad fahren. Dreirad möglich.	
	a510.8_ <i>Sich waschen</i>	Probleme die Wanne zu benutzen. Duschen kein Problem.	
	a5203.8_ <i>Die Fingernägel pflegen</i>	Kann Fingernägel nicht selbst schneiden.	
	a5204.8_ <i>Die Zehennägel pflegen</i>	Kann Zehennägel nicht selbst schneiden.	
	a5403.8_ <i>Schuhwerk anziehen</i>	Schuhe mit Schürsenkel können nicht angezogen werden.	
	a7102.8_ <i>Toleranz in Beziehungen</i>	Wenn er sich über andere ärgert ist die Toleranz gering.	
	a7202.8_ <i>Verhalten in Beziehungen regulieren</i>	Kann oft nicht gut regulieren. Gefühl bleibt bestehen und kann nicht weiter bearbeitet werden. Holt sich in komplexen Situationen mit anderen Personen oft Hilfe der Betreuer(inn)en.	
	Kontextfaktoren_codes_Umwelt		
	<i>Medikamente</i>	e1101+8	Medikamente
	<i>Engster Familienkreis</i>	e310+8 e310.8	Eltern kümmern sich sehr. Eltern bevormunden übermäßig.
	<i>Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-</i>	e325.8	Durch Mitbewohnern, und Kollegen in der Beschäftigung gibt es häufig Unzufriedenheit weil diese sich nicht immer an alle Regeln halten an die er sich schon hält. Andere sind ihm auch oft zu laut.

<i>Mitglieder</i>		
<i>Persönliche Hilf- und Pflegepersonen</i>	e340+8	Vollbetreutes Wohnen. Hilfe in Strukturierung der Aufgaben im Haushalt und der Einteilung sowie Organisation von Terminen. Hilfe bei der Hausarbeit. Hilfe bei der Medikamentenverwaltung. Beziehungsangebot und emotionale Unterstützung. Begleitung, Beratung, Förderung und Assistenz. Betreuung in der Beschäftigung.
<i>Fachleute der Gesundheitsberufe</i>	e355+8	Ärzte: Niedergelassener Neurologe, Hausarzt
<i>Andere Fachleute</i>	e360+8	Sachwalter: Finanzielles, Ämter und Behörden, private Vertragspartner
<i>Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises</i>	e410.8	Die Eltern scheinen ihn nicht wie einen Erwachsenen zu behandeln.
<i>Handlungsgrundsätze für die Konsumgüterproduktion</i>	e5102.8	Gewisse Konsumgüter sind so verpackt, dass sie nicht geöffnet werden können.
<i>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnwesens a.b.</i>	e5258+8	Wohnung, Teile der Instandhaltung und Verwaltung werden durch den Trägerverein über die Finanzierung über den FSW zur Verfügung gestellt.
<i>Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung</i>	e5750+8	siehe e340+8
<i>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens</i>	e580+8	Ärzte und Therapien (wie e355) Betreuung im Wohnbereich (Siehe e340+8).

Kurzanalyse:

Die sich abzeichnende Hauptthematik im Fallbeispiel D ist die Kommunikation mit anderen Personen. Sowohl auf kognitiver Ebene (Item 310, 3509), auf emotionaler Ebene (Item 2408, 7102, 7202) als auch in der Sprachfertigkeiten (Geschwindigkeit und Qualität der Sprache) finden sich Daten die die Kommunikation als zentrales Leistungsproblem darstellen. Die Interaktion mit der Umwelt führt in verschiedensten körperlichen und geistigen Aspekten zu Behinderungen und Problemen der Partizipation. Die epileptische Anfallsneigung und die motorischen Leistungsdefizite führen zudem zu Frustration und Problemen der Teilhabe. Es liegen stärkere motorische Defizite als bei den anderen Fallbeispielen vor. Die Partizipation an verschiedenen Aktivitäten ist erwünscht, aber behindert. In den Kontextfaktoren ist zu erkennen, dass im Umgang mit Peers eine überlegene Rolle eingenommen werden will. Regeln und Ordnungen die für alle gelten, sind der Person sehr wichtig. Da diese im Alltag nicht immer von allen eingehalten werden entsteht wieder Frustration.

5.2.5 Fallbeispiel E

Patientenperspektive	Fallbeispiel E.		
	Alter:	25	Medizinische Diagnosen:
	Geschlecht:	M	
ICF Daten	Code	Aktivität	Partizipation
	a110.8_ <i>Zuschauen</i>	Sieht schlecht. Absichtsvolles zusehen geht.	
	a115.8_ <i>Zuhören</i>	Absichtsvoll zuhören ist manchmal ein Problem. Aufmerksamkeit. Kommt auf die Beziehung an. Ein ständiges Klingeln im Ohr macht das absichtsvolle Zuhören ebenfalls schwer.	
	a120.8_ <i>Andere bewusste Sinneswahrnehmungen</i>	Riechen ist beeinträchtigt.	
	a160.8_ p160.8_ <i>Aufmerksamkeit Fokussieren</i>	Aufmerksamkeit fokussieren fällt oft schwer.	Teilnahme am Schulunterricht problematisch.
	a240.8_ <i>Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen</i>	Stress verursacht Fehler in der Ausführung von Tätigkeiten und kann nicht gut gehandhabt werden.	
	a329.8_ <i>Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken</i>	Missinterpretationen verschiedenartiger Mitteilungen mit schwankender Intensität über den Zeitverlauf.	
	p340.8_ <i>Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken</i>		Kann nicht zufriedenstellend mit gehörlosen Mitbewohnern im Haus kommunizieren.
	p3504.8_ <i>Eine Unterhaltung mit mehreren Personen führen</i>		Kommunikation in der Gruppe ist schwer. Interpretation nonverbaler Signale lenkt stark ab.
	p430.8_ <i>Gegenstände anheben und tragen</i>		Bei schweren Arbeiten ist er Außenseiter, da er die sehr schweren Dinge nicht wie die anderen tragen kann.
	a440.8_ <i>Feinmotorischer Handgebrauch</i>	Sagt oft dass er selbst mit Feinmotorik unzufrieden sei.	
	a4508.8_ <i>Gangbild</i>	Gangbild ist auffällig, und auf	

	<i>Gehen a.b.</i>	lange Sicht ungesund.	
	a5108.8_ p5108.8_ <i>Körperpflege a.b.</i>	Motivation zur Körperpflege fehlt.	Fühlt sich in Gruppen unwohl weil er sich vernachlässigt und dann Angst hat dass er für die anderen schlecht riecht.
	a5201.8_ <i>Die Zähne pflegen</i>	Motivation zur Zahnpflege fehlt.	
	a5700.8_ <i>Für seinen physischen Komfort sorgen</i>	Beim Computerspielen immer in Rundrückenstellung. Weiß darüber Bescheid, tut aber nichts dagegen.	
	a5701.8_ <i>Ernährung und Fitness handhaben</i>	Ernährung: Weiß was gesund ist, kauft aber immer nach den ungesunden Gewohnheiten.	
	a5708.8_ <i>Auf seine Gesundheit achten a.b.</i>	Marihuana Konsum verstärkt die paranoiden Symptome. Raucht es aber trotzdem.	
	a7200.8_ <i>Beziehungen eingehen</i>	Beziehungen eingehen und auf Leute zugehen fällt schwer.	
	a729.8_ <i>Allgemeine interpersonelle Interaktion a. oder n.n.b.</i>	Möchte Leute in seine Kategorie von Gut und Böse einteilen.	
Kontextfaktoren_codes_Umwelt			
	Medikamente	e1101+8	Medikamente
	Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch a.b.	e1108.8	Marihuana. Raucht gelegentlich. Verstärkt die paranoiden Symptome. Teilweise aber auch beruhigend.
	Produkte und Technologien zur Kommunikation a.b.	e1258.8	Spielt sehr viel Computerrollenspiele. Nimmt einen großen Teil der Freizeit in Anspruch. Ist aber auch Austausch mit anderen und Identität.
	Engster Familienkreis	e310.8	Mutter ist sehr bestimmend und mischt sich in vielen Bereichen seines Lebens ein. Sie gewähren zu lassen fällt meist leichter als sich durch zu setzen.
	<i>Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-Mitglieder</i>	e325+8	Kann sich mit Mitbewohner im Haus unterhalten, etwas lernen und sich beschäftigen. Gehörlose Mitbewohner, Gebärdensprachbenutzer
	<i>Bekannte, Seinesgleichen (Peers) Nachbarn, Kollegen und Gemeinschafts-Mitglieder</i>	e325.8	Gehörlose Mitbewohner, Gebärdensprachbenutzer
	Autoritätspersonen	e330.8	Autoritätspersonen sind durch negative Erfahrungen schlecht besetzt. Es gibt aber auch gute Beziehungen zu Vorgesetzten in der Arbeit.
	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen	e340+8	Vollbetreutes Wohnen. Hilfe in Strukturierung der Aufgaben im Haushalt und der Einteilung sowie Organisation von Terminen. Hilfe bei der Hausarbeit. Hilfe bei der Medikamentenverwaltung. Beziehungsangebot und emotionale Unterstützung. Begleitung, Beratung, Förderung und Assistenz.
	Fachleute der Gesundheitsberufe	e355+8	Ärzte: Niedergelassener Psychiater, Hausarzt Gesprächstherapeut

Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	e410.8	Mutter behandelt ihn nicht wie einen Erwachsenen. (siehe e310.8)
Gesellschaft, Normen, Konventionen und Weltanschauungen	e465.8	Empfindet die Gesellschaftlichen Normen als unangenehm und misstraut den Systemen (politischen, wirtschaftlichen, usw.) Revoluzzertum.
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnwesens	e5258+8	Wohnung, Teile der Instandhaltung und Verwaltung werden durch den Trägerverein über die Finanzierung durch den FSW zur Verfügung gestellt.
Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung	e5750+8	siehe e340+8
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens	e580+8	Ärzte und Therapien (wie e355+8) Betreuung im Wohnbereich (Siehe e340+8).

Kurzanalyse:

Das Fallbeispiel E unterscheidet sich insofern von den vorhergehenden, dass bereits aus den Erkrankungen nach ICD erkennbar ist, dass es sich hier um eine Person handelt, die in frühen Lebensjahren durch die Folgen einer psychischen Erkrankung in einer Behinderteneinrichtung untergebracht worden ist. Erwartungsgemäß ergeben sich weniger Items im elementaren Lernen, dafür vermehrt Items in der sinnlichen und inhaltlichen Wahrnehmung, der Kommunikation sowie der Konzentration. (110, 115, 160, 329) Weitere Items zeigen, dass die Person isoliert und unsicher ist (3504, 5108, 7200). Hinzu kommt, dass eine Drogenproblematik und ein Leistungsproblem im achten auf die eigene Gesundheit bestehen. Aus den Kontextfaktoren kann gedeutet werden, dass ein Zusammenhang zwischen funktionaler Gesundheit und der Mutter, sowie zu andere Autoritätspersonen hergestellt werden kann. (Item 115, e310) Die Peers im Haus spielen kaum eine Rolle, und werden eher als Förderfaktor bewertet. (e325)

5.3 Reflexion zur Machbarkeit der Datenerhebung

Die Erhebung der ICF Daten ohne Einbezug der betreffenden Personen selbst erfordert gute Kenntnisse der Alltagssituation der Personen. Der vollbetreute Wohnbereich einer professionellen Institution scheint ein sehr guter Rahmen für eine solche Datenerhebung zu sein. Wöchentliche Besprechungen, Fallsupervisionen und die Betreuung der Klientel über einen längeren Zeitraum von mindestens ein-, bis hin zu mehreren Jahren machte die Erhebung gut möglich. Gerade in den Items der Partizipation ist es unabdingbar die Personen und deren Tagesablauf gut zu kennen.

Die Erhebung war ein langer Prozess. Einerseits ein Prozess der systematisierten Abarbeitung der Items mit Hilfe der Erklärungen der WHO, in welchem die Fälle in der beobachteten momentanen Leistung in den jeweiligen Items mit der Norm verglichen und kodiert wurden. Diese Norm ist eine, für die Beurteiler implizit vorhandene und im Konsens gefundenen Norm. Für das Niveau dieser Norm ergab sich der Konsens sehr leicht. Anders gesagt: Er ergab sich kein Diskonsens über eine Normabweichung. Es geschah, zudem aber unweigerlich ein zweiter, unsystematisierter Arbeitsschritt der Einarbeitung bekannter Problematiken der untersuchten Personen in den Itemkatalog. Dabei musste festgestellt werden, dass Probleme die in der Betreuungsarbeit mit den Menschen teilweise vordergründig waren, nicht im vorliegenden Set der Items kodierbar waren. Dies wurde allerdings nicht als problematisch gesehen, da für die Sportpädagogik das Kapitel 6 der ICF Vollversion in Aktivität und Partizipation („Häusliches Leben“) bewusst nicht ins Core Set übernommen wurde.

Es war auch auffällig, dass es erheblicher Anstrengung bedarf, über einen längeren Zeitraum, im Prozess der Kodierung, im Modell der ICF zu denken und nicht gedanklich von der Ebene der Aktivitätsleistung in die Ebene der Körperfunktion zu springen. Das Ergebnis wurde durch die aus der Betreuungsinstitution Beteiligten als sehr passend und gut beschreibend wahrgenommen. Das ICF System wurde als eine Bereicherung für die Sicht auf die betreuten Personen erlebt.

5.4 Analyse der Daten

Bei den vorliegenden Fallbeispielen handelt es sich klarerweise um keine repräsentative Gruppe für jedwede Gesamtheit. Die Daten beschreiben die funktionale Gesundheit und deren Normabweichen von Individuen. Die Daten haben zudem keine hohe Reliabilität wie in einem standardisierten Test. Abgesehen davon ist die Größe der Stichprobe dieser Falluntersuchung für keinerlei Empirie ausreichend. Die Analyse beschäftigt sich mit der Frage nach Bildern der Gruppe und der Individuen und deren Output für die Sportpädagogik in Planung und Umsetzung von Angeboten. Überprüfung der Machbarkeit, sowie theoretische Überlegungen zur Verwendung der ICF Daten zur Gruppierung sind von Interesse. Vor allem in Hinblick auf Zusammenhänge der Fälle, und individueller Förderung innerhalb einer Gruppe

sind praktische Folgerungen interessant. Für die Anschaulichkeit werden die Daten im nächsten Strukturierungspunkt in Zahlen, Diagrammen und Rangfolgen dargestellt werden, um einen strukturierten Blick auf die sehr umfangreichen Ergebnisse der Datenerhebung zu erhalten. Die Analyse von Möglichkeiten für Interventionen mit der Gruppe, sowie mit den Individuen ist durch das Wissen aus den ICF Daten besonders begünstigt da gleiche Items, und somit gleiche Problemfelder, aber individuelle Profile mit Kontextfaktoren zur Verfügung stehen. Die Herangehensweise über die Gruppe, in welcher die persönlichen Profile mitgedacht werden, scheint sinnvoll zu sein. Baldus et. al. (2012) schreiben zu Interventionen, Individualität und Gruppe, dass Gruppensettings trotz Individualisierung ein guter Weg der Förderung sind. (Baldus et. al., 2012, S. 85) führen aus: „Durch die didaktisch- methodisch strukturierte Differenzierung des Bewegungsprogramms ist die individualisierte Zugangsweise auf eine Person innerhalb des Gruppenverfahrens möglich.“ Daraus kann interpretiert werden, dass es sinnvoll wäre, zuerst ein geeignetes Gruppensetting für alle Fallbeispiele zu finden, und die Daten der einzelnen Personen dann zusätzlich für individuelle Förderung zu nutzen. Um ein Interventionssetting für die Gruppe zu erarbeiten, sind die Schwerpunkte der Leistungsmerkmale in Aktivität und Partizipation als Scores in Diagrammen der Abbildungen 6 und 7 dargestellt. Dies generiert eine Grundlage für weitere Entscheidungen. So ist ersichtlich, in welchen Bereichen der Daten Überschneidungen aufgetreten sind, und in welchen Bereichen nur einzelne Fälle besonderer Leistungsprobleme sichtbar wurden. Die einzelnen Items werden nach der quantitativen Erhebung auch weiter auf ihre inhaltliche Relevanz für die Bewegungsinterventionen beleuchtet. In den folgenden Darstellungen wird gezeigt werden, welche Normabweichungen in den fünf Fallbeispielen häufig kodiert wurden.

5.4.1 Gruppenergebnisse in den Leistungen der Aktivität

Die Items der Aktivität sind in Form eines Säulendiagramms (Abb. 6) vollständig und numerisch nach dem erarbeiteten Itemset fortlaufend auf der x Achse abgebildet. Die Items sind in beiden Abbildungen (6 und 7) mit i, für Item, gekennzeichnet. Der Score auf der y Achse ergibt sich durch die Häufigkeit der Items in allen fünf Fallbeispielen, wobei 5 nicht der Maximalscore ist, da die Items ab der dritten Kodierungsebene thematisch in dem darüber liegenden Item des Kapitels zusammengefasst wurden.

Diese Vorgehensweise wurde deshalb gewählt, da es sich um eine Veranschaulichung von Schwerpunkten handelt, welche in der ICF bereits mit sehr vielen Items in übergeordneten Kapiteln vorstrukturiert ist.

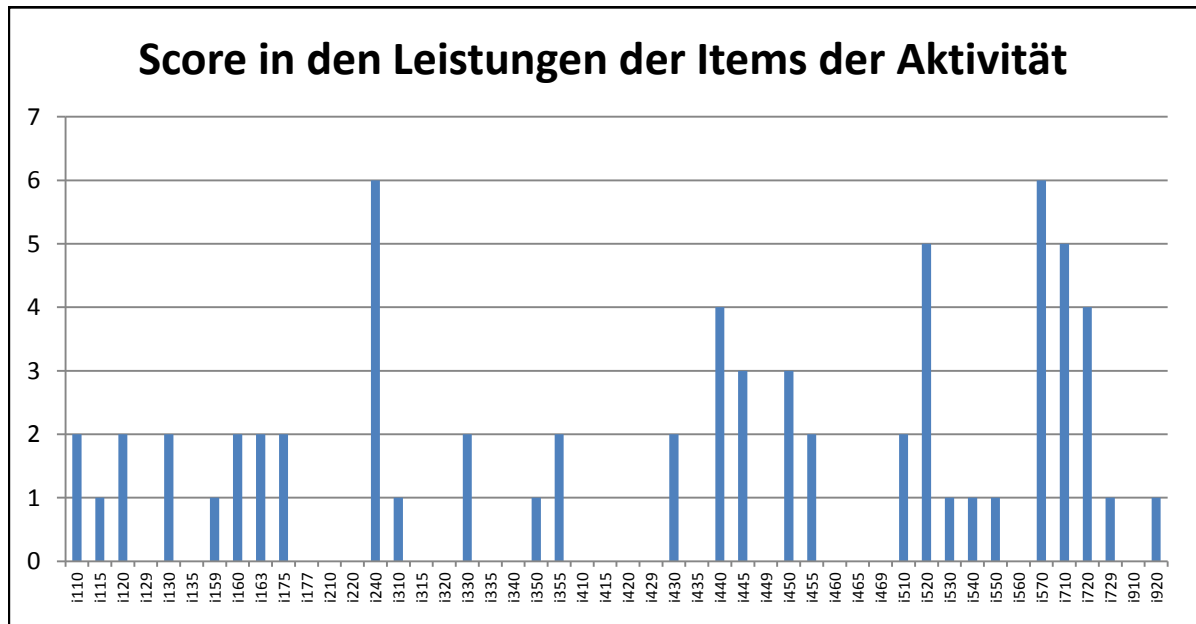


Abbildung 6: Score in Aktivität

Durch die Zusammenfügung der Items ergibt sich in den Leistungen der Aktivität folgendes, in Tabellenform dargestelltes, Ranking der Items:

Tabelle 8: Ranking der Aktivitätsitems

Rang	Item	Name	Erklärung (WHO, 2005, S. 97- 122)
1	a240.8_	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	„Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen durchzuführen, um die psychischen Anforderungen, die erforderlich sind, um Aufgaben, die besondere Verantwortung beinhalten sowie mit Stress, Störungen und Krisensituationen verbunden sind, zu handhaben und zu kontrollieren, wie ein Fahrzeug bei dichtem Verkehr fahren oder viele Kinder betreuen“
	a570.8_	Auf seine Gesundheit achten	„Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrecht erhalten, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex praktizieren einschließlich Kondome benutzen, für Impfschutz und regelmäßige ärztliche Untersuchungen sorgen“
2	a520.8_	Seine Körperteile pflegen	„Sich um seine Körperteile wie Haut, Gesicht, Zähne, Kopfhaut, Nägel und Genitalien über das Waschen und Abtrocknen hinaus zu kümmern“

	a710.8_	Elementare interpersonelle Aktivitäten	„Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren“
3	a440.8_	Feinmotorischer Handgebrauch	„Koordinierte Handlungen mit dem Ziel auszuführen, Gegenstände mit der Hand, den Fingern und dem Daumen aufzunehmen, zu handhaben und loszulassen, wie es für das Aufnehmen von Münzen von einem Tisch, für das Drehen einer Wählscheibe oder eines Knaufes erforderlich ist“
	a720.8_	Komplexe interpersonelle Interaktionen	„Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln“
4	a445.8_	Hand-Armgebrauch	„Koordinierte Handlungen auszuführen, die erforderlich sind, Gegenstände mit Händen und Armen zu bewegen oder zu handhaben, wie beim Drehen eines Türgriffs oder dem Werfen oder Fangen eines Gegenstands“
	a450.8_	Gehen	„Sich zu Fuß auf einer Oberfläche Schritt für Schritt so fortzubewegen, dass stets wenigstens ein Fuß den Boden berührt, wie beim Spazieren, Schlendern, Vorwärts-, Rückwärts- oder seitwärts gehen. „

Stress und psychische Anforderungen (a240.8_) stellen sich als ein Hauptthema der Leistungsprobleme in der Aktivität des täglichen Lebens dar. Dabei ist Stress bei drei von fünf Fällen mit zwischenmenschlichen Konflikten, und damit auch indirekt mit anderen Items, assoziiert. (vgl. narrative Beschreibung in den Datensätzen) Das spezielle Problem mit Gruppen im Fallbeispiel B soll in der individuellen Förderung Platz finden. Das ex aequo auf Platz eins stehende Item a570.8_ (achten auf die Gesundheit) bezieht sich dreimal auf die Ernährung und zweimal auf einen gesunden Umgang mit dem Bewegungsapparat, im Sinne der Haltung und Belastung. Bei der Ernährung kann aus den Daten geschlossen werden, dass es sich nicht um ein Verständnisproblem handelt. Das Verhalten scheint krankheitsfördernd.

Zurückkommend auf die Frage der Relevanz der jeweiligen Items und Bereiche fällt folgendes erwähnenswert auf: Es ist zu beachten, dass sich der score im zweitgereihten Item a520.8_ (Seine Körperteile pflegen) dadurch ergibt, dass hier die Leistungsprobleme im Schneiden der Zehen- und Fingernägel mit einfließen. Dies ist für die Teilnahme an Bewegungsinterventionen weniger relevant und sollte in der

Planung eher mit den motorischen und feinmotorischen Defiziten summiert werden. Im Item der interpersonellen Aktivitäten (a710.8_), welches ebenfalls Platz zwei belegt, finden sich Themen der Kritik an der eigenen Person, der Toleranz und des Zeichensetzens in Beziehungen. Damit verbunden sind Nähe und Abstand, Frustration, und Kooperation. Dies lässt einen vielversprechenden Ausblick auf den Zusammenhang mit Bewegungsinterventionen in der Gruppe zu. Würden die Items der komplexen interpersonellen Aktivität (a720.8_) gemeinsam mit a710.8_ kategorisiert werden, würden diese mit Abstand den ersten Platz (Score von 9) im Ranking einnehmen. Die Leistungsprobleme der Fallbeispiele sind in diesem Bereich größtenteils ähnlicher Natur. Es geht neben speziellen Interaktionsfertigkeiten wie das Aufnehmen und Beenden von Beziehungen um das Regulieren des Verhaltens, und das Halten von Abstand. Die letzten drei Ränge bilden Items des Kapitels Mobilität. Es handelt sich um Fähigkeiten und Fertigkeiten auf motorischer Ebene. Vor allem in der Feinmotorik und dem Gebrauch der Arme und Hände weist diese Gruppe Leistungsprobleme auf. Durch die Erfassung dieser Schwerpunkte werden stimmige Gruppeninterventionen im nachfolgenden Kapitel veranschaulicht, bevor später Möglichkeiten der individuellen Förderung, und der Nutzen der Kontextfaktoren der einzelnen Personen für die Förderung dargestellt werden.

5.4.2 Gruppenergebnisse in den Leistungen der Partizipation

Analog zur Aktivität finden sich hier (Abbildung 7) auf der y Achse die Scores der Partizipationsitems. Sie ergeben sich durch Häufigkeit in den fünf Fallbeispielen.

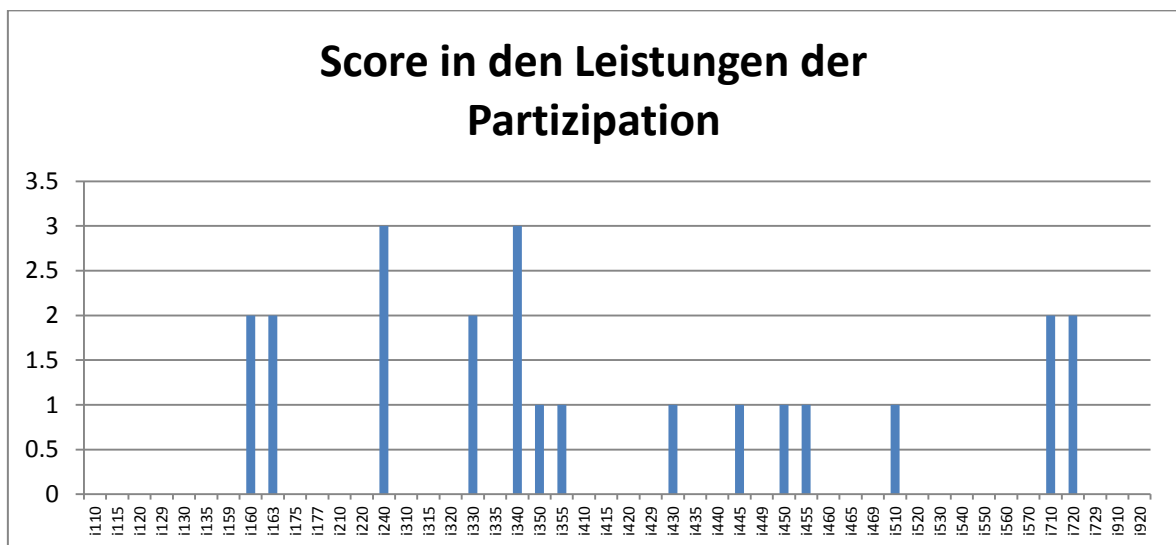


Abbildung 7: Score in Partizipation

Daraus ergibt sich folgende Rangliste:

Tabelle 9: Ranking der Partizipationsitems

Rang	Item	Name	Erklärung (WHO, 2005, S. 97- 122)
1	p240.8_	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	„Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen durchzuführen, um die psychischen Anforderungen, die erforderlich sind, um Aufgaben, die besondere Verantwortung beinhalten sowie mit Stress, Störungen und Krisensituationen verbunden sind, zu handhaben und zu kontrollieren, wie ein Fahrzeug bei dichtem Verkehr fahren oder viele Kinder betreuen“
	p340.8_	Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken	„Mitteilungen mit wörtlicher und übertragener Bedeutung in Gebärdensprache zu vermitteln“
2	p160.8_	Aufmerksamkeit fokussieren	„Sich absichtsvoll auf einen bestimmten Reiz zu konzentrieren, wie ablenkende Geräusche filtern
	p163.8_	Denken	Ideen, Konzepte und Vorstellungen - seien sie zielgerichtet oder nicht - zu formulieren und zu handhaben, allein oder mit anderen, wie eine Fiktion entwickeln, ein Theorem beweisen, mit Ideen spielen, Brainstorming betreiben, meditieren, Vor- und Nachteile abwägen, Vermutungen anstellen, überlegen“
	p330.8_	Sprechen	„Wörter, Wendungen oder längere Passagen in mündlichen Mitteilungen mit wörtlicher und übertragener Bedeutung zu äußern, wie in gesprochener Sprache eine Tatsache ausdrücken oder eine Geschichte erzählen“
	p710.8_	Elementare interpersonelle Aktivität	„Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren“
	p720.8_	Komplexe interpersonelle Aktivität	„Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln“
3	Alle anderen		

Es ist festzuhalten, dass Stress auch hier den ersten Platz der Leistungsprobleme belegt (p240.8_). Die Partizipationsprobleme im zweitgereihten Item (p340.8_ „Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken“) ergeben sich durch die in den Kontextfaktoren ersichtlichen Umweltbedingungen des Zusammenlebens mit zwei

gehörlosen Menschen. Dies ist für die Fallbeispiele individuell wichtig und in einem Setting, in welchem die gehörlosen Personen beteiligt wären, sicher von Relevanz für die Planung und Durchführung. Für die Auswahl eines Settings für diese Fallbeispielgruppe ist dies allerdings nicht von Interesse, außer dass durch die Probleme gezeigt werden kann, dass die Bereitschaft zur Kommunikation in einem hohen Maß besteht.

Durch die Items p160.8_, p163.8_ und p330.8_ ist erkennbar, dass sich in der Gruppe vor allem Normabweichungen in Aufmerksamkeit, Denken und Sprache auf die Teilhabe auswirken. Die Normabweichungen der Teilhabe in den beiden Items des siebenten Kapitels ergeben sich analog zu den Leistungsproblemen in der Aktivität.

6. Interventionsebene

Die aus den Fallbeispielen hausgefilterten Problembereiche, welche für eine Auswahl an Bewegungsinterventionen herangezogen werden sollen, sind in Kategorien des ICF Modells vorliegend. Diese werden nun sowohl in den Gruppenergebnissen, also auch in individuellen Problembereichen mit den Förderfaktoren (vgl. 4) verglichen.

Eine didaktisch- methodisch strukturierte Differenzierung des Bewegungsprogramms ist der Schlüssel zur Förderung der Individuen innerhalb der Gruppe (vgl. Baldus et. al., 2012). Folglich sollten Inhalte der Interventionen nach den Beschreibungen in der Datenerhebung methodisch getrennt werden. Dies ist durch die narrative Beschreibung der Normabweichungen in der tabellarischen Dokumentation der Fallbeispiele möglich. Zuerst wird nach passenden Interventionen für die Gruppe gesucht. Danach werden die Daten der einzelnen Fälle, inklusive der Kontextfaktoren, für die zusätzliche Betrachtung nützlicher Informationen für die individuellen Interventionen herangezogen.

6.1 Gruppenintervention

Auf Grund der vorliegenden Daten wird ein passendes Angebot zur Förderung der gesamten Gruppe erstellt, indem den Items entsprechende Themen und Förderbereiche aus den vorhergegangenen Kapiteln zugeordnet werden. In Rangfolge der Items werden die Entsprechungen hierarchisch abgearbeitet, wobei sich Inhalte

natürlich auch für mehrere Items als fördernd erweisen können. Die groben Förderbereiche aus Kapitel 4 werden nun den Daten der Normabweichungen zugeordnet. Dies geschieht für Aktivität und Partizipation getrennt.

Beginnend mit der Aktivität sind die Items samt Itembeschreibung, sowie die dazu passende Entsprechung mit Literaturquellen abgebildet (Tabelle 10). Diese Entsprechungen werden als Interventionsmöglichkeiten und Mittel benannt.

Tabelle 10: Zuordnung der Aktivitätsitems zu entsprechenden Förderungen

Item	Name/ Beschreibung [kurz]	Entsprechung	Interventionsmöglichkeit, Mittel
a240.8_	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	• Stressabbau Braumann (2006) • Selbstvertrauen und Selbstsicherheit Deiml (1993) Mattivi (1994) Waibl.et. al. (2009)	• Sport Allgemein • Ausschüttung von Endorphinen und Serotonin • Aktivität allgemein
a570.8_	Auf seine Gesundheit achten	• Selbstwahrnehmung-Verbesserung Anneken (2009)	• Sport Allgemein
a710.8_ a720.8_	Elementare und komplexe interpersonelle Aktivitäten	• Förderung der sozialen Kompetenzen • Interaktion und Kommunikation Deiml (1993) Reuter (2009) Mattivi (1994)	• Erlebnisaspekt • Gesundheitsförderung • Gymnastik, Sport und Sportspiele, Psychomotorik ----- • Kooperationsspiele und -aufgaben
a440.8_	Feinmotorischer Handgebrauch	• Koordination Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele
a445.8_	Hand- Armgebrauch	• Kräftigung • Beweglichkeit • Mobilisation	• Übungen und Spiele
a450.8_	Gehen	• Kraft • Ausdauer	• Entsprechende Belastung

Es ist erkennbar, dass die Interventionen als sehr grob und unspezifisch aus den Überlegungen der Förderung herausgehen. Sich entsprechende Bereiche konnten teilweise gefunden werden. Allerdings sind die narrativen Teile der jeweiligen Fälle in ihrer Kodierung des jeweiligen Items unterschiedlich. Es muss also nicht immer genau das Selbe Problem vorliegen wenn in einem Item eine Normabweichung

kodiert ist. Grundsätzlich scheint die ICF für die Planung von Gruppeninterventionen brauchbare Anhaltspunkte zu geben. Vor allem in den erstgereihten Items ergeben sich enge Zusammenhänge:

a240.8_	Stress	• Stressabbau	Braumann (2006)
a570.8_	Auf seine Gesundheit achten	• Selbstwahrnehmung- Verbesserung	Anneken (2009)

Ein spezieller Mehrwert für ein Gruppensetting kann noch nicht erkannt werden. Die fördernden Inhalte sind durch die Art der hermeneutischen Erhebung sehr grob gefasst. Die Sportwissenschaft stellt für die Themenfelder eine große Zahl an möglichen praktischen Inhalten bereit, welche im konkreten Fall der jeweiligen Übungsverantwortlichen Person obliegen kann.

Durch die Rangliste scheint das Element des Ausdauertrainings in den Bewegungsinterventionen vorrangig zu sein. (a240.8_, a450.8_) Die nächstgereihten Items (a570.8_, a710.8_, a720.8_) verlangen nach kommunikativen erlebnispädagogischen Inhalten. Dies denkt sich auch am besten mit dem größten Problembereich der in der Datenanalyse herausgearbeitet wurde. Diesen stellt die interpersonelle Kommunikation dar. Auf Seite der Motorik soll in dieser Gruppe auch Feinmotorik, und generell die Kraft und Beweglichkeit der Hände und Armen angesprochen werden (a.445.8_). Dazu kommen Überlegungen aus Ergebnissen der Partizipation bevor weitere konkretere Aussagen getroffen werden sollten.

Tabelle 11: Zuordnung der Partizipationsitems zu entsprechenden Förderungen

Item	Beschreibung [kurz]	Entsprechung	Interventionsmöglichkeit
p240.8_	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	w.o.	w.o.
p340.8_	Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken	/	/
p160.8_	Aufmerksamkeit fokussieren	Förderung der Konzentrationsfähigkeit Anneken (2009)	• Körperliche Aktivität • Konzentrationsübungen
p163.8_	Denken	Sensomotorische Intelligenzförderung Piaget (n. Mattivi, 1994)	• "Transfererwartung" im motorischen Lernen • Erlebnisaspekt • Körperwahrnehmung

p330.8_	Sprechen	/	Sport und Bewegung als Raum der nonverbalen Begegnung. Wolf (1982)
p710.8_ p720.8_	Elementare und komplexe interpersonelle Aktivität	w.o.	w.o.

In den Partizipationsleistungen der Gruppe sind die beiden großen Items p240.8_ (Stress) und die Interpersonelle Aktivität (p.7x0.8_) ebenfalls enthalten. Diese sind in den Entsprechungen der Aktivität bereits vorhanden, und werden daher nicht weiter behandelt. Das Item p340.8_ (Gebärdensprache) zeigt wieder die Bereitschaft zur Kommunikation. Dies ist für die Bewegungsinterventionen in dieser speziellen Gruppe nicht weiter von Bedeutung, da keine Gebärdensprachbenutzer(innen) teilnehmen. Positiv zu sehen ist, dass ein Kommunikationsbedürfnis im Sport stärker als im Alltag über die nonverbale Kommunikation er- und ausgelebt werden kann. Dies deckt sich auch besonders mit dem Item p330.8_ (Leistungsprobleme-Sprechen). Kommunikation nimmt bei einer Betrachtung der gesamten kodierte Informationen einen zentralen Stellenwert ein. Wenn durch der Interventionen zur Kommunikation auch das aufmerksame erkennen von Signalen mitgedacht ist, kann auch die Entsprechung des dritte Items (p.160.8_ Aufmerksamkeit fokussieren), die Förderung der Konzentrationsfähigkeit, gut gemeinsam gefördert werden. Die Bereiche überlappen sich. Förderungen die die Partizipationsprobleme durch Leistungsdefizite im Denken (Item 163.8_) ansprechen, sind hier einer der komplexesten Interventionsbausteine. Mattivi (1994) schlägt ganz allgemein sensomotorisches Training, mit einem erwarteten Transfer auf die Intelligenz, und damit auf andere lebenspraktische Bereiche vor. Dem Lernen neuer Bewegungen und dem Entwurf, der bereits mehrmals erwähnten, eigenen Handlungspläne gilt wieder einmal hohe Berücksichtigung.

Durch die Analyse und den Vergleich kann folgendes geschlossen werden: Für die Gruppe wäre ein Setting mit viel ausdauernder Bewegung, und Kommunikation vorrangig. Die Kommunikation sollte verbal und nonverbal geschehen. Handlungspläne sollten selbst erstellt werden, und wenn nötig Unterstützung bereit gestellt werden. Gegenseitige Unterstützung soll möglich und konzeptionell

mitgedacht sein. Die Hände und Arme sollten fein- und grobmotorisch benutzt werden. Körper- und damit Selbstwahrnehmung sollen angeregt werden.

Beispiel für einen konkreten Vorschlag: Erlebnisparkours

Inhaltlich könnte dies so aussehen:

- Kennenlernen und warm werden
 - sensomotorische Leistungen: Bewegen auf verschiedenen Untergründen, Bewegen von Bällen, Hin- und her spielen mit Bällen, Zuordnen von Farben und Formen mit viel motorischem Einsatz,
 - Diverse feinmotorische Leistungen
 - Alle Tätigkeiten sollten immer wieder auf verschiedene Weise kommuniziert werden müssen, damit es weiter gehen kann (verbal, nonverbal) z.B. einen Farbe gibt die andere vor, eine Form die nächste Richtung. Nonverbale Zeichen für Unterstützung sollen vorhanden sein.
 - Dinge aus verschiedenen Gegenständen aufbauen, verwenden und weitergeben. Kooperativ (etwa Aufgaben die drei Hände benötigen)
 - Ständiger und schneller, aber in tempo individuell regulierbarer, Wechsel zwischen den räumlich auseinanderliegenden Stationen.
- Nachfolgende nieder schwellige Entspannungs- und Wahrnehmungsübungen

Es würde viele Möglichkeiten der konkreten Umsetzung zu den Entsprechungen geben. Das erzeugen und anpassen praktischer Stundenbilder sei den jeweiligen Praktiker(inne)n in ihren Stunden überlassen. Grundsätzlich sind aber noch Rahmenbedingungen für die Praxis relevant, bevor sich der Frage nach der Zielgruppeneinteilung, den individuellen Förderbereichen und weiteren Erkenntnissen aus der Datenanalyse gewidmet wird.

6.1.1 Zu beachtende Aspekte in der Durchführung

In der Praxis gibt es neben der inhaltlichen Ebene der Interventionen wichtige spezifische, sowie allgemeine didaktische Grundlagen, die zu beachten sind. Es ergeben sich spezielle Aspekte für die Planung und Durchführung mit Menschen mit Behinderung welche erwähnt werden müssen (vgl. Kapustin, 2002; Rieder, 2002; Strauch, 2009; Vermeer, 1990; Vom Bruch, 2011). Folgende wichtige Aspekt werden als zentral hervorgehoben:

- eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit
- herabgesetzte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit

- mangelnde Abstraktionsfähigkeit
- sprachlich kurz und konkret ausdrücken
- Handlungspläne selbst entwickeln lassen
- Überforderung vermeiden
- Vermittlung sozialer Anerkennung
- Gesteigerte körperliche Zuwendung
- Barrieren substituieren

Zudem sind grundlegende didaktische Grundsätze in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung für die Planung der Übungseinheit, wie in allen Übungseinheiten, zu berücksichtigen (nach Mattivi, 1994).

- Optimale Bewegungszeit: Zeit für ausreichende Übungshäufigkeit und Wiederholungsmöglichkeit
- Dosierung der physischen und psychosozialen Belastung und Beanspruchung:
- Individuell berücksichtigen. Sportärztliche Untersuchung sind wichtig.
- Thematischer Schwerpunkt: Behindertenspezifisch, jahreszeitlich, räumlich,...
- Aktionsschwerpunkt: Lernen, Üben, Anwenden, Pausen und Austausch so verteilen, dass sich ein abwechslungsreiches, motivierendes und freudvolles Setting ergibt.
- Ökonomie und Effektivität: (siehe Punkt 1)
- Zielstrebigkeit
- Vielseitigkeit: (siehe Punkt 4)
- Situationsgemäßheit: (siehe Punkt 3)

6.2 Frage nach den Zielgruppen

Neben den Interventionen, die durch die ICF-Daten für die Gruppe erstellt werden können, stellt sich auch die Frage, ob die kodierten Items der einzelnen Klient(inn)en eine Zuordnung zu Zielgruppen erlauben. In der Gesundheitsförderung orientiert man sich grundlegend an Personen mit Bewegungsmangel und Personen mit speziellen Risiken (vgl. Brehm 2006). Durch Erkrankungen kann es Ausschlusskriterien zu gewissen Inhalten geben. Eine genauere Zielgruppenbestimmung nach Modell der ICF würde sich nicht an Erkrankungen

sondern an der funktionalen Gesundheit orientieren, ist aber wesentlich schwieriger zu bewerkstelligen. Wenn in einer Institution bestimmte Angebote zur Verfügung stehen, könnte angenommen werden, dass diese sich nach außen gezielt an eine bestimmte Gruppe von Personen mit bestimmten Leistungsdefiziten wenden, von welchen bekannt ist, dass sie sich deren Leistungsdefizite durch Angebote und entsprechende Förderung verringern lassen. An Hand der Fallbeispiele wären etwa die mehrmals vorkommenden Leistungsdefizite im Bereich der Feinmotorik (vgl. Tabelle 10) mit einem entsprechenden Training oder Spiel in einer Bewegungsintervention förderungswürdig.

Wenn die gesamten vorliegenden Daten der einzelnen Fälle betrachtet werden wird klar, dass die Frage der Möglichkeit der Zuteilung nicht generell, also für alle Kapitel der ICF gleichermaßen, beantwortet werden kann. Es scheint im vierten Kapitel, dem Kapitel der Mobilität, so zu sein, dass sich Fälle sehr gut in Zielgruppen zuteilen lassen. In anderen Items sind die Zusammenhänge zwischen Leistungsdefizit, Erkrankung und Kontextfaktoren allerdings, trotz gleichem ICF- Kodes, so unterschiedlich, dass sich nicht sagen lässt, ob in einer Intervention die für eine Gruppe erstellt würde die richtige Förderung für alle beinhaltet ist. Bei näherer Betrachtung ist diese Intervention vielleicht sogar kontraindiziert.

Ein solcher spezieller Fall kann etwa durch die Daten in Fallbeispiel B und D in Kapitel sieben der ICF (Allgemeinen interpersonellen Interaktion) angenommen werden. Beide Personen haben Probleme mit Gruppen und haben zu dem ein Leistungsdefizit in der interpersonellen Interaktion. Fallbeispiel B zeigt einen Mann mit Intelligenzminderung der verbal übergriffig ist (vgl. Datendokumentation a7202.8_), Probleme hat sich an Regeln in Beziehungen zu halten (a7103.8_), alles auf der Beziehungsebene bearbeiten will und Probleme hat Beziehungen zu beenden (a7201.8_). Fallbeispiel D stellt einen Mann mit gleichem Leistungsdefizit laut Item dar dem es schwer fällt Beziehungen einzugehen. Es fällt ihm sogar schwer zu zuhören, wenn er sich in der Beziehung nicht sicher fühlt (a115.8_). Sieht man sich nun die Kontextfaktoren an ist festzustellen, dass Fallbeispiel A eine Person darstellt, welche vom Vater verlassen und durch den Tod der Mutter traumatisiert wurde. Er sucht Nähe zu Betreuungspersonen und agiert dort viel über die Beziehungsebene aus. Bei Fall D handelt es sich um einen jüngeren Menschen der von der Mutter

dominiert und überbehütet wird, sehr zurückgezogen lebt und ein Problem mit Autoritätspersonen hat. Es handelt sich um komplexe psychische Bedingungen, und es ist nicht an der Sportwissenschaft über therapeutische oder psychodynamische Interventionen zu urteilen. Es ist anzunehmen, dass es selbst für Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater schwer ist zu beurteilen, ob sich die beiden in einem sportlichen Gruppensetting sinnvollerweise gemeinsam in Bezug auf dieses ICF Item fördern lassen. Es wird klar, dass sich durch die ICF Daten, als ein Quasi-Assessment für die Zuteilung zu Bewegungsinterventionen, erhebliche Probleme auftun. Die Unterschiede bei vermeintlich gleichem Item (in der zweiten Kodierungsebene) können beträchtlich sein. Die Items haben eine hohe Komplexität, und die Probleme die zur Kodierungen führen sind in Entstehung und Wirkung auf das alltägliche Leben weit gefächert. Es kann argumentiert werden, dass für die Differenzierung in solchen Fällen zusätzlich die Kontextfaktoren zur Verfügung stehen. Die Betrachtung dieser allein hilft aber kaum für eine Zielgruppenbestimmung. Betrachtungen und Verknüpfungen der Aktivität und Partizipation mit den Kontextfaktoren für die Planung von Bewegungsinterventionen ist ein großer Aufwand. Dies steht also keinem guten Verhältnis von Aufwand und Nutzen, und wird daher einem Instrumentativ der Hilfe für die Zuteilung nicht gerecht. Für eine Aufteilung nach Kapiteln der ICF gibt es keine Deckung mit den Förderinhalten. Solche Zielgruppen könnten zwar benannt werden, die Interventionen können sich allerdings nicht auf die Kapitel alleine beziehen, und sind in einem breiteren Blick auf die Bedürfnisse der Personen besser planbar. Wahrscheinlich ist, dass sich für Zielgruppen in Sport und Bewegungsinterventionen die Komponenten der Körperfunktionen und Strukturen wesentlich besser eignen.

Zudem wird in der Praxis, auch aufgrund der geringen Teilnehmer(innen)zahlen, auf gemeinsames Sporttreiben verschiedenster Personen mit geistiger Behinderung gesetzt. In der Rehabilitation wird, wie in Kapitel eins erwähnt, bereits mit dem ICF Modell gearbeitet. Dies geschieht aber zur individuellen Zielfindung, Patientenschulung und zum Empowerment der Patient(inn)en. Dort werden auch die Körperfunktionen und -strukturen durch Mediziner(innen) kodiert. Über Zielgruppeneinteilung ist nichts bekannt.

Für die Praxis kann geschlossen werden, dass die jeweils Anleitenden der Interventionen und Programme, auf Grund der Inhalte und Erfahrungen beurteilen müssen, ob und welche ICF Daten passend erscheinen. Dazu sei geraten, sich mit der ICF und den unterschiedlichen Kapitel genau zu befassen. Durch die Freiheiten in der Dokumentation ist es auch entscheidend von wo die ICF Daten kommen, also von wem und in welchem Kontext sie erstellt wurden.

6.3 Individuelle Förderung in der Gruppe

Die Förderung der einzelnen Personen in der Gruppe, gerade in der Zielgruppe der Menschen mit Behinderung, ist besonders wichtig (vgl. Baldus et. al., 2012; Deiml, 1993). Hier werden zusätzlich zur Gruppenintervention Möglichkeiten und Entsprechungen für die einzelnen Fallbeispiele dargestellt. Zudem werden die erhobenen Kontextfaktoren der Fälle in Bezug auf ihre Relevanz betrachtet. Änderungen der Intervention werden abgeleitet. Es werden Fallweise vordergründig Items ausgewählt.

Fallbeispiel A:

Aktivitäts- und Partizipationsthemen im Bereich der Kommunikation und des sozialen Kontakts zu anderen sind zentral. Die Person achtet sehr auf die Wünsche von Anderen und kann ihre Wünsche nicht kommunizieren. Zudem besteht auf Grund einer Erkrankung, ein Problem in der verbalen Kommunikation.

Mögliche speziell hervorgehobene Interventionsfelder wären die Förderung der sozialen Kompetenz, Interaktion und Kommunikation, Empowerment und Sport als ein Erlebnisfeld der nonverbalen Kommunikation.

Tabelle 12: Zuordnung Fallbeispiel A

Item		Kontext	Entsprechung	Interventions- möglichkeit
a9209.8_ Erholung und Freizeit n.n.b.	Kann an diversen Freizeitangeboten nicht teilnehmen weil andere Personen sie vereinnahmen und sie das Gefühl hat für andere da sein zu müssen	e320.8 Freunde: Freunde um die sie sich kümmern „muss“ und sich selbst deshalb vernachlässigt.	Förderung der sozialen Kompetenzen Interaktion und Kommunikation Deiml (1993) Reuter (2009) Mattivi (1994)	• Kooperationsspiele • Decision making • Having a choice • Risiken eingehen lassen • Verbesserung der funktionell- strukturellen Ebene

			Empowerment und Autonomie, Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeiten Polloway & Reid (2003) Deiml (1993) Anneken (2009) Brand (1998) Grawa (2004) Bruch (2011)	• Körpererfahrung • Ressourcen Aktivierung • Barrieren beseitigen
a330.8_ p330.8_ <i>Sprechen</i>	a: Probleme länger zu sprechen. Stimme versagt. p: Wird in der Arbeit nicht gut verstanden und kann Gespräche nicht zu ihrer Zufriedenheit führen. Probleme beim Singen und Gedichte vorlesen. z.B. zu Weihnachten. Fühlt sich behindert.	<i>Persönliche Kontextfaktoren:</i> <i>Chronische Laryngitis J37.0</i> <i>Asthma Bronchiale J45.0</i>	Sport und Bewegung als Raum der nonverbalen Begegnung. Wolf (1982)	• Kooperationsspiele

Fallbeispiel B:

Bei diesem Fallbeispiel zeigen sich Beziehungsebene und die Fähigkeiten in der Beziehungsgestaltung als ein großes Thema. Im Kontext der Familiengeschichte, und der, eventuell damit verbundenen, posttraumatischen Belastungsstörung ist es schwierig Vorschläge für Bewegungsinterventionen in diese Richtung zu machen. Wünschenswert wäre eine Verbesserung der Fähigkeit an Gruppenaktivitäten teil zu nehmen und die sozialen Fähigkeiten und das Wohlbefinden in Gruppen im Rahmen der Möglichkeiten zu verbessern.

Tabelle 13: Zuordnung Fallbeispiel B

Item		Kontext	Entsprechung	Interventionsmöglichkeit
a7103.8_ p7103.8_ <i>Kritik in Beziehungen</i>	a: Einhaltung von Regeln und Umgang mit Kritik ist schwer. Infantiler Umgang mit Regeln. Sinn ist nicht so relevant wie Beziehung. Aufnahme von Kritik gestört. Auch hier wird Inhaltliches auf die Beziehungsebene transferiert. p: Teilnahme an Beschäftigung schwierig und allgemeinen Unternehmungen mit Gruppencharakter schwer möglich	e310.8 <i>Engster Familienkreis</i> Vater bekannt aber nicht verfügbar. Hat ihn und Mutter im frühen Kindesalter verlassen. Mutter verstorben (Klient sagt ermordet)	Selbstvertrauen und Selbstsicherheit Deiml (1993) Mattivi (1994) Waibl et. al. (2009) Förderung der sozialen Kompetenzen Deiml (1993) Reuter (2009) Wohlbefinden Wegner et. al. (2008)	• Aktivität allgemein • Erlebnisaspekt • Gesundheitsförderung • Physische Aktivität

a7201.8_ p7201.8_ <i>Beziehungen beenden</i>	a: Verabschiedungen wird stark aus dem Weg gegangen. Diese Verursachen auch Unwohlsein. p: Beschäftigung: Probleme in der Abhandlung nötiger Schritte in der Beschäftigung (Beendigung) mit Folgeproblemen.	<i>Persönliche Kontextfaktoren:</i> <i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>		
a2402.8_ p2402.8_ <i>Mit Krisensituationen umgehen</i>	a: Krisen werden teilweise nicht entsprechend behandelt da die Verantwortung und Verursachung auf andere Personen projiziert wird. p: Teilnahme an Beschäftigung und allgemeinen Unternehmungen mit Gruppencharakter.			
a4400.8_ <i>Feinmotorischer Handgebrauche</i>	Kleine Gegenstände aufheben.	/	Koordination Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele

Fallbeispiel C:

Speziell bei diesem Fallbeispiel ist der Effekt der Wirkung von körperlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden hervorzuheben (vgl. Stoll, 2001). Aus den Diagnosen, welche am Anfang des Datensatzes mit einbezogen sind, ist ersichtlich, dass die Klientin an einer Angststörung leidet. Stoll (2001, S. 81), schreibt, dass er in seiner Untersuchung von verschiedenen Metaanalysen eine Studie von McDonald und Hodgdon (1991) fand, die Belege von „therapeutischen Effekten im Sinne einer Vermeidung von Angst und Depression (...)“ darlegen. Leider wird nur grob körperliche Aktivität und im Kontext Ausdauertraining als Intervention beschrieben. Passenderweise besagt die Studie auch, dass sich eine positive Veränderung des Selbstkonzepts eingestellt hat. Die Klientin hat zudem ein Problem mit Wut im Alltag. Es kann interpretiert werden, dass das Thema der Wut auch passend sein könnte, da ein Zusammenhang von Wut und Depression in der psychiatrischen Betrachtung besteht. Ebenfalls ist Ausdauertraining grundsätzlich zur Förderung von Entspannung geeignet.

Entspannung und Verbesserung der Wahrnehmung des eigenen Körpers wären wünschenswerte Inhalte eines Bewegungsprogramms.

Tabelle 14: Zuordnung Fallbeispiel C

Item		Kontext	Entsprechung	Interventions- möglichkeit
a240.8_ p240.8_ <i>Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen.</i>	a: Stress führt zu Wutausbrüchen die teilweise nicht kontrolliert werden können.	e465.8 <i>Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen</i>	Selbstvertrauen und Selbstsicherheit Deiml (1993), Mattivi (1994), Waibl et. al. (2009)	• Aktivität allgemein • Sport- Ausschüttung von Endorphinen und Serotonin
	p: Teilhabe in der Beschäftigung und anderen Gruppenaktivitäten. Stress und Krisen mit anderen lösen Wut aus, unterbrechen die geplanten Tätigkeiten und sind teilweise ohne Hilfe nicht zu bewältigen.	Unverständnis der Gesellschaft gegenüber auffälligem Verhalten und emotionalen Signalen.	Stressabbau Braumann (2006) Angstnehmend Stoll (2001)	
a5701.8_ <i>Ernährung und Fitness handhaben</i>	Isst kaum gesundes Essen. Isst sehr viele Süßigkeiten.	<i>Persönliche Kontextfaktoren:</i> Generalisierte Angststörung F41.1	Selbstkonzept-Verbesserung Anneken (2009)	• Aktivität allgemein • Erlebnisaspekt • Gesundheitsförderung • Sport und Sportspiele,
a7104.8_ <i>Soziale Zeichen in Beziehungen</i>	Zeichen der sexuellen Bereitschaft nicht absehbar zu setzen. Gibt sich kokett und kommt später oft in die Opferrolle.	Somatisierungsstörungen F45.0 Emotional instabile Persönlichkeit F60.3	Selbstwahrnehmung-Verbesserung Canales (2011) Förderung der sozialen Kompetenzen Deiml (1993) Reuter (2009)	
a5302.8_ <i>Die Belange der Menstruation regulieren</i>	Durch Hormoneinnahme ist die Menstruation unregelmäßig und immer wieder überraschend, was zu Unsicherheit/ Angst führt.		Interaktion und Kommunikation Mattivi (1994)	

Fallbeispiel D:

Das Fallbeispiel D zeichnet sich durch stärkeres Vorhandensein von motorischen Defiziten im Vergleich zu den anderen Fallbeispielen aus. Zudem ist auch hier der Bereich der Kommunikation und vor allem der des Sprechens zentral. Die Kommunikation ist in den Gruppeninterventionen verortet. Deshalb werden in der individuellen Sicht auf Fallbeispiel D vor allen die motorischen Defizite hervorgehoben. Auch das Selbstbild und das Empowerment sind Themen. Die beschriebene Frustration (vgl. Falldokumentation) soll nicht vergessen werden. Hier ist darauf zu achten, dass Inhalte ausgewählt werden die gelingen können, und Hilfe

durch Substituierung, sowie in der Erstellung von Handlungsplänen vorhanden ist. Regeln sollen genau eingehalten werden. Innerhalb der Regeln soll Selbstbestimmung eine sehr hohe Priorität haben.

Tabelle 15: Zuordnung Fallbeispiel D

Item		Kontext	Entsprechung	Interventions- möglichkeit
a4301.8_ <i>Mit Händen Tragen</i>	Balance ist ein Problem. Etwa beim Tragen von Tellern müssen beide Hände verwendet werden.	<i>Persönlicher Kontextfaktor</i> <i>Spastik</i>	Balance & Koordination Canales (2011) Anneken (2009)	• Übungen und Spiele
a4408.8_ <i>Feinmotorischer Handgebrauch a.b.</i>	Schuhe mit Masche zubinden geht nicht. Knöpfe am Hemd auf- und zumachen nur sehr langsam, oder gar nicht.			• Übungen und Spiele
a4455.8_ p4455.8_ <i>Fangen</i>	a: Ball fangen geht kaum bis gar nicht. p: Teilnahme an Ballspielen mit den Brüdern sehr eingeschränkt möglich.			• P: Andere Spiele anbieten und lernen die gelingen
a4554.8_ p4554.8_ <i>Schwimmen</i>	a: Kann nicht schwimmen. p: Würde gerne an einem Schwimmkurs teilnehmen. Problem ist dabei die Epilepsie.	<i>Persönlicher Kontextfaktor</i> <i>Epilepsie</i>	Spezialfall	• Schwimm-training mit extra Betreuung

Fallbeispiel E:

Die sinnlichen Wahrnehmungsstörungen, die wahrscheinlich mit der psychiatrischen Erkrankung einhergehen, sind nicht in der Interventionsplanung berücksichtigt. Das Wohlbefinden allgemein ist Thema. Körperhaltung sticht heraus (a4508.8_, a5700.8_). Ebenso der soziale Rückzug. Die Bevormundung bzw. die als unangemessen erlebte Behandlung durch die Mutter, sowie die Thematik mit Autoritätspersonen im Allgemeinen, sollen berücksichtigt werden. Inhalte werden vor allem der Förderung der Persönlichkeit zugeordnet.

Tabelle 16: Zuordnung Fallbeispiel E

Item		Kontext	Entsprechung	Interventions- möglichkeit
a7200.8_ <i>Beziehungen eingehen</i>	Beziehungen eingehen und auf Leute zugehen fällt schwer.	<i>Persönliche Kontextfaktoren: Paranoide Schizophrenie</i> e330.8 <i>Autoritätspersonen</i> <i>Autoritätspersonen sind durch negative Erfahrungen schlecht besetzt. Es gibt aber auch gute</i>	• Empowerment und Autonomie, Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeiten Polloway & Reid (2003) Deiml (1993) Anneken (2009) Brand (1998) Grawa (2004) Bruch (2011)	• Aktivität allgemein • Sport und Sportspiele
p3504.8_ <i>Eine Unterhaltung mit mehreren Personen führen</i>	Kommunikation in der Gruppe ist schwer. Interpretation nonverbaler Signale lenkt stark ab.	<i>Beziehungen zu Vorgesetzten in der Arbeit.</i> e310.8 <i>Engster Familienkreis</i> Mutter ist sehr bestimmend und mischt sich in vielen Bereichen seines Lebens ein. Sie gewähren zu lassen fällt meist leichter als sich durch zu setzen.	Selbstvertrauen und Selbstsicherheit Deiml (1993) Mattivi (1994) Waibl et. al. (2009) Interaktion und Kommunikation Mattivi (1994) Vergrößerung des sozialen Netzwerks Deiml (1993) Wohlbefinden Wegner et. al. (2008)	• Sport allgemein • Physische Aktivität • Decision making • Having a choice • Risiken eingehen lassen • Verbesserung der funktionell- strukturellen Ebene • Körpererfahrung • Ressourcen Aktivierung Barrieren beseitigen
a4508.8_ <i>Gehen a.b.</i>	Gangbild ist auffällig, und auf lange Sicht ungesund.	e1258.8 <i>Produkte und Technologien zur Kommunikation a.b.</i>	/	• Haltungsübungen
a5700.8_ <i>Für physischen Komfort sorgen</i>	Beim Computerspielen immer in Rundrückenstellung. Weiß darüber Bescheid, tut aber nichts dagegen.	Spielt sehr viel Computerrollenspiel e. Nimmt einen großen Teil der Freizeit in Anspruch. Ist aber auch Austausch mit anderen und Identität.		

Wir sehen in den individuellen Betrachtungen der Fälle viel eindeutiger wie die ICF Daten die Planung von Interventionen unterstützen können. Die Daten können stichhaltige und konkrete Defizite beschreiben, welche im ersten Moment augenscheinlich schwer fassbar sind.

7. Resümee

Aus der Untersuchung der Fallbeispiele und den Bestrebungen diese Daten für die Förderung und Begleitung in Bewegungsinterventionen zu verwenden ergeben sich verschiedene Erkenntnisse und Überlegungen. In den konkreten Ergebnissen der inhaltlichen Kongruenz hat sich folgendes ergeben:

Die Informationen aus der Datenerhebung sind stark im Bereich der Kommunikation und interpersonellen Interaktion gelagert. (Items a.240, a.710, a.720) Dies kann auch durch die Perspektive der Betreuungseinrichtung in der Datenerhebung etwas verstärkt, und zusätzlich durch das Gruppensetting im betreuten Wohnen begünstigt sein. Gerade diese Items stellen sehr komplexe Bereiche im Zusammenspiel von Gesundheit, Behinderung und Aktivität sowie Teilhabe dar.

Interventionen lassen sich teilweise zuordnen (vgl. 6.1). Diese Zuordnung ist individuell wesentlich schlüssiger als für die Gesamtgruppe. In den komplexeren Bereich sind Interventionsinhalte schwieriger zu konkretisieren. Am besten lassen sich Defizite im Kapitel der Mobilität der ICF konkreten Förderinhalten zuordnen. Durch die Bildung von Scores der Items der gesamten Gruppe der Fallbeispiele sind Interventionen auch für die Gruppe begründbar. Der Fokus in der Praxis ist oftmals auf die individuelle Betreuung innerhalb der Gruppe gelegt, wobei hier die heterogene Gruppe durch gezielte Förderung der einzelnen Individuen, mit Hilfe der zusätzlichen Informationen aus den ICF Daten für die Übungsleitende Person, profitieren kann. Für die Praxis bleibt nach dieser Betrachtung allerdings noch der große Prozessschritt der konkreten Interventionsplanung und Stundenerstellung offen.

Zum Vorgehen der Datenerhebung kann geschlossen werden, dass die Erhebung der ICF Daten, vor allem ohne Einbezug der betreffenden Personen selbst, gute Kenntnisse der Alltagssituation der Personen erfordert. Der vollbetreute Wohnbereich einer professionellen Institution scheint ein sehr guter Rahmen für eine solche Datenerhebung zu sein. Die narrative Beschreibung der Normabweichungen hat sich für die Differenzierung und methodische Auffächerung der Inhalte der individuellen Bewegungsinterventionen als besonders hilfreich, eigentlich sogar als notwendig, erwiesen. Auch für das Verständnis der Items in den Gruppenplanungen

ist die narrative Beschreibung wichtig, um zu verstehen worum es sich im Gesundheitscharakteristikum konkret handelt.

Das gewählte Core Set an Items ist in dieser Form sehr umfangreich und eventuell zu breit angelegt. Um keine Bereiche zu verlieren kann es sinnvoll sein gewisse Informationen nur in Überthemen zu kodieren.

Die Möglichkeit der Zuteilung in Zielgruppen durch die ICF Datenerhebung kann nur teilweise beantwortet werden. Die ICF liefert ein umfangreiches und detailliertes Instrument zur Erfassung gesundheitsrelevanter Funktionen. Man erhält auch einen Output für das Verständnis der Probleme und Barrieren der Klient(inn)en. Dies kann Übungsleitenden Personen sehr hilfreich in ihrer individuell ausgerichteten praktischen Arbeit sein. Für die Zuordnung zu Gruppen scheint die ICF aber nur teilweise in der Lage zu sein. Der persönlichen und augenscheinlichen Einschätzung einer Übungsleitenden Person vorzugreifen ist die ICF allerdings schon im Stande, da durch die Daten und deren Beschreibung komplexe Charakteristika greifbarer gemacht werden. Viele Aspekte von Funktionalität, welche in Aktivität und Partizipation nicht unbedingt dargestellt sind, müssen aber erst augenscheinlich beurteilt werden. Es scheint in einzelnen Kapiteln der Aktivität und Partizipation sinnvoll zu sein, die Informationen für die Zuteilung in Zielgruppen zu nutzen. Dies betrifft vor allem das Kapitel der Mobilität. Hier sind die Zusammenhänge der Interventionsmittel und Normabweichungen weniger komplex als in anderen Kapiteln. Dies gibt der Sportwissenschaft besondere Bedeutung für die Verwendung der ICF.

Für eine solche Verwendung ist zu betonen, dass eine Kodierung der Items unbedingt bis zur dritten Ebene, also vierstellig passieren muss, um Schlüsse für die Interventionsplanung ziehen zu können. Auf zweiter Ebene sind die Normabweichungen für diese Verwendung viel zu weit gefasst. Ein grundlegender, stimmiger Zusammenhang von Zielgruppen für Bewegungsinterventionen und den großen Kapiteln der ICF in den beiden Komponenten Aktivität und Partizipation kann nicht nachgewiesen werden. Die Kapitel der ICF sind, auch herunter gebrochen in die einzelnen Items, sehr ganzheitlich und bilden teilweise hochkomplexe Gesundheitscharakteristika ab.

Aus den Ergebnissen der Datenanalyse und den Ausführungen dazu war bereits zu erkennen, dass die Trennung von Aktivität und Partizipation in gleichgestellte Komponenten vielleicht nicht die sinnvollste Dokumentationsoption ist. Der Vorschlag für weitere Verwendung der ICF als Dokumentationsinstrument in Untersuchungen und Anwendungen ähnlicher Art wäre die Partizipation nur für allgemeine Kategorien, und die Aktivität für detaillierte Kategorien zu verwenden (vgl. WHO, Anhang 3). Es ist auch überlegenswert, die Komponente der Körperfunktion zu beurteilen, da hierfür eine Zuordnung zu Förderung einfacher scheint. Dies ist allerdings mit methodischen Problemen, bzw. Herausforderungen verbunden und bedarf medizinischer Unterstützung aus verschiedenen Fachgebieten.

Der Ausblick auf weitere Untersuchungen in diesem Bereich zeigt ein großes Feld im Bereich der praktischen Stundenplanung unter Einbezug der ICF Daten, in welchem gearbeitet werden kann. Es könnte konkreter an den Funktionen angesetzt werden, die die Klient(inn)en im täglichen Leben brauchen. Es sollten Untersuchungen, welche den erlebten Nutzen für übungsanleitende Personen im Behindertensport darstellen, angestellt werden. Dies würde zur Verbreiterung der ICF beitragen. Die Daten könnten von verschiedenen Stellen verwendet, und vielleicht sogar erweitert werden. Ein weiterer nächster Schritt der Forschung wäre die empirische Untersuchung nach Veränderungen des ICF Profis von Personen nach bestimmten Bewegungsinterventionen oder Spielen. Er wäre hoch interessant Zusammenhänge von Leistungsverbesserungen in der funktionalen Gesundheit nach ICF Daten und konkreten Inhalten in Bewegung, Spiel und Sport nachzuweisen.

Da die ICF im betreuten Wohnbereich bereits in verschiedenen österreichischen Bundesländern verwendet wird, ist zu erwarten, dass in Zukunft vermehrt Daten für Untersuchungen, und auch für die praktische Arbeit mit Menschen mit Behinderungen zur Verfügung stehen werden.

V. Literatur

- Anneken, V. (2009). Behindertensport ist Teilhabe. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 25, 190-194.
- Baldus, A., Huber, G., Pfeiffer, K. & Schüle, K. (2012). ICF Orientierung in der Sport und Bewegungstherapie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 28 (2), 85-89.
- Bouffard, M. & Reid, G. (2012). The Good, the Bad and the Ugly of Evidence-Based Practice. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 29 (1), 1-24.
- Brand, P. (1998). *Erlebnispädagogik- Abenteuer für Kinder*. Freiburg: Verlag Herder.
- Braumann, K. M. (2006). *Die Heilkraft der Bewegung*. München: Heinrich Hugendubel Verlag.
- Brehm, W. (2006). *Gesund durch Gesundheitssport*. Weinheim: Juventa.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte. (1990). *Sport geistig Behinderter*. Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe Geistig Behinderter.
- Canales, L. K. & Lyte R. K. (2011). *Physical activities for young people with severe disabilities*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Deimel, H. (1993). Sport und Bewegung in der Nachsorge von psychisch Kranken und Behinderten. In G. Hölter (Hrsg.) *Mototherapie mit Erwachsenen*. (Reihe Motorik, 13) Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Dilger, M. (1998). *Kurzer Abriss der geisteswissenschaftlichen, der empirisch-analytischen und der gesellschaftskritischen Richtung der Erziehungswissenschaft*. Wissenschaftliche Arbeit: Institut für Erziehungswissenschaften Tübingen. Am 04.09.2012 unter www.martin-dilger.de/science/hauptstroemungen_erziehungswissenschaft.pdf
- Dinold, M. (1999). Behinderten- und Integrationssport in Österreich und international. *Spectrum der Sportwissenschaft*, 1999. (Suppl.), 41-49. Wien: ÖSG.
- Dinold, M. (2008). Europäisches Curriculum zur Ausbildung von Expert/innen im Bereich Adapted Physical Activity for Ageing Disabled People. In M. Wegner, F. Pochstein & K. Pfeifer (Hrsg.), *Rehabilitation: Zwischen Bewegungstherapie und Behindertensport*. (Schriften der deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, 172, 135-141). Hamburg: Czwalina.
- Dovjak, N. (2004). *Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Errichtung eines Fitness Centers für Menschen mit Behinderung im Raum Wien*. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Europäische Kommission – Beschäftigung und Soziales. (2002). *Definitionen des Begriffs Behinderung in Europa*. Manuskript Referat E/4. Brunel: Universität Brunel. am 27.2.2012 unter: http://www.arbeitundbehinderung.at/downloads/complete_report_de-1.pdf
- Fediuk, F. (2008). *Sport in heterogenen Gruppen*. Aachen: Meyer und Meyer.
- Fornfeld, B. (2009). *Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik*. München: Ernst Reinhardt Verlag

- Fragner, J. (2001). Bewegung statt Fitness. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, Jahrgang, 05/2001. Zugriff am 20.8.12 unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh5-01-vorwort.html>
- Frieboes R. M., Zaudig M., Nosper M. (2005). *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. München: Urban & Fischer.
- Gerlach, E. (2008). Sportengagement und Persönlichkeitsentwicklung. Aachen: Meyer & Meyer.
- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Hutzler, Y. S. (2011). Evidence Based Practice and Research: A Challenge to the Development of Adapted Physical Activity. *Adapted Physical Activity Quaterly*, 28, 189-209.
- Kapustin, P. (2002). Bewegungserziehung mit schwerstbehinderten Menschen. In P. Kapustin, R. Kuckuck & V. Scheid (Hrsg.), *Bewegung und Sport bei schwer- und mehrfach behinderten Menschen*. (Behinderte machen Sport, 9, 6-16). Aachen: Meyer & Meyer.
- Karl, H. (1991). Die schulische und außerschulische Situation Körperbehinderter Kinder und Jugendlicher unter Berücksichtigung entwicklungs- und Sozialpsychologischer Aspekte. In H. Rusch & S. Größing (Hrsg.), *Sport mit Körperbehinderten*. (Schriftreihen zur Praxis der Leibeserziehung und Sport. 198). Schorndorf: Hofmann.
- Knauf, B. (2002). Praktische Aspekte der Arbeit mit mehrfachbehinderten Menschen an Beispielen aus dem Bereich der Hallenangebote. In P. Kapustin, R. Kuckuck & V. Scheid (Hrsg.), *Bewegung und Sport bei schwer- und mehrfach behinderten Menschen*. (Behinderte machen Sport, 9, 104-150). Aachen: Meyer & Meyer.
- Lange, M., Eckert, K. & Wagner, P. (2011). Überlegungen zur praktischen Bedeutung der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Sporttherapie. *Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge*, 52 (2), 9-21.
- Leber, R. (2001). *Sozialisation im Sport aus Sicht der Kommune*. Wien: Typo Druck Sares GmbH.
- Lerbs, F. (2006). *Das Normalisierungsprinzip und dessen Einfluss auf den sonderpädagogischen Diskurs in der BRD*. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Mattivi, K. (1994). *Psychischer Wirkung von Bewegung und Sport auf Menschen mit Behinderung. Konsequenzen für ein Modell im Raum Südtirol*. Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Rentsch, H. P. & Bucher P. (2006). *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.
- Reid, G. (2003). Defining Adapted Physical Activity. In R. Steadward (Ed.), *Adapted Physical Activity*. (pp. 11- 26). Edmonton: University of Alberta Press.
- Reuter, C. (2009). *Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Cuvillier Verlag.

- Rheker, U. (1996). *Integrationssport- Sport ohne Aussonderung*. Hamburg: Czwalina.
- Rick, C. (1989). *Tanztherapie. Eine Einführung in die Grundlagen*. Stuttgart; New York: Fischer.
- Rieder, H. (2002). Sport und Bewegung verstärken Entwicklungsperspektiven für Menschen mit unterschiedlichen Lernbehinderungen. In V. Scheid (Hrsg.), *Facetten des Sport behinderter Menschen*. (Behinderte machen Sport, 11, 214-247). Aachen: Meyer & Meyer.
- Rusch, H. & Größing, S. (1991). Sport mit Körperbehinderten. *Schriftreihen zur Praxis der Leibeserziehung und Sport*, 198.
- Schaller, A. (2009). *Anwendung der ICF in der stationären Rehabilitation nach Totalendoprothese*. Berlin: Dissertationen.de Verlag.
- Scheid, V. (1995). *Chancen der Integration durch Sport*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Schliehe, F. (2006). Das Klassifikationssystem der ICF- Eine Problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaft. *Rehabilitation* 45 (5), 258-71.
- Schmidt, K. L. & Ott, V. R. (1995). Aufgaben und Wirkungsprinzipien der physikalischen Medizin. In K. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der physikalischen Medizin und Rehabilitation*. (S. 3-6). Stuttgart: Fischer.
- Schüle, K. & Huber, G. (2004). *Grundlagen der Sporttherapie*. München: Urban & Fischer.
- Seewald, J. (2007). *Der verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sommerfeld, P. (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- Squair, L. & Groeneveld, J. H. (2003). Disability Definitions. In R. Steadward (Ed.), *Adapted Physical Activity*. (pp. 45- 63). Edmonton: University of Alberta Press.
- Stadler, R. (2008). *Betriebliche Gesundheitsförderung und Salutogenese* Bakkalaureatsarbeit, Universität Wien, Wien.
- Steadward, R. D., Wheeler, G. D. & Watkinson, E. J. (2003). *Adapted Physical Activity*. Edmonton: University of Alberta Press.
- Stoll, O. (2001). *Wirkt körperliche Aktivität ressourcenprotektiv?* Lengerich: Pabst Science Publishers. (Zugl.: Leipzig, Univ. Habilitationsschrift)
- Strauch, S. (2009). *Der Einfluss von Sport und Bewegung auf das Selbstkonzept und die Motorik von Erwachsenen mit geistiger Behinderung*. Hamburg: Dr. Kovac' Verlag.
- Vermeer, A. (1990). *Motor development, adapted physical activity and mental retardation*. Basel: Karger.
- Vom Bruch, H. (2011). *Alternative Ballsportspiele für körperbehinderte Kinder und Jugendliche*. Wetter: Volmarstein, die evangelische Stiftung.
- Waibel, M. J. & Jakob-Krieger, K. (2009). *Integrative Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Wall, A. E. (2003). The History of Adapted Physical Activity in Canada. In R. Steadward (Ed.), *Adapted Physical Activity*. (pp. 27- 44). Edmonton: University of Alberta Press.
- Wegner, M., Pochstein, F. & Pfeifer, K. (Hrsg.). (2008). Rehabilitation: Zwischen Bewegungstherapie und Behindertensport. *Schriften der deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft*, 172. Hamburg: Czwalina.
- Weiss, O. (1999). *Einführung in die Sportsoziologie*. Wien: WUV Univ. Verlag.
- WHO. (2001, 22. Mai). *Fifty-fourth world health assembly agenda item 13.9*. Zugriff am 12.1.20012 unter <http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>
- WHO. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO.
- WHO. (2011). *World Report on Disability*. Genua: WHO Press.
- Wolf, N. (1982). Zur Situation der Bewegungserziehung an Schulen für Lernbehinderte. In I. Tilo & K. Fischer. *Bewegungserziehung und Sport an Schulen für Lernbehinderte*. (Reihe Motorik Bd. 3, S. 9- 16). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Wydler, H. (2000). *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. Weinhheim und München: Juntar.
- Zuffelatto, A. & Habiba Kreszmeier, A. (2007). *Lexikon Erlebnispädagogik, Theorie und Praxis der Erlebnispädagogik aus systemischer perspektive*. Augsburg: ZIEL Verlag.

VI. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: ICF Modell der Wechselwirkungen der Komponenten.....</i>	<i>15</i>
<i>Quelle: WHO 2005, aus Schaller 2009, S. 12</i>	
<i>Abbildung 2: ICF Struktur.....</i>	<i>17</i>
<i>Quelle: WHO 2005, S. 147</i>	
<i>Abbildung 3: Auszug aus dem ICF Itemkatalog der Vollversion;.....</i>	<i>21</i>
<i>Quelle: WHO 2005, S. 106</i>	
<i>Abbildung 4: Studiendesign</i>	<i>56</i>
<i>Abbildung 5: ICF Struktur.....</i>	<i>61</i>
<i>Quelle: WHO, 2005, S. 147, mod.</i>	
<i>Abbildung 6: Score in Aktivität.....</i>	<i>79</i>
<i>Abbildung 7: Score in Partizipation</i>	<i>81</i>

VII. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Vergleich ICIDH und ICF. (WHO 2005, S. 5).....</i>	<i>13</i>
<i>Tabelle 2: Überblick über die ICF. (WHO, 2005, S. 17).....</i>	<i>18</i>
<i>Tabelle 3: Präfix der Komponenten des ICF. (WHO, 2005, S. 151).....</i>	<i>19</i>
<i>Tabelle 4: Kodierung in der ICF (Schaller, 2009, S. 17)</i>	<i>20</i>
<i>Tabelle 5: Skala zur Problembeschreibung der Beurteilungsmerkmale.....</i>	<i>23</i>
<i>(WHO 2005, S. 161)</i>	
<i>Tabelle 6: Special Education Paradigms (Polloway 1996 in Reid 2003, S. 14)</i>	<i>33</i>
<i>Tabelle 7: Förderebenen.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabelle 8: Ranking der Aktivitätsitems.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabelle 9: Ranking der Partizipationsitems</i>	<i>82</i>
<i>Tabelle 10: Zuordnung der Aktivitätsitems zu entsprechenden Förderungen</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 11: Zuordnung der Partizipationsitems zu entsprechenden Förderungen.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabelle 12: Zuordnung Fallbeispiel A.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabelle 13: Zuordnung Fallbeispiel B.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabelle 14: Zuordnung Fallbeispiel C</i>	<i>94</i>
<i>Tabelle 15: Zuordnung Fallbeispiel D.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabelle 16: Zuordnung Fallbeispiel E</i>	<i>96</i>

VIII: Anhang

Angang 1: Auswahl an Items aus dem ICF Gesamtkatalog für die Datenerhebung

Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung

Bewusste sinnliche Wahrnehmungen (d110-d129)

d110 Zuschauen

d115 Zuhören

d120 Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen

d129 Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, anders oder nicht näher bezeichnet

Elementares Lernen (d130-d159)

d130 Nachmachen, nachahmen

d135 Üben

d140 Lesen lernen

d145 Schreiben lernen

d150 Rechnen lernen

d155 Sich Fertigkeiten aneignen

d159 Elementares Lernen, anders oder nicht näher bezeichnet

Wissensanwendung (d160-d179)

d160 Aufmerksamkeit fokussieren

d163 Denken

d166 Lesen

d170 Schreiben

d172 Rechnen

d175 Probleme lösen

d177 Entscheidungen treffen

d179 Wissen anwenden, anders oder nicht näher bezeichnet

d198 Lernen und Wissen anwenden, anders bezeichnet

d199 Lernen und Wissen anwenden, nicht näher bezeichnet

Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen

d220 Mehrfachaufgaben übernehmen

d230 Die tägliche Routine durchführen

d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

d298 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, anders bezeichnet

d299 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, nicht näher bezeichnet

Kapitel 3: Kommunikation

Kommunizieren als Empfänger (d310-d329)

d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen

d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen

d320 Kommunizieren als Empfänger von Mitteilungen in Gebärdensprache

d325 Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen

d329 Kommunizieren als Empfänger, anders oder nicht näher bezeichnet

Kommunizieren als Sender (d330-d349)

d330 Sprechen

d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren

d340 Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken

d345 Mitteilungen schreiben

d349 Kommunizieren als Sender, anders oder nicht näher bezeichnet

Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken (d350-d369)

d350 Konversation

d355 Diskussion

d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen
d369 Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken, anders oder nicht näher bezeichnet
d398 Kommunikation, anders bezeichnet
d399 Kommunikation, nicht näher bezeichnet

Kapitel 4: Mobilität

Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten (d410-d429)

d410 Eine elementare Körperposition wechseln
d415 In einer Körperposition verbleiben
d420 Sich verlagern
d429 Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, anders oder nicht näher bezeichnet

Gegenstände tragen, bewegen und handhaben (d430-d449)

d430 Gegenstände anheben und tragen
d435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen
d440 Feinmotorischer Handgebrauch
d445 Hand- und Armgebrauch
d449 Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, anders oder nicht näher bezeichnet

Gehen und sich fortbewegen (d450-d469)

d450 Gehen
d455 Sich auf andere Weise fortbewegen
d460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
d465 Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen
d469 Gehen und sich fortbewegen, anders oder nicht näher bezeichnet

Kapitel 5: Selbstversorgung

d510 Sich waschen
d520 Seine Körperteile pflegen
d530 Die Toilette benutzen
d540 Sich kleiden
d550 Essen
d560 Trinken
d570 Auf seine Gesundheit achten
d598 Selbstversorgung, anders bezeichnet
d599 Selbstversorgung, nicht näher bezeichnet

Kapitel 6: Häusliches Leben

Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Allgemeine interpersonelle Interaktionen (d710-d729)

d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten
d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen
d729 Allgemeine interpersonelle Interaktionen, anders oder nicht näher bezeichnet

Kapitel 8: Erziehung/Bildung

Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

d910 Gemeinschaftsleben
d920 Erholung und Freizeit
d930 Religion und Spiritualität
d940 Menschenrechte
d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft
d998 Leben in der Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben, anders bezeichnet
d999 Leben in der Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben, nicht näher bezeichnet

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe.

Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z.B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.

Wien, am

Autor, Roland Stadler

IX: Curriculum Vitae

Roland Stadler, Bakk.

Person:

Geburtsdatum: 03. Februar 1982
Geburtsort: Wien
Nationalität: Österreich

Kontakt Daten: A: A. Baumgartner Str. 44/C1/156 1230 Wien
T: 0699/ 15 202 616
E: Roland.stadler@chello.at

Schulbildung:

Volksschule: Ganztageschule Wohnpark Alt Erlaa
1988 – 1992 Anto Baumgartnerstrasse 44/I, 1230 Wien

Mittelschule: Mittelschule mit ökologischen Schwerpunkt
1992 – 1996 Anto Baumgartnerstrasse 119, 1230 Wien

Höhere Schule: HTL, Nachrichtentechnik
1996 – 2001 Ettenreichgasse 54, 1100 Wien

Hochschule:

Studium an der Universität Wien:

2004 – 2009 Bakkalaureatsstudium: Sportmanagement
Abgeschlossen.

2010 - 2012 Magisterstudium Sportwissenschaft
Diplomand bei Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Dinold

Weiterbildungen: Diverse Weiterbildungen in medizinischen, rechtlichen, organisatorischen und vor allem psychosozialen Bereichen.

Berufserfahrungen:

2001 -2002	CCC Technische Projektleitung für Premiere Austria Kundeninformation Digitalfernsehen
2002 - 2003	Zivildienst ÖHTB
2003 - 2006	Psychosoziale Klient(inn)enbetreuung, ÖHTB
2006 - 2007	PDM Organisations committee United World Games „Olympische Spiele für Kinder aus aller Welt“
2007 - heute	Psychosoziale Klient(inn)enbetreuung ÖHTB Seit Juli 2012 karrenziert
2010 - heute	Mitglied des Beratungs- und Nachhaltigkeitsnetzwerks <i>netz.werk.stAdt.</i>