



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Heilpädagogisches Voltigieren bei Menschen mit
intellektueller Beeinträchtigung“

Verfasserin

Elisabeth Taubinger

gemeinsam mit
Luise Bieler

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 298
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Diplomstudium Psychologie
Betreuerin / Betreuer:	Ao. Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Ich bedanke mich bei ao. Prof. Dr. Germain Weber für die Annahme des Themas dieser Diplomarbeit. Dadurch wurde mir ermöglicht, die Diplomarbeit in meinem Wunschgebiet, der Klinischen Psychologie, zu schreiben. Ebenso bedanke ich mich bei Prof. Webers Team – Katharina Schossleitner, Susanne Stickel und Philipp Gewessler – für das Engagement und die zahlreichen Anregungen während der Tutorien der letzten Monate.

Danke an die Eltern der teilnehmenden Kinder für die Bereitschaft, an dieser Erhebung mitzuwirken, ihre Offenheit und Ehrlichkeit bei der Beantwortung der Fragebögen, ebenso an den Schottenhof und Ina Keckstein für ihre Bemühungen, dieses Projekt zu unterstützen.

Danke an meine Kollegin Luise Bieler für die Umsetzung unserer Ideen, ihre Unterstützung und die vielen Stunden der gemeinsamen Arbeit!

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, die mich von der Themenfindung bis hin zur Fertigstellung der Arbeit begleitet haben und mir in schwierigen Zeiten mit Rat und Tat und vor allem viel Geduld zur Seite gestanden sind.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG.....	3
ANMERKUNG	7
1 Einleitung (verfasst von E. Taubinger).....	8
THEORETISCHER TEIL	10
2 Definitionen	10
2.1 Intellektuelle Beeinträchtigung (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger).....	10
2.2 Therapeutisches Reiten (verfasst von E. Taubinger)	12
3 Heilpädagogisches Voltigieren (HPV).....	16
3.1 Definition (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger).....	16
3.2 HPV aus pädagogischer Sicht bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (verfasst von E. Taubinger).....	18
3.3 Indikation und Kontraindikation (verfasst von E. Taubinger)	20
3.4 Das Therapiepferd.....	21
3.4.1 Eignung & körperliche Voraussetzungen (verfasst von E. Taubinger)	21
3.4.1 Charaktereigenschaften (verfasst von E. Taubinger)	23
3.5 Der Reittherapeut.....	25
3.5.1 Ausbildung in Österreich und Deutschland (verfasst von E. Taubinger)	25
3.5.2 Therapeutenverhalten (verfasst von E. Taubinger).....	27
3.6 Die Voltigiergruppe (verfasst von E. Taubinger)	29
3.7 Das Beziehungsdreieck Pferd-Klient-Therapeut (verfasst von E. Taubinger)	30
3.8 Zusammenfassung (verfasst von E. Taubinger)	31
4 Theoretische Hintergründe des Heilpädagogischen Voltigierens.....	31
4.1 Zielsetzungen und Inhalte von HPV	31
4.1.1 Förderung im sozial-emotionalen Bereich (verfasst von E. Taubinger).....	32
4.1.2 Förderung im sensomotorischen Bereich (verfasst von E. Taubinger)	37
4.1.3 Förderung im kognitiven Bereich (verfasst von E. Taubinger)	39
4.2 Theoretische Modelle	40
4.2.1 Das Wiener Modell „Spüren-Fühlen-Denken“ (verfasst von E. Taubinger).....	40
4.2.2 Ganzheitliche Entwicklungsförderung nach Fröhlich (verfasst von E. Taubinger)	42
4.3 Aktueller Forschungsstand (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger)	44
5 Beschreibung der zu untersuchenden Konstrukte	47
5.1 Verhaltensauffälligkeiten (verfasst von E. Taubinger).....	48
5.2 Motivation (verfasst von E. Taubinger)	50
5.3 Zusammenfassung (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger)	50

EMPIRISCHER TEIL	52
6 Hauptfragestellung, Subfragestellungen und Hypothesen.....	52
6.1 Hauptfragestellung (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger)	52
6.2 Subfragestellungen und Hypothesen (verfasst von E. Taubinger)	53
7 Methoden und Untersuchung	54
7.1 Untersuchungsplan (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger).....	54
7.2 Stichprobe (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger).....	55
7.3 Durchführung der Untersuchung (verfasst von E. Taubinger)	56
7.4 Erhebungsinstrumente (verfasst von E. Taubinger).....	57
7.5 Beschreibung der verwendeten Inventare.....	58
7.5.1 Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern (NCBRF) (verfasst von E. Taubinger).....	58
7.5.2 Motivation (verfasst von E. Taubinger)	59
7.6 Auswertungsverfahren und Voraussetzungen (verfasst von E. Taubinger)	61
8 Ergebnisse.....	63
8.1 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe (verfasst von E. Taubinger).....	63
8.2 Ergebnisdarstellung.....	64
8.2.1 Subfragestellung 1: Verhaltensauffälligkeiten (verfasst von E. Taubinger)	64
8.2.2 Subfragestellung 4: Motivation (verfasst von E. Taubinger)	74
8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse (verfasst von E. Taubinger).....	76
9 Interpretation und Diskussion	76
9.1 Verhaltensauffälligkeiten (verfasst von E. Taubinger).....	76
9.2 Motivation (verfasst von E. Taubinger).....	77
10 Kritik und Ausblick (verfasst von L. Bieler & E. Taubinger)	79
11 Literaturverzeichnis	82
12 Abbildungsverzeichnis.....	87
13 Tabellenverzeichnis.....	87
ANHANG.....	89
14 Abstract.....	89
14.1 Deutsch.....	89
14.2 Englisch.....	90
15 Demografisches Datenblatt	91
16 Elternfragebogen.....	93

17 Verwendete psychologische Inventare	96
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	97
LEBENS LAUF	98

Anmerkung

Angelehnt an Weber (1997) 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.

1 Einleitung

(verfasst von Elisabeth Taubinger)

*„An einem Pferd schätzt man nicht seine Kraft, sondern seinen Charakter.“
(Konfuzius)*

Der Mensch schätzt das Pferd seit Jahrtausenden. Die Bedeutung des Pferdes in der Beziehung hat sich jedoch im Laufe der Zeit verändert. Anfangs stand die ökonomische Seite dieser Arbeitskooperation im Vordergrund – in den letzten Jahrzehnten hat sich das Hauptaugenmerk auf die gesundheitsfördernde Wirkung des Reitens und dessen therapeutische Möglichkeiten verschoben.

Im November 1977 wurde in Wien die erste Gründungsveranstaltung des *Kuratoriums für Hippotherapie* im Rahmen des Symposiums „Physiotherapie auf dem Pferd“ (OKTR, o.J.) abgehalten. Bereits zwei Jahre später wurde der erste Lehrgang für Hippotherapie in Österreich abgehalten (OKTR, o.J.). Im Laufe der Jahre haben sich mehrere Sparten des therapeutischen Reitens herauskristallisiert, heilpädagogisches Voltigieren und Reiten wurden offiziell als Fach an Sonderschulen genehmigt, und das Kuratorium wurde in *Österreichisches Kuratorium für Hippotherapie, Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten und Behindertenreiten* (OKTR, o.J.) umbenannt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den *Auswirkungen von heilpädagogischem Voltigieren auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*, im Speziellen mit dem Bereich der *Verhaltensauffälligkeiten* und der *Motivation*. Die Tatsache, dass ich selbst seit meinem siebenten Lebensjahr reite und der Umgang mit Pferden zur alltäglichen Selbstverständlichkeit geworden ist, hat die Themenfindung zu dieser Diplomarbeit maßgeblich beeinflusst. Zudem hat die Nachfrage nach therapeutischen Reitangeboten, insbesondere nach heilpädagogischem Voltigieren bzw. Reiten (HPV/R), in den letzten Jahren stetig zugenommen. In der wissenschaftlichen Forschung ist bis jetzt – abgesehen von einigen qualitativ angelegten Studien - nur sehr wenig zu HPV/R vorhanden. Deshalb habe ich mich entschieden, meine Diplomarbeit diesem Thema zu widmen.

Entstanden ist die Arbeit in Kooperation mit Frau Luise Bieler. Beide Arbeiten verwenden die Daten derselben Stichprobe und haben dieselbe Hauptfragestellung zugrunde liegen, die behandelten Interessensgebiete werden jedoch aufgrund ihrer

Unterschiedlichkeit in zwei getrennten Arbeiten ausgeführt. Die Kapitel, die in Zusammenarbeit mit Frau Bieler entstanden sind, sind als solche im Text explizit gekennzeichnet. Frau Bieler hat sich mit den Auswirkungen auf soziale und emotionale Kompetenzen beschäftigt. Beide Arbeiten können als zusammenhängendes Werk gelesen werden.

Die Arbeit lässt sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil gliedern. Im theoretischen Teil werden die Grundlagen und Wirkungsweisen von heilpädagogischem Voltigieren und allgemeine Informationen über das Therapiepferd bzw. den Reittherapeuten angeführt. Der empirische Teil besteht aus den verwendeten Inventaren, dem Ablauf der Erhebung sowie den Ergebnissen und deren Interpretation. Im Nachhinein anzumerkende Kritik bezüglich des Erhebungsdesigns und der Durchführung sowie ein Ausblick auf zukünftige Studien bilden den Abschluss der Arbeit.

THEORETISCHER TEIL

2 Definitionen

2.1 Intellektuelle Beeinträchtigung

(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, o.J.) 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)“ (o.S.), zusammen.

In der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10)*, die 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, o.S.). Darunter fallen beispielsweise Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten, die wesentlich zum Intelligenzniveau beitragen. 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 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* in fünfter Edition (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).

Dazu kommen “deficits in adaptive functioning that result in failure to meet developmental and sociocultural standards for personal independence and social responsibility” (APA, 2013, S. 33). 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)

Schalock et al. (2013) klassifizieren in der *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)* 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“ (o.S.). Als mögliche Einflussfaktoren für intellektuelle Beeinträchtigung wird von den Autoren ein Wechselspiel zwischen Persönlichkeitseigenschaften (wie z.B. Intelligenz oder adaptives Verhalten), psychosozialen Faktoren, Umwelteinflüssen, biologischen Faktoren und Fördermaßnahmen genannt (Schalock et al., 2013).

Weber und Rojahn (2009) 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 Elisabeth Taubinger)

Das *deutsche Kuratorium für therapeutisches Reiten* (DKThR, o.J.) klassifiziert therapeutisches Reiten als Mittel zur „Verbesserung und Linderung psychosozialer Probleme und Störungen“ (o.S.), das bei der Behandlung von intellektuellen und körperlichen Beeinträchtigungen eingesetzt wird. Dabei geht es nicht um das Erlangen von reiterlichen Fähigkeiten, sondern primär um die Förderung und den Aufbau von sozialer, kognitiver und körperlicher Entwicklung. In diesem Sinn wird therapeutisches Reiten unter anderem präventiv in Kindergärten und Schulen als pädagogisches und motorisches Förderangebot eingesetzt. (DKThR, o.J.)

Nach Gäng (2003) kommt therapeutisches Reiten vor allem bei psychiatrischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, nach Unfällen bzw. schweren körperlichen Krankheiten oder in Verlustsituationen zur Anwendung. Das Hauptaugenmerk dieser Interventionsform liegt auf der Interaktion zwischen dem Patienten, dem Therapeuten und dem Pferd. Neben dem Reiten werden alle Aktivitäten rund um das Pferd (z.B. das Stallausmisten, Füttern) in die therapeutische Arbeit miteinbezogen. Dabei ist es von besonderer Wichtigkeit, individuelle Problemfelder und Ressourcen der Klienten in das gesamte therapeutische Konzept miteinzubeziehen. Das Pferd fungiert in diesem Kontext als Kontaktmöglichkeit zur Umwelt. Dadurch wird es den Klienten möglich, ihre Handicaps zu bewältigen und neu Gelerntes Schritt für Schritt in den Alltag zu transferieren. (Gäng, 2003)

Klüwer (2004) fügt hinzu, dass beim therapeutischen Reiten das Pferd zur Förderung von Menschen mit Beeinträchtigungen aller Art und aller Altersklassen eingesetzt wird.

Genutzt werden dazu sowohl die bewegungsspezifische Eigenheiten des Pferdes wie auch seine emotionalen und kommunikativen Besonderheiten (Klüwer, 2004).

Kröger (2004) streicht heraus, dass sich therapeutisches Reiten besonders für Kinder mit Lernschwierigkeiten und Klienten mit psychischen Erkrankungen eignet. Zudem werden Hör- und Sehgeschädigte von dieser Interventionsform nicht ausgeschlossen.

Laut DKThR (o.J) lässt sich therapeutisches Reiten in vier Unterkategorien gliedern (siehe Abbildung 1):

- *Hippotherapie*
- *ergotherapeutische Behandlung mit dem Pferd*
- *Reiten als Sport für Menschen mit Beeinträchtigung*
- *heilpädagogische Förderung mit dem Pferd (Reiten/Voltigieren)*

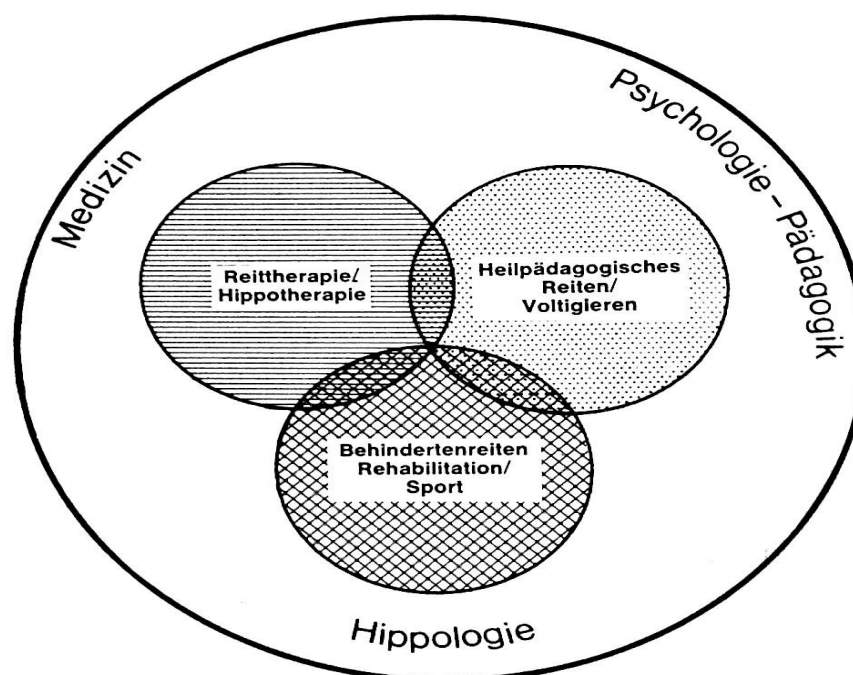


Abbildung 1. Schematische Darstellung der verschiedenen Bereiche im Therapeutischen Reiten nach Heipertz (1977, S.15).

Bei der *Hippotherapie* steht vorrangig der medizinische Aspekt im Vordergrund (Klüwer, 2004). Hippotherapie wird als ergänzendes Angebot zur Physiotherapie auf

neurophysiologischer Basis eingesetzt und in das therapeutische Gesamtkonzept eingebettet (DKThR, o.J.).

Das *österreichische Kuratorium für therapeutisches Reiten*, (OKTR, o.J.), fügt hinzu, dass Hippotherapie aufgrund des speziellen Bewegungsmusters des Pferdes nach medizinischen Gesichtspunkten zum Einsatz kommt und vor allem die Zentrifugal-, Beschleunigungs- und Bremskräfte des natürlichen Bewegungsablaufes für die therapeutische Arbeit genutzt werden. Der Klient wird durch dieses ganzheitliche Förderangebot auf physischer, psychischer, kognitiver und sozialer Ebene angesprochen. Hippotherapie muss ärztlich verordnet und auf jeden Patienten individuell angepasst werden, da der Therapieplan dem Leistungsniveau jedes einzelnen Patienten entsprechend angepasst werden sollte. (OKTR, o.J.)

Reiten als Sport für Menschen mit Beeinträchtigung bildet die zweite Sparte des therapeutischen Reitens. Hier wird das Pferd als Partner für Menschen mit Beeinträchtigungen eingesetzt, um ihnen die Möglichkeit zur Teilnahme am Breiten- bzw. Leistungssport zu eröffnen und eine weitere Option der Freizeitgestaltung zu bieten. Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung werden verschiedene Hilfsmittel, wie speziell angepasstes Sattelzeug, verwendet. (OKTR, o.J.)

Unter den Menschen mit Beeinträchtigung eignet sich der Reitsport prinzipiell für „Reiter mit körperlichen, geistigen oder Sinnesbehinderungen, die sich sportlich betätigen möchten, jedoch keine Therapie benötigen“ (OKTR, o.J., o.S.). Klüwer (2004) ergänzt hierzu, dass Reiten eine optimale Möglichkeit darstellt, um beeinträchtigte Menschen in den normalen Turniersport zu integrieren. Die Ausübung des Reitsports als Freizeitbeschäftigung kann für Menschen mit intellektueller oder körperlicher Einschränkung wesentlich dazu beitragen, soziale Kontakte zu knüpfen und ihre Lebensqualität im Allgemeinen zu steigern (DKThR, o.J.). Heipertz (1977) betont in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass sich der Reitsport positiv auf die Fitness und den allgemeinen Gesundheitszustand von Menschen mit Beeinträchtigungen auswirken kann.

Im Leistungssport bietet es Menschen mit Einschränkungen die Möglichkeit, ihr Können mit anderen zu messen – dies kann in frei zugänglichen Wettbewerben oder extra dafür ausgelegten Klassen geschehen (DKThR, o.J.). Das DKThR (o.J.) empfiehlt hierbei eine Zusammenarbeit mit einem Fach- oder Hausarzt, wie generell im Behindertensport üblich. Der stetige Ausbau von sportlichen Angeboten, welche auch für Menschen mit

Beeinträchtigungen zugänglich sind, greift die Aufforderung der UN-Konvention (2008) auf, die von ihren Mitgliedsstaaten verlangt, sowohl im Breiten- wie auch Leistungssport Maßnahmen zu treffen, um beeinträchtigten Menschen die Chance zu geben, bei „behinderungsspezifischen Sport- und Erholungsaktivitäten“ (S. 32) teilnehmen zu können. Denn nur dann könne Sport auf Basis der Gleichberechtigung betrieben werden (UN-Konvention, 2008).

Unter der noch relativ jungen Sparte der *ergotherapeutischen Behandlung mit dem Pferd* versteht man die „Behandlung auf der Grundlage des sensomotorisch-perzeptiven, motorisch-funktionellen und psychisch-funktionellen Ansatzes unter Einbezug des Mediums Pferd“ (DKThR, o.J., o.S.). Das Ziel von Ergotherapie mit dem Pferd sei laut DKThR (o.J.) die Ergänzung der „ergotherapeutischen Behandlung durch den Bewegungsdialog, das Beziehungsangebot und den unmittelbaren Erfahrungsraum“ (o.S.). Als Zielgruppe werden Personen gesehen, welche maßgeblich in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind. Ergotherapie mit dem Pferd wirkt sich positiv auf die Fähigkeit zur Selbstversorgung/-verantwortung, Freizeitgestaltung und auch auf sozialer Ebene aus (DKThR, o.J.). Zudem wird die Eigenaktivität und Eigen- bzw. Fremdwahrnehmung geschult (OKTR, o.J.).

Das OKTR (o.J.) führt an, dass auch Tätigkeiten, welche abseits vom Pferderücken durchgeführt werden (wie beispielsweise Stallarbeit) und das Umfeld des Tieres (Stall, Putzplatz, Koppel etc.) in den therapeutischen Ablauf miteingebunden werden. Wie auch bei der Hippotherapie muss die ergotherapeutische Behandlung mit dem Pferd von einem Facharzt verordnet werden. Diese Form des therapeutischen Reitens wird vorrangig Menschen mit Erkrankungen des Zentralnervensystems oder des Stütz- und Bewegungsapparates verschrieben. (OKTR, o.J.)

Die vierte Sparte des therapeutischen Reitens, nämlich die *heilpädagogische Förderung mit dem Pferd* in Form von Reiten oder Voltigieren, wird in *Kapitel 3* ausführlicher beschrieben, da sich die nachfolgende Erhebung auf eben jenes Fachgebiet konzentriert.

3 Heilpädagogisches Voltigieren (HPV)

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 stehen 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 Kapitel 3.2 näher eingegangen.

Neben der Schulung motorischer und geistiger Fähigkeiten bei der Übernahme von Tätigkeiten am und auf dem Pferd seitens des Klienten kann laut Heipertz (1977) der Bereich des Voltigierens eine weitere Steigerung im Behandlungsfortschritt darstellen. Der Einbezug von gymnastischen und turnerischen Bewegungsaufgaben trägt nicht nur zur Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigter Menschen bei. Sie begünstigen auch individuelle Lernfortschritte, die, wenn sie in der Gruppe ausgeführt werden, 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 Interaktion mit dem Pferd, dem Therapeuten und den Gruppenmitgliedern „positive Lernerfahrungen im Bereich des sozialen Verhaltens“ (o.S.) ermöglicht.

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 in Zusammenspiel mit dem Pferd durchgeführt werden, sind oft von komplexer Natur und können auf den Klienten überfordernd wirken – „ein langsames und systematisches Hinführen ist absolut erforderlich“ (Eberle-Gäng, 1998, S.130).

Kröger (1977) betont zudem, 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.

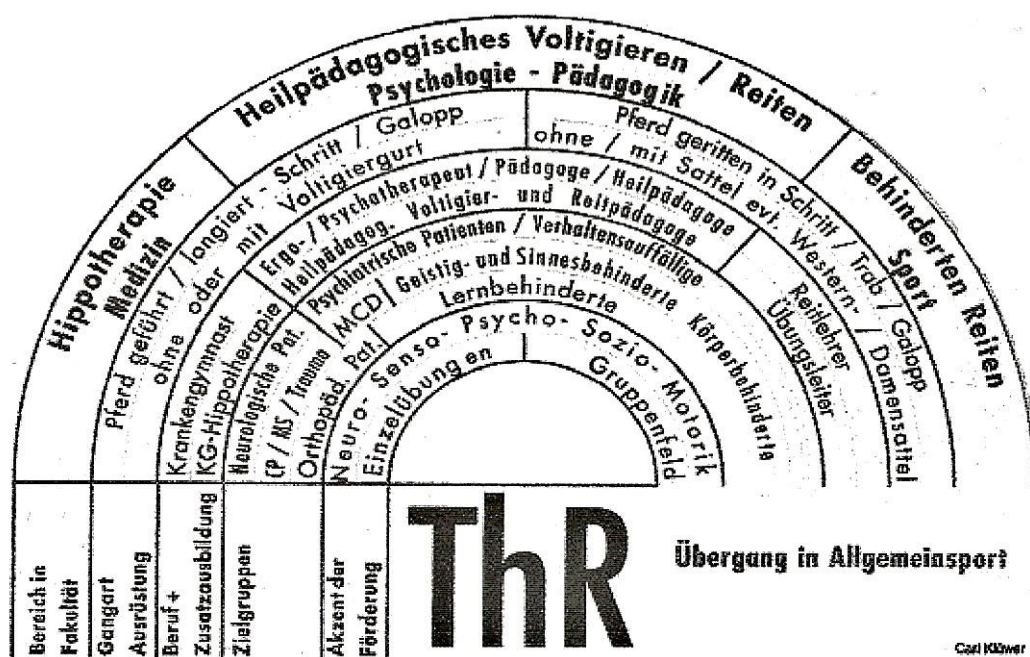


Abbildung 2. Die Stellung des Heilpädagogischen Voltigierens/Reitens innerhalb des Therapeutischen Reitens nach C. Klüwer (Gäng 2004, S. 24).

Die Frage, ob HPV dem pädagogischen oder dem therapeutischen Bereich zugeordnet werden soll, 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

Überlegungen verschiedener Bereiche wie Ergotherapie, Psychomotorik, Heilpädagogik und dem Reitsport zusammen, was zur Folge hat, dass HPV weder dem einen noch dem anderen Teilbereich eindeutig zugeordnet werden kann. (Breitenbach, 2008)

Breitenbach (2008) sieht es so, dass Hippotherapie und HPV/R in den Teilbereich der *Tiertherapie* oder *tiergetragenen Therapie* einzuordnen sind, 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 HPV aus pädagogischer Sicht bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Laut Speck (1999) soll in der Erziehung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) ein strukturelles pädagogisches Handlungskonzept, welches sich durch seinen komplexen Ganzheitscharakter auszeichnet, verfolgt werden. Speck teilt dieses Handlungskonzept in vier sich ergänzende Handlungsbereiche, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten eines jeden Kindes orientieren:

a) Erschließen von Lebenszutrauen

In diesem Bereich geht es darum, Lebenskräfte und auch Lernantriebe zu wecken und aufrecht zu erhalten. Hauptziel ist es, die Energien des Kindes möglichst gut zu kanalisieren und in die richtige Bahn zu lenken. Um dieses Ziel zu erreichen, muss sich das Kind durch verschiedene Aufgabenstellungen angesprochen fühlen – was nur dann passiert, wenn es sich auch angenommen und geborgen fühlt. Freude und Lebenszutrauen gehen Hand in Hand miteinander. (Speck, 1999)

b) Ausbilden von Lebensfertigkeiten

Hierunter versteht man das Erlernen von sensomotorischen und praktischen Fertigkeiten, die für jedes Kind mit IB lebensbedeutsam sind und die soziale Integration fördern. Gemeint sind beispielsweise soziale Umgänglichkeit, körperliche Geschicklichkeit, Sprechen oder kognitive Techniken. (Speck, 1999)

c) Vermitteln von Lebensorientierung

Der Bereich *Ausbilden von Lebensfertigkeiten* geht fließend in den Erwerb von Lebensorientierung über. Kinder mit IB sollten darin unterstützt werden, ihre eigene Weltansicht zu finden, zu gestalten und in ihr heimisch zu werden. Gerade für sie ist es besonders wichtig, sich in der Welt orientieren und eingliedern zu können, um die Überforderung mit Unbekanntem zu reduzieren. Diese Lebensorientierung lässt sich jedoch nur durch ein Bekanntmachen mit verschiedenen Regeln, Normen und Umwelten erreichen – und nicht durch ein Abschotten vor der restlichen Gesellschaft. (Speck, 1999)

d) Bilden von Lebenshaltungen

Alle drei oben genannten Bereiche führen letztendlich zu einer Ausbildung von Einstellungen und Haltungen dem Leben gegenüber. Daraus resultieren eine Normorientierung des Verhaltens und eine Stabilisierung der Lebensführung. Diese Werthaltungen und Normvorstellungen werden im Laufe der Zeit zu Persönlichkeitseigenschaften des Kindes und prägen seine individuelle Identität. (Speck, 1999)

Eberle-Gäng (1998) ist der Meinung, dass HPV als Therapieintervention die Kompetenzen von Kindern mit IB in jedem der vier Teilbereiche fördern kann. Der regelmäßige Umgang mit dem Pferd, sei es in Form von Bodenarbeit oder auf dem Pferderücken, kann Lebenskräfte wecken und überschüssige Energie durch sinnvolle Tätigkeiten kanalisieren. Durch diesen gesteigerten Lebensantrieb empfinden Kinder vermehrt Freude, was sich wiederum in einer allgemeinen positiven Grundstimmung bemerkbar macht. Das Ausbilden von Lebensfertigkeiten wird durch HPV begünstigt, indem durch Übungen am oder mit dem Pferd Sensomotorik und praktische Fertigkeiten geschult werden. Durch die Arbeit mit dem Pferd erlernt der Klient lebenspraktische Kompetenzen, Wissen und Zusammenhänge, welche ihm wiederum dabei helfen, sich besser in seiner Umwelt orientieren zu können. Das Reiten und die Zusammenarbeit mit anderen Kindern bzw. dem Therapeuten sind soziale Prozesse, die die Kommunikationsfähigkeit verbessern und Grenzen im eigenen Handlungsspielraum aufzeigen. Die durch HPV erworbenen Werthaltungen und Normvorstellungen können so im Laufe der Zeit langsam in die eigene Persönlichkeit integriert werden. (Eberle-Gäng, 1998)

3.3 Indikation und Kontraindikation

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

HPV eignet sich als ganzheitlicher Therapieansatz in allen Alters- und Lebensbereichen – vom Kind bis zum Erwachsenen mit oder ohne intellektuelle Beeinträchtigung und den verschiedensten physiologischen oder psychologischen Störungen (DKthR, o.J.; OKtR, o.J.). Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung oder Lernbehinderung deckt hierbei einen erheblichen Teil aller Klienten ab (Kröger, 2004). Die Altersuntergrenze für HPV liegt bei ca. vier Jahren, eine Grenze nach oben gibt es keine. Reiterliche Vorkenntnisse sind nicht erforderlich. (DKthR, o.J.; OKtR, o.J.).

Laut dem DKThR (o.J.) wird HPV bei folgenden Auffälligkeiten bzw. Beschwerdebildern eingesetzt:

- Entwicklungsverzögerungen (u.a. in Wahrnehmung, Motorik, Sozialverhalten, Kommunikation/ Sprache, Koordination, Kognition)
- intellektuelle Beeinträchtigung
- Verhaltensbesonderheiten
- Lernbehinderung
- herabgesetzte Motivation
- Schwierigkeiten im Sozialverhalten oder Störungen/ Schwierigkeiten in der Aufnahme und Gestaltung von Beziehungen
- motorische Schwierigkeiten
- Konzentrationsstörungen
- Wahrnehmungsstörungen

Das Österreichische Kuratorium für therapeutisches Reiten (o.J.) ergänzt zu oben genannten Indikationen zusätzlich noch:

- Sinnesbeeinträchtigung
- Teilleistungs- und Lernschwächen
- Probleme im emotionalen Bereich
- psychiatrische Erkrankungen

Das DKThR (o.J) weist außerdem darauf hin, dass HPV bei nachfolgenden Krankheitsbildern nur unter ärztlicher Aufsicht und in Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen bzw. psychologischen Fachkräften erfolgen darf:

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

HPV wird bei Erkrankungen wie Herzproblemen, Lungenerkrankungen, juveniler Diabetes, Pferdehaar-/Stauballergie, Skoliose, Gleichgewichtsstörungen und Epilepsie nur bedingt geraten. Als absolute Kontraindikationen gelten schwere Gleichgewichtsstörungen, unüberwindbare Angstzustände, akute Schmerzzustände, akute entzündlichen Erkrankungen, Osteoporose, unbehandelte Epilepsie, schweres Asthma, Down Syndrom bei Vorliegen einer Atlas Dysplasie, akute Bewusstseinsstörungen/Psychosen, extremes Untergewicht und Suizidalität. (DKThR, o.J.)

Vor Beginn einer jeden HPV-Therapie wird zudem dringend geraten, einen Arzt aufzusuchen und die körperliche bzw. emotionale Eignung dafür abzuklären (DkThR, o.J.; Kröger, 2004).

3.4 Das Therapiepferd

3.4.1 Eignung & körperliche Voraussetzungen

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Dem Pferd kommt als Co-Therapeut bei HPV eine Sonderstellung zu. Nicht jedes Pferd ist gleichermaßen als Therapiepferd geeignet, weshalb sich das ideale

Therapiepferd auch nicht auf eine bestimmte Rasse eingrenzen lässt (Jenzer, 1998; Voßberg, 2004).

Gäng (2004) ist der Meinung, dass sowohl Pferde als auch Ponys bei HPV zum Einsatz kommen können. Pferde mit einem Stockmaß um 1.50 Meter sind dafür besonders gut geeignet. Wichtig sind ein mäßig schwingender Rücken und raumgreifende Gangarten – denn ein schwingender, elastischer Rücken erleichtert dem Klienten das ausbalancierte Sitzen auf dem Pferd und führt zu gesteigertem Wohlbefinden während der Voltigiereinheiten. Pferde, die deutlich kleiner als 1.50 Meter sind, verfügen im Gegensatz zu größeren Artgenossen über kürzere Beine und somit auch über Gangarten mit höherer Frequenz, welche für den Reiter meistens schwieriger zu sitzen sind. Pferde mit einem Stockmaß deutlich über 1.50 Meter sind ebenso nur bedingt als Therapiepferde geeignet. Zum einen erschwert die Größe die Arbeit des Therapeuten mit den Klienten, zum anderen können große Pferde Angst bei den Reitern auslösen. (Gäng, 2004)

Die Empfehlung zur Verwendung von mittelgroßen Pferden in der Therapie ist jedoch nur eine ungefähre Richtlinie. Die tatsächliche Größe des Pferdes sollte in der Praxis selbstverständlich an das Alter und die körperliche Konstitution der Klienten angepasst werden. (Heipertz-Hengst, 1977)

Der Halsansatz des Therapiepferdes sollte nicht zu tief liegen, da dieser die Balance des gesamten Pferdes beeinflusst, indem ein gut gebauter Hals für eine natürliche Aufrichtung sorgt. Die Position der Schulter im Hinblick auf den gesamten Körperbau des Pferdes ist ebenfalls von Bedeutung. Ein Schulterblatt mit einem Winkel von ca. 90 Grad korreliert meist mit federnden Gangarten und einem angenehmen Sitzgefühl. Ein ausgeprägter Wiederrist und eine gut aufgebaute Muskulatur an der Schulterpartie sorgen für eine optimale Sattellage. (Jenzer, 1998)

Generell sollte bei einem Therapiepferd auf einen breiten und tragfähigen Rücken geachtet werden – eine lange Rückenpartie, wie man sie beim *Reckteckpferd*, bei dem die Rückenpartie im Vergleich zum restlichen Körperbau eher lang ist, findet, ist deutlich einfacher und komfortabler zu sitzen als der kurze Rücken eines Quadratpferdes, bei dem die Rückenpartie im Vergleich zum restlichen Körperbau eher kurz ist (Heipertz-Hengst, 1977; Jenzer 1998). In Abbildung 3 werden beide Pferdetypen der Einfachheit halber grafisch veranschaulicht. Nach Jenzer (1998) sollte sich der Rücken durch eine gute Bemuskulung und eine nach unten geschwungene Form auszeichnen. Der am tiefsten liegende Punkt des Rückens darf hierbei nicht zu nahe am Wiederrist liegen. Ist der

Rücken zu schmal oder wenig bemuskelt, wirkt sich dies ungünstig auf den Sitz des Reiters aus (Jenzer, 1998).

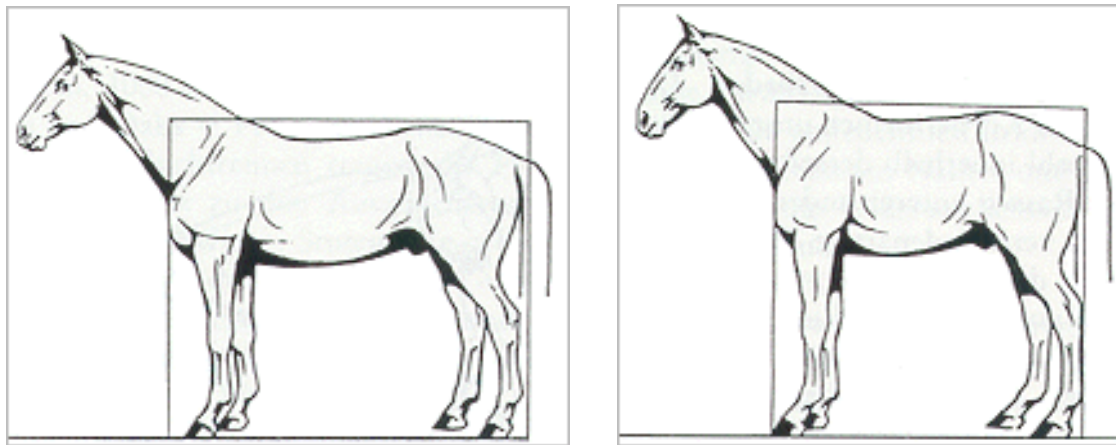


Abbildung 3. Körperbau des Pferdes: rechteckiges Format (links), quadratisches Format (rechts) (Heipertz-Hengst, 1977, S. 152).

Insgesamt ist darauf zu achten, dass das Pferd gut proportioniert ist und alle Gliedmaßen in Größe und Relation zusammenpassen (Kaune, 1993). Bei den Gangarten eines Therapiepferdes stehen Trittsicherheit, weich zu sitzende bzw. taktklare Gänge und ein harmonischer Bewegungsablauf im Vordergrund (Heipertz-Hengst, 1977; Jenzer 1998). Kröger (2004) ist der Meinung, dass vor allem bei Voltigierpferden ein ausgeprägtes Galoppiervermögen von Vorteil ist. Eine schwungvolle und taktreine Galoppade mache es dem Reiter einfacher, sich in den Rhythmus des Pferdes einzufühlen (Kaune, 1993).

3.4.1 Charaktereigenschaften

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Neben den oben genannten körperlichen Voraussetzungen müssen laut Kröger (2004) bei einem guten Therapiepferd auch bestimmte Wesensmerkmale gegeben sein. An oberster Stelle steht ein gutmütiger und ausgeglichener Charakter (Gäng, 1998; Heipertz-Hengst, 1977; Kaune, 1993). Ein Therapiepferd muss über genügend Nervenstärke verfügen, darf sich in den verschiedenen Alltags- und Therapiesituationen jedoch nicht als abgestumpft erweisen (Jenzer, 1998; Kaune, 1993). Laut Kaune (1993) sollte ein

Therapiepferd ruhig, fleißig und nicht zu temperamentvoll sein. Es muss in der Arbeit respektvoll auftreten, darf aber auf keinen Fall ängstlich sein (Jenzer, 1998). Zu phlegmatisch sollte es auch nicht sein und bei unsachgemäßer Behandlung dementsprechend seinen Unmut kundtun – nur so können die Klienten aus ihrem Fehlverhalten lernen (Gäng, 2004). Nach Kaune (1995) ist psychische Belastbarkeit in Schrecksituationen für eine entspannte Arbeitsatmosphäre bei Pferd und Reiter unerlässlich. Schreckhafte Pferde belasten das Vertrauensverhältnis zwischen Pferd und Reiter und können die Begeisterung am Voltigieren deutlich mindern. Heipertz-Hengst (1977) und Kaune (1995) sind der Meinung, dass insbesondere in der Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Klienten ausgesuchte Pferde ein hohes Maß an Gelassenheit und Geduld vorweisen müssen. Gerade für Klienten mit IB sollten Pferde mit großem Aufforderungscharakter ausgesucht werden, um den Reiter zu Reaktionen während den Therapieeinheiten zu animieren (Voßberg, 2004). Außerdem ist gegenseitige Sympathie zwischen Pferd und Therapeut zwingende Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Therapie und wichtiger als jedes körperliches Merkmal (Gang, 2004).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Pferde im Therapiesetting über einen ausgeglichenen Charakter und Nervenstärke, gepaart mit Sensibilität und Leistungsbereitschaft, verfügen sollten (Gäng, 1998; Jenzer, 1998).

Um die Leistungsbereitschaft eines Therapiepferdes über einen lange Zeitraum zu erhalten, müssen gewisse Grundregeln in der Haltung und im Umgang mit dem Tier beachtet werden. Zum einen sollte auf eine möglichst artgerechte Haltung geachtet werden, um das physische und psychische Wohlbefinden des Pferdes zu sichern (Jenzer, 1998). Die Haltung im Offenstall bzw. Laufstall mit ausreichendem Koppelgang bietet sich hierfür am besten an, da dem Pferd hier Sozialkontakt mit Artgenossen ermöglicht wird. Weiters muss auf ausgleichende Beschäftigung geachtet werden (Rüegsegger, 2003; Voßberg, 2004). Wenn ein Pferd fortwährend nur im Therapiesetting arbeitet, kann dies zu Unlust seitens des Tieres und verminderter Leistungsbereitschaft führen (Jenzer, 1998). Um das zu vermeiden, sollte das Pferd auch abseits der Therapieeinheiten arbeiten (z.B. Ausritte) und regelmäßig von einem erfahrenen Reiter Korrektur geritten werden, da sich sonst Unarten im Umgang oder beim Reiten einschleichen können (Jenzer, 1998; Voßberg, 2004).

Ein Therapiepferd kann nur dann langfristig seine Arbeit zufriedenstellend erledigen, wenn immerzu auf sein seelisches und körperliches Wohlbefinden geachtet wird (Jenzer, 1998; OKTR, o.J.). Burgdorf (1993) bemerkt dazu, dass „gute Therapiepferde zu wertvoll sind, als das man sie über Gebühr strapazieren sollte und somit Gefahr läuft, sie 'sauer' zu machen“ (S. 27).

Nach Jenzer (1998) wird von jedem Reittherapeuten gefordert, charakterliche Züge, Eigenheiten und Gewohnheiten des eingesetzten Pferdes jederzeit einschätzen zu können – erst dadurch lässt sich das Pferd optimal für seine Arbeit einsetzen. Folgende Schritte erleichtern nach Jenzer (1998) die Kooperation zwischen Tier und Therapeut:

- Klare Befehle und das korrekte Einsetzen von Lob und Strafe (Stimme, Körpersprache etc.) fördern das Entstehen einer gut funktionierenden Rangordnung.
- Ein ruhiger, aber konsequenter Umgang mit dem Tier schafft Vertrauen zwischen Pferd und Therapeuten.
- Das frühzeitiges Erkennen und Vermeiden von Gefahrensituationen vermindert Stress.
- Die Belastungsgrenze eines jeden Therapiepferdes sollte individuell festgelegt werden, um Überforderung zu vermeiden.

Das OKTR (o.J.) betont, dass sich erst nach langer Ausbildung, einer soliden Grundausbildung und der ausreichenden Förderung der Persönlichkeit zeigt, ob ein Tier tatsächlich zur Arbeit als Therapiepferd geeignet ist.

3.5 Der Reittherapeut

3.5.1 Ausbildung in Österreich und Deutschland

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Die Ausbildung zum Reittherapeuten, welcher dazu befähigt ist, heilpädagogisches Voltigieren oder Reiten (kurz HPV/R) anzubieten, ist in Österreich durch das OKTR gesetzlich geregelt. Eine spezifische Ausbildung ist unerlässlich, da HPV/R von den

Therapeuten neben reiterlichen Fähigkeiten auch grundlegende pädagogische und psychologische Kenntnisse sowie Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen verlangt (Gäng, 1998). Aus diesem Grund wurde in Österreich vom OKTR ein Ausbildungslehrgang für angehende Reittherapeuten entwickelt, durch welchen diese befähigt werden, „das Pferd für einzelne Zielgruppen (Lernbehinderte, Geistesbehinderte, Verhaltensauffällige, psychisch kranke Menschen) zu einem reflektierten und gezielten Einsatz zu bringen“ (Ringbeck, 1998, S. 19).

Um die Ausbildung zum Reittherapeuten überhaupt anstreben zu können, müssen bestimmte berufliche Voraussetzungen erfüllt werden. Das bedeutet, dass ein Nachweis über eine abgeschlossene Ausbildung in einem pädagogischen oder psychologischen bzw. psychotherapeutischen Bereich erbracht werden muss (Hauser, 1998).

Gefordert werden zudem der Nachweis einer abgeschlossenen Lehrwertsprüfung und das Hospitieren im Ausmaß von mehreren Stunden bei reittherapeutischen Angeboten wie Hippotherapie, HPV/R und Behindertenreiten. Das Hospitieren soll vor allem Anwärtern, welche bislang noch wenig mit der Materie HPV zu tun hatten, einen Einblick in ihre zukünftige Arbeitswelt ermöglichen. (Gäng, 1998)

Die Ausbildung selbst gliedert sich in einen Basislehrgang und drei Pflichtmodule (*Selbsterfahrung*, *Pferdearbeit* und *Körperwahrnehmung*). Aus den fünf Wahlmodulen zu den Bereichen *Elternarbeit*, *Teilleistungsarbeit*, *HPV/R* und *Sport* sowie *sensorische Integration* sind zwei zu wählen. Abgeschlossen wird der Lehrgang mit einer kommissionellen Prüfung. Die Kosten für die Ausbildung sind von den Teilnehmern selbst zu tragen und werden nicht gefördert. (OKTR, o.J.)

Gemäß OKTR (o.J.) sind die Ziele der Ausbildung folgende:

- die Befähigung, HPV/HPR selbstständig durchzuführen,
- die Vermittlung der Abgrenzung des Arbeitsbereiches zu anderen Berufsfeldern und die Aufgabenfelder des Reittherapeuten,
- die Befähigung des Teilnehmers, seine individuelle Ausbildung in psychologischen/pädagogischen Bereichen im HPV/R mit einzubinden und gezielt zum Einsatz zu bringen.

Zusätzlich werden noch Kenntnisse in *Unfallverhütung*, *Rechts- und Versicherungsfragen* sowie *Selbsterfahrung* im Umgang mit dem Pferd und auch in der Arbeit mit Menschen mit verschiedensten Beeinträchtigungen vermittelt (Hauser, 1998).

In Deutschland wird die Ausbildung zum Reittherapeuten vom DKThR angeboten. Der Ablauf unterscheidet sich im Wesentlichen nicht von jenem in Österreich. Die Bewerber müssen über eine abgeschlossene pädagogische bzw. psychologische/psychotherapeutische Ausbildung und eine ausreichende reiterliche Qualifikation verfügen. Der Kurs endet mit einer Prüfung, welche sich aus zwei Teilen zusammensetzt: zum einen aus dem Hospitieren und anschließenden Analysieren einer HPV/R-Einheit, zum anderen aus einer Klausurarbeit, die von jedem Bewerber abgelegt werden muss. (Ringbeck, 1998)

Abgesehen von den zu erfüllenden Voraussetzungen vertritt Gäng (1998) die Meinung, dass es auf alle Fälle von Vorteil ist, wenn der zukünftige Reittherapeut neben Engagement auch „gute Planung, Entscheidungsfreudigkeit, Durchsetzungsvermögen und viel Stehkraft“ (S. 33) in seinem Job mitbringt.

3.5.2 *Therapeutenverhalten*

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Die Arbeit mit Klienten mit IB, wie es bei HPV oft der Fall ist, stellt besondere Ansprüche an den Reittherapeuten. Dieser sollte nach Kaune (1993) im besten Fall mit pädagogischem Geschick, Pferdeverständnis und Kenntnissen über das Voltigieren ausgestattet sein. Ein guter Reittherapeut sollte sowohl im Umgang mit den Klienten als auch mit dem Pferd durch geduldiges und einfühlsames Handeln auszeichnen. Im Fall des Klienten bedeutet dies, dass sich das Programm jeder HPV-Einheiten immer am individuellen Leistungsniveau der Einzelperson orientieren muss. Falls sich der Klient dennoch überfordert fühlt oder sich aus persönlichen Gründen nicht in der Lage sieht, eine bestimmte Übung durchzuführen, sollte der Reittherapeut ein Ersatzprogramm anbieten und Mut zusprechen. Sehr wichtig ist es, dass jede Therapieeinheit für den Klienten mit einem zufriedenstellenden Gefühl und dem Wissen, eine schwierige Aufgabe gut bewältigt zu haben, endet. Nur dann kann langfristig sichergestellt werden, dass er für die Mitarbeit motiviert bleibt. (Kaune, 1993)

Kröger (2004) ist der Meinung, dass der Reittherapeut von direktiven Anweisungen absehen sollte, da eine Verhaltensänderung, die von Befehlen ausgelöst wurde, nur wenig mit Eigenerfahrung und der damit verbundenen Einsicht in die Problemlage zu tun hat. Meistens kann der Reittherapeut das Korrigieren von unerwünschtem Verhalten dem Pferd überlassen – dieses wird auf das Fehlverhalten entsprechend reagieren (Beißen, Schlagen etc.) und dem betroffenen Klienten sein inadäquates Verhalten aufzeigen (Gäng, 2004).

In jedem Fall sollte der Reittherapeut Sicherheit im Umgang mit dem Pferd ausstrahlen und Kenntnisse über den korrekten Ablauf der einzelnen Voltigierübungen besitzen (Kaune, 1993). Diese Sicherheit überträgt sich auf die Klienten und kann in Schrecksituationen beruhigend wirken sowie Vertrauen geben. Da in vielen Fällen Angst und Unsicherheit der Klienten zu erheblichen Risikofaktoren werden können, lassen sich dadurch Unfälle vermindern bzw. gänzlich vermeiden. (Kaune, 1993)

Die konkreten Richtlinien der Ausbildung zum Reittherapeut bzw. Reitpädagogen sind in Kapitel 3.5.1 *Ausbildung in Österreich und Deutschland* nachzulesen.

Neben dem eigentlichen Reittherapeuten ist häufig ein *Helfer* in den Therapieeinheiten anwesend. Nach Kaune (1993) sollte dieser zumindest Grundkenntnisse im Umgang mit dem Pferd vorweisen können und gegebenenfalls kurz die Longe oder das Pferd übernehmen, falls der Reittherapeut einem Klienten nähere Hilfestellung geben muss. Oft kommt es bei Gruppeneinheiten zu längeren Wartezeiten für die anderen Teilnehmer, welche gerade nicht auf dem Pferd sitzen. In diesem Fall ist der Helfer für die Überbrückung dieser Wartezeiten zuständig. (Kaune, 1993)

Nach Voßberg (2004) ist es im Beisein von Reittherapeuten und Helfer dennoch ratsam, dem Klienten immer wieder *Freiräume* zu geben. Darunter versteht man keine unbeaufsichtigten Zeitfenster, sondern Phasen, in denen die Klienten ihre Beziehung zum Pferd oder den anderen Gruppenmitgliedern ohne direktes Beisein des Therapeuten ausprobieren können. Um die unsachgemäße Behandlung des Pferdes zu vermeiden, muss darauf geachtet werden, dass unerfahrene Klienten nicht gänzlich alleine mit den Tieren sind. (Voßberg, 2004)

3.6 Die Voltigiergruppe

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Kröger (2004) berichtet, dass sich Voltigiergruppen mit bis zu sechs Kindern als optimale Größe in der Praxis erwiesen haben. Der Therapeut kann ohne Probleme den Überblick behalten, es sind aber genug Kinder anwesend, um beispielsweise für Partnerübungen Untergruppen bilden zu können. Das abwechselnde Voltigieren vermeidet körperliche Überanstrengung, indem es den anderen Teilnehmern Zeit gibt, sich wieder zu regenerieren. Im Falle von Gruppeneinheiten sollte auf alle Fälle darauf geachtet werden, dass die Wartezeiten für die anderen Teilnehmer nicht zu lang werden, um Langeweile zu vermeiden. Je nach Gruppenbeschaffenheit kann die Gruppengröße individuell angepasst werden. (Kröger, 2004).

Kaune (1993) betont, dass es sich bewährt hat, wenn die Gruppen möglichst durchgemischt sind und beispielsweise nicht nur aus introvertierten oder besonders extrovertierten Teilnehmern bestehen. Ein ausgewogenes Verhältnis aller Persönlichkeitsstrukturen erleichtert den Mitgliedern die gegenseitige Kontaktaufnahme und fördert die Kommunikation innerhalb der Gruppe. Falls eine Gruppe nur aus Klienten mit IB besteht, sollte sich die Größe auf drei Teilnehmer beschränken, da Menschen mit IB in der Regel mehr Zeit benötigen, um auf Reize von außen (in dem Fall den Therapeuten/das Pferd) zu reagieren. Übungen, welche die sozial-emotionale Ebene betreffen, können in größeren Gruppen ansonsten leicht zu Überforderung führen. Es empfiehlt sich in diesem Fall, die Beziehungsebene auf den Reittherapeuten bzw. das Pferd zu beschränken und die anderen Gruppenmitglieder einstweilen auszublenden. Bei schwerer geistiger Beeinträchtigung sollte im Regelfall eine Einzelförderung ins Auge gefasst werden. (Kaune, 1993)

Der Aufbau der Gruppenfähigkeit als spezieller Förderbereich von HPV wird in Kapitel 4.1.1 *Förderung im sozial-emotionalen Bereich* noch ausführlich behandelt.

3.7 Das Beziehungsdreieck Pferd-Klient-Therapeut

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Bei HPV wird die Beziehungsebene zwischen dem Therapeuten und Klienten um den Part des Therapiepferdes erweitert (Voßberg, 2004). In diesem Beziehungsdreieck „treffen zwei im Allgemeinen verbal miteinander kommunizierende Menschen und das (nonverbale) Pferd als ein solch 'entlastendes Beziehungsmedium' zusammen“ (Voßberg, 2004, S. 177). Das Wissen des Therapeuten muss also sowohl den Klienten als auch das Pferd umfassen (Vorsteher, 2003).

Bei HPV wird das Pferd gemäß Vorsteher (2003) als Erziehungshelfer oder Co-Therapeut gesehen. Um die Fähigkeiten des Pferdes gewinnbringend in die Arbeit mit dem Klienten einbringen zu können, bedarf es jedoch eines Therapeuten, der den Charakter und die Eigenheiten des Tieres kennt und dementsprechend richtig einsetzt (Vorsteher, 2003). Eberle-Gäng (1998) hat in ihrer langjährigen Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Klienten herausgefunden, dass der Umgang mit dem Pferd zu mehr Freude im Alltag und einer positiven Gesamtstimmung beitragen kann.

Laut Vorsteher (2003) ist der Reittherapeut der zweite Part dieses Beziehungsdreiecks. Vorsteher (2003) betont, dass der Reittherapeut reflektiert handeln und sich selbst bzw. seine Verhaltensmuster in der Arbeit mit den Klienten kritisch hinterfragen sollte. Seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen oder gar Langeweile zu zeigen ist nicht Teil professioneller Arbeit und behindert die notwendige therapeutische Distanz (Vorsteher, 2003). Eberle-Gäng (1998) ist der Meinung, dass die Vorbildfunktion für den Klienten die wichtigste Funktion des Reittherapeuten ist. Er vermittelt den richtigen, sachgemäßen Umgang mit dem Pferd und dient als stabile Konstante in unangenehmen Situationen (Eberle-Gäng, 1998).

Der Klient übernimmt den dritten Part des Beziehungsdreiecks (Vorsteher, 2003). Vorsteher (2003) ist der Meinung, dass es gerade in der Arbeit mit kleineren Kindern oder Jugendlichen unerlässlich ist, Kenntnis über kindliche Entwicklungsschritte, verschiedene Störungsbilder und psychologisches Grundwissen (z.B. über Abwehrmechanismen, Übertragung/Gegenübertragung) zu haben.

Eberle-Gäng (1998) ist der Meinung, dass HPV als sozialer Prozess insgesamt die Kommunikationsfähigkeit der Klienten und somit auch den Umgang mit dem Therapeuten, anderen Gruppenmitgliedern oder fremden Menschen im alltäglichen Leben verbessern kann.

3.8 Zusammenfassung

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Heilpädagogisches Voltigieren, als Teilbereich des therapeutischen Reitens für Menschen mit IB, fördert sowohl motorische als auch intellektuelle Bereiche der Klienten. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf das Beziehungsdreieck Therapeut-Klient-Pferd gelegt. Neben der positiven Beeinflussung des Selbstwertgefühls werden auch Konzentrations- bzw. Leistungsfähigkeit, emotionales Erleben und Sozialverhalten geschult. (DKThR, o.J.)

Dem Pferd als Therapiemedium kommt in diesem Kontext eine hervorgehobene Bedeutung zu. Ein Therapiepferd muss sich neben bestimmten körperlichen Merkmalen (z.B. mittlerer Größe, gut zu sitzenden Gangarten) vor allem durch einen festen und gutmütigen Charakter auszeichnen (Gäng, 1998; Jenzer, 1998). Der Reittherapeut muss eine gesetzlich geregelte Ausbildung durchlaufen haben und über ein gewisses Maß an Eigenverantwortung, Engagement und Durchsetzungsvermögen verfügen. (DKThR, o.J.; Gäng, 1998; OKTR, o.J.)

Das heilpädagogische Voltigieren kann entweder als Einzeleinheit oder in der Gruppe durchgeführt werden. Bei Letzterem sollte auf die Zusammensetzung der Gruppe geachtet werden, um zu gewährleisten, dass auf die Bedürfnisse aller Klienten gleichermaßen eingegangen werden kann. (Kröger, 2004)

4 Theoretische Hintergründe des heilpädagogischen Voltigierens

4.1 Zielsetzungen und Inhalte von HPV

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Die Wirkungsweisen und Zielsetzungen von HPV lassen sich nach Burgdorf (1993) im Wesentlichen auf drei große Bereiche aufgliedern:

- Förderung im sozial-emotionalen Bereich
- Förderung im sensomotorischen Bereich
- Förderung im kognitiven Bereich

Burgdorf (1993) betont, dass sich die Ziele von HPV nur schwer auf einen einzigen Bereich eingrenzen lassen, da Rückstände im sozial-emotionalen Bereich oft auch Defizite im motorischen und auch kognitiven Bereich bedingen. Beispielsweise ist ein ängstliches Kind in potentiellen Gefahrensituationen in seiner Aufnahmefähigkeit und Konzentrationsleistung so stark beschränkt, dass es nur schwer auf Aufforderungen von außen reagieren kann (Burgdorf, 1993). Als oberstes Ziel von HPV streicht Burgdorf (1993) „die Förderung der Gruppenfähigkeit und die daraus resultierenden Möglichkeiten der sozialen Integration“ (S. 23) heraus. Durch HPV soll also nicht der Klient selbst, sondern sein Verhalten geändert werden (Kröger, 2004)

4.1.1 Förderung im sozial-emotionalen Bereich

Vorrangig geht es im sozial-emotionalen Bereich darum, gewohnte Verhaltensmuster abzuändern und Ängste zu reduzieren, was wiederum die Förderung von Selbstvertrauen bzw. Vertrauen in andere und die Fähigkeit zur Integration in eine Gruppe positiv beeinflusst (Burgdorf, 1993). Burgdorf (1993) ist der Meinung, dass hierbei der Fokus nicht nur auf das Sozialverhalten der Klienten gelegt wird, sondern auch auf sein Verhalten anderen gegenüber sowie auf seine Gefühle und den Umgang mit der eigenen Person. Im Umgang mit Menschen mit IB stellt die sozial-emotionale Komponente ein weites Problemfeld dar, da eine intellektuelle Beeinträchtigung oftmals Auffälligkeiten bezüglich sozial-emotionaler Kompetenzen bedingen kann (Dosen, 2010).

Gefördert werden sollen in diesem Bereich der Abbau von Ängsten, die Entwicklung von (Selbst-)Vertrauen bzw. Selbstwert, Gruppenfähigkeit, Motivation und der Aufbau von positiven sozialen Verhaltensweisen (Kröger, 2004).

a) Abbau von Ängsten

Nach Burgdorf (1993) gibt es zwei große Problemfelder, die bei HPV in der Arbeit mit Klienten mit IB im sozial-emotionalen Bereich wiederkehrend auftreten können: erstens die Angst vor der unbekannten Situation und infolgedessen vor dem Pferd, zweitens die Scheu vor dem Kontakt mit anderen Kindern bzw. dem Reittherapeuten.

Laut Kröger (2004) sind gerade verhaltensauffällige Kinder verunsicherte Kinder. Diese Ängste können sich als allgemeine Angst, Angst vor der Aufdeckung körperlicher Mängel oder Verhaltensdefizite äußern. Unsicherheit wird gerne mit aggressivem Verhalten oder auch Resignation verschleiert. Um in solch einer Situation richtig handeln

zu können, ist es von Vorteil, wenn der Reittherapeut die Schwächen und Ängste seiner Klienten kennt. In der Therapiegruppe bekommen die Klienten dann die Möglichkeit, ihre Ängste offen darzulegen, ohne dafür ausgelacht zu werden. (Kröger, 2004)

Falls Kinder Angst im Umgang mit dem Pferd zeigen, hat es sich nach Burgdorf (1993) bewährt, ihnen erstmals genügend Zeit zur Beobachtung der Tiere zu geben. Der Therapeut sollte zudem wiederholt betonen, dass das Pferd brav ist und man gegebenenfalls immer eingreifen kann. Wenn die Angst vor dem Pferd überwunden ist, stehen häufig Berührungsängste innerhalb der Voltigiergruppe im Raum. Das gemeinsame Voltigieren und gegenseitige Helfen/Absichern hat zur Folge, dass im Laufe der Zeit vorherrschende Antipathie abgebaut und Vertrauen entwickelt werden kann. (Burgdorf, 1993)

b) Entwicklung von Vertrauen/Selbstvertrauen und Selbstwert

Ist es dem Kind möglich, angstfrei mit dem Pferd oder Pony zu interagieren, sieht Burgdorf (1993) es als nächsten Schritt, am Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwert zu arbeiten. Bei Kindern mit IB sollte Wert auf einen klar nachvollziehbaren und gut strukturierten Ablauf der Therapieeinheit gelegt werden. Einfache Anweisungen, wie das Ritual der Begrüßung des Tieres und ein respektvoller Umgang damit, stehen im Vordergrund. Nicht zu komplexe Handgriffe (z.B. das Führen des Pferdes in die Reitbahn/-halle, Putzen, Füttern) können nach und nach von den Kindern selbst übernommen werden. Gerade bei ängstlichen Kindern entwickelt sich nach der Überwindung ihrer Scheu ein Vertrauen in das eigene Können und damit einhergehend auch ein besseres Selbstwertgefühl. Burgdorf (1993) betont, dass dieser Überwindung immer gebührend Respekt gezollt werden muss, ganz egal wie bedeutend die Leistung nach objektiven Kriterien sein mag. Das Gefühl, Herausforderungen erfolgreich gemeistert zu haben, bedingt eine positivere Einstellung bezüglich der eigenen Fähigkeiten und lässt sich mit Fortschreiten der Therapie immer besser in den Alltag des Klienten. Während Lob und Anerkennung bei richtig ausgeführten Handlungen von Seiten des Therapeuten diesen Effekt noch zusätzlich verstärken, blockiert Kritik Klienten mit IB häufig. Insgesamt lässt sich durch gefestigtes (Selbst-)Vertrauen die gesamte Gruppeninteraktion positiv beeinflussen. (Burgdorf, 1993)

Auch das Vertrauen in den Therapeuten, der das Pferd offensichtlich immer kontrollieren kann, wird im Laufe der Zeit wachsen. Seine Aufforderungen und Anweisungen werden dann nicht mehr als Kritik, sondern als Hilfestellung erlebt. Der Therapeut bekommt dadurch die Möglichkeit, das Kind adäquat zu fördern und

gegebenenfalls zu ermutigen, über die Grenzen seiner Komfortzone hinauszugehen. (Kröger, 2004).

c) Förderung der Gruppenfähigkeit

Durch das Entwickeln von Vertrauen zu den anderen Gruppenmitgliedern und dem Therapeuten kann letztendlich auch die Fähigkeit des Klienten, problemlos in einer Gruppe zu agieren bzw. mit ihr zu interagieren, gefördert werden (Kröger, 2004). Hierfür bieten sich nach Burgdorf (1993) wiederholt Partnerübungen an, welche auf dem Pferd oder am Boden durchgeführt werden. Kröger (2004) ist der Meinung, dass der Therapeut beim Zuteilen der Partner anfangs auf bereits vorhandene Sympathien Rücksicht nehmen und diese gezielt aufbauen sollte. Falls sich ein Kind vehement gegen die Kooperation mit anderen weigert, darf ihm vom Therapeuten ein Partner zugewiesen werden. Bei Kontakten, die über einen längeren Zeitraum gezielt gefördert werden, entstehen aus diesen „Zweckgemeinschaften“ oft sogar freundschaftliche Bindungen (Kröger, 2004).

Durch häufige Partnerarbeiten werden das *Wir-Gefühl* und infolgedessen auch die Gruppenzusammengehörigkeit gezielt aufgebaut. Im Laufe der Therapieeinheiten können diese bestehenden Kooperationen jedoch auch durchgemischt werden. Dieser Eingriff bedingt ein besseres Gruppengefüge, sodass sich Antipathien gegenüber anderen Kindern oftmals reduzieren oder bestenfalls ganz abbauen lassen. (Burgdorf, 1993)

d) Förderung von Motivation

In der therapeutischen Arbeit mit Tieren hat sich herausgestellt, dass besonders verhaltensauffällige Klienten gut auf das Medium Pferd ansprechen und selbst therapiemüde Klienten wieder zur Mitarbeit motiviert werden können (Herda, 2003).

Kröger (2004) betont, dass sich im Vergleich zu anderen Therapieformen bei HPV die Teilnehmer leichter dazu motivieren lassen, ihre destruktiven Verhaltensweisen zu modifizieren und sich vermehrt sozial erwünscht verhalten. Gerade sehr ängstliche und sensible Klienten zeigen beim Reiten oder Voltigieren großes Interesse am Umgang mit dem Pferd und weniger Abwehr bei leistungsorientierten Aufgaben. Um dieses „ursprüngliche Interesse am Lebendigen“ (Kröger, 2004, S. 109) langfristig zu erhalten, sollten die Leistungsanforderungen an jeden Klienten individuell angepasst werden. Wenn Zeichen der Überforderung auftreten, ist es wichtig, dass der Therapeut Kompromisse anbieten kann etwa dieselbe Übung auf dem stehenden Pferd

durchzuführen, falls schnellere Gangarten zu Unbehagen beim Reiter führen (Kröger, 2004).

Eberle-Gäng (1998) fügt hinzu, dass ein Pferd als „lebendiges Material“ (S. 130) durch seinen hohen Aufforderungscharakter die Arbeit des Therapeuten entscheidend erleichtern kann und auch schwierige Klienten zur Kontaktaufnahme mit ihrer Umwelt motiviert. Abwechslung und flexible Aufgabenstellungen sind Grundbausteine, um die Motivation der Klienten langfristig zu erhalten. Ohne diese Motivation würde HPV nicht funktionieren (Burgdorf, 1993).

e) Aufbau positiver sozialer Verhaltensweisen

Kröger (2004) ist der Meinung, dass es gerade im Zuge therapeutischer Arbeit mit dem Pferd möglich ist, verhaltensauffälligen Klienten oder Klienten mit IB sozial erwünschte Verhaltensmuster auf spielerische Weise näher zu bringen, die im Alltag oft schwer zu vermitteln sind. Der Aufbau erwünschter sozialer Verhaltensweisen kann durch positive Verstärker, wie etwa Lob oder Anerkennung, merklich vorangetrieben werden (Kröger, 2004). Die Entwicklung folgender positiver sozialer Verhaltensweisen kann durch HPV begünstigt werden:

- *Annehmen von Hilfen*

Durch gegenseitiges Helfen innerhalb der Gruppe, wie z.B. beim Führen oder Aufsitzen, kann die Selbstständigkeit der einzelnen Gruppenmitglieder gefördert werden (Egenolf, 1999). Die Möglichkeit des selbständigen Arbeitens und daraus resultierende Erfolgserlebnisse führen zu einer Steigerung des Selbstwertgefühles und zu einer positiven Beeinflussung der sozialen Interaktion (Egenolf, 1999; Kröger, 2004). Laut Egenolf (1999) ist es wichtig zu lernen, dass das Annehmen von Hilfe nicht mit Versagen gleichzusetzen ist. Kröger (2004) ergänzt hierzu, dass sich der Reittherapeut jedoch unbedingt in Situationen einschalten sollte, die von den Gruppenmitgliedern ohne anleitende Hilfe nicht gemeistert werden können - nur so werden Gefahrensituationen vermieden und das Leistungspotential des Kindes optimal ausgeschöpft.

- *Aufbau von gegenseitigem Respekt*

Laut Kröger (2004) ist es bei HPV vor allem bei Partnerübungen unerlässlich, dass alle Gruppenmitglieder lernen, auf andere und deren Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen.

Durch vermehrtes Bewusstmachen seitens des Therapeuten, dass jedes Mitglied seine individuelle Leistungsgrenze hat, können v.a. Kinder dazu angeleitet werden, diese zu respektieren. Auch auf das Wohl des Pferdes muss genügend geachtet werden. Durch Schrittpausen oder Übungen, die im Stehen durchgeführt werden können, wird Überforderung sowohl bei den Teilnehmern als auch beim Therapiepferd vermieden. Falls ein Kind von sich aus anbietet, Karotten oder Äpfel als Belohnung für das Pferd mitzubringen, sollte dies als Zeichen der Wertschätzung dem Pferd gegenüber vom Therapeuten erkannt und entsprechend gefördert werden. (Kröger, 2004)

- *Eingliederung in die Gruppe*

Wie oben bereits erwähnt, sind Respekt und Wertschätzung den anderen Gruppenmitgliedern und dem Therapiepferd gegenüber wichtige Grundsteine, um sich in das Gruppengeschehen integrieren zu können (Burgdorf 1993; Kröger, 2004). Sollte ein Teilnehmer durch besonders Ich-zentriertes Verhalten auffallen, darf dies vom Therapeuten bei der nächsten Übung angesprochen werden. Hier hat es sich laut Kröger (2004) bewährt, die betroffene Person bei der nächsten Runde beispielsweise einmal aussetzen zu lassen. Prinzipiell sollte allen Gruppenmitgliedern dieselbe Übungszeit auf dem Pferd zugestanden werden (Kaune, 1993). Kaune (1993) betont, dass gerade Klienten mit IB sehr genau auf diese Tatsache achten und häufig ein stark ausgeprägtes Gerechtigkeitsempfinden vorweisen.

f) Abbau von Aggression und Antipathie

Wie bereits vorhergehend ausführlich beschrieben, neigen Klienten mit IB dazu, ihre Ängste und Unsicherheiten mit Aggression oder unangepasstem Verhalten zu kompensieren (Burgdorf, 1993; Kröger, 2004).

Kröger (2004) ist der Meinung, dass der Reittherapeut auf aggressives Verhalten eher mit sachlicher Konsequenz als mit Strafe reagiert werden sollte. Von einem übereilten Ausschluss einzelner Gruppenmitglieder aufgrund unsozialen Verhaltens rät Kröger (2004) hingegen ab. Der Reittherapeut sollte sich als Partner präsentieren und nicht als Gegner. Falls sich ein Mitglied wiederholt durch unpassendes Verhalten auszeichnet, kann mit der gesamten Gruppe besprochen werden, wie am besten darauf zu reagieren ist – diese Abmachungen sind dann strikt einzuhalten. Generell ist es ratsam, dem Pferd die Verhaltenskorrektur zu überlassen. Auf unpassendes Verhalten wird zumeist entsprechend reagiert (zum Beispiel mit Bocken oder Scheuen) und dem betroffenen

Klient dadurch deutlich gemacht, dass sein Verhalten negative Konsequenzen hervorrufen kann. Grundsätzlich sollte der Therapeut versuchen, dem Gruppenmitglied durch Transparentmachen seiner Handlung Möglichkeiten zur bewussten Steuerung seines Verhaltens zu geben – nur dadurch kann letztendlich ein Prozess der Reflexion angeregt werden. Direktive Anweisungen hingegen können zu Abwehr und Uneinsichtigkeit führen. (Kröger, 2004)

Aggressives Verhalten geht oft mit gestörtem Sozialverhalten und Problemen in der Interaktion mit der Umwelt einher (Dosen, 2010). Um ein harmonisches Miteinander innerhalb der Gruppe auf Dauer gewährleisten zu können, ist es unabdingbar, die vorhandenen Antipathien durch positive Erfahrungen zu ersetzen (Kröger, 2004). Hier sind Partnerübungen ein gutes Mittel, um gegenseitige Abneigungen abzubauen. Weigert sich ein Gruppenmitglied konsequent eine Übung mit einem bestimmten Partner durchzuführen, muss es eine Runde aussetzen. Laut Kröger (2004) wird die unkooperative Einstellung schnell zu Gunsten des Pferdes aufgegeben. In diesem Fall ist das Gelingen der Übungen von besonderer Wichtigkeit, denn nur wenn den Gruppenmitgliedern signalisiert wird, dass es ohne den Partner nicht funktioniert hätte, ist Zufriedenheit auf beiden Seiten garantiert (Kröger, 2004). Nicht selten können beide Partner nach mehrmaligen Therapieeinheiten auch im Alltag beim Zusammensein beobachtet werden (Kröger, 2004).

4.1.2 Förderung im sensomotorischen Bereich

Nach Burgdorf (1993) stellen die Erweiterung und Verbesserung der eigenen Körperwahrnehmung ein weiteres Aufgabengebiet von HPV dar. Übergeordnete Ziele sind hierbei die Schulung von Gleichgewicht und Koordination. Burgdorf (1993) meint, dass durch Übungen mit und auf dem Pferd Schwierigkeiten im motorischen Bereich positiv beeinflusst werden können. Das flexible Einsetzen der einzelnen Übungen erleichtert den fließenden Übergang von der sozial-emotionalen Ebene hin zum sensomotorischen Bereich (Burgdorf, 1993).

- *Förderung des Gleichgewichts*

Burgdorf (1993) vertritt die Meinung, dass Defizite im Bereich des Gleichgewichts anhand von Voltigierübungen auf spielerische Weise ausgeglichen werden können.

Einheiten an der Longe können mit Führzügelarbeit (Führen des Pferdes durch den Therapeuten an einem langen Strick) abgewechselt werden. Durch oftmaliges Richtungswechseln, enge Wendungen, unterschiedliche Bodenbeschaffenheit oder Balancieren auf dem blanken Pferderücken kann man den Gleichgewichtssinn optimal anregen. Durch das Reiten ohne Sattel bzw. Gurt ist der Klient gezwungen, sich instinktiv besser auf die Bewegung des Pferdes und somit auch auf Unstimmigkeiten in der Balance einzustellen. Übungen mit Geräten wie Bällen oder Ringen und der Umgang mit Kleidungsstücken fördern die Schulung des Gleichgewichtssinns zusätzlich. Voraussetzung sind hierbei jedoch *ein sicherer Sitz auf dem Pferd* und großes Vertrauen in den Therapeuten bzw. das Pferd. Es empfiehlt sich außerdem, die eben erwähnten Übungen auf der linken und rechten Seite gleichermaßen durchzuführen, um einseitig beeinträchtigte Klienten zusätzlich zu fördern. (Burgdorf, 1993)

- *Förderung der Koordination*

Im Zusammenhang mit der Entwicklung des Gleichgewichtssinns steht die Förderung der Koordination von Gliedmaßen und anderen Körperteilen (Burgdorf, 1993). Auch hier muss beachtet werden, dass diese Übungen kognitiv Ansprüche an die Klienten stellen. Begriffe wie *links* oder *rechts* bzw. *oben* oder *unten* sollten dementsprechend richtig eingeordnet werden können (Burgdorf, 1993).

Ebenso wie im Bereich der Koordinationsschulung lassen sich Partnerübungen einsetzen. Der Klient lernt dadurch, sich selbst und seinen Körper an den Partner anzupassen, um die geforderte Übung erfolgreich zu absolvieren (Burgdorf, 1993).

Prinzipiell sollte vom Reittherapeuten darauf geachtet werden, dass die Auswahl der Übungen anhand eines spielerischen Gesichtspunktes getroffen wird (Burgdorf, 1993). Burgdorf (1993) ist der Meinung, dass sich gerade Kinder durch Spiele mehr zur Mitarbeit motivieren lassen. Da bei HPV nicht der Leistungsaspekt im Vordergrund steht, sondern die Förderung im heilpädagogischen Sinn, ist dies zulässig.

4.1.3 Förderung im kognitiven Bereich

Als dritter großer Bereich kann neben der sozial-emotionalen und der sensomotorischen Förderung der Aufbau kognitiver Fähigkeiten genannt werden. Gerade die Umsetzung und das Verstehen von Aufforderungen seitens des Reittherapeuten erfordern ein großes Maß an Aufmerksamkeit vom Klienten. (Burgdorf, 1993)

Laut Ansicht von Burgdorf (1993) fördert bereits das konkrete *Benennen* von Dingen das kognitive Potential. Da das Pferd als lebendiges Medium v.a. Kinder zum Lernen anregt, lässt sich diese Bereitwilligkeit positiv in allen Arbeiten mit dem Pferd einbinden. Im Laufe der Therapie kann man dieses Spiel auch um die Ausführung von einfachen Aufträgen (z.B. „Bring mir bitte die Bürste“) erweitern. Das Schulen der *Transferfähigkeit* fällt ebenfalls in den Förderbereich von HPV. Wenn die Klienten in der Lage sind, Gelerntes in den Alltag zu integrieren, hat sich dieses Lernziel erfüllt. Da in den Therapieeinheiten vielfach Begriff wie „oben“ und „unten“ gebraucht werden, lernt der Klient zudem, sich besser im *Raum zu orientieren*. (Burgdorf, 1993)

Eine Steigerung im Bereich der Konzentrationsdauer ist über einen längeren Zeitraum bei HPV ebenfalls zu erwarten. Der Wunsch nach positiven Erfahrungen in der Therapieeinheit führt auch bei Klienten mit sehr wenig gesteuerter Aufmerksamkeit dazu, dass alle verfügbaren Konzentrationsreserven mobilisiert werden. Es liegt dann am Reittherapeuten, die Dauer der Konzentrationsspanne von Einheit zu Einheit langsam zu erhöhen. Dieser Trainingseffekt lässt sich auch sehr bald im Alltag beobachten. (Kröger, 2004)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass HPV als therapeutische Intervention sowohl den sozial-emotionalen als auch den sensomotorischen und kognitiven Bereich fördert. Alle drei Komponenten dürfen nicht als alleinstehende Teilbereiche gesehen werden, denn die Übergänge dazwischen sind fließend (Burgdorf, 1993). Burgdorf (1993) sagt zudem, dass es keine Übungen gibt, die sich nur auf einen einzigen Förderungsbereich beschränken – ein Großteil davon ist mehrdimensional konzipiert und kann nach Bedarf abgewandelt werden. Fertigkeiten, die im Zuge der HPV-Einheiten gelernt werden, lassen sich auf Dauer zumeist gut in den Alltag integrieren (Kröger, 2004). Die therapeutische Arbeit mit dem Pferd darf nicht als isoliertes Training verschiedener Fertigkeiten betrachtet werden, dies würde bei weitem nicht den vollen

Möglichkeitsbereich von HPV ausschöpfen, sondern als Beitrag zur besseren Eingliederung von Menschen mit IB in das alltägliche Leben (Eberle-Gäng, 1998).

4.2 Theoretische Modelle

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Die in Kapitel 4.1 beschriebenen Wirkungsweisen von HPV führen zu zwei Modellen, welche dem theoretischen Ansatz von therapeutischem Reiten allgemein zugrunde gelegt werden können – dem *Wiener Modell Spüren-Fühlen-Denken* von Reinelt (1996) und dem *Modell der Ganzheitlichen Entwicklungsförderung* von Fröhlich (1991).

4.2.1 Das Wiener Modell „Spüren-Fühlen-Denken“

Die ontogenetische Entwicklung eines Kindes vollzieht sich von der Ausbildung der ersten sinnlichen Wahrnehmung bis hin zu höher entwickelten Sprach- und Denkprozessen (Reinelt, 1996). Die Entwicklung dieser Sinnessysteme ist maßgeblich bedeutsam für die Repräsentation des Selbst und das Interagieren des Individuums mit der Umwelt. Das Modell *Spüren-Fühlen-Denken* bietet mit seiner Auffassung über frühe Entwicklungsformen dieser Systeme laut Reinelt (1996) einen Bezugsrahmen für die Psychologie, Psychotherapie und Rehabilitation.

Nach Reinelt (1996) umfasst der Begriff *Spüren* alle haptischen, oralen und taktil-kinästhetischen Empfindungen. Was genau gespürt wird, ist von der Reizintensität und der Fokussierung der eigenen Aufmerksamkeit auf eben jene Reize abhängig. Reinelt (1996) sagt dazu, dass die Entwicklung von Emotionen mit der Ausdifferenzierung dieser Sinneswahrnehmungen einhergeht. Das Verknüpfen beider Aktionen setzt Reinelt (1996) mit der Ausbildung des *Fühlens* gleich. Im Laufe der Entwicklung ist emotionales Empfinden nicht dauerhaft mit Sinnesempfindungen verbunden, sondern lässt sich auch durch psychische Prozesse abrufen. Alleine schon „der Gedanke an einen geliebten Menschen kann mit Gefühlen der Wahrnehmung verknüpft sein“ (Reinelt, 1996, S. 307). Das begriffliche Formulieren und Verbalisieren von Gefühlen stellt die Komponente des *Denkens* dar. Sprachliches Ausdrucksvermögen entwickelt sich erst spät auf Basis von

emotionalen Empfindungen. Voraussetzung dafür ist das Bewusstwerden eigener körperlicher Aktivitäten – d.h., dass Sinnesreize zuerst körperlich wahrgenommen werden müssen, bevor sie der Mensch kognitiv abspeichern kann (Reinelt, 1996). Sprache wird dem Kind von seinen Bezugspersonen vermittelt. Deren Interpretation und sprachliche Auslegung des kindlichen Verhaltens beeinflusst den kindlichen „Prozeß des Begreifens von Empfindungen und Gefühlen“ (Reinelt, 1996, S. 308). Das Entwickeln dieser „begriffenen Sprache“ (Reinelt, 1996, S. 309) läuft als hochkomplexer Prozess des Lernens ab.

Der eben beschriebene Ablauf dieses Entwicklungsprozesses wird in Abbildung 4 nochmal grafisch veranschaulicht.

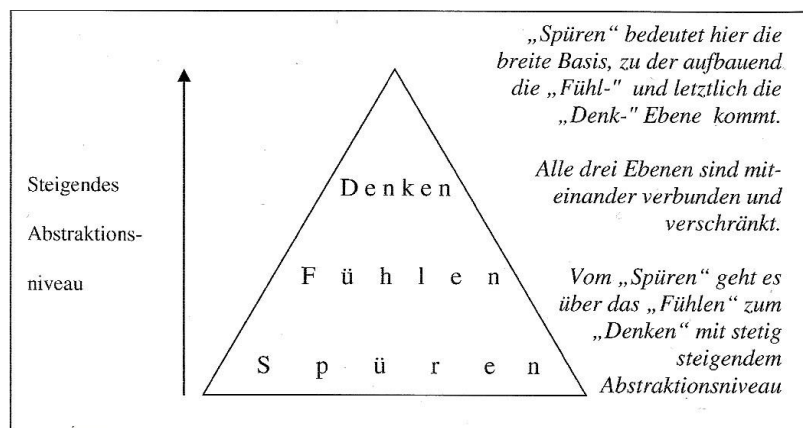


Abbildung 4. Das Entwicklungsmodell Spüren-Fühlen-Denken (Reinelt 1996, S. 2).

Reinelts Modell (1996) lässt sich gut in Bezug zur therapeutischen Wirkungsweise von HPV setzen: Das Sitzen auf dem Pferd drücken und - damit einhergehend - auch die Wahrnehmung der taktilen bzw. kinästhetischen Empfindungen (wie das Wahrnehmen der Wärme des Rückens, des weichen Fells oder der verschiedenen Bewegungsabläufe) erleichtern den Zugang zu physiologischen und psychologischen Prozessen und somit zum eigenen Erleben (Brühwiler Senn, 2003). Das bewusst erlebte Empfinden und Fühlen ablaufender Prozesse als Auseinandersetzung mit dem Körper kann letztendlich mithilfe des Therapeuten gefördert, verbalisiert und gespeichert werden (Brühwiler Senn, 2003). Verhaltensmuster lassen sich dadurch modifizieren und in den Alltag transferieren (Kröger, 2004).

4.2.2 Ganzheitliche Entwicklungsförderung nach Fröhlich

Fröhlichs *Ganzheitliche Entwicklungsförderung* (1991) zielt darauf ab, die sieben Hauptbereiche der menschlichen Entwicklung sinnvoll miteinander in Beziehung zu setzen (siehe Abbildung 5): Wahrnehmung, Sozialerfahrung, Gefühle, Körpererfahrung, Bewegung, Kognition und Kommunikation. All diese Entwicklungsbereiche stehen zueinander in reziproker Abhängigkeit. Keiner der sieben Bereiche kann gesondert aktiviert oder gefördert werden, ohne die andern zu beeinflussen. (Fröhlich, 1991)

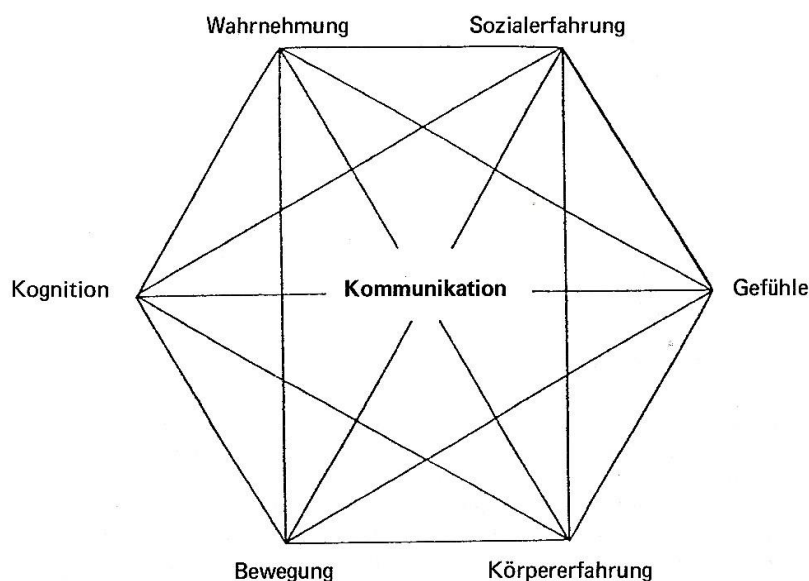


Abbildung 5. Ganzheitliche Entwicklungsförderung nach Fröhlich (1991, S. 156).

Eine Entwicklungsförderung zielt darauf ab, im menschlichen Körper bzw. in dessen Umwelt gute Bedingungen zu schaffen, „unter denen sich die individuelle Entwicklung eines Kindes optimal vollziehen kann“ (Fröhlich, 1991, S. 157). Gemäß Fröhlich (1991) vollzieht sich die Entwicklung beeinträchtigter Kinder unter weniger geeigneten Bedingungen, was wiederum in Abweichungen der körperlichen und geistigen Erscheinungsformen erkenntlich wird. Auch wenn bei Menschen mit IB manche Entwicklungsbereiche eingeschränkt sind, sind diese prinzipiell vorhanden und können durch adäquate Förderung verbessert werden. Fröhlich (1991) betont, dass Menschen mit

IB eine ganzheitliche Entwicklungsförderung benötigen, welche auf unterschiedliche Ebenen der Persönlichkeit zugreift und somit ganzheitlich fungiert.

Eine regelmäßige Teilnahme an HPV kann alle sieben Hauptentwicklungsbereiche fördern bzw. dabei helfen, diese aufzubauen. Fröhlich (1991) ist der Meinung, dass Menschen mit schwerer Beeinträchtigung aufgrund ihrer „vorsprachlichen, körpernahen Kommunikation“ (S. 160) oft erhebliche Schwierigkeiten im Bereich der Interaktion mit ihrer Umwelt bzw. ihrem sozialen Umfeld aufweisen. Die nonverbale Ausdrucksweise des Pferdes erleichtert dem Klienten mit IB die Kontaktaufnahme und eröffnet ihm neue Möglichkeiten der Kommunikation mit seiner Umwelt (Gäng, 2004). Gäng (2004) ergänzt hierzu, dass Menschen mit IB schneller Zugang zu Tieren finden als zu Menschen, da Pferde ohne Äußerungen und wertfrei kommunizieren, aber dabei immer ein feines Gespür für ihr Gegenüber haben. In diesem Kommunikationssystem werden vom Klienten keine sprachlichen Äußerungen gefordert, sondern vielmehr vereinfachte intuitive körperliche Reaktionen (Gäng, 2004).

Die von Fröhlich (1991) geforderte somatische Anregung wird ebenfalls durch HPV abgedeckt. Laut Herda (2003) übertragen sich die Schwingungen des Rückens beim Reiten auf den Klienten, welcher dadurch lernt, seinen ganzen Körper zu spüren, sich fallen zu lassen und in passiven Momenten zu entspannen. Die Vermittlung von Information über die Oberfläche des Körpers wird durch Übungen mit und auf dem Pferd (z.B. Reiten ohne Sattel auf dem blanken Pferderücken, Wahrnehmen von Wärme, Nähe und Kontakt zum Pferdekörper etc.) und das Verwenden von unterschiedlichen Hilfsmitteln und Materialien (z.B. verschiedenen Bürsten bei der Fellpflege) geschult (Herda, 2003). Die Wahrnehmung der eigenen Körperempfindungen lässt sich in vorangeschrittener Therapie mithilfe der Durchführung der Tätigkeiten mit geschlossenen Augen noch intensivieren. Voraussetzung dafür ist jedoch ein sicherer und angstfreier Umgang mit dem Pferd (Herda, 2003).

Eine vestibuläre Anregung ist bei HPV alleine schon durch die Bewegung des Pferdes gegeben (Herda, 2003). Die ständige Veränderung innerhalb der verschiedenen Gangarten fordert vom Klienten eine kontinuierliche Anpassung des Körpers, um nicht vom Pferderücken zu fallen. Diese Anpassungsreaktionen können durch Änderung in Tempo und Gangart, häufige Richtungswechsel oder Variationen der Voltigierübungen geschult werden (Burgdorf, 1993; Herda, 2003).

Die Förderinhalte im sozio-emotionalen, sensomotorischen und kognitiven Bereich werden hier nicht ausführlicher behandelt, da diese in Kapitel 4.1. *Zielsetzungen und Inhalte von HPV* beschrieben werden.

HPV spricht somit verschiedene Seiten der Wahrnehmung und des individuellen Gefühlslebens an und erfüllt die von Fröhlich (1991) gestellten Ansprüche an eine ganzheitliche Entwicklungsförderung.

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 ergibt 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 elf Kinder unter der Bedingung HPV (= Versuchsgruppe, VG) untersucht. Die Kontrollgruppe (KG) setzte sich aus weiteren elf 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 vorherigen 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) schließt 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 berücksichtigt werden.

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 den Versuchsbedingungen nahmen insgesamt elf intellektuell beeinträchtigte Kinder 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.

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 (e.motion, o.J.). Anhand dieser Arbeiten sollten das mögliche Potential des therapeutischen Reitens und dessen langfristige Wirkungsmechanismen erhoben werden. Zu diesem Zweck wurden Sequenzen mehrerer Therapieeinheiten auf Video aufgezeichnet und die Interaktion zwischen den einzelnen Klienten und den Therapiepferden anhand folgender Kategorien qualitativ ausgewertet: Kontaktaufnahme, Distanz, Nähe, gemeinsamer Weg, Entspannung, Herausforderung und Verabschiedung (Fischer, Gangsterer & Poinstingel, 2006). Im Rahmen dieser Kategorien wurden drei Schwerpunkte zum Thema Equotherapie gesetzt: psychodynamisch orientierte Diagnostik in der Reittherapie, nonverbale Interaktionsprozesse und die körpersprachlich ausgedrückte Interaktion in der freien Kommunikation (e.motion, o.J.). Insgesamt wurden auf diesem Weg die Daten von vier Klienten analysiert. Da es sich in dieser Arbeit um Einzelfallstudien handelt, konnten aufgrund der geringen Größe der Stichprobe keine statistisch signifikanten Aussagen getroffen werden (Fischer et al., 2006).

Pamela 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 acht 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 hat sich Heitzmanns Hypothese bestätigt, dass der Kontakt zum Pferd das Selbstbewusstsein der Mädchen positiv beeinflusst.

Ebenfalls sehr intensiv mit dem Thema HPV/R hat sich Dr. Konstanze 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* schreibt sie über ihre Erfahrungen mit HPV/R und Mädchen aller Altersgruppen, welche Erfahrung mit gewaltsamen Übergriffen gemacht haben.

5 Beschreibung der zu untersuchenden Konstrukte

Die Konstrukte, welche aufgrund der erwähnten Problemfelder in Kapitel 2.1 abgeleitet werden können und sich zudem an in Kapitel 4.1 beschriebene Wirkungsweisen von HPV anlehnen, fungierten als Basis der Erhebung. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf Verhaltensauffälligkeiten und motivationale Aspekte. Bieler (2014) hat sich mit den emotionalen und sozialen Komponenten beschäftigt.

5.1 Verhaltensauffälligkeiten

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Mit dem Terminus *Verhaltensauffälligkeiten* wird im Allgemeinen „ein Verhalten bezeichnet, das an die Umgebung oder an die Situation nicht angepasst ist, was meistens eine gestörte Interaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt zur Folge hat“ (Dosen, 2010, S. 11). Verhaltensauffälligkeiten oder -probleme können sich, langfristig gesehen, negativ auf das Entwicklungspotential der Betroffenen und deren soziale Beziehungen auswirken (Sarimski & Steinhausen, 2008).

Laut Dosen (2010) sind Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufiger zu finden als in der Normalpopulation und gelten als „wesentliches Problem in der Versorgung dieser Menschen“ (S. 11). Zu problematischen Verhaltensweisen zählen u.a. aggressives Verhalten anderen gegenüber, Autoaggression (z.B. Beißen der Lippen und Wangen, Kopfschlagen, Haareausreißen), zwanghaftes Verhalten, enthemmtes Sexualverhalten und hyperaktive bzw. impulsive Verhaltensweisen. Diese problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen können durch beeinträchtigte Verarbeitungsprozesse, eingeschränkte Entwicklungsmöglichkeiten, emotional belastete Beziehungen oder ungünstige Lernerfahrungen entstehen und unter Umständen bei allen Schweregraden der intellektuellen Beeinträchtigung auftreten. Unterschieden werden können leichtes und schweres Problemverhalten – abhängig davon, wie gefährlich das Verhalten für die Person selbst oder ihr soziales Umfeld ist. Im englischen Sprachgebrauch fallen Verhaltensauffälligkeiten unter den Begriff *challenging behavior* und bedeuten so viel wie herausforderndes Verhalten. Damit ist gemeint, dass diese Art von Verhalten bei Menschen mit IB gehäuft vorkommt und einer besonderen Betreuung bzw. Förderung bedarf. (Dosen, 2010)

Die *Child Behavior Checklist* (Tabelle 2) gibt Aufschluss darüber, inwieweit die verschiedenen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit IB vertreten sind.

Tabelle 2

Relativer Anteil (in %) von Kindern mit auffälligen CBCL-Skalenwerten bei leichter bzw. schwerer intellektueller Beeinträchtigung (Dekker et al., 2002; zitiert nach Sarimski & Steinhausen, 2007)

	IQ 60-80	IQ 30 bis 60
Zurückgezogen	17.5	22.3
Körperliche Beschwerden	12.0	8.3
Ängstlich-depressiv	16.8	10.3
Soziale Probleme	35.5	51.7
Denkstörung	8.8	12.3
Aufmerksamkeitsstörung	30.7	38.0
Dissoziales Verhalten	18.0	11.0
Aggressives Verhalten	21.0	19.7

Aus den HPV zugeordneten Wirkungsweisen und Zielsetzungen lässt sich auch der Aufbau von positiven sozialen Verhaltensweisen und die Verringerung von aggressivem Verhalten herausstreichen (Burgdorf, 1993).

In Bezug dazu werden folgende Konstrukte abgeleitet, die sich der Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten zuordnen lassen und für die folgende Erhebung interessant sind:

- oppositionelles/aggressives Verhalten
- soziale Unsicherheit
- Hyperaktivität
- zwanghaftes Verhalten
- selbstverletzendes Verhalten

Um den Fokus nicht gänzlich auf defizitäres Verhalten zu legen, werden ebenfalls sozial angemessene Verhaltensweisen betrachtet, wie etwa ruhiges/kooperatives Verhalten und soziale Anpasstheit.

5.2 Motivation

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Auch wenn sich die Motive und Bedürfnisse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung an sich kaum unterscheiden, orientiert sich doch das Motivationskonzept von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung je nach Schweregrad eher an Bedürfnissen der unmittelbaren Gegenwart. Je ausgeprägter die Beeinträchtigungen sind, desto stärker liegt der Schwerpunkt der Motivklassen im Bereich der physiologischen Bedürfnisse. Dabei wird angenommen, dass sich höhere Motive wie beispielsweise die Selbstverwirklichung, die bei jedem Menschen zu finden sind, bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eben in diesem Rahmen vollziehen. (Luxen, 2003)

Eine Erfassung von höheren Motivationsklassen (Leistungsmotivation) ist somit in diesem Sinne nicht möglich bzw. gerechtfertigt. Dennoch lassen sich in der Literatur Hinweise darauf finden, dass HPV den Aufbau bzw. eine Steigerung der Motivation nach sich ziehen kann (Egenolf, 1999; Kröger, 2004).

Um also trotz allem einen Einblick in das motivationale Verhalten von Menschen mit IB zu erlangen, wird die Skala „Lern- und Arbeitsverhalten“ des Heidelberger Kompetenz-Inventars für geistig Behinderte (HKI) von Holtz, Eberle, Hillig und Marker (2005) herangezogen, die sich aus den Bereichen *Aufmerksamkeit/Konzentration* und *Motivation* zusammensetzt.

5.3 Zusammenfassung

(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)

Verschiedene Studien haben ergeben, dass sich HPV auf unterschiedliche Bereiche des alltäglichen Lebens, in welchen Menschen mit IB oft Schwierigkeiten haben, positiv auswirken kann. Neben der Förderung im sozial-emotionalen Bereich (z.B. Abbau von Ängsten und Aggression, Aufbau von Selbstvertrauen) können auch Defizite im sensomotorischen Bereich (Gleichgewichts- und Koordinationsschulung) und kognitiven Bereich (Verstehen und Umsetzen von Anweisungen) positiv beeinflusst werden (Heitzmann, 2012; Kautsch, 1995; Kranich, 1991; Schieder, 2002).

Als theoretische Basis kann man dem Konzept von HPV das *Wiener Modell Spüren-Fühlen-Denken* (Reinelt, 1996) und das *Ganzheitliche Entwicklungsmodell* von Fröhlich (1991) zugrunde legen. Daraus abgeleitet ergeben sich folgende für die Erhebung interessante Dimensionen: Sozialverhalten, Verhaltensauffälligkeiten, Emotionen und Motivation.

Insgesamt gibt es nur wenig empirische Forschung bezüglich der Wirkungsweise von HPV bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Heitzmann, 2012; Kranich, 1991). Die meisten Forschungsarbeiten der letzten Jahre zu diesem Thema sind Diplomarbeiten (Kautsch, 1995; Schieder 2002). Die Herangehensweise der verschiedenen Autoren ist sehr unterschiedlich aufgebaut und variiert hinsichtlich der Stichprobenzusammensetzung bzw. der erhobenen Variablen (siehe Kapitel 4.3). Signifikante Ergebnisse bezüglich der Auswirkungen von HPV konnten bis jetzt nur in wenigen Erhebungen belegt werden (Kautsch, 1995; Schieder, 2002). Kautsch (1995) beschränkte ihre Stichprobe 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 Therapievalidierung im Sinn der wissenschaftlichen Relevanz wünschenswert.

Die Finanzierung von HPV/R stellt ein großes Problem dar, da die Kosten dafür momentan von den österreichischen und deutschen Krankenkassen nicht übernommen werden (Handicapkids, 2013). Je nach Bundesland kann aber um finanzielle Unterstützung bei der zuständigen Landesregierung angesucht werden. Alternativ kann bei Stiftungen oder Vereinen bzw. privaten Sponsoren angefragt werden (DKThR, o.J.; OKTR, o.J.). Nichtsdestotrotz steigt die Nachfrage nach dieser alternativen Interventionsform trotz der schwierigen Finanzierungslage stetig stark an.

6 Hauptfragestellung, Subfragestellungen und Hypothesen

6.1 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 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 Bereiche interessant, die durch die intellektuelle Beeinträchtigung mit Defiziten einhergehen und in Bezug auf die Wirkungsweise des HPV eventuell gesteigert werden könnten.

Für die Untersuchung ergeben sich folgende 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

Aus Gründen der Vollständigkeit werden hier alle abhängigen Variablen angeführt. Diese Arbeit beschäftigt sich jedoch nur mit dem Bereich der *Verhaltensauffälligkeiten* und *Motivation*. Bei Interesse können die beiden anderen Konstrukte (emotionale und soziale Kompetenz) bei Bieler (2014) nachgelesen werden, wo sie ausführlich behandelt werden.

6.2 Subfragestellungen und Hypothesen

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Die oben erwähnten abhängigen Variablen leiten nun zu folgenden Subfragestellungen und statistischen Hypothesen über:

Subfragestellung 1:

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

Hypothesen:

H1.1: Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV sind Personen mit IB signifikant *ruhiger* bzw. *kooperativer* im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.2: Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV sind Personen mit IB signifikant *sozial angepasster* im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.3: Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV zeigen Personen mit IB signifikant weniger *aggressives* bzw. *oppositionelles Verhalten* im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.4: Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV zeigen Personen mit IB signifikant weniger *soziale Unsicherheit* im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.5: Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV zeigen Personen mit IB signifikant weniger *Hyperaktivität* im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.6: Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV zeigen Personen mit IB signifikant weniger *zwanghaftes Verhalten* im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

H1.7: Nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV zeigen Personen mit IB signifikant weniger *selbstverletzendes Verhalten* im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

Subfragestellung 2:

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

Hypothese:

H2: Es zeigt sich eine signifikante Steigerung in der Motivation (*Lern- und Arbeitsverhalten*) bei Personen mit IB nach einer 10-wöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

7 Methoden und Untersuchung

7.1 Untersuchungsplan

(Verfasst von Luise Bieler & Elisabeth Taubinger)

Die Fragestellung der Arbeit bezieht sich auf Personen mit IB, 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, den Versuchspersonen selbst die Fragebögen vorzulegen. Aus diesem Grund werden nur Verfahren in der Fremdbeurteilungs-Variante verwendet, welche von den Eltern bzw. Bezugspersonen der Testpersonen auszufüllen sind.

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine quasiexperimentelle Querschnittsstudie mit Messwiederholung im Single-Case-Design (A-B Form). Das heißt, der erste Messzeitpunkt stellt die Ausgangsbasis der Untersuchungsteilnehmer vor Beginn der Intervention (A) dar. 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)

7.2 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 nicht mit HPV begonnen hatten. Die Intervention sollte von allen Teilnehmern in einer Gruppensituation durchgeführt werden. Die Kontrollgruppe beinhaltet Menschen mit IB, die momentan nicht HPV betreiben bzw. noch nie an einer solchen Intervention teilgenommen haben. Eine ausführlichere 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), zum anderen hinsichtlich der Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe. In dieser Untersuchung wird das Alterslimit für die Stichprobe bei 10 Jahren gesetzt. Bisher beschränkten sich Erhebungen im Zusammenhang mit HPV auf ältere Versuchspersonen wie 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 wurde die Entscheidung zu Gunsten einer jüngeren Stichprobe gefällt.

Es wurde versucht, die Ausgangsunterschiede zwischen der VG und KG hinsichtlich ihres Alters und Geschlechts bzw. Ausbildungsstandes so gering wie möglich zu halten,

um letztendlich aufgrund besserer Vergleichbarkeit zwei homogene Gruppen bilden zu können.

7.3 Durchführung der Untersuchung (Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Erhoben wurden die Daten der Stichproben zwischen Anfang Dezember 2013 und Ende Februar 2014. Da für die Untersuchung Versuchspersonen benötigt wurden, die zum gegebenen Zeitpunkt noch nicht mit dem HPV begonnen hatten, wurden zu Beginn sehr viele Vereine und Reittherapeuten kontaktiert. Aus ökonomischen Gründen wurde ausschließlich in Wien und Niederösterreich gesucht. Letztendlich wurde mit dem Verein *Schottenhof* in Wien und mehreren Privatpersonen in Niederösterreich zusammengearbeitet. Das Engagement der Reittherapeutinnen vom Schottenhof war sehr groß, es kam jedoch nur ein Fragebogen vollständig ausgefüllt von den Eltern retour. Dieser musste bei der Auswertung ausgeklammert werden, da die Testperson zum einen mit elf Jahren über dem Alterslimit lag und zum anderen aufgrund der deutlich besseren Ausgangswerte und einer reinen körperlichen Beeinträchtigung nicht mit den anderen Kindern der Versuchsgruppe vergleichbar war.

Die Reittherapeuten in Niederösterreich wurden vor Beginn der Erhebung darüber in Kenntnis gesetzt, welche Versuchspersonen genau benötigt wurden, und darum gebeten, die Eltern neuer Klienten über die geplante Erhebung zu informieren. Falls diese Interesse an dem Projekt bekundeten, wurden die Eltern kontaktiert, um Fragen bezüglich des Ablaufs der Erhebung persönlich klären zu können. Der erste Fragebogen wurde noch vor der ersten HPV-Einheit an die Eltern ausgegeben. 10 Wochen nach der ersten Therapieeinheit wurden die Eltern dann gebeten, denselben Fragebogen nochmals auszufüllen, um aufgetretene Veränderungen erheben zu können.

In Wien mussten zuerst die Schulen, welche mit dem Verein *Schottenhof* kooperieren, über die Erhebung informiert werden. Nach dem Einverständnis der Schulleitung und der Eltern wurden die Fragebögen von den Lehrpersonen an die Eltern der betroffenen Kinder weitergeleitet. Auch hier wurde nach 10-wöchiger Intervention derselbe Fragebogen nochmals ausgegeben.

Alle Kinder der Kontrollgruppe stammen aus einer Kindergartengruppe mit sonderpädagogischer Betreuung. Der Ablauf der Befragung verlief gleich wie jener in der Versuchsgruppe.

7.4 Erhebungsinstrumente

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Um alle für die Erhebung wichtigen Daten zu sammeln, wurde vor Beginn der Fragebogenbatterie ein soziodemografisches Datenblatt an die Eltern ausgegeben. Erhoben wurden allgemeine Informationen wie Alter, Geschlecht, Wohnform, momentane Ausbildung und die Art der Beeinträchtigung der zu erhebenden Person. Danach wurden die Eltern gebeten, Auskunft über regelmäßige Medikamenteneinnahme und weitere Einschränkungen bzw. andere in Anspruch genommen Therapien zu geben. Ebenso sollten sie darlegen, weshalb die Kinder in Kürze mit HPV beginnen wollten und welche Erwartungen die Eltern an diese neue Interventionsform hatten (*Was erwarten Sie sich von der Teilnahme der von Ihnen zu betreuenden Person am heilpädagogischen Voltigieren?*). Nach 10-wöchiger Teilnahme wurde nochmals überprüft, welche Veränderungen sich aus Sicht der Eltern im Zuge der Reittherapie ergeben hatten (*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?*).

Die Fragebogenbatterie des für diese Arbeit relevanten Teiles setzt sich aus folgenden Inventaren zusammen:

- die Subskala für das Lern- und Arbeitsverhalten aus dem *Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte* (Holtz et al., 2005)
- dem *Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern* (Aman, Tassé, Rojahn, & Hammer, 1996)

Von Bieler (2014) wurden zur Erhebung der sozialen und emotionalen Komponenten der gesamte *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen* von Rindermann (2009) und ebenfalls

das Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte (HKI; Holtz et al., 2005) vorgegeben.

In beiden Versuchsgruppen wurde der Fragebogen in identem Ablauf ausgegeben. In der Kontrollgruppe wurden lediglich die Fragen bezüglich der Erwartung an HPV ausgeklammert.

7.5 Beschreibung der verwendeten Inventare

7.5.1 Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern (NCBRF)

(verfasst von Elisabeth Taubinger)

Der Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern von Aman et al. (1996) dient der Beurteilung sowohl positiven Sozialverhaltens als auch problematischen Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen. Der Fragebogen liegt in der Fremdbeurteilungsversion vor und kann von Eltern und Bezugspersonen betreffender Kinder und Jugendlicher ausgefüllt werden. Insgesamt besteht das Verfahren aus zwei Skalen (positives Sozialverhalten, problematisches Verhalten) mit 71 Items, die auf einer vierstufigen Skala hinsichtlich ihres Ausprägungsgrades beurteilt werden:

0 – wenn das Verhalten nicht auftrat oder kein Problem war

1 – wenn das Verhalten gelegentlich auftrat oder ein geringfügiges Problem war

2 – wenn das Verhalten ziemlich oft auftrat oder ein mäßiges Problem war

3 – wenn das Verhalten oft auftrat oder ein schwerwiegendes Problem war

Das positive Sozialverhalten erfasst der Fragebogen über die Subskalen *ruhig/kooperativ* und *sozial angepasst*. Verhaltensauffälligkeiten werden über folgende Subskalen erfasst:

- oppositionell/aggressiv
- sozial unsicher
- hyperaktiv

- zwanghaft
- selbstverletzend
- reizempfindlich

Die Bearbeitungszeit beträgt circa 15 Minuten und ist damit zeitökonomisch betrachtet in einem guten Rahmen. Es liegen umfangreiche Untersuchungen zur Reliabilität und Validität für die deutsche Version von Sarimski aus dem Jahr 2004 vor. Die internen Konsistenzen nach Chronbachs Alpha entsprechen für die Subskalen des positiven Sozialverhaltens mit .35 und .66 nicht den gängigen Anforderungen an zuverlässige Testverfahren. Die Subskalen des problematischen Verhaltens schneiden mit Reliabilitätskoeffizienten größer gleich .70 wesentlich zufriedenstellender ab. Für die amerikanische Originalform ließen sich hinsichtlich der konvergenten Validität hohe Korrelationen mit analogen Subskalen der *Aberrant Behaviour Checklist* (ABC) ermitteln. (Aman et al., 1996)

7.5.2 Motivation

(verfasst von Elisabeth Taubinger)

Die ursprünglich geplante Erhebung des Konstrukts *Motivation* gestaltet sich als relativ komplex. Das Zurückgreifen auf ein vorgefertigtes Verfahren zur Motivationsmessung in der Fremdbeurteilungsversion ist leider nicht möglich. Auch die Anlehnung eines eigens entwickelten Fragebogens an ein bereits bestehendes Verfahren erweist sich als äußerst schwierig, da sich fast alle bestehenden Fragebögen auf die Schul- bzw. Leistungsmotivation oder Motivation am Arbeitsplatz/ als Führungskraft beziehen. Diese Bereiche spielen für die vorliegende Untersuchung allerdings eine untergeordnete Rolle. Es könnte sich ebenfalls als schwierig erweisen, die intrinsische Motivation aus der Fremdbeurteilungssicht zu erfragen.

Auch wenn sich die Motive und Bedürfnisse von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung an sich kaum unterscheiden, orientiert sich das Motivationskonzept von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung je nach Schweregrad eher an Bedürfnissen der unmittelbaren Gegenwart. Je ausgeprägter die Beeinträchtigungen sind, desto stärker liegt der Schwerpunkt der Motivklassen im Bereich der physiologischen Bedürfnisse. Dabei wird angenommen, dass sich höhere Motive, wie beispielsweise die sich bei jedem

Menschen zu findende Selbstverwirklichung, bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eben in diesem Rahmen vollziehen. (Luxen, 2003)

Letztendlich ist der Einsatz eines Fragebogens für höhere Motivationsklassen (Leistungsmotivation) in diesem Fall nicht gerechtfertigt. Auch wenn inhaltliche Ähnlichkeiten zwischen den Motiven und Bedürfnissen von Menschen mit IB und Menschen ohne IB vorliegen, vollziehen sich diese doch auf unterschiedlichen, nicht unmittelbar miteinander vergleichbaren Ebenen. Deswegen wird von der Übertragung eines Fragebogens zur Motiverfassung auf die Bedürfnisse von Menschen mit IB abgesehen.

Um trotz allem einen Einblick in das motivationale Verhalten von Menschen mit IB zu erlangen, wird die Skala „Lern- und Arbeitsverhalten“ des *Heidelberger Kompetenz-Inventars für geistig Behinderte* von Holtz et al. (2005) herangezogen, um Aufmerksamkeit, Konzentration und Motivation zu erfassen. Die einzelnen Items setzten sich aus Aussagen zu Alltagssituationen zusammen. Der Ausprägungsgrad, mit welchem das jeweilige Verhalten gezeigt wird, kann auf einer 3-stufigen Skala angegeben werden:

- *Stufe 1*: Das Verhalten wird ansatzweise gezeigt.
- *Stufe 2*: Das Verhalten wird größtenteils gezeigt.
- *Stufe 3*: Das Verhalten wird voll und ganz gezeigt.

Falls nicht bekannt ist, ob das Verhalten jemals gezeigt wurde, kann dies separat in einer Zusatzskala angegeben werden.

Die Bearbeitungsdauer liegt mit einem Zeitraum von ca. 30 Minuten in einem für die Eltern vertretbaren Rahmen. Normierungsstichproben werden für die Altersspanne von 7 bis 16 Jahren zur Verfügung gestellt, was für das Durchschnittsalter der Versuchspersonen zu hoch angesetzt ist. Da in dieser Erhebung kein Vergleich mit einer Normstichprobe angestrebt wird und die Versuchsgruppe lediglich mit der Kontrollgruppe verglichen wird, wirkt sich diese Tatsache auf die Erhebung nicht aus.

Laut Holtz et al. (2005) liegen die Gütekriterien des HKI allesamt im akzeptablen Bereich. Die Interrater-Reliabilität beläuft sich auf .90, die Retest-Reliabilität auf .70-.90

und die Korrelation mit dem Intelligenz Quotienten in der Binet-Simon-Intelligenzprüfung (abhängig vom jeweiligen Kompetenzbereich) auf .60-.70.

7.6 Auswertungsverfahren und Voraussetzungen

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Ausgewertet wurden die vorliegenden Daten mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 21). Die Forschungshypothesen werden, zusätzlich zu einer deskriptiven Analyse der Stichprobe, mit inferenzstatistischen Verfahren ausgewertet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wird mit einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ angegeben.

Zur Überprüfung der Hypothesen wird eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung durchgeführt. Die Messzeitpunkte werden mit PRÄ und POST bezeichnet und bilden den Innersubjektfaktor. Der 1. Messzeitpunkt (PRÄ) wird vor Beginn der Intervention erhoben und bildet somit die Ausgangsbasis der Erhebung, der 2. Messzeitpunkt (POST) wird nach 10-wöchiger Teilnahme an HPV erhoben. Möglicherweise auftretende Unterschiede zwischen der Versuchsgruppe (VG) und Kontrollgruppe (KG) werden als Zwischensubjektfaktor berechnet.

Im Falle signifikanter Ergebnisse wird zusätzlich ein Post-Hoc Test verwendet, um Aussagen darüber treffen zu können, welche der beiden Gruppen Veränderungen aufzeigt, da dies mit der ANOVA nicht möglich ist – diese berechnet nur signifikante Haupteffekte und Interaktionen. Der Mauchly-Test berechnet erst ab 3 Messzeitpunkten die Sphärizität, weshalb die Prüfung auf Homogenität der Varianzen der Differenzen nicht durchgeführt werden kann. Aus diesem Grund ergeben sich bei weiterer Berechnung auch keine Freiheitsgrade für die Daten. Nach Absprache mit Prof. Alexander von Eye, einem Professor für Forschungsmethoden der Psychologie, wird dennoch beschlossen, die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung aufgrund ihrer Unempfindlichkeit gegenüber der Verletzung der Voraussetzungen durchzuführen. Zudem verfügt die ANOVA im Gegensatz zu alternativen Testverfahren über eine relativ große statistische Power bei geringer Stichprobengröße.

Nach Berechnung der ANOVA ergibt sich für jedes einzelne Konstrukt jeweils ein Haupt- und ein Interaktionseffekt. Der Haupteffekt zeigt an, ob sich die berechneten Mittelwerte der beiden Gruppen zu den zwei Zeitpunkten signifikant voneinander unterscheiden. Ein im Anschluss durchgeführter Post-Hoc Test gibt Auskunft darüber, welche Veränderung von statistischer Relevanz ist.

Für jeden Effekt werden jeweils ein F -Wert und die zweiseitige Signifikanz p berechnet. Von statistischer Signifikanz spricht man, wenn das Ergebnis $p < .05$ ist. Dann kann davon ausgegangen werden, dass die Veränderung der Werte zu beiden Zeitpunkten für eine der beiden Gruppen statistisch bedeutsam ist. Zusätzlich wird der Schätzer der Effektstärke η^2_p mitangegeben. Von einem schwachen Effekt wird gesprochen, wenn $\eta^2_p = .01$ ist, von einem mittleren Effekt bei $\eta^2_p = .06$ und von einem starken Effekt bei $\eta^2_p = .14$.

Beim Post-Hoc Test muss aufgrund der Nichterfüllung der Normalverteilung der Messwertdifferenzen der Messwertpaare auf den t -Test verzichtet werden. Hier wird stattdessen ein parameterfreies Verfahren (Wilcoxon-Test) angewendet. Die für den Wilcoxon-Test angegebene zweiseitige Signifikanz p wird im Laufe der Berechnung in eine einseitige umgewandelt, da gerichtete Hypothesen vorhanden sind. Auch hier ist das Ergebnis statistisch signifikant, wenn $p < .05$. Für die Effektstärke wird der Phi-Koeffizient ϕ angegeben. Bei $\phi = .1$ handelt es sich um einen schwachen Effekt, bei $\phi = .3$ um einen mittleren Effekt und bei $\phi = .5$ um einen starken Effekt.

8 Ergebnisse

8.1 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Gesamtstichprobe: Die gesamte Stichprobe besteht aus 10 Personen, fünf davon männlich und fünf weiblich. Fünf der 10 Kinder weisen eine leichte IB auf (50%), zwei Kinder haben eine mittelgradige IB (20%), ein Kind ist von einer schweren IB betroffen (10%) und bei zwei Kindern (20%) liegt eine nicht diagnostizierte intellektuelle Beeinträchtigung vor. Der Altersbereich befindet sich in beiden Gruppen zwischen vier und acht Jahren. Fünf Kinder besuchen den Kindergarten (50%), jeweils zwei Kinder eine Vor- bzw. Sonderschule (20%) und ein Kind die Volksschule (10%). In beiden Gruppen wurden als zusätzliche Beeinträchtigungen mehrfach motorische Entwicklungsstörung, Sprachverzögerung und Sprachdyspraxie genannt. Sowohl in der VG als auch der KG wurden Logotherapie und/oder Ergotherapie in Anspruch genommen. Medikamente wurden laut Aussage der Eltern in keiner Gruppe regelmäßig eingenommen. Um einen besseren Überblick über die Beschaffenheit der beiden Gruppen zu gewinnen, werden VG und KG im Folgenden nochmals einzeln angeführt:

Versuchsgruppe: Die VG besteht insgesamt aus fünf Personen, drei männlichen und zwei weiblichen. Je ein Kind ist vier-, fünf-, sechs-, sieben- und achtjährig ($M = 6$; $SD = 1.58$). Zwei Kinder besuchen den Kindergarten, je ein Kind die Vor-, Sonder- und Volksschule. Die VG setzt sich aus drei Kindern mit einer leichten IB, einem Kind mit einer mittelgradigen IB und einem Kind mit einer schweren IB zusammen.

Kontrollgruppe: Die KG besteht insgesamt ebenfalls aus fünf Personen. Zwei davon sind männlich, drei weiblich. Auch hier liegt der Altersbereich zwischen vier und acht Jahren. Jeweils zwei Kinder sind vier und sechs Jahre, ein Kind achtjährig ($M = 5,6$; $SD = 1.67$). Von der KG ist bei zwei Kindern eine leichte IB vorhanden, bei einem Kind eine mittelgradige IB und bei zwei Kindern eine nicht näher diagnostizierte IB.

Vor Beginn der ersten HPV-Einheit wurden die Eltern der Kinder in der VG bezüglich ihrer Erwartungen an die Therapie befragt (*Was erwarten Sie sich von der Teilnahme der von Ihnen zu betreuenden Person am heilpädagogischen Voltigieren?*). Mehrere Eltern erhofften sich eine Verbesserung des Bewegungsablaufes und Förderung des

Sozialkontaktes sowie eine Verbesserung der Handlungsplanung und Konzentrationsfähigkeit. Der Spaß an der Bewegung und die Möglichkeit, dem Kind eine Pause vom gewohnten Tagesablauf zu gönnen, rückten zu Gunsten der therapeutischen Förderung eher in den Hintergrund.

Nach den ersten 10 Einheiten wurden die Eltern der Kinder der VG nochmals anhand eines qualitativen Fragebogens zu den positiven Veränderungen im Zuge des HPV befragt (*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?*). Mehrmals wurde von einer Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, einer Verbesserung des allgemeinen Bewegungsablaufes und der Linderung von Krampfanfällen berichtet. Die Förderung des Sozialkontaktes durch die Kommunikation mit den Therapeuten bzw. anderen Kindern wurde ebenfalls von mehreren Eltern positiv hervorgehoben, ebenso der Aufbau und die Förderung der Reaktions- und der Merkfähigkeit. Einige Eltern stellten zudem eine Erhöhung des Selbstwertgefühls sowie einen stärkeren Aufbau von Vertrauen ihrer Kinder fest. Von negativen Veränderungen im Zuge der ersten 10 Einheiten wurde nicht berichtet. Die Frage, ob HPV als sinnvoller Therapieansatz anzusehen sei, wurde von mehr als der Hälfte der Eltern mit *Ja* beantwortet.

Insgesamt werden drei Kinder weiterhin am HPV teilnehmen, zwei der Versuchspersonen haben nach den ersten 10 Einheiten die Therapie wieder beendet. Als Begründung wurde angegeben, dass der Fortschritt bzw. die Verbesserung des Beschwerdebildes nicht so groß wie erwartet ausgefallen sei.

8.2 Ergebnisdarstellung

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

8.2.1 Subfragestellung 1: Verhaltensauffälligkeiten

Die Nichtteilnahme bzw. Teilnahme an HPV fungiert als unabhängige Variable, die Konstrukte *ruhig/kooperativ, sozial angepasst, oppositionell/aggressives Verhalten*,

soziale Unsicherheit, Hyperaktivität, zwanghaftes Verhalten und selbstverletzendes Verhalten jeweils als abhängige Variable. Für jedes Konstrukt wird eine visuelle Analyse vorgenommen, bevor auf die deskriptive Statistik und die statistische Hypothesenprüfung eingegangen wird.

Nachfolgende Tabelle 3 gibt in Hinblick auf die abhängigen Variablen Auskunft über die Stichprobengrößen (*N*), Mittelwerte (*M*) sowie die Standardabweichungen (*SD*) beider Gruppen zu den zwei Messzeitpunkten.

Tabelle 3

Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten

	Versuchsgruppe (<i>N</i> = 5)		Kontrollgruppe (<i>N</i> = 5)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ruhig/kooperativ				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	0.968	0.412	1.366	0.593
2. Messzeitpunkt (POST)	1.232	0.432	1.400	0.533
Sozial angepasst				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	1.000	0.177	1.550	0.975
2. Messzeitpunkt (POST)	1.250	0.612	1.600	0.877
Oppositionell/aggressives Verhalten				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	1.688	0.639	1.612	1.105
2. Messzeitpunkt (POST)	1.520	0.411	1.552	1.140
Soziale Unsicherheit				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	1.158	0.321	0.960	0.656
2. Messzeitpunkt (POST)	1.184	0.332	0.984	0.776
Hyperaktivität				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	2.578	0.573	1.658	0.930
2. Messzeitpunkt (POST)	2.490	0.340	1.650	1.008
Zwanghaftes Verhalten				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	1.128	0.690	1.032	1.044
2. Messzeitpunkt (POST)	1.052	0.648	0.860	0.829
Selbstverletzendes Verhalten				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	0.742	0.445	0.886	1.143
2. Messzeitpunkt (POST)	0.408	0.317	0.428	0.662

Hypothese 1.1

Visuelle Analyse

Abbildung 6 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *ruhig/kooperativ* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik ergibt eine Steigerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG hingegen erhöht sich zu beiden Messzeitpunkten nur minimal.

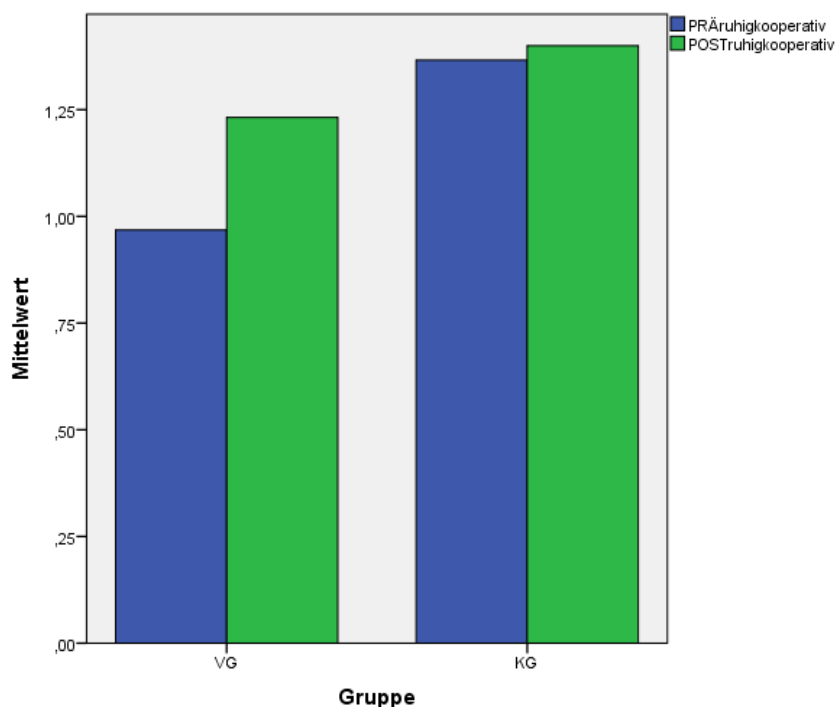


Abbildung 6. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt hinsichtlich des Konstrukts *ruhig/kooperativ*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die ANOVA mit Messwiederholungen ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = 5.414$, $p = .048$, $\eta^2_p = .404$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant, $F(1, 8) = 3.225$, $p = .110$, $\eta^2_p = .287$.

Post-hoc Test: Wilcoxon-Test

Für die VG zeigt der Wilcoxon-Test einen signifikanten Effekt für die VG ($z = -1.664$, $p = .048$, $\phi = -.744$), für die KG hingegen nicht ($z = -1.000$, $p = .159$, $\phi = -.447$).

Daraus folgt, dass Hypothese 1.1 angenommen werden kann. Es zeigt sich eine signifikante Steigerung des Konstrukts *ruhig/kooperativ* 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 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *sozial angepasst* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik ergibt eine Steigerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG erhöht sich ebenfalls leicht zum zweiten Messzeitpunkt.

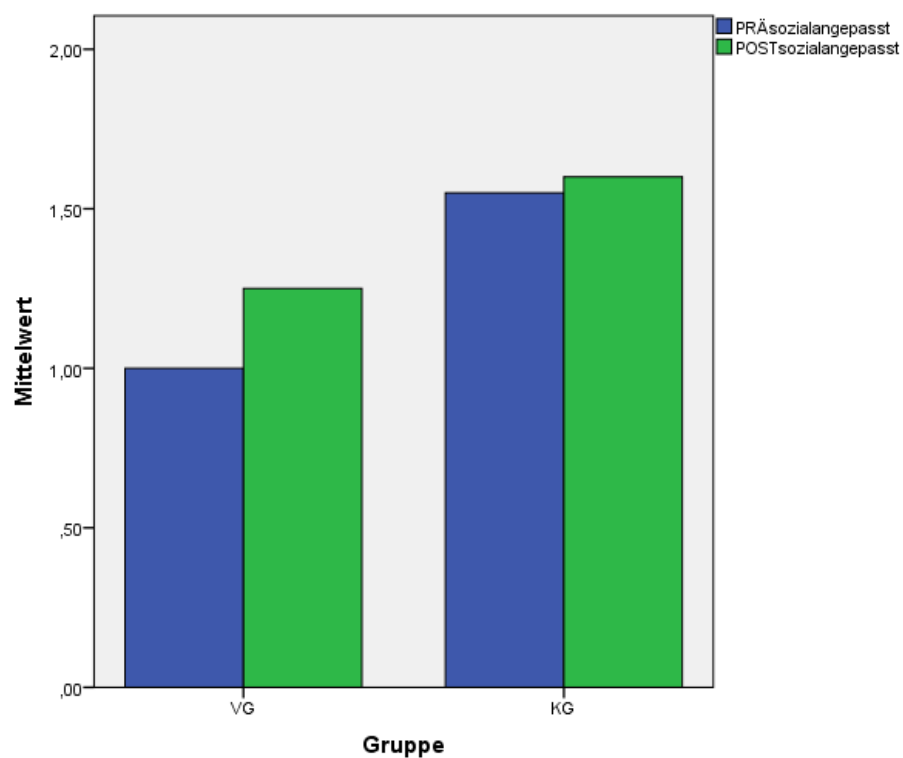


Abbildung 7. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *sozial angepasst*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die ANOVA mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = 1.075$, $p = .330$, $\eta^2_p = .118$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant, $F(1, 8) = .478$, $p = .509$, $\eta^2_p = .056$.

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.2 verworfen werden muss. Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *sozial angepasst* 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 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *oppositionell/aggressives Verhalten* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik ergibt eine Verringerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG sinkt ebenfalls leicht.

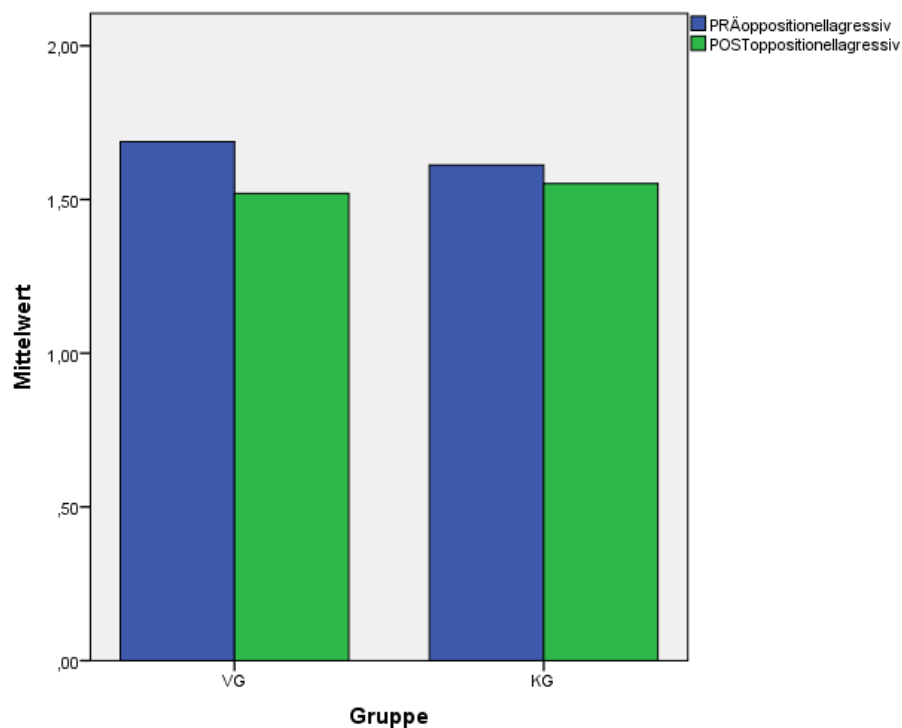


Abbildung 8. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *oppositionell/aggressives Verhalten*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die ANOVA mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = 1.790$, $p = .218$, $\eta^2_p = .183$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant, $F(1, 8) = .402$, $p = .544$, $\eta^2_p = .048$.

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.3 verworfen werden muss. Es zeigt sich keine signifikante Verringerung im *oppositionellen/aggressiven Verhalten* 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 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *soziale Unsicherheit* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik ergibt eine geringe Steigerung der Mittelwerte in beiden Gruppen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt.

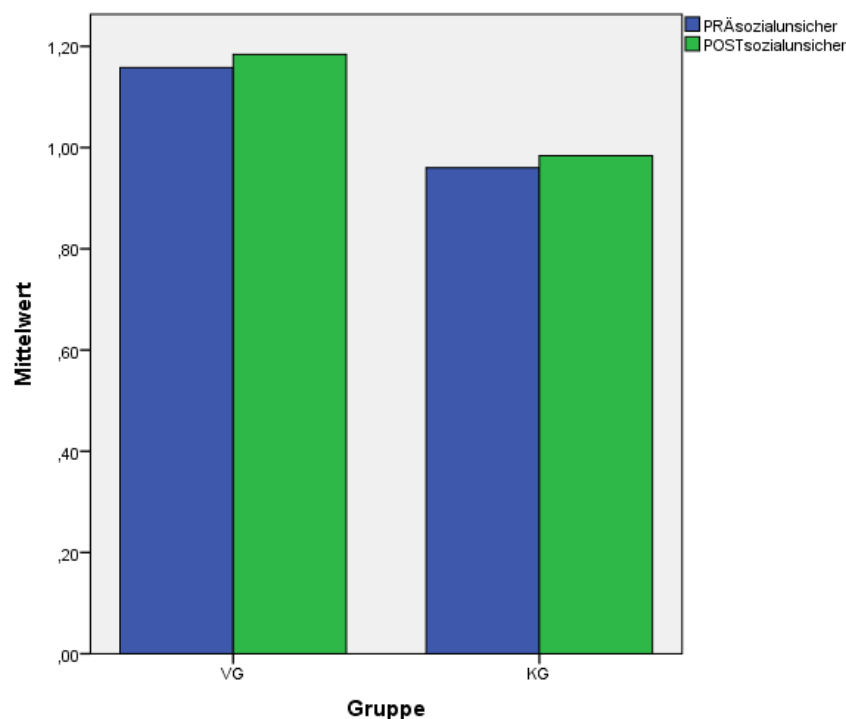


Abbildung 9. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *soziale Unsicherheit*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die ANOVA mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = .161$, $p = .699$, $\eta^2_p = .020$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant, $F(1, 8) = .000$, $p = .988$, $\eta^2_p = .000$.

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

Hypothese 1.5

Visuelle Analyse

Abbildung 10 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *Hyperaktivität* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik ergibt eine leichte Verringerung des Mittelwerts der VG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Der Mittelwert der KG bleibt zu beiden Messzeitpunkten annähernd stabil.

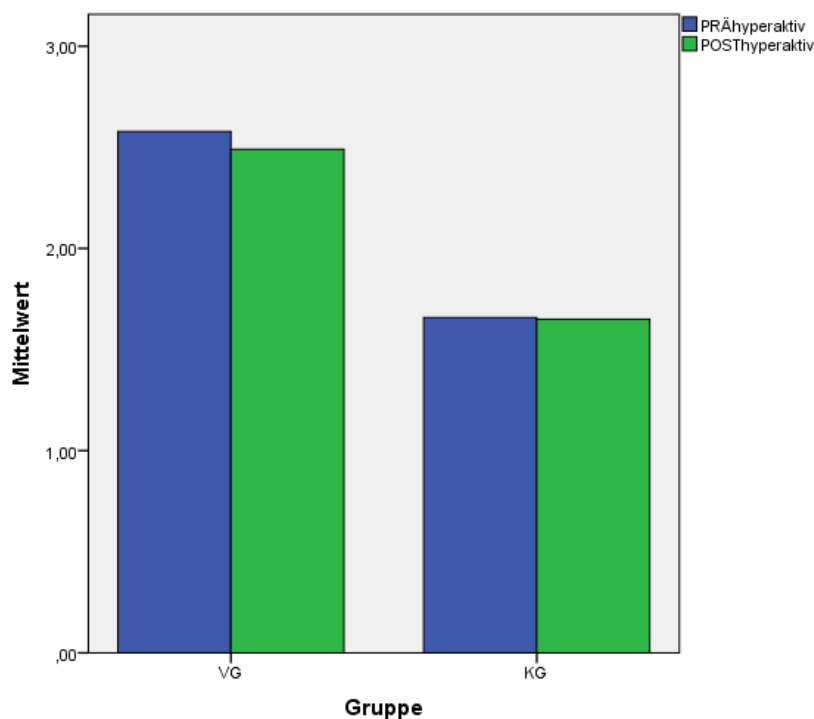


Abbildung 10. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Hyperaktivität*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die ANOVA mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = .155$, $p = .704$, $\eta^2_p = .019$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant, $F(1, 8) = .108$, $p = .751$, $\eta^2_p = .013$.

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.5 verworfen werden muss. Es zeigt sich keine signifikante Verringerung im Konstrukt *Hyperaktivität* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

Hypothese 1.6

Visuelle Analyse

Abbildung 11 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *zwanghaftes Verhalten* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik ergibt eine Verringerung der Mittelwerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt für beide Gruppen.

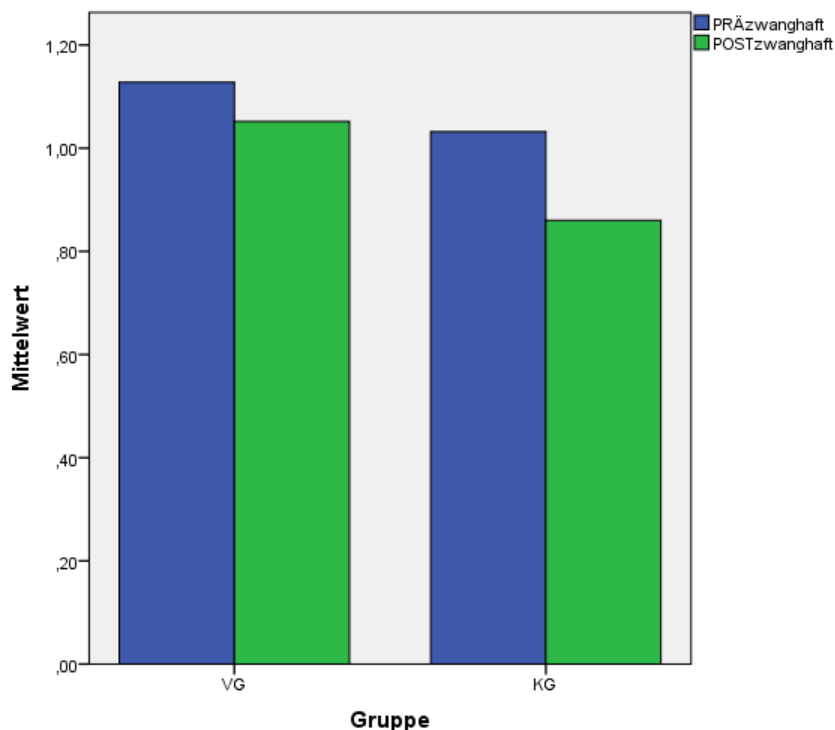


Abbildung 11. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *zwanghaftes Verhalten*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die ANOVA mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = 4.356$, $p = .070$, $\eta^2_p = .353$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant, $F(1, 8) = .653$, $p = .443$, $\eta^2_p = .075$. Bei einseitiger Betrachtung der ausgegebenen Signifikanz ergibt sich jedoch ein signifikanter Effekt von $p = .035$ für den Faktor Messzeitpunkt.

Post-hoc Test: Wilcoxon-Test

Der Wilcoxon-Test ergibt einen signifikanten Effekt für die VG ($z = -1.841$, $p = .033$, $\phi = -.823$), jedoch nicht für der KG ($z = -1.289$, $p = .099$, $\phi = -.576$).

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.6 angenommen werden kann. Es zeigt sich eine signifikante Verringerung im *zwanghaften Verhalten* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

Hypothese 1.7

Visuelle Analyse

Abbildung 12 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *selbstverletzendes Verhalten* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik ergibt eine deutliche Verringerung der Mittelwerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt für beide Gruppen.

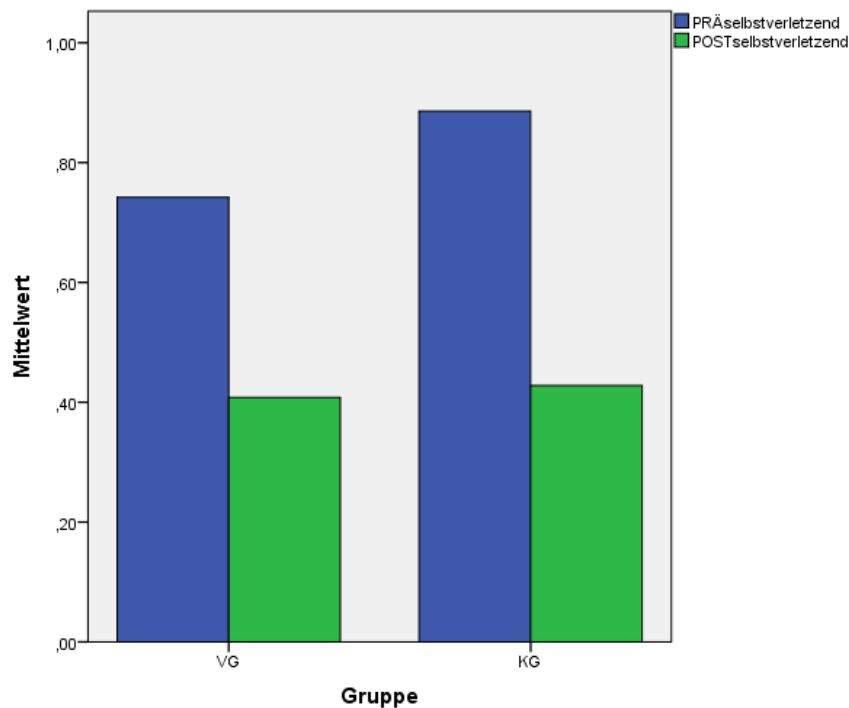


Abbildung 12. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *selbstverletzendes Verhalten*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = 5.144$, $p = .053$, $\eta^2_p = .391$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist nicht signifikant, $F(1, 8) = .126$, $p = .732$, $\eta^2_p = .016$. Bei einseitiger Betrachtung der ausgegebenen Signifikanz ergibt sich ein signifikanter Effekt von $p = .027$ für den Faktor Messzeitpunkt.

Post-hoc Test: Wilcoxon-Test

Der Post-hoc angewendete Wilcoxon-Test zeigt einen signifikanten Effekt für die VG ($z = -1.686$, $p = .046$, $\phi = -.754$), jedoch nicht bei der KG ($z = -1.069$, $p = .207$, $\phi = -.478$).

Daraus folgt, dass die Hypothese 1.7 angenommen werden kann. Es zeigt sich eine signifikante Verringerung im Konstrukt *selbstverletzendes Verhalten* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

8.2.2 Subfragestellung 4: Motivation

Die Nichtteilnahme bzw. Teilnahme an HPV fungiert als unabhängige Variable, das Konstrukt *Lern- und Arbeitsverhalten* als abhängige Variable. Auch für dieses Konstrukt wird eine visuelle Analyse vorgenommen, bevor auf die deskriptive Statistik und die statistische Hypothesenprüfung eingegangen wird.

Nachfolgende Tabelle 3 gibt in Hinblick auf die abhängigen Variablen Auskunft über die Stichprobengrößen (*N*), Mittelwerte (*M*) sowie die Standardabweichungen (*SD*) beider Gruppen zu den zwei Messzeitpunkten.

Tabelle 4

Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten

	Versuchsgruppe (<i>N</i> = 5)		Kontrollgruppe (<i>N</i> = 5)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Lern- und Arbeitsverhalten				
1. Messzeitpunkt (PRÄ)	6.000	4.637	9.200	5.975
2. Messzeitpunkt (POST)	10.000	4.950	10.400	7.470

Hypothese 2

Visuelle Analyse

Abbildung 13 zeigt die Mittelwerte des Konstrukts *Motivation (Lern- und Arbeitsverhalten)* für die VG und KG zu den beiden Messzeitpunkten PRÄ (blau) und POST (grün). Die visuelle Analyse der Grafik zeigt für beide Gruppen eine Steigerung der Mittelwerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt.

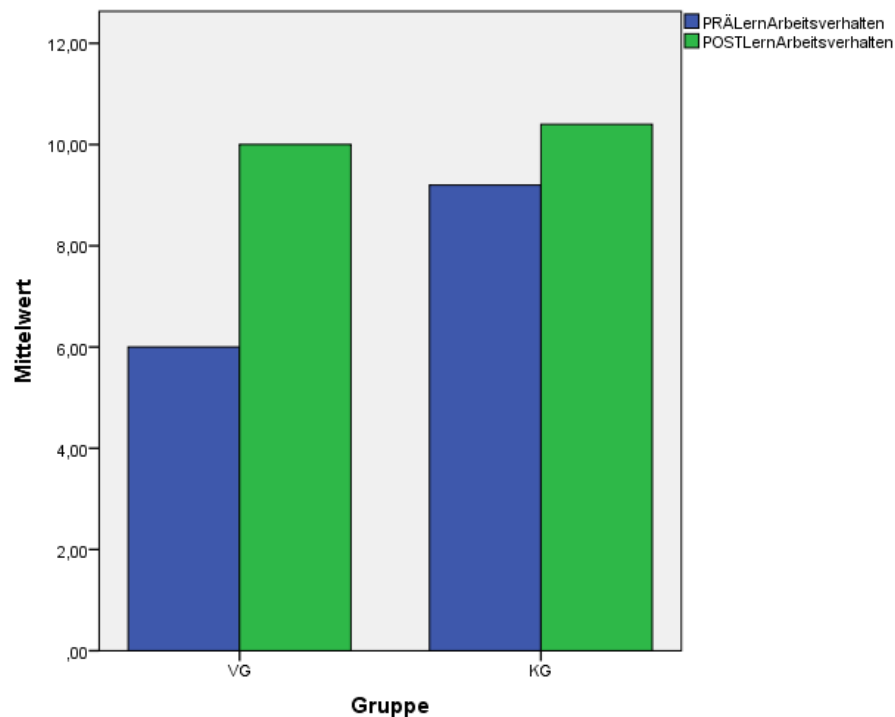


Abbildung 13. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG; KG) zum 1. (PRÄ) und zum 2. (POST) Messzeitpunkt bezüglich des Konstrukts *Lern- und Arbeitsverhalten*.

Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholungen

Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen ergibt keinen signifikanten Haupteffekt für den Messzeitpunkt, $F(1, 8) = 3.406$, $p = .102$, $\eta^2_p = .299$. Die Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppe ist ebenfalls nicht signifikant, $F(1, 8) = .987$, $p = .349$, $\eta^2_p = .110$.

Daraus folgt, dass die Hypothese 2 verworfen werden muss. Es zeigt sich keine signifikante Steigerung im Konstrukt *Motivation (Lern- und Arbeitsverhalten)* bei Personen mit IB nach einer zehnwöchigen Teilnahme am HPV im Vergleich zu Personen mit IB, die nicht an der Intervention teilnahmen.

Die Darstellung der Ergebnisse zu den Konstrukten emotionaler und sozialer Kompetenz sind in der Arbeit von Bieler (2014) zu finden.

8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Im Vergleich der beiden Gruppen hat sich nach statistischer Prüfung mit der zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung bei einem der acht Konstrukte ein signifikantes Ergebnis gezeigt (*ruhiges/kooperatives Verhalten*). Bei jenen Konstrukten, die hierbei ein Ergebnis gezeigt haben, das nur knapp über der Grenze des signifikanten Bereiches lag, wurde ein zusätzlicher Post-Hoc Test durchgeführt. Dieser hat bei zwei weiteren Konstrukten ein signifikantes Ergebnis aufgezeigt (*zwanghaftes Verhalten*, *selbstverletzendes Verhalten*). Die ausgegebenen Signifikanzwerte wurden aufgrund der einseitig formulierten Hypothesen auch einseitig interpretiert.

Es zeigt sich also im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten in der Versuchsgruppe eine signifikante Verbesserung des Konstruktes *ruhig/kooperativ* über beide Messzeitpunkte hinweg. Zusätzlich ergibt sich eine statistisch bedeutende Verringerung bei den Variablen *zwanghaftes-* und *selbstverletzendes Verhalten* in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Bei den restlichen fünf Konstrukten im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und beim Konstrukt Lern- und Arbeitsverhalten sind die Veränderungen in beiden Gruppen über die zwei Zeitpunkte hinweg nicht signifikant.

9 Interpretation und Diskussion

9.1 Verhaltensauffälligkeiten

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Bei Menschen mit IB führen unangepasstes Verhalten und Probleme in der sozialen Interaktion häufig zu Schwierigkeiten bei deren alltäglicher Versorgung (Dosen, 2010). Laut Dosen (2010) können Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit IB deutlich häufiger festgestellt werden als bei Menschen ohne IB – die Prävalenz liegt bei 20% bis 74%. Probleme bereiten den Betroffenen und deren Umfeld u.a. Selbstverletzung, Aggression oder Destruktivität (Dosen, 2010).

Durch HPV sollen verhaltensauffällige Kinder mithilfe positiver Verstärkung sozial angepasstes Verhalten erlernen und negative Verhaltensweisen reduzieren (Egenolf, 1999; Kröger, 2004). Aggressives Verhalten oder Antipathie gegen andere Gruppenmitglieder bzw. den Therapeuten kann durch die Arbeit mit dem Pferd zumeist im Laufe der fortschreitenden Intervention gemindert werden (Kröger, 2004).

Im Zuge der Erhebung konnte im Bereich der *Verhaltensauffälligkeiten* bei drei der sieben Konstrukte eine signifikante Veränderung in der VG über beide Messzeitpunkte hinweg festgestellt werden, in der KG hingegen bei keinem einzigen Konstrukt. Da sich *ruhig/kooperativ* signifikant verbessert und *zwanghaftes/selbstverletzendes Verhalten* signifikant verringert hat, kann davon ausgegangen werden, dass HPV sozial erwünschtes Verhalten fördern und sich positiv auf unerwünschtes Problemverhalten auswirken kann. Auch bei einigen anderen Konstrukten zeigen sich Tendenzen zur Verbesserung des Problemverhaltens. Für signifikante Ergebnisse scheint jedoch der Testzeitraum von 10 Wochen zu kurz gewesen sein. Falls zu einem späteren Zeitpunkt nochmals getestet wird, könnten sich diese Konstrukte ebenfalls noch als signifikant erweisen. Auch wenn nicht bei allen Konstrukten eine signifikante Veränderung erfasst werden konnte, kann durchaus davon ausgegangen werden, dass HPV Verhaltensauffälligkeiten in gewissen Bereichen positiv beeinflussen kann.

Die Auswertung der Befragung des soziodemografischen Elternfragebogens hat ebenso ergeben, dass laut Einschätzung der Betreuungspersonen bereits nach 10 HPV-Einheiten eine deutliche Verbesserung in der Komponente der Verhaltensauffälligkeiten zu sehen ist.

9.2 Motivation

(Verfasst von Elisabeth Taubinger)

Im Bereich *Motivation* musste die Untersuchungshypothese nach statistischer Prüfung der Ergebnisse verworfen werden, da sich in der VG keine Unterschiede in den Testkennwerten nach 10-wöchiger Intervention gezeigt haben.

Warum dieses Konstrukt nicht signifikant wurde, kann mehrere Gründe haben. Zum einen ist Motivation als objektiv messbares Konstrukt sehr komplex zu erfassen, zum anderen wurden in dieser Erhebung ausschließlich Fragebögen in der Fremdbeurteilungsvariante verwendet. Auch hier muss angemerkt werden, dass die Kinder der VG für die problemlose Erfassung dieses Konstruktes vermutlich noch zu jung waren. Ursprünglich war die Erhebung mit älteren Kindern bzw. Jugendlichen geplant, aufgrund der beschränkten Verfügbarkeit musste jedoch auf Kinder im Kindergarten- und Schulalter zurückgegriffen werden. Da ausschließlich Kinder mit IB befragt wurden und dafür keine geeigneten Fragebögen zur Erhebung der Motivation gefunden werden konnten, musste in dieser Erhebung auf eine indirekte Messung dieses Konstruktes über die Skala „Lern- und Arbeitsverhalten“ vom HKI zurückgegriffen werden. Zudem kann auch hier davon ausgegangen werden, dass der Erhebungszeitraum von 10 Wochen zu kurz angesetzt war, um signifikante Veränderungen feststellen zu können. Es darf jedoch nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass HPV keinerlei Einfluss auf die Motivation der Klienten haben kann. Eine nachfolgende Erhebung mit einer älteren Stichprobe über einen längeren Zeitraum bzw. anhand von Selbstbefragung könnte unter Umständen andere, statistisch signifikante Ergebnisse bringen.

Die Auswertung der qualitativen Elternbefragung vor Beginn der Intervention und 10 Wochen danach ließ ebenfalls keinen erkennbaren Einfluss von HPV auf die Motivation (Lern- und Arbeitsverhalten) der Kinder erkennen.

Eine ausführliche Interpretation der Ergebnisse zu den Konstrukten *emotionales* und *soziales Verhalten* kann bei Bieler (2014) nachgelesen werden.

10 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 Stichproben. 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 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, 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 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. Es 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 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. Abgemildert 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 zeitlichen und finanziellen Gründen nicht möglich.

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.

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 bei den *Verhaltensauffälligkeiten* auch deutliche Tendenzen in den restlichen Konstrukten dieses Bereiches. Jene Konstrukte könnten zu späteren Zeitpunkten ebenfalls signifikant werden, was, wie aus der Literatur bekannt ist, für eine längerfristige Wirkungsweise des HPV sprechen würde. Diese potentiell möglichen Veränderungen sollten noch in weiteren Studien untersucht werden.

Es muss zudem angemerkt werden, dass die untersuchten Kinder für das relativ komplexe Konstrukt der *Motivation* 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 diesbezüglich kaum Forschung im Bereich der Motivation 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.

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 jedes 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).

11 Literaturverzeichnis

- Aman, M. G., Tassé, M. J., Rojahn, J., & Hammer, D. (2007). Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern. In K. Sarimski, & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung* (S.112-116). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth Edition (DSM-V)*. Washington, DC: APA.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Brühwiler Senn, R. (2003). Personenzentrierter Ansatz und körperorientierte Intervention in der Reittherapie. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S. 57-84). München: Ernst Reinhardt.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2008). *UN-Behindertenrechtskonvention*. Zugriff am 03.02.2014, von http://www.sozialministerium.at/site2/Soziales/Menschen_mit_Behinderungen/U_N_Konvention_ueber_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen/
- Burgdorf, I. (1993). 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.
- Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e. V. (o. J.). Zugriff am 20.04.2013, von <https://www.dkthr.de/de/>
- Dosen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Egenolf, I. (1999). Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. In J. Birkholz, I. Egenolf, E. Dinges, & Worm, H.-L. (Hrsg.), (1999). *Förderpädagogik Sport und Reiten – Bergedorfer Kompendium der Förderpädagogik 4* (S. 98-125). Horneburg: Persen.

- e.motion. (o.J.). *Wissenschaftliche Arbeiten*. Zugriff am 06.08.2013, von http://www.pferd-emotion.at/index.php?article_id=131
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows: advanced techniques for the beginner*. London: Sage.
- Fischer S., Gangsterer U.-D., & Poinstingel, K. (2006). *Forschungsgruppe „Equotherapie“: Erhebung nonverbaler Kommunikationsmuster zwischen Pferd und Mensch mittels Videoanalyse*. Zugriff am 30. 07.2014, von http://www.pferd-emotion.at/files/gangsterer_fischer_poinstingel_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 – Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (S. 30-43). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Handicapkids (2013). Zugriff am 27.10.2013, von <http://www.handicapkids.at/index.php?d=0&d2=6>
- 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* (5. Aufl.). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

- Jenzer, M. (1998). Das Pferd im Heilpädagogischen Reiten. In M. Gäng (Hrsg.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S.38-52). München: Ernst Reinhardt.
- Kaune, W. (1993). Heilpädagogisches Voltigieren mit geistig behinderten Schülern. In W. Kaune (Hrsg.), *Das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten mit geistig behinderten Menschen* (S. 40-79). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.
- 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.
- Klüwer, C. (2004). Einführung. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S.14-26). München: Ernst Reinhardt.
- 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.
- 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.
- Meyer, H. (2003). Geistige Behinderung - Terminologie und Begriffsverständnis. In D. Irblich, & S. Stahl, (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 4-30). Göttingen: Hogrefe.
- Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten (o. J.). Zugriff am 20.04.2013, 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. 19-24). München: Ernst Reinhardt.
- Rüegsegger, F. (2003). Ausbildung von Therapiepferden. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S. 22-33). München: Ernst Reinhardt.
- Sarimski, K. (2004). Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 319-332.
- Sarimski, K., & Steinhausen, H.-C. (2007). *Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K., & Steinhausen, H.-C. (2008). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schalock, R. (2013). *Definition of Intellectual Disability*. Zugriff am 31.05.2014, von <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.U-yTbWPiuZR>
- Schieder, R. (2002). *Auswirkungen des Heilpädagogischen Voltigierens auf Sonderschüler mit geistiger Behinderung in Niederösterreich. Eine Untersuchung an niederösterreichischen Sonderschulen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien, Österreich.
- Schleehauf, K. (o.J.). *Publikationen*. Zugriff am 10.05.2014, von <http://www.therapie-mit-pferden.de/publikationen.htm>
- Speck, O. (1999). *Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung: Ein heilpädagogisches Lehrbuch* (9. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Vorsteher, B. (2003). Psychologische Grundlagen beim therapeutischen Reiten. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (S.38-48) . 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.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2013). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). Revision.

Intelligenzstörung. Zugriff am 18.10.2013, von

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f70-f79.htm>

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (o. J.). *Definition des Begriffs „geistige*

Behinderung“. Zugriff am 20.04.2013, von <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*. Nicht veröffentlichte Dissertation, Philipps-Universität, Marburg.

12 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Schematische Darstellung der verschiedenen Bereiche im Therapeutischen Reiten nach Heipertz (1977, S.15).....	13
Abb. 2. Die Stellung des Heilpädagogischen Voltigierens/Reitens innerhalb des Therapeutischen Reitens nach C. Klüwer (Gäng 2004, S.24).....	17
Abb. 3. Körperbau des Pferdes: rechteckiges Format (links), quadratisches Format (rechts) (Heipertz-Hengst, 1977, S. 152).....	23
Abb. 4. Das Entwicklungsmodell Spüren-Fühlen-Denken (Reinelt 1996, S. 2).....	41
Abb. 5. Ganzheitliche Entwicklungsförderung nach Fröhlich (1991, S. 156).....	42
Abb. 6. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts ruhig/kooperativ.....	66
Abb. 7. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts sozial angepasst.....	67
Abb. 8. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts oppositionell/aggressives Verhalten.....	68
Abb. 9. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts soziale Unsicherheit.....	69
Abb. 10. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts <i>Hyperaktivität</i>	70
Abb. 11. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts <i>zwanghaftes Verhalten</i>	71
Abb. 12. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts <i>selbstverletzendes Verhalten</i>	73
Abb. 13. Mittelwerte der beiden Gruppen (VG, KG) zu beiden Messzeitpunkten (PRÄ, POST) bezüglich des Konstrukts <i>Lern- und Arbeitverhalten</i>	75

13 Tabellenverzeichnis

Tab. 1. Einteilung der intellektuellen Beeinträchtigung nach dem Kriterium der Intelligenz (WHO, o.J., o.S.).....	10
Tab. 2. Relativer Anteil (in %) von Kindern mit auffälligen CBCL-Skalenwerten bei	

leichter bzw. schwerer intellektueller Beeinträchtigung (Dekker et al., 2002; zitiert nach Sarimski & Steinhausen, 2008).....	48
Tab. 3. Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten.....	65
Tab. 4. Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen für die Versuchs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten.....	74

14 Abstract

14.1 Deutsch

Ziel: Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den *Auswirkungen von heilpädagogischem Voltigieren (HPV) bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB)* – im Besonderen auf den Bereich der Verhaltensauffälligkeit und der Motivation. In den letzten Jahren gab es einige qualitativ angelegte Studien zu diesem Thema, welche jedoch aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse nicht sehr aussagekräftig sind.

Methoden: Für die Erhebung wurden die Subskala für das Lern- und Arbeitsverhalten aus dem *Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte* und der *Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern* verwendet. Zusätzlich dazu wurden ein soziodemografischer Fragebogen und ein qualitativer Elternfragebogen erstellt, um die Erwartungen der Eltern bzgl. der neuen Therapie zu erheben. Es wurden eine Versuchsgruppe (VG) und eine Kontrollgruppe (KG) zu je 5 Personen, bestehend aus Kindern im Alter von 4 bis 8 Jahren, gebildet. Im Gegensatz zur VG nahm die KG nicht am HPV teil. Der Fragebogen wurde an die Eltern der Versuchspersonen vor Beginn der ersten HPV-Einheit und nach 10-wöchiger Teilnahme ausgegeben. Ausgewertet wurden die Daten mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung und einem Post-Hoc Test (Wilcoxon).

Ergebnisse: Die Analyse der Ergebnisse zeigte bei der VG im Bereich der *Verhaltensauffälligkeiten* eine signifikante Minderung des zwanghaften und selbstverletzenden Verhaltens, so wie eine Steigerung des ruhigen und kooperativen Verhaltens. Im Bereich der *Motivation* konnten keine statistischen Signifikanzen aufgezeigt werden. In der VG konnte bei keinem Konstrukt eine signifikante Veränderung zwischen den 2 Erhebungszeitpunkten festgestellt werden. Das lässt darauf schließen, dass HPV positives (Sozial-)Verhalten verstärken und negative Verhaltensmuster mindern kann. Forschung zu diesem Thema über einen längeren Zeitraum mit einer größeren Stichprobe wäre wünschenswert.

Schlagwörter in Deutsch: Heilpädagogisches Voltigieren / Personen mit intellektueller Beeinträchtigung / Verhaltensauffälligkeiten / Motivation

14.2 Englisch

Goal: The current thesis deals with the topic “*The effects of therapeutic vaulting on persons with intellectual disabilities*” with a special focus on *behavioural problems* and *motivation*. In the last few years there have been some qualitatively structured surveys, which, however, were not very convincing due to the diverse results.

Methods: The subscale for the learning behaviour and work attitude by the *Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte* and the *Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von beeinträchtigten Kindern* was used for the inquiry. In addition to that a sociodemographic questionnaire as well as a parents’ questionnaire were handed out. A test group and a control group, each consisting of 5 people – children at the age of 4 to 8 – were built. In contrast to the test group, the control group did not take part in the therapeutic vaulting. The questionnaire had been given to the test subjects’ parents previous to the first therapeutic vaulting session and also after a 10 – week participation in it. The data was analysed with the help of a two-factorial variance analyses with repeated measurements and a Post-Hoc Test (Wilcoxon).

Results: The analysis of the data in the area of behavioural problems of the test group showed a significant decrease in the obsessional and self-injuring behaviour as well as an increase in the calm and cooperative behaviour. In the area of motivation any statistical significance could not have been revealed. These results imply that HPV could strengthen positive (social) behaviour and lessen negative behavioural patterns. Research on that topic over a larger period of time and with a huger sample would be desirable.

Keywords: therapeutic vaulting / intellectual disabilities / behavioural problems / motivation

15 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?

16 Elternfragebogen

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

17 Verwendete psychologische Inventare

Aufgrund von Urheberrechtsgründen können die verwendeten Inventare hier nicht angeführt werden.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Elisabeth Taubinger (Matrikel Nummer 0700523) versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet und die den benutzen Quellen entnommenen Passagen als solche kenntlich gemacht habe.

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

Unterschrift

St. Margarethen am 27.08.14

Elisabeth Taubinger

Lebenslauf

Angaben zur Person

Elisabeth Taubinger
Geboren in Melk
Muttersprache: Deutsch

Ausbildung

Volksschule St. Margarethen von 1995-1998
Stiftsgymnasium Melk von 1998 – 2007 (Abschluss mit Matura)
Derzeit: Psychologie und Germanistik Studium an der Universität Wien mit voraussichtlichem Abschluss im Oktober 2014

Praktika

Praktikum im LKH Baden auf der Station für Psychosomatik von September – Oktober 2012
Kinderbetreuung bei einem Reitcamp während der Sommerferien von 2011 - 2013

Weitere Angaben zur Person

Computerkenntnisse (Gutes Beherrschen von Microsoft Office, Excel, SPSS)
Sprachkenntnisse: Englisch (fließend), Latein (Maturaniveau), Spanisch (Grundkenntnisse)