



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Heilpädagogisches Voltigieren bei Menschen mit  
intellektueller Beeinträchtigung“

Verfasserin

Luise Bieler

gemeinsam mit

Elisabeth Taubinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Psychologie

Betreuerin / Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber



## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Personen danken, die mich durch ihre fachlichen und persönlichen Kompetenzen unterstützt und somit zur Entstehung und Vollendung der vorliegenden Diplomarbeit beigetragen haben.

An erster Stelle gilt mein Dank Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, für seine Offenheit dem Diplomarbeitsthema gegenüber, dessen Genehmigung sowie für die Betreuung während des Entstehungs- und Fertigstellungsprozesses der Arbeit. Ein herzliches Dankeschön geht ebenfalls an die Studienassistentinnen Katharina Schossleitner und Susanne Stickel sowie den Studienassistenten Philipp Gewessler für ihre vielen wertvollen Hinweise und Anmerkungen, hilfreiche Unterstützung bei der statistischen Auswertung sowie hervorragende Betreuung während des Forschungsseminars und Tutoriums.

Ich möchte mich ebenfalls bei Herrn Prof. Dr. Alexander von Eye bedanken, der sich mit der statistischen Auswertung der Arbeit auseinandersetzte und mit vielen wichtigen Tipps zu dessen Fertigstellung beitrug.

Ein besonderes Dankeschön geht an Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialtherapeutin Frau Anne-Kathrin Müller, die mir nicht nur ermöglichte praktische Erfahrungen im Bereich des therapeutischen Reitens zu sammeln, mir ihr persönliches Wissen sowie fachliche Literatur zur Verfügung stellte, sondern sich auch die Zeit nahm die Arbeit Korrektur zu lesen.

Ich möchte mich ebenfalls bei meiner Mutter für ihre großartige Unterstützung während des Fertigstellungsprozesses dieser Arbeit bedanken. In Phasen des Misstrauens und Stillstandes wusste sie mich aufzubauen und mir Halt zu geben. Sie machte mir Mut, wenn ich nicht weiter wusste und mir das Schreiben schwer fiel. Ein großes Dankeschön geht zudem an meine Schwester, die mir in besonders anstrengenden und stressigen Zeiten immer zur Seite stand.

Des Weiteren gilt mein Dank meinem ehemaligen Lehrer für Psychologie, Herrn Steffen Weise, der meine Facharbeit in der Sekundarstufe II zum Thema „Therapeutisches Reiten“ betreute und mir damals den Anstoß gab, dieses Thema später im Rahmen der Diplomarbeit in Psychologie auszubauen.

Ebenfalls geht ein herzliches Dankeschön an alle Kinder, Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie Reittherapeuten und Reittherapeutinnen, die an der Untersuchung im

Rahmen der Diplomarbeit teilgenommen haben und ohne die die Fertigstellung der Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Nicht zuletzt möchte ich mich auch bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Forschungsseminars für Fortgeschrittene bedanken, die mit hilfreichen Tipps während des Tutoriums und der Präsentationen sowie dem Korrekturlesen der Diplomarbeit einen wichtigen Beitrag leisteten.

## Anmerkungen

Angelehnt an Weber und Rojahn (2009) und aus Respekt gegenüber Betroffenen wird in der vorliegenden Arbeit anstatt des veralteten Begriffs der *geistigen Behinderung* auf die weniger etikettierende Bezeichnung der *intellektuellen Beeinträchtigung* zurückgegriffen.

Zudem wird zur Vereinheitlichung ausschließlich der Begriff des Reittherapeuten bzw. der Reittherapeutin verwendet. Reitpädagogen sowie Reitpädagoginnen, die sich je nach Ausbildung von erstgenannten unterscheiden, werden jedoch inkludiert.

Der Begriff Klient bzw. Klientin umfasst im Rahmen dieser Arbeit grundsätzlich alle Personen, für welche die Intervention des heilpädagogischen Voltigierens indiziert ist. Dabei kann es sich sowohl um Kinder, Jugendliche, Erwachsene aber auch Menschen höheren Alters handeln. Ein besonderes Augenmerk gilt in diesem Fall jedoch Personen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Zum Abschluss sei darauf hingewiesen, dass im Folgenden auf eine gendergerechte Schreibweise zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichtet wird. Auch wenn nur die männlichen Bezeichnungen aufgeführt werden, sind weibliche Personen inhaltlich selbstverständlich mit eingeschlossen.

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	3
Anmerkungen.....	5
<b>I. Theorieteil .....</b>	<b>9</b>
1  Einleitung ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	9
2  Definitionen .....	11
2.1 Intellektuelle Beeinträchtigung ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ) .....	11
2.2 Therapeutisches Reiten ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	13
3  Heilpädagogisches Voltigieren .....	17
3.1 Definition ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ).....	17
3.2 Indikation und Kontraindikation ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	19
3.3 Heilpädagogisches Voltigieren aus pädagogischer Sicht bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	21
3.4 Das Therapiepferd ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	23
3.4.1 Körperbau und physische Eigenschaften.....	23
3.4.2 Charaktereigenschaften .....	25
3.5 Der Reittherapeut ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	27
3.5.1 Ausbildung in Österreich und Deutschland.....	27
3.5.2 Therapeutenverhalten .....	29
3.6 Die Voltigiergruppe ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	30
3.7 Das Beziehungsdreieck Pferd-Klient-Therapeut ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	31
3.8 Zusammenfassung ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	33
4  Theoretische Hintergründe des Heilpädagogischen Voltigierens.....	34
4.1 Wirkung, Zielsetzungen und Fördermöglichkeiten ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> )...	34
4.1.1 Förderung im sozial-emotionalen Bereich .....	34
4.1.2 Förderung im sensomotorischen Bereich .....	41
4.1.3 Förderung um kognitiven Bereich .....	42
4.2 Theoretische Modelle ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	43
4.2.1 Das Wiener Modell „Spüren-Fühlen-Denken“ .....	44
4.2.2 Ganzheitliches Entwicklungsmodell nach Fröhlich .....	45
4.3 Aktueller Forschungsstand ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ) ..	48

5	Beschreibung der zu untersuchenden Konstrukte ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	52
5.1	Emotionale Kompetenzen.....	52
5.2	Soziale Kompetenzen .....	53
6	Zusammenfassung ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ) .....	54
<b>II. Empirischer Teil</b> .....		<b>56</b>
7	Hauptfragestellung, Subfragestellungen und Hypothesen.....	56
7.1	Hauptfragestellung ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ).....	56
7.2	Subfragestellungen und Hypothesen ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	57
8	Methoden und Untersuchung .....	59
8.1	Untersuchungsplan ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ) .....	59
8.2	Stichprobe ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ).....	60
8.3	Durchführung der Untersuchung ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	60
8.4	Erhebungsinstrumente ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	62
8.5	Beschreibung der verwendeten Inventare ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	62
8.5.1	<i>Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)</i> .....	62
8.5.2	<i>Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte (HKI)</i> .....	64
8.6	Auswertungsverfahren und Voraussetzungen ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ) .....	66
9	Ergebnisse ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	68
9.1	Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe .....	68
9.2	Erkenntnisse aus den qualitativen Elternfragebögen .....	69
9.3	Darstellung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung .....	70
9.3.1	<i>Subfragestellung 1: Emotionale Kompetenzen</i> .....	70
9.3.2	<i>Subfragestellung 2: Soziale Kompetenzen</i> .....	76
9.4	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	86
10	Interpretation und Diskussion ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	86
10.1	Emotionale Kompetenz.....	86
10.2	Soziale Kompetenzen .....	87
11	Beantwortung der Fragestellung ( <i>verfasst von Luise Bieler</i> ).....	88
12	Kritik und Ausblick ( <i>verfasst von Luise Bieler &amp; Elisabeth Taubinger</i> ) .....	89
13	Literaturverzeichnis .....	92
14	Abbildungsverzeichnis.....	97
15	Tabellenverzeichnis .....	98

<b>III. Anhang</b> .....	99
16 Abstract .....	99
16.1 Deutsch .....	99
16.2 Englisch .....	100
17 Fragebögen.....	101
17.1 Soziodemografischer Fragebogen.....	101
17.2 Elternfragebögen der Versuchsgruppe.....	104
18 Psychologische Verfahren .....	107
19 Urheberrechte der Bildquellen.....	108
20 Eidesstattliche Erklärung .....	109
21 Lebenslauf.....	110

# I. Theorieteil

## 1 Einleitung

*(Verfasst von Luise Bieler)*

*„In einer Zeit der Technisierung, Computerisierung, Reizüberflutung, Vereinzelung und der Entfernung von Natur und allem Lebendigen entdeckt man immer stärker, welche Rollen, Aufgaben und Hilfestellungen Tiere in unserem Leben einnehmen können.“*

*(Ringbeck, 2003, S. 9)*

Seit den letzten Jahrzehnten ist eine steigende Anzahl von Kindern mit Entwicklungsstörungen und –retardierungen zu verzeichnen (Ringbeck, 2003). Dabei führt das immer breiter werdende Feld von Beeinträchtigungen, das sowohl das Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter betrifft, nach Ringbeck (2003) zu einer erhöhten Nachfrage nach therapeutischen und pädagogischen Angeboten. Schon Heipertz (1977) beschreibt, dass es aufgrund mangelnder bzw. unzureichender Behandlungsmethoden für verschiedene Beeinträchtigungen und Störungsbilder gilt, neue Wege zur Besserung und Heilung dieser Leiden zu beschreiten.

Die wohltuende Wirkung des Bewegt- und Getragenwerdens durch das Pferd bzw. des Reitens an sich auf den menschlichen Organismus wurde bereits von Xenophon etwa 400 v. Chr. beschrieben. Nachdem für lange Zeit der Schwerpunkt auf den gesundheitsfördernden Aspekten des Reitens lag und es im 19. Jahrhundert als Therapieform fast in Vergessenheit geriet, erlebte es ab Mitte des 20. Jahrhunderts einen erneuten Aufschwung. Das heilpädagogische Voltigieren mit Bezug zur Pädagogik bzw. Heilpädagogik entwickelte sich dabei in den 60er Jahren in Deutschland. In Österreich kommt das heilpädagogische Voltigieren seit Anfang der 70er Jahre zum Einsatz. (Ringbeck, 2003)

Nach Heipertz (1977) fallen das therapeutische Reiten und damit auch das heilpädagogische Voltigieren unter die Erfahrungsmedizin. In der Praxis zeigen sich demnach rasche Verbesserungen bzw. Genesungen nach schweren Verletzungen nach (Wieder-)Aufnahme des Reitens. Der therapeutische Umgang mit dem Pferd leistet einen entscheidenden Beitrag zur Überwindung von körperlichen Beeinträchtigungen sowie der damit einhergehenden seelischen Belastungen. Auch bei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen, die zuvor keinen Kontakt zur

pferdegestützten Therapie hatten, ergeben sich vergleichbare Einflüsse. Besonders bei Kindern und Jugendlichen, die beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten zeigen und nicht auf herkömmliche Interventionen ansprechen, konnten mit der Behandlung an, auf und mit dem Pferd bisher gute Erfolge erzielt werden. (Heipertz, 1977)

In der Praxis sind die positiven Auswirkungen der pferdegestützten Therapie bereits in weiten Kreisen anerkannt. Der Nachweis der Wirkungsweise speziell für das heilpädagogische Voltigieren in der empirischen Forschung ist allerdings bisher noch nicht ausreichend gegeben. Besonders im Forschungsfeld der intellektuellen Beeinträchtigung sind diesbezüglich erst sehr wenige Untersuchungen mit eher uneindeutigen Ergebnissen durchgeführt wurden. Die Nachfrage nach alternativen Interventionsformen ist jedoch über die letzten Jahre besonders in diesem Bereich angestiegen. Aufgrund fehlender Evaluierungen und hoher Kosten wird die Finanzierung des heilpädagogischen Voltigierens derzeit weder in Österreich noch in Deutschland von den Krankenkassen übernommen. (Deutsches Kuratorium für therapeutisches Reiten, o.J.; Österreichisches Kuratorium für therapeutisches Reiten, o.J.)

Die vorliegende Diplomarbeit erhebt selbstverständlich keineswegs den Anspruch, eine perfekte und hochwissenschaftlich durchgeführte Studie darzulegen, welche die Krankenkassen in ihrer Entscheidung in irgendeiner Weise beeinflussen könnte. Jedoch soll sie einen Anstoß geben, der eventuell zu weiteren Untersuchungen in der Zukunft führt. Heilpädagogisches Voltigieren stellt eine sehr vielfältige Interventionsform dar, deren einzelne Facetten und Wirkungsweisen angesichts des Erfolges in der Praxis mehr wissenschaftliches Forschungsinteresse gebührt.

Die Hauptfragestellung dieses Diplomarbeitsthemas wurde als Gruppenarbeit konzipiert und besteht aus zwei untergeordneten Teilen. Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Auswirkungen des heilpädagogischen Voltigierens auf den emotionalen und sozialen Kompetenzbereich von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. In einer weiteren Arbeit von Taubinger (2014) werden die Auswirkungen der Intervention auf Verhaltensauffälligkeiten und die Motivation von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung näher betrachtet. Einzelne Kapitel, die aus der Zusammenarbeit resultieren, sind dementsprechend gekennzeichnet.

## 2 Definitionen

### 2.1 Intellektuelle Beeinträchtigung

(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fasst unter dem Begriff *intellektuelle Beeinträchtigung* die „signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz)“ wie auch die dadurch verringerte Fähigkeit, „ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz)“ (WHO, o.J.), zusammen.

In der *International Classification of Diseases 10 (ICD-10)*, welche auf die WHO zurückgeht, widmet sich das Kapitel F70-F79 den Intelligenzstörungen. Intellektuelle Beeinträchtigung wird beschrieben als „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeit“ (WHO, 2013). Darunter fallen beispielsweise Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten, die wesentlich zum Intelligenzniveau beitragen (WHO, 2013).

Die unterdurchschnittliche allgemeine Intelligenz, durch welche die intellektuelle Beeinträchtigung gekennzeichnet ist, entsteht während der Entwicklungsperiode in der Kindheit oder Jugend. Die Klassifikation umfasst vier verschiedene Schweregrade, deren Einteilung sich am Intelligenzquotienten orientiert. Einen Überblick dazu kann Tabelle 1 entnommen werden. (WHO, o.J.)

Tabelle 1

*Einteilung der intellektuellen Beeinträchtigung nach dem Kriterium der Intelligenz nach der ICD-10 der WHO (Gontard, 2013, S. 31)*

Intellektuelle Beeinträchtigung	ICD-10	IQ	Anteile
Leichte	F 70	50-69	80%
Mittelgradige	F 71	35-49	12%
Schwere	F 72	20-34	7%
Schwerste	F 73	0-19	<1%

Im von der *American Psychiatric Association (APA)* herausgegebenen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)* ist die intellektuelle Beeinträchtigung in Section II im Kapitel *Neurodevelopmental Disorders* zu finden. Sie wird wie folgt definiert: „Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) is a disorder with onset during the developmental period that includes both intellectual and

adaptive functioning deficits in conceptual, social, and practical domains“ (APA, 2013, S. 33). Des Weiteren müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein, um von einer intellektuellen Beeinträchtigung nach DSM-V sprechen zu können. Dazu gehören „deficits in intellectual functions, such as reasoning, problem solving, planning, abstract thinking, judgement, academic learning, and learning from experience, confirmed by both clinical assessment and individualized, standardized intelligence testing“ (APA, 2013, S.33). Ebenfalls müssen “deficits in adaptive functioning that result in failure to meet developmental and sociocultural standards for personal independence and social responsibility” (APA, 2013, S. 33) vorliegen. Dies umfasst die Einschränkung in einer oder mehreren Aktivitäten des alltäglichen Lebens (bspw. Kommunikation, soziale Interaktion), wenn keine Unterstützung vorhanden ist. Das dritte Kriterium beschreibt das Auftreten der intellektuellen und adaptiven Defizite während der Entwicklungsphase. Die Einteilung in die Schweregrade (mild, moderate, severe, profound) erfolgt im DSM-V nicht anhand des Intelligenzquotienten sondern auf Basis der adaptiven Funktionen, da diese den Grad an benötigter Unterstützung bestimmen. (APA, 2013)

Die *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)* klassifiziert intellektuelle Beeinträchtigung wie folgt: „Intellectual disability is a disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and in adaptive behavior, which covers many everyday social and practical skills. This disability originates before the age of 18“ (AAIDD, 2013, o.S.). Als mögliche Einflussfaktoren für intellektuelle Beeinträchtigung wird von der AAIDD (2013) ein Wechselspiel zwischen Persönlichkeitseigenschaften (wie z.B. Intelligenz oder adaptives Verhalten), psychosozialen Faktoren, Umwelteinflüssen, biologischen Faktoren und Fördermaßnahmen genannt.

Weber und Rojahn (2013) schätzen die Auftrittswahrscheinlichkeit der intellektuellen Beeinträchtigung in den meisten Ländern auf 1.0-2.5% in der Bevölkerung, wobei die leichte Form etwa 95-98% der Fälle ausmachen dürfte. Zudem betonen sie einen Paradigmenwechsel, der sich seit einigen Jahren im alltäglichen Umgang mit Personen mit intellektueller Beeinträchtigung vollzieht. Demnach findet eine Abkehr von der defizitorientierten Betrachtungsweise hin zu einer bedürfnisorientierten Erfassung und Einteilung der intellektuellen Beeinträchtigung statt (Weber & Rojahn, 2009).

Trotz umfassender Definitions- und vor allem Klassifikationsversuche bereitet es dennoch Schwierigkeiten zwischen den verschiedenen Schweregraden, vor allen in den unteren Bereichen der Intelligenz, zu differenzieren (Meyer 2003). Deswegen ist die Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere intellektuelle Beeinträchtigung in der vorliegenden Arbeit eher von untergeordneter Bedeutung.

## ***2.2 Therapeutisches Reiten***

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Der Begriff *therapeutisches Reiten* umfasst nach dem Deutschen Kuratorium für therapeutisches Reiten (DKThR) alle Effekte der wohltuenden Wirkung des Reitens zur Verbesserung und Linderung psychosozialer Probleme und Störungen, wie auch zur Behandlung körperlicher Beeinträchtigungen. Darüber hinaus kommt das Pferd auch in der Prävention zur motorischen und pädagogischen Förderung, beispielsweise in Kindergärten und Schulen, zum Einsatz. Das Erlernen reiterlicher Fähigkeiten tritt hierbei hinter die Bedeutung der Förderung und Heilung sozialer, körperlicher und geistiger Entwicklung. (DKThR, o.J.)

Eine unterstützende Bedeutung bekommt die Therapie mit dem Pferd zudem bei psychiatrischen, psychosomatischen und körperlichen Erkrankungen sowie in Übergangs- und Verlustsituationen. Das Auftreten von psychischen Sekundärproblemen (z.B. nach Unfällen) kann ebenfalls gemildert werden. Die Begegnung zwischen Mensch und Pferd und die Auseinandersetzungen zwischen den beiden während der Reittherapie führt zur Entstehung einer Mensch-Tier-Beziehung. Diese wird durch den Reittherapeuten unterstützt und gefördert. Sie dient als Grundpfeiler der Wirkung und Behandlung beim therapeutischen Reiten. (Gäng, 2003)

Vorsteher (2003) betont, dass jeden Reittherapeuten erst die Kenntnisse der Psychologie und Psychotherapie in seiner Arbeit qualifizieren. Eine Behandlung mit Hilfe des Pferdes kann demzufolge nur professionell wirken, wenn ausreichendes Wissen über das Defizit oder die psychische Dimension einer Schädigung des Klienten vorhanden ist (Vorsteher, 2003).

Nach Heipertz (1977) stellt das therapeutische Reiten eine überwiegend aktive Behandlungsmaßnahme dar. Durch den Umgang des Klienten mit dem Pferd kann es zu positiven physischen und psychischen Auswirkungen am Rande der eigentlichen Behandlung kommen (Heipertz, 1977). Dabei wird hervorgehoben, dass die

Vorraussetzung für den erfolgreichen Einsatz des Pferdes in der Therapie ausschließlich durch ein entsprechendes Fachkräfteteam gewährleistet werden kann. Nur unter dieser Bedingung kann die Intervention für den Klienten gefahrlos und schadensfrei verlaufen (Heipertz, 1977).

Das umfassende Angebot von reiterlichen Aktivitäten für Menschen mit Beeinträchtigungen greift auch die Forderung der UN-Konvention von 2008 auf, welche den Anspruch hat, „Menschen mit Behinderungen zu ermutigen, so umfassend wie möglich an Breitensportlichen Aktivitäten auf allen Ebenen teilzunehmen, und ihre Teilnahme zu fördern“ (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz - BMASK, 2008, S. 32). Ebenso soll Menschen mit Beeinträchtigungen eine „gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten ermöglicht werden“ (BMASK, 2008, S. 32).

Heipertz (1977) hält allerdings fest, dass die Intervention therapeutisches Reiten keine „alleinige Maßnahme, sondern in Ergänzung weiterer Anwendungen eingesetzt wird und sich gerade in schwierigen ‚Fällen‘ als sinnvoll erweist“ (S. 18).

Therapeutisches Reiten wird nach dem DKThR (o.J.) in verschiedene Fachbereiche unterteilt, die der Abbildung 1 entnommen werden können. Zum besseren Verständnis folgt zudem eine kurze Erläuterung.

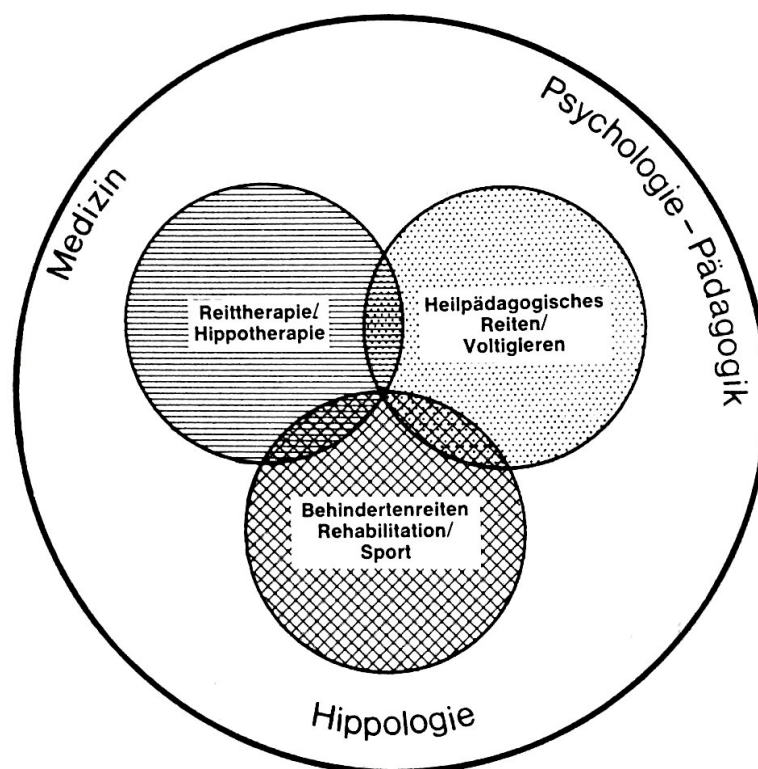


Abbildung 1. Schematische Darstellung der verschiedenen Bereiche im Therapeutischen Reiten nach Heipertz (1977, S.15).

Der Einsatz des Pferdes in der Medizin wird als Hippotherapie bezeichnet. Diese stellt eine „Ergänzung der Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage“ (DKThR, o.J., o.S.) dar. Die Hippotherapie als physiotherapeutische Einzelbehandlungsmaßnahme sollte Teil eines therapeutischen Gesamtbehandlungskonzepts sein. Das Österreichische Kuratorium für therapeutisches Reiten (OKTR) ergänzt, dass der Behandelte „durch ganzheitliche Förderung körperlich, emotional, geistig und sozial angesprochen“ (OKTR, o.J., o.S.) wird. Neben psychischen Faktoren, deren Bedeutung nicht unterschätzt werden sollte, spielen vor allem somatische Einflüsse bei der Hippotherapie eine besondere Rolle (Kuprian, 1977). Demzufolge wirken vor allem die Bewegungen des Pferdes auf die auf dem Tier sitzende oder liegende Person. Nicht nur der Stütz- und Bewegungsapparat des Menschen (Wirbelsäule, Becken, Gelenke, Muskulatur) sondern auch die inneren Organe sowie das Herz-Kreislauf-System können durch die rhythmischen Gänge des Tieres positiv beeinflusst werden (Kuprian, 1977; Zinke, 1973). Diese Effekte kommen laut Kuprian (1977) durch die Übertragung der Bewegung des Pferdes auf den Menschen zustande. Er betont die vielfältige, kräftigende, vorwiegend lockernde, durchblutungsfördernde und anregende Wirkung der krankengymnastischen Übungen auf dem Pferd. Im Gegensatz zu den anderen Teilbereichen des therapeutischen Reitens stellt die Hippotherapie eher eine passive Behandlungsmaßnahme dar, bei denen sich der Klient vorwiegend vom Pferd tragen lässt und sich den Schwingungen des Pferderückens anpasst (Kuprian, 1977). Laut Kuprian (1977) setzt sich das Team der hippotherapeutischen Intervention aus einem Arzt, Krankengymnasten, Reitlehrer und gegebenenfalls Helfern zusammen. Hippotherapie muss dabei ärztlich verordnet, „für den Patienten individuell dosiert und dem Therapieplan entsprechend aufgebaut sein“ (OKTR, o.J., o.S.).

Reiten als Sport für Menschen mit Beeinträchtigungen ist ebenfalls als Fachbereich des therapeutischen Reitens anzusehen. Die Ausübung findet sowohl im Breiten- als auch im Leistungssport statt. Ersteres beschreibt den Einsatz des Pferdes im Freizeitbereich und ermöglicht Menschen mit Beeinträchtigungen „soziale Kontakte zu knüpfen und der häufig behinderungsbedingten Bewegungseinschränkung entgegen zu wirken“ (DKThR, o.J., o.S.).

Die Teilnahme an Turnierprüfungen im Leistungsbereich bietet Menschen mit Beeinträchtigungen die Möglichkeit, sich unter Wettbewerbsbedingungen untereinander aber auch mit nicht-beeinträchtigten Menschen messen zu können (DKThR, o.J.). Die Teilhabe am allgemeinen Sportbetrieb fördert nach Heipertz (1977) ebenfalls die

gesellschaftliche Integration von Personen mit Beeinträchtigungen. Durch die Entwicklung und Gestaltung kompensatorischer Hilfsmittel wird auch Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen der Zugang zum Leistungssport ermöglicht. Zum Einsatz kommen meist speziell ausgebildete Pferde. Für die Teilnahme beeinträchtigter Sportler im Leistungssport ist ein Sportgesundheitspass erforderlich (DKThR, o.J.). Heipertz (1977) betont, dass neben dem Wettbewerb zusätzlich auch das Training einen nicht zu unterschätzenden positiven Effekt auf Menschen mit Beeinträchtigungen hat. Besonders Reiten ist hierbei „ein guter Weg zur Erlangung und Erhaltung der persönlichen Fitness“ (Heipertz, 1977, S. 98). Eine ärztliche Überwachung und Betreuung erfolgt dabei in dem Maße, wie es allgemein im Leistungssport für Menschen mit Beeinträchtigungen üblich ist (Kaune, 1995).

Laut der UN-Konvention von 2008 müssen Mitgliedsstaaten in allen sportlichen Bereichen, (sowohl Breiten- wie auch Leistungssport) spezifische Maßnahmen treffen, um gewährleisten zu können, „dass Menschen mit Behinderung die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln und an solchen teilzunehmen“ (S. 32). Aus diesem Grund soll ein allgemeines sportliches Angebot auf Grundlage der Gleichberechtigung gefördert werden (BMASK, 2008).

Die ergotherapeutische Behandlung mit dem Pferd stellt einen relativ neuen Bereich des therapeutischen Reitens dar. Als Ziel gilt es, Menschen jeden Alters, „die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder davon bedroht sind in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu unterstützen“ (DKThR, o.J., o.S.). Dabei stehen die Handlungsfähigkeit im Alltag, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Steigerung der Lebensqualität im Vordergrund. Die Behandlung erfolgt laut DKThR (o.J.) „auf der Grundlage des sensomotorisch-perzeptiven, motorisch-funktionellen und psychisch-funktionellen Ansatzes unter Einbezug des Mediums Pferd“ (o.S.). Der Einsatz des Pferdes unterstützt „durch den Bewegungsdialog, das Beziehungsangebot und den unmittelbaren Erfahrungsraum“ (DKThR, o.J., o.S.) die Zielsetzung der Ergotherapie und wird als Ergänzung zu anderen Behandlungsmethoden gesehen (DKThR, o.J.).

Die heilpädagogische Förderung mit dem Pferd beschreibt einen weiteren Fachbereich des Therapeutischen Reitens. Heilpädagogische Maßnahmen können als Reiten oder als Voltigieren in Gruppen erfolgen. Die ganzheitliche und individuelle

Förderung mit dem Schwerpunkt auf geistiger und sozialer Entwicklung steht im Vordergrund. (DKThR, o. J.)

Da sich die vorliegende Arbeit auf das heilpädagogische Voltigieren bezieht, wird diesem Fachbereich im Folgenden ein eigenständiges Kapitel gewidmet.

### **3 Heilpädagogisches Voltigieren**

#### **3.1 Definition**

*(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)*

Das *heilpädagogische Voltigieren (HPV)* beinhaltet „pädagogische, psychologische, psychotherapeutische, rehabilitative und soziointegrative Angebote mit Hilfe des Pferdes“ (DKThR, o.J., o.S.), die auf die Bedürfnisse, Ressourcen und Fähigkeiten des Klienten abgestimmt sind (DKThR, o.J.; OKTR, o.J.). Dabei steht das Bewegt- bzw. Getragenwerden auf dem Pferderücken sowie die Entwicklung und Ausgestaltung der Dreiecksbeziehung Therapiepferd-Klient-Therapeut im Vordergrund (DKThR, o.J.). Auf die enorme Bedeutung des Beziehungsdreiecks für eine erfolgreiche Behandlung mittels HPV wird in Abschnitt 3.7 näher eingegangen.

Neben der Schulung motorischer und geistiger Fähigkeiten bei der Übernahme von Tätigkeiten am und auf dem Pferd seitens des Klienten, kann der Bereich des Voltigierens eine weitere Steigerung im Behandlungsfortschritt darstellen (Heipertz, 1977). Der Einbezug von gymnastischen und turnerischen Bewegungsaufgaben trägt nicht nur zur Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigter Menschen bei, sondern begünstigen auch individuelle Lernfortschritte, die, wenn sie in der Gruppe ausgeführt werden, auch geistige, soziale und emotionale Fähigkeiten schulen (Heipertz, 1977).

Die Auseinandersetzung mit individuellen Schwierigkeiten und die positive Erfahrung, die mit gelösten Problemen einhergeht, stärken das Selbstwertgefühl und tragen zum Erlernen einer angemessenen Selbsteinschätzung auf Seiten des Klienten bei. Die Konzentrations- und Lernfähigkeit wird ebenfalls positiv beeinflusst. Ebenso können Emotionen bearbeitet und ein angemessener Umgang mit diesen gelernt werden. (DKThR, o.J.)

Das DKThR (o.J.) stellt ebenfalls fest, dass die Interaktionen mit dem Pferd, dem Therapeuten und den Gruppenmitgliedern „positive Lernerfahrungen im Bereich des sozialen Verhaltens“ (o.S.) ermöglichen.

Das OKTR (o.J.) betont die Bedeutung des HPV als „ressourcenorientierte Förderung und ein prozessorientiertes Begleiten“ (o.S.) der Klienten. Auch wenn der Umgang mit dem Medium Pferd viele Handlungsmöglichkeiten mit sich bringt, muss der Therapeut die Therapieeinheiten an die individuelle Lernfähigkeit eines jeden Klienten anpassen (Eberle-Gäng, 1998). Die verschiedenen Aufgaben, welche im Zusammenspiel mit dem Pferd durchgeführt werden, sind oft von komplexer Natur und können überfordernd auf den Klienten wirken – „ein langsames und systematisches Hinführen ist absolut erforderlich“ (Eberle-Gäng, 1998, S.130).

Kröger (1977) hebt zudem hervor, dass das primäre Ziel des HPV im Vergleich zum sportlichen Voltigieren, die Verhaltenskorrektur ist. Gruppenfähigkeit, Selbstvertrauen, Mut und Körperbeherrschung müssen bei beeinträchtigten Personen meist erst aufgebaut und dann weiter konditioniert werden (Kröger, 1997).

Eine Übersicht über Einsatzbereich, Durchführung und Zielgruppe des HPV sowie die Überschneidungsbereiche mit den anderen Fachrichtungen des therapeutischen Reitens ergibt sich aus Abbildung 2.

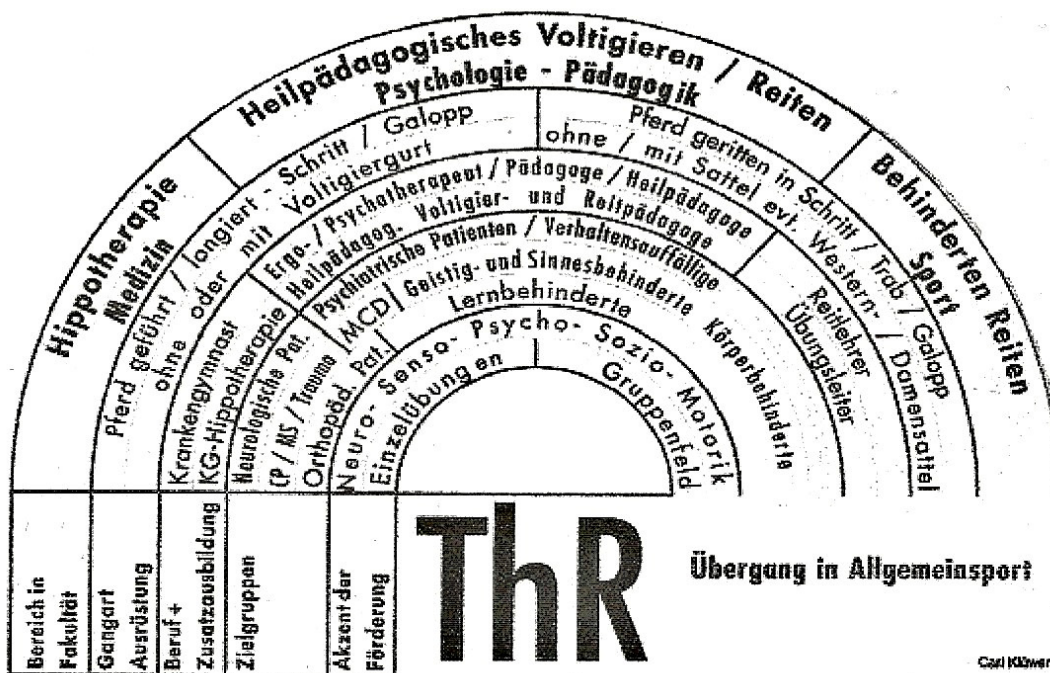


Abbildung 2. Die Stellung des Heilpädagogischen Voltigierens/Reitens innerhalb des Therapeutischen Reitens nach C. Klüwer (Gäng 2004, S. 24).

Die Frage, ob HPV dem pädagogischen oder dem therapeutischen Bereich zuzuordnen ist, kann auch in Hinblick auf bereits bestehende Literatur nicht eindeutig beantwortet werden. Die praktische Ausführung findet meist in einem therapeutischen Setting statt. Der Grundgedanke, welcher hinter dem HPV steht, setzt sich aus verschiedenen Bereichen wie Ergotherapie, Psychomotorik, Heilpädagogik und dem Reitsport zusammen. Das hat zur Folge, dass HPV weder dem einen, noch dem anderen Teilbereich eindeutig zugeordnet werden kann. (Breitenbach, 2008)

Breitenbach (2008) ordnet HPV in den Teilbereich der *Tiertherapie* oder *tiertgestützten Therapie* ein, bei welcher das Tier selbst einen wesentlichen Bestandteil der Therapie ausmacht. Ohne das Pferd beispielsweise wäre HPV grundsätzlich nicht durchführbar. Unter diesen Gesichtspunkten gilt HPV als „eigenständige Therapieform mit eigener Indikation, eigenen Therapiezielen [und eigenen] Behandlungsmethoden“ (Breitenbach, 2008, S. 238).

### **3.2 Indikation und Kontraindikation**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Die Zielgruppe des Heilpädagogischen Voltigierens setzt sich dem DKThR (o.J.) zufolge aus Kindern, Jugendliche und Erwachsenen zusammen, die von verschiedenen Störungen bzw. Beeinträchtigungen betroffen sind. Besondere Indikationen stellen laut DKThR (o.J.) folgende Bereiche dar:

- Entwicklungsverzögerungen im Bereich der Wahrnehmung, Motorik, Sozialverhalten, Kommunikation/ Sprache, Koordination, Kognition,
- Intellektuelle Beeinträchtigung,
- Lernbeeinträchtigung,
- herabgesetzte Motivation,
- Verhaltensbesonderheiten,
- Schwierigkeiten im Sozialverhalten,
- Motorische Schwierigkeiten,
- Konzentrationsstörungen,
- Wahrnehmungsstörungen,
- Störungen/ Schwierigkeiten in der Aufnahme und Gestaltung von Beziehungen.

Das Österreichische Kuratorium für therapeutisches Reiten (o.J.) ergänzt ebenfalls:

- Sinnesbeeinträchtigung,
- Teilleistungs- und Lernschwächen,
- Probleme im emotionalen und sozialen Bereich,
- Psychiatrische Erkrankungen.

Das DKThR (o.J.) merkt zum Bereich der psychiatrischen Erkrankungen an, dass heilpädagogisches Voltigieren „nur in enger Zusammenarbeit mit ärztlichen und psychologischen/psychotherapeutischen Fachkräften stattfinden“ (o.S.) kann. In diesem Zusammenhang werden die Indikationen für

- Essstörungen,
- Autismus,
- Ängste,
- Persönlichkeitsstörungen,
- Psychosen,
- Zwangserkrankungen,
- Posttraumatische Belastungsstörungen,
- Dissoziative Störungen,
- Abhängigkeit/ Sucht

gestellt (DKThR, o.J.).

Kröger (2004) betont, dass im Lernen beeinträchtigte Kinder sowie Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung die größten Zielgruppen des heilpädagogischen Voltigierens bilden. Darunter fallen ebenfalls Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten oder mehrfacher Beeinträchtigung, bei denen zusätzlich eine Lern- oder intellektuelle Beeinträchtigung vorliegt (Kröger, 2004).

Als relative Kontraindikationen werden Herzerkrankungen, Herzfehler, obstruktive Lungenerkrankungen, juveniler Diabetes, Pferdehaarallergie, Stauballergie und Gleichgewichtsstörungen gesehen. Absolute Kontraindikationen stellen unter anderen schwere Gleichgewichtsstörungen, unüberwindbare Angstzustände, akute Schmerzzustände, akute entzündliche Erkrankungen, vermehrte Brüchigkeit der Knochen, Epilepsien, allergisches Asthma, Skoliose, Down Syndrom bei Vorliegen einer Atlas Dysplasie, akute Psychose, Bewusstseinsstörungen und akute Suizidalität dar. (DKThR, o.J.)

Generell sollte vor Beginn des Heilpädagogischen Voltigierens eine ärztliche Meinung eingeholt und die Unbedenklichkeit bescheinigt werden (Kröger, 2004).

### ***3.3 Heilpädagogisches Voltigieren aus pädagogischer Sicht bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung***

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Die pädagogische Aufgabenstellung im Umgang mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung stellt ein gerichtetes, dynamisches Beziehungsgefüge dar. Dieses sollte sich am Lebenssinn und den individuellen Möglichkeiten des einzelnen Menschen orientieren und kann als Lebens- und Lernhilfe verstanden werden. (Speck, 1999)

Der Erziehung und Bildung von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung sollte laut Speck (1999) ein struktureles pädagogisches Handlungskonzept zugrunde liegen. Dieses ist durch einen komplexen Ganzheitscharakter gekennzeichnet und wird in vier verschiedene Handlungsbereiche unterteilt, sie sich gegenseitig ergänzen und an den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen des jeweiligen Menschen ansetzen. Die Handlungsbereiche lassen sich nach Speck (1999) einteilen in:

#### *a) Das Erschließen von Lebenszutrauen*

Nach Speck (1999) liegt der Schwerpunkt dieses Bereiches darauf, dass vor allem Menschen, insbesondere Kinder, mit intellektueller Beeinträchtigung Aktivierung von außen benötigen, um ihre Lebenskräfte und Lernantriebe wecken und ständig aufrecht erhalten zu können. Um die Aktivität und emotionale Teilhabe zu steigern, bedarf es einer Erziehung, die auf Ansprache, Anregung, Zuwendung, Nähe, Wärme und Zuversicht ausgelegt ist. Die daraus resultierende Freude, Geborgenheit und Hoffnung erwecken im Menschen Energien, die kanalisiert und gelenkt werden können und letztendlich in Lebenszutrauen münden. (Speck, 1999)

#### *b) Das Ausbilden von Lebensfertigkeiten*

Unter dem Ausbilden von Lebensfertigkeiten fasst Speck (1999) das Erlernen von praktischen und sensomotorischen Fertigkeiten zusammen. Diese sind wichtig um eine soziale Integration aufbauen und fördern zu können, die für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung besonders bedeutsam ist. Darunter fallen zum Beispiel

Sprache und Kommunikationsfähigkeit, körperliche Geschicklichkeit, soziale Umgänglichkeit sowie kognitive Techniken. (Speck, 1999)

*c) Das Vermitteln von Lebensorientierung*

Vom Bereich der Ausbildung von Lebensfertigkeiten geht es stufenlos in den Erwerb bzw. das Vermitteln von Lebensorientierung über. Speck (1999) betont, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Unterstützung brauchen, um eine eigene Sicht der Welt aufzubauen, zu gestalten und sich in ihr wohl zu fühlen. Besonders für Kinder spielt es eine wichtige Rolle, sich in ihrer Umwelt zu orientieren und einzugliedern. Dadurch soll ebenfalls eine mögliche Überforderung reduziert werden, die durch die Konfrontation mit Unbekanntem ausgelöst werden kann. Zentral für das Erreichen einer guten Lebensorientierung ist die Vermittlung von bestehenden Regeln, Normen und Werten der Umwelt. Die Abschottung vom gesellschaftlichen Leben wird als kontraproduktiv angesehen. (Speck, 1999)

*d) Das Bilden von Lebenshaltungen*

Das Ineinandergreifen der drei eben beschriebenen Bereiche mündet letztendlich in der Ausbildung von Lebenshaltungen. Aus diesen heraus kann es zur Entwicklung eines normangepassten Verhaltens und dadurch wiederum zu einer Stabilisierung der Lebensführung kommen. Persönlichkeitsmerkmale sowie die Ausprägung der individuellen Identität können durch diesen Vorgang des Aufbaus von Werthaltungen und Normvorstellungen im Laufe der Zeit beeinflusst werden. (Speck, 1999)

Bezogen auf die Intervention heilpädagogisches Voltigieren lässt sich eine Förderung von Kompetenzen in jedem dieser vier Teilbereiche ausmachen. Besonders bei Kindern aber auch Erwachsenen kann der therapeutische Umgang mit dem Pferd neue Lebenskräfte und Energien wecken, die für die Durchführung sinnvoller Tätigkeiten genutzt werden können. Dadurch kann neuer Lebensantrieb entfacht und das Empfinden von Freude und Erfüllung gesteigert werden, was zu einer positiven Grundstimmung beiträgt. Sensomotorische Erfahrungen können sowohl im aktiven als auch passiven Umgang mit dem Pferd am eigenen Körper erlebt und geschult werden. Ebenso kommt es zum Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten. Die Wahrnehmung und das Wissen über Gegenstände und Zusammenhänge können erlernt werden, was wiederum zu einer besseren Orientierung in der Umwelt beiträgt. Persönliche Möglichkeiten wie auch

Grenzen können entwickelt und ausgelotet werden. Das heilpädagogische Voltigieren stellt von Beginn an einen sozialen Prozess dar. Die Auseinandersetzung mit dem Pferd, dem Reittherapeuten und anderen Teilnehmern kann die Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit aufbauen und verbessern. Aus diesem Prozess ergeben sich Einstellungen und Haltungen, die einen Einfluss auf die allgemeine Werthaltung haben sowie zur Entwicklung der Persönlichkeit beitragen können. (Eberle-Gäng, 1998)

### ***3.4 Das Therapiepferd***

*(Verfasst von Luise Bieler)*

#### *3.4.1 Körperbau und physische Eigenschaften*

Das Medium Pferd stellt den grundlegenden Aspekt beim heilpädagogischen Voltigieren dar. Allerdings ist nicht jedes Pferd für den Einsatz in der Therapie geeignet (Heipertz, 1977; Kröger, 1977, 2004). Nach Kröger (2004) ergeben sich sowohl spezielle Anforderungen hinsichtlich der körperlichen Eigenschaften sowie der charakterlichen Züge des Tieres. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass das optimale Therapiepferd keiner bestimmten Rasse zugeordnet ist, sondern nach seinen individuellen Merkmalen ausgesucht werden sollte (Voßberg, 2004). Gäng (2004) ergänzt, dass sowohl Pferde und Ponys für die Ausbildung zum Therapiepferd geeignet sind. Der gutmütige Charakter des Tieres sowie die Sympathie des jeweiligen Reittherapeuten zu ihm stellt eine wichtigere Entscheidungsgrundlage als die Rassezugehörigkeit dar (Gäng, 2004).

Voßberg (2004) merkt zur Eignung des Therapiepferdes an, dass, um optimale Beziehungsanforderungen zu schaffen, in erster Linie Tiere mit hohem Aufforderungscharakter ausgewählt werden sollten. Dies schließt bei der allgemeinen optischen Betrachtung mit ein, dass das Pferd sich rein äußerlich schon als Individuum darstellen und sich von anderen Tieren in einer Gruppe abheben sollte. Eine besondere Farbe, möglichst viel Fell, lange Mähne und Schweif sowie gegebenenfalls Behang tragen beispielsweise zur Attraktivität eines jeweiligen Pferdes bei (Voßberg, 2004).

Bezüglich des Körperbaus sind mittelgroße Pferde mit einem Stockmaß um 1.50 Meter besonders geeignet. Ihre Gangarten sind oft ausreichend schwingend und raumgreifend. Das wiederum ermöglicht dem Rücken des Tieres in guter Frequenz mitzuschwingen, was den Sitz des Reiters komfortabler gestaltet. Bei kleineren Pferden

wären diese Voraussetzungen nicht erfüllt, da diese in Relation zu ihrer Körpergröße über kürzere Beine und damit auch über kürzere, schnellere Gangarten verfügen. Dadurch würde der Rücken in einer höheren Frequenz schwingen und das Sitzen auf dem Tier könnte vom Klienten als unangenehm empfunden werden. Größere Pferde erschweren die Hilfestellungen des Reittherapeuten und können zudem auf Seiten des Klienten mehr Furcht auslösen. Abweichungen und Ausnahmen hinsichtlich der Größe sind allerdings durchaus zulässig, besonders in der Arbeit mit sehr kleinen Kindern und Erwachsenen. Ein mittelgroßes Therapiepferd kommt in der Praxis jedoch bevorzugt zum Einsatz. (Heipertz-Hengst, 1977)

Des Weiteren wird ein rechteckiger Körperbau des Pferdes angestrebt. Das Format bezieht sich auf das Längen- und Breitenverhältnis des Rumpfes und der Gliedmaßen des Tieres, exklusive Kopf und Hals (siehe Abbildung 3). Der Rücken des Pferdes stellt das Bewegungszentrum dar, über den Schwingungen an den Reiter übertragen werden. Ein langer Rücken, wie er bei rechteckig gebauten Pferden zu finden ist, lässt sich dabei bequemer sitzen als bei Pferden mit kurzem Rücken und eher quadratischem Körperbau. (Heipertz-Hengst, 1977)

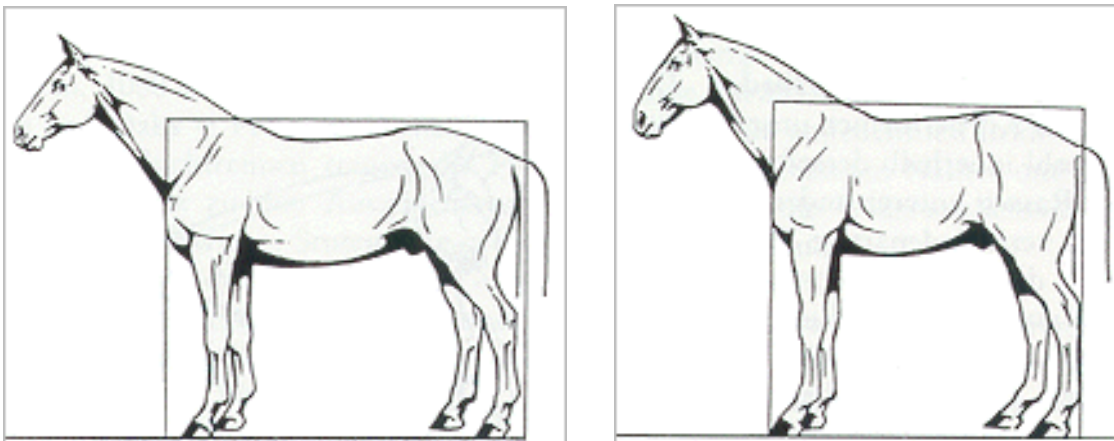


Abbildung 3. Körperbau des Pferdes: rechteckiges Format (links) und quadratisches Format (rechts) (Heipertz-Hengst, 1977, S. 152).

Neben der Größe und dem Format ergeben sich nach Heipertz-Hengst (1997) noch spezifischere körperliche Merkmale, die ein Therapiepferd erfüllen sollte.

Der Kopf-Hals-Ansatz des Pferdes sollte eher schmal und die Oberlinie des Halses nach oben gewölbt und gut bemuskelt sein. Dadurch wird für eine gute Tragfähigkeit des Rückens gesorgt. Der Widerrist sollte hoch genug, deutlich ausgeprägt und einen harmonischen Übergang zur Rückenlinie darstellen. Die Rückenlinie (eine gedachte

Linie über Hals, Widerrist, Rücken, Kruppe und Hinterhand des Pferdes) sollte sich durch einen langen, gut bemuskelten Rücken mit ausgeprägt gewölbten Rippenpartien auszeichnen. Der Übergang von Widerrist zum Rücken verläuft dabei leicht konkav, was für eine weiche, federnde Schwingung des Rückens sorgt. Damit wird sowohl eine gute Sattel- und Sitzlage gewährleistet als auch die einwandfreie Rückentätigkeit des Pferdes unterstützt. Bei zu stark abgesenktem Rücken ergeben sich Nachteile sowohl auf Seiten des Reiters wie auch des Pferdes. Ein strammer, harter Rücken zeichnet sich durch eine zu gerade Rückenlinie aus. Das Sitzen auf einem solchen Rücken kann schnell unbequem für den Klienten werden, vor allem auf dem bloßen Pferd ohne Sattel und Decke. (Heipertz-Hengst, 1977)

Neben dem weich schwingenden Rücken sind bei einem Therapiepferd ebenfalls die Bewegungseigenschaften von besonderer Bedeutung. Die Beinstellung des Pferdes sollte demnach korrekt verlaufen und im Idealfall keine Abweichungen aufweisen, um einen ungestörten Bewegungsablauf zu ermöglichen. Bei den Gangarten ist zudem besonders auf Taktreinheit, Trittsicherheit und vor allem Korrektheit der Gänge zu achten. (Heipertz-Hengst, 1977)

Kröger (2004) legt insbesondere beim Voltigieren Wert auf ein ausdauerndes Galoppiervermögen des Pferdes, welches sich durch gleichmäßige, taktreine Galoppsprünge auszeichnen sollte.

Für weitere, ausführlichere Informationen über den Körperbau eines Therapiepferdes siehe auch Heipertz-Hengst (1977).

#### *3.4.2 Charaktereigenschaften*

So wichtig es auch ist, dass ein Therapiepferd bestimmte körperliche Voraussetzungen erfüllt, so unerlässlich ist ein stabiler, ausgeglichener Charakter (Gäng, 1998; Heipertz-Hengst, 1977). Nach Gäng (2004) und Kaune (1995) sollte das Pferd nicht zu temperamentvoll und stürmisch, allerdings auch nicht abgestumpft sein. Charakterlich sind ruhige Tiere zu wählen, die dennoch über ein gewisses Maß an Sensibilität verfügen (Gäng, 2004; Heipertz-Hengst, 1977; Kröger 2004). Neben Gutmütigkeit und Gehorsam spielt die Wachheit und Aufmerksamkeit des Tieres eine entscheidende Rolle (Kröger, 2004). Voßberg (2004) betont, dass für eine gute Beziehungsfähigkeit des Pferdes Aufmerksamkeit im Wahrnehmungsvermögen, Differenziertheit im Gefühls-erleben und eine mindestens durchschnittlich gute Lernfähigkeit des Tieres gegeben

sein muss. Besonders in der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen sind vom Pferd zusätzlich zu sozialen Eigenschaften auch Kontaktbereitschaft, Gelassenheit und ein gewisses Maß an Geduld zu fordern (Heipertz-Hengst, 1977; Kaune, 1995). Kaune (1995) weist ebenfalls auf die Unerschrockenheit als wichtigen Charakterzug des Pferdes hin. Diese kann in Belastungs- bzw. Schrecksituationen das Vertrauensverhältnis des Klienten zum Tier schützen (Kaune, 1995).

Im Gegensatz zu den in anderen Fachbereichen eingesetzten Therapiepferden darf und soll ein Pferd beim heilpädagogischen Voltigieren das Geschehen um sich herum stets im Auge behalten und angemessen auf seine Umwelt reagieren (Kröger, 1977, 2004). Dazu gehört laut Kröger (1977, 2004) auch die Reaktion des Pferdes auf Fehlverhalten seines Reiters. Dies erfordert Sensibilität auf Seiten des Tieres, stellt aber einen der wichtigsten Grundpfeiler bezüglich erwünschter Verhaltenskorrekturen auf Seiten des einzelnen Klienten bzw. der Gruppe dar (Kröger, 1977, 2004).

Das Pferd verfügt weder über Mitleid, noch wird es Nachgeben oder Kompromisse ermöglichen. Da für das Tier keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Beeinträchtigungen existieren, ist Neutralität garantiert. Demzufolge gelingt es besser, Reaktionen des Pferdes auf Fehlverhalten und die daraus folgenden Konsequenzen frustrationsfrei anzunehmen und zu verinnerlichen. (Kröger, 1977, 2004)

Zusammenfassend sollte ein Pferd, welches im therapeutischen Rahmen eingesetzt wird, weder durch zu große Schreckhaftigkeit, noch durch Unausgeglichenheit negativ auffallen, sondern sich in seiner Arbeit mit dem Klienten psychisch belastbar und kooperativ zeigen (Gäng, 1998).

Der Charakter eines Pferdes lässt sich allerdings nicht so leicht beurteilen wie die körperlichen Voraussetzungen (Heipertz-Hengst, 1977). Es bedarf einem regelmäßigen Umgang mit dem Tier und einer genauen Beobachtung seines Verhaltens, sowie eine konsequente Erziehung (Heipertz-Hengst, 1977). Um jedoch entsprechende Voraussetzungen für einen anhaltend ausgeglichenen Charakter und das Wohlbefinden des Pferdes zu schaffen, ist eine artgerechte Haltung im Offenstall oder mit Koppelgang und sozialen Kontakten zu Artgenossen gefordert – denn ein Therapiepferd kann nur dann seine Arbeit zur Zufriedenheit erfüllen, wenn es körperlich und psychisch gesund ist (OKTR, o.J.; Rügsegger, 2003; Voßberg, 2004).

Ein in allen Punkten ideales Therapiepferd wird es nicht geben, da jedes Tier in verschiedenen Bereichen bestimmte Stärken und Schwächen aufweist. Es bedarf einer persönlichen Einschätzung, das Abwägen und in Relation setzen der Stärken und

Schwächen des einzelnen Tieres. Letztendlich sollten das Wesen und der Charakter des zukünftigen Therapiepferdes den ausschlaggebenden Punkt darstellen. (Heipertz, 1977; Heipertz-Hengst, 1977)

Die endgültige Eignung eines Pferdes für die Therapie zeigt sich jedoch erst nach einer langjährigen Ausbildung und in der täglichen therapeutischen Arbeit. Das regelmäßige Korrekturreiten und Nacharbeiten des Therapiepferdes, sowie ausgleichende Arbeit durch einen qualifizierten Reiter ist dabei unerlässlich. (Voßberg, 2004)

### **3.5 Der Reittherapeut**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

#### *3.5.1 Ausbildung in Österreich und Deutschland*

Zur fachlich korrekten Durchführung des heilpädagogischen Voltigierens bedarf es einer speziellen Ausbildung, die angehenden Reittherapeuten neben dem Vorhandensein von grundlegenden reiterlichen Fähigkeiten auch Kenntnisse in der Psychologie, Psychotherapie und Pädagogik abverlangt. Erfahrungen im Umgang sowie der Betreuung von Menschen mit verschiedenen Erkrankungen, Störungsbildern oder Beeinträchtigungen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. (Gäng, 1998)

In Österreich sind die Ausbildung und Lehrgänge zum heilpädagogischen Voltigieren durch das Österreichische Kuratorium für therapeutisches Reiten gesetzlich geregelt. Berufliche Voraussetzung stellt dabei der Nachweis einer abgeschlossenen Ausbildung in einem psychologischen, psychotherapeutischen, sozial-, sonder-, oder heilpädagogischen Beruf dar. Zudem muss eine voltigiersportfachliche Qualifikation, wie beispielsweise Voltigierwart oder Fachübungsleiter Voltigieren, vorliegen. (Hauser, 1998)

Die Ziele der Ausbildung werden nach Hauser (1998) im Folgenden formuliert. Der Auszubildende im heilpädagogischen Voltigieren soll dazu befähigt werden:

- Heilpädagogisches Voltigieren selbstständig durchführen zu können.
- Seine Arbeit im Gesamtgebiet des therapeutischen Reitens klar definieren und abgrenzen zu können.

- Seine individuelle pädagogische bzw. psychologische Ausbildung im heilpädagogischen Voltigieren durch Reflexion mit einzubinden und zum gezielten Einsatz zu bringen.

Die Ausbildung im heilpädagogischen Voltigieren setzt sich aus einem Grundkurs, dem Verfassen einer Diplomarbeit und einem Abschlusskurs mit kommissioneller Abschlussprüfung zusammen (Hauser, 1998).

Die Inhalte der Ausbildung beziehen sich auf einen allgemeinen Überblick über die Teilbereiche des therapeutischen Reitens und im speziellen auf das heilpädagogische Voltigieren bei Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen. Zusätzlich werden Informationen über die Beschaffenheit des Therapiepferdes für den jeweiligen Einsatzbereich vermittelt. Hinzu kommt das Hospitieren und Auswerten des Gruppen geschehens und Erzieherverhaltens während der Lehrgänge sowie die Selbsterfahrung im Umgang mit und auf dem Pferd. Des Weiteren werden Kenntnisse über das ganzheitliche Körpererleben (beispielsweise nonverbale Kommunikation), Unfallverhütung, Finanzierungsmöglichkeiten und Rechts- bzw. Versicherungsfragen vermittelt. (Hauser, 1998)

In Deutschland werden Fortbildungsmaßnahmen und Zusatzausbildungen im heilpädagogischen Voltigieren ebenfalls vom Kuratorium für therapeutisches Reiten bestimmt (Ringbeck, 1998).

Als Voraussetzungen gelten wieder eine abgeschlossene Berufsausbildung im pädagogischen oder psychologisch/psychotherapeutischen Fachbereich sowie eine Ausbilderqualifikation der Deutschen reiterlichen Vereinigung. Zu diesen Qualifikationen, die für die Ausübung des heilpädagogischen Voltigierens benötigt werden, gehören der Ausbildungsgang zum Fachübungsleiter Voltigieren, der Voltigierwart oder der Voltigierlehrer. Zusätzlich müssen Kenntnisse über entsprechende heilpädagogische Methoden und einschlägige praktische Erfahrungen in der Arbeit mit Gruppen vorliegen. (Ringbeck, 1998)

Inhalte der Ausbildung beziehen sich auf das Aufarbeiten und Aneignen theoretischer Kenntnisse sowie das reflektierte Beobachten der Voltigiergruppe im Zuge von Hospitationsstunden und daraus folgende Situations- und Fallbeschreibungen. Dazu gehört ebenfalls die Selbsterfahrung mit und auf dem Pferd als weiterer Schwerpunkt der Ausbildung. (Ringbeck, 1998)

Abgeschlossen wird die Ausbildung mit einer zweiteiligen Prüfung. In einem Kolloquium wird die vorausgegangene Hospitation einer heilpädagogischen Voltgierstunde analysiert und anschließend ausgewertet. Zudem erfolgt eine schriftliche Arbeit über mehrere Fragen des Fachgebiets. (Ringbeck, 1998)

### *3.5.2 Therapeutenverhalten*

Um heilpädagogisches Voltgieren erfolgreich ausführen zu können, müssen Reittherapeuten sowohl über ausreichende Fachkenntnisse im Bereich der Pädagogik bzw. Psychologie, im Voltgieren selbst, als auch in der Pferdekunde verfügen (Kaune, 1995).

In der Interaktion mit Pferd und Klient bedarf es nach Kaune (1995) eines guten Einfühlungsvermögens und viel Geduld. Der Therapeut sollte motivieren können und Erfolgserlebnisse des Einzelnen sowie der Gruppe entsprechend würdigen. Der Reittherapeut sollte zudem sicher im Umgang mit dem Pferd sein, um den Klienten mögliche Hilfestellungen zur Überwindung ihrer Ängste diesbezüglich anbieten zu können. Nur so kann Vertrauen zum Pferd aufgebaut werden und das heilpädagogische Voltgieren seine Wirkung entfalten. (Kaune, 1995)

Auch wenn bei der Intervention oft eine Verhaltensänderung bzw. -anpassung im Vordergrund steht, so ist es nicht Aufgabe des Reittherapeuten, direkte Korrekturen durchzuführen (Kröger, 2004). Diese, so Kröger (2004), würden den Klienten sprichwörtlich „in die Enge“ (S. 106) treiben und nur zu einer vorübergehenden Anpassung aus Angst vor Strafe führen. Kröger (2004) führt weiter aus, dass nur durch Eigenerfahrung die notwendige Einsicht zu einer dauerhaften, durch „von innen her geleistete positive Steuerung“ (S. 106), Verhaltensmodifikation vollzogen werden kann. Von Seiten des Reittherapeuten ist dementsprechende Zurückhaltung in der Sanktionierung unerwünschten Verhaltens gefragt. Die Sanktionierung wird an dieser Stelle vom Pferd übernommen, das, wie im Kapitel 3.4.2 bereits beschrieben, unerwünschte Verhaltensweisen mit entsprechenden Reaktionen quittiert (bspw. Tempoveränderung, Ausweichen, zur Seite springen, Erschrecken) (Kröger, 2004).

Auch Konflikte innerhalb der Voltgiergruppe können so in vielen Fällen vom Pferd gelöst werden, wobei das Verhalten des Reittherapeuten dem Klienten gegenüber stets partnerschaftlich sein sollte. Reichen die Konsequenzen des Pferdes einmal nicht aus, so muss der Reittherapeut schlichtend eingreifen. Bevor eine Situation eskaliert, sollte die

Voltigiereinheit abgebrochen werden, mit der Begründung, dass dem Tier nicht geschadet werden darf. Vom Ausschluss des Einzelnen aus der Gruppe aufgrund seines negativen Verhaltens wird allerdings abgeraten, da ansonsten der Verlust der partnerschaftlichen Rolle des Therapeuten droht. Beim nächsten Aufeinandertreffen der konfliktbesetzten Gruppenmitglieder und des Pferdes sollte die vergangene Situation wieder bewusst gemacht, aber mit geeigneten Impulsen (bspw. alle entschuldigen sich beim Pferd für den Streit) entschärft werden. Somit bekommen die einzelnen Mitglieder die Chance, eine Regulierung des Konfliktes vorzunehmen. (Kröger, 2004)

Nur durch angemessenes Therapeutenverhalten kann das Unfallrisiko durch Leichtsinn oder Ängstlichkeit auf Seiten des Klienten auf ein Minimum reduziert werden (Kaune, 1995).

### **3.6 Die Voltigiergruppe**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Aus der Praxis ergeben sich positive Erfahrungen mit einer Voltigiergruppengröße von sechs Kindern bzw. Jugendlichen (Kröger 1977, 2004). Diese Anzahl ist sowohl überschaubar und genügt zudem für die Bildung von Untergruppen. Zu lange Wartezeiten in der Zuschauerposition werden dadurch vermieden und körperlicher Überlastung entgegengewirkt (Kröger, 2004).

Die Gruppengröße sollte sich nach den Bedürfnissen der einzelnen Teilnehmer richten und kann in besonderen Fällen auch größer oder kleiner gewählt werden (Kröger, 2004). Zudem sollte laut Kröger (2004) auf die Zusammensetzung geachtet werden. Die Gruppe sollte eher heterogen gestaltet sein, da beispielsweise ängstliche Gruppenmitglieder von wagemutigen Teilnehmern lernen können und umgekehrt zum Beispiel übermäßige Aggression durch die Teilhabe an introvertiertem Verhalten kompensiert werden kann (Kröger, 2004).

Die Arbeit in der Gruppe stellt nach Voßberg (2004) eine ideale Möglichkeit dar, emotionale Beziehungsinhalte zu trainieren. Demzufolge kommt es zum wechselseitigen Aufbau verschiedener Beziehungsdrei-, Beziehungsvier- und Beziehungsvielecke zwischen den Gruppenmitgliedern, dem Pferd und dem Therapeuten. Auf die Wirkung des Beziehungsdreiecks wird in Kapitel 3.7 genauer eingegangen. Dabei kommt es oft zum Auftauchen von Konflikten, denen vom Therapeuten genauso

beziehungsangemessen nachgegangen werden muss, wie wenn er sich in einer einzelnen Triade befinden würde (Voßberg, 2004).

Innerhalb der Arbeit mit Gruppen entstehen so genannte Freiräume, die ebenfalls ein wichtiges Angebot darstellen. Damit sind nach Voßberg (2004) aber keinesfalls unbeaufsichtigte Momente gemeint, in denen Klienten sich selbst überlassen werden. Vielmehr stellen Freiräume zeitliche und organisatorische Phasen dar, in denen Klienten „durch die Nähe und Geschlossenheit zum Pferd“ aber ohne direkte Gegenwart eines Reittherapeuten „Beziehungen ausprobieren und erleben können“ (Voßberg, 2004, S.181).

Eine Besonderheit der therapeutischen bzw. heilpädagogischen Arbeit mit dem Pferd in der Gruppe ergibt sich nach Burgdorf (1995) in der Förderung sozialer Kompetenzen, wie beispielsweise der Gruppenfähigkeit. Auf diese und weitere Zielsetzungen des heilpädagogischen Voltigierens wird in Kapitel 4.1 genauer eingegangen.

### ***3.7 Das Beziehungsdreieck Pferd-Klient-Therapeut***

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Die Ausgestaltung der Dreiecksbeziehung Therapiepferd-Klient-Therapeut nimmt beim heilpädagogischen Voltigieren einen zentralen Stellenwert ein (DKThR, O.J.).

Dabei sollte sich sowohl die Aufmerksamkeit als auch das Fachwissen des Therapeuten auf die teilnehmenden Parteien der Triade beziehen (Vorsteher, 2003).

Gemäß Vorsteher (2003) nimmt das Pferd in diesem Beziehungsdreieck den Standpunkt eines Co-Therapeuten oder, im heilpädagogischen Kontext, eines Erziehungshelfers ein. Um seine Fähigkeiten im psychotherapeutischen Zusammenhang jedoch gezielt einsetzen zu können, wird der Reittherapeut benötigt, der alle Eigenheiten, Fertigkeiten und Grenzen des Tieres kennt, ihm Sicherheit und Schutz bietet und es ausreichend fördern kann (Vorsteher, 2003). Somit wird es dem Pferd ermöglicht, dem Klienten Beziehungsinhalte zu vermitteln, die er für die Entfaltung der Beziehungsfähigkeit und seines Gefühlserlebens benötigt (Eberle-Gäng, 1998; Voßberg, 2004). Das Pferd als lebendes Objekt fordert den Klienten selbst zum Handeln auf. Die sich daraus ergebenden Haltungen und Einstellungen können in Folge essentiell zur Förderung der Persönlichkeit und Werthaltungen des Klienten beitragen (Eberle-Gäng, 1998). Nach Eberle-Gäng (1998) kann der Umgang mit dem Pferd Freude und Erfüllung mit sich bringen, was wiederum zu einer positiven Grundstimmung führt.

Diese positiven emotionalen Erlebnisse, die durch das Pferd ausgelöst werden, werden wiederum in Form von Zuwendung und Pflege an das Tier zurückgegeben, um weiterhin diese bestärkenden Rückmeldungen zu erhalten (Voßberg, 2004). Insgesamt ist die Arbeit mit dem Pferd eine aktive Auseinandersetzung und ein sozialer Prozess, der wesentlich zur Förderung der Kommunikationsfähigkeit der Klienten beitragen kann (Eberle-Gäng, 1998).

Als zweiten Part führt Vorsteher (2003) den Reittherapeuten selbst an. Seine professionelle Arbeit und die damit einhergehende Wirkung des heilpädagogischen Voltigierens setzt voraus, dass dieser stets selbst reflektiert vorgeht und die Kontrolle über seine eigenen Gefühle im Kontakt mit dem Klienten behält, sich beispielsweise nicht provozieren lässt. Zudem muss Vertrautheit im Umgang mit eigenen Verhaltensmustern bestehen und eigene, persönliche Probleme sollten nicht in die Behandlung mit einfließen. Damit soll der therapeutische Prozess beim Klienten mit der nötigen Sorgfalt aber auch Distanz unterstützt werden. (Vorsteher, 2003)

Nach Eberle-Gäng (1998) ist es gerade in der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wichtig, dass der Therapeut als Vorbild agiert und in Situationen, die auf den Klienten unangenehm wirken können, als Stabilisator dient.

Um auf den Klienten, als dritten Part des Beziehungsdreiecks, eingehen zu können, muss ausreichendes psychologisches bzw. psychotherapeutisches Wissen beim Therapeuten vorhanden sein (Vorsteher, 2003). Handelt es sich im Behandlungskontext um ein Kind, werden Vorsteher (2003) zufolge, tiefgreifende Kenntnisse über die kindliche Entwicklung, sowie über Störungen in der Entwicklung und deren Zusammenhänge benötigt. Voßberg (2004) ergänzt die Wichtigkeit, dass der Klient bei der Beziehungserprobung mit dem Pferd vom Therapeuten stets unterstützt werden sollte. Die Einhaltung einer gewissen Balance zwischen Einflussnahme und Zurückhaltung seitens des Therapeuten ermöglicht dem Pferd „als tragfähige Beziehungshilfe die Vermittlung wichtiger Beziehungsinhalte“ (Voßberg, 2004, S. 179).

Voßberg (2004) spricht in diesem Zusammenhang dem Pferd die Rolle eines „entlastenden Beziehungsmediums“ (S. 177) zu. Die Geschlossenheit in den Inhalten des Beziehungsdreiecks entsteht dabei durch vollständige und konzentrierte Zuwendung und Nähe der drei Parts zueinander, für die insbesondere der Reittherapeut Verantwortung trägt und diese stets zu gestalten verpflichtet ist (Voßberg, 2004). Nur in entspannter Atmosphäre „kann eine Beziehung zum Pferd entstehen und sich

Eigeninitiative im Sinne einer Handlungsmotivation entwickeln“ (Eberle-Gäng, 1998, S. 137).

### **3.8 Zusammenfassung**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Heilpädagogisches Voltigieren umfasst als Teilbereich des therapeutischen Reitens sowohl psychologische, pädagogische, psychotherapeutische wie auch rehabilitative und soziointegrative Behandlungsmaßnahmen, die über das Medium Pferd vermittelt werden (DKThR, o.J.). Die Intervention ist Kröger (2004) zufolge dabei besonders für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung indiziert. Der therapeutische Umgang mit dem Pferd kann neben der Schulung motorischer und geistiger Fähigkeiten auch soziale und emotionale Kompetenzen fördern (Heipertz, 1977). Auch das Selbstwertgefühl sowie die allgemeine Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit können durch heilpädagogisches Voltigieren positiv beeinflusst werden (DKThR, o.J.).

Das Pferd nimmt beim heilpädagogischen Voltigieren eine tragende Rolle ein. Um für die Therapie geeignet zu sein, muss es bestimmte körperliche und charakterliche Merkmale erfüllen (Heipertz, 1977; Kröger, 2004). Neben einem guten Körperbau, mittlerer Größe und schwungvollen Gangarten ist ein ausgeglichener und gutmütiger Charakter besonders wichtig (Gäng, 1998; Heipertz-Hengst, 1977).

Die Ausbildung zur Durchführung des heilpädagogischen Voltigierens unterliegt durch die Kuratorien für Therapeutisches Reiten (DKThR, OKTH) einer gesetzlichen Regelung (Gäng, 1998). Der Umgang mit dem Klienten während der Intervention sollte durch Einfühlungsvermögen und Geduld von Seiten des Reittherapeuten gekennzeichnet sein (Kaune, 1995).

Heilpädagogisches Voltigieren findet zudem meist als Gruppenintervention statt. Um auf die verschiedenen Ressourcen und Bedürfnisse der Klienten gleichermaßen eingehen zu können, bedarf es einer gewissenhaften Zusammensetzung der Gruppe. Dadurch kann gewährleistet werden, dass die Teilnehmer von der Gruppeninteraktion in einem angemessenen Ausmaß profitieren. (Kröger, 2004)

Hervorzuheben ist ebenfalls das Beziehungsdreieck, das sich zwischen dem behandelnden Therapeuten, dem Therapiepferd und dem Klienten entwickelt, als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung der Intervention (Vorsteher, 2003).

## 4 Theoretische Hintergründe des Heilpädagogischen Voltigierens

### 4.1 Wirkung, Zielsetzungen und Fördermöglichkeiten

(Verfasst von Luise Bieler)

*„Die positive Wirkung von Tieren auf Kinder und der Motivationswert von Pferden sind ebenso bekannt, wie die Freude am Spiel und der Spaß an der Bewegung.“*

*(Burgdorf, 1995, S. 24)*

Die Auswirkungen des HPV können auf verschiedenen Ebenen zum Tragen kommen. In den nachfolgenden Abschnitten werden diese Bereiche kurz dargestellt, der sozial-emotionale Bereich aufgrund seiner Wichtigkeit für die vorliegende Arbeit jedoch hervorgehoben.

#### 4.1.1 Förderung im sozial-emotionalen Bereich

Die Wirkung des HPV im sozial-emotionalen Bereich bezieht sich nicht nur auf das direkte Verhalten eines Menschen dem Pferd und anderen Personen gegenüber, sondern ebenfalls auf Gefühle und Ängste im Umgang mit sich selbst (Kaune, 1995).

Besonders bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nimmt dieser Bereich eine besondere Stellung ein, da Intelligenzminderung oft mit Auffälligkeiten und Defiziten in den sozial-emotionalen Kompetenzen einhergeht (APA, 2013; WHO, 2013).

Im Mittelpunkt stehen hier der Abbau von Ängsten, der Aufbau von Vertrauen und Selbstvertrauen, ebenso wie die Förderung der Gruppenfähigkeit (Burgdorf, 1995; Kröger, 2004). Die Erhaltung bzw. der Aufbau von Motivation spielt eine wichtige Rolle, genauso wie das Erlernen angemessener Verhaltensweisen, das Annehmen und Geben von Hilfen und das Übernehmen von Verantwortung (Egenolf, 1999; Kröger, 2004). Die Bedeutung des Abbaus von Aggressionen und Antipathien sowie das Erlernen, sich auf einen Partner einzustellen, sollten dabei ebenfalls nicht unterschätzt werden (Kröger, 2004).

Die genannten sozial-emotionalen Kompetenzen sollen im Folgenden näher ausgeführt werden.

*a) Abbau von Ängsten*

Ängste treten häufig bei der Zielgruppe des HPV auf und werden oft entweder durch Resignation oder Aggression kompensiert. Darunter fallen sowohl soziale- als auch Leistungsängste, Ängste, die durch körperliche Beeinträchtigungen hervorgerufen werden und verschiedene Verhaltensdefizite, die Angst verstärkend wirken können. (Kröger, 2004)

Schwerpunkte, die sich nach Burgdorf (1995) speziell im Kontext des HPV ergeben sind zum einen die Angst vor der neuen Situation, insbesondere vor dem Pferd, sowie Berührungsängste, die im Umgang mit anderen Personen entstehen können. Das langsame Heranführen und Zeitgeben im ersten Kontakt mit dem Therapiepferd wirkt der Angst vor der neuen Situation entgegen. Die Wahl eines kleineren Tieres (Pony oder Kleinpferd) sowie das Vorstellen des Pferdes durch den Therapeuten stellt eine weitere zielführende Vorgangsweise dar. Ist die Angst vor der neuen Situation und dem Therapiepferd überwunden, sollten gezielt Berührungsängste innerhalb der Gruppe bearbeitet werden. (Burgdorf, 1995)

Zunächst wird der Beginn des HPV nach Kröger (2004) von allen Teilnehmern mit Angst in Verbindung gebracht. Das sollte vom Reittherapeuten betont werden. Indem die eigenen Ängste innerhalb der Gruppe offen zugegeben und erlebt werden können, kann gemeinsam an Bewältigungsstrategien gearbeitet und diese anschließend erprobt werden. Durch die Anerkennung der Gruppe bei Überwindung von Ängsten können positive Erfahrungen gemacht und das Selbstvertrauen gesteigert werden. Nach und nach kommt es so zum Abbau von Ängsten. (Kröger, 2004)

Das Erlernen einer angemessenen Umgangsweise mit eigenen Ängsten kann später vom geschützten Bereich der Reittherapie auf alltägliche Situationen übertragen werden (Burgdorf, 1995).

*b) Aufbau von Vertrauen, Selbstvertrauen und Selbstwert*

Durch die regelmäßige Interaktion mit dem Pferd (Pflegen, Führen, Reiten etc.) kommt es nach und nach zum Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Mensch und Tier (Burgdorf, 1995).

Das Pferd akzeptiert den Menschen in erster Linie so, wie er ist (Kröger, 2004). Demnach treffen erste Annäherungsversuche auf positive Rückmeldungen seitens des Pferdes. Diese sollten stets von dem Therapeuten bestärkt und unterstützt werden, indem beispielsweise viel Wert auf die Begrüßung des Pferdes gelegt wird (Burgdorf,

1995). Durch diese Interaktionen und Bestärkungen wächst nicht nur das Vertrauen des Klienten zum Pferd, auch die Beziehung zum Reittherapeuten kann sich positiv entwickeln (Kröger, 2004). Anweisungen des Therapeuten sowie dessen Hilfestellungen können vertrauensvoll angenommen und akzeptiert werden (Kröger, 2004).

Wenn das Vertrauen zum Pferd ausreichend gefestigt ist, kann durch selbstständig auszuführende Aufgaben das Selbstvertrauen gesteigert werden. Das Pferd alleine zu führen erfordert eine gewisse Überwindung, die nur mit starkem Vertrauen gemeistert werden und somit einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl haben kann. Ebenso kostet das Ausführen der Voltigierübungen Mut und bei Bewältigung dieser kommt es zum Empfinden eines Erfolgserlebnisses, was wiederum positive Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein nach sich ziehen kann. (Burgdorf, 1995)

Kröger (2004) betont in diesem Fall, dass durch die zuschauende Gruppe der Aufbau des Selbstvertrauens zusätzlich gefördert werden kann.

Diese Prozesse stehen laut Kröger (2004) ebenfalls in Verbindung mit dem Aufbau des Selbstwertgefühls. Vor allem die Erfahrung, etwas leisten zu können und Leistungsanforderungen zu erfüllen, sind an dieser Stelle positiv hervorzuheben. Kröger (2004) hebt zudem hervor, dass das in Leistungssituationen häufig genannte „Das kann ich nicht“ (S. 117) immer seltener wird – „Zuerst beim Voltigieren und dann auch im übrigen Lebensbereich“ (S.117).

### *c) Förderung der Gruppenfähigkeit und Hilfe zur Gründung von Freundschaften*

Die Überwindung von Ängsten und der Aufbau von Vertrauen und Selbstvertrauen können sich positiv auf Interaktionen innerhalb der Voltigiergruppe auswirken (Burgdorf, 1995).

Durch gemeinsames Pflegen und gegenseitiges Helfen am und auf dem Pferd werden soziale Kontakte geknüpft, die von dem jeweiligen Therapeuten gefördert werden sollten (Burgdorf, 1995). Besonders kontaktschwache Menschen können durch die Aufforderung, sich einen Partner zu suchen und mit diesem gemeinsam Voltigierübungen auszuführen, lernen, sich auf andere einzustellen und mit diesen umzugehen (Kröger, 2004). Durch das Sammeln von unmittelbaren positiven Erfahrungen werden sie, nach Kröger (2004), in ihrer getroffenen Entscheidung bestätigt. Die Kooperation zweier bzw. mehrerer Gruppenmitglieder über einen längeren Zeitraum kann zur

Entstehung starker Bindungen und letztendlich zu Freundschaften führen (Kröger, 2004).

Im gemeinsamen Spiel der Gruppe mit dem Pferd kann des Weiteren die Fähigkeit zur Rücksichtnahme und das Gerechtigkeitsempfinden aufgebaut und verbessert werden. Es kommt zur Entstehung eines Wir-Gefühls innerhalb der Voltigiergruppe, das sich positiv auf die Gruppenfähigkeit, den Gruppenzusammenhalt und auf das Selbstbewusstsein der einzelnen Mitglieder auswirken kann. (Burgdorf, 1995)

#### *d) Erhaltung und Aufbau von Motivation*

Egenolf (1999) ergänzt die Wirkungsweise des HPV im sozial-emotionalen Bereich um den Aspekt der Motivation. Der Aufforderungscharakter des Pferdes motiviert Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene zur Kontaktaufnahme (Egenolf, 1999). Kröger (2004) stellt fest, dass die „pädagogische Maßnahme mit dem Pferd im Vergleich zu anderen Maßnahmen von allen schwierigen Kindern angenommen wird und trotz Leistungsanforderung auch die launenhaften Kinder aktionsfreudig hält“ (S.109). Besonders extrem ängstliche und introvertierte Kinder, bei denen sonst kaum Motivation erkennbar ist, zeigen gegenüber dem Pferd bzw. der heilpädagogischen Maßnahme eine außergewöhnliche Begeisterung (Kröger, 2004).

Durch das Erlernen von Selbstsicherheit im Umgang mit dem Tier können produktive Verhaltensweisen gefördert und destruktives Verhalten unterbunden werden (Egenolf, 1999; Kröger, 2004). Egenolf (1999) beschreibt, dass sowohl Selbstunterschätzung als auch Verweigerungshaltungen bereits durch geringe Aktivitäten an und auf dem Pferd gelöst werden können und konstruktive Handlungsvorschläge daraus hervorgehen.

Dabei sollte jede Selbstüberwindung vom Reittherapeuten entsprechend gewürdigt werden, um die Motivation aufrecht zu erhalten bzw. zu steigern. Erfolge sollten an subjektiven Fortschritten statt an objektiven Leistungen gemessen werden. Bei Misserfolgen und Überforderung ist es wichtig, dass der Reittherapeut Kompromisse für die jeweilige Situation bereithält, um ein Absinken der Motivation zu verhindern. (Egenolf, 1999; Kröger, 2004)

Kröger (2004) stellt zudem fest, dass diese Vorgehensweisen auf Dauer zu einer guten Selbsteinschätzung bezüglich des Leistungsvermögens auf Seiten des Klienten führen. Die Zufriedenheit kann aufrechterhalten und dadurch auch die Motivation gesteigert werden, auch wenn beispielsweise andere Gruppenmitglieder objektiv bessere

Leistungen erbringen. Ebenso können durch das Zuschauen und die Bestärkung durch die Gruppenmitglieder motivationale Prozesse innerhalb der Person ausgelöst werden, was mithilfe guter Selbsteinschätzung zu neuen Leistungen anspornen kann. Selbstbestätigung durch Selbsterfahrung spielt an dieser Stelle eine der wichtigsten Rolle in Bezug auf die Motivation. (Kröger, 2004)

*e) Erlernen angemessener Verhaltensweisen*

Verhaltensmodifikationen und das Erlernen angemessener Verhaltensweisen finden im HPV vor allem über positive Verstärkung (Konditionierung) statt. Dies kann sowohl über das Lob und die Anerkennung des Reittherapeuten erfolgen, als auch über den Interaktionspartner Pferd. Ein bestimmtes Verhalten gegenüber dem Tier löst eine gewisse Reaktion des Pferdes aus. Das darauf folgende Verhalten des Pferdes kann wiederum eine positive Rückmeldung an den Reiter sein, indem es beispielsweise auf die vorgegebenen Hilfen entsprechend reagiert. Diese positive Erfahrung erlebter Interaktion kann zum Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen beitragen. (Egenolf, 1999)

Ebenso können nach Kröger (2004), wie bereits in vorangegangenen Abschnitten erwähnt, unerwünschte Verhaltensweisen mithilfe des Pferdes korrigiert und der Aufbau prosozialen Verhaltens dadurch gefördert werden.

*f) Annehmen und Geben von Hilfen*

Sowohl bei der Versorgung und Pflege des Pferdes als auch beim Voltigieren selbst sind Hilfestellungen und Korrekturen erforderlich. In der Gruppenarbeit, beispielsweise beim Pflegen oder Führen des Tieres, sollte darauf geachtet werden, dass sich die Gruppenmitglieder untereinander gegenseitig helfen. (Egenolf, 1999)

Beim Voltigieren selbst sollte der Reittherapeut stets darauf achten, dass sich die Gruppenmitglieder gegenseitig beim Aufsitzen auf das Pferd helfen und sich bei schwierigen Übungen unterstützen (Kröger, 2004).

Nur in Notfällen sollte Rat beim Reittherapeuten gesucht werden. Somit kann die Selbstständigkeit aber auch die Rücksichtnahme auf andere gefördert werden. Das Geben von Hilfe wird durch Anerkennung belohnt, welche das Selbstvertrauen positiv beeinflussen kann. Das Annehmen von Hilfe sollte nicht mit persönlichem Versagen gleichgesetzt, sondern als Teil des Gelingens des Vorhabens angesehen werden.

Schließlich ist jedes Gruppenmitglied auf die Hilfe eines anderen angewiesen und gibt andererseits seine Hilfestellungen an andere weiter. (Egenolf, 1999)

*g) Übernehmen von Verantwortung*

Jede Person in einer Voltigiergruppe übernimmt in einem gewissen Maß Verantwortung für sich selbst, die Gruppe und das Wohl des Pferdes. Diese wird von dem Reittherapeuten Schritt für Schritt zugelassen, erhöht und bestärkt. Vertrauen in die Gruppe, das Pferd und den Reittherapeuten wirkt motivierend und übertragene Aufgaben werden immer verantwortungsbewusster ausgeführt. Das Übernehmen von Verantwortung kann zu einer Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstständigkeit, aber auch der besseren Rücksichtnahme auf andere führen. (Egenolf, 1999)

*h) Abbau von Aggressionen und Antipathien*

Aggressionen, die während des Voltigierens auftreten, werden vom Pferd meist, nachdem eine gewisse Toleranzgrenze überschritten wurde, quittiert. Dies kann durch Bewegungen oder Verhalten des Pferdes erfolgen, die als unangenehm wahrgenommen werden (bspw. Bocken, Abwurf, zur Seite springen). Dem Fehlverhalten wird so Einhalt geboten und der Voltigierende lernt sich selbst und seine Aggressionen im Umgang mit dem Tier zu kontrollieren. Dieser Vorgang kann ohne direktes Eingreifen des Reittherapeuten erfolgen. Konsequenzen, die durch das Pferd gesetzt werden, können im Gegensatz zu Bestrafungen durch den Reittherapeuten frustrationsfreier angenommen werden. Letztere werden eher als erniedrigend und ungerecht empfunden und können im schlimmsten Fall zur Verstärkung der Aggressionen führen. Das Pferd hingegen, welches, wie bereits in Kapitel 3.4.2 beschrieben wurde, weder zu Mitleid noch Kompromissen fähig ist, wird dabei eher als unparteiisch und neutral betrachtet. Der Sinn der von ihm gesetzten Korrekturen, beispielsweise das zur Wehr setzen bei erlebter Aggression, können selbst von Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen nachvollzogen werden. (Kröger, 2004)

Richten sich die Aggressionen gegen andere Gruppenmitglieder und reichen dabei die Konsequenzen die das Pferd setzt nicht aus, so muss der Reittherapeut schlichtend eingreifen. Notfalls muss dieser die Voltigierstunde abbrechen, um eine Eskalation der Situation zu vermeiden. Vom Ausschluss einzelner Gruppenmitglieder ist in dem Falle abzuraten, denn dadurch werden Aggressionen nur umgangen, nicht aber bearbeitet und gelöst. Der Reittherapeut sollte zu Beginn der nächsten Einheit geeignete Hilfestel-

lungen für die konfliktbesetzten Gruppenmitglieder anbieten. Dazu gehört beispielsweise das umfassende Entschuldigen beim Pferd. Normalerweise kommt es dabei zur Regulierung aggressiven Verhaltens auf Seiten des Klienten und es kann durch Voltigierübungen und gemeinsames Pflegen des Pferdes das Gruppenklima wiederhergestellt werden. Sollten dennoch erneut Aggressionen aufkeimen, die sich nicht durch Reaktionen des Pferdes in den Griff bekommen lassen, so ist zur Entfernung des Aggressors aus dem Aktionsfeld (weg vom Pferd z.B. auf eine Bank) oder zum Aussetzen der Voltigierstunde zu raten. Das Herausnehmen aus der Situation, die im Klienten vorzugsweise Freude und Gefallen auslöst, kann zu einer Reflexion des eigenen Fehlverhaltens führen und es können so Überlegungen und Wege zur Wiederherstellung der ursprünglichen Ordnung angeregt werden. (Kröger, 2004)

Durch Partner- und Gruppenübungen am und auf dem Pferd können positive Erfahrungen im Miteinander erlebt werden. Diese wiederum können zum Abbau von Antipathien, die meist aus Vorurteilen entstehen, und Aufbau von neuen Freundschaften und somit zu einer Eingliederung in ein soziales System führen. (Kröger, 2004)

Die Intervention HPV bietet sich hier, im Vergleich zu anderen Therapieformen durch den hohen Aufforderungscharakter, den das Pferd als lebendes Objekt mit sich bringt, besonders gut an (Eberle-Gäng, 1998). Weigert sich ein Klient aus Abneigung, eine Übung mit einem anderen Gruppenmitglied auszuführen, so muss dieser aussetzen (Kröger, 2004). Nach Kröger (2004) dauert es allerdings nicht lange, und es kommt zur Überwindung der Antipathien zugunsten der Motivation, etwas auf dem Pferd – zusammen mit dem Partner – zu leisten. Die Aussicht auf Erfolge im Bewältigen von schwierigen Übungen lässt über Unzulänglichkeiten des Partners hinwegsehen, aus gegenseitigen Vorwürfen wird Freude über ein gemeinsam erreichtes Ziel. Durch Bestärken und Hinweisen auf die nötigen Hilfestellungen, die sich beide Partner beim Turnen auf dem Pferderücken gegenseitig geben, kann dieser Entwicklungsprozess vom Reittherapeuten unterstützt werden. (Kröger, 2004)

Kröger (2004) betont, dass es nicht selten vorkommt, dass Gruppenmitglieder, die vorher große Antipathien zueinander hatten, später freiwillig Übungen zusammen ausführen und auch in der Schule oder Freizeit beim ungezwungenen Zusammenspiel beobachtet werden können. Ein Hinweis für eine Übertragung des Abbaus von Antipathien in den Alltag kann also durchaus angenommen werden (Kröger, 2004)

*i) Lernen, sich auf einen Partner einzustellen*

Damit die Zusammenarbeit mit dem Pferd gelingt, muss der Voltigierende den eigenen Bewegungsrhythmus aufgeben und den des Pferdes übernehmen. Dabei gilt, sich einfühlsam an die Bewegung des Pferdes anzupassen und seine eigenen Ansprüche diesbezüglich zu vernachlässigen. Bei jeder Übung kommt es darauf an, die innere Verspannung zu lösen, sich in den Rhythmus des Tieres einzufühlen und diesen letztendlich für sich selbst zu übernehmen. Je besser das gelingt, desto eher ist es möglich, dass sich der Voltigierende auf einen neuen Partner, beispielsweise in einer Übung zu dritt – zwei Voltigierende und das Pferd – einstellen kann. Dies stellt ebenfalls einen Grundbaustein für das Knüpfen und die Pflege anhaltender Kontakte zu anderen dar. (Kröger, 2004)

*4.1.2 Förderung im sensomotorischen Bereich*

Des Weiteren soll der Einsatz des HPV ein gewisses Ausmaß an Körperbewusstsein und Selbstwahrnehmung fördern. Vor allem auf den Ebenen der Gleichgewichts- und Koordinationsschulung können durch bestimmte Übungen gezielt motorischen Defiziten bzw. Auffälligkeiten entgegengewirkt werden. (Burgdorf, 1995)

Die Gleichgewichtsschulung kann sowohl über die klassischen Voltigierübungen erfolgen als auch durch neue Bewegungssituationen angeregt werden. Übungen mit Handgeräten (Ball, Ringe, Stofftiere...) sind ebenso gut geeignet wie das Hantieren mit verschiedenen Kleidungsstücken (Mütze, Jacke, Schal...). Da es sich dabei um komplexere Bewegungsabläufe handeln kann, werden neben koordinativen auch kognitive Anforderungen an den Klienten gestellt. (Burgdorf, 1995)

Um zu einem sicheren Sitz zu gelangen, muss die Bewegung des Pferdes vom Reiter ausbalanciert werden, was sich positiv auf die Gleichgewichtswahrnehmung auswirkt. Das häufige Wechseln der Bewegungsrichtung des Pferdes (von der Rechten auf die linke Hand und umgekehrt) kommt dabei ebenfalls durch wiederholtes Ausbalancieren der Gleichgewichtsschulung zugute. Für Klienten, die eine einseitige Schwäche aufweisen, beispielsweise ihren Schwerpunkt auf einer bestimmten Seite haben, ist der häufige Handwechsel, nach Stabilisierung der starken Seite, oft essenziell. (Burgdorf, 1995)

Durch die verschiedenen Aufgaben, die beim Voltigieren durchgeführt werden, wird die Bewegungskoordination geschult. Der Schwerpunkt liegt auf der Koordination der

Gliedmaßen und Körperteile bei den einzelnen Übungen. Später können diese durch Begriffe wie hinten, vorne, rechts, links, oben und unten komplexer gestaltet werden. Ein Beispiel zur Veranschaulichung wäre die Übung, mit der rechten Hand das linke Ohr des Pferdes zu berühren und umgekehrt. (Burgdorf, 1995)

Auch Partnerübungen bieten sich hier nach Burgdorf (1995) besonders gut an, bei denen eigene Bewegungen auf die einer anderen Person angepasst werden müssen.

Beides, sowohl die Bewegungs- als auch Koordinationsschulung, steht in einem engen Zusammenhang miteinander. Die relativ komplexen Anforderungen, die einige Übungen auf dem Pferd stellen können, zielen ebenfalls auf eine Verbesserung im kognitiven Bereich ab. (Burgdorf, 1995)

#### *4.1.3 Förderung im kognitiven Bereich*

Bei der Förderung im kognitiven Bereich steht das Verstehen und Umsetzen von Anweisungen im Vordergrund. Das Pferd stellt dabei einen attraktiven Lerngegenstand dar, der die Motivation und den Spaß am Lernen wecken und somit die Lernsituation interessant gestalten kann. (Burgdorf, 1995)

Im Mittelpunkt stehen drei Inhalte, die die kognitiven Fähigkeiten beeinflussen können. Darunter fällt zum einen das Benennen der wichtigsten Gegenstände rund um das Pferd sowie das Ausführen kleinerer Aufträge, beispielsweise in Bezug auf die Pflege des Tieres. Die Transferfähigkeit wird ebenfalls angesprochen. Dabei geht es um die Übertragung von bereits Gelerntem auf neue Situationen. Ein Beispiel wäre das Erkennen der gleichen Körperteile bei sich selbst und beim Pferd, die zwar anders aussehen, aber die gleichen Aufgaben haben. Als Nebeneffekt wird das Erlernen und Üben des Zählens angeführt, da oft Spaß daran gefunden wird, eine Ponygruppe oder die dazugehörigen Beine zu zählen. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist die Raumorientierung, welche durch den Umgang am und auf dem Pferd gefördert werden kann. Begriffe wie oben, unten, hinten und vorne bekommen durch gezieltes Üben eine räumliche Bedeutung und können im Umgang mit dem Pferd zur Anwendung kommen. (Burgdorf, 1995)

Kröger (2004) weist ebenfalls auf einen positiven Einfluss des HPV bezüglich der Mobilisierung von Konzentrationsreserven hin. Es ist die Aufgabe des Reittherapeuten, bei der Gestaltung der verschiedenen Übungen darauf zu achten, die Konzentration individuell für jeden Klienten optimal zu steigern bzw. deren Dauer zu verlängern. Das

kann beispielsweise durch gezieltes Mitzählen der Galoppsprünge bis zur Beendigung einer Übung oder durch die Ausführung vieler Kleinstkorrekturen (Kopf nach vorne richten, Knie strecken, Arm höher halten etc.) erfolgen. Diese werden motiviert und bereitwillig, oft bis zur kompletten Erschöpfung angenommen, während „ähnliche Korrekturen in anderen Leistungsbereichen Abkehr von der Sache bewirken“ (Kröger, 2004, S. 119). Der Effekt einer Übertragung auf andere Bereiche des Lebens lässt sich hierbei sehr schnell feststellen. (Kröger, 2004)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Einfluss des HPV im sozial-emotionalen Bereich mit positiven Veränderungen einhergehen kann. Sowohl der sensomotorische als auch der kognitive Bereich können gestärkt werden. In der Wirkung des HPV kommt es dabei zu Überlappungen und Zusammenhängen in den einzelnen Teilbereichen, die von großer Bedeutung sind und keinesfalls unterschätzt werden sollten (Burgdorf, 1995). Ebenfalls kann angenommen werden, dass sich die durch das HPV geförderten Fähigkeiten und Fertigkeiten positiv auf den Alltag der jeweiligen Personen auswirken können, sozusagen ein Transfer der erlernten Inhalte in den Alltag stattfindet (Burgdorf, 1995; Egenolf, 1999; Kröger, 2004).

Empirische Nachweise der Wirkung des therapeutischen Reitens und im speziellen des HPV liegen vor allem im motorischem, psychomotorischem und sensomotorischem Bereich vor (Heipertz-Hengst, 1984). Der Großteil der Studien, die sich der sozialen und emotionalen Befindlichkeit von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Bezug auf HPV widmen, ist qualitativ angelegt. Die Messungen von Veränderungen erfolgen zudem meist über Beobachtungen. Es fehlen oft die zum Vergleich wichtigen Kontrollgruppen bei gleichzeitig sehr geringer Versuchsgruppenteilnehmerzahl (siehe Kapitel 4.3).

## **4.2 Theoretische Modelle**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

In diesem Kapitel sollen kurz zwei Modelle aufgeführt werden, welche der Wirkungsweise des heilpädagogischen Voltigierens zugrunde gelegt werden können. Es handelt sich zum einen um das Wiener Modell *Spüren-Fühlen-Denken* von Reinelt (1996) und das Modell zur *Ganzheitlichen Entwicklungsförderung*, das von Fröhlich (1991) entwickelt wurde. Zu beiden wird jeweils der Bezug zum HPV hergestellt.

#### 4.2.1 Das Wiener Modell „Spüren-Fühlen-Denken“

Das Wiener Modell *Spüren-Fühlen-Denken* von Reinelt (1996) umfasst die Entwicklung des Kindes von den ersten sinnlichen Wahrnehmungen bis hin zu den sich daraus ausbildenden Denk- und Sprachprozessen. Dadurch wird ein Behandlungsrahmen für präventive und diagnostische bzw. therapeutische Handlungen geliefert (siehe Abbildung 4).

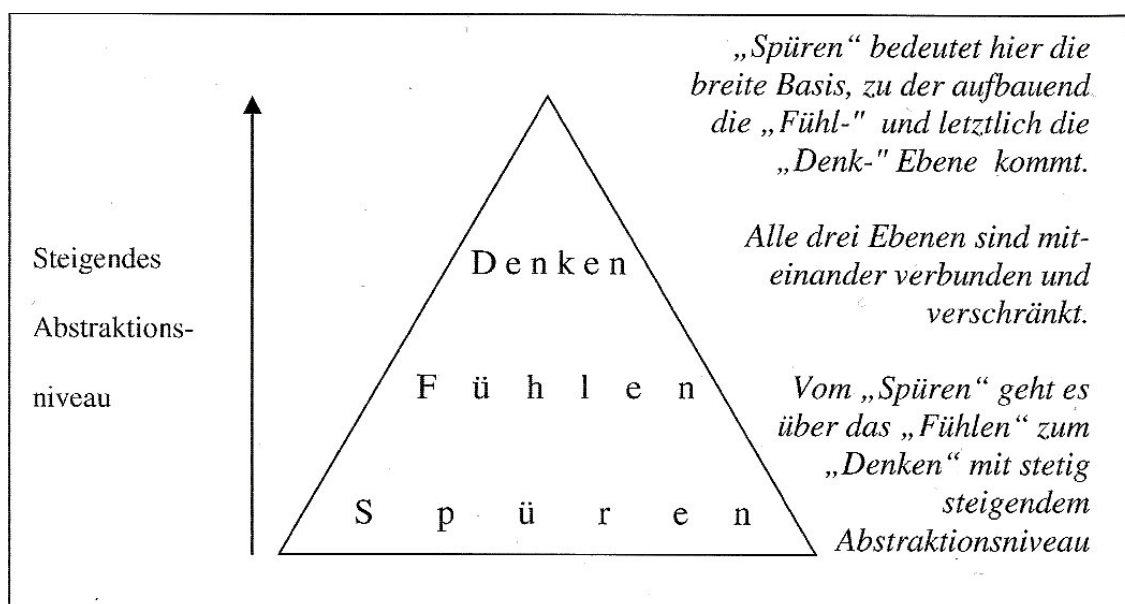


Abbildung 4. Das Entwicklungsmodell *Spüren-Fühlen-Denken* (Reinelt 1996, S. 2).

Der Begriff *Spüren* bezieht sich laut Reinelt (1996) vorzugsweise auf haptische, orale und taktil-kinästhetische Sinnesempfindungen. Diese sind von besonderer Bedeutung in der Entwicklung, insbesondere für die „Organisation von Selbstrepräsentationen über interaktionelle Aktivitäten mit der Umwelt“ (Reinelt, 1996, S. 305). Das Erfahren verschiedener Sinneseindrücke ist mit der Bewusstwerdung der eigenen körperlichen Aktivitäten gleichzusetzen und bildet die Basis jeglichen Verstehens. Die Verknüpfung von somatischen Empfindungen mit emotionalen Prozessen entspricht laut Reinelt (1996) der nächsthöheren Ebene des *Fühlens*. Reinelt (1996) merkt dabei an, dass diese ebenfalls einem Prozess der Differenzierung und Entwicklung unterliegt. Die Speicherung von Sinnesempfindungen kann auf verschiedenen Abstraktionsniveaus erfolgen. Durch die Verbalisierung von Gefühlen, die durch Sinnesempfindungen ausgelöst werden können, wird die Ebene des Denkens erreicht. (Reinelt, 1996)

Die Verbindungen zwischen Sinnesempfindungen, damit assoziierten Gefühlen, und der Speicherung durch Verbalisierung bilden Aktivitätskomplexe. Diese spielen in der frühen Entwicklung jedes Menschen eine wichtige Rolle und können durch Bezugspersonen gefördert werden. Der Entwicklung spezifischer Aktivitätskomplexe, wie beispielsweise dem Konstrukt „Vertrauen“, können verschiedene präventive Wirkungen zugeschrieben werden. In der Rehabilitation wird der Prozess der Begriffsbildung oft umgekehrt – vom Denken ausgehend kommt man zum Spüren und Fühlen. (Reinelt, 1996)

In Bezug zum HPV lassen sich an dieser Stelle Parallelen finden, die sich diesem Modell zugrunde legen lassen. Der therapeutische Umgang mit dem Pferd könnte demzufolge auf der Ebene des Spürens beginnen, indem sowohl durch die Wärme, die Oberfläche und die Bewegung des Tieres Sinnesempfindungen aktiviert werden (Herda, 2003). Diese sind, laut Herda (2003) in der Lage, bestimmte Gefühle auszulösen, die allein, mithilfe des Reittherapeuten oder anderen Gruppenmitgliedern erkundet werden können. Letztendlich mündet der Prozess in der Verbalisierung und Speicherung dieser Gefühle. Aktivitätskomplexe können somit wieder aktiviert oder gänzlich neu aufgebaut werden (Reinelt, 1996).

#### *4.2.2 Ganzheitliches Entwicklungsmodell nach Fröhlich*

Bei Fröhlichs *ganzheitlicher Entwicklungsförderung* stehen sieben Entwicklungsbereiche in reziproker Beeinflussung: Wahrnehmung, Sozialerfahrung, Gefühle, Körpererfahrung, Bewegung, Sprache und Kognition (siehe Abbildung 5). Unterliegt einer dieser Bereiche einer zu geringen Förderung bzw. Aufmerksamkeit, können negative Auswirkungen auf die Entwicklung der anderen Bereiche folgen. Die Entwicklungsförderung sollte auf unterschiedliche Persönlichkeitsbereiche abzielen bzw. ganzheitlich sein. (Fröhlich, 1991)

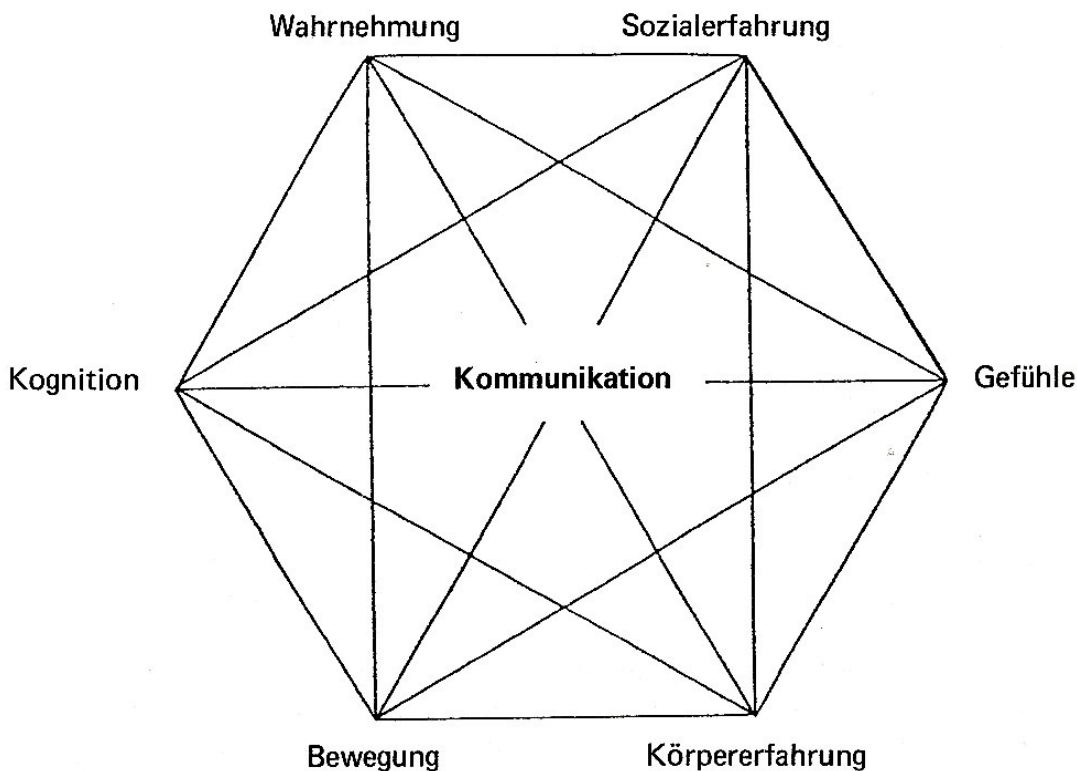


Abbildung 5. Ganzheitliche Entwicklungsförderung nach Fröhlich (1991, S. 156).

Individuelle Entwicklungsförderung in oben genannten Bereichen ist für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung von besonderer Bedeutung, da sie aufgrund von (mehrfacher) Beeinträchtigung besondere Entwicklungsbedürfnisse aufweisen (Fröhlich, 1991).

Bei der Einordnung des heilpädagogischen Voltigierens in dieses Modell ergeben sich spezifische Fördermöglichkeiten. Im Folgenden sollen die Wichtigsten nach Fröhlich (1991) skizziert und ein Bezug zum HPV hergestellt werden.

Fröhlich (1991) weist auf eine besondere Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hin. Kommunikation sollte in diesen Fällen körpernah erfolgen und Mitteilungen auch ohne sprachliche Äußerungen vermittelt werden können. Dies spricht für besonders sensible Kommunikationspartner, die Kommunikation ebenfalls durch Körpersprache ermöglichen (Fröhlich, 1991).

Das Medium Pferd kann in diesem Zusammenhang eine tragende Rolle spielen, da es sowohl auf verbale als auch nonverbale Äußerungen reagiert und dem Menschen auch dementsprechend Rückmeldungen geben kann. Die Reaktionen erfolgen auf eine einfache, wenig komplexe Art und Weise. Kommunikation zwischen Mensch und Tier findet somit intuitiv statt, ohne dass komplexere kognitive bzw. sprachliche Vorgänge benötigt werden. (Gäng, 2004)

Besondere Förderinhalte beziehen sich des Weiteren auf die vibratorische Anregung (Fröhlich, 1991). Durch die Bewegung des Pferdes kommt es zur Übertragung von Schwingungen auf den Organismus des Reiters (DKThR, o.J.; Heipertz-Hengst, 1977; Kuprian, 1977). Dadurch können spezifische Körpererfahrungen vermittelt werden (Herda, 2003; Kaune, 1995).

Durch die Wahrnehmung dieser Impulse kann die Stabilität des eigenen Körpers gespürt werden, was wiederum die Bewegungsfähigkeit anregt (Herda, 2003). Dadurch wird nach Herda (2003) das eigene Körpererleben intensiviert. Die Aufmerksamkeit kann gesteigert, die Atmung aktiviert und später gezielt vertieft werden (Fröhlich, 1991). Laut Fröhlich (1991) kann sich daraufhin die Wahrnehmung erweitern und ein Zustand von abwechselnder An- und Entspannung wird erreicht. Lern- und Erfahrungsprozesse können durch die wahrgenommenen Schwingungen in Gang gesetzt werden (Herda, 2003).

Das Pferd als Partner in der Therapie bietet ebenfalls eine Grundlage für somatische Anregung. Sowohl die Textur der Körperoberfläche des Tieres, dessen Körperwärme, aber auch der Umgang mit verschiedenen Materialien rund um die Pflege des Tieres (Heu, Stroh, Putzgegenstände, Sattelzeug etc.) kann stimulierend wirken (Herda, 2003).

Zusätzlich zur Förderung der taktilen Wahrnehmung kann die Körper selbstwahrnehmung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch das Empfinden und Verarbeiten dieser Reize gestärkt werden (Fröhlich, 1991). Das Erleben von Kontakt durch Nähe, Wärme und Berührung kann zur besseren Abgrenzung des eigenen Körpers von der Umwelt beitragen und helfen, sich selbst als eigenes Individuum sowie das Pferd als Partner besser wahrzunehmen (Herda, 2003).

Die vestibuläre Anregung stellt nach Fröhlich (1991) einen weiteren wichtigen Förderinhalt dar. Diese kann sowohl durch die Bewegung des Pferdes (Tempo, Gangart, Richtungswechsel) als auch durch die Variation der Position des Reiters auf dem Pferd erreicht werden (Herda, 2003). Nach Herda (2003) wird die Organisation der eigenen Bewegung angeregt, sowie das Verständnis von Schwerkraft, Beschleunigung und Wahrnehmung im Raum angesprochen. Dies kann sich positiv auf Wachheit und den Muskeltonus auswirken. Die Wahrnehmung wird gesteigert und Wahrgenommenes dementsprechend integrierter verarbeitet (Fröhlich, 1991).

Neben diesen speziellen Fördermöglichkeiten, die durch HPV gut angesprochen werden können, kann der Einsatz des Mediums Pferd ebenfalls auf der Ebene der

einzelnen Faktoren des ganzheitlichen Entwicklungsmodells nach Fröhlich (1991) erfolgen.

Die Bewegung wird am, auf und mit dem Pferd gefördert (Burgdorf, 1995; Herda, 2003; Kaune, 1995). Durch die Wahrnehmung der verschiedenen Prozesse auf dem Pferd oder innerhalb der Voltigiergruppe werden Kognitionen angeregt, die mithilfe des Reittherapeuten ebenfalls noch verstärkt werden können (Burgdorf, 1995). Die Aktivität in der Gruppe kann sich positiv auf die Sozialerfahrung auswirken und dadurch kann auch die Kommunikation angeregt werden (Burgdorf, 1995; Egenolf, 1999; Kröger, 2004). Körpererfahrungen können umfassender erlebt werden (Herda, 2003). Verschiedene Gefühle, die durch die Interaktion mit dem Tier, der Gruppe und dem Reittherapeuten ausgelöst werden, können intensiv wahrgenommen und in das eigene Erleben integriert werden (Burgdorf, 1995; Egenolf, 1999; Gäng, 2004).

### ***4.3 Aktueller Forschungsstand***

*(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)*

Kranich (1991) führte eine Untersuchung zum Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren durch. Hauptfragestellung war, ob Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten (HPV/R) eine mögliche Förderung für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche darstellt. Dazu wurden jeweils 25 Kinder, im Alter von 9 bis 14 Jahren, unter den Versuchsbedingungen HPV/R und Musiktherapie vor und nach der Intervention untersucht. Mittels Testverfahren bzw. Fragebögen wurden Daten zur Konzentrationsfähigkeit, Ängstlichkeit und allgemeinen Persönlichkeit (Selbstwert) erhoben. Kranich (1991) ging davon aus, dass sowohl das HPV/R als auch die Musiktherapie die drei Dimensionen Angst, Selbstwert und Konzentration beeinflussen. Die Ergebnisse der Untersuchung wiesen allerdings keine statistischen Signifikanzen auf. Es ließen sich lediglich Tendenzen der Verhaltensweisen feststellen, wobei sich unter der Bedingung HPV/R positivere Ergebnisse in Bezug auf Ängstlichkeit und Selbstwert zeigten. Im Aufmerksamkeitstest ergab sich in beiden Versuchsgruppen ein signifikanter Zuwachs. Da die Konzentrationswerte vor der Intervention jedoch in beiden Gruppen bereits überdurchschnittlich waren, wurden weitere Verbesserungen von Kranich (1991) auf Übungseffekte zurückgeführt. Als Kritik gibt Kranich (1991) zu bedenken, dass die Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung stationär aufgenommen wurden und die untersuchten Dimensionen nicht ohne die damit einhergehenden Veränderungen der

Schul- und Erziehungsdimension gesehen werden dürfen. Des Weiteren umfassten die Interventionen lediglich 10 Stunden über zweieinhalb Monate, was gerade bei der Untersuchung von Persönlichkeitsvariablen ein sehr kurzer Zeitraum zu sein scheint. Ebenfalls ergab sich die Schwierigkeit, die Dimensionen Angst, Selbstwert und Konzentration einzeln bzw. isoliert voneinander zu betrachten (Kranich, 1991).

Mit dem heilpädagogischen Voltigieren und seinen Auswirkungen auf das motorische Leistungsniveau, das Selbstkonzept und das Sozialverhalten von Sonderschülern beschäftigte sich Kautsch (1995). Dabei wurde angenommen, dass die Teilnahme am HPV zu einer Verbesserung in eben genannten Dimensionen führt. In einer Prä-Posttest-Untersuchung wurden 11 Kinder unter der Bedingung HPV (= Versuchsgruppe, VG) untersucht. Die Kontrollgruppe (KG) setzte sich aus weiteren 11 Sonderschülern zusammen. Die Daten wurden mittels Testverfahren, Lehrerfragebogen und Verhaltensbeobachtung erhoben. Während sich zum Zeitpunkt der ersten Testung die Gruppen untereinander in den Konstrukten nicht unterschieden, konnten sich über den Untersuchungszeitraum hinweg sowohl VG als auch KG hinsichtlich des motorischen Leistungsniveaus verbessern. Das Selbstkonzept betreffend zeigten sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Gruppen über die zwei Testungen hinweg. Nur im Bereich des Sozialverhaltens zeigten sich signifikant bessere Einschätzungen zum zweiten Messzeitpunkt bei Kindern, die am HPV teilnahmen, vor allem, was die soziale Kontaktfähigkeit betraf. Die Intervention konnte zwar im Vergleich mit anderen Studien mit zwei Stunden pro Woche intensiviert werden, jedoch konnten allgemein, bis auf den Bereich des Sozialverhaltens, nur Trends hinsichtlich möglicher Verbesserungen nachgewiesen werden. Bezüglich des motorischen Leistungsniveaus zeigte sich bei näherer Betrachtung der Daten ein deutlicher Zuwachs bei Kindern der VG, die bei der Prätestung besonders starke Defizite aufwiesen. Kautsch (1995) schloss daraus, dass HPV eine geeignete Methode zur Förderung von Kindern mit großen motorischen Entwicklungsrückständen darstellt. Sowohl der geringe Stichprobenumfang als auch die relativ geringe Anzahl an Voltigierstunden könnten eine Erklärung für die überwiegend nicht signifikanten Ergebnisse darstellen. Auch die Heterogenität der beeinträchtigten Kinder muss dabei berücksichtigt werden (Kautsch, 1995).

Eine Untersuchung von Schieder (2002) beschäftigte sich ebenfalls mit den Auswirkungen des heilpädagogischen Voltigierens. Schieder (2002) beschränkte sich allerdings auf Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung. Dabei standen die Bereiche

Sprachverhalten, Arbeitsverhalten und Sozialverhalten im Vordergrund, die mittels Verhaltensbeobachtung während des Reitens und Eltern- bzw. Lehrerfragebögen erhoben wurden. Unter der Versuchsbedingung nahmen insgesamt 11 Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung aus österreichischen Sonderschulen teil. Als Kontrollgruppe dienten 10 Sonderschüler. Schieder (2002) ging davon aus, dass die Teilnahme am HPV in allen drei Bereichen zu Verbesserungen führt. Des Weiteren interessierte sie sich für die Veränderung der Leistung bei Vorliegen eines niedrigeren Ausgangsniveaus bzw. für das Andauern einer eventuell auftretenden positiven Auswirkung. Vor Beginn des HPV (1. Untersuchungszeitpunkt = Prätestung) unterschieden sich KG und VG hinsichtlich der interessierenden Variablen nicht. Nach der zehnstündigen Teilnahme an der Intervention konnte für die VG in den Bereichen Sprach-, Arbeits- und Sozialverhalten statistisch signifikante positive Veränderungen gefunden werden. Für die KG ergab sich nur im Arbeitsverhalten ein statistisch signifikantes Ergebnis. Es konnten ebenfalls signifikante Leistungszuwächse für die VG nachgewiesen werden, jedoch nicht für die KG. Nach drei Monaten konnten in einer dritten Testung allerdings keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen gefunden werden. Demzufolge verschlechterten sich die Werte der VG, wohingegen die KG keine Veränderungen zeigte. Schieder (2002) nannte als Begründung dafür das geringe Ausmaß an Voltigierstunden über einen relativ kurzen Zeitraum. Das Heilpädagogische Voltigieren scheint demzufolge ein längerfristiges Förderangebot darzustellen, welches bei kontinuierlicher Durchführung über Jahre hinweg einen positiven Einfluss auf die Entwicklung beeinträchtigter Kinder haben könnte (Schieder, 2002).

Im Jahr 2006 wurden in Kooperation mit dem Verein *e.motion* unter der Leitung von Univ. Doz. Dr. Thomas Stephenso und Mag. Roswitha Zink drei Diplomarbeiten zum Thema „Nonverbale Kommunikation zwischen Mensch und Pferd“ durchgeführt (Fischer, Gansterer & Poinstingl, 2006). Anhand dieser Arbeiten sollte das mögliche Potential des therapeutischen Reitens, in diesem Fall als Equotherapie bezeichnet, und dessen langfristigen Wirkungsmechanismen erhoben werden. Zu diesem Zweck wurden Sequenzen auf Video aufgezeichnet und anhand folgender Kategorien qualitativ ausgewertet: Kontaktaufnahme, Distanz, Nähe, gemeinsamer Weg, Entspannung, Herausforderung und Verabschiedung (Fischer, Gansterer & Poinstingl, 2006).

Folgende drei Bereiche wurden anschließend anhand des Datenmaterials untersucht:

- Psychodynamisch orientierte Diagnostik in der Equotherapie. Unter Berücksichtigung körpersprachlicher Kommunikationsformen des Klienten/der Klientin in

der Interaktion mit dem Pferd als Ausdruck emotional-psychischer Strukturen (Fischer, 2006).

- Analogien nonverbaler Interaktionsprozesse. Die Mutter-Säugling-Interaktion und die Klient/Klientin-Pferd-Interaktion in der Equotherapie unter besonderer Berücksichtigung von Affektivität (Gansterer, 2006).
- Die freie körpersprachliche Interaktion mit dem Pferd als Szene (Poinstingl, 2006).

Insgesamt wurden auf diesem Weg die Daten von vier Klienten ausgewertet. Aufgrund dieser sehr kleinen Stichprobe konnten in diesen Arbeiten keine statistisch signifikanten Aussagen getroffen werden.

Heitzmann (2012) beschäftigte sich in ihrem Pilotprojekt *Pferde stärken Mädchen* mit der Frage, ob regelmäßiger Pferdekontakt das Selbstbewusstsein von Mädchen positiv beeinflusst. Zu diesem Zweck wurden 8 Mädchen aus der Theodor-Heuss-Realschule in Offenburg ausgewählt, um ein Schuljahr lang an diesem Projekt teilzunehmen. Auswahlkriterien waren unter anderem wenig Anschluss an die Klassengemeinschaft, eine schwierige familiäre Situation und emotionale Instabilität. Die Gruppentreffen fanden wöchentlich statt – Mädchengruppen, mit der Möglichkeit zum verbalen Austausch untereinander und das HPV wechselten sich jede Woche ab. In diesem Rahmen sollte es den Mädchen ermöglicht werden, in positiver Atmosphäre neue Erfahrungen zu sammeln und diese auch in schwierigen Situationen umsetzen zu können. Nach Auswertung der Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung und Fragebögen bestätigte sich die Hypothese, dass der Kontakt zum Pferd das Selbstbewusstsein der Mädchen positiv beeinflusst. (Heitzmann, 2012)

Ebenfalls sehr intensiv mit dem Thema HPV hat sich Schleeauf (2010) im Zuge ihrer Arbeit als Diplom-Pädagogin beschäftigt. In ihrer Dissertation zum Thema *Wege und Möglichkeiten in der pädagogisch - therapeutischen Arbeit mit dem Medium Pferd für Mädchen mit Gewalterfahrung* schrieb sie über ihre Erfahrungen mit HPV und Mädchen allen Altersgruppen, welche Erfahrung mit gewaltsamen Übergriffen gemacht haben (Schleeauf, 2010).

## **5 Beschreibung der zu untersuchenden Konstrukte**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Die zu untersuchenden Konstrukte lehnen sich an die bereits in Kapitel 2.1 beschriebenen Defizite an, die mit intellektueller Beeinträchtigung einhergehen. Dazu zählen neben sozialen und emotionalen Kompetenzen auch verschiedene Verhaltensbesonderheiten. Zudem lassen sich in Bezug zur Wirkungsweise des HPV, die Kapitel 4.1 zu entnehmen ist, verschiedene Konstrukte identifizieren.

Im Folgenden wird auf die Bereiche der emotionalen und sozialen Kompetenzen näher eingegangen. Eine Beschreibung der Verhaltensbesonderheiten und Motivation findet sich in der Arbeit von Taubinger (2014).

### **5.1 Emotionale Kompetenzen**

Unter *emotionaler Kompetenz* wird die Fähigkeit verstanden, Emotionen sowohl zu Erkennen als auch auszudrücken, sowie mit Gefühlen angemessen umzugehen (Rindermann, 2009). Die wichtigsten Komponenten beim multidimensionalen Phänomen der emotionalen Kompetenz sind nach Rindermann (2009) die Fähigkeiten:

- zum Erkennen eigener Gefühle,
- zum Erkennen der Gefühle von anderen,
- zur Regulation eigener Gefühle,
- zum Ausdruck von Gefühlen.

Emotionen stellen je nach Stimmung oder Situation variable subjektive Erlebnismuster dar. Sie erfüllen dabei nicht die Merkmale einer stabilen Persönlichkeitseigenschaft, können allerdings durch bestimmte Dispositionen bzw. Neigungen, die jede Person innehat, beeinflusst werden. (Rindermann, 2009)

Der Fähigkeitsaspekt bezieht sich nach Rindermann (2009) auf das Erkennen und den Umgang mit eigenen Emotionen und Gefühlen von anderen, was einen erfolgreichen Umgang mit sich selbst und anderen sowie erfolgreiches Handeln ermöglicht.

Die Entfaltung der Emotionsentwicklung ist bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aus beeinträchtigungs- und sozialisationsbedingten Gründen eingeschränkt bzw. verändert. Es zeigen sich verschiedene Defizite in der Wahrnehmung,

Verarbeitung, Regulation und im Ausdruck von Emotionen. Diese betreffen sowohl die eigenen Empfindungen der Personen als auch Gefühle, die ihnen von anderen entgegengebracht werden. (Luxen, 2003)

Da es sich beim HPV um eine Gruppeninteraktion handelt, in der ein ständiger Emotionsaustausch zwischen den Mitgliedern, jedem Einzelnen mit dem Pferd, sowie dem Reittherapeuten stattfindet, kann davon ausgegangen werden, dass die Intervention positive Auswirkungen auf den Prozess der Emotionsentwicklung haben könnte (Kröger, 2004). Nicht nur das Einstellen auf den jeweiligen Voltigierpartner (Kröger, 2004) und die damit verbundene Gründung von neuen Freundschaften (Burgdorf, 1995; Kröger, 2004), können sich positiv auf das Verständnis und den Ausdruck von Emotionen auswirken. Auch der Umgang und die Regulation von Gefühlen, beispielsweise Angst oder Stolz, werden erlernt, geübt und können dementsprechend verinnerlicht werden (Burgdorf, 1995; Kaune, 1995; Kröger, 2004).

## ***5.2 Soziale Kompetenzen***

Das Konstrukt *soziale Kompetenz* umfasst nach Holtz, Eberle, Hillig und Marker (2005) alle sozialen Sachverhalte, die Personen und deren Verhältnis zueinander beschreiben. Es bezieht sich sowohl auf das Verständnis dieser sozialen Sachverhalte als auch auf die „angemessene Einschätzung der eigenen Person in der konkreten Situation im Hinblick auf eine kompetente Problemlösung“ (Holtz et al., 2005, S. 101).

Um prosoziale Verhaltensweisen entwickeln und nach ihnen handeln zu können, bedarf es bestimmter sozialer Kognitionen (bspw. Perspektivübernahme), sozial-motivationaler Aspekte der Verhaltensregulierung (bspw. Lern- und Arbeitsverhalten, Selbstkontrolle, Kooperation) sowie der Selbsteinschätzung (bspw. Identitätsfindung/Selbstkonzept, Selbstsicherheit). Diese stehen in einer Wechselbeziehung zueinander und bilden die Voraussetzungen für soziales Handeln. (Holtz et al., 2005)

Das Ausführen sozial kompetenten Verhaltens setzt ein gutes Zusammenspiel von sozialen Fertigkeiten und kognitiven Fähigkeiten voraus. Aufgrund der kognitiven Defizite ergeben sich jedoch Hindernisse im Erwerb sozialer Kompetenzen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Es bestehen sowohl Schwierigkeiten durch eine langsamere Verarbeitung sozialer Stimuli, der beeinträchtigten selektiven Aufmerksamkeitssteuerung, dem begrenzten Arbeitsgedächtnis sowie Probleme der Planung, Kontrolle und Auswahl von Handlungsstrategien. (Sarimski, 2003)

Das heilpädagogische Voltigieren stellt, wie bereits im Kapitel 4.1 ausführlich beschrieben, eine gute Intervention für den Aufbau und die Förderung sozialer Kompetenzen dar. Durch den Umgang in der Gruppe, die Interaktion mit dem Tier sowie dem Akzeptieren und Befolgen von Anweisungen und Gruppenregeln, welche im Prozess des HPV spielerisch erlernt und umgesetzt werden, können Defizite im sozialen Umgang miteinander entgegengewirkt und sozial angemessene Verhaltensweisen verstärkt werden (Burgdorf, 1995; Egenolf, 1999; Kröger, 2004).

In Anlehnung an das Heidelberger-Kompetenz-Inventar für intellektuell beeinträchtigte Menschen von Holtz et al. (2005), interessieren daher folgende Konstrukte, die unter sozialer Kompetenz zusammengefasst werden:

- Identitätsfindung bzw. Selbstkonzept,
- Selbstkontrolle,
- Selbstbehauptung,
- Perspektivübernahme bzw. Sozialkontakt,
- Kooperation bzw. soziale Regeln.

## **6 Zusammenfassung**

*(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)*

Neben der Förderung im sozial-emotionalen Bereich (z.B. Abbau von Ängsten und Aggression, Aufbau von Selbstvertrauen) können durch den Einsatz des heilpädagogischen Voltigierens auch Defizite im sensomotorischen Bereich (Gleichgewichts- und Koordinationsschulung) und kognitiven Bereich (Verstehen und Umsetzen von Anweisungen) positiv beeinflusst werden (Burgdorf, 1995; Egenolf, 1999; Kröger, 2004). Als theoretische Basis kann man dem Konzept vom HPV das Wiener Modell *Spüren-Fühlen-Denken* (Reinelt, 1996) und das *Ganzheitliche Entwicklungsmodell* von Fröhlich (1992) zugrunde legen.

Verschiedene Studien haben ergeben, dass sich HPV auf verschiedene Bereiche des alltäglichen Lebens positiv auswirken kann (Heitzmann, 2012; Kautsch, 1995; Kranich, 1991; Schieder, 2002). Insgesamt gibt es allerdings nur wenig empirische Forschung bezüglich der Wirkungsweise des HPV bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Kranich, 1991; Schieder, 2002). Die Herangehensweise der verschiedenen Autoren ist dabei sehr unterschiedlich aufgebaut und variiert zusätzlich hinsichtlich der

Stichprobenszusammensetzung bzw. der erhobenen Variablen (siehe Kapitel 4.3). Signifikante Ergebnisse bezüglich der Auswirkungen des HPV konnten bis jetzt nur in wenigen Erhebungen belegt werden (Kautsch, 1995; Schieder, 2002). Kautsch (1995) beschränkte sich bei ihrer Stichprobe jedoch auf verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche und bei Schieder (2002) konnten die signifikant positiven Veränderungen in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach drei Monaten nicht mehr nachgewiesen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse der bisherigen Forschungsansätze wäre eine intensivere Therapieevaluierung im Sinn der wissenschaftlichen Relevanz wünschenswert.

Daraus abgeleitet ergeben sich die für die vorliegende Erhebung bedeutsamen Dimensionen der emotionalen und sozialen Kompetenz, auf die der Einfluss des heilpädagogischen Voltigierens bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Folgenden untersucht werden soll.

## II. Empirischer Teil

### 7 Hauptfragestellung, Subfragestellungen und Hypothesen

#### 7.1 Hauptfragestellung

*(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)*

Angelehnt an die Erkenntnisse aus der Literatur und unter Beachtung des aktuellen Forschungsstandes ergibt sich für die Untersuchung folgende Hauptfragestellung:

*Welche Auswirkungen hat das heilpädagogische Voltigieren auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung?*

Es soll untersucht werden, ob sich zwischen einer Versuchsgruppe, die am HPV teilnimmt und einer Kontrollgruppe, die diese Intervention nicht bekommt, Unterschiede in verschiedenen Dimensionen zeigen.

Bei der Betrachtung der Wirkungsweise des HPV stellt sich die Frage, ob sich Veränderungen diesbezüglich im alltäglichen Leben der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) ausfindig machen lassen. Es ist demzufolge von Interesse, ob eine Übertragung der Auswirkungen des im geschützten Rahmen stattfindenden HPV auf Alltagssituationen zu verzeichnen ist.

Dabei sind vor allem Konstrukte von Interesse, die durch die intellektuelle Beeinträchtigung mit Defiziten einhergehen und in Bezug auf die Wirkungsweise des HPV eventuell gesteigert werden können. Für die Untersuchung ergeben sich folgende interessierende abhängige Variablen:

- Emotionale Kompetenz (Erkennen von und Umgang mit eigenen Emotionen, sowie Emotionen anderer)
- Soziale Kompetenz (der soziale Umgang mit anderen Personen oder Personengruppen, die Eingliederung und das Zurechtfinden in einem sozialen System)
- Verhaltensauffälligkeiten (abweichende Verhaltensweisen, die mit kognitiven Defiziten einhergehen)
- Motivation

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Auswirkungen des heilpädagogischen Voltigierens auf die emotionalen und sozialen Kompetenzen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Im Folgenden werden deswegen nur die Hypothesen, Verfahren und Ergebnisse erläutert, die sich auf die zugehörigen Konstrukte beziehen und zur Beantwortung dieser Fragestellungen beitragen.

In der Arbeit von Taubinger (2014) wird der Einfluss der Intervention auf Verhaltensauffälligkeiten und die Motivation bei Personen mit intellektueller Beeinträchtigung näher betrachtet. Beschreibungen der angewendeten Inventare, die Hypothesenprüfung sowie die Interpretation gefundener Ergebnisse können ihrer Arbeit entnommen werden.

Da die Vorgehensweise bezüglich der Untersuchung gemeinsam geplant wurde und die vollständige Erhebung aller interessierenden Konstrukte die gleiche Stichprobe umfasst, scheinen sowohl der Untersuchungsplan als auch das allgemeine Kapitel zur Stichprobe sowie die abschließende Diskussion in beiden Arbeiten auf.

## ***7.2 Subfragestellungen und Hypothesen***

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Aus den genannten zu untersuchenden abhängigen Variablen ergeben sich die folgenden Subfragestellungen mit dazugehörigen gerichteten Hypothesen.

Subfragestellung 1:

Gibt es positive Auswirkungen des heilpädagogischen Voltigierens auf die emotionalen Kompetenzen von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung?

Hypothesen

H1.1: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung im *Erkennen von eigenen Emotionen* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.2: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung im *Erkennen von Emotionen bei anderen* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.3: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung in der *Regulation und Kontrolle eigener Gefühle* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.4: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung in der *emotionalen Expressivität* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

Subfragestellung 2:

Gibt es positive Auswirkungen des heilpädagogischen Voltigierens auf die sozialen Kompetenzen von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung?

Hypothesen

H2.1: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung der allgemeinen *sozialen Kompetenz* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H2.2: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung in der *Identitätsfindung* bzw. dem *Selbstkonzept* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H2.3: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung der *Selbstkontrolle* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H2.4: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung der *Selbstbehauptung* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H2.5: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung in der *Perspektivübernahme* bzw. dem *Sozialkontakt* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H2.6: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung in der *Kooperation* bzw. den *sozialen Regeln* bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

Die Subfragestellungen und einzelnen Hypothesen zu den Konstrukten der Verhaltensauffälligkeiten sowie der Motivation werden in der Diplomarbeit von Taubinger (2014) abgehandelt.

## **8 Methoden und Untersuchung**

### ***8.1 Untersuchungsplan***

*(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)*

Die Fragestellung der Arbeit bezieht sich auf Personen mit intellektueller Beeinträchtigung, definiert nach ICD-10 und DSM-V. Obwohl sowohl das ICD-10, als auch das DSM-V nach verschiedenen Schweregraden klassifizieren, werden in die Erhebung alle Personen mit IB miteinbezogen, bei welchen der gefahrlose Umgang mit dem Pferd nicht beeinträchtigt ist. Da es in diesem Kontext eventuell zu Verständnisschwierigkeiten beim Bearbeiten der Fragebögen kommen kann, wird davon abgesehen, die Versuchspersonen selbst zu befragen. Aus diesem Grund werden nur Verfahren in der Fremdbeurteilungs-Variante verwendet, welche von den Eltern bzw. den Bezugspersonen der Testpersonen auszufüllen sind.

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie mit Messwiederholung. Dabei wurde auf ein Single-Case-Design in A-B Form zurückgegriffen (Connell & Thompsons, 1986; McCormick, 1990). Das heißt, der erste Messzeitpunkt stellt die Ausgangsbasis der Untersuchungsteilnehmer vor Beginn der Intervention dar (A). Mit deren Hilfe lassen sich später die Effekte der Intervention identifizieren. Nach 10-wöchiger Teilnahme am HPV sollen die Versuchspersonen nochmals mit den gleichen Verfahren untersucht werden (B). Sind die Veränderungen zum Zeitpunkt B (nach 10-wöchiger Intervention) im Vergleich zum Zeitpunkt A (Ausgangsbasis) statistisch signifikant, könnte dies für das Vorliegen eines Effektes des HPV sprechen (Field, 2000).

## **8.2 Stichprobe**

*(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)*

Die Anfallsstichprobe besteht aus einer Versuchsgruppe (VG) und einer Kontrollgruppe (KG) mit jeweils fünf Personen. Die Versuchsgruppe setzt sich aus Menschen mit IB zusammen, welche noch vor Beginn der Intervention HPV stehen. Die Kontrollgruppe beinhaltet Menschen mit IB, die momentan nicht HPV betreiben bzw. noch nie an einer solchen Intervention teilgenommen haben. Die deskriptive Beschreibung der Stichprobe erfolgt in Kapitel 9.1.

Von vorangegangenen Studien unterscheidet sich diese Erhebung zum einen in den untersuchten Dimensionen im Zusammenhang mit der Zielgruppe (Menschen mit IB), und zum anderen hinsichtlich der Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe. In dieser Untersuchung wird das Alterslimit für die Stichprobe bei maximal 8 Jahren angesetzt. Bisher beschränkten sich Erhebungen im Zusammenhang mit HPV auf ältere Versuchspersonen, wie beispielsweise Sonderschüler oder verhaltensauffällige Kinder im Schulalter (vgl. Kapitel 4.3). Aus der Literatur geht jedoch hervor, dass eine Intervention in Form von HPV als umso effektiver gilt, je früher damit begonnen wird bzw. je jünger die Betroffenen sind (Zinke, 1973). Aus diesem Grund wird die Entscheidung zu Gunsten einer jüngeren Stichprobe gefällt.

Die Ausgangsunterschiede zwischen der VG und KG, die sich beispielsweise aufgrund des Alters, Geschlechts und des Ausbildungsstandes ergeben, sollen so gering wie möglich gehalten werden, um letztendlich homogenere Gruppen für eine besserer Vergleichbarkeit bilden zu können.

## **8.3 Durchführung der Untersuchung**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Vor Beginn der Untersuchung fand die Kontaktaufnahme zu verschiedenen Vereinen und Reittherapeuten statt, die heilpädagogisches Voltigieren anbieten. Die Suche wurde aus ökonomischen Gründen auf die Bundesländer Wien und Niederösterreich eingegrenzt. Der Erhebungszeitraum der Untersuchung erstreckte sich zwischen Anfang Dezember 2013 und Ende Februar 2014. Es sollten nur Versuchspersonen eingeschlossen werden, die zu dem Zeitpunkt noch vor ihrer ersten Einheit zum heilpädagogischen Voltigieren standen.

Es ergaben sich Kooperationen mit dem Verein Schottenhof in Wien sowie mehreren Privatpersonen in Niederösterreich. Die Reittherapeuten wurden vor Erhebungsbeginn darüber in Kenntnis gesetzt ausschließlich die Eltern von Klienten zu informieren, die noch nicht mit der Intervention begonnen hatten. Zudem wurden Informationsblätter für Eltern hinterlegt, die Interesse an der geplanten Untersuchung zeigten. Diese wurden dann kontaktiert um mögliche Fragen hinsichtlich des Ablaufes des Projekts zu klären.

In Wien wurde zuerst das Einverständnis der Schulleitung derjenigen Schulen eingeholt, die mit dem Schottenhof zusammenarbeiteten und ihren Schülern so die Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren ermöglichten.

Der erste Erhebungszeitpunkt wurde vor Beginn der ersten Einheit des heilpädagogischen Voltigierens festgesetzt und die Fragebögen zum Ausfüllen an die Eltern ausgeteilt. Nach 10 Wochen fand die zweite Erhebung statt, bei welcher die Eltern wiederum denselben Fragebogen nochmals vorgelegt bekamen, damit anschließend mögliche Veränderungen über diesen Zeitraum festgestellt werden konnten.

Von den Reittherapeuten in Niederösterreich kamen zu beiden Zeitpunkten je fünf vollständig ausgefüllte Fragebögen retour. Es wurde zudem großes Interesse bekundet und die Zusammenarbeit verlief problemlos.

Obwohl sich die Reittherapeutinnen des Schottenhofes durchaus engagiert und hilfsbereit zeigten, wurde letztendlich nur ein Fragebogen von den Eltern eines Kindes vollständig bearbeitet zurückgegeben. Dieser konnte leider nicht in die spätere Auswertung mit einbezogen werden, da sich zum einen deutlich bessere Ausgangswerte des Kindes ergaben, die auf eine fehlende intellektuelle- bei bestehender körperlicher Beeinträchtigung zurückzuführen waren. Des Weiteren wurde das Alterlimit von der Testperson mit 11 Jahren deutlich überschritten. Eine Vergleichbarkeit konnte somit nicht gewährleistet werden, weswegen es zum Ausschluss des Datensatzes kam.

Die Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden aus einer Kindergartengruppe in Niederösterreich bezogen, der eine sonderpädagogische Betreuung zugrunde lag. Die Befragung wurde ebenfalls mit einem Zeitabstand von 10 Wochen durchgeführt und verlief problemlos.

## **8.4 Erhebungsinstrumente**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Für die Untersuchung wurde ein demografisches Datenblatt (siehe Anhang 17.1) erstellt. Dieses diente zur Erhebung der allgemeinen Informationen, die für die Untersuchung wichtig sein könnten. Darunter fielen neben dem Alter, dem Geschlecht und des Ausbildungsstandes auch die Wohnform, in der sich die zu untersuchende Person derzeit befand, sowie die Art der Beeinträchtigung. Zusätzlich wurde nach weiteren Einschränkungen, Medikamenteneinnahme, bisherigen Interventionen und dem Grund für die Teilnahme am HPV gefragt.

Um die Erwartungen der Betreuungspersonen zu erfassen, wurde ebenfalls ein kurzer Fragebogen erstellt (siehe Anhang 17.2). Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt wurden die subjektiven Veränderungen erfasst, die sich nach der 10-wöchigen Teilnahme für die Betreuungspersonen ergaben.

Folgende psychologische Verfahren kamen im Rahmen der Untersuchung zur Erfassung der interessierenden Konstrukte zum Einsatz:

- *Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte* (Holtz et al., 2005)
- *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen* (Rindermann, 2009)

Die Fragebögen wurden in gleicher Form zu beiden Untersuchungszeitpunkten vorgegeben.

## **8.5 Beschreibung der verwendeten Inventare**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

### **8.5.1 Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)**

Der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen von Rindermann (2009) ist ein zur Fremdbeurteilung geeignetes Verfahren. Es werden emotionale Fähigkeiten und Einstellungen mithilfe von 4 Hauptskalen erhoben. Beschreibungen der Skalen wurden dem Handbuch entnommen (Rindermann, 2009).

a) *Erkennen eigener Emotionen*

- Beschreibt die Fähigkeit, Gefühle bei sich selbst wahrzunehmen und verstehen zu können.
- Das Erkennen und Verstehen eigener Gefühle gilt als Voraussetzung für einen kompetenten Umgang mit Emotionen.

b) *Erkennen von Emotionen bei anderen*

- Beschreibt die Fähigkeit, Gefühle bei anderen Personen anhand deren Verhalten, ihrer sprachlichen Äußerungen, Mimik und Gestik in Abhängigkeit von der Situation wahrzunehmen und verstehen zu können.
- Das Erkennen von Emotionen bei anderen ist die Voraussetzung mit Gefühlen anderer angemessen umzugehen und sich in sozialen Situationen kompetent zu verhalten.

c) *Regulation und Kontrolle eigener Gefühle*

- Beschreibt die Fähigkeit, eigene Gefühle zu steuern und mit ihnen umgehen zu können.
- Die Erlangung eines emotionalen Gleichgewichts durch die Regulation eigener Gefühle ist abhängig davon, diese bei sich und anderen zu erkennen und Voraussetzung für psychische Gesundheit.

d) *Emotionale Expressivität (Ausdrucksfähigkeit)*

- Beschreibt die Fähigkeit und Bereitschaft, eigene Gefühle verbal und nonverbal ausdrücken zu können.
- Die Fähigkeit zum adäquaten Gefühlsausdruck ist ebenfalls Voraussetzung für psychische Gesundheit.

Auf einer fünfstufigen Skala (stimmst überhaupt nicht, stimmt eher nicht, mittel, stimmt eher, stimmt vollständig) können die Aussagen des EKF eingeschätzt werden. Normen liegen sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene vor, was hierbei allerdings eine eher untergeordnete Rolle spielt. Die Bearbeitungszeit von circa 10 bis 20 Minuten spricht für eine gute zeitliche Ökonomie.

Die Reliabilität, gemessen über die Skalenhomogenität ist gut. Die internen Konsistenzen bewegen sich dabei zwischen  $\alpha = .86$  und  $\alpha = .93$ . für die Fremdein-

schätzungsversion. Die Skaleninhalte sind untereinander separiert, was für eine gute interne Validität spricht. Es werden ebenfalls Einstellungsfragen nicht mit Fähigkeitsbeschreibungen vermischt. Es bestehen zudem keine substanziellen Zusammenhänge zur kognitiven Intelligenz, das heißt, es wird eine von der Intelligenz unabhängige Konzeption empirisch unterstützt. (Rindermann, 2009)

### 8.5.2 Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte (HKI)

Das Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte von Holtz et al. (2005) ist ein Verfahren zur Fremdbeurteilung und besteht aus drei Hauptskalen: *Praktische Kompetenz*, *Kognitive Kompetenz* und *Soziale Kompetenz*. Diese werden über verschiedene Subskalen mit je acht Items erfasst.

Für die vorliegende Arbeit soll die Hauptskala *Soziale Kompetenz* näher betrachtet werden.

Das Konstrukt *soziale Kompetenz* umfasst nach Holtz et al. (2005) alle sozialen Sachverhalte, die Personen und deren Verhältnis zueinander beschreiben. Es bezieht sich sowohl auf das Verständnis dieser sozialen Sachverhalte als auch auf die „angemessene Einschätzung der eigenen Person in der konkreten Situation im Hinblick auf eine kompetente Problemlösung“ (Holtz et al., 2005, S. 101).

Um prosoziale Verhaltensweisen entwickeln und nach ihnen handeln zu können, bedarf es bestimmter sozialer Kognitionen (bspw. *Perspektivübernahme*), sozial-motivationaler Aspekte der Verhaltensregulierung (bspw. *Lern- und Arbeitsverhalten*, *Selbstkontrolle*, *Kooperation*) sowie der Selbsteinschätzung (bspw. *Identitätsfindung/Selbstkonzept*, *Selbstsicherheit*). Diese stehen in einer Wechselbeziehung zueinander und bilden die Voraussetzungen für soziales Handeln. Im Folgenden wird auf die Konstrukte, die unter sozialer Kompetenz zusammengefasst werden, näher eingegangen. (Holtz et al., 2005)

Die soziale Kompetenz wird in folgende Subskalen aufgegliedert. Die Beschreibungen der Subskalen sind dem Handbuch des HKI (Holtz et al., 2005) entnommen.

#### a) *Lern- und Arbeitsverhalten*

- Umfasst die drei Bereiche der Aufmerksamkeit, Konzentration und Motivation.

*b) Identitätsfindung/ Selbstkonzept*

- Als individuelle Form der kognitiven Ausgestaltung des Person-Umwelt-Bezuges.
- Als Gesamtheit der mehr oder minder stabilen Sichtweisen, die eine Person von sich selbst entwickelt hat.

*c) Selbstkontrolle*

- Steuerung von Verhaltensweisen unabhängig von sozialen und/oder physischen Umwelteinflüssen (Fremdkontrolle).

*d) Selbstbehauptung*

- Fähigkeit des Individuums, seine Gefühle, seine Bedürfnisse, seine Interessen und seine Rechte (Problembewusstsein) selbstständig zu erkennen und zu artikulieren, sich zielgerichtet auf deren Verwirklichung hin zu orientieren (Handlungsplanung) und dieses Wissen in der Weise in sein soziales Handeln zu übertragen (Handlungsausführung), dass es in seiner sozialen Interaktion subjektiv befriedigende Verstärkung erlangen kann (Handlungsbewertung).

*e) Perspektivenübernahme/ Sozialkontakt*

- Fähigkeit, Sichtweisen, das Erleben und die Erwartungen anderer Personen, mit denen sich das Individuum real oder vorgestellt in Interaktion befindet, in die eigenen Handlungen einzubeziehen.

*f) Kooperation/ Soziale Regeln*

- Verschiedene Fertigkeiten und Strategien, die darauf abzielen, Interaktionen aufrecht zu erhalten und durch eine wechselseitige Abstimmung von Handlungen ein gemeinsames Ziel zu erreichen.

Die Inhalte der Items beschreiben Alltagssituationen, die auf einer Skala von 0 (das Verhalten wird gar nicht bzw. nie gezeigt), 1 (das Verhalten wird ansatzweise gezeigt), 2 (das Verhalten wird großteils gezeigt) bis 3 (das Verhalten wird voll und ganz gezeigt) bewertet werden können. Zusätzlich gibt es eine Kategorie, wenn nicht bekannt ist, ob ein Verhalten überhaupt gezeigt wird (9).

Normierungsstichproben liegen für den Altersbereich vom 7. bis 16. Lebensjahr vor, was für diese Untersuchung jedoch von nebensächlicher Bedeutung ist, da ein Vergleich zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe stattfindet und der Vergleich mit einer Normstichprobe somit wegfällt. Die Bearbeitungsdauer von etwa 30 bis 35 Minuten ist ökonomisch gesehen noch vertretbar.

In Bezug auf die Gütekriterien (Interrater-Reliabilität: .90; Rerate-Reliabilität: .70-.90; Inhaltsvalidität wird beansprucht; Korrelation mit IQ in der Binet-Simon-Intelligenzprüfung, Binetarium je nach Kompetenzbereich 0.60-0.70) stellt das Heidelberger Kompetenz-Inventar ein durchaus brauchbares Verfahren dar. (Holtz et al., 2005)

### **8.6 Auswertungsverfahren und Voraussetzungen**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Zur Auswertung der Daten wird das Statistikprogramm SPSS verwendet (Version 21). Neben einer deskriptivstatistischen Beschreibung der Stichprobe kommen auch inferenzstatistische Verfahren zur Prüfung der Forschungshypothesen zum Einsatz. Das Signifikanzniveau wird hierfür auf eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = .05$  festgelegt.

Zur Überprüfung der zu den Subfragestellungen zugehörigen Hypothesen wird jeweils eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholungen durchgeführt. Den Innersubjektfaktor stellt hierbei der Messzeitpunkt mit zwei Abstufungen dar. Der erste Messzeitpunkt steht in diesem Fall für die Ausgangsbasis vor Beginn der Intervention, der zweite Messzeitpunkt bezeichnet die zweite Erhebung nach 10-wöchiger Intervention bzw. bei der Kontrollgruppe nach 10 Wochen ohne Intervention. Die Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen, Versuchsgruppe (VG) und Kontrollgruppe (KG), stellt den Zwischensubjektfaktor dar. Da die ANOVA mit Messwiederholungen lediglich signifikante Haupteffekte und Interaktionen aufzeigen kann, jedoch keine Aussage darüber trifft, welche der beiden Gruppen sich letztendlich verbessert hat, kommt bei einem signifikanten Ergebnis ein Post-hoc Verfahren zum Einsatz.

Die Prüfung der Voraussetzung auf Sphärizität (Homogenität der Varianzen der Differenzen) kann für die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholungen nicht durchgeführt werden, da der Mauchly-Test erst ab drei Messzeitpunkten die Sphärizität

berechnen kann. In dieser Untersuchung erfolgen lediglich zwei Erhebungen, deswegen ergeben sich keine Freiheitsgrade. Der Mauchly-Test kommt daher zu keinem Ergebnis. Ob Sphärizität angenommen werden kann oder nicht, wird an dieser Stelle vernachlässigt. (Field, 2000)

Trotz dieser Tatsache wird, nach mehrmaliger Konsultation eines Professors für psychologische Methodenlehre, an dieser Stelle die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen durchgeführt, da diese relativ robust auf eine Verletzung der Voraussetzungen reagiert. Auch im Falle von geringen Stichprobengrößen stellt die ANOVA im Vergleich zu alternativen Tests noch ein Verfahren mit großer statistischer Power dar.

Bei der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergeben sich für jedes Konstrukt ein Haupt- und ein Interaktionseffekt. Der Haupteffekt des Messzeitpunktes gibt darüber Aufschluss, ob sich die Gruppenmittelwerte zu beiden Zeitpunkten signifikant voneinander unterscheiden. Um herauszufinden, für welche der beiden Gruppen diese Veränderung der Mittelwerte von statistischer Bedeutung ist, wird bei signifikanten Ergebnissen der ANOVA ein Post-hoc Verfahren durchgeführt.

Es werden jeweils ein F-Wert sowie eine zweiseitige Signifikanz  $p$  für jeden dieser beiden Effekte ausgegeben. Ist das erhaltene Ergebnis  $p < .05$ , so kann es als signifikant betrachtet werden. Das heißt, die Verbesserung des jeweiligen Konstrukts ist für eine der beiden Gruppen von statistischer Bedeutung. Des Weiteren wird der vom SPSS ausgegebene Schätzer der Effektstärke  $\eta^2_p$  mit angegeben. Dabei spricht man bei  $\eta^2_p = 0.01$  von einem schwachen, bei  $\eta^2_p = 0.06$  von einem mittleren und bei  $\eta^2_p = 0.14$  von einem starken Effekt. (Field, 2000)

Da aufgrund der Beschaffenheit der Stichprobe die Voraussetzung der Normalverteilung der Messwertdifferenzen der Messwertpaare für den t-Test für abhängige Stichproben nicht erfüllt wird, wird bei der Durchführung des Post-hoc Tests auf ein parameterfreies Verfahren zurückgegriffen (Field, 2000).

Die für den Wilcoxon-Test ausgegebene asymptotische zweiseitige Signifikanz  $p$  wurde für die gerichteten Hypothesen in eine einseitige Signifikanz umgewandelt. Der  $z$ -Wert wird ebenfalls angegeben. Es gilt wieder, wenn  $p < .05$  ist das Ergebnis signifikant und die Veränderung des Konstrukts für die jeweilige Gruppe statistisch bedeutend. Zudem wird der Phi-Koeffizient  $\phi$  für die Effektstärke herangezogen. Hierbei gilt, wenn  $\phi = 0.1$  handelt es sich um einen schwachen, bei  $\phi = 0.3$  um einen mittleren und bei  $\phi = 0.5$  um einen starken Effekt. (Field, 2000)

## 9 Ergebnisse

(Verfasst von Luise Bieler)

### 9.1 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe

Die *Gesamtstichprobe* setzt sich aus 10 Kindern zusammen, jeweils fünf Mädchen und fünf Jungen. Die Hälfte der Kinder (50%) weist nach Angaben der Eltern eine leichte IB auf. Zwei der Untersuchungsteilnehmer (20%) sind von einer mittelgradigen IB betroffen und bei einem Kind (10%) wird sogar das Vorhandensein einer schweren IB angegeben. Bei zwei Kindern (20%) wurde die Schwere der intellektuellen Beeinträchtigung scheinbar nicht näher diagnostiziert bzw. wird von den Eltern keinem Schweregrad zugeordnet. Der Altersbereich erstreckt sich in beiden Gruppen auf vier bis acht Jahre. Fünf der 10 Kinder besuchen zum Untersuchungszeitpunkt einen Kindergarten (50%) und zwei Kinder befinden sich in der Vorschule (20%). Ebenfalls zwei Kinder werden nach Sonderschullehrplan (20%) und ein Kind sogar nach Volksschullehrplan unterrichtet (10%). Alle Untersuchungsteilnehmer wohnen bei ihren Eltern und werden auch von diesen betreut. Als zusätzliche Beeinträchtigungen werden von den Eltern beider Gruppen mehrfach Sprachverzögerungen, Sprachdyspraxie und motorische Entwicklungsstörungen genannt. Die Teilnahme an einer Logotherapie sowie Ergotherapie wird ebenfalls in beiden Gruppen angegeben. Eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten kann laut den Ausführungen der Eltern in keiner der Gruppen verzeichnet werden.

Die *Versuchsgruppe* setzt sich aus fünf Personen zusammen, drei davon sind männlich und zwei weiblichen Geschlechts. Jeweils ein Kind ist vier, fünf, sechs, sieben und acht Jahre alt. Damit liegt der Altersmittelwert bei  $M = 6$  Jahre (die Standardabweichung beträgt  $SD = 1,58$ ). Der Kindergarten wird von zwei Kindern besucht. Je ein Kind wird in einer Vor-, Volks- und Sonderschule unterrichtet. In der Versuchsgruppe ist die leichte IB bei drei Kindern vorhanden, die mittelgradige und schwere IB je einmal vertreten.

Die *Kontrollgruppe* besteht ebenfalls aus fünf Personen, zwei davon männlich und drei weiblich. Der Altersbereich liegt wieder zwischen vier und acht Jahren. Zwei Kinder sind jeweils vier- bzw. sechsjährig und ein Kind ist acht Jahre alt. Der Mittelwert beträgt somit  $M = 5,6$  Jahre ( $SD = 1,67$ ). Zwei der fünf Kinder weisen eine leichte IB auf, ein Kind eine mittelgradige IB und bei zwei weiteren wird der

Schweregrad der Beeinträchtigung nicht näher angegeben. Drei der fünf Kinder gehen zum Untersuchungszeitpunkt in den Kindergarten, ein Kind besucht die Vorschule und ebenfalls ein Kind wird nach Sonderschullehrplan unterrichtet.

## ***9.2 Erkenntnisse aus den qualitativen Elternfragebögen***

Vor Beginn der ersten Einheit des heilpädagogischen Voltigierens wurde den Eltern der Kinder aus der Versuchsgruppe neben dem soziodemographischen Datenblatt ein kurzer Fragebogen zu ihren Erwartungen an die Intervention vorgelegt. Die Mehrheit der Eltern erwartete Verbesserungen ihrer Kinder in den Bereichen Sozialkontakt Bewegungsablauf, Handlungsplanung und Konzentrationsfähigkeit. Neben dem Fokus auf der therapeutischen Förderung wurde ebenfalls erhofft, den Kindern durch die Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren eine Auszeit vom Alltag zu gönnen und den Spaß an der Bewegung zu ermöglichen.

Diese Erwartungen wurden zum zweiten Messzeitpunkt nach der 10-wöchigen Intervention erneut mittels eines kurzen Fragebogens überprüft. Als positive Veränderungen während der Teilnahme des jeweiligen Kindes am heilpädagogischen Voltigieren wurde von mehreren Eltern die Förderung des Sozialkontaktes durch den Umgang und die Zusammenarbeit in der Gruppe, eine verbesserte Kommunikation und eine Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit hervorgehoben. Eine Linderung von Krampfanfällen sowie die Verbesserung des allgemeinen Bewegungsablaufes wurden ebenfalls erwähnt. Ein negativer Einfluss der Intervention konnte darüber hinaus von den Eltern nicht festgestellt werden. Über die Hälfte der befragten Eltern gab an, dass heilpädagogisches Voltigieren ein sinnvoller Therapieeinsatz sei. Des Weiteren würde bei drei der untersuchten Kinder die Intervention fortgeführt werden. Bei zwei Kindern seien die Verbesserungen des Beschwerdebildes nicht den Erwartungen entsprechend hoch ausgefallen, weswegen die Intervention wieder beendet werden sollte.

### 9.3 Darstellung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung

#### 9.3.1 Subfragestellung 1: Emotionale Kompetenzen

Die unabhängige Variable ist hierbei die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Intervention HPV, die abhängigen Variablen beziehen sich jeweils auf die Konstrukte *Erkennen von eigenen Emotionen*, *Erkennen von Emotionen bei anderen*, *Regulation und Kontrolle eigener* und *emotionale Expressivität*.

Zur Überblicksgewinnung wird vor Beginn der Hypothesenprüfung die gesamte deskriptive Statistik mithilfe einer Tabelle dargestellt und eine visuelle Analyse für jedes einzelne Konstrukt vorgenommen.

Die nachfolgende Tabelle 2 gibt Aufschluss über die Stichprobengröße ( $N$ ), Mittelwerte ( $M$ ) sowie die Standardabweichungen ( $SD$ ) der beiden Gruppen zu beiden Messzeitpunkten in Bezug auf die abhängigen Variablen.

Tabelle 2

*Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen der emotionalen Kompetenz für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten*

	Versuchsgruppe ( $N = 5$ )		Kontrollgruppe ( $N = 5$ )	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$
<b>Erkennen eigener Emotionen</b>				
1. Messzeitpunkt	2.184	0.413	3.066	0.940
2. Messzeitpunkt	1.918	0.708	3.078	0.822
<b>Erkennen von Emotionen bei anderen</b>				
1. Messzeitpunkt	1.744	0.436	2.532	1.059
2. Messzeitpunkt	1.682	0.933	2.600	1.069
<b>Regulation und Kontrolle eigener Gefühle</b>				
1. Messzeitpunkt	1.816	0.590	2.476	0.940
2. Messzeitpunkt	1.800	0.870	2.476	0.853
<b>Emotionale Expressivität</b>				
1. Messzeitpunkt	2.336	0.154	3.002	0.880
2. Messzeitpunkt	1.660	1.096	3.016	1.125

#### Hypothese 1.1

##### *Visuelle Analyse*

Abbildung 6 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Erkennen eigener Emotionen* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine leichte Verringerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum

zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG bleibt zu beiden Messzeitpunkten annähernd gleich.

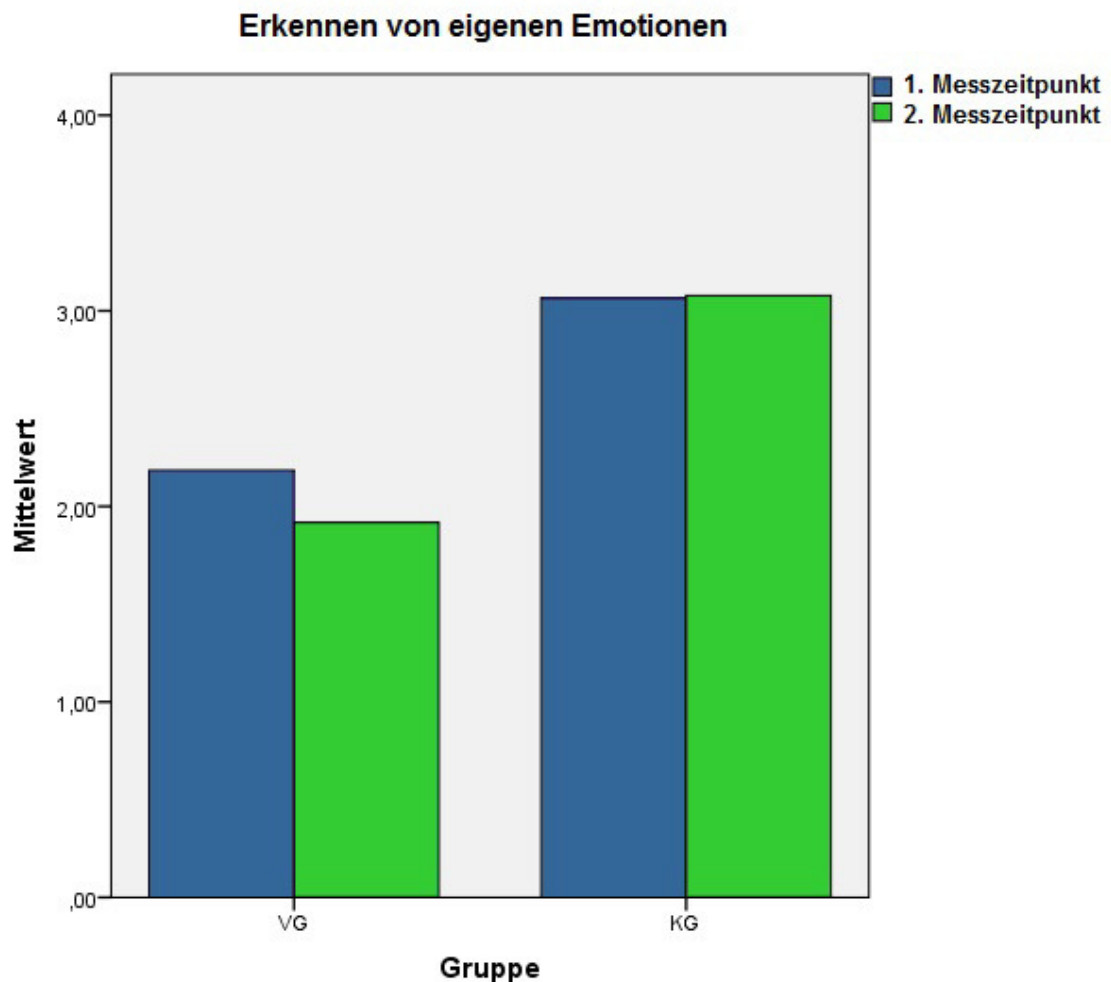


Abbildung 6. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Erkennen eigener Emotionen*.

#### *Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 1.109$ ,  $p = .323$ ,  $\eta^2_p = .122$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant,  $F(1, 8) = 1.329$ ,  $p = .282$ ,  $\eta^2_p = .142$ .

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.1 verworfen werden muss: Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *Erkennen von eigenen Emotionen* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

## Hypothese 1.2

*Visuelle Analyse*

Abbildung 7 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Erkennen von Emotionen bei anderen* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine leichte Verringerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG steigt minimal von der ersten zur zweiten Messung.

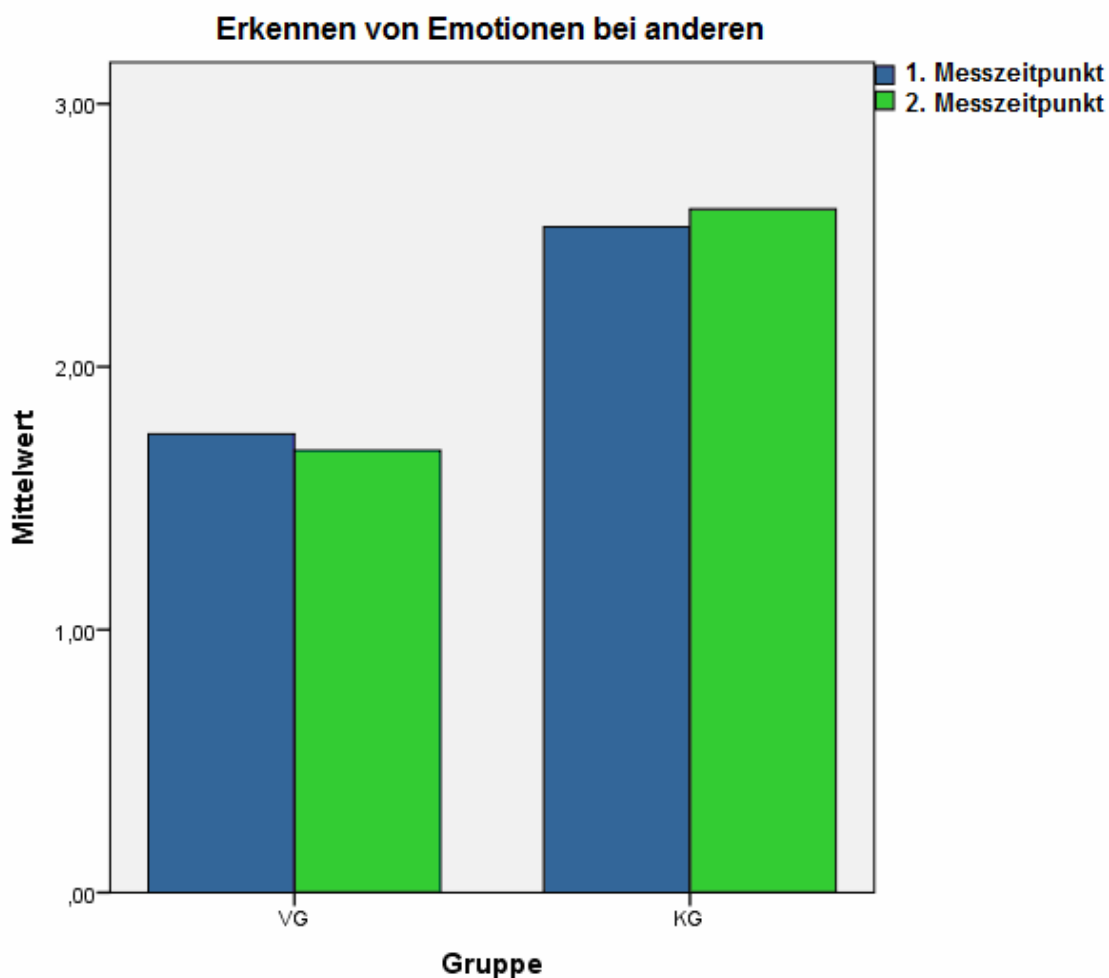


Abbildung 7. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Erkennen von Emotionen bei anderen*.

*Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = .000$ ,  $p = .986$ ,  $\eta^2_p = .000$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant,  $F(1, 8) = .081$ ,  $p = .698$ ,  $\eta^2_p = .020$ .

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.2 verworfen werden muss: Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *Erkennen von Emotionen bei anderen* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

### Hypothese 1.3

#### *Visuelle Analyse*

Abbildung 8 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Regulation und Kontrolle eigener Gefühle* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine minimale Verringerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG bleibt zu beiden Messzeitpunkten gleich.

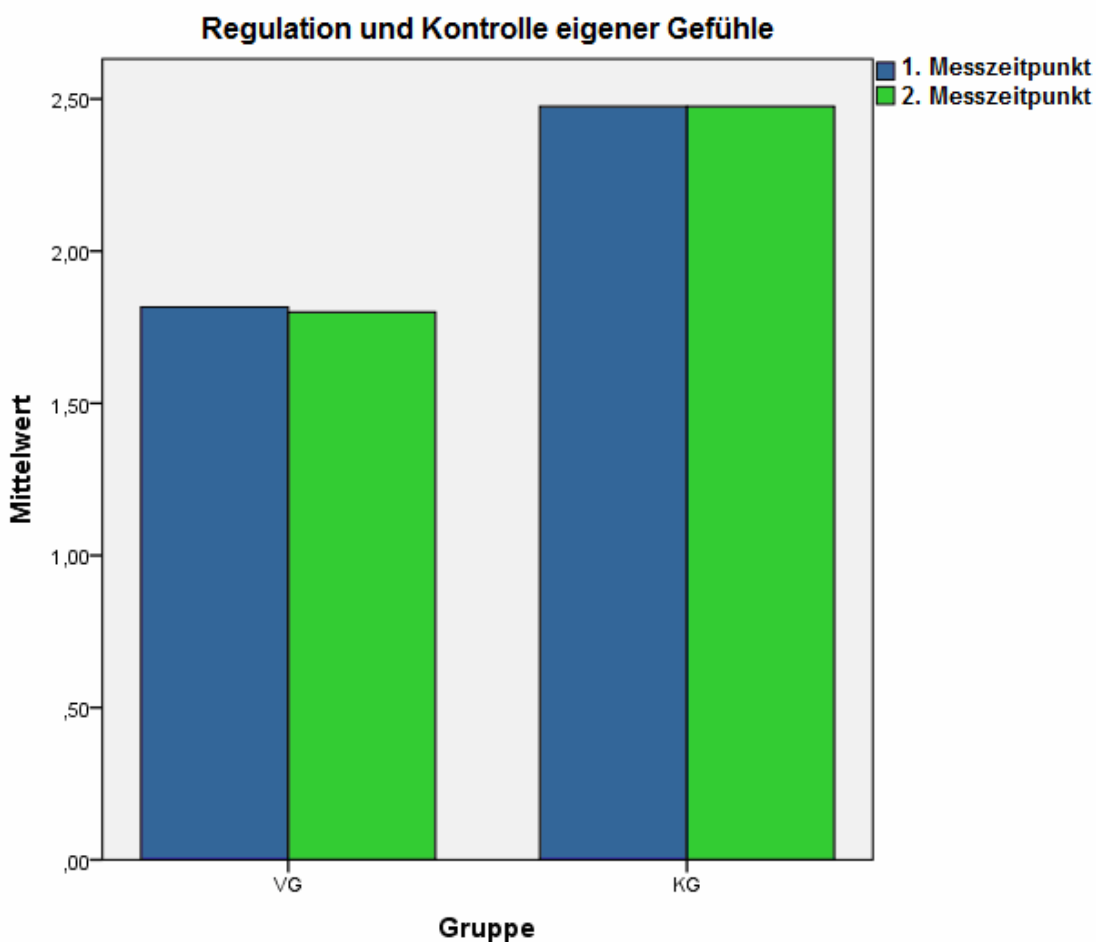


Abbildung 8. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Regulation und Kontrolle eigener Gefühle*.

### *Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = .010$ ,  $p = .924$ ,  $\eta^2_p = .001$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant,  $F(1, 8) = .010$ ,  $p = .924$ ,  $\eta^2_p = .001$ .

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.3 verworfen werden muss: Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *Regulation und Kontrolle eigener Gefühle* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV, im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

### Hypothese 1.4

#### *Visuelle Analyse*

Abbildung 9 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *emotionale Expressivität* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine Verringerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG bleibt zu beiden Messzeitpunkten annähernd gleich.

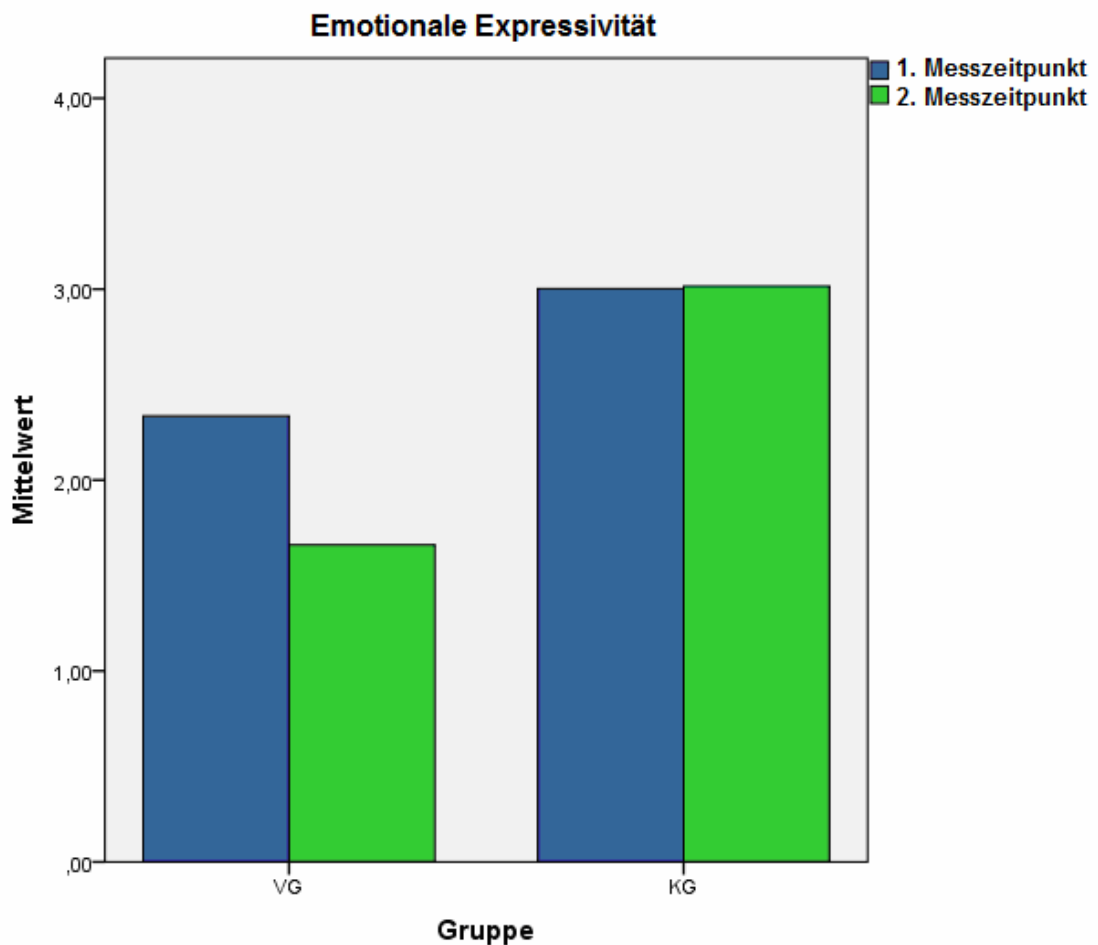


Abbildung 9. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Emotionale Expressivität*.

#### *Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 2.087, p = .187, \eta^2_p = .207$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant,  $F(1, 8) = 2.267, p = .171, \eta^2_p = .221$ .

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.4 verworfen werden muss: Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *emotionale Expressivität* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

### 9.3.2 Subfragestellung 2: Soziale Kompetenzen

Die unabhängige Variable ist hierbei wieder die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Intervention HPV, die abhängigen Variablen beziehen sich jeweils auf die Konstrukte *soziale Kompetenz*, *Identitätsfindung* bzw. *Selbstkonzept*, *Selbstkontrolle*, *Selbstbehauptung*, *Perspektivübernahme* bzw. *Sozialkontakt* sowie *Kooperation* bzw. *soziale Regeln*.

Zur Überblicksgewinnung wird vor Beginn der Hypothesenprüfung die gesamte deskriptive Statistik mithilfe einer Tabelle dargestellt und eine visuelle Analyse für jedes einzelne Konstrukt vorgenommen.

Die nachfolgende Tabelle 3 gibt Aufschluss über die Stichprobengröße ( $N$ ), Mittelwerte ( $M$ ) sowie die Standardabweichungen ( $SD$ ) der beiden Gruppen zu beiden Messzeitpunkten in Bezug auf die abhängigen Variablen.

Tabelle 3

*Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen der sozialen Kompetenz für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten*

	Versuchsgruppe ( $N = 5$ )		Kontrollgruppe ( $N = 5$ )	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$
<b>Soziale Kompetenz</b>				
1. Messzeitpunkt	42.200	17.456	60.400	31.556
2. Messzeitpunkt	59.000	20.000	63.800	37.272
<b>Identitätsfindung/Selbstkonzept</b>				
1. Messzeitpunkt	8.200	2.387	11.800	6.419
2. Messzeitpunkt	11.200	3.564	12.000	6.364
<b>Selbstkontrolle</b>				
1. Messzeitpunkt	5.000	2.828	9.200	4.550
2. Messzeitpunkt	7.200	2.387	10.000	5.612
<b>Selbstbehauptung</b>				
1. Messzeitpunkt	7.800	2.864	10.800	4.817
2. Messzeitpunkt	10.600	3.435	11.400	5.857
<b>Perspektivübernahme/Sozialkontakt</b>				
1. Messzeitpunkt	8.200	4.604	10.400	5.550
2. Messzeitpunkt	10.600	5.128	10.400	6.693
<b>Kooperation/soziale Regeln</b>				
1. Messzeitpunkt	7.000	5.148	9.000	5.099
2. Messzeitpunkt	9.400	5.225	9.600	6.269

## Hypothese 2.1

*Visuelle Analyse*

Abbildung 10 stellt die Mittelwerte des Konstrukts der allgemeinen *sozialen Kompetenz* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine deutliche Steigerung der Mittelwerte der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur KG, die nur eine leichte Verbesserung aufweist.

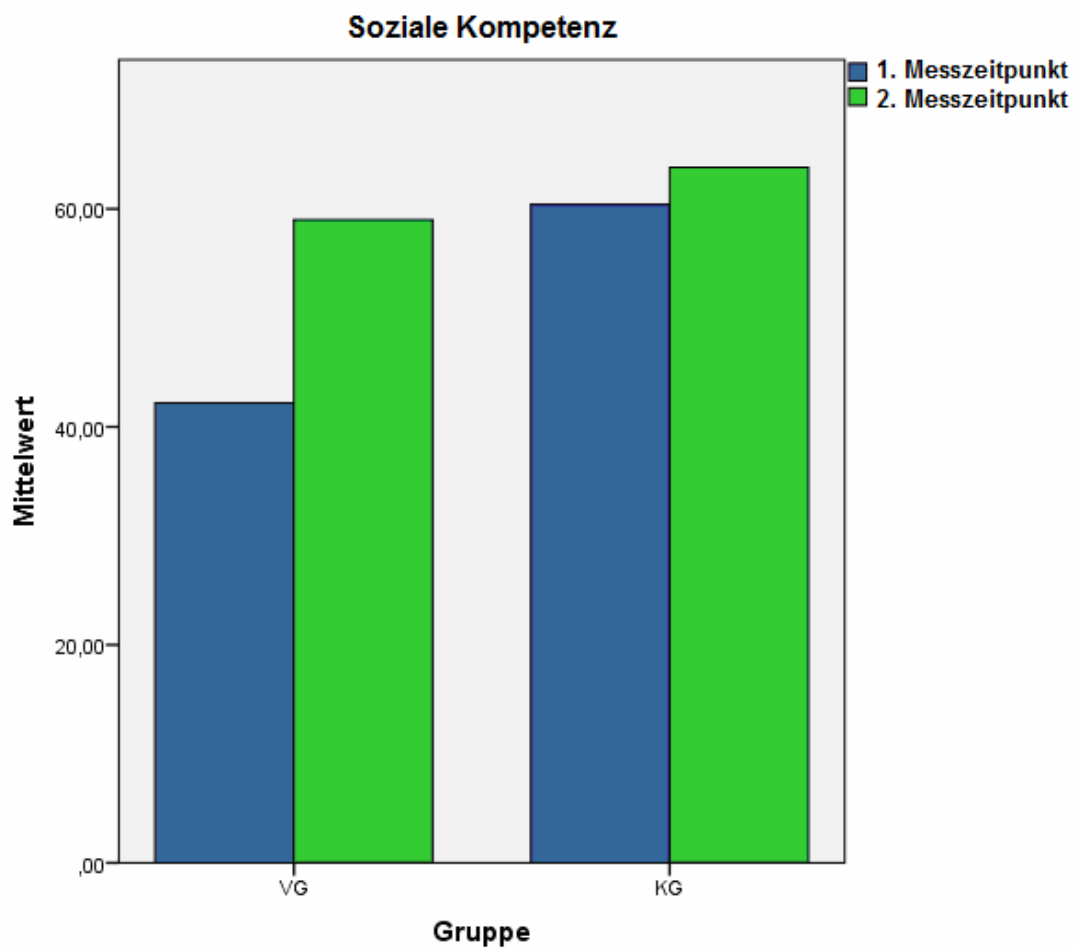


Abbildung 10. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts der allgemeinen *sozialen Kompetenz*.

*Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 6.297$ ,  $p = .036$ ,  $\eta^2_p = .440$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant,  $F(1, 8) = 2.771$ ,  $p = .135$ ,  $\eta^2_p = .257$ .

*Post-hoc Test: Wilcoxon-Test*

Der Post-hoc angewendete Wilcoxon-Test zeigt einen signifikanten Effekt für die VG ( $z = -1.826$ ,  $p = .034$ ,  $\phi = -0.817$ ), jedoch nicht bei der KG ( $z = -1.214$ ,  $p = .113$ ,  $\phi = -0.543$ ).

Daraus folgt, dass die Hypothese 2.1 angenommen werden kann: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung der allgemeinen *sozialen Kompetenz* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

## Hypothese 2.2

*Visuelle Analyse*

Abbildung 11 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Identitätsfindung* bzw. *Selbstkonzept* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine deutliche Steigerung der Mittelwerte der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur KG, die nur eine leichte Verbesserung aufweist.

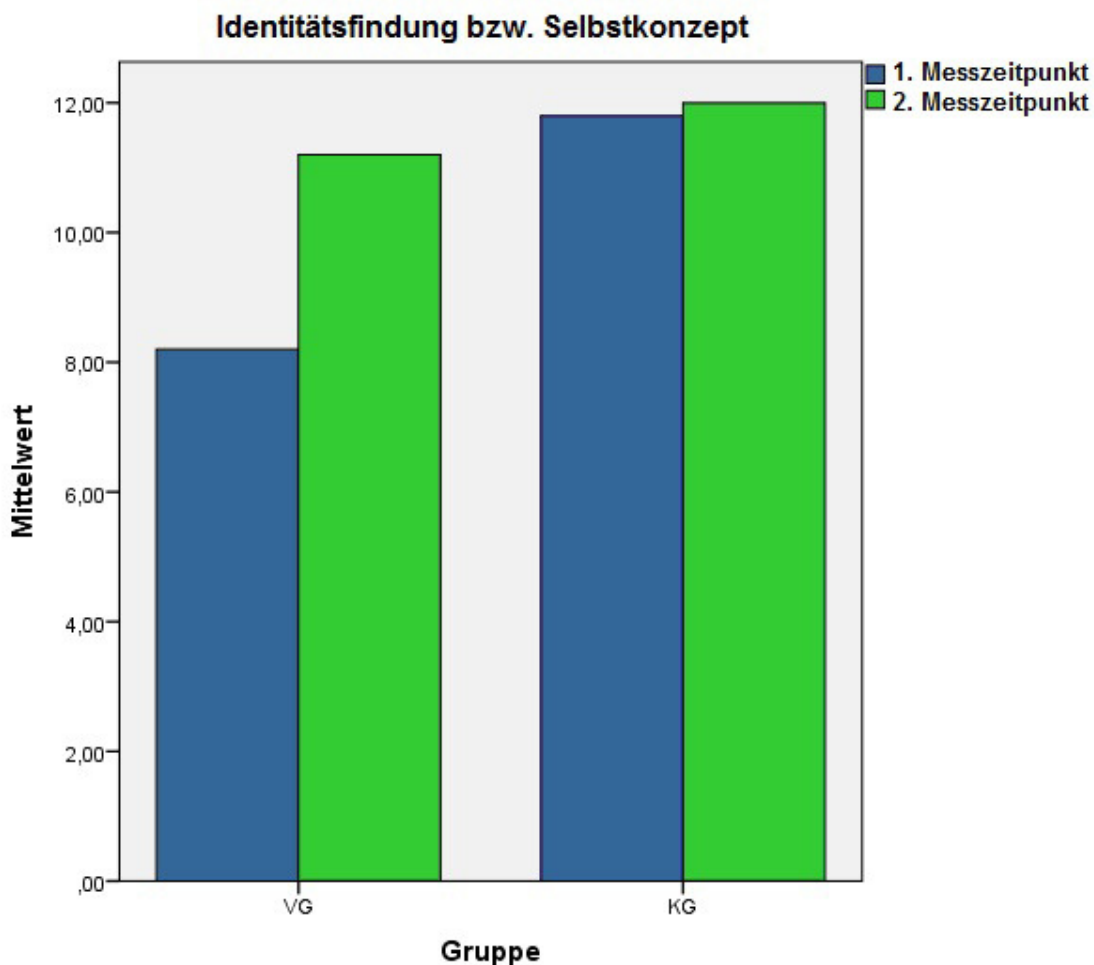


Abbildung 11. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Identitätsfindung bzw. Selbstkonzept*.

#### *Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 2.813$ ,  $p = .132$ ,  $\eta^2_p = .260$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant,  $F(1, 8) = 2.154$ ,  $p = .180$ ,  $\eta^2_p = .212$ .

Daraus folgt, dass die Hypothese 2.2 verworfen werden muss: Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *Identitätsfindung bzw. Selbstkonzept* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

## Hypothese 2.3

*Visuelle Analyse*

Abbildung 12 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Selbstkontrolle* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine Steigerung der Mittelwerte in beiden Gruppen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt, wobei diese bei der VG etwas größer ausfällt.

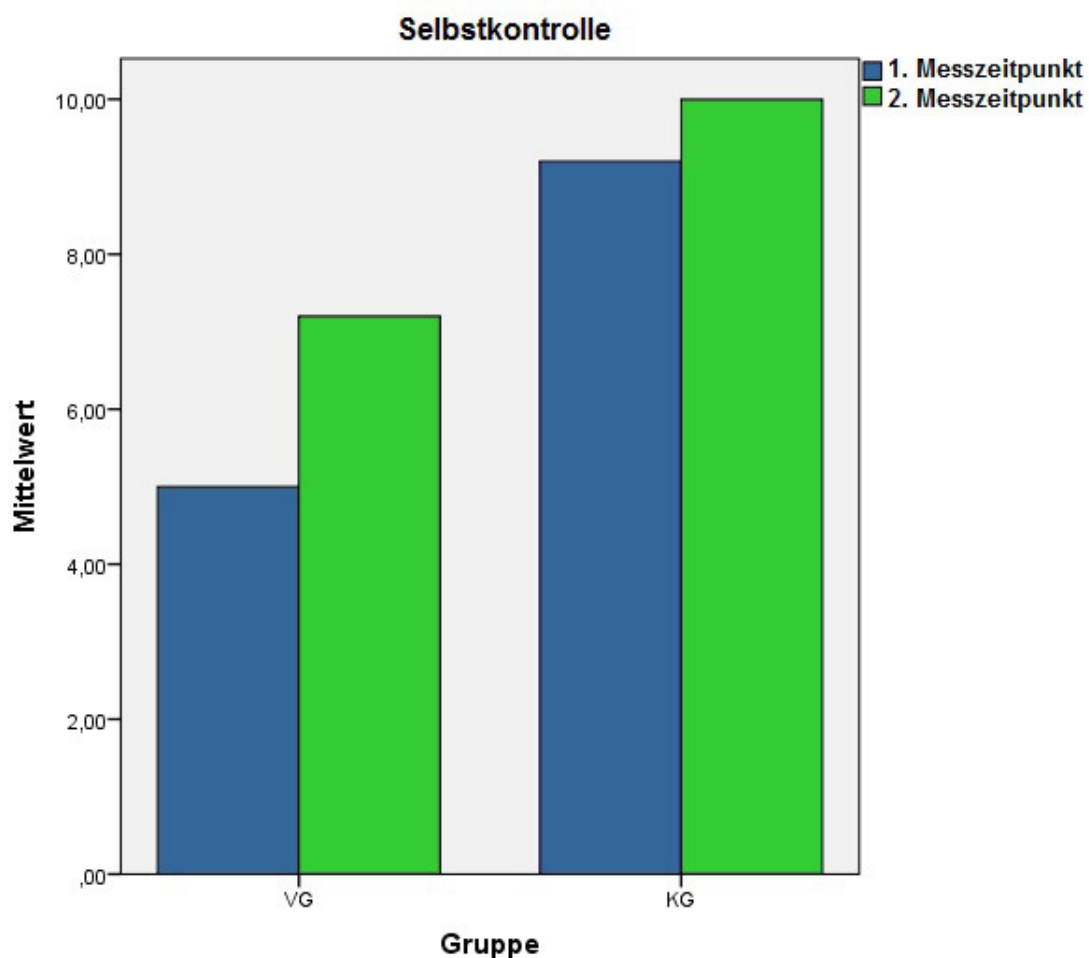


Abbildung 12. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Selbstkontrolle*.

*Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 6.081$ ,  $p = .039$ ,  $\eta^2_p = .432$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant,  $F(1, 8) = 1.342$ ,  $p = .283$ ,  $\eta^2_p = .142$ .

*Post-hoc Test: Wilcoxon-Test*

Der Post-hoc angewendete Wilcoxon-Test zeigt einen signifikanten Effekt für die VG ( $z = -1.677$ ,  $p = .047$ ,  $\phi = 0.745$ ), jedoch nicht bei der KG ( $z = -1.069$ ,  $p = .143$ ,  $\phi = -0.478$ ).

Daraus folgt, dass die Hypothese 2.3 angenommen werden kann: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung im Konstrukt *Selbstkontrolle* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

*Hypothese 2.4**Visuelle Analyse*

Abbildung 13 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Selbstbehauptung* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine deutliche Steigerung der Mittelwerte der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur KG, die nur eine leichte Verbesserung aufweist.

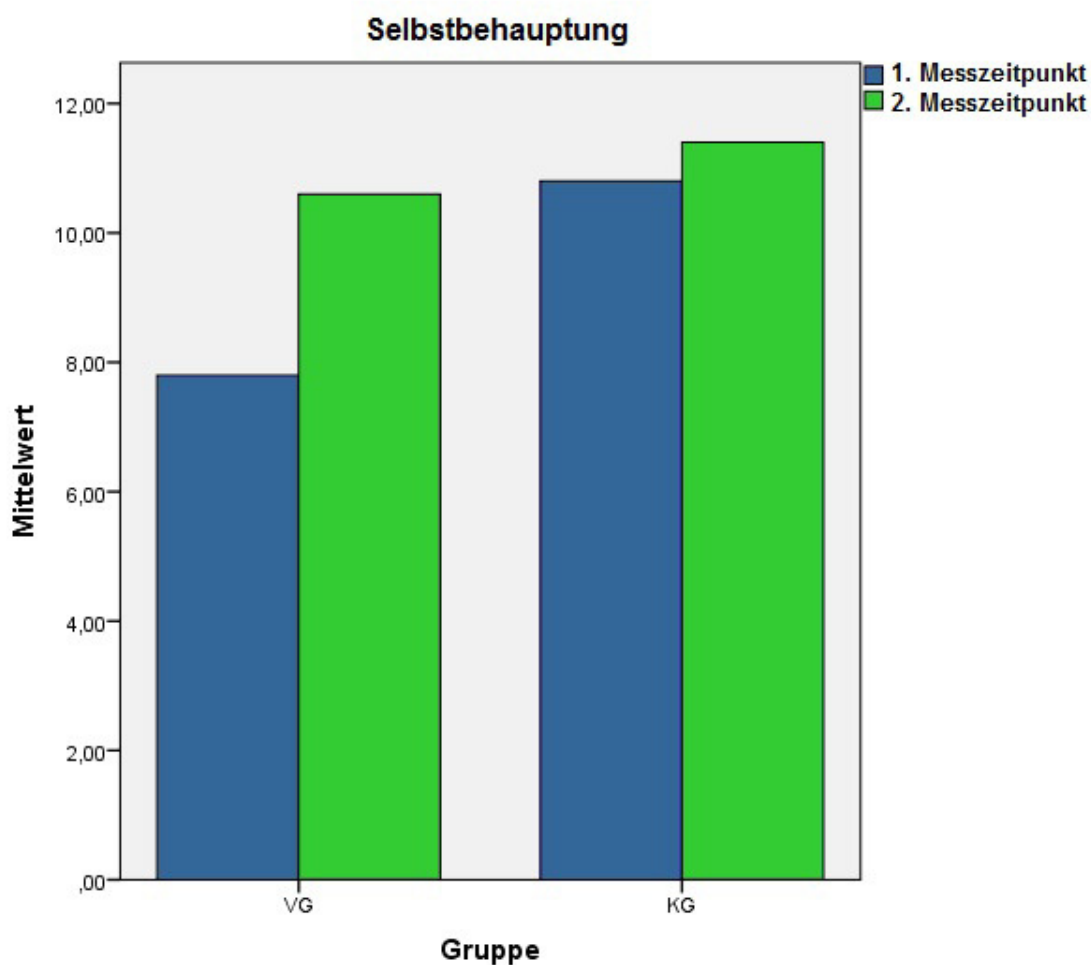


Abbildung 13. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Selbstbehauptung*.

#### *Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 6.084$ ,  $p = .039$ ,  $\eta^2_p = .432$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant,  $F(1, 8) = 2.547$ ,  $p = .149$ ,  $\eta^2_p = .242$ .

#### *Post-hoc Test: Wilcoxon-Test*

Der Post-hoc angewendete Wilcoxon-Test zeigt einen signifikanten Effekt für die VG ( $z = -1.826$ ,  $p = .034$ ,  $\phi = -0.817$ ), jedoch nicht bei der KG ( $z = -0.816$ ,  $p = .207$ ,  $\phi = -0.365$ ).

Daraus folgt, dass die Hypothese 2.4 angenommen werden kann: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung des Konstrukts *Selbstbehauptung* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

### Hypothese 2.5

#### *Visuelle Analyse*

Abbildung 14 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Perspektivübernahme* bzw. *Sozialkontakt* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine deutliche Steigerung der Mittelwerte der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur KG, die keine Verbesserung aufweist.

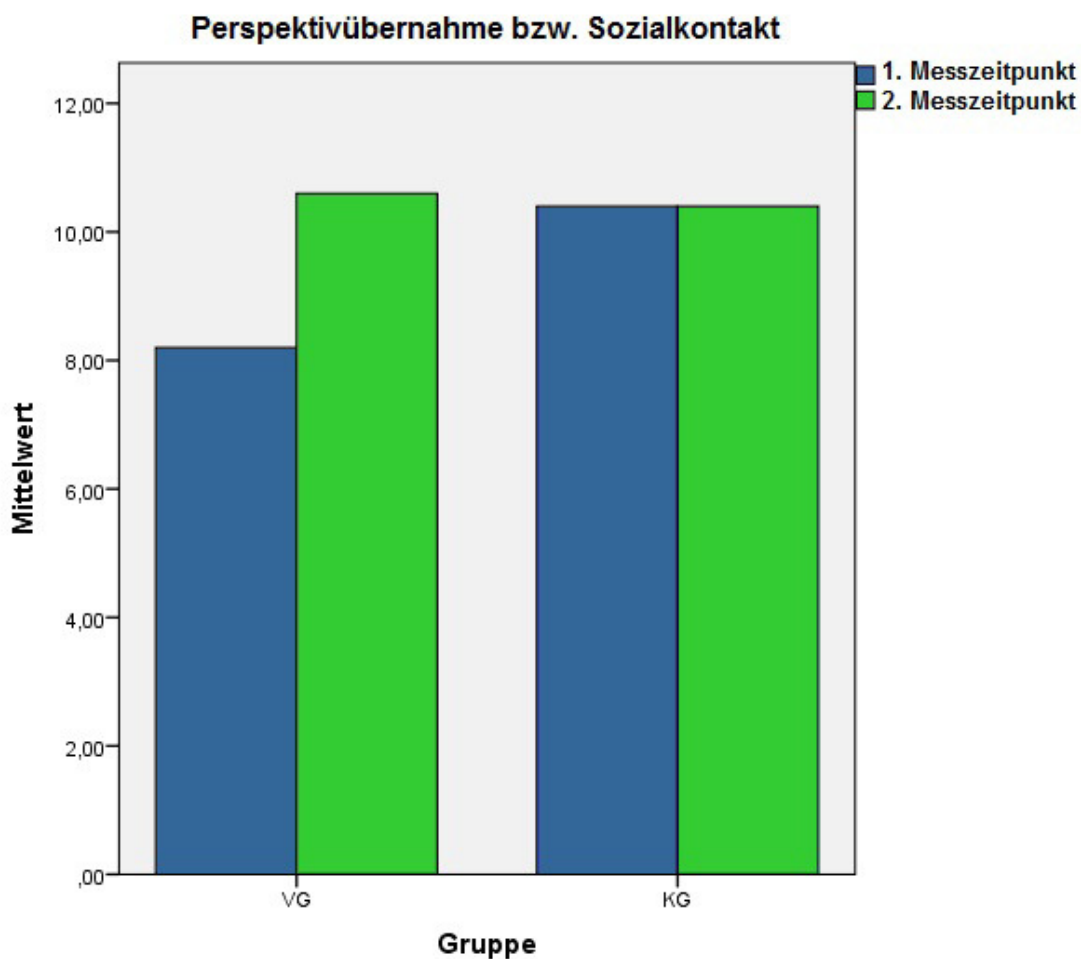


Abbildung 14. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Perspektivübernahme* bzw. *Sozialkontakt*.

### *Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 1.767$ ,  $p = .220$ ,  $\eta^2_p = .181$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant,  $F(1, 8) = 1.767$ ,  $p = .220$ ,  $\eta^2_p = .181$ .

Daraus folgt, dass die Hypothese 2.5 verworfen werden muss: Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *Perspektivübernahme* bzw. *Sozialkontakt* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

### Hypothese 2.6

#### *Visuelle Analyse*

Abbildung 15 stellt die Mittelwerte des Konstrukts *Kooperation* bzw. *soziale Regeln* zu den zwei Messzeitpunkten für die beiden Gruppen VG und KG dar. Die visuelle Analyse der Grafik zeigt eine deutliche Steigerung der Mittelwerte der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur KG, die nur eine leichte Verbesserung aufweist.

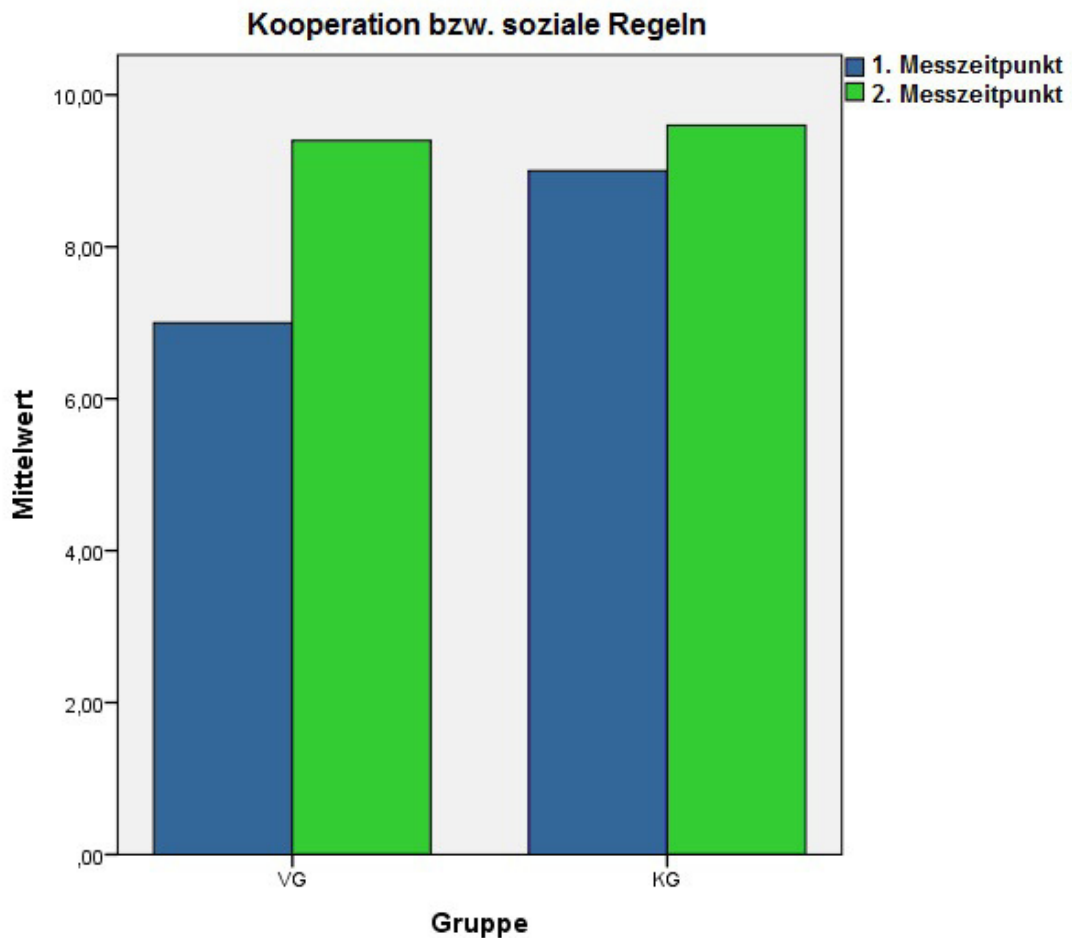


Abbildung 15. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Kooperation bzw. soziale Regeln*.

#### *Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung*

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt,  $F(1, 8) = 5.556$ ,  $p = .046$ ,  $\eta^2_p = .410$ . Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant,  $F(1, 8) = 2.000$ ,  $p = .195$ ,  $\eta^2_p = .200$ .

#### *Post-hoc Test: Wilcoxon-Test*

Der Post-hoc angewendete Wilcoxon-Test zeigt einen signifikanten Effekt für die VG ( $z = -1.857$ ,  $p = .032$ ,  $\phi = -0.830$ ), jedoch nicht bei der KG ( $z = -0.816$ ,  $p = .207$ ,  $d = -0.365$ ).

Daraus folgt, dass die Hypothese 2.6 angenommen werden kann: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung im Konstrukt *Kooperation* bzw. *soziale Regeln* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

#### **9.4 Zusammenfassung der Ergebnisse**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Es ist festzuhalten, dass sich in der Versuchsgruppe von insgesamt 10 untersuchten Konstrukten bei vier signifikante Ergebnisse zeigen. Besonders hervorzuheben ist dabei der Bereich der sozialen Kompetenzen, in welchem sich bei über der Hälfte der untersuchten Variablen Verbesserungen nachweisen ließen, die von statistischer Signifikanz sind. Dies betrifft neben der allgemeinen *sozialen Kompetenz* insbesondere die *Selbstkontrolle*, *Selbstbehauptung* und *Kooperation* bzw. *soziale Regeln*. Im Bereich der emotionalen Kompetenz sind die Veränderungen in den Gruppen über die beiden Zeitpunkte hinweg nicht signifikant.

Die gefundenen Ergebnisse bezüglich des Einflusses der Intervention heilpädagogisches Voltigieren auf Verhaltensauffälligkeiten und die Motivation von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind in der Arbeit von Taubinger (2014) nachzulesen.

## **10 Interpretation und Diskussion**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

### **10.1 Emotionale Kompetenz**

Im Bereich der emotionalen Kompetenzen ergibt sich für keines der vier untersuchten Konstrukte ein signifikantes Ergebnis. Es muss also vorerst angenommen werden, dass der Einfluss der Intervention HPV auf diese Dimension zumindest nicht von statistischer Bedeutung ist. Allerdings ist anzumerken, dass der Wirkzeitraum der Intervention für dieses recht komplexe Spektrum womöglich zu kurz gewählt wurde. Nach Petermann und Wiedebusch (2001; zitiert nach Luxen, 2003) lernen Kinder in ihren ersten sechs Lebensjahren die wesentlichen Fertigkeiten zur Emotionserkennung

und -steuerung. Dabei werden die ersten drei Jahre in der Entwicklung der Emotionalität als Zentrum der Entfaltung angeborener Emotionssysteme angesehen (Luxen, 2003). Werden die untersuchten Kinder dahingehend betrachtet, befinden sie sich altersmäßig zwar größtenteils inmitten dieser Entwicklungsphase bzw. haben diese bereits abgeschlossen. Es kann allerdings angenommen werden, dass die kognitiven Defizite, die mit der bei allen Versuchspersonen vorhandenen intellektuellen Beeinträchtigung einhergehen, wahrscheinlich auch Verzögerungen sowohl in der allgemeinen, wie auch im speziellen der emotionalen Entwicklung nach sich ziehen (Luxen, 2003). Das bedeutet, dass für diese Untersuchung das Alterslimit insgesamt zu jung angesetzt wurde.

Zudem ist die Einschätzung der recht komplexen Konstrukte durch die Eltern nicht optimal. Viele emotionale Prozesse (bspw. Erkennen eigener Emotionen) laufen innerhalb einer Person ab und sind von außen schwer einschätzbar. Auch können diese aufgrund der Verzögerung in der emotionalen Ausdrucksfähigkeit von Kindern mit IB schlechter kommuniziert werden, was das Forschen auf diesem Gebiet wiederum erschwert. (Luxen, 2003)

Auch wenn sich in vorliegender Arbeit kein Einfluss der Intervention auf die emotionalen Kompetenzen von Kindern mit IB feststellen ließ, ergeben sich aus der Literatur durchaus Hinweise darauf, weshalb eine mögliche positive Wirkung nicht ausgeschlossen werden soll. Dieser Bereich bleibt also offen für weitere Forschung an älteren Kindern oder über längere Interventionszeiträume.

## ***10.2 Soziale Kompetenzen***

Wie sich bereits in vergangenen Untersuchungen herausstellte (siehe Kapitel 4.3), zeigen sich auch in dieser Untersuchung signifikante Einflüsse der Intervention HPV auf die sozialen Kompetenzen. Insbesondere für den Forschungsbereich der intellektuellen Beeinträchtigung könnten diese Ergebnisse von großer Bedeutung sein.

Es ergeben sich bereits nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV für Kinder mit IB zwischen vier und acht Jahren deutliche Verbesserungen im Bereich der Selbstkontrolle, Selbstbehauptung sowie Kooperation bzw. soziale Regeln. Des Weiteren lassen sich auch positive Tendenzen in der Identitätsfindung bzw. dem Selbstkonzept und der Perspektivübernahme bzw. dem Sozialkontakt feststellen. Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung gelingt es demzufolge nach einer 10-

wöchigen Teilnahme am HPV ihre Verhaltensweisen besser zu steuern, im Vergleich zu Kindern mit IB, die die Intervention nicht bekamen. Auch das selbstständige Erkennen und Ausdrücken eigener Gefühle, Bedürfnisse, Interessen und Rechte, sowie die Orientierung auf deren zielgerichtete Verwirklichung kann durch HPV gefördert werden. Diese Fähigkeiten können dazu genutzt werden, durch die Übertragung in soziale Handlungen in einer Interaktion subjektiv befriedigende Verstärkung zu erlangen. Auch scheinen Kinder durch die Teilnahme am HPV bessere Fertigkeiten und Strategien zu entwickeln, die darauf abzielen, soziale Interaktionen aufrecht zu erhalten und durch eine wechselseitige Abstimmung von Handlungen ein gemeinsames Ziel zu erreichen.

Diese Interpretation der signifikanten Konstrukte deckt sich weitestgehend mit dem in Kapitel 4.1 dargestellten Wirkungsweisen und Fördermöglichkeiten, auf welche die Intervention HPV abzielt. Dies kann vermutlich vor allem auf den Gruppenprozess zurückgeführt werden, in dem sich die Wirkungsweisen des HPV auf den sozialen Bereich optimal entfalten kann.

Auch im qualitativen Elternfragebogen ließen sich vor allem Verbesserungen im sozialen Bereich feststellen. Die Mehrheit der Eltern berichtete von einer positiven Steigerung der sozialen Interaktionen sowie einer merklichen Erhöhung des Selbstbewusstseins, Vertrauens und Selbstwertgefühls ihrer Kinder.

Es lässt sich also vermuten, dass nach einer längeren Teilnahme an der Intervention auch die Konstrukte mit bereits positiven Tendenzen, die sich nach 10 Wochen feststellen lassen, signifikant werden könnten. Die gefundenen Ergebnisse decken sich also weitestgehend mit Erkenntnissen aus der Literatur und vorangegangenen Studien.

## **11 Beantwortung der Fragestellung**

*(Verfasst von Luise Bieler)*

Bezüglich der Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit, welche Auswirkungen heilpädagogisches Voltigieren auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hat, lässt sich festhalten, dass vor allem bei den sozialen Kompetenzen ein positiver Einfluss der Intervention erkennbar ist. Demnach kann die zweite Subfragestellung, ob sich positive Auswirkungen des heilpädagogischen Voltigierens auf die sozialen Kompetenzen von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ergeben, bejaht werden. Sowohl die allgemeinen sozialen Kompetenzen als auch im speziellen die Selbst-

kontrolle, Selbstbehauptung und Kooperation bzw. die Anerkennung sozialer Regeln verbessern sich in der Untersuchung bereits nach einer 10-wöchigen Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren signifikant bei der Versuchsgruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die nicht an der Intervention teilnahm. Bei den anderen erhobenen Konstrukten der sozialen Kompetenz lassen sich bei näherer Betrachtung ebenfalls positive Trends feststellen.

Die erste Subfragestellung, ob sich positive Veränderungen nach der Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren auf die emotionalen Kompetenzen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zeigen, kann durch die vorliegende Arbeit nicht begründet werden. Diese Tatsache wird jedoch auf die Konzeption der Untersuchung zurückgeführt. Ein möglicher Einfluss der Intervention auf den emotionalen Bereich von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung nach einer länger andauernden Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren kann und soll an dieser Stelle nicht ausgeschlossen werden. Eine spezifischere Betrachtungsweise des Einflusses der Intervention auf emotionale Kompetenzen bleibt also offen für zukünftige Untersuchungen.

## **12 Kritik und Ausblick**

*(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)*

Im Laufe der Erhebung wurden einige Problemfelder aufgedeckt, welche zu Beginn nicht ersichtlich waren und bei zukünftigen Untersuchungen zu diesem Thema berücksichtigt werden sollten.

Ein zentraler Kritikpunkt am gesamten Studiendesign ist die geringe Größe der Stichprobe. Vor Beginn der Erhebung ist ein weitaus größerer Rahmen geplant gewesen, jedoch musste die Anzahl aufgrund der beschränkten Verfügbarkeit der Versuchspersonen auf fünf Personen pro Gruppe reduziert werden. Zudem ist der Abstand zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten mit nur 10 Wochen sehr kurz. Es wäre darüber hinaus selbstverständlich wünschenswert, in Form eines dritten Messzeitpunktes auf ein A-B-A Design zurückzugreifen und die Teilnehmer nochmals nach einem gewissen Zeitraum nach Ende der Intervention zu testen. In diesem Fall war dies jedoch nicht möglich gewesen, da HPV, wie aus der Literatur bekannt, eine längerfristige Intervention darstellt und somit nicht veranlasst werden sollte, dass die

Teilnahme nach 10 Wochen unterbrochen wird (Gäng, 2003, 2004; Kröger, 2004). Generell muss vor Augen gehalten werden, dass alle Veränderungen, welche in der Phase der 10-wöchigen Therapie aufgetreten sind, nicht automatisch auf die Wirkung des HPV zurückgeführt werden dürfen. Sie könnten ebenso auch aufgrund anderer Einflussfaktoren (z.B. parallel dazu laufende, andere Therapieformen) bzw. einer generellen Entwicklung der Personen zustande gekommen sein.

Bezüglich der Vergleichbarkeit der VG und KG ist anzumerken, dass das Ausgangsniveau der VG zum ersten Messzeitpunkt in allen Konstrukten der emotionalen und sozialen Kompetenz niedriger angesiedelt war, als das der KG. Diese Tatsache lässt sich dadurch erklären, dass HPV in der Regel eher bei auffälligeren Kindern eingesetzt wird. Um die Wirkungsweise der Intervention besser untersuchen zu können, wäre ein ähnlicheres Ausgangsniveau der beiden Gruppen wünschenswert gewesen.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt stellt natürlich die Befragung der Eltern der zu untersuchenden Kinder dar. Zwar wurde vor der Untersuchung in der Vorinformation versucht, das Ziel der Studie möglichst neutral zu formulieren (*Untersuchung der allgemeinen Auswirkungen von HPV*). Zusätzlich wurde vor jedem Fragebogen schriftlich darauf hingewiesen, dass es weder richtige noch falsche Antworten gibt und dass ganz allein die subjektive Einschätzung der Eltern von Bedeutung ist. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die positiven Erwartungen der Eltern der Kinder in der Versuchsgruppe die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. Umgangen werden kann diese Tatsache mit einer zusätzlichen Befragung der jeweiligen Reittherapeuten und Erzieher bzw. Lehrer der Kinder sowie einer systematischen Verhaltensbeobachtung sowohl während des HPV als auch in Alltagssituationen. Im Rahmen dieser Diplomarbeit war dies allerdings aus ökonomischen Gründen nicht möglich.

Die gefundenen Ergebnisse können aufgrund der geringen Stichprobengrößen und möglichen Verzerrungen durch die Befragung der Eltern selbstverständlich nur unter Vorbehalt interpretiert werden. Trotz allem zeigen sich neben den signifikanten Ergebnissen in den sozialen Kompetenzen auch deutliche Tendenzen in den restlichen Konstrukten dieses Bereiches. Diese Konstrukte könnten zu späteren Zeitpunkten ebenfalls signifikant werden, was, wie aus der Literatur bekannt, für eine längerfristige Wirkungsweise des HPV sprechen würde. Diese potentiell möglichen Veränderungen sollten noch in weiteren Studien untersucht werden.

Der Bereich der Emotionalität hingegen brachte keine eindeutigen Ergebnisse. Es muss hierbei jedoch angemerkt werden, dass die untersuchten Kinder für die relativ komplexen Konstrukte vermutlich noch zu jung waren. Die elterliche Einschätzung des Emotionserlebens von sehr jungen Kindern mit zusätzlicher intellektueller Beeinträchtigung erscheint in diesem Kontext eher ungeeignet. Da es kaum Forschung im Bereich der Emotionen diesbezüglich gibt, wären weitere Studien, sowohl an älteren Kindern mit IB als auch an Kindern mit anderen Beeinträchtigungen und Störungen, interessant. Zusätzlich zur Einschätzung des Emotionserlebens durch Dritte könnten ebenfalls Beobachtungen der Kinder in Alltagssituationen mit einfließen.

Als weiterer Kritikpunkt ist anzumerken, dass bei manchen Eltern Bemühungen dahingehend bemerkt wurden, die Fragebögen zu beiden Zeitpunkten möglichst ähnlich auszufüllen. Es wurde vor dem zweiten Messzeitpunkt explizit darauf hingewiesen, dass identisch ausgefüllte Fragebögen nicht Ziel der Erhebung sind.

Insgesamt ist selbstverständlich weitere Forschung nötig. Wünschenswert wäre die Untersuchung größerer Stichproben über längere Zeiträume. Um längerfristige Effekte deutlicher darstellen zu können und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu verbessern, wäre eine Follow-up Studie denkbar, welche die Kinder dieser Untersuchung im Kontext ihres nachfolgenden Therapieverlaufes nochmals untersucht.

Auch wenn sich in dieser Untersuchung größtenteils sehr positive Tendenzen in der Auswirkung des HPV auf Menschen mit IB ergeben haben, ist anzumerken, dass jeder Einzelne als Individuum andere Ressourcen, Fähigkeiten und Voraussetzungen mit sich bringt. Das bedeutet, dass nicht jede Therapie oder Interventionsform auch für jeden Menschen geeignet ist und sich bei vorliegenden Kontraindikationen oder bestimmten persönlichen Merkmalen auch negative Konsequenzen ergeben können. Eine ärztliche Überprüfung der physischen und gesundheitlichen Voraussetzungen für die Teilnahme der jeweiligen Person am HPV muss jedenfalls stattfinden, um eine positive Wirkung der Intervention gewährleisten zu können (Kröger, 2004).

### 13 Literaturverzeichnis

- Aman, M. G., Tassé, M. J., Rojahn, J., & Hammer, D. (2007). Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern. In K. Sarimsky, & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung* (S.112-116). Göttingen: Hogrefe.
- AAIDD - American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2013). *Definition of Intellectual Disability*. Zugriff am 31.05.2014. Verfügbar unter <http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.U4ooOyjLquY>
- APA - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth Edition (DSM-V)*. Washington, DC.
- APA - American Psychological Association. (2012). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC.
- Birkholz, J., Dinges, E., Egenolf, I., & Worm, H.-L. (1999). *Förderpädagogik Sport und Reiten – Bergedorfer Kompendium der Förderpädagogik 4*. Horneburg: Persen.
- Breitenbach, E. (2008). Therapeutische und pädagogische Interventionen mit Tieren. In M. Fingerle, & S. Ellinger (Hrsg.), *Sonderpädagogische Förderprogramme im Vergleich. Orientierungshilfen für die Praxis* (S. 235-255). Stuttgart: Kohlhammer.
- BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2008). *UN-Behindertenrechtskonvention*. Zugriff am 03.02.2014. Verfügbar unter [http://www.bmask.gv.at/site2/Soziales/Menschen\\_mit\\_Behinderungen/UN\\_Konvention\\_ueber\\_die\\_Rechte\\_von\\_Menschen\\_mit\\_Behinderungen/](http://www.bmask.gv.at/site2/Soziales/Menschen_mit_Behinderungen/UN_Konvention_ueber_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen/)
- Burgdorf, I. (1995). Heilpädagogisches Voltigieren im Sonderkindergarten. In W. Kaune (Hrsg.), *Das heilpädagogische Voltigieren und Reiten mit geistig behinderten Menschen* (S. 21-37). Warendorf: FN-Verl. der Dt. Reiterl. Vereinigung.
- Connell, P.J., & Thompsons, C.K. (1986). Flexibility of single-subject experimental designs. Part 3: Using flexibility to design or modify experiments. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 214-225.

- DKThR - Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e. V. (o. J.). Zugriff am 20.04.2013. Verfügbar unter <https://www.dkthr.de/de/>
- Eberle-Gäng, S. (1998). Aufbau einer Beziehung zum Pferd: Eine Maßnahme für die Entwicklung und Erziehung von Menschen mit geistiger Behinderung. In M. Gäng (Hrsg.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 128-141). München: Ernst Reinhardt.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows: advanced techniques for the beginner*. London: Sage.
- Fischer, S., Gansterer, U.-D., & Poinstingl, K. (2006). *Forschungsgruppe „Equotherapie“: Erhebung nonverbaler Kommunikationsmuster zwischen Pferd und Mensch mittels Videoanalyse*. Zugriff am 06.08.2013. Verfügbar unter [http://www.pferd-emotion.at/files/gansterer\\_fischer\\_poinstingl\\_forschungsgruppe\\_equotherapie\\_2011.pdf](http://www.pferd-emotion.at/files/gansterer_fischer_poinstingl_forschungsgruppe_equotherapie_2011.pdf)
- Fröhlich, A. (1991). Ganzheitliche Entwicklungsförderung. In A. Fröhlich (Hrsg.), *Pädagogik bei schwerster Behinderung* (S. 155-168). Berlin: Edition Marhold.
- Gäng, M. (Hrsg.). (2003). *Reittherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Gäng, M. (Hrsg.). (2004). *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. München: Ernst Reinhardt.
- Gontard, A. (2013). Genetische und biologische Grundlagen. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler, & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung – Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (S. 30-43). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hauser, G. (1998). Ausbildungsübersicht: Österreich. In M. Gäng (Hrsg.), *Ausbildung und Praxisfelder im heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 29-30). München: Ernst Reinhardt.
- Heipertz, W., & Heipertz-Hengst, C. (Hrsg.). (1977). *Therapeutisches Reiten: Medizin, Pädagogik, Sport*. Stuttgart: Franckh'sche Verlagshandlung.

- Heipertz-Hengst, C. (1985). *Wirkungen des Therapeutischen Reitens. Möglichkeiten und Probleme der Objektivierung*. Warendorf: FN-Verl. d. Dt. Reiterl. Vereinigung.
- Heitzmann, P. (2012). Pferde stärken Mädchen. *Therapeutisches Reiten. Harmonie hilft heilen – Das Magazin des DKThR*, 3, 18-23.
- Herda, C. (2003). Reittherapie als Ergänzung zur Ergotherapie. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S. 116-125). München: Ernst Reinhardt.
- Holtz, K.-L., Eberle, G., Hillig, A., & Marker, K.-R. (2005). *HKI - Heidelberger Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte Handbuch*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Irblich, D., & Stahl, S. (2003). *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaune, W. (Hrsg.). (1995). *Das heilpädagogische Voltigieren und Reiten mit geistig behinderten Menschen*. Warendorf: FN-Verl. der Dt. Reiterl. Vereinigung.
- Kautsch, I. (1995). *Heilpädagogisches Voltigieren und seine Auswirkungen auf das motorische Leistungsniveau, das Selbstkonzept und das Sozialverhalten von Sonderschülern. Eine Untersuchung an niederösterreichischen Sonderschulen* [Unveröffentlichte Diplomarbeit]. Universität Wien, Österreich.
- Kranich, E. (1991). *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren – eine mögliche Förderung für verhaltensauffällige Kindern* [Unveröffentlichte Diplomarbeit]. Universität Wien, Österreich.
- Schleehauf, K. (2010). *Wege und Möglichkeiten in der pädagogisch - therapeutischen Arbeit mit dem Medium Pferd für Mädchen mit Gewalterfahrung*. Zugriff am 10.05.2014. Verfügbar unter <http://www.therapie-mit-pferden.de/dissertation.htm>
- Kröger, A. (1977). Voltigieren als Erziehungshilfe an Schulen für verhaltensauffällige Kinder. In W. Heipertz, & C. Heipertz-Hengst (Hrsg.), *Therapeutisches Reiten: Medizin, Pädagogik, Sport* (S. 66-83). Stuttgart: Franckh'sche Verlagshandlung.
- Kröger, A. (2004). Heilpädagogisches Voltigieren. In M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 105-130). München: Ernst Reinhardt

- Kuprian, W. (1977). Hippotherapie und Reittherapie als krankengymnastische Behandlungsmaßnahme. In W. Heipertz, & C. Heipertz-Hengst (Hrsg.), *Therapeutisches Reiten: Medizin, Pädagogik, Sport* (S. 19-47). Stuttgart: Franckh'sche Verlagshandlung.
- Luxen, U. (2003). Emotionale und motivationale Bedingungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In D. Irblich, & S. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 230-267). Göttingen: Hogrefe.
- McCormick, S. (1990). A case for the use of single-subject methodology in reading research. *Journal of Research in Reading*, 13(1), 69-81.
- Meyer, H. (2003). Geistige Behinderung - Terminologie und Begriffsverständnis. In D. Irblich, & S. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 4-30). Göttingen: Hogrefe.
- OKTR - Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten. (o. J.). Zugriff am 20.04.2013. Verfügbar unter von <http://www.oktr.at/>
- Reinelt, T. (1996). Spüren – Fühlen – Denken. Entwicklungspsychologische Anmerkungen zur Prophylaxe, Psychotherapie und Rehabilitation. In R. Hutterer-Krisch, V. Pfersmann, & I. S. Farag (Hrsg.), *Psychotherapie, Lebensqualität und Prophylaxe. Beiträge zur Gesundheitsvorsorge in Gesellschaftspolitik, Arbeitswelt und beim Individuum* (S.301-314). Wien: Springer.
- Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Ringbeck, B. (1998). Ausbildungsübersicht: Deutschland. In M. Gäng (Hrsg.), *Ausbildung und Praxisfelder im heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 17-22). München: Ernst Reinhardt.
- Ringbeck, B. (2003). Vorwort. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S. 19-10). München: Ernst Reinhardt.
- Rüegsegger, F. (2003). Haltung und Ausbildung von Therapiepferden. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S. 22-33). München: Ernst Reinhardt.

- Sarimski, K. (2003). Kognitive Prozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In D. Irblich, & S. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 230-267). Göttingen: Hogrefe.
- Schieder, R. (2002). *Auswirkungen des Heilpädagogischen Voltigierens auf Sonderschüler mit geistiger Behinderung in Niederösterreich. Eine Untersuchung an niederösterreichischen Sonderschulen* [Unveröffentlichte Diplomarbeit]. Universität Wien, Österreich.
- Speck, O. (1999). *Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung: Ein heilpädagogisches Lehrbuch*. München: Ernst Reinhardt.
- Vorsteher, B. (2003). Psychologische Grundlagen beim therapeutischen Reiten. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S.39-49). München: Ernst Reinhardt.
- Voßberg, J. (2004). Anbahnung und Gestaltung positiver Beziehungen mit Kleinpferden. In M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 160-188). München: Ernst Reinhardt.
- Weber, G., & Rojahn, J. (2009). Intellektuelle Beeinträchtigung. In S. Schneider, & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 3, Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 351-366). Berlin: Springer Verlag.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). (2013). *Intelligenzstörung*. Zugriff am 18.10.2013. Verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f70-f79.htm>
- WHO - Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa. (o. J.). *Definition des Begriffs „geistige Behinderung“*. Zugriff am 20.04.2013. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>
- Zinke, K.F. (1973). *Therapeutische Wirkung des Reitens, untersucht und beobachtet an einer Gruppe geistig und körperlich retardierter und behinderter Heimkinder* [Unveröffentlichte Dissertation]. Philipps-Universität, Marburg.

## 14 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Schematische Darstellung der verschiedenen Bereiche im Therapeutischen Reiten nach Heipertz (1977, S.15).....	14
Abb. 2. Die Stellung des Heilpädagogischen Voltigierens/Reitens innerhalb des Therapeutischen Reitens nach C. Klüwer (Gäng 2004, S. 24).....	18
Abb. 3. Körperbau des Pferdes: rechteckiges Format (links) und quadratisches Format (rechts) (Heipertz-Hengst, 1977, S. 152).....	24
Abb. 4. Das Entwicklungsmodell Spüren-Fühlen-Denken (Reinelt 1996, S. 2).....	44
Abb. 5. Ganzheitliche Entwicklungsförderung nach Fröhlich (1991, S. 156).....	46
Abb. 6. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Erkennen eigener Emotionen.....	71
Abb. 7. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Erkennen von Emotionen bei anderen.....	72
Abb. 8. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Regulation und Kontrolle eigener Gefühle.....	73
Abb. 9. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Emotionale Expressivität.....	75
Abb. 10. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts der allgemeinen soziale Kompetenz.....	77
Abb. 11. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Identität bzw. Selbstkonzept.....	79
Abb. 12. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Selbstkontrolle.....	80
Abb. 13. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Selbstbehauptung.....	82
Abb. 14. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Perspektivübernahme bzw. Sozialkontakt.....	83
Abb. 15. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts Kooperation bzw. soziale Regeln.....	85

## 15 Tabellenverzeichnis

Tab. 1. Einteilung der intellektuellen Beeinträchtigung nach dem Kriterium der Intelligenz nach der ICD-10 der WHO (Gontard, 2013, S. 31).....	11
Tab. 2. Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen der emotionalen Kompetenz für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten.....	70
Tab. 3. Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen der sozialen Kompetenz für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten.....	76

### **III. Anhang**

#### **16 Abstract**

##### ***16.1 Deutsch***

In verschiedenen Untersuchungen ließen sich bereits positive Einflüsse der Intervention heilpädagogisches Voltigieren bei unterschiedlichen Stichproben wie verhaltensauffälligen Kindern, Sonderschülern und Kindern mit verschiedenen Beeinträchtigungen feststellen. In dieser Studie liegt der Schwerpunkt darauf, ob die sozialen und emotionalen Kompetenzen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch heilpädagogisches Voltigieren positiv beeinflusst werden können und diese Intervention somit eine geeignete alternative Fördermethode für diese Zielgruppe darstellt. Dazu wurden Daten von 5 Kindern zwischen 4 und 8 Jahren mit intellektueller Beeinträchtigung vor Beginn der Intervention in einer Fremdbefragung durch die Eltern erhoben. Zur Erhebung der sozialen Kompetenzen wurde das Heidelberger-Kompetenz-Inventar verwendet und zur Erfassung der emotionalen Kompetenzen kam der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen zum Einsatz. Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren fand der zweite Untersuchungszeitpunkt mit den gleichen Erhebungsinstrumenten statt. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde eine Kontrollgruppe, ebenfalls bestehend aus 5 Kindern zwischen 4 und 8 Jahren mit intellektueller Beeinträchtigung, herangezogen. Die Daten der Untersuchung wurden mittels zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholungen und Post-hoc-Tests ausgewertet. Es ergaben sich signifikante Ergebnisse in den sozialen, nicht aber in den emotionalen Kompetenzen für die Kinder der Versuchsgruppe vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur Kontrollgruppe. Somit scheint die Intervention, zumindest was den Einfluss auf die sozialen Kompetenzen von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung betrifft, eine gute Fördermethode darzustellen.

## ***16.2 Englisch***

Different studies already discovered positive influences of therapeutic vaulting on diverse samples such as children with behavioural problems and children with special needs. The focus of this study is to determine positive effects of therapeutic vaulting on social and emotional competences of people with intellectual disability. Therefore parents of 5 children with intellectual disabilities between the ages of 4 and 8 years who had not started the therapeutic vaulting yet were asked to complete a questionnaire. To gather information about social and emotional competences the psychological testing procedures Heidelberg-Kompetenz-Inventar and Emotionale-Kompetenz-Fragebogen were used. After the children joined the intervention for 10 weeks their parents were asked once again about their children's social and emotional competences using the same test procedures as before. To compare this data, a control sample consisting of 5 children with intellectual disabilities aged between 4 and 8 years who did not participate in the intervention was investigated. Mixed-design ANOVAs and post-hoc-tests were used to evaluate the data of the study. The results show significant effects on social competences but not on emotional competences for the children in the treatment group compared with the control group over the time of measurements. Thus, the therapeutic vaulting seems to be a good method to encourage social skills of people with intellectual disability.

## 17 Fragebögen

### 17.1 Soziodemografischer Fragebogen

#### Demografisches Datenblatt

##### 1) Personencode:

Der **Personencode** dient der späteren anonymisierten Zuordnung der zu den beiden Zeitpunkten ausgefüllten Fragebögen und setzt sich folgendermaßen zusammen:

- 1. und 2. Buchstabe des **Vornamens** der von Ihnen zu betreuenden Person
- 1. und 2. Buchstabe des **Nachnamens** der von Ihnen zu betreuenden Person
- Das **Alter** der von Ihnen zu betreuenden Person

Bsp.: Betreute Person: **Max Müller**, **9** Jahre alt  
 Personencode: **MaMü9**

2) **Alter der zu beurteilenden Person:** \_\_\_\_\_ **Jahre**

3) **Ausbildungsstand der zu beurteilenden Person:** \_\_\_\_\_

4) **Wohnform der zu beurteilenden Person:**

- mit Eltern     Wohngemeinschaft    Betreutes Wohnen:  mit Eltern  
 sonstiges     ohne Eltern

5) **Geschlecht der zu beurteilenden Person:**

- Männlich     Weiblich

6) **In welchem Verhältnis stehen Sie zu der von Ihnen zu betreuenden Person?**

- Elternteil     Betreuer/in, seit wann betreuen Sie die Person:

Anderes: \_\_\_\_\_

**7) Art der Beeinträchtigung (soweit bekannt):**

- leichte intellektuelle Beeinträchtigung
- mittelgradige intellektuelle Beeinträchtigung
- schwere intellektuelle Beeinträchtigung
- Anderes: \_\_\_\_\_
- nicht bekannt

**8) Gibt es zusätzliche Beeinträchtigungen oder Einschränkungen (z.B. motorische Einschränkungen)?**

---

---

---

**9) Nimmt die von Ihnen zu betreuende Person zum jetzigen Zeitpunkt Medikamente und/oder Psychopharmaka ein?**

---

---

---

**10) Welche Therapieangebote wurden bisher genutzt (bitte Dauer der Interventionen gegebenenfalls mit angeben)?**

---

---

---

**11) Werden derzeit noch andere Therapieformen genutzt?**

---

---

---

**12) Wurde bereits früher am heilpädagogischen Voltigieren teilgenommen (wenn ja, wie lange)?**

---

---

**13) Grund für die derzeitige Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren?**

---

---

## *17.2 Elternfragebögen der Versuchsgruppe*

### **Fragebogen (1. Messzeitpunkt)**

**1) Was erwarten Sie sich von der Teilnahme der von Ihnen zu betreuenden Person am heilpädagogischen Voltigieren?**

---

---

---

---

---

**2) Was könnten sich für positive Veränderungen im Umgang und Verhalten der von Ihnen zu betreuenden Person bei der Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren ergeben?**

---

---

---

---

---

**3) Könnten sich Ihrer Meinung nach auch negative Veränderungen im Umgang und Verhalten der von Ihnen zu betreuenden Person bei der Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren zeigen?**

---

---

---

---

---

**Fragebogen (2. Messzeitpunkt)**

**1) Sind Sie der Meinung, dass die Teilnahme am heilpädagogischen Voltigieren einen Einfluss auf die von Ihnen zu betreuende Person hat?**

---

---

---

---

**2) Was haben sich Ihrer Meinung nach für positive Veränderungen im Umgang und Verhalten der von Ihnen zu betreuenden Person seit Beginn des heilpädagogischen Voltigierens ergeben?**

---

---

---

---

---

---

**3) Gibt es Ihrer Meinung nach auch negative Veränderungen im Umgang und Verhalten der von Ihnen zu betreuenden Person seit Beginn des heilpädagogischen Voltigierens?**

---

---

---

---

---

---

**4) Ist das heilpädagogische Voltigieren Ihrer Meinung nach ein sinnvolles Therapieangebot (bitte Grund mit angeben)?**

---

---

---

---

---

---

---

**5) Wird die von Ihnen zu betreuende Person weiterhin am heilpädagogischen Voltigieren teilnehmen?**

Ja

Nein

## **18 Psychologische Verfahren**

Der *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)* von Rindermann (2009) und das *Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte (HKI)* von Holtz et al. (2005) werden im Folgenden nicht angezeigt. Obwohl es sich beim HKI um ein frei verfügbares Verfahren handelt und die Einverständniserklärung für die Verwendung des EKF beim Autor eingeholt wurde, wird aus urheberrechtlichen Gründen auf das Aufscheinen der Fragebögen im Anhang verzichtet.

## **19 Urheberrechte der Bildquellen**

*Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.*

## 20 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit mit dem Titel

*Heilpädagogisches Voltigieren bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*

selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe. Textstellen, die aus der Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Elisabeth Taubinger resultieren, wurden dementsprechend gekennzeichnet.

Des Weiteren habe ich ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer Autorinnen und Autoren als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere, dass ich diese Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsstelle vorgelegt habe.

Wien, am 10.07.2014



---

(Luise Bieler)

## 21 Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name: Luise Bieler  
 Geburtsort: Oschatz  
 Staatsangehörigkeit: BRD

### Schulischer Werdegang

08/1997 – 06/2001 Grundschule Wermsdorf  
 08/2001 – 07/2007 Thomas-Mann-Gymnasium Oschatz  
 08/2007 – 06/2009 Magnus-Gottfried-Lichtwer-Gymnasium Wurzen  
 20.06.2009 Erhalt der Allgemeinen Hochschulreife/Abitur  
 Ab 01.10.2009 Diplomstudium an der Universität Wien, Hauptfach: Psychologie  
 02.08.2011 Absolvierung der Ersten Diplomprüfung (Grundstudium)  
 Ab 01.10.2011 Beginn des Hauptstudiums der Psychologie an der Universität  
 Wien  
 07/2014 Abgabe der Diplomarbeit im Fachbereich Klinische Psychologie  
 zum Thema „Heilpädagogisches Voltigieren bei Menschen mit  
 intellektueller Beeinträchtigung“

### Fremdsprachenkenntnisse

Englisch: In Wort und Schrift  
 Französisch: Grundkenntnisse  
 Russisch: Grundkenntnisse

### Schulische Auslandsaufenthalte

01.05.-10.05.2006 Besuch des Gymnasiums in Mäntsälä, Finnland, anlässlich eines  
 Schüleraustausches

### Absolvierte Praktika

14.06.-21.06.2009 Therapeutische Arbeit mit Pferden für behinderte Kinder  
 11.07.-27.07.2011 Therapeutische Arbeit mit Pferden für behinderte Kinder  
 09.07.-17.08.2012 Pflichtpraktikum am Fachkrankenhaus Hubertusburg, Klinik für  
 Psychiatrie und Psychotherapie

Wien, den 10.07.2014

