



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## **Bedarfsanalyse**

in Bezug auf das Dienstleistungsangebot für Eltern mit Kindern mit  
intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im südlichen  
Niederösterreich - unter spezieller Berücksichtigung der  
paramedizinischen Dienste

Verfasserin

**Nina Gürtlschmidt**

gemeinsam mit

Evamaria Heim

Katharina Puschitz

Mag. Natascha Schaberl-Kogler

Angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Diplomstudium Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber



## **Danksagung**

Ich möchte an dieser Stelle meinen Dank an ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber für seine Betreuung und umfangreiche Unterstützung während dieser Diplomarbeit, aussprechen.

Mein aufrichtiger Dank gilt auch Evamaria Heim, Katharina Puschitz und Natascha Schaberl-Kogler. Ich bin froh, dass ich die vorliegende Studie mit diesen hervorragenden Kolleginnen und besonderen Menschen durchführen durfte.

Des Weiteren danke ich all jenen Eltern und Experten, die an dieser Studie teilnahmen, für ihre Kooperation.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei meiner Familie, insbesondere bei meinen Eltern, für ihre Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit und bei meinem Freund für seine Geduld und sein Verständnis.



## **Anmerkungen**

Die dieser Arbeit zugrundeliegende Studie wurde von der Arbeitsgruppe Nina Gürtlschmidt, Evamaria Heim, Katharina Puschitz und Natascha Schaberl-Kogler gemeinsam geplant und durchgeführt.

In den individuellen Diplomarbeiten der Personen der Arbeitsgruppe sind teilweise Inhalte sowohl des theoretischen Hintergrundes, als auch des empirischen Teiles ident. Die Autorin des Kapitels wird jeweils angegeben. Darüber hinaus wurden einzelne Kapitel von der Arbeitsgruppe gemeinsam verfasst und sind entsprechend gekennzeichnet.

Aus Gründen der Vereinfachung und leichteren Lesbarkeit wurde darauf verzichtet, neben der männlichen auch die weibliche Form anzuführen, die gedanklich selbstverständlich immer einzubeziehen ist.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>I. THEORETISCHER HINTERGRUND</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Intellektuelle und/oder mehrfache Behinderung</b> .....	<b>5</b>
2.1. Definition von intellektueller Behinderung (IB) und Mehrfachbehinderung.....	5
2.1.1. Definition von IB .....	5
2.1.1.1 Begriffswandel: Geistige Behinderung zu intellektuelle Behinderung (IB).....	7
2.1.2. Definition von Mehrfachbehinderung .....	8
2.2. Klassifikation von intellektueller Behinderung .....	8
2.2.1. Neuerungen im ICD-11 und DSM-V – Intellectual Developmental Disorder.....	12
2.3. Ätiologie von intellektueller Behinderung.....	14
2.4. Prävalenz von intellektueller Behinderung.....	17
2.5. Zusammenfassung .....	18
<b>3. Behinderungsarten, damit verbundene Schwierigkeiten und häufige Komorbiditäten</b> .....	<b>19</b>
3.1. Down-Syndrom .....	19
3.1.1. Definition des Down-Syndroms .....	19
3.1.2. Klassifikation und Diagnosekriterien des Down-Syndroms .....	19
3.1.3. Ätiologie des Down-Syndroms.....	21
3.1.4. Prävalenz des Down-Syndroms .....	22
3.2. Autismus.....	22
3.2.1. Definition von Autismus .....	22
3.2.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Autismus.....	23
3.2.3. Ätiologie von Autismus .....	23
3.2.4. Prävalenz von Autismus.....	24
3.2.5. Neuerungen im ICD-11 und DSM-V – Autism Spectrum Disorder .....	24
3.3. Lernbehinderung.....	26
3.3.1. Begriffsabgrenzung .....	26

3.3.2. Ursachen für Lernschwierigkeiten .....	26
3.3.2.1. <i>Gedächtnisleistungen</i> .....	27
3.3.2.3. <i>Besonderheiten der Motivation</i> .....	28
3.3.2.4. <i>Wahrnehmung</i> .....	28
3.3.2.5. <i>Psychomotorik</i> .....	28
3.3.2.6. <i>Sprachverzögerungen und –probleme</i> .....	28
3.3.3. Auswirkungen auf das schulische Lernen .....	29
3.4. Epilepsie .....	29
3.4.1. Definition von Epilepsie .....	29
3.4.1.1. <i>Epilepsie und IB</i> .....	30
3.4.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Epilepsie .....	30
3.4.3. Ätiologie von Epilepsie .....	31
3.4.4. Prävalenz von Epilepsie .....	31
3.5. Entwicklungsverzögerung und Entwicklungsstörungen .....	31
3.5.1. Definition von Entwicklungsverzögerung und Entwicklungsstörungen .....	31
3.5.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Entwicklungsstörungen .....	32
3.5.3. Ätiologie von Entwicklungsstörungen .....	34
3.5.4. Prävalenz von Entwicklungsstörungen .....	34
3.6. Zerebralparese .....	35
3.6.1. Definition von Zerebralparese .....	35
3.6.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Zerebralparese .....	35
3.6.3. Ätiologie von Zerebralparese .....	37
3.6.4. Prävalenz von Zerebralparese .....	38
3.7. Zusammenfassung .....	38
<b>4. Rechtliche Rahmenbedingungen .....</b>	<b>39</b>
4.1. UN-Charta für Menschen mit Behinderungen .....	39
4.1.1. Bedeutung der UN-Konvention für die vier Themenbereiche .....	40
4.2. Bundes-Behindertengleichstellungsrecht (BGStG) .....	42
4.3. Spezielle gesetzliche Regelungen für Kinder und Jugendliche mit IB .....	43

4.3.1. Erhöhte Familienbeihilfe .....	43
4.3.2. Pflegegeld .....	43
4.3.3. Gesetzliche Regelungen zu medizinischen, paramedizinischen und psychologischen Leistungen in NÖ .....	44
4.3.4. Gesetzliche Regelungen zu familienentlastenden Diensten in NÖ .....	45
4.4. Vergleich der Leistungen zwischen Niederösterreich und Vorarlberg.....	45
4.5. Zusammenfassung .....	47
<b>5. Paramedizinische Dienste (Nina Gürtlschmidt) .....</b>	<b>48</b>
5.1. Ergotherapie .....	48
5.1.1. Definition der Ergotherapie.....	48
5.1.2. Grundlagen der Ergotherapie .....	49
5.1.3. Einsatzbereiche der Ergotherapie .....	51
5.1.4. Therapiemethoden der Ergotherapie.....	52
5.1.4.1. Das Konzept nach J. Ayres (1972).....	52
5.1.4.2. Das Konzept nach F. Affolter (1970).....	53
5.1.4.3. Das Konzept nach M. Frostig (1963).....	54
5.1.5. Wirksamkeit der Ergotherapie .....	54
5.2. Physiotherapie .....	56
5.2.1. Definition der Physiotherapie.....	56
5.2.2. Grundlagen der Physiotherapie .....	57
5.2.3. Einsatzbereiche der Physiotherapie .....	58
5.2.4. Therapiemethoden der Physiotherapie.....	59
5.2.4.1. Bobath-Konzept (1943).....	59
5.2.4.2. Vojta-Therapie (1950).....	60
5.2.5. Wirksamkeit der Physiotherapie .....	61
5.3. Logopädie .....	62
5.3.1. Definition der Logopädie.....	63
5.3.2. Grundlagen der Logopädie.....	64
5.3.3. Einsatzbereiche der Logopädie .....	65

5.3.4. Therapiemethoden der Logopädie .....	66
5.3.4.1. <i>Unterstützte Kommunikation</i> .....	68
5.3.5. Wirksamkeit der Logopädie.....	69
5.4. Therapeutisches Reiten.....	70
5.4.1. Arten des Therapeutischen Reitens .....	71
5.4.1.1. <i>Reitsport für Menschen mit Behinderung</i> .....	71
5.4.1.2. <i>Hippotherapie</i> .....	72
5.4.1.3. <i>Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren</i> .....	74
5.4.2. Wirksamkeit des Therapeutischen Reitens.....	77
5.5. Zusammenfassung .....	78
<b>6. Belastung von Familien mit Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung unter Berücksichtigung der “Impact-on-Family Scale” (Stein &amp; Riessman, 1980).....</b>	<b>80</b>
6.1. Familiäre Belastung.....	80
6.2. Zusammenfassung .....	82
<b>II. EMPIRISCHER TEIL .....</b>	<b>83</b>
<b>7. Darstellung des Ziels der Bedarfsanalyse/Untersuchung.....</b>	<b>85</b>
<b>8. Methodik.....</b>	<b>86</b>
8.1. Zielgruppenbeschreibung .....	86
8.1.1. Niederösterreich .....	86
8.1.1.1. <i>Bevölkerungsdichte nach regionaler Verteilung von Niederösterreich</i> .....	87
8.1.2. Vorarlberg .....	88
8.1.2.1. <i>Bevölkerungsdichte nach regionaler Verteilung von Vorarlberg</i> .....	89
8.1.2.2. <i>Gegenüberstellung zu den Prävalenzraten</i> .....	89
8.2. Angebotsanalyse .....	90
8.3. Qualitative Erhebung .....	91
8.3.1. Interviewleitfäden .....	91
8.3.1.1. <i>Interviewleitfaden für Experten</i> .....	91
8.3.1.2. <i>Interviewleitfaden für Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Eltern</i> .....	92
8.3.2. Stichprobe.....	93



9.2.1. Demografische Beschreibung der Stichprobe in NÖ .....	121
9.2.2. Analyse der qualitativen Daten (Nina Gürtlschmidt) .....	121
9.3. Quantitative Daten .....	122
9.3.1. Demografische Beschreibung der Stichprobe .....	123
9.3.1.1. <i>Stichprobe in Niederösterreich</i> .....	123
9.3.1.2. <i>Stichprobe in Vorarlberg</i> .....	133
9.3.2. Deskriptive Datenanalyse der paramedizinischen Dienste in Niederösterreich (Nina Gürtlschmidt) .....	134
9.3.3. Deskriptive Datenanalyse der paramedizinischen Dienste in Vorarlberg (Nina Gürtlschmidt) .....	143
9.3.4. Inferenzstatistische Hypothesenprüfung .....	145
9.3.4.1. <i>Zusammenhangshypothese zur familiären Belastung</i> .....	145
9.3.5. Image der Lebenshilfe NÖ .....	146
<b>10. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse .....</b>	<b>147</b>
10.1. Diskussion der demografischen Ergebnisse .....	147
10.2. Interpretation der Ergebnisse der paramedizinischen Dienste (Nina Gürtlschmidt)	148
10.3. Gemeinsame Diskussion .....	152
<b>11. Kritik .....</b>	<b>156</b>
<b>12. Maßnahmenkatalog .....</b>	<b>158</b>
<b>13. Abstract (Nina Gürtlschmidt) .....</b>	<b>161</b>
<b>14. Literatur .....</b>	<b>164</b>
<b>15. Tabellen und Abbildungen .....</b>	<b>182</b>
<b>16. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>184</b>
<b>17. Anhang .....</b>	<b>186</b>

# 1. Einleitung

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Diplomarbeitprojektes „Bedarfsanalyse in Bezug auf das Dienstleistungsangebot für Eltern mit Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im südlichen Niederösterreich“ verfasst. Das Projekt wurde von der Lebenshilfe NÖ in Auftrag gegeben und von ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber betreut. Die Planung und Durchführung erfolgte gemeinsam mit den Kolleginnen Evamaria Heim, Katharina Puschitz und Natascha Schaberl-Kogler an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien.

Im Fokus dieses Projektes stand die Frage, welchen Bedarf an Beratung, Frühförderung, unterstützenden Diensten und paramedizinischen Diensten Eltern mit Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im südlichen Niederösterreich haben. Zur Beantwortung dieser Frage wurde das bestehende Angebot in diesen Bereichen analysiert und in einer qualitativen und quantitativen Erhebung die Nutzung, die Zufriedenheit der Eltern mit dem vorliegenden Dienstleistungsangebot sowie deren Verbesserungswünsche erhoben. Da darüber hinaus von Interesse war, wie sich die entsprechende Situation in einem anderen Bundesland darstellt, wurde zum Vergleich des Dienstleistungsangebotes Vorarlberg ausgewählt und die Elternsicht in dieser Region im Rahmen einer quantitativen Befragung erhoben. Zusätzlich wird zum besseren Verständnis der Zielgruppe bzw. deren Kinder, zu Beginn der Arbeit ein Überblick über intellektuelle Behinderung und den vorliegenden gesetzlichen Rahmendbedingungen gegeben, so wie auch die familiäre Belastung gemäß der „Impact on Family Scale“ (Stein & Riessman, 1980) erörtert.

Während die anderen Mitglieder der Arbeitsgruppe in deren Arbeiten die Themen Beratung, Frühförderung und unterstützende Dienste näher beleuchten, beschäftigt sich diese Arbeit mit dem Themenkomplex paramedizinische Dienste.



# **I. THEORETISCHER HINTERGRUND**



## **2. Intellektuelle und/oder mehrfache Behinderung**

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitsgruppe gemeinsam verfasst.*

In diesem Kapitel wird der Begriff intellektuelle Behinderung (IB) und Mehrfachbehinderung näher erläutert, wobei der Wandel der Begriffsverwendung im Laufe der Zeit thematisiert wird. Darüber hinaus werden die Diagnosekriterien für IB nach ICD-10 und DSM-IV vorgestellt und auf die Ätiologie sowie Prävalenz eingegangen.

### **2.1. Definition von intellektueller Behinderung (IB) und Mehrfachbehinderung**

In der vorliegenden Arbeit wurde von den Autorinnen die Bezeichnung intellektuelle Behinderung (im Englischen Intellectual Disability) als Oberbegriff verwendet, um die Besonderheit der gewählten Zielgruppe zu beschreiben. IB war zum Startzeitpunkt dieser Arbeit, im Sommer 2011, die von der internationalen Fachwelt präferierte Bezeichnung für Menschen mit Defiziten in ihren intellektuellen Fähigkeiten und ihrem adaptivem Verhalten, deren Ursprung vor dem 18. Lebensjahr liegt. Zeichen für die Verwendung dieses Begriffes im wissenschaftlichen Bereich sind Titel wissenschaftlicher Journale (z.B. Journal of Intellectual & Developmental Disabilities) und die Namensgebung von Organisationen (z.B. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities).

#### **2.1.1. Definition von IB**

Die Autorinnen legten dieser Arbeit die Definition von IB nach der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) zugrunde:

*Intellectual disability is characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18. The following five assumptions are essential to the application of this definition:*

- 1. Limitations in present functioning must be considered within the context of community environments typical of the individuals age peers and culture.*

2. *Valid assessment considers cultural and linguistic diversity as well as differences in communication, sensory, motor, and behavioral factors.*
  3. *Within an individual, limitations often coexist with strengths.*
  4. *An important purpose of describing limitations is to develop a profile of needed supports.*
  5. *With appropriate personalized supports over a sustained period, the life functioning of the person with intellectual disability generally will improve.*
- (AAIDD, 2010, S. 1)

Diese Definition von IB basiert auf drei grundlegenden Kriterien:

- Einschränkung in den intellektuellen Fähigkeiten
- Einschränkung im adaptiven Verhalten (Anpassungsleistung)
- Beginn vor dem 18. Lebensjahr

Zu den intellektuellen Fähigkeiten zählen: schlussfolgerndes Denken, Planen, Problemlösen, abstraktes Denken, das Verstehen komplexer Ideen, schnelles Lernen und Lernen durch Erfahrung (AAIDD, 2010).

Die adaptiven Fähigkeiten werden von der AAIDD (2010) in drei Bereiche gegliedert: in konzeptuelle Fähigkeiten (z.B. Sprache, Lesen, Zahlenkonzepte), soziale Fähigkeiten (z.B. interpersonale Fähigkeiten, Selbstachtung, Leichtgläubigkeit) und praktische Fertigkeiten (z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens, Arbeitssicherheit, Nutzung von Geld).

Das dritte Kriterium, der Beginn vor dem 18. Lebensjahr, drückt aus, dass die Beeinträchtigungen schon vor dem Erwachsenenalter entstanden sein müssen, was nicht bedeutet, dass sie nicht erst später diagnostiziert werden können (AAIDD, 2010).

Die näheren Erläuterungen sind ein expliziter Teil der Definition und verdeutlichen einerseits den Kontext, in dem die Definition entstanden ist, und andererseits die Art, wie sie angewendet werden soll. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Fähigkeiten von Menschen mit IB immer im Vergleich mit ihrer typischen Umwelt (Heimat, Nachbarschaft, Schule, Arbeitsplatz) und unter Berücksichtigung ihrer kulturellen und ethischen Gegebenheiten stattfinden soll. Des Weiteren wird betont, dass die alleinige Beurteilung von Defiziten eines Menschen wenig Aussagekraft hat, und dass auch Menschen mit IB über Kapazitäten und Stärken verfügen. Die Bezeichnung eines Menschen als intellektuell behindert sollte immer mit einem Nutzen für die betreffende Person verbunden sein. Im Idealfall wird ein Anforderungsprofil erstellt, wodurch die betroffene Person die individuell notwendige

Unterstützung, die letztendlich zu einer Verbesserung ihrer Lebensfunktionen führt, erhält (AAIDD, 2010).

Intellektuelle und adaptive Fähigkeiten sind nur zwei von fünf von der AAIDD (2010) definierten Dimensionen der menschlichen Funktionsfähigkeit. Dazu zählen des Weiteren die Gesundheit, die Partizipation oder Teilhabe und die Kontextfaktoren eines Menschen, unter deren Berücksichtigung eine IB bewertet werden soll. Zusätzlich wird der (individuellen) Unterstützungsleistung, die eine Person erhält, eine besondere Bedeutung beigemessen. Diese wird als eine Art Bindeglied zwischen den individuellen Voraussetzungen und Lebensbedingungen und der Funktionsfähigkeit eines Menschen verstanden (AAIDD, 2010).

Abschließend ist zu bemerken, dass der Begriff IB weder eine medizinische noch eine klinisch-psychologische oder psychiatrische Diagnose darstellt. Er wird dennoch aus zwei Gründen als passend für die vorliegende Arbeit erachtet. Zum einen stehen die drei oben genannten Grunddiagnosekriterien im Einklang mit den beiden internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV, auf die unter Punkt 2.2. näher eingegangen wird. Zum anderen wird die Bedeutung von Unterstützungsleistungen für Menschen mit IB besonders hervorgehoben, welche im Zentrum dieser Arbeit stehen.

#### **2.1.1.1 Begriffswandel: Geistige Behinderung zu intellektuelle Behinderung (IB)**

Anstelle des Begriffes IB (Englisch: Intellectual Disability), welcher von den Autorinnen dieser Arbeit präferiert wird, wird häufig die Bezeichnung geistige Behinderung (Englisch: Mental Retardation) für ein und dieselbe Zielgruppe verwendet. Grundsätzlich ist anzumerken, dass intellektuelle Behinderung und geistige Behinderung synonym verwendet werden können (Shalock, Luckasson, & Shogren, 2007). Shalock et al. (2007) geben jedoch fünf Gründe an, warum IB nach aktuellem Kenntnisstand zu präferieren ist:

- a) IB reflektiert den Wandel im Begriff Behinderung,
- b) harmoniert besser mit der gegenwärtig üblichen Praxis, den Fokus auf das funktionale Verhalten und die Kontextfaktoren zu legen,
- c) bietet eine logische Grundlage für individuelle Unterstützungsangebote innerhalb sozial-ökologischen Rahmenbedingungen,
- d) ist weniger offensiv gegenüber Personen mit Behinderungen und
- e) ist konsistenter mit der internationalen Terminologie.

### **2.1.2. Definition von Mehrfachbehinderung**

Mit dem Begriff Mehrfachbehinderung werden „mehrere Behinderungen, die bei ein und demselben Menschen gleichzeitig und in engem Wechselspiel auftreten“, bezeichnet (Sovak, 1986, S. 18).

## **2.2. Klassifikation von intellektueller Behinderung**

Neben der eingangs beschriebenen Definition von IB (die wie erwähnt keine Diagnose darstellt) existieren Klassifikationssysteme für psychopathologische Phänomene.

Aufgabe dieser Systeme ist es, einheitliche Kriterien für die Diagnostik zur Verfügung zu stellen. Sie beinhalten eine Beschreibung der charakteristischen Symptome und Richtlinien für die Zuordnung von einem Individuum zu einer bestimmten Kategorie.

Für diese Arbeit sind drei Klassifikationssysteme relevant, in denen Kriterien für eine diagnostische Einordnung einer IB angeführt werden:

- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO),
- ergänzend dazu die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und
- das Diagnostische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) von der American Psychological Association (APA).

In Österreich kommt die ICD-10 als Klassifikationssystem zur Anwendung, da Kostenübernahmen für klinisch-psychologische Diagnostik nur nach Zuweisung auf Basis von ICD-10 Kriterien erfolgen können (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010). Das DSM-IV hingegen ist vor allem im angloamerikanischen Raum weit verbreitet und soll aus Gründen der Vollständigkeit ebenfalls beschreiben werden.

Im ICD-10 wird IB im Kapitel F70-F79 als Intelligenzminderung diagnostiziert, und wie folgt definiert:

*Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau*

*beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. ... Das Anpassungsniveau ist stets beeinträchtigt, eine solche Anpassungsstörung muss aber bei Personen mit leichter Intelligenzminderung in geschützter Umgebung mit Unterstützungsmöglichkeiten nicht auffallen. ... Für die endgültige Diagnose muss ein vermindertes Intelligenzniveau mit der Folge der erschwerten Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens bestehen (Dilling et al., 2008, S. 276 f).*

Im Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, dem DSM-IV, wird IB als geistige Behinderung bezeichnet. Es werden folgende Diagnosekriterien angegeben:

*Das Hauptmerkmal der Geistigen Behinderung ist eine deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit (Kriterium A). Diese ist begleitet von starken Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit (Kriterium B). Der Beginn der Störung muss vor dem Alter von 18 Jahren liegen (Kriterium C) (Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998a, S. 73).*

Die Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV verwenden zwar unterschiedliche Begriffe, decken sich aber mit der eingangs gegebenen Definition von intellektueller Behinderung in den Hauptdiagnosekriterien. In allen drei Beschreibungen finden sich sowohl die Einschränkung der intellektuellen Fähigkeiten, die eingeschränkte Anpassungsleistung und der Beginn in Kindheit und Jugend. In Analogie zur gewählten Definition von IB verweisen beide Diagnosesysteme auf die Bedeutung des kulturellen Hintergrundes und darauf, dass individuelle Stärken eines Menschen nicht vernachlässigt werden dürfen.

Der bedeutendste Unterschied zwischen den beiden Klassifikationssystemen ist der Stellenwert, der einer IB, verglichen mit anderen Störungsbildern, zukommt. Während im ICD-10 Intelligenzminderung eines von vielen Störungsbildern ist, wird sie im DSM-IV neben den Persönlichkeitsstörungen auf einer eigenen sogenannten Achse klassifiziert. Das DSM-IV verfügt über fünf Achsen, von denen jede einen anderen Bereich von Informationen enthält, die für Diagnose, Behandlung und Prognose von

Bedeutung sind. Auf Achse I werden klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme diagnostiziert, auf Achse II Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung, auf Achse III medizinische Krankheitsfaktoren, auf Achse IV psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme und auf Achse V erfolgt die globale Beurteilung des Funktionsniveaus (Saß et al., 1998a).

Eine geistige Behinderung auf einer separaten Achse zu diagnostizieren soll sicherstellen, dass das Vorliegen einer solchen nicht übersehen wird, auch wenn sich die Aufmerksamkeit gerade auf eine andere (akute) Störung richtet. Es bedeutet aber nicht, dass sich eine geistige Behinderung in der Pathogenese oder hinsichtlich geeigneter Therapiemethoden von anderen Störungsbildern unterscheidet (Saß et al., 1998a).

Nach Dilling et al. (2008) und Saß et al. (1998a) kann eine intellektuelle Behinderung sowohl im ICD-10, als auch im DSM-IV in die vier Schweregrade leicht, mittelgradig, schwer und schwerst eingeteilt werden. Die entsprechenden Kriterien sind in beiden Systemen sehr ähnlich. Grundsätzlich wird ab einem IQ-Wert von unter 70 von einer IB gesprochen, dieser Wert entspricht einer Abweichung von zwei Standardabweichungen vom Mittelwert einer Normpopulation. Im DSM-IV ist die Diagnose geistige Behinderung auch bei einem IQ zwischen 70-75 möglich, wenn die Betroffenen erhebliche Defizite in ihrem Anpassungsverhalten zeigen. Im ICD-10 wird darauf hingewiesen, dass diese Grenzen lediglich die willkürliche Einteilung eines Kontinuums sind und nicht mit absoluter Genauigkeit differenziert werden können. Die folgende Tabelle zeigt die IQ Bereiche und Beispiele von Einschränkungen im täglichen Leben, welche als Diagnosegrundlage dienen.

**Tabelle 2.1:**

*Schweregrade von IB in ICD-10 und DSM-IV*

Schweregrade	IQ Werte ICD-10	IQ Werte DSM-IV	Beispiele
Leicht	50 bis 69	50-55 bis ca. 70	ICD-10: „Sprachverständnis und Sprachgebrauch verzögert“ (S. 278) DSM-IV: „... können sich Schulkenntnisse bis etwa zur sechsten Klasse aneignen.“ (S. 75)
Mittelgradig	35 bis 49	35-40 bis 50-55	ICD-10: „Ausmaß der Sprachentwicklung ... reicht von der Fähigkeit, an einfachen Unterhaltungen teilzunehmen, bis hin zu einem Sprachgebrauch, der lediglich zur Mitteilung der Basisbedürfnisse ausreicht.“ (S. 279)

			DSM-IV: „Sie können lernen, sich in vertrauter Umgebung alleine zu bewegen.“ (S. 75)
Schwer	20 bis 34	20-25 bis 35-40	ICD-10: „ähneln ... dem unteren Leistungsbereich der mittelgradigen Intelligenzminderung.“ (S. 280) DSM-IV: „... können lernen, einige für das „Überleben“ wichtige Wörter zu erkennen.“ (S. 76)
Schwerst	unter 20	unter 20 oder 25	ICD-10: „... zumeist nur zu sehr rudimentären Formen der nonverbalen Kommunikation fähig.“ (S. 280) DSM-IV: „Bei der Mehrzahl ... bekannter neurologischer Krankheitsfaktor.“ (S. 76)

---

Dilling et al., 2008; Saß et al., 1998a

Zur Diagnose einer IB bzw. zur Bestimmung des Schweregrades bedarf es einer Intelligenzdiagnostik und einer Einschätzung des adaptiven Verhaltens.

Für die Intelligenzdiagnostik verweisen beide Diagnosesysteme auf die Bedeutung von standardisierten Intelligenztests unter besonderer Berücksichtigung der kulturellen Gegebenheiten und körperlichen Voraussetzungen wie beispielsweise vermindertes Hörvermögen (Dilling et al., 2008; Saß et al., 1998a). Laut Süß-Burghart (2005) besteht bei der Intelligenzdiagnostik von Menschen mit geistiger Behinderung aber zusätzlich das Problem, dass die meisten Verfahren für eine Durchschnittspopulation entworfen wurden und im unteren Fähigkeitsbereich oft ungenügend differenzieren.

Dies könnte möglicherweise zu einer Ungenauigkeit der erhobenen Werte führen, weshalb die Relevanz des Testergebnisses durch Alltagsbeobachtungen zu untermauern ist.

Zur Beurteilung der Anpassungsfähigkeit wird sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV die Bedeutung der Befragung von Eltern und Betreuungspersonen betont. Das DSM-IV verweist zudem auf einige Fragebögen (z.B. Vineland Adaptive Behavior Scales von Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984), wobei bei der Ergebnisinterpretation verschiedene Faktoren berücksichtigt werden sollen (Dilling et al., 2008; Saß et al., 1998a). Die AAIDD (2010) fordert für die Messung der adaptiven Fähigkeiten die gleichen Bedingungen wie für Intelligenzmessungen, nämlich die Abweichung um circa zwei Standardabweichungen von einem definierten Mittelwert und den Einsatz von standardisierten Testverfahren.

Ergänzend zu der ICD-10 stellt die WHO die ICF zur Verfügung, die ebenfalls für die gewählte Zielgruppe relevant ist. Während die ICD-10 eher klinisch orientiert ist (Krankheiten, Verletzungen usw.), stellt die ICF die Funktionalität in den Vordergrund (WHO, 2005). Die ICF beschreibt den Zustand eines Menschen (unabhängig davon, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht) in den folgenden vier Bereichen:

- Körperfunktionen (z.B. mentale Funktionen, Stimm- und Sprechfunktionen)
- Körperstrukturen (z.B. Strukturen des Nervensystems, Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind)
- Aktivität und Partizipation (z.B. Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität, häusliches Leben)
- Umweltfaktoren (z.B. Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze)

Die ICF überschneidet sich somit in einigen Bereichen mit der Achse IV (Psychosoziale und Umgebungsbedingte Faktoren) und Achse V (Globale Erfassung des Funktionsniveaus) des DSM IV. Die Gemeinsamkeit beider Systeme liegt darin, dass dadurch eine umfassendere Betrachtung einer Person möglich ist, die weit über eine einheitliche Diagnose hinausgeht. Während die ICF dies auf einer sehr allgemeinen Ebene ermöglicht, steht beim DSM-IV immer der Bezug zu einer aktuellen psychischen Störung im Vordergrund (WHO, 2005; Saß et al., 1998a).

### **2.2.1. Neuerungen im ICD-11 und DSM-V – Intellectual Developmental Disorder**

Sowohl ICD-10 als auch DSM-IV werden aktuell vollständig überarbeitet. Das neue DSM-V erscheint im Jahr 2013, die neue ICD-11 voraussichtlich 2015.

Beide Systeme verwenden zukünftig einen einheitlichen Begriff: Intellectual Developmental Disorder (IDD) ersetzt sowohl den Terminus Intelligenzminderung im ICD-10, als auch die Bezeichnung geistige Behinderung im DSM-IV. Von Seiten der APA (Herausgeber des DSM-IV) wird im Speziellen darauf hingewiesen, dass eine Abstimmung in der Namensgebung mit dem ICD-System angestrebt wurde, nicht aber mit der ICF (APA, 2012).

Im Folgenden werden die neuen Diagnosekriterien für IDD vorgestellt, die auf den Vorinformationen über die zukünftig geltenden ICD-11 und DSM-V, die den zu diesem Zweck eingerichteten Webseiten von WHO (2012) und APA (2012) entnommen wurden, basieren. Die beiden folgenden Definitionen stellen nicht die Endversion dar:

Definition von IDD nach DSM-V:

*Intellectual Developmental Disorder (IDD) is a disorder that includes both a current intellectual deficit and a deficit in adaptive functioning with onset during the developmental period. The following 3 criteria must be met:*

*A. Intellectual Developmental Disorder is characterized by deficits in general mental abilities such as reasoning, problem-solving, planning, abstract thinking, judgment, academic learning and learning from experience.*

*B. Impairment in adaptive functioning for the individual's age and sociocultural background. Adaptive functioning refers to how well a person meets the standards of personal independence and social responsibility in one or more aspects of daily life activities, such as communication, social participation, functioning at school or at work, or personal independence at home or in community settings. The limitations result in the need for ongoing support at school, work, or independent life.*

*C. All symptoms must have an onset during the developmental period.*

(APA, 2012)

Die Neugestaltung des ICD-11 befindet sich laut Angaben auf der Internetseite der WHO (2012) in der sogenannten Beta-Phase. Weltweit haben Forscher und Stakeholder aus dem Gesundheitsbereich die Möglichkeit, die vorgeschlagenen Strukturen und Definitionen zu bewerten und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Die vorläufigen Definitionen von IDD im neuen ICD-11 lauten:

*A condition of arrested or incomplete development of the mind, which is especially characterized by impairment of skills manifested during the developmental period, skills which contribute to the overall level of intelligence, i.e. cognitive, language, motor, and social abilities. Retardation can occur with or without any other mental or physical condition.*

*Degrees of mental retardation are conventionally estimated by standardized intelligence tests. These can be supplemented by scales assessing social adaptation in a given environment. These measures provide an approximate indication of the degree of mental retardation. The diagnosis will also depend on the overall assessment of intellectual functioning by a skilled diagnostician.*

*Intellectual abilities and social adaptation may change over time, and, however poor, may improve as a result of training and rehabilitation. Diagnosis should be based on the current levels of functioning.*

(WHO, 2012)

Im neuen DSM-V sind die bekannten Grunddiagnosekriterien (verminderte Intelligenz, verminderte Anpassungsleistung, Beginn in Kindheit und Jugend) zu finden, jedoch sind auch grundlegende Erneuerungen im Kontext, in dem IDD verstanden wird, vorgesehen. In Analogie zur Neudefinition von Demenz, wird IDD als neurologische Entwicklungsstörung des Gehirns beschrieben, deren Beginn aber typischerweise früher im Leben liegt als ein dementieller Abbauprozess (APA, 2012). Diese Grundannahme grenzt IDD vom eingangs definierten Begriff der Intellektuellen Behinderung ab, der vor allem als funktionelle Störung beschrieben wird. Eine weitere grundlegende Veränderung im DSM-V ist das Streichen der Diagnose auf der separaten Achse II und die Integration in die Achse I (APA, 2012), als eine von vielen psychischen Störungsbildern.

Unterschiede in den vorläufigen Definitionen von DSM-V und ICD-11 bestehen hinsichtlich der Bedeutung der IQ-Werte für die Diagnose. Im DSM-V wird explizit darauf verwiesen, dass IQ-Werte von nachrangiger Bedeutung und mehr als Richtwert zu verstehen sind. Zusätzlich wird dem Erstellen von kognitiven Profilen mehr Relevanz beigemessen, als einem einzelnen Gesamtscore wie dem IQ (APA, 2012). In der aktuell vorgeschlagenen Definition des ICD-11 werden intellektuelle Fähigkeiten als Hauptdiagnosekriterium beschrieben, wobei ergänzend adaptive Verhaltensweisen zu erheben sind (WHO, 2012).

Im DSM-V verringert sich die Anzahl der Stufen des Schweregrades voraussichtlich auf drei Stufen, deren Einteilung sich hauptsächlich nach adaptiven Fähigkeiten richtet. Die ICD-11 bleibt nach aktuellem Stand bei einer vierstufigen Differenzierung.

Sollten die beiden Definitionen so beibehalten werden, kommt es zwar zu einer Gleichbenennung der Konstrukte, die Diagnosekriterien unterscheiden sich jedoch stärker als in den Vorgängerversionen.

### **2.3. Ätiologie von intellektueller Behinderung**

Die Ursachen von IB sind vielfältiger Natur. Eine Kategorisierung kann einerseits anhand des Zeitpunktes des Auftretens des schädigenden Einflusses (prä-, peri-, und postnatal), andererseits anhand der Natur des schädigenden Einflusses erfolgen. Es können die nachfolgend genannten Fälle unterschieden werden (Rohan & Weber, 1996 und in Anlehnung an Luckasson et al., 1992, zitiert nach Weber, 1997):

- **Infektionen/Vergiftungen**  
Pränatal sind als Beispiele unter anderem mütterliche Röteln und Syphilis zu nennen, postnatal kann es u.a. durch Blei oder Quecksilber zu Vergiftungen kommen.
- **Physische Traumata**  
Zu physischen Traumata kann es sowohl pränatal (traumatische Verletzung des Fötus), als auch perinatal (z.B. aufgrund eines gestörten Geburtsvorgangs oder einer Plazentainsuffizienz) und postnatal (frühkindliches Schädeltrauma) kommen.
- **Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen**  
Pränatal kann IB infolge verschiedener Stoffwechselerkrankungen entstehen. Dazu zählen u.a. Störungen des Aminosäure Stoffwechsels (z.B. Phenylketonurie), des Kohlenhydrat Stoffwechsels (z.B. Galaktosämie) oder des Nukleinsäure Stoffwechsels (z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom).  
Perinatal sind beispielsweise die Neugeborenenengelbsucht (Hyperbilirubinämie), ein zu niedriger Blutzuckerspiegel (Hypoglykämie; kann auch postnatal auftreten), oder eine Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyroidismus) als mögliche Ursachen zu nennen.  
Postnatal kann es infolge von Dehydrierung oder einem Hirninfarkt (zerebrale Ischämie) zu einer IB kommen.
- **Erkrankungen des Zentralnervensystems**  
Als pränatale Ursachen werden Gehirntumore und Neurofibromatose erwähnt, postnatal zählen Demyelinisierungserkrankungen, degenerative Erkrankungen (z.B. Rett-Syndrom) und Anfallsleiden zu potentiellen Auslösern von IB.
- **Chromosomale Störungen**  
Bei den chromosomalen Störungen handelt es sich ihrer Natur nach um pränatale Faktoren. Als Beispiele werden u. a. autosomale (z.B. non-disjunction Down-Syndrom) und X-gebundene (z.B. fragiles X-Syndrom) genannt.
- **Unbekannte somatische Störungen**  
Dazu zählen u.a. Menigozele und Hydrozephalus.

Die American Association of Mental Retardation (2002, zitiert nach McDermott, Durkin, Schupf, & Stein, 2007, S. 8 f.) betont darüber hinaus, dass neben den erwähnten auch noch weitere Faktoren bei der Entstehung von IB eine Rolle spielen: „Etiology is a multifactorial construct composed of four categories of risk factors (biomedical, social, behavioral, and educational) that interact across time, including across the life of the individual and across generations from parent to child.“ „Social factors“ betreffen

beispielsweise die familiäre Interaktion (Förderung der kindlichen Entwicklung und Reaktion der Eltern auf ihre Kinder („responsiveness“)), als „behavioral factors“ sind etwa schädigendes mütterliches Verhalten wie z.B. Substanzmissbrauch zu nennen, zu den „educational factors“ zählen z.B. frühe intensive Verhaltensinterventionen im Falle von Autismus, die die geistige Entwicklung und die Aneignung von adaptiven Fähigkeiten positiv beeinflussen können (Percy, 2009, S. 128).

Neuhäuser und Steinhausen (2003) differenzieren hinsichtlich Auftrittshäufigkeit der verschiedenen Ursachen nach schwerer IB (IQ unter 50) und leichter IB (IQ zwischen 50 und 70), wobei im ersten Fall biologische Ursachen vorherrschen, während bei der leichten IB insbesondere soziokulturelle Faktoren Einfluss auf die Entstehung nehmen. So zeigten die Ergebnisse einer Studie von Stromme und Magnus (2000, zitiert nach Neuhäuser & Steinhausen, 2003), dass die Wahrscheinlichkeit der unteren Schichtzugehörigkeit bei der leichten IB im Vergleich zur schweren IB in einem 5- bis über 6-fach höherem Ausmaß gegeben ist. Auch Sarimski (2001) klassifiziert bei der Betrachtung der Ursachenverteilung diese beiden Ausprägungen, wobei er jedoch die zeitliche Komponente der Entstehung ergänzt. Bei schwerer IB liegen in über 50 % der Fälle pränatale Bedingungsfaktoren vor (Hagberg et al., 1981; Benassi et al., 1990; Stromme & Hagberg, 2000, zitiert nach Sarimski, 2001). Den größten Anteil machen dabei chromosomale und nicht-chromosomale Dysmorphiesyndrome aus, 8 % entfallen auf pränatale Infektionen und die peri- und postnatalen Faktoren belaufen sich auf jeweils 15 %. Die Verteilung der Ursachen bei leichter IB sieht hingegen so aus, dass nur 10 bis 15 % auf chromosomale Störungen zurückzuführen sind. Schwere pränatale Infektionen, sowie postnatale Einflussfaktoren kommen kaum vor, perinatale sind jedoch zahlreicher (Sarimski, 2001).

Bei der Ursachenfeststellung wurden in den letzten Jahrzehnten – insbesondere bedingt durch den medizinischen Fortschritt – deutliche Verbesserungen erreicht (Sarimski, 2001). So lag der Anteil der Fälle schwerer IB mit ungeklärter Ursache in einer Studie von Stromme und Hagberg (2000, zitiert nach Sarimski, 2001) nur noch bei 4 %, bei leichter IB konnte bei 32 % noch immer keine ursächliche Zuordnung vorgenommen werden.

## 2.4. Prävalenz von intellektueller Behinderung

Da die Kategorien der Ätiologie und Klassifikation nicht immer gleich definiert sind, ist eine genaue Angabe der Prävalenzrate bei Menschen mit einer IB schwer. Dies zeigt sich auch an den unterschiedlichen Werten verschiedener Studien (Tölle, Windgassen, Lempp, & du Bois, 2006).

Nach der Meta-Analyse von Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, und Saxena (2011), welche 52 unterschiedliche Studien zur Prävalenz von intellektueller Behinderung in verschiedenen Ländern vergleicht, kann international von einer durchschnittlichen Prävalenz von 1,037 % ausgegangen werden. Es zeigte sich, dass in einkommensschwachen Ländern die Häufigkeit von Menschen mit IB höher ist, als in einkommensstarken Ländern, in denen es beispielsweise eine bessere medizinische Versorgung gibt.

Diese Zahlen ähneln auch jenen von Weber (1997), der ausgehend von der Gesamtbevölkerung eine Prävalenz von 1-2 % annimmt. Die Häufigkeitsangabe lässt sich unterteilen in die vier unterschiedlichen Ausprägungen einer Intelligenzminderung. Demnach besitzen nach Hölscher und Schneider (2012) ungefähr „80-85 % eine leichte, 10-20 % eine mittlere, 3-7 % eine schwere und 1-2 % eine schwerste Intelligenzminderung“ (S. 434).

Auch die Statistik Austria führte in der Zeit von Ende 2007 bis Anfang 2008, beauftragt vom „Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz“, eine Umfrage durch, welche sich mit der „Lage von Menschen mit einer Behinderung in Österreich“ beschäftigte. Daraus ging das Ergebnis hervor, dass es in Österreich zum Erhebungszeitpunkt insgesamt etwa 85.000 Menschen mit IB gab, was einer Prävalenzrate von 1 % gleicht.

Dabei konnten mit einer Prävalenz von 1 % bei Frauen und 1,1 % bei Männern keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden.

Was bei diesen Daten jedoch nicht außer Acht gelassen werden darf, ist die Tatsache, dass nur Menschen in Privathaushalten an der Befragung teilnahmen, wodurch jene Menschen mit einer schweren Behinderung, die nicht Zuhause wohnten, in dieser Erhebung nicht berücksichtigt wurden. Bei Ansicht dieser Ergebnisse muss daher bedacht werden, dass es durch diesen Umstand zu einer Unterschätzung der Zahlen kommen kann (Leitner, 2008).

Wie aus den Daten ersichtlich, kann in der österreichischen Gesamtbevölkerung eine Prävalenz von rund 1 % angenommen werden, wobei Häßler (2011) darauf hinweist, dass sich diese Zahl je nach Altersgruppe unterscheidet und bei Kindern bis zum 15.

Lebensjahr höher ausfällt als bei erwachsenen Personen.

Dies zeigt auch ein Vergleich mit Studien aus Finnland, welche bei Kindern zwischen acht und neun Jahren auf eine Prävalenzrate von 1,38 % vorweisen (Kääriäinen et al., 1985; Kääriäinen, 1987, zitiert nach Westerinen, Kaski, Virta, Almqvist, & Livanainen, 2007). Im Alter von 1 Jahren belief sich diese Zahl auf 1,1 %, und auf 1,19 % bei 14-jährigen Kindern (Rantakallio & von Wendt, 1986; von Wendt & Rantakallio, 1987; Heikura et al., 2003, zitiert nach Westerinen et al., 2007).

Die Verteilung der Geschlechter betreffend konnte generell festgestellt werden, dass Buben bzw. Männer – besonders von einer leichteren Ausprägung der Intelligenzminderung – häufiger betroffen sind als Mädchen bzw. Frauen (Weber, 1997). Außerdem kommen Intelligenzminderungen gehäuft bei Menschen mit geringer Bildung und geringem Einkommen vor (Tölle et al., 2006).

Aufgrund dieser Ergebnisse wird in der vorliegenden Arbeit bei 0 bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung von einer Prävalenz von 1,1 % ausgegangen.

## **2.5. Zusammenfassung**

Die Themenwahl der vorliegenden Arbeit beinhaltet die Notwendigkeit den Begriff IB näher zu definieren. Die Autorinnen betrachten IB als funktionale Störung mit drei wesentlichen Merkmalen: einer Einschränkung in den intellektuellen Fähigkeiten, einer Einschränkung im adaptiven Verhalten und dem Beginn vor dem 18. Lebensjahr. Zu unterscheiden ist diese Definition von den Diagnosekriterien in den großen Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-IV). Diese beinhalten zwar keine wesentlichen Unterschiede in den Grundmerkmalen, jedoch in Kontext und Verständnis von IB. Besonders deutlich werden diese Differenzen in der Neudefinition von IB als Intellectual Developmental Disorder im DSM-V, welcher 2013 erscheint, und dem neuen ICD-11.

Die Ursachen für IB sind vielfältig. Dazu zählen: physische Traumata, Infektionen/Vergiftungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Zentralnervensystems und genetische Störungen. Die Ätiologie von einer großen Zahl von Behinderungen bleibt aber ungeklärt. Zur Abschätzung der Prävalenzrate von Kindern und Jugendlichen mit IB in NÖ wurde ein Vergleich zwischen verschiedenen Studien zu diesem Thema erarbeitet, mit dem Ergebnis, dass eine Prävalenzrate von 1,1 % adäquat erscheint.

### **3. Behinderungsarten, damit verbundene Schwierigkeiten und häufige Komorbiditäten**

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst.*

Nachdem in Kapitel 2 intellektuelle bzw. mehrfache Behinderung im Allgemeinen beschrieben wurde, soll nun auf einzelne, spezielle Arten eingegangen werden. Es wird darauf hingewiesen, dass hier nur jene Behinderungsarten bzw. damit verbundene Schwierigkeiten und Komorbiditäten beschrieben werden, welche später auch in der Bedarfsanalyse eine Rolle spielen.

#### **3.1. Down-Syndrom**

##### **3.1.1. Definition des Down-Syndroms**

Beim Down-Syndrom handelt es sich um eine genetische Störung (Pinel, 2007). Erstmals beschrieben wurde das Down-Syndrom von dem englischen Arzt Landon Down im Jahre 1866. Er ging damals noch von einem Degenerationsprozess aus und bezeichnete diese Form von intellektueller Behinderung, aufgrund der Ähnlichkeit mit dem Erscheinungsbild der Mongolen, als Mongolismus. Nach intensiver Forschung hat sich diese Rassentheorie allerdings als falsch herausgestellt, weshalb man heute nicht mehr den Begriff Mongolismus, sondern meist die Bezeichnung Down-Syndrom verwendet (Weber & Rett, 1991).

Da 1959 von Lejeune, Gautier, und Turpin erkannt wurde, dass bei Menschen mit Down-Syndrom von den 23 Chromosomenpaaren, also den insgesamt 46 Chromosomen in jeder Körperzelle, das Chromosom 21 dreimal vorhanden ist und betroffenen Personen somit 47 Chromosomen besitzen, wurde neben der Bezeichnung „Down-Syndrom“ auch noch der Begriff „Trisomie 21“ eingeführt (Carr, 1978).

##### **3.1.2. Klassifikation und Diagnosekriterien des Down-Syndroms**

Nach der ICD-10 kann das Down-Syndrom folgendermaßen klassifiziert werden (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2008):

- Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-Disjunction
- Q90.1 Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-Disjunction)

- Q90.2 Chromosomentranslokation
- Q90.9 Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet

Betroffene Menschen zeigen ein typisches äußeres Erscheinungsbild (Tamm, 1994). Im Folgenden werden nur die wesentlichsten Merkmale, welche auf diese Form der Behinderung hindeuten, erwähnt:

- Körpergröße: Menschen mit Down-Syndrom erreichen in Relation zu Menschen ohne Behinderung eine geringere Körpergröße (Dimitriev, 1992).
- Muskelhypotonie: Der Mangel an Muskelstärke führt zu einer verzögerten körperlichen Entwicklung, welche jedoch durch gezielte Frühförderung und Physiotherapie verbessert werden kann (Dimitriev, 1992).
- Gesichtszüge: Zu den besonderen Kennzeichen, die alle Betroffenen gemeinsam haben, zählen folgende charakteristische Gesichtszüge: eine schräge Lidachse, weit auseinander liegende Augen mit „einer Lidfalte am inneren Augenwinkel“, eine kleine Nase, ein kurzer Nacken, relativ kurze Hände und häufig ist ein offener „Mund mit vorstehender Zunge“ erkennbar (Straßburg, Dacheneder, & Kreß, 2008, S. 118).

Ein weiteres relevantes Merkmal bei Menschen mit Down-Syndrom ist die Ausprägung der intellektuellen Fähigkeiten bzw. die Intelligenzentwicklung. Diese ist nach Häßler (2011) in den meisten Fällen verzögert, wobei der IQ bei betroffenen Personen meist zwischen 30 und 70 liegt. Dittmann (2004) weist darauf hin, dass nur wenige der Menschen mit Down-Syndrom von einer sehr schweren Intelligenzminderung betroffen sind, während der Großteil dieser eine IB mit mittlerer bis leichter Ausprägung zeigt, und einen IQ von durchschnittlich 50 aufweist (Wilken, 2008).

Kinder mit Down-Syndrom durchleben dieselben Entwicklungsstufen wie Kinder ohne Behinderung, jedoch in verlangsamtem Tempo (Dimitriev, 1992). Bereits im Laufe des ersten Lebensjahres kann bei Kindern mit Down-Syndrom eine Entwicklungsverzögerung festgestellt werden, welche zu diesem Zeitpunkt allerdings noch unauffällig ist (Wendeler, 1996). Obwohl diese Kinder langsamer lernen als Kinder ohne Behinderung, konnte bewiesen werden, dass sie auch nach dem Jugendalter noch weiter lernen und somit eine stetige Entwicklung gegeben ist (Stockhausen, 2002). Die ständig ansteigende Entwicklungsverzögerung kann dadurch jedoch nicht aufgehalten werden (Wendeler, 1996).

### 3.1.3. Ätiologie des Down-Syndroms

Basierend auf der unterschiedlichen Entstehung des Down-Syndroms werden folgende drei Arten unterschieden:

#### a) *Freie Trisomie*

Hierbei handelt es sich um die bereits beschriebene Form von Down-Syndrom, bei der es im Laufe der Zellteilung zu einer Verdreifachung des Chromosoms 21 kommt. Sie ist die häufigste Form und ist die Ursache in etwa 95 % aller Fälle. Es kann hierfür auch die Bezeichnung „Non-Disjunction-Trisomie“ verwendet werden (Weber & Rett, 1991).

#### b) *Translokations-Trisomie*

Bei ca. 3 bis 4 % der Menschen mit Down-Syndrom handelt es sich um die Translokations-Trisomie, bei der es, zusätzlich zu der Verdreifachung des Chromosom 21, zu einer Verlagerung eines 21. Chromosoms auf ein anderes Chromosom kommt (Weber & Rett, 1991).

#### c) *Mosaik-Trisomie*

Die übrigen 1 bis 2 % der Fälle sind von einer Mosaik-Trisomie betroffen, welche erst durch einen Fehler nach der ersten Zellteilung auftritt. Hier ist es der Fall, dass ein Teil aller Zellen eine normale Anzahl an Chromosomenpaaren aufweist, die übrigen Zellen jedoch wieder die verdreifachten Chromosomen besitzen (Loesch & Smith, 1976, zitiert nach Weber & Rett, 1991). Da hier nicht alle Zellen vervielfachte Chromosomen aufzeigen, treten bei dieser Form die Merkmale des Down-Syndroms in abgeschwächter Form auf (Schulz, 1987, zitiert nach Weber & Rett, 1991).

Nachdem die Hauptursachen für die Entstehung von Down-Syndrom herausgefunden werden konnten, hat man sich lange Zeit die Frage gestellt, ob es noch andere Faktoren gibt, welche als ursächlich für das Down-Syndrom angesehen werden können. Hierzu wurden einige Untersuchungen durchgeführt, wobei man bis heute nur sicher belegen konnte, dass das Alter der Mutter einen wesentlichen Einfluss hat. Demnach wächst die Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Down-Syndrom zu gebären mit dem Alter der Mutter (Wagenbichler, 1981). Genauer gesagt ist die Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen bei Müttern über dem 45. Lebensjahr 20 Mal höher, als bei jenen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr (Selbmann, 1992).

Inwieweit auch das Alter des Vaters zum Zeugungszeitpunkt einen Einfluss hat, konnte bis jetzt nicht eindeutig geklärt werden (Wilken, 2008). Untersuchungen von Stene und Stene (1978) und Matsunaga und Kollegen (1978) deuten darauf hin, dass bei Männern

unter dem 55. Lebensjahr kein erhöhtes Risiko besteht ein Kind mit Down-Syndrom zu zeugen. Über dieser Altersgrenze kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das Risiko zweimal höher ist (Weber & Rett, 1991).

#### **3.1.4. Prävalenz des Down-Syndroms**

Das Down-Syndrom ist die am häufigsten vorkommende Chromosomenaberration und häufigste Ursache von IB, denn es kann davon ausgegangen werden, dass, basierend auf der Gesamtbevölkerung, jedes 700. neugeborene Kind ein Kind mit Down-Syndrom ist (Selikowitz, 1992). Wenn man die Zahl aller von einer intellektuellen Behinderung betroffenen Personen heranzieht, hat das Down-Syndrom eine Auftrittswahrscheinlichkeit von 15-25 % (Weber & Rett, 1991).

### **3.2. Autismus**

#### **3.2.1. Definition von Autismus**

Die Entdeckung und Beschreibung des Störungsbildes Autismus wurde maßgeblich durch zwei Personen geprägt – Dr. Asperger und Dr. Kanner. Während der österreichische Arzt Hans Asperger 1944 den Begriff des „Autistischen Psychopathen“ beschrieb und einführte, charakterisierte der österreichische Kinderpsychiater Leo Kanner 1943 ein relativ differenziertes Störungsbild, das heute als „frühkindlicher Autismus“ bezeichnet wird. Der Unterschied der beiden Syndrome ist in der Intelligenz der Klienten zu finden. Während die von Asperger beobachteten Personen intelligenter, bisweilen sogar hochbegabt waren bzw. Inselbegabungen aufwiesen (Savant-Syndrom), hatten die von Kanner beschriebenen Fälle zumeist eine geminderte Intelligenz (Rollett, 2002; Payk, 2007).

Autismus gilt als eine der schwerwiegendsten Entwicklungsstörungen. Die unterschiedlichen Formen des Autismus werden unter dem Begriff der Autismus-Spektrum-Störungen zusammengefasst und machen laut Dilling, Mombour, Schmidt und Schulte-Markwort (2006) den Hauptanteil der Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84) aus. Kennzeichnend für Autismus sind gestörte Funktionsfähigkeiten in den Bereichen der Interaktion und der Kommunikation, als auch ein eingeschränktes, repetitives Verhalten (Billsted, Gillberg, & Gillberg, 2007, zitiert nach Totsika, Felce, Kerr, & Hastings, 2010).

Laut Dominick, Davis, Lainhart, Tager-Flusberg, und Folstein (2007) zeigen Kinder mit Autismus zumeist auch vielfältige Formen nicht-normativer Verhaltensweisen. Beispiele hierfür sind ungewöhnliches Essverhalten, abnorme Schlafmuster, Wutanfälle, Autoaggression und aggressives Verhalten gegenüber anderen.

### **3.2.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Autismus**

Folgende Formen von Autismus werden laut ICD-10 (Dilling et al., 2006) klassifiziert:

- F84.0 Frühkindlicher Autismus
- F84.1 Atypischer Autismus
  - .10 mit atypischem Erkrankungsalter
  - .11 mit atypischer Symptomatologie
  - .12 mit atypischem Erkrankungsalter und atypischer Symptomatologie ...
- F84.5 Asperger-Syndrom
- F84.9 Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung

Im Allgemeinen werden innerhalb der Autismus-Spektrum-Störung die einzelnen Symptome in drei Hauptdiagnosekriterien eingeteilt. Nach Dilling et al. (2006) können diese folgendermaßen definiert werden:

- Beeinträchtigung der Kommunikation
- Beeinträchtigung der Interaktion
- repetitives und/oder stereotypes Verhalten

Um jedoch frühkindlichen Autismus diagnostizieren zu können, müssen die Auffälligkeiten vor dem dritten Lebensjahr zum Vorschein kommen. Außerdem sollte es keine Möglichkeit geben, das Symptombild anderen Entwicklungsstörungen, wie zum Beispiel dem Rett-Syndrom, zuzuordnen (Dilling et al., 2006).

### **3.2.3. Ätiologie von Autismus**

Die Ursache von Autismus konnte bis heute, trotz intensiver Forschung und der Überprüfungen mehrerer Theorien, nicht eindeutig geklärt werden.

Eine der mittlerweile als veraltet geltenden Theorien aus der zweiten Hälfte des letzten Jhdt. stammt von Bettelheim (1967, zitiert nach Rollett, 2002). Sie besagt, dass der

Ursprung von Autismus in einer negativen Mutter-Kind-Beziehung liege. Der Autismus entwickle sich als Reaktion auf extrem hoffnungslos empfundene Situationen. Psychoanalytische Theorien wie diese sind inzwischen in den Hintergrund getreten und wurden von biopsychosozialen Modellen ersetzt (Matzies, 2004).

Von höchster Relevanz ist jedoch die Annahme, dass Autismus nicht monokausal bedingt ist. Von dieser kann aufgrund mehrerer Hinweise ausgegangen werden. Zum Beispiel zeigten genetische Untersuchungen, dass bei eineiigen Zwillingen über 90 % beider Geschwister autistische Symptome erkennen lassen, jedoch nur 23-33 % der zweieiigen, was auf einen genetischen Faktor hinweist (Spiel & Gasser, 2001, zitiert nach Pinel, 2007).

Wenn Autismus jedoch „nur“ aufgrund genetischer Bedingungen auftreten würde, müssten 100 % der eineiigen Zwillinge autistische Züge aufweisen. Das lässt den Schluss zu, dass Autismus durch mehrere Gene ausgelöst wird, die in Interaktion mit der Umwelt stehen (Soghbi, 2003, zitiert nach Pinel, 2007). Außerdem zeigen Personen mit Autismus zumeist ein sehr heterogenes Muster an Defiziten und Fähigkeiten – was ein weiteres Indiz für die Multikausalität von Autismus ist (Eigsti & Shapirao, 2004, zitiert nach Pinel, 2007).

Ein erhöhtes Risiko ein Kind mit Autismus zu gebären, zeigte sich nach der Einnahme von Thalidomid. Dieses Medikament diente in den sechziger Jahren zur Vermeidung von morgendlicher Übelkeit bei schwangeren Frauen (Pinel, 2007).

#### **3.2.4. Prävalenz von Autismus**

Autismus tritt nach Fombonne (2003, zitiert nach Langstrom, Grann, Ruchkin, Sjostedt, & Fazel, 2009) bei 10 von 10.000 Personen auf. Schwere autistische Störungen zeigen sich jedoch nach Schätzungen nur bei zwei bis vier Fällen unter 10.000 (Rollett, 2002).

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1992) sind männliche Personen drei bis vier Mal häufiger von frühkindlichem Autismus betroffen als weibliche.

#### **3.2.5. Neuerungen im ICD-11 und DSM-V – Autism Spectrum Disorder**

Nicht nur die Klassifikation von Intellektueller Behinderung, wie in Punkt 2.2.1. erörtert, wird in den letzten Jahren im Rahmen der Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme von der APA (DSM-V) und der WHO (ICD-11) diskutiert, sondern auch die Diagnosekriterien der Autismus-Spektrum-Störung sollen verbessert werden. Die geplanten Veränderungen bezüglich der Klassifikation der Autismus-Spektrum-Störung

sollen im Folgenden anhand des DSM-V veranschaulicht werden, da dessen Weiterentwicklung schon weiter vorangeschritten ist.

Das DSM-IV klassifiziert die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen folgendermaßen (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 1998b):

- 299.00 Autistische Störung
- 299.80 Rett-Störung
- 299.10 Desintegrative Störung im Kindesalter
- 299.80 Asperger-Störung
- 299.80 NNB Tiefgreifende Entwicklungsstörung

Unter NNB Tiefgreifende Entwicklungsstörung versteht man laut Saß et al. (1998b, S. 61) die „Nicht Näher Bezeichnete Tiefreifende Entwicklungsstörung (einschließlich Atypischer Autismus)“.

Laut Herold und Connors (2012) sollen die Veränderungen unter anderem dahingehend stattfinden, dass eine neue Kategorie namens Autismus-Spektrum-Störung erstellt wird. Durch diese sollen die Autistische Störung, die Desintegrative Störung im Kindesalter, die Asperger-Störung und die Nicht-Näher-Bezeichnete-Tiefgreifende Entwicklungsstörung nicht mehr als einzelne Diagnosen, sondern als unterschiedliche Schweregrade ein und derselben Störung gehandhabt werden. Diese Entwicklung beruht auf dem momentanen Forschungsstand, dem entsprechend die Symptome der oben genannten Störungen eher ein Kontinuum von leicht zu schwer darstellen und kein einfaches Ja oder Nein zu einer spezifischen Diagnose gegeben werden kann.

Äquivalent zum ICD-10 erfasst das DSM-IV ebenfalls drei Ebenen von Symptomen: soziale Interaktion, Kommunikation und begrenztes, stereotypes und repetitives Verhalten. Im DSM-V sollen die Bereiche der Interaktion und Kommunikation zu einem Symptomfeld zusammengefasst werden (APA, 2012).

Die drei Schweregrade der Autismus-Spektrum-Störung werden in folgender Tabelle (3.1), angelehnt an eine Beschreibung der APA (2012), dargestellt:

**Tabelle 3.1:**

*Schweregrade der Autismus-Spektrum-Störung*

Schweregrad der Autismus-Spektrum Störung	Soziale Kommunikation	Limitiertes Interesse und repetitives Verhalten
---	-----------------------	---

Schweregrad 3 - Bedarf an Unterstützung in einem sehr großen Ausmaß	Umfangreiche Defizite der verbalen und nonverbalen Kommunikation, die zu schweren Beeinträchtigungen führen	Hauptbeschäftigung mit fixierten Ritualen und repetitiven Verhalten, die jegliche Bereiche des Lebens störend beeinflussen
Schweregrad 2 - Bedarf an substanzieller Unterstützung	Deutliche Defizite der verbalen und nonverbalen Kommunikation, deren Beeinträchtigungen trotz Unterstützung deutlich werden	Ritualisiertes und/oder repetitives Verhalten, das sich dem gewöhnlichen Beobachter erschließt und in vielen Lebensbereichen einen negativen Einfluss hat
Schweregrad 1 - Bedarf an Unterstützung	Mangelnde Unterstützung verursacht sichtbare Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation	Ritualisiertes und/oder repetitives Verhalten, das ein oder mehrere Lebensbereiche beeinflusst

---

### 3.3. Lernbehinderung

#### 3.3.1. Begriffsabgrenzung

Der im Fragebogen für die quantitative Erhebung verwendete Begriff Lernbehinderung bezieht sich auf die mit der IB in Zusammenhang stehenden Lernschwierigkeiten.

In diesem Sinne ist der hier gebrauchte Ausdruck von dem in Deutschland genutzten Begriff „Lernbehinderung“, der, wie Kanter (2007) ausführt, in den 1960iger Jahren in der Bundesrepublik im Zuge der Umstrukturierung der Sonderschulen eingeführt wurde, abzugrenzen. Kanter (2007) weist darauf hin, dass es nach der Begriffseinführung zu vielseitigen näheren Definitionsversuchen, in die unterschiedliche theoretische Vorstellungen eingeflossen sind, gekommen ist, wobei die Diskussion bis heute nicht abgeschlossen werden konnte und es nach wie vor keine allgemeingültige Definition gibt. Als ein Definitionsversuch sei jener von Kanter (1997, zitiert nach Wolfer, 2011) angeführt, der Lernbehinderung als „eine schwerwiegende, umfängliche und langdauernde Lernbeeinträchtigung“ definiert (S. 36).

#### 3.3.2. Ursachen für Lernschwierigkeiten

Schmutzler (2006) verweist darauf, dass die von Piaget entwickelte Theorie der geistigen Entwicklung (1937) auch für Menschen mit intellektueller Behinderung gilt,

wobei Bach (1981, zitiert nach Schmutzler, 2006) einige Faktoren anführt, die zu einer Beeinträchtigung dieser Entwicklung führen:

- Die operationale Beweglichkeit im Denken ist starr
- Schlechte Gedächtnisleistung, wobei dies v. a. für das Kurzzeitgedächtnis zutrifft
- Schwierigkeiten, bei Problemlösungen Aufgaben zu gliedern
- Reduzierte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit
- Probleme bei der Abstraktion und Unterscheidung
- Das Lerntempo ist verlangsamt
- Das Durchhaltevermögen ist reduziert

Sarimski (2003) geht u. a. näher auf die Gedächtnisleistungen bei Menschen mit IB ein und betrachtet darüber hinaus die exekutiven Funktionen und Besonderheiten bei der Motivation. Zusätzlich zu diesen Bereichen führt Schmutzler (2006) eine allgemeine Entwicklungsverzögerung (verlangsamte bzw. gestörte Reflexe, gering ausgeprägte Lernbereitschaft durch mangelnden Bewegungsdrang, geringem Explorationsverlangen und reduzierter Nachahmungsleistung), Wahrnehmungsprobleme, motorische Probleme und Sprachverzögerungen und –probleme als weitere Schwierigkeiten an.

### **3.3.2.1. Gedächtnisleistungen**

Laut Sarimski (2003) zeigen sich Schwierigkeiten vor allem bei Aufgaben, für deren Erfüllung aktive mentale Verarbeitungsprozesse erforderlich sind. Er führt dahingehend an, dass Menschen mit IB in geringerem Ausmaß Lern- und Speicherstrategien anwenden und bei der Anwendung solcher kein Transfer auf neue Aufgaben stattfindet (Sarimski, 2003). Darüber hinaus wird mehr Kapazität des Arbeitsgedächtnisses in Anspruch genommen, wenn Kinder mit geistiger Behinderung Speicherstrategien einsetzen, was sich negativ auf den verfügbaren Raum für die Informationsspeicherung auswirkt (Sarimski, 2003).

### **3.3.2.2. Exekutive Funktionen**

Schwierigkeiten bei Problemlösungen treten auf, da es Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung schwer fällt, Informationen zu bearbeiten und gleichzeitig nötige Bearbeitungsschritte zu planen und zu kontrollieren (Sarimski, 2003). Dies kann laut Sarimski (2003, S. 177) auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden:

„Entwicklungsverzögerungen bei der Ausbildung von kognitiven Strategien und ihrer Überwachung während des Arbeitsprozesses und Defizite in grundlegenden Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung...“.

#### **3.3.2.3. Besonderheiten der Motivation**

Sarimski (2003) führt an, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB jene, für Schüler mit Lernbeeinträchtigungen generell geltende, Motivationsprobleme auftreten: geringere Zuversicht hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten, subjektiv empfundene Hilflosigkeit und die Anwendung von Vermeidungsstrategien bei herausfordernden Aufgaben.

#### **3.3.2.4. Wahrnehmung**

Probleme zeigen sich sowohl bei der visuellen, als auch der auditiven Wahrnehmung (Schmutzler, 2006). Bei ersterer treten laut Schmutzler (2006, S. 292) „Schwächen in der Farbwahrnehmung (22-30 %), im Formerkennen, in der Figur-Hintergrund-Unterscheidung, im Tiefensehen, in der Größenkonstanz, in der Bewegungswahrnehmung und in der visuell-motorischen Koordination“ auf. Darüber hinaus zeigen sich besonders häufig Sehschäden (Sondersorge, 1967, zitiert nach Schmutzler, 2006). Bei den auditiven Wahrnehmungsproblemen handelt es sich laut Spreen (1978, zitiert nach Schmutzler, 2006) um Schwerhörigkeit und Schwierigkeiten in der auditiven Gestaltgliederung, wobei er als Beispiel das Lauterlegen von Wörtern anführt.

#### **3.3.2.5. Psychomotorik**

Die Art und das Ausmaß der Schädigung des Zentralnervensystems bedingt die Art und den Umfang der motorischen Störungen (Geisler & Förster, 1960, zitiert nach Speck, 2005). Dabei können Hypomotorik oder Hypermotorik auftreten. Die motorischen Fähigkeiten beeinflussen u. a. das Schreiben und die Sprechfähigkeit von Kindern mit intellektueller Behinderung (Speck, 2005).

#### **3.3.2.6. Sprachverzögerungen und –probleme**

Laut Schmutzler (2006) treten bei Menschen mit IB eine Vielzahl unterschiedlicher Beeinträchtigungen der Sprache auf. Vor allem seien nach Atzesberger (1979, zitiert nach Schmutzler, 2006) die ausgeprägte Sprachaufbauverzögerung und das begrenzte

sprachlich-expressive Verhalten zu erwähnen. Diese Beeinträchtigungen können nach Schmutzler (2006, S. 293 f.) auf „Hörbeeinträchtigungen, Missbildungen des Nasen-Rachenraumes und der peripheren Sprechwerkzeuge (z.B. übergroße Zunge, gestörte Gesichtsmuskulatur), Spasmen und Schäden des cerebralen Sprachzentrums“ zurückgeführt werden.

### **3.3.3. Auswirkungen auf das schulische Lernen**

Sarimski (2003) führt an, dass die bei Kindern mit IB auftretende verlangsamte Informationsverarbeitung und Schwierigkeiten bei der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und exekutiven Funktionen direkte Wirkung auf deren schulisches Lernen, wie z. B. dem Erwerb von Lese- und Schreibfähigkeiten, zeigen. Diese Aufzählung lässt sich um die in diesem Kapitel darüber hinaus angeführten Problembereiche erweitern. In Bezug auf das Aneignen von Rechenfertigkeiten konstatiert er, dass „eine verlangsamte Informationsgeschwindigkeit, ein limitiertes Arbeitsgedächtnis, Schwierigkeiten der Hemmung von Reaktionen auf irrelevante Reize und eine verlangsamte Entwicklung von exekutiven Funktionen der Strategiewahl, Steuerung und Kontrolle mentaler Arbeitsprozesse den Erwerb von Rechenfertigkeiten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit intellektueller Behinderung folgerichtig zu einem besonderen Problem machen“ (Sarimski, 2003, S. 183).

## **3.4. Epilepsie**

### **3.4.1. Definition von Epilepsie**

„Epilepsie ist eine anfallsweise auftretende Funktionsstörung des Gehirns“ (Pschyrembel, 2002, S. 464). Unter einem epileptischen Anfall versteht man Phasen neuronaler Hyperaktivität, die durch ein Ungleichgewicht zwischen Hemmung und Erregung im Zentralnervensystem bedingt sind (Brown & Percy, 2007). Das Auftreten eines epileptischen Anfalls ist das Hauptdiagnosekriterium für Epilepsie, wobei jedoch nur bei periodisch wiederkehrenden Anfällen von Epilepsie gesprochen wird (Schmidt, 2002).

### **3.4.1.1. Epilepsie und IB**

Epilepsie stellt selbst keine Form einer IB dar, wurde aber aufgrund der hohen Komorbidität in die vorliegende Arbeit integriert.

Epileptische Anfälle treten bei verschiedenen Formen von IB gehäuft auf, beispielsweise sind 2-15 % der Personen mit Down Syndrom und 20-40 % der Menschen mit Fragilem-X-Syndrom von wiederkehrenden Anfällen betroffen (Guberman & Bruni, 1999, zitiert nach Brown & Percy, 2007). Bei etwa 20-40 % der Epilepsien im Kindes- und Jugendalter liegen auch noch andere neurologische Auffälligkeiten vor. Am häufigsten sind mentale Retardierung, infantile Zerebralparese sowie Sprach- und Lernstörungen (Sillanpää, 1992, zitiert nach Siemes, 2009).

Es wird immer wieder die Frage diskutiert, ob epileptische Anfälle die Ursache für eine Intelligenzminderung sein können. Schmidt (2002) schreibt dazu, dass Anfälle prinzipiell zum Untergang von Nervenzellen führen können. Bei Menschen, bei denen eine zusätzliche Grunderkrankung des Gehirns vorliegt (wie bei vielen Menschen mit IB), kann es auch zu einer Intelligenzminderung im Laufe der Epilepsie kommen. In diesem Fall ist jedoch nicht klar, ob als Ursache die Grunderkrankung oder die Epilepsie gesehen werden kann. Burnham (2003, zitiert nach Brown & Percy, 2007) spricht generell von kognitiven Beeinträchtigungen, die mit einer epileptischen Erkrankung einhergehen. Dazu zählen unter anderem niedrigere IQ-Werte, globale Gedächtnisprobleme und selektive kognitive Defizite. Besonders betroffen sind davon jene Erkrankten, die nicht auf eine medikamentöse Behandlung ansprechen.

### **3.4.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Epilepsie**

Epileptische Anfälle werden, je nach Autor und Klassifikationsschema, in verschieden stark ausdifferenzierte Unterformen eingeteilt. Gemeinsam ist allen Schemata die Unterscheidung nach am Anfall beteiligten Hirnregionen in:

- generalisierte Anfälle,
- lokalisationsbezogene (fokale, lokale, partielle) Anfälle,
- Anfälle, die nicht eindeutig als generalisiert oder lokal einzuordnen sind und
- spezielle Syndrome.

Als generalisierte epileptische Anfälle bezeichnet man solche, bei denen beide Gehirnhälften involviert sind. Etwa ein Drittel aller Epilepsien sind generalisierte Formen (Schmidt, 2002). Bei lokalisationsbezogenen Anfällen gibt es Hinweise, dass diese von

einem bestimmten Bereich im Gehirn ausgehen (Schmidt, 2002). Zu den speziellen Syndromen zählen Gelegenheitsanfälle wie z.B. Fieberkrämpfe oder Anfälle nach toxischen Ereignissen (Siemes, 2009).

### **3.4.3. Ätiologie von Epilepsie**

Ätiologisch lassen sich drei Hauptgruppen von Epilepsien unterscheiden:

- idiopathische Epilepsien, ohne fassbare zugrundeliegende Erkrankung des Gehirns (Schmidt, 2002), mit einer nachgewiesenen oder wahrscheinlichen genetischen Komponente (Siemes, 2009)
- symptomatische Epilepsien, die auf einer nachweisbaren Schädigung des Gehirns beruhen (Siemes, 2009; Schmidt, 2002)
- wahrscheinlich symptomatische Epilepsien, mit unbekannter Ätiologie aber vermuteter Hirnschädigung als Ursache (Siemes, 2009)

### **3.4.4. Prävalenz von Epilepsie**

Bei rund 5 % der Personen unter 20 Jahren tritt zumindest ein epileptischer Anfall im Laufe ihres Lebens auf. Eine Epilepsie entwickelt etwa 1 % der Personen dieser Altersgruppe (Siemes, 2009).

## **3.5. Entwicklungsverzögerung und Entwicklungsstörungen**

### **3.5.1. Definition von Entwicklungsverzögerung und Entwicklungsstörungen**

Unter einer Entwicklungsverzögerung versteht man eine verlangsamte Entwicklung, von der entweder nur einzelne oder mehrere Funktionsbereiche des Kindes betroffen sein können. Eine Entwicklungsverzögerung wird von einer Entwicklungsstörung durch die Annahme abgegrenzt, dass die Verzögerung durch früh eingesetzte und gezielte Therapiemaßnahmen vermindert und somit wieder ein normaler Entwicklungsstand erreicht werden kann (Von Loh, 2003). Entwicklungsstörungen hingegen sind durch die Unmöglichkeit einer Aufholung des Rückstandes im jeweiligen Bereich gekennzeichnet (Straßburg, Dacheneder, & Kreß, 2008).

Es wird somit von den Autorinnen dieser Arbeit eine Entwicklungsverzögerung als Vorstufe angesehen, welche sich zu einer Entwicklungsstörung ausbilden kann, wenn

sie nicht entsprechend therapiert wird.

In der zurzeit aktuellen internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wird Entwicklungsstörung folgendermaßen definiert:

*In den meisten Fällen sind die Sprache, visuell-räumliche Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. Charakteristischerweise gehen die Beeinträchtigungen mit dem Älterwerden der Kinder zurück, wenngleich geringere Defizite oft auch im Erwachsenenleben noch zurückbleiben. Gewöhnlich hat die Verzögerung oder Einschränkung vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an vorgelegen, und es gab zuvor keine Periode einer normalen Entwicklung (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2008, S. 285).*

### **3.5.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Entwicklungsstörungen**

Generell können Entwicklungsstörungen in *umschriebene Entwicklungsstörungen* und *tiefgreifende Entwicklungsstörungen* eingeteilt werden (Warnke, Jans, & Walitza, 2011). Auf letztere wurde bereits im Punkt 3.2. eingegangen.

In dem selbsterstellten Fragebogen dieser Arbeit wurde das Hauptaugenmerk auf die Entwicklungsverzögerung gelegt. Aus diesem Grund werden im Folgenden nur die umschriebenen Entwicklungsstörungen genauer beschrieben, da bei diesen Entwicklungsverzögerungen vorangegangen sein können.

Umschriebene Entwicklungsstörungen werden im ICD-10 (Dilling et al., 2008) unterteilt in:

a) Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80):

Nach von Suchodoletz (2010) bestehen bei Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen entweder Probleme mit dem Erlernen des Lautsystems, oder die Beeinträchtigungen liegen im Erwerb von Grammatikregeln und einem unzureichenden Wortschatz.

Laut ICD-10 werden zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache Artikulationsstörungen (F80.0), Expressive Sprachstörungen (F80.1) und Rezeptive Sprachstörungen (F80.2) gezählt (Dilling et al., 2008), welche im Folgenden genauer dargestellt werden.

Von einer Artikulationsstörung wird dann gesprochen, wenn das Kind generell eine altersadäquate Sprachfähigkeit besitzt, jedoch Probleme mit der richtigen Aussprache der Wörter und dem Erkennen bzw. dem Unterscheiden von Lauten bestehen (Von Suchodoletz, 2010). Artikulationsstörungen können sich in unterschiedlichen Formen

zeigen wie beispielsweise als Dyslalie – auch bekannt unter der Bezeichnung Stammeln – bei der bestimmte Laute falsch ausgesprochen werden, oder als Dysgrammatismus, bei dem es zu Schwierigkeiten eines richtigen Satzaufbaues kommt (Straßburg et al., 2008).

Bei einer *expressiven Sprachstörung* besitzt das Kind einerseits ein normal ausgeprägtes Sprachverständnis, die Fähigkeit der expressiv gesprochenen Sprache liegt jedoch unter der Norm. Im Gegensatz dazu ist bei einer *rezeptiven Sprachstörung* neben einer Störung der expressiven Sprache auch das Sprachverständnis vermindert (Dilling et al., 2008).

Ungefähr 1-5 % aller Kinder haben eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache, wobei diese Zahl mit steigendem Alter abnimmt. So liegt die Häufigkeit bei Kindern bis zum 17. Lebensjahr nur mehr bei geschätzten 0,5-0,8 %. Es konnte gezeigt werden, dass die expressive Sprachstörung etwas häufiger auftritt als die rezeptive Sprachstörung, wobei generell Buben öfter betroffen sind als Mädchen (Warnke et al., 2011).

#### b) Umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten (F81):

Unter der Bezeichnung umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten werden die Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0), isolierte Rechtschreibstörung (F81.1), Rechenstörung (F81.2), kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten (F81.3), sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.8) und nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.9) zusammengefasst (Dilling et al., 2008).

Insgesamt sind ungefähr 4-7 % aller Kinder und Jugendliche von einer Lese- und Rechtschreibstörung betroffen, Rechenstörungen treten in bis zu 6 % der Kinder und Jugendlichen auf (Warnke et al., 2011). Rund drei Viertel bis vier Fünftel aller betroffenen Kinder sind Buben, welche diese Form der Entwicklungsstörung haben (Esser, 2009).

#### c) Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82):

Definiert nach ICD-10 gehören zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen die Grobmotorik (F82.0), Fein- und Graphomotorik (F82.1), Mundmotorik (F82.2) und nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82.9).

Das wesentlichste Kennzeichen dieser umschriebenen Entwicklungsstörungen ist eine stark beeinträchtigte Entwicklung der motorischen Funktionen, wobei besonders die motorische Koordination gestört ist. Da sowohl Grob- als auch Feinmotorik beeinträchtigt

sein können, wirken betroffene Kinder meist tollpatschig und unbeholfen. Beispiele in denen diese Unbeholfenheit deutlich wird, sind Schwierigkeiten beim Laufen, Treppensteigen, Spielen mit dem Ball und Zeichnen (Dilling et al., 2008).

Nach Warnke et al. (2011) kommt diese Art der umschriebenen Entwicklungsstörungen bei ungefähr 3-6 % aller Kinder im Alter von fünf bis elf Jahren vor, wobei auch hier wieder von einer Besserung vom Kindesalter in das Jugendalter auszugehen ist, welche bis zu 50 % betragen kann. Zwei Drittel aller Kinder und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen sind Buben.

d) Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83):

Obwohl es hier Rückstände der sprachlichen, schulischen und motorischen Fähigkeiten gibt, sind diese nicht so stark ausgeprägt, dass für jeden bzw. für einen einzelnen dieser Bereiche eine Hauptdiagnose gestellt werden könnte (Dilling et al., 2008).

Um die Diagnose einer Entwicklungsstörung – auch bekannt unter der älteren Bezeichnung *Teilleistungsschwäche* – stellen zu können, ist es wesentlich, dass Beeinträchtigungen bei der Alltagsbewältigung und bei der Bewältigung von altersentsprechenden Aufgaben vorliegen (Schlack & Esser, 2009).

Von einer Entwicklungsstörung wird jedoch generell nur dann gesprochen, wenn die Einschränkungen keine Folge von organischen oder neurologischen Krankheiten sind oder auf eine allgemeine Minderung der Intelligenz, psychische Störungen, kulturelle Unterschiede, mangelhafte Lernförderung oder Vernachlässigung im Rahmen der Erziehung zurückgeführt werden können (Warnke et al., 2011).

### **3.5.3. Ätiologie von Entwicklungsstörungen**

Nach von Lohe (2003) können in ungefähr 50 % der Fälle keine eindeutigen Ursachen für eine Entwicklungsstörung festgestellt werden. Ein Grund dafür könnte sein, dass es eine beträchtliche Anzahl an ursächlichen Möglichkeiten gibt. Sie können entweder angeboren, genetisch vererbt oder eine Folgeerscheinung einer Erkrankung sein. Als häufig vorkommende Ursachen werden Sauerstoffmangel, Stoffwechselstörungen, Entzündungen, Störungen des Abwehrsystems, Tumore und Vererbung von Krankheiten genannt.

### **3.5.4. Prävalenz von Entwicklungsstörungen**

Aufgrund der Tatsache, dass in der Literatur der Begriff Entwicklungsstörung unterschiedliche Akzentuierungen hat, und die Frage welche Störungen alle zu einer

Entwicklungsstörung gezählt werden, oft sehr variiert, sind genaue Angaben zur Häufigkeit sehr schwierig. Von Suchodoletz (2010) geht dennoch davon aus, dass ungefähr 10-20 % aller Kinder eine Entwicklungsstörung haben.

### **3.6. Zerebralparese**

Da die Spastik die überwiegende Mehrheit der bei der Zerebralparese auftretenden Lähmungsformen ausmacht (siehe Punkt 3.6.2.) und im Zuge der qualitativen Erhebung nur diese Lähmungsart von den Eltern genannt wurde, ist ausschließlich diese in den Fragebogen für die quantitative Befragung aufgenommen worden. Aus Gründen der Vollständigkeit soll an dieser Stelle jedoch das gesamte Störungsbild der Zerebralparese dargestellt werden.

#### **3.6.1. Definition von Zerebralparese**

Als aktuellste und bisher umfassendste Begriffsbestimmung führt Döderlein (2007, S. 3) jene von Bax, Goldstein, und Rosenbaum (2005) an:

*Der Begriff Zerebralparese beschreibt eine Gruppe von Entwicklungsstörungen der Haltung und Bewegung, die zur Aktivitätseinschränkung führen. Ursächlich liegt eine nicht progrediente Störung der fetalen oder frühkindlichen Hirnentwicklung vor. Die motorischen Probleme werden häufig durch weitere Störungen von Sensorik, Auffassung, Kommunikation, Perzeption, Verhalten oder von Epilepsie begleitet.*

#### **3.6.2. Klassifikation und Diagnosekriterien von Zerebralparese**

Perlstein (1952) und Pharoah (1989) nennen folgende drei zweckmäßige Klassifikationsmöglichkeiten der Zerebralparese:

- „nach der anatomischen Lokalisation des ZNS-Schadens (Großhirn, Pyramidenbahn, Hirnstamm usw.),
- nach den klinischen Ausprägungsformen der Lähmung (Lähmungsqualität: Spastik, Dyskinesien, Ataxien usw.),

- nach der topografischen Verteilung der Lähmung (Diplegie, Hemiplegie, Tetraplegie usw.)“ (zitiert nach Döderlein; 2007, S. 61).

Laut Döderlein (2007) wird auf internationaler Ebene bezüglich der klinischen Ausprägungsformen der Lähmung die Einteilung nach Hagberg (1993) verwendet, die die spastische (hypoton/hyperton), die dystone, die ataktische/hypoton-ataktische und die rigide Lähmungsform unterscheidet. Gemäß Blair und Alberman (2000, zitiert nach Döderlein, 2007) sind 75-87 % der auftretenden Fälle den spastischen Formen zuzuordnen.

Entsprechend der bereits erwähnten dritten Einteilungsvariante, der topografischen Verteilung der Lähmung, sind folgende Arten anzuführen:

- *Hemiparese (einseitige Lähmung, arm- bzw. beinbetont),*
- *Diparese (beidseitige Lähmung, Beine stärker, Arme wenig betroffen),*
- *Tetraparese (Lähmung der Arme und Beine sowie des Rumpfes und der Kopfkontrolle),*
- *Paraparese (Lähmung nur der Beine, normale Armfunktion),*
- *beidseitige Hemiparese (beidseitige Lähmung, Arme stärker betroffen als Beine),*
- *Monoparese (Lähmung nur einer Extremität, meist eines Beines),*
- *Triparese (Lähmung einer Körperhälfte und des gegenseitigen Beines = Kombination von Hemiparese und Paraparese) (Döderlein, 2007, S. 61 f).*

Zusätzlich kann der Schweregrad der Zerebralparese anhand der Beurteilung der Bewegungsfunktionen unter Verwendung des Gross Motor Function Classification Systems (Rosenbaum et al., 2002, zitiert nach Fehlings, Hunt, & Rosenbaum, 2007), das eine Beschreibung der kindlichen Funktionen im Alter von sechs bis 12 Jahren beinhaltet und eine Einteilung in fünf Level vorsieht, ermittelt werden.

Krägeloh-Mann (2001) führt folgende neurologische Kriterien für die einzelnen Lähmungsformen an:

- Die Spastik ist gekennzeichnet durch einen abnorm erhöhten Muskeltonus sowie übermäßig gesteigerte Muskeleigenreflexe, positive Pyramidenzeichen und abweichende Haltungs- und Bewegungsmuster wie z.B. eine Spitzfußstellung.

- Eine Dystonie zeigt sich in einer abnormalen, anhaltenden Muskelkontraktion, die ausführende Bewegungsabläufe und abnorme dystone Stellungen wie z.B. die Torsion des Rumpfes zur Folge haben.
- Bei einer Ataxie kommt es zu einer Dysmetrie oder einem Intentionstremor im Bereich der oberen Extremitäten, während im Bereich der unteren Extremitäten und des Rumpfes Gang- und Standataxie auftreten.

Wie bereits der Definition der Zerebralparese zu entnehmen ist, können zu den motorischen Einschränkungen unterschiedliche zusätzliche Störungsbilder auftreten. Neben Kommunikations- und Perzeptionsstörungen leiden 40 % der Betroffenen unter Sehstörungen (Döderlein, 2007). Hörstörungen zeigen sich hingegen nur bei 5 %. Jedoch treten bei zwei Drittel der an Zerebralparese erkrankten Kinder Sensibilitätsstörungen und bei zwei Drittel aller Patienten (Kinder und Erwachsene) Intelligenzdefizite auf (Feldkamp und Matthiass, 1988, zitiert nach Döderlein, 2007). Darüber hinaus zählen Verhaltensauffälligkeiten, Epilepsie, die vor allem bei der Hemi- und Tetraparese vorkommt, und Gedeihstörungen sowie vegetative und hormonelle Störungen zu den zusätzlich auftretenden Störungsbildern.

### **3.6.3. Ätiologie von Zerebralparese**

Gupta (2001) führt an, dass die Entstehung einer Zerebralparese oft multifaktoriell bedingt ist, wobei verschiedene Faktoren nacheinander oder gleichzeitig einwirken. Hierbei können laut Döderlein (2007) prä-, peri- und postnatale Ursachen unterschieden werden. Studien von Palmer (1995, zitiert nach Döderlein, 2007) und Hagberg (1996, zitiert nach Döderlein, 2007) zeigen, dass in der Mehrheit der Fälle pränatale genetische oder umweltbedingte Einflüsse wirksam werden.

Zu den pränatalen Ursachen können laut Döderlein (2007, S. 26) u. a. folgende gezählt werden: „angeborene Hirnfehlbildungen, Infektionen (bakteriell, viral), Gefäßverschlüsse (Plazenta), Kerniktus, Alkohol, Nikotin.“ Unter perinatale Bedingungsfaktoren subsumiert der Autor „Durchblutungsstörungen (Nabelschnurumschlingung), Gefäßrupturen, mechanische Hirnschädigungen“ (S. 26). Als postnatale Ursachen führt er folgende an: „Blutungen (intrazerebral, intrakraniell), Infektionen (Enzephalitis, Meningitis), Traumata (Battered Child, Fast-Ertrinken = Near Drowning), Durchblutungsstörungen (Embolien), zerebrale Blutungen, endokrine Störungen (Hypothyreose), Tumoren, metabolisch toxische Schädigungen, Kombinationen“ (Döderlein, 2007, S. 26).

#### **3.6.4. Prävalenz von Zerebralparese**

In westlichen Ländern beträgt die Auftrittswahrscheinlichkeit der Zerebralparese ca. 2 ‰, wobei sich diese als relativ stabil erweist (Bottos, Granato, Allibrio, Gioachin, & Puato, 1999; Hagberg, 1993; Herder, 1998, zitiert nach Bode, 2001).

### **3.7. Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurden unterschiedliche Behinderungsarten und Komorbiditäten näher beschrieben. Dabei wurde zunächst jeweils eine begriffliche Klärung vorgenommen und anschließend auf die Klassifikation und die entsprechenden Diagnosekriterien eingegangen. Außerdem erfolgte eine Darstellung der Ätiologie und Prävalenz zu den einzelnen Arten von Behinderungen und Komorbiditäten. Um ein möglichst aktuelles Bild zu geben, wurden beim Autismus Neuerungen, die für den ICD-11 und den DSM-V geplant sind, näher erörtert.

Zusätzlich wurde auf die mit einer intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderung in Zusammenhang stehenden Lernschwierigkeiten eingegangen und Ursachen sowie Auswirkungen dieser auf das schulische Lernen aufgezeigt.

## 4. Rechtliche Rahmenbedingungen

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst.*

Im Folgenden soll ein Überblick über relevante rechtliche Rahmenbedingungen und daraus resultierende Unterstützungsleistungen für Familien mit Kindern und Jugendlichen mit IB und/oder Mehrfachbehinderung in Niederösterreich gegeben werden.

Zu Beginn erfolgt eine Einführung in allgemeine gesetzliche Bestimmungen zum Thema Behinderung (UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Behindertengleichstellungsrecht). Im Anschluss wird auf spezifische gesetzliche Regelungen, die für die Themen der gewählten Arbeit von Bedeutung sind, eingegangen.

Abschließend soll ein Vergleich zwischen den Regelungen der Bundesländer Niederösterreich und Vorarlberg gezogen werden.

### 4.1. UN-Charta für Menschen mit Behinderungen

„Die UN-Konvention ist ein internationaler Vertrag, in dem sich die Unterzeichnerstaaten verpflichten, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Österreich ist diesem Übereinkommen beigetreten und hat es 2008 ratifiziert“ (Unabhängiger Monitoringausschuss, 2012).

Laut Ganner (2012) ist das Ziel der Konvention „die vollständige „Inklusion“ von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft“ (S. 19). Er führt weiter aus, dass mit der Konvention keine neuen Grundrechte für Menschen mit Behinderung geschaffen worden sind, sondern vor allem bestehende Rechte präzisiert werden sollen. Betroffen sei davon vor allem das Recht auf Gleichheit und als Folge davon das Diskriminierungsverbot.

*Die Grundsätze dieser Vereinbarung sind:*

- a) *die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;*
- b) *die Nichtdiskriminierung;*

- c) *die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;*
  - d) *die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;*
  - e) *die Chancengleichheit;*
  - f) *die Zugänglichkeit;*
  - g) *die Gleichberechtigung von Mann und Frau;*
  - h) *die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.*
- (United Nations, 2008, S. 7)

Bei der Konvention handelt es sich um einen Staatsvertrag, der unter „Erfüllungsvorbehalt“ steht. Das bedeutet, dass die in der Konvention angeführten Bestimmungen nicht automatisch subjektiv durchsetzbare Rechte für Menschen mit Behinderung sind, sondern einfachgesetzliche Bestimmungen in Österreich an die Konvention angepasst werden müssen (Ganner, 2012). Um diesen Anpassungsvorgang zu überprüfen, haben sich alle Vertragsstaaten verpflichtet, spätestens im Abstand von vier Jahre einen umfassenden Bericht über die Umsetzung der Maßnahmen und Verpflichtungen abzulegen (United Nations, 2008).

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der UN-Konvention in Österreich ist der unabhängige Monitoringausschuss. Dieser besteht aus Vertretern von Nichtregierungsorganisationen aus den „Bereichen“ Menschen mit Behinderung, Menschenrechte und Entwicklungszusammenarbeit, sowie der wissenschaftlichen Lehre (Unabhängiger Monitoringausschuss, 2010; Unabhängiger Monitoringausschuss 2011). Laut eigenen Angaben darf der Monitoringausschuss Stellungnahmen von Organen der Verwaltung einholen und Empfehlungen abgeben, wenn diese im Zusammenhang mit den Rechten von Menschen mit Behinderung und der UN Konvention stehen (Unabhängiger Monitoringausschuss, 2012).

#### **4.1.1. Bedeutung der UN-Konvention für die vier Themenbereiche**

Die einzelnen Artikel der UN-Konvention (United Nations, 2008) wurden in Österreich in unterschiedlichem Ausmaß realisiert. Beispielhaft sei der Artikel fünf genannt, welcher sich auf die Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung von Menschen mit Behinderungen bezieht. Vergleicht man dessen Bestimmungen mit dem unter Punkt 4.2. beschriebenen Bundes-Behindertengleichstellungsrecht, scheint das

österreichische Gesetz sogar einen besseren Diskriminierungsschutz zu bieten als von der UN gefordert. Anders verhält es sich mit dem Artikel zehn, welcher Menschen mit Behinderung das gleichberechtigte Recht auf Leben zuspricht. Diese Forderung steht in Widerspruch zu Paragraf 97 des österreichischen Strafgesetzbuches, der einen Schwangerschaftsabbruch über die Fristenregelung von drei Monaten hinaus erlaubt, wenn die Gefahr besteht, dass das Kind körperlich oder geistig schwer geschädigt ist (Bundeskanzleramt, 2012). Eine detaillierte Auflistung, welche Artikel der Konvention umgesetzt wurden, findet sich im ersten Österreichischen Staatenbericht an die UN. Dieser kann auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz<sup>1</sup> abgefragt werden. Stellungnahmen zum gleichen Thema des Monitoringausschusses, die sich mit dem Staatenbericht nicht zwangsläufig decken, finden sich in chronologischer Reihenfolge auf der Internetseite des Ausschusses<sup>2</sup>.

Im Folgenden sollen Regelungen der UN-Konvention, welche in direktem oder indirektem Bezug zu den Themenbereichen dieser Arbeit stehen, kurz beleuchtet werden. Eine Darstellung der realen rechtlichen Situation in Österreich findet sich in den nachfolgenden Punkten 4.2., 4.3. und 4.4.

Die UN-Konvention gibt in ihrer Präambel eine sehr deutliche Stellungnahme zur Situation von Familien mit Kindern mit Behinderungen ab. Demnach sind Familien als Keimzelle der Gesellschaft zu betrachten und Menschen mit Behinderungen und deren Familienangehörige sollen unbedingt den für sie notwendigen Schutz und die für sie notwendige Unterstützung erhalten (United Nations, 2008).

Auch bezieht sich die Konvention auf die Bedeutung von Beratung für Menschen mit Behinderungen und deren Familien. Die Vertragsstaaten verpflichten sich demnach dazu Kindern mit Behinderungen die gleichen Rechte zu geben wie Kindern ohne Behinderung, was unter anderem durch frühzeitige Information und Unterstützung gesichert werden soll. Betont wird unter Artikel neun auch die generelle Zugänglichkeit von Informationen für Menschen mit Behinderung. Artikel 12 nimmt konkreten Bezug auf finanzielle und rechtliche Informationsweitergabe und Beratung, wonach Menschen mit Behinderungen einerseits das Recht auf Unterstützung bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit haben und andererseits die gleichen Rechte, ihre finanziellen Angelegenheiten betreffend, wie Menschen ohne Behinderung. In Bezug auf Beratung nach Beendigung der Schulpflicht verpflichten sich die Vertragsstaaten allgemeine fachliche und berufliche Beratungsprogramme anzubieten (United Nations, 2008).

---

<sup>1</sup> [www.bmask.gv.at](http://www.bmask.gv.at)

<sup>2</sup> [www.monitoringausschuss.at](http://www.monitoringausschuss.at)

Ein eigener Artikel (25) der UN-Konvention befasst sich mit der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderungen. Danach erkennen alle Vertragsstaaten an, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit haben und alle geeigneten Maßnahmen dafür ergriffen werden sollen. Dies impliziert ein Recht auf paramedizinische Unterstützung – wenn diese der Gesundheit förderlich sind (United Nations, 2008).

Auf den Bereich der Frühförderung geht die Konvention im Speziellen ein, indem diese als notwendige Leistung erachtet wird, die von Menschen mit Behinderungen benötigt wird. In diesem Zusammenhang relevant für die Situation in NÖ ist, dass gesundheitliche Leistungen auch in ländlichen Gebieten gemeindenah angeboten werden sollen (United Nations, 2008).

Ein zentraler und allgemeiner Grundsatz der Konvention bezieht sich auf die volle und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft. In Artikel 30 wird diese Teilhabe im Speziellen auf die Bereiche kulturelles Leben sowie Erholung, Freizeit und Sport bezogen. Die Vertragsstaaten verpflichten sich dazu, geeignete Maßnahmen zu schaffen, wodurch Menschen diese Teilhabe ermöglicht werden soll. Dies verweist indirekt auf die Schaffung von Dienstleistungsangeboten im Sinne einer Freizeitassistenz (United Nations, 2008).

Ein weiterer allgemeiner Hinweis auf unterstützende Dienste wird im Artikel 19 gegeben, welcher im Detail besagt, dass Menschen mit Behinderung Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben sollen (United Nations, 2008). Welche Leistungen das konkret sind, wird allerdings nicht beschrieben.

## **4.2. Bundes-Behindertengleichstellungsrecht (BGStG)**

„Die Ziele des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) sind die Beseitigung und Verhinderung von Diskriminierung von Menschen mit Behinderung“ (Knyrim & Valenčak, 2009, S. 2). Hofer, Iser, Miller-Fahringer, und Rubisch (2006) beschreiben Diskriminierung allgemein als „das Herabsetzen, Herabwürdigen oder Benachteiligen und damit die Aussonderung eines Angehörigen einer Gruppe, so dass dieser keine oder nur wenige der Chancen hat, die den übrigen Gruppenmitgliedern zustehen“ (S. 42).

Dieses Diskriminierungsverbot bezieht sich nicht nur auf Menschen mit Behinderung, sondern auch auf deren Eltern und Angehörige. Das bedeutet, dass auch Eltern und andere Verwandte (Geschwister, Ehe- und Lebenspartner) aufgrund der Behinderung

ihres Familienmitgliedes nicht diskriminiert werden dürfen (Knyrim & Valenčak, 2009; Hofer et al., 2006). Kommt es trotzdem zu einer Diskriminierung, entstehen sowohl für materielle als auch immaterielle Schäden Ersatzansprüche (Ganner, 2012).

Als Folge des Inkrafttretens des BGStG kam es zur Bestellung eines Behindertenanwaltes. Dieser berät und unterstützt Personen, die sich nach dem BGStG, oder auch nach dem Behinderteneinstellungsgesetz, diskriminiert fühlen (Knyrim & Valenčak, 2009).

### **4.3. Spezielle gesetzliche Regelungen für Kinder und Jugendliche mit IB**

Im Folgenden soll nun ein Überblick über finanzielle Unterstützungsleistungen bzw. Begünstigungen für Familien mit Kindern mit IB gegeben werden. Des Weiteren wird auf Regelungen, welche medizinische, paramedizinische, psychologische und familienentlastende Dienste betreffen, eingegangen.

#### **4.3.1. Erhöhte Familienbeihilfe**

Für Kinder deren Grad der Behinderung mindestens 50 % beträgt, erhöht sich die Familienbeihilfe um derzeit EUR 138,30 pro Monat (Bundeskanzleramt, 2012; Knyrim & Valenčak, 2009). Der Anspruch besteht für die Zeit der Gewährung der allgemeinen Familienbeihilfe (Bundeskanzleramt, 2012).

Im Rahmen der quantitativen Erhebung sollte mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt werden, ob die Eltern erhöhte Familienbeihilfe für ihr Kind beziehen. In der vorliegenden Studie wurde von den Autorinnen der Begriff „erhöhtes Kindergeld“ verwendet, da dieser von den Eltern im Laufe der Interviews und Fokusgruppen vermehrt zum Ausdruck gebracht wurde.

#### **4.3.2. Pflegegeld**

„Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung und soll als Beitrag pflegebedingte Mehraufwendungen in Form einer Pauschale abgelden, um pflegebedürftigen Personen so weit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern, sowie die Möglichkeit verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“ (Verlautbarung in BGBl. 1993/866, zitiert nach Höfle, Leitner, & Stärker, 2006, S. 159).

Alle Anspruchsvoraussetzungen werden im Bundespflegegeldgesetz (BPGG) geregelt, das am 01.01.2012 in Kraft getreten ist (Ganner, 2012). Das BPGG hatte zur Folge, dass die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz zum Thema Pflegegeld von den Ländern auf den Bund übergegangen sind (Land Niederösterreich, 2010).

In Österreich besteht Anspruch auf Pflegegeld, „wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf im Ausmaß von mehr als 50 Stunden pro Monat besteht“ (Knyrim & Valenčak, 2009, S. 100). Dieser Pflegebedarf soll voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen (Knyrim & Valenčak, 2009; Höfle et al., 2006).

Um Anspruch auf Pflegegeld zu haben, muss sowohl ein Betreuungs- als auch ein Hilfebedarf vorliegen (Höfle et al., 2006). „Unter Betreuung sind (gem. § 1 EinstV) alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die die pflegebedürftige Person der Verwahrlosung ausgesetzt wäre“ (Ganner, 2012, S. 39). Dazu zählen beispielsweise das An- und Auskleiden und die Einnahme von Medikamenten (Ganner, 2012; Höfle et al. 2006). Für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ist bei diesen Tätigkeiten immer ein Vergleich mit dem Betreuungsaufwand von gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen anzustellen. Vom Pflegegeld wird nur der darüber hinausgehende Mehraufwand abgedeckt (Ganner, 2012).

„Unter Hilfe werden aufschiebbar Verrichtungen verstanden, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind“ (Höfle et al., 2006, S. 161). Beispielsweise genannt seien hier, das Heranschaffen von Nahrungsmitteln und die Beheizung des Wohnraums (Ganner, 2012; Höfle et al., 2006). In Österreich existieren sieben Pflegestufen. Die Höhe der Pflegestufe und damit des Pflegegeldes, richtet sich nach dem monatlichen Betreuungs- und Hilfsbedarf einer Person (Ganner, 2012; Knyrim & Valenčak, 2009; Höfle et al., 2006).

#### **4.3.3. Gesetzliche Regelungen zu medizinischen, paramedizinischen und psychologischen Leistungen in NÖ**

In der vorliegenden Arbeit wird eine große Zahl an gesundheitsfördernden Verfahren thematisiert, die zur intellektuellen und körperlichen Entwicklung von Kindern mit IB beitragen sollen oder der psychischen Gesundheit der Eltern dienen: Frühförderung, Ergotherapie, Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren, Hippotherapie, Logopädie, mobile Kinderkrankenschwestern, Physiotherapie, psychologische Behandlung und Psychotherapie. Wird eine Therapie für ein Kind (oder auch für einen Elternteil) verordnet, besteht unter Umständen die Möglichkeit einer teilweisen oder kompletten

Kostenübernahme durch eine Krankenversicherung. Es hängt von den Regelungen der jeweiligen Krankenkasse ab, ob eine Therapiemethode überhaupt unterstützt wird, und wenn ja, zu welchen Konditionen. Eine detaillierte Auflistung, welche Krankenkasse welche Kosten ersetzt, ist in dieser Arbeit nicht vorgesehen<sup>3</sup>. Besteht kein Leistungsanspruch über eine Krankenversicherung, existiert für Menschen mit besonderen Bedürfnissen die Möglichkeit einer Bezuschussung durch das Land Niederösterreich (basierend auf dem NÖ Sozialhilfegesetz). Anträge sind bei der jeweiligen Bezirksverwaltung zu stellen. Unterstützt werden beispielsweise die Frühförderung und das Heilpädagogische Reiten (Land Niederösterreich, 2010).

#### **4.3.4. Gesetzliche Regelungen zu familienentlastenden Diensten in NÖ**

Die Arbeit beinhaltet auch Unterstützungsleistungen, die zum einen der Entlastung der Eltern dienen, zum anderen die Selbstständigkeit von Kinder und Jugendlichen mit IB fördern sollen, dazu zählen: Freizeitassistenz, Kinderbetreuung zu Hause, Kinderbetreuung durch Tagesmütter und Wochenendbetreuung in einem Heim.

Diese Leistungen werden teilweise vom Land NÖ unterstützt. Für Kinder, die von einer Tagesmutter betreut werden, besteht in Abhängigkeit vom Familieneinkommen, die Möglichkeit eines Zuschusses (Amt der NÖ Landesregierung, 2012). Für Kinder, die aufgrund ihrer Behinderung einen zusätzlichen Betreuungs- oder Unterstützungsbedarf haben, kann beim Land um einen Kostenersatz angesucht werden. Auch stellt das Land NÖ unter bestimmten Umständen (Beispielsweise die Krankheit der Mutter) Familienhelfer zur Verfügung, die die Betreuung von Kindern in ihrem Zuhause übernehmen (Amt der NÖ Landesregierung, 2012). Laut Sozialbericht 2010 (Land Niederösterreich, 2010) existieren auch Zuschüsse für eine familienentlastende Kurzzeitbetreuung in einer Einrichtung.

#### **4.4. Vergleich der Leistungen zwischen Niederösterreich und Vorarlberg**

Bezüglich der Unterstützung von Menschen mit Behinderung auf Landesebene, fallen im Vergleich von Niederösterreich und Vorarlberg einige Vorteile im westlicheren Bundesland auf. Im Folgenden sollen drei Angebote miteinander verglichen werden, die in Niederösterreich gar nicht, oder in veränderter Form existieren:

---

<sup>3</sup> Weitere Informationen sind unter [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at) verfügbar.

- Gutschein für Familienentlastung

Die Familienentlastungsgutscheine wurden speziell für Familien, die Kinder mit Behinderung betreuen und pflegen, konzipiert. Diese Gutscheine können bei unterschiedlichsten Institutionen, die unterstützende Dienste anbieten, eingelöst werden: Caritas Vorarlberg, Familienhilfe Bregenzerwald, Familienhilfe Lustenau, Familienservice der Lebenshilfe Vorarlberg, Heimhilfe der aqua mühle, Mobile Hilfsdienste (MOHI), Verein Füranand, Vorarlberger Assistenz Gemeinschaft (VAG) und Vorarlberger Familienverband.

Der zugrundeliegende Gedanke kann folgendermaßen zusammengefasst werden: Durch die Gutscheine können sich Eltern bzw. erziehungsberechtigte Personen eher unterstützende Dienste leisten. Sie sollen die Betreuung ihres Kindes mit Behinderung (von 0 bis 18 Jahren) kurzzeitig abgeben können, um für sich selbst bzw. für Geschwisterkinder mehr Zeit zu haben. Das Ausmaß an Gutscheinen, das die betroffenen Familien erhalten, wird an der familiären Belastung, der Pflegestufe und dem Umfang der institutionellen Betreuung des Kindes ermessen. Ein Gutschein deckt 90 % der Gesamtkosten für eine Betreuungsstunde ab. Die Gutscheine werden zusätzlich zum Pflegegeld ausgehändigt (Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2012). Eine vergleichbare Serviceleistung konnte in Niederösterreich nicht gefunden werden.

- Zuschuss zum Pflegegeld bei ambulanter Pflege

Pflegegeldempfänger, die hauptsächlich zu Hause gepflegt werden, erhalten ab der Pflegestufe fünf, zusätzlich 100 Euro von der Vorarlberger Landesregierung (Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2012).

Ein ähnliches Unterstützungsangebot wurde in Niederösterreich nicht gefunden.

- Therapiekostenersatz

In Vorarlberg werden nicht nur von den Krankenkassen, sondern auch von der Landesregierung Therapiekosten ersetzt. Je nach Institution (wie z.B. mit dem AKS) hat das Land unterschiedliche Abkommen. Der Therapiekostenersatz wird durch den Reha-Schein mit der Vorarlberger Landesregierung abgerechnet und über den Sozialfond finanziert. Zumeist wird ein Selbstbehalt von EUR 5,50 pro Behandlung – höchstens jedoch EUR 55 im Monat – eingefordert. In gewissen Fällen ist es auch möglich gänzlich vom Selbstbehalt befreit zu werden (Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2012).

In Niederösterreich können ebenfalls Zuschüsse zu persönlichen Hilfsleistungen gewährt werden, die im Einzelnen beantragt werden müssen. Dazu zählen insbesondere: Zuschüsse zu speziellen therapeutischen Angeboten, zu sozialpädagogischen Diensten, psychosozialen Diensten und zu Maßnahmen der Heilbehandlung, für die kein anderer Leistungsanspruch besteht (Land Niederösterreich, 2010).

#### **4.5. Zusammenfassung**

Das Leben von Menschen mit IB wird von zahlreichen gesetzlichen Regelungen geprägt. Als wichtigster gesetzlicher Rahmen dient die UN-Charta für die Rechte von Menschen mit Behinderung, die von Österreich 2008 ratifiziert wurde. Ziel der Charta ist die vollständige Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft. Die Charta beinhaltet zwar kein direkt durchsetzbares Recht, durch die Ratifizierung soll aber sichergestellt werden, dass einfachgesetzliche Bestimmungen in Österreich an diese Vorgaben angepasst werden müssen.

Die einzelnen gesetzlichen Regelungen in Österreich beinhalten zum einen immaterielle Rechte, wie etwa den Schutz vor Diskriminierung durch das Bundesbehindertengleichstellungsrecht, als auch finanzielle Unterstützungsleistungen zum Ausgleich der durch die Behinderung erschwerten Lebenssituation. Zu letztgenannten zählen im Allgemeinen die erhöhte Familienbeihilfe, das Pflegegeld und steuerliche Begünstigungen. Des Weiteren wird eine Vielzahl der in der Arbeit thematisierten Unterstützungsleistungen vom Land NÖ oder den jeweiligen Sozialversicherungsträger gefördert.

Ein Vergleich zwischen den gesetzlichen Regelungen in NÖ und Vorarlberg hat gezeigt, dass es im westlicheren Bundesland einige spezielle Regelungen gibt (z.B. Familienentlastungsgutscheine), die den Zugang zu Unterstützungsleistungen wesentlich erleichtern und auch für NÖ wünschenswert wären.

## 5. Paramedizinische Dienste

*Dieses Kapitel wurde von Nina Gürtlschmidt verfasst.*

Eine intellektuelle Behinderung ist grundsätzlich nicht heilbar. Es können jedoch mittels geeigneter Therapien die jeweiligen Fähigkeiten des Kindes mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung gefördert und somit verbessert werden (Warnke, 2008). Es gibt eine Vielzahl an paramedizinischen Diensten wie beispielsweise die tiergestützte Therapie, Musiktherapie oder Kunsttherapie. Das folgende Kapitel befasst sich jedoch nur mit jenen Therapiearten, welche am häufigsten bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit IB und/oder Mehrfachbehinderung im Sinne der Förderung zur Anwendung kommen. Behandelt werden daher im Folgenden die Ergotherapie, die Physiotherapie, die Logopädie und das Therapeutische Reiten.

### 5.1. Ergotherapie

#### 5.1.1. Definition der Ergotherapie

Die Ergotherapie, deren Name von dem griechischen Wort *Ergon* abgeleitet und mit der Bedeutung Werk, Beschäftigung übersetzt werden kann (Haase, 2011), stellt eine medizinisch-therapeutische Fachrichtung dar, welche die Verordnung eines Arztes bedarf (Herda, 2009).

Vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE, 2009) wird sie definiert als eine Therapieform, welche

*Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind [unterstützt und begleitet]. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen (Reuster, 2011, S. 1068).*

Auch von Götsch (2011) wird auf die Berücksichtigung nicht nur von personenbezogenen, sondern auch von umweltbezogenen Faktoren als ein

wesentliches Merkmal der Ergotherapie hingewiesen. Bei dieser Behandlungsform erfolgt daher sowohl eine Anpassung des Menschen an die jeweiligen Umweltbedingungen, als auch eine Anpassung der Umwelt an den beeinträchtigten Menschen.

Ergänzend dazu definiert Hagedorn (2000) Ergotherapie als eine Therapieform, die sich sowohl mit den Rollen und Betätigungen des Menschen, als auch mit seinen Handlungen innerhalb des eigenen Umfeldes beschäftigt. Es sollen im Laufe des therapeutischen Prozesses für den Patienten sinnvolle Ziele erreicht und dabei die Auswirkungen der Fehlfunktionen gering gehalten werden. Dies ist jedoch nur mit Hilfe einer aktiven Teilnahme des Patienten am Therapieprozess möglich ist.

Historisch gesehen entwickelte sich die Ergotherapie, auch bekannt unter der Bezeichnung Beschäftigungstherapie, aus der Arbeitstherapie, welche früher bei Menschen mit psychischen Störungen eingesetzt wurde (Straßburg et al., 2008). Mit Ende des zweiten Weltkrieges kam es zur Ausweitung des Arbeitsfeldes, in dem die Ergotherapie zusätzlich bei Kriegsveteranen in Form von orthopädischen und beschäftigungstherapeutischen Methoden eingesetzt wurde (Scheepers, 2011). Im Zuge dieser Entwicklung wurden eine zunehmende Anzahl Ergotherapeuten ausgebildet (Jehn, 2011). Die Berufsbezeichnung Ergotherapeut wurde jedoch erst im Jahre 1999 eingeführt (Reuster, 2011).

### **5.1.2. Grundlagen der Ergotherapie**

In der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit IB und/oder Mehrfachbehinderung geht es vor allem um die Erreichung von größtmöglicher Selbständigkeit bei der Ausführung von alltäglichen Handlungen. Des Weiteren sollen Verbesserungen im kognitiven Bereich und im Sozialverhalten erzielt werden (Frühauf, 1997). Dafür werden diesen Kindern und Jugendlichen im Laufe der Behandlung Situationen und Erlebnisse geboten, welchen sie sich nicht ohne Hilfe aussetzen können. Für eine erfolgreiche Entwicklung ist eine Auseinandersetzung mit diesen jedoch wesentlich (Scheepers et al., 2006, zitiert nach Häßler, 2011). Die Auseinandersetzung mit den Bereichen Motorik, Wahrnehmungsqualität und „der Kontrolle von Bewegungen und Wahrnehmungen durch den Intellekt“ sind in der Ergotherapie somit unerlässlich (Straßburg et al., 2008, S. 352).

Zu Beginn kommt es zur Abklärung der Belastbarkeit und der vorhandenen Fähigkeiten des Kindes bzw. des Jugendlichen mit IB. Ziel ist die Förderung dieser Fähigkeiten während der ergotherapeutischen Behandlung. Anschließend ist immer darauf zu

achten, dass die Übungen im weiteren Therapieprozess an die Bedürfnisse des Kindes angepasst durchgeführt werden, um eine Überforderung zu verhindern. Wichtig dafür ist es, die Arbeitsschritte nicht zu häufig zu wechseln und oft zu wiederholen (Frühauf, 1997).

Es gibt unterschiedliche Übungsansätze, welche in der ergotherapeutischen Behandlung zum Einsatz kommen. Betrachtet man jedoch die Ergotherapie aus dem Blickwinkel anderer Disziplinen, lässt sich generell eine pädagogische und eine psychologische Grundlage erkennen. Diese Grundlagen sollen nun beide getrennt voneinander dargestellt werden:

### 1) *Pädagogische Grundlagen*

Nach Mayer (1997) kommt es bei jeder Ergotherapie-Einheit zu einer pädagogischen Situation. Ursache dafür ist auf der einen Seite die Notwendigkeit des Therapeuten, dem zu Behandelnden bestimmte Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln und ihn bei den unterschiedlichen Übungen anzuleiten. Auf der anderen Seite besteht von Anfang an ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem Patient zu seinem Therapeuten. Die wahrscheinlich wichtigste pädagogische Aufgabe des Ergotherapeuten ist es, den Patient über die gesamte Therapiedauer zu motivieren. Dies geschieht, indem nur nachvollziehbare, lösbare und den Interessen und Fähigkeiten des Kindes angemessene Aufgaben vorgegeben werden, wobei die Ausführung der Aufgaben für das Kind immer sinnvoll und alltagsnahe sein sollen. Durch die stetige Auseinandersetzung mit der Umwelt kommt es schließlich auch zu einer Weiterentwicklung bzw. einer Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen des Patienten. Daher kann auch der Arbeit als Behandlungsmethode an sich eine pädagogische Funktion zugeschrieben werden.

### 2) *Psychologische Grundlagen*

In der Ergotherapie wird davon ausgegangen, dass die Leistungen und das Verhalten der Kinder und der Jugendlichen mit IB von biopsychosozialen Faktoren beeinflusst werden. Somit kommt es auch bei dieser Zielgruppe im Laufe des Entwicklungsprozesses sowohl zu Veränderungen der körperlichen und der intellektuellen Fähigkeitsleistungen, als auch zu Verhaltensänderungen, welche im Therapieprozess berücksichtigt werden müssen (Frühauf, 1997).

Weiters stehen bei dieser Therapieform nicht die gestörten Funktionen, sondern die Gesamtpersönlichkeit des Kindes bzw. des Jugendlichen mit IB im Vordergrund. Infolgedessen wird eine Person mit Behinderung nicht als Person mit mangelnden

Fähigkeiten angesehen, sondern als Person mit „andersartigen Leistungs- und Verhaltensformen“, welche durch die Behinderung bedingt sind (Frühauf, 1997, S. 53).

Nach Von Suchodoletz (2010) liegt der psychologische Schwerpunkt der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern mit IB und/oder mehrfacher Behinderung neben der Zielerreichung einer größtmöglichen Selbständigkeit im Bereich der Alltagsbewältigung, in einer guten Eingliederung in das unmittelbare soziale Umfeld wie beispielsweise der Familie oder Schule (Von Suchodoletz, 2010).

Somit geht es in der Ergotherapie auch darum, dass den Menschen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung gewisse Fertigkeiten, welche die Weiterentwicklung der Persönlichkeit fördern, vermittelt werden (Scheepers et al., 2006, zitiert nach Häßler, 2011).

### **5.1.3. Einsatzbereiche der Ergotherapie**

Die Ergotherapie besitzt eine Vielzahl an Therapietechniken, welche nach Scheepers (2011) in den medizinischen Gebieten der Geriatrie, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie, Traumatologie, Pädiatrie und der Psychiatrie eingesetzt werden. Außerdem zählt die Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderung zum Anwendungsfeld der Ergotherapie. Diese Vielfalt der Einsatzbereiche verdeutlicht, dass Ergotherapie bei Menschen jeden Alters angewendet werden kann.

Nach Herda (2009) wird Ergotherapie besonders häufig bei Menschen mit Ausdauer- und Belastungsstörungen, Störungen von psychischen Fähigkeiten, Wahrnehmungsstörungen, Beeinträchtigungen in der Grob- und Feinmotorik, Koordinationsstörungen, Störungen der Sensomotorik und bei Sensibilitätsstörungen eingesetzt.

Als eines der größten Arbeitsfelder wird jedoch der Bereich der Pädiatrie (Herda, 2009) und somit die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gesehen, auf welche auch in dieser Arbeit das Hauptaugenmerk gelegt wird. Die zu behandelnden Kinder und Jugendlichen haben meist Störungen der Motorik, Entwicklungsverzögerungen im kognitiven, physischen und psychischen Bereich oder zeigen „Verhaltensstörungen in Form von übermäßiger Angst, Aggression, Abwehr, Passivität oder Hyperaktivität“ (Herda, 2009, S. 110). Am häufigsten werden jedoch Kinder und Jugendliche „mit Störungen in der Sinneswahrnehmung und deren Folgeerscheinungen“ therapiert (Tassilo, Kormann, & Umbach, 2006, S. 82).

#### **5.1.4. Therapiemethoden der Ergotherapie**

Man geht in der Ergotherapie davon aus, dass ein Mensch durch die aktive Auseinandersetzung mit seiner Umgebung Sinnesempfindungen erhält, und nur dadurch seine Lebenserfahrungen machen und seine Handlungskompetenzen erweitern kann (Scheepers et al, 2006, zitiert nach Häßler, 2011). Auf diesem Grundgedanken bauen auch die unterschiedlichen Methoden auf, welche bei Menschen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung angewendet werden.

Zu den wichtigsten zählen die Konzepte nach J. Ayres (1972), F. Affolter (1970) und M. Frostig (1963), welche im Folgenden näher erläutert werden.

##### **5.1.4.1. Das Konzept nach J. Ayres (1972)**

Das Behandlungskonzept der Sensorischen Integration (SI) wurde von der aus Amerika stammenden Psychologin und Ergotherapeutin Jean Ayres entwickelt (Straßburg et al., 2008). Es wird häufig bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung und bei Kindern mit Lern- und Verhaltensstörungen angewendet (Roley, Blanche, & Schaaf, 2004), insofern diese „Verhaltens- und Bewegungsstörungen ab dem Kleinkindalter, vor allem Unruhezustände, motorische Ungeschicklichkeit, expressive Sprachentwicklungsstörungen, taktil-kinästhetische Störungen [und/oder] ... autistische Verhaltensweisen“ aufzeigen (Straßburg et al., 2008, S. 353).

Ayres geht davon aus, dass für Menschen neben dem Seh-, Hör-, Riech- und Geschmackssinn ebenfalls das Berührungsempfindungen und weitere sensorische Wahrnehmungen, wie etwa die Anspannung der Muskeln bzw. Bewegung im Allgemeinen, für das Erleben sinnlicher Erfahrungen notwendig sind. Die Aktivität des Menschen ist daher wesentlich, da er nur durch die Interaktion mit seiner Umwelt sensorische Informationen erhält. Sobald die aufgenommenen Sinneseindrücke vom Gehirn verarbeitet werden, erfolgt eine so genannte sensorische Integration, welche als Ursprung für „Bewegung, Sprache und Lernen sowie für Handlungen“ gesehen wird (Herda, 2009, S. 110). Flehmig (2001) erweitert diese Auffassung und betont, dass eine sensorische Integration „die Basis für die menschliche Fähigkeit ... zu schreiben und psychosozial mit der Umwelt zu kommunizieren“ darstellt (S. 24).

Somit kommt es bei einer Störung der Sensorischen Integration zu Beeinträchtigungen des Lernens, einer gestörten Fähigkeit sich an die Umwelt anzupassen und zu einer Überforderung in Alltags- oder Stresssituationen (Ayres, 2002). Infolge dessen sind bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung vor allem der Tastsinn, der Gleichgewichtssinn und die Bewegungswahrnehmung gestört (Grandic, 1992, zitiert

nach Theunissen, 2005). Eine Behandlung nach der Sensorischen Integration zielt nach Ayres (2002) daher auf eine „Verbesserung des Ablaufs der Hirnverarbeitungsprozesse und der sinnvollen Ordnung von Empfindungen“ ab (S. 322).

Umgesetzt wird dies, indem den Kindern in der Therapie ein Erleben von Sinnesempfindungen, durch welche die taktile und kinästhetische Wahrnehmung geschult werden kann, ermöglicht wird (Ayres, 2002). Dazu werden bei den behandelten Kindern und Jugendlichen die Basissinne aktiviert und somit gleichzeitig die Körperwahrnehmung angeregt (Straßburg et al., 2008). Dies geschieht beispielsweise durch den Einsatz von Bürsten oder Schwämmen, welche über die Haut gestrichen werden (Ayres, 2002). Des Weiteren werden „Übungen des Gleichgewichts, der Tiefensensibilität, des Tastsinns, der Sehleistung, der Augenbeweglichkeit und der Lateralität“ mit Hilfe von unterschiedlichen „Bewegungs- und Spielgeräte[n]“ durchgeführt (Straßburg et al., 2008).

#### **5.1.4.2. Das Konzept nach F. Affolter (1970)**

Dieses Konzept, welches nach der gleichnamigen Entwicklerin Felicitas Affolter benannt wurde, basiert auf der kognitiven Entwicklungstheorie von J. Piaget (Straßburg et al., 2008). Seinen Ursprung hat es in der Arbeit mit Kindern mit einer Sprach- und/oder Hörstörung. Heute wird dieser Behandlungsansatz bei vielen unterschiedlichen Behinderungsformen angewendet. Affolter betont den sinnvollen Einsatz der Therapie vor allem bei Wahrnehmungsstörungen bei Menschen mit einer schweren intellektuellen Behinderung, Verhaltensstörung, Lernstörung, Spastik oder Autismus (Affolter, 2007).

Auch dieses Behandlungskonzept beruht auf der Annahme, dass durch eine Auseinandersetzung mit der Umwelt und deren direktes Spüren, ein Lernen ermöglicht wird. Da Menschen mit einer Wahrnehmungsstörung jedoch genau hier Probleme haben, kommt die Technik des therapeutischen Führens zum Einsatz. Hierbei soll dem Kind durch geführte Bewegungen ein möglichst großes Ausmaß an Spürinformation, und somit eine Wahrnehmung, vermittelt werden (Affolter, 2007).

Grundlegendes Ziel dieser Methode ist es daher, dem wahrnehmungsgestörten Menschen durch geführte Bewegungen die Möglichkeit zu geben „sinnvoll koordinierte Handlungsabläufe zu erleben und abzuspeichern, wodurch eine Basis für eigenständige Handlungsplanungen und –ausführungen geschaffen wird“ (Ackermann, 2001, S. 94). Es sollen durch das Affolter-Konzept jedoch neben kognitiven auch emotionale und motorische Leistungsfähigkeiten verbessert werden (Affolter, 2007).

Therapeuten setzen geführte Bewegungen in jenen Situationen ein, in denen das Kind Schwierigkeiten hat, eine Handlung richtig und selbständig auszuführen. Dabei umfassen sie die Hände, Füße oder andere Körperteile des wahrnehmungsgestörten Kindes und führen diese während der gesamten Handlung (Ackermann, 2001).

Geführt werden soll jedoch immer nur im Rahmen von alltäglichen Situationen, da nur solche Situationen als sinnvoll erachtet werden, was wiederum eine Voraussetzung für erfolgreiches Lernen darstellt (Affolter, 2007).

#### **5.1.4.3. Das Konzept nach M. Frostig (1963)**

Diese dritte vorgestellte Therapiemethode, bei welcher der Schwerpunkt auf der Bewegung und der visuellen Wahrnehmung liegt, wurde von der Psychologin und Pädagogin Marianne Frostig entwickelt (Seidel, 2007).

Aufgrund des Einbeziehens der Einschränkungen in Motorik, Sensorik und Kognition wird dieses Konzept besonders oft bei Kindern mit einer intellektuellen Behinderung eingesetzt (Wirth, 2000). Zur Zielgruppe zählen jedoch auch Kinder mit Lernstörungen und Entwicklungsstörungen, wobei das Frostig-Konzept bei Lernstörungen oft als Präventivmaßnahme bei Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter zum Einsatz kommt (Seidel, 2007).

Das Frostig-Konzept basiert auf der Humanistischen Psychologie und dient dazu, die „Motorik (Bewegung), Sprache, alle Wahrnehmungsfunktionen, die höheren kognitiven Funktionen, [und] die emotionale, soziale und kreative Entwicklung“ zu fördern (Seidel, 2007, S. 583). Außerdem soll das therapierte Kind ein besseres Körperbewusstsein erlernen. Um all dies zu erreichen, entwickelte die Konzeptbegründerin unterschiedliche Bewegungsspiele und Aktivitäten, welche im Laufe des Behandlungsprozesses angewendet werden sollen (Frostig, 1999). Dabei kommt es zum Training der Bereiche: visuomotorische Koordination, Figur-Grund-Unterscheidung, Wahrnehmungskonstanz, Wahrnehmung der räumlichen Lage und Erfassen räumlicher Beziehungen (Wirth, 1994).

#### **5.1.5. Wirksamkeit der Ergotherapie**

Die Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlungskonzepte bei Menschen mit intellektueller Behinderung, besonders jenes der Sensorischen Integration nach Ayres, wurde in der vergangen Zeit mehrfach bewiesen.

Eine Studie dazu wurde zum Beispiel von Wuang, Wang, Huang, und Su (2009)

durchgeführt, welche sich mit den Auswirkungen der Sensorischen Integrationstherapie bei sieben bis acht jährigen Kindern mit intellektueller Behinderung befassten. Dafür wurden die Kinder über 40 Wochen hinweg dreimal wöchentlich in einer jeweils einstündigen Einheit therapiert. Nach dem Ende der gesamten Behandlungszeit konnten wesentliche Verbesserungen dieser Kinder bezüglich ihrer Feinmotorik festgestellt werden.

Auch in einer weiteren Untersuchung, durchgeführt bei Kindern von 8 bis 19 Jahren mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und intellektueller Behinderung, zeigten sich durch das Behandlungskonzept der Sensorischen Integration positive Effekte. Es konnten nämlich unangemessene Verhaltensweisen, genauer gesagt, das selbst stimulierende und das selbst verletzende Verhalten, durch den Einsatz dieser ergotherapeutischen Methode reduziert werden (Smith, Press, Koenig, & Kinnealey, 2005).

Ähnliche Ergebnisse brachte die Studie von Ayres und Tickle (1980) hervor, welche sich mit Kindern mit Autismus beschäftigte. Nach dem Einsatz der Sensorischen-Integrations-Therapie konnten hier „eine Verbesserung der Sprache, des Registrierens der Umwelt, der sinnvollen Beschäftigung, des sozioemotionalen Verhaltens und eine Abnahme von selbst stimulierenden Verhaltens“ festgestellt werden (Roley et al., 2004, S. 25).

Auch die Kombination mit anderen Therapiemaßnahmen kann zu Verbesserungen führen. Norton (1975) konnte zeigen, dass durch den gemeinsamen Einsatz von Sensorischer Integration und dem Bobath-Konzept (siehe Punkt 5.2.4.1) bei Kindern mit einer schweren intellektuellen Behinderung Verbesserungen in den Bereichen „Haltungsreaktionen, ... Interaktion mit Menschen und ... Umgang mit Gegenständen“ erzielt wurden (Roley et al., 2004, S. 25).

Nach Ackermann (2001) bewirkt auch das Affolter-Konzept bei Menschen mit intellektueller Behinderung positive Veränderungen. So kam es durch diese Behandlung zu Verbesserungen des Muskeltonus, in Richtung Normalität, und zu einer Steigerung der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung. Weiters hatte die Behandlung nach dem Konzept von Affolter Auswirkungen auf den motorischen Bereich, da hier neben der Verbesserung der bereits beherrschten, auch neue Bewegungen erlernt werden konnten.

All diese Fähigkeiten, besonders die erhöhte Beweglichkeit, ermöglichen den behandelten Kindern oder Jugendlichen in Folge mehr Selbständigkeit im Alltag, wodurch das oberste Ziel jeder ergotherapeutischen Behandlung als erreicht angesehen werden kann.

## 5.2. Physiotherapie

Bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung kommt es häufig zu einem Auftreten von motorischen Störungen. Diese zeigen sich beispielsweise in Form einer abnormalen Körperhaltung, einer geringen Muskelspannung oder einer untypischen Muskelaktivität (Hogan et al., 2000; Hoover & Wade, 1985; Latash, 1992, zitiert nach Wuang et al., 2009). Zur Behandlung dieser Symptome wird die Physiotherapie eingesetzt, auf welche im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

### 5.2.1. Definition der Physiotherapie

Die Physiotherapie stellt eine Therapieart dar, welche im Normalfall vom Arzt verordnet werden muss und zur Behandlung von Bewegungsstörungen dient (Straßburg, 2010). Sie ist auch bekannt unter der älteren Bezeichnung Krankengymnastik. Wie der Name schon sagt, wird die Physiotherapie, im Gegensatz zur herkömmlichen Gymnastik nicht bei Gesunden, sondern bei Menschen mit einer Krankheit oder einer Behinderung eingesetzt (Maier-Michalitsch, 2009).

Neben der Behebung bzw. Verbesserung von Bewegungsstörungen geht es um eine „Allgemeine Vorbeugung ..., Verhütung von Körperschädigung, funktioneller Einschränkung und Behinderung, Behandlung akuter und chronischer Krankheit, Medizinische Wiederherstellung nach schwerer Krankheit, Operation ... [sowie] Nachsorge und Dauerbetreuung bei Geschädigten und funktionell Eingeschränkten“ (Cordes, Arnold, & Zeibig, 1989, S. 15).

Sie wird somit sowohl zur Prävention, als auch zur Therapie und Rehabilitation eingesetzt, wobei immer eine „allgemeine Anregung oder gezielte Behandlung gestörter physiologische[r] Funktionen mit physikalischen, naturgegebenen Mitteln, z.B. Wasser ..., Wärme ..., Licht ... [oder] statisch-mechanische Kräfte“ angestrebt wird (Pschyrembel, 2009, S. 815 f).

Nach Adler (1996a, S. 3) wird Physiotherapie außerdem definiert als eine „Reizbehandlung, bei der die Reizantwort des Organismus den entscheidenden Faktor darstellt. Das Reaktionsziel der Reize ist die Optimierung von Körperfunktionen und deren Koordination. Dies soll durch Einwirkungen auf physiologische Regulationen und teilweise auch in biochemischen Bereichen erreicht werden“.

Vor Mitte des 19. Jhdt. wurden gymnastische Übungen, anstatt für therapeutische Zwecke, nur zur generellen Kräftigung des Körpers eingesetzt (Maier-Michalitsch, 2009). Danach entwickelte der Schwede P. H. Ling unterschiedliche Halte- und Widerstandsübungen, welche noch immer in der physiotherapeutischen Behandlung zu finden sind. Ende des 19. Jhdt. integrierte A. Hoffa die Arbeiten von Ling schließlich in den Fachbereich Orthopädie. Dies kann heute als Beginn der Gymnastik in der Medizin gesehen werden. Es folgte eine stetige Weiterentwicklung, welche beispielsweise zum zusätzlichen Einsatz von Apparaten durch G. Zander und zur verstärkten Bedeutung von Massagen führte (Grosch, 1990).

Auch Versuche, die Entwicklung von Menschen mit einer intellektuellen Behinderung durch Bewegungsübungen zu fördern, gehen bereits bis in das 19. Jhdt. zurück. Nachdem in den 40er-Jahren vor allem Kriegsverletzte physiotherapeutisch behandelt wurden, entwickelte sich ab den 60er-Jahren, aufgrund des Ehepaares Bobath und V. Vojta, ein neurophysiologisches Grundlagendenken. Seitdem kam es zur Entwicklung von zahlreichen Behandlungsmethoden, welche heute je nach Erkrankung in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt werden können (Straßburg et al., 2008).

### **5.2.2. Grundlagen der Physiotherapie**

Die obersten Ziele in jedem physiotherapeutischen Behandlungsprozess liegen in der Erlangung höchstmöglicher Selbständigkeit im Alltag, der Förderung von sozialer Interaktion und der Schaffung von Voraussetzungen, um ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können (Maier-Michalitsch, 2009).

Hauptcharakteristikum der Physiotherapie ist dabei die Auseinandersetzung mit der Motorik des Menschen, wobei hierbei sowohl die Erkennung, als auch die Verbesserung von gestörten Funktionen wesentlich ist (Straßburg et al., 2008).

Zu den physiotherapeutischen Aufgaben können daher einerseits die krankengymnastische Befunderhebung und andererseits die Behandlung selbst gezählt werden.

Die Befunderstellung, welche zur Feststellung der vorhandenen Funktionsstörungen dient, stellt die Basis für die nachfolgende Behandlung dar. In der anschließenden physiotherapeutischen Behandlung können zwei Arten von Techniken eingesetzt werden, aktive und passive. Unter ersteren versteht man jene Übungen, mit denen es zu einer Muskelaktivität kommt. Passive Techniken zeichnen sich hingegen durch die Untätigkeit des Patienten aus, da dabei alle Übungen vom Behandelnden und ohne

aktiven Muskeleinsatz seitens des zu Therapierenden ausgeführt werden. Darunter werden beispielsweise Lagerungen, passives Bewegen oder Massagen zusammengefasst (Ehrenberg, Jückstock, & Witt, 1990).

Grundlegend ist jedoch immer, unabhängig davon welche Techniken zum Einsatz kommen, dass der Mensch als Ganzes erfasst und in den Mittelpunkt gerückt wird. Die Konzentration liegt somit auch in der Physiotherapie nicht nur auf den körperlichen Defiziten. Es wird darauf geachtet, die Persönlichkeit der zu behandelnden Person mit ihren unterschiedlichen Verhaltensweisen und Eigenschaften in den Behandlungsprozess einzubeziehen und auf diese individuell einzugehen (Sennewald, 1990).

Psychologische Kenntnisse – beispielsweise aus der Entwicklungspsychologie für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – sind daher auch in der Physiotherapie wesentlich. Sie können dem Therapeuten im Therapieprozess dahingehend helfen, menschliches Handeln besser zu verstehen und in Folge dessen sowohl das eigene Verhalten, wie auch jenes des zu Behandelnden einfacher zu lenken. Psychologische Ansätze können jedoch auch als Maßnahmen in der physiotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden und somit zu einer erhöhten Zielerreichung beitragen.

Besonders bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung sind Formen der operanten Konditionierung in der physiotherapeutischen Behandlung hilfreich. Hier werden beispielsweise Ansätze des selbständigen Essens oder An- und Auskleidens positiv verstärkt. (Maier-Michalitsch, 2009).

Zusammenfassend werden von Sennewald (1990) folgende Bereiche der Physiotherapie, in welchen psychologische Kenntnisse zum Einsatz kommen, genannt: die Erstbegegnung mit dem Patienten, die Phase der Befunderhebung, in welcher psychische Aspekte wie beispielsweise die Befindlichkeit und psychische Belastbarkeit erhoben werden, die Planung der Behandlungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der psychischen Befindlichkeit und der gesamte Behandlungsprozess bezüglich stetigem Motivationsaufbau beim Patienten.

### **5.2.3. Einsatzbereiche der Physiotherapie**

Durch die Anwendung in der Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Gynäkologie, Schmerztherapie und Inneren Medizin ergeben sich für die Physiotherapie zahlreiche Einsatzmöglichkeiten (Pschyrembel, 2009). Für die vorliegende Arbeit ist jedoch lediglich das Einsatzfeld Pädiatrie von Relevanz, welches im weiteren Verlauf dieser Arbeit näher

betrachtet wird.

Das physiotherapeutische Behandlungsspektrum der Pädiatrie ist weitreichend. Eingesetzt werden können die jeweiligen Techniken im Kindes- und Jugendalter beispielsweise bei:

- zerebral bedingten Bewegungsstörungen (z.B. Spastik, Rigor und Ataxie) (Kressin, 1996)
- chronisch entzündlichen Erkrankung der Gelenke (Arthritis) (Döring, 1996)
- Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates (Müller-Stephan, 1996)
- Entwicklungsverzögerungen (Müller-Stephan, 1996)
- Erkrankungen der Atemorgane (Adler, 1996c)
- Infektionskrankheiten (Adler, 1996b)
- Erkrankungen im Bereich des Herzkreislaufsystems (Adler, 1996b)

Dabei geht es nach Straßburg (2010) in der physiotherapeutischen Arbeit in der Pädiatrie vor allem um

- die Erkennung von Auffälligkeiten in der Bewegung und der Haltung
- die Förderung der eigenen- und dem Erlernen von neuen Fähigkeiten
- die Verbesserung der motorischen Fertigkeiten in alltäglichen Handlungen

#### **5.2.4. Therapiemethoden der Physiotherapie**

Neben den Basistechniken zählen heutzutage das Bobath-Konzept und die Vojta-Therapie zu den am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung eingesetzten physiotherapeutischen Methoden (Maier-Michalitsch, 2009). Im Folgenden sollen diese beiden bedeutendsten Ansätze näher dargestellt werden.

##### **5.2.4.1. Bobath-Konzept (1943)**

Das Bobath-Konzept, welches auf den Grundlagen der Neurophysiologie basiert (Nacke, 2005), wurde von dem Ehepaar Berta und Karl Bobath entwickelt und stellt heute eine der wichtigsten physiologischen Behandlungsmethoden dar. Es kann jedoch nicht nur in der Physiotherapie eingesetzt werden, sondern findet auch Anwendungen in anderen Disziplinen wie der Ergotherapie und der Logopädie. Behandelt werden können sowohl

Kinder als auch Erwachsene „mit angeborenen und/oder erworbenen Störungen des Zentralnervensystems, z.B. sensomotorischen Auffälligkeiten, kognitiven Beeinträchtigungen, und anderen neurologischen Erkrankungen“ (Biewald, 2010, S. 180). Außerdem kommt es bei Kindern mit Koordinationsstörungen und genetisch bedingten Behinderungen zum Einsatz (Stehmeier, 2002). Grundsätzlich geht es in diesem Behandlungskonzept um die Schaffung von Bedingungen, unter denen die sensomotorischen Fähigkeiten optimal entwickelt und erlernt werden können. Gleichzeitig finden auch immer geistige, emotionale und soziale Aspekte Berücksichtigung (Biewald, 2010).

Darauf aufbauend soll das Ziel verfolgt werden, vorhandene Fähigkeiten zu verbessern. All dies soll zu einer Erhöhung der Selbständigkeit im Alltag und der Lebensqualität, sowohl des zu Behandelnden als auch der Angehörigen, führen (Schellhammer, 2012). Weitere wesentliche Ziele des Konzeptes können einerseits in der Steigerung des Selbstbewusstseins des Kindes – durch Bewusstmachung der eigenen Stärken – andererseits in der flexiblen Anpassung der Behandlung an die Fähigkeiten und an die Reaktionen des Kindes, gesehen werden (Maier-Michalitsch, 2009).

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wird der Patient hinsichtlich „Haltung, Bewegung, Körpergefühl, Balance, äußerer Erscheinung, geistiger Fähigkeiten, Wahrnehmung und Psyche“ behandelt (Pschyrembel, 2009, S. 816).

Im Gegensatz zu anderen Methoden liegen dem Bobath-Konzept keine standardisierten und vordefinierten Übungen, sondern individuelle, alltagsrelevante Aktivitäten zugrunde. Im Mittelpunkt stehen dabei die Bereiche „Kommunikation, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Auskleiden, Fortbewegung, Spiel und Beschäftigung“ (Biewald, 2010). Auch wenn konkrete Übungsanleitungen fehlen, so gibt es nach Schellhammer (2012) dennoch Anweisungen bezüglich therapeutischer Vorgehensweisen in alltäglichen Situationen, dem so genannten „Handling“. Diese sollen dem Kind ein Höchstmaß an Selbständigkeit im Alltag ermöglichen, in dem die Umwelt an die besonderen Bedürfnisse des Kindes angepasst und je nach Bedarf Hilfsmittel eingesetzt werden.

#### **5.2.4.2. Vojta-Therapie (1950)**

Nachdem sich der Neurologe V. Vojta über lange Zeit hinweg mit den Reaktionen auf externe Reize im motorischen Bereich bei Kindern mit einer schwer ausgeprägten Zerebralparese beschäftigte, entwickelte er die Vojta-Therapie. Eingesetzt wird sie heute vor allem „bei Kindern mit zentralen Koordinationsstörungen bzw. zerebralen Bewegungsstörungen, bei Spina bifida, Kindern mit Hüftdysplasien,

Querschnittsyndromen, Plexusparesen, skoliotischen Veränderungen und allen Gebieten der pathologischen Bewegungsentwicklung“ (Maier-Michalitsch, 2009, S. 124).

Diese Therapiemethode basiert auf der Annahme Vojtas, dass Grundstrukturen der menschlichen Motorik bis zu einem gewissen Grad vererbt werden. Somit ging er davon aus, dass die optimale Motorik angeboren ist (Straßburg et al., 2008). In Folge von Störungen entwickelt das menschliche Gehirn jedoch neue Bewegungsmuster, da ein automatisches Zurückgreifen auf abgespeicherte Muster der Bewegung, wie es bei gesunden Menschen der Fall ist, nicht möglich ist. Genau hier setzen die Techniken der Vojta-Therapie an, indem die so genannte Reflexlokomotion aktiviert und alte Bewegungsmuster in Folge wieder abrufbar werden. Vojta hatte also die Vorstellung, dass ein Eingreifen in die Gehirnsteuerung zu verbesserten Bewegungsmustern führt (Schellhammer, 2012).

Im Gegensatz zum Bobath-Konzept liegen im Rahmen dieses Konzeptes genaue Anweisungen zu Positionen und Techniken vor (Maier-Michalitsch, 2009). Die unterschiedlichen Ausgangsstellungen, welche das Kind am Beginn einer Therapiebehandlung einnehmen muss, stellen die Basis jeder Vojta-Behandlung dar. Anschließend werden durch externe Reize an bestimmten Stellen des Körpers, durch Druckausübung, typische Bewegungsmuster ausgelöst. Die Körperzonen und die Stärke der Druckausübung bzw. die Druckrichtung können dabei variieren und sollen jeweils an das Kind angepasst werden, wobei auch die Möglichkeit besteht, mehrere Körperzonen gleichzeitig zu aktivieren (Schellhammer, 2012).

Den Vorteil dieser standardisierten Vorgabe sah Vojta darin, dass dadurch auch Eltern die unterschiedlichen Therapietechniken einfach erlernen und anwenden können (Maier-Michalitsch, 2009). Dies ist notwendig, da die Behandlung, um den besten Therapieerfolg zu erzielen, zwei bis vier Mal täglich, jeweils für ungefähr 15 Minuten, von den Eltern durchgeführt werden sollte (Straßburg et al., 2008).

### **5.2.5. Wirksamkeit der Physiotherapie**

Generell besteht nach Straßburg (2010, S. 25) unter all jenen Autoren, welche sich umgehender mit dieser Thematik beschäftigten, Übereinstimmung darin, dass „jede Form von Physiotherapie die Kontrolle der Körperhaltung verbessert, dass sie Sekundärprobleme wie Kontrakturen, Fehlhaltungen und Schmerzen verringert und bei der Motivation der Patienten zu Aktivität und Partizipation helfen kann“.

Studien zur Wirksamkeit der Physiotherapie gibt es bislang jedoch nur wenige. Maier-

Michalitsch (2009) führt dies unter anderem auf die meist unterschiedlich zugrunde liegenden Theorien, schlechte Vergleichbarkeit der einzelnen Methoden, die fehlende Standardisierbarkeit der Therapiedurchführung – da auch Faktoren wie Persönlichkeit und der jeweilige Behandlungsstil des Therapeuten mit einfließen – und eine Vielzahl anderer Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes, welche nicht gemessen werden können, zurück. Dennoch konnten Untersuchungen belegen, dass die Physiotherapie mit ihren unterschiedlichen Methoden, wie folgt dargestellt, einen Einfluss hat, wobei sich die meisten Studien auf das Bobath-Konzept bei spastischen Zerebralpareesen beziehen.

So konnte beispielsweise die Studie von Knox und Evans (2002), in welcher es um die Auswirkungen der Behandlung mit dem Bobath-Konzept geht, positive Effekte nachweisen. Die Ergebnisse von 15 Kindern mit Zerebralparese, im Altersbereich zwischen zwei und zwölf Jahren, konnten am Ende der Untersuchung berücksichtigt werden. Die Kinder wurden über einen Zeitraum von 12 Wochen jeweils drei Mal wöchentlich nach dem Bobath-Konzept behandelt, woraufhin die Autoren folgende Erfolge verzeichnen konnten: Besonders positive Effekte hatte die Behandlung mit dem Bobath-Konzept auf Fähigkeiten, welche in alltäglichen Situationen gebraucht werden. Hier kam es beispielsweise zu einer Verbesserung des eigenständigen An- und Auskleidens, des Waschens des Körpers und des Zähneputzens. Dadurch wurde eine Erhöhung der Selbständigkeit in einzelnen Bereichen erreicht, was wiederum zu einem verminderten Unterstützungsbedarf führte.

Auch die Vojta-Therapie wird als effektive physiotherapeutische Maßnahme angesehen. Unter anderem zeigte Ernst (1983), dass durch die Vojta-Behandlung bei Kindern mit zentralen Koordinationsstörungen bessere Ergebnisse in den Bereichen Grobmotorik und Wahrnehmung verzeichnet werden konnten (Schick, 2001).

### **5.3. Logopädie**

Nach Franke (2012) hängt die in den ersten Lebensjahren des Kindes auftretende sprachliche Entwicklung, das heißt einerseits das Sprachverständnis und andererseits die Produktion der Sprache, wesentlich mit der psychischen Entwicklung eines Menschen zusammen. Obwohl nicht alle Menschen mit intellektueller Behinderung von einem verminderten Sprechvermögen betroffen sind (Wirth, 1994), findet bei dieser

Population der Spracherwerb aufgrund von Lernbehinderungen in den motorischen, kognitiven, sensorischen und emotionalen Bereichen meist verändert statt. Es kommt in Folge zu Einschränkungen, die sowohl die Quantität, als auch die Qualität der Sprache betreffen. Dies schließt jedoch nicht aus, dass der Spracherwerb nicht erlernt werden kann, er muss nur durch entsprechende Therapie gefördert werden (Franke, 2012). Das folgende Kapitel legt in diesem Kontext seinen Schwerpunkt auf die Möglichkeiten der Förderung.

### **5.3.1. Definition der Logopädie**

Logopädie ist ein medizinisch-technischer Dienst, der sich mit der Behandlung unterschiedlicher Sprach-, Sprech-, Schluck-, Stimm- und Kommunikationsstörungen von Menschen jeden Alters beschäftigt (Baumgartner, 2008). Nach Grohnfeldt (2012) wird Logopädie, auch bekannt unter der älteren Bezeichnung Sprachtherapie, definiert als die

*Gesamtheit der Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Interventionen zwischen der Therapeutin und der betroffenen Person ablaufen und sich auf die Beseitigung, Linderung oder Kompensation der Sprachstörung an sich und ihre psychosozialen Auswirkungen erstrecken. Dies bezieht sich auf die Betroffenen selbst sowie auf ihr soziales Umfeld (S. 17).*

Obwohl die Logopädie ursprünglich aus dem medizinischen Bereich kommt – was auch durch die für den Therapiebeginn notwendige ärztliche Diagnose mit anschließender Therapieverordnung sichtbar wird – beruhen die angewandten Methoden ebenso auf einem linguistischen, psychologischen und pädagogischen Denken. Besonders der Disziplin Psychologie wird dabei eine hohe Bedeutung beigemessen (Grohnfeldt & Ritterfeld, 2005).

Bereits am Ende des 19. Jhdt. entwickelte sich innerhalb der Disziplin Medizin die Phoniatrie, auch bekannt unter der Bezeichnung Stimm- und Sprachheilkunde, als neue Fachrichtung (Zehmisch et al., 1979, zitiert nach Braun & Macha-Krau, 2005). Die Bezeichnung Logopädie wurde 1913 von Emil Fröschel, einem Spracharzt aus Wien, eingeführt (Grohnfeldt, 2012). Im Laufe der Nachkriegszeit kam es zur Errichtung einer zunehmenden Anzahl an Institutionen und Kliniken, welche sich genauer mit der Erforschung logopädischer Störungen befassten. Doch die Versorgung von Menschen mit Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen war aufgrund von wenigen ausgebildeten

Logopäden noch lange Zeit eher schlecht. Erst ab dem Jahre 1962 wurden an Universitätskliniken erste Lehrgänge für Logopädie angeboten. Zwölf Jahre später bewirkte das Rehabilitationsangleichungsgesetz für alle Krankenkassen eine verpflichtende Übernahme der anfallenden Kosten von logopädischen Behandlungen (Braun & Macha-Krau, 2005). Die Berufsbezeichnung des Logopäden wurde durch das 1980 eingeführte Logopädengesetz geschützt und zugleich eine einheitliche dreijährige Ausbildung für alle angehenden Logopäden beschlossen (Grohnfeldt, 2012).

### **5.3.2. Grundlagen der Logopädie**

Nach Grohnfeldt und Ritterfeld (2005) ist das Hauptziel der Logopädie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit des Patienten. Dies erweitert Von Suchodoletz (2010) mit der Ausführung, dass es das Ziel einer jeden logopädischen Behandlung sei, für sprachauffällige Kinder „möglichst optimale Entwicklungsbedingungen zu schaffen oder, wie es in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2005) heißt, die soziale Integration des Kindes zu unterstützen und seine Teilhabe am sozialen Leben zu verbessern“ (S. 61). Um den besten Therapieerfolg erzielen zu können, ist es außerdem wichtig, auch die Eltern des Kindes in den Therapieprozess miteinzubeziehen. Somit sollen diese auf der einen Seite über das Störungsbild ihres Kindes informiert und zu häuslichen Fördermöglichkeiten beraten werden, auf der anderen Seite soll es auch zu einer Unterstützung der Eltern und Angehörigen, in ihrem Bewältigungsprozess mit der erhöhten Belastung im Alltag, kommen.

Es wird also deutlich, dass Logopädie ein Fachgebiet ist, bei welchem es um die Untersuchung, die Vorbeugung und die Behandlung einer Störung geht, wobei immer auch versucht wird, auf das soziale Umfeld einzugehen (Grohnfeldt & Ritterfeld, 2005). Daraus ergibt sich ein breites Aufgabenfeld für die Logopädie, zu dem die Therapie selbst, die logopädische Rehabilitation, Prävention, Beratung und Diagnostik zählen (Grohnfeldt, 2012).

Charakteristisch für die logopädische Arbeit ist dabei ein normatives Vorgehen. Nachdem im Rahmen einer Diagnostik eine von der Norm abweichende Störung festgestellt wird, geht es im darauffolgenden Behandlungsprozess um eine weitestgehend mögliche Angleichung an die Norm. Hierfür greift man auf interdisziplinäres Wissen zurück, berücksichtigt „sowohl medizinische als auch psychische Ursachen- und Zusammenhangsfaktoren von Kommunikationsstörungen“ (S. 29) und orientiert sich ebenfalls an anderen Disziplinen wie der Linguistik (Grohnfeldt &

Ritterfeld, 2005).

Das zugrunde liegende psychologische Denken in der Logopädie zeigt sich nach Donczik (1997) bereits darin, dass der Fokus auf die gesamte Persönlichkeit des Menschen, und nicht nur auf seine spezifischen Störungen, gelegt wird. Eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit hat schließlich auch weitreichende Auswirkungen auf andere Bereiche, wie z.B. das psychische Wohlbefinden und die Selbständigkeit im Alltag.

Die Wichtigkeit der Verbindung von Logopädie und Psychologie hat bereits Krech (1959, zitiert nach Donczik, 1997) dargelegt, indem er eine „kombiniert-psychologische Übungstherapie“ forderte, zu der er eine „Beratung, Belehrung, entlastende Aussprache, Beruhigung, Ermutigung und Übung sowie soziale Therapie [und] Einbeziehung der Umwelteinflüsse“ zählte (S. 306).

Spezielle Überschneidungen beider Disziplinen finden sich heute beispielsweise in den sich ergänzenden Diagnoseverfahren. Denn um eine logopädische Diagnose stellen zu können, werden oft psychodiagnostische Vorerhebungen herangezogen, zwecks „Ermittlung allgemeiner leistungsdiagnostischer Daten wie die Feststellung des intellektuellen Entwicklungsstandes, der Lernfähigkeit, der psychomotorischen Entwicklung, der Konzentrationsfähigkeit und des kognitiven Tempos“ (S.293).

In den psychologischen Diagnoseprozess fällt auch die Persönlichkeitsdiagnostik, deren Erkenntnisse bei einer optimalen Gestaltung und Erstellung eines logopädischen Therapieplans helfen kann (Donczik, 1997).

### **5.3.3. Einsatzbereiche der Logopädie**

Die logopädische Behandlung bei Kindern mit IB wird in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt, wobei bereits im Säuglingsalter mit der Therapie begonnen werden kann. Nach Wirth (1994) kommt es bei Kindern mit intellektueller Behinderung in der Zeit nach der Geburt zu keinem selbständigen Saugen, sie schreien selten, schlafen viel und zeigen innerhalb der ersten drei Jahre ein eher passives Verhalten. Genau in dieser Phase werden jedoch schon wichtige Fähigkeiten trainiert, welche Voraussetzung für eine normale und gute Sprachentwicklung darstellen. Beispielsweise kommt es durch den fehlenden Saugreflex des Kindes zu einer schwach ausgeprägten Mundmuskulatur, die jedoch später für die Artikulationsfähigkeit notwendig ist. Um hier anzusetzen bzw. um einer mangelhaften Sprachentwicklung, welche auch Dyslogie genannt wird, bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung entgegenzuwirken, wird die Logopädie eingesetzt.

Dyslogien können nach Wirth (1994) bei allen Stufen von Intelligenzminderung (leicht, mittel, schwer, schwerst) auftreten, wobei sie am häufigsten bei leichten und mittelschweren intellektuellen Behinderungen zu finden sind.

Zusätzlich zu diesem Störungsbild kann es bei Menschen mit intellektueller Behinderung noch zu anderen Störungen, bezogen auf die Sprache, kommen, zu denen „Seh-, Hör-, Milieustörungen, Dysarthrie, Näseln, Poltern und Stottern“ gehören, welche im Laufe des logopädischen Therapieprozesses behandelt werden (Wirth, 1994, S. 743).

Im Folgenden kommt es zur näheren Darstellung einiger davon. Die Kenntnis der Bedeutungen von Seh-, Hör- und Milieustörungen wird vorausgesetzt, weshalb diese Störungen in der folgenden Erläuterung ausgelassen werden.

Dysarthrien sind nach Grohnfeldt (2012) definiert als „neurogen bedingte Sprechstörungen, bei denen die Sprechbewegungsmuster nicht koordiniert werden können. Betroffen sind die Muskulatur der Atmung, des Kehlkopfes und der ... Artikulationsmuskulatur“ (S. 151). Diese Sprechstörungen bedingen daher die bei Kindern mit IB häufig auftretenden Artikulationsstörungen.

Beim Näseln, auch Rhinophonien genannt, handelt es sich um eine „Störung des Stimmklanges bei veränderter Nasalität“, wobei unterschieden werden muss zwischen geschlossenem oder offenem Näseln (Grohnfeldt & Ritterfeld, 2005, S. 23). Beim geschlossenen Näseln fehlt „dem Stimmklang ... der nasale Beiklang. Es klingt nach verstopfter Nase“ (S. 33). Im Unterschied dazu bezeichnet man unter einem offenen Näseln eine zu hohe Luftmenge, welche beim Sprechen durch die Nasen ausgestoßen wird (Bergauer & Janknecht, 2011).

Grohnfeldt (2012) zählt hingegen das Stottern zu den Störungen der Sprechflüssigkeit, da der Redefluss durch eine teilweise Wiederholung von einzelnen Lauten immer wieder unterbrochen wird.

Eine Kombination der Beeinträchtigung von Sprache und Sprechen stellt das sogenannte Poltern dar. Dieses ist gekennzeichnet „durch ein überhastetes, unrhythmisches Sprechen und Unterbrechungen des Redeflusses .... Besonders hervorstechend sind Auslassungen und Verschmelzungen von Lauten und Silben“ (Grohnfeldt, 2012, S. 127).

#### **5.3.4. Therapiemethoden der Logopädie**

Generell können nach Hülse (2001) in der logopädischen Behandlung zwei unterschiedliche Vorgehensweisen voneinander abgegrenzt werden. Es können Methoden zur Anwendung kommen, welche

- a) als Vorbereitung auf eine spätere Sprachtherapie dienen (beispielsweise durch eine bereits im Säuglingsalter beginnende Trinktherapie, um späteren Schluckstörungen oder beeinträchtigten Mundschluss entgegenzuwirken)
- b) direkt an den Sprach- und Sprechstörungen ansetzen (zum Beispiel durch Übung der Atmung und der Aussprache von einzelnen Lauten).

Die Methoden zur Sprachtherapie-Vorbereitung beziehen sich besonders auf die Stärkung der Muskulatur im Mundbereich. Genauer gesagt geht es um das Erlernen von richtigem Kauen, Schlucken und Saugen. Übungen anhand derer zum Beispiel die mimische Muskulatur trainiert werden kann, sind das Grimassenschneiden oder das Aufblasen eines Luftballons. Als Vorbereitung des Sprechens kommt es außerdem zur Anregung von eigenständigen Lautäußerungen, dem Training einer aktiven Zuwendung zu Geräuschen und einer Erhöhung der Lippen- und Zungenaktivität (Wirth, 1994).

Hier ist besonders die frühzeitige Behandlung, das heißt ein Beginn vor dem dritten Lebensjahr, sehr wichtig, da sich in dieser Zeit viele Sprach- und Sprechfertigkeiten entwickeln (Hülse, 2001). Sobald eine direkte Sprachtherapie eingesetzt werden kann, beginnt man laut Wirth (1994) mit der Förderung des Sprachaufbaus. Dafür können unterschiedliche Methoden zum Einsatz kommen wie beispielsweise

- das Erlernen unbekannter Sprachlaute,
- Übungen, um auditive Fähigkeiten zu schulen: Lernen der „Unterscheidung von Straßengeräuschen, Instrumenten, Stimmen, Werkzeugen“ (S. 750) etc. beziehungsweise der Abschätzung von laut, leise, weit weg, nahe usw.,
- Stimm- und Atemübungen,
- die „Beeinflussung der passiven Allgemeinhaltung mit offenem Mund, des oberflächlichen Atems und der überdosierten Luftabgabe durch Stimmbildung, Singen“ etc. (Wirth, 1994, S. 750).

Der Einsatz der Fördermethoden hängt im Endeffekt von der Ausprägung der intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderung des Kindes ab. In Fällen, in denen das Kind eine leichte intellektuelle Behinderung mit einem Sprachrückstand zeigt, wird das Hauptaugenmerk auf die Förderung der Sprachfähigkeit gelegt, wodurch gleichzeitig günstige Auswirkungen auf die intellektuellen Fähigkeiten erzielt werden können.

Haben Kinder jedoch eine schwere intellektuelle Behinderung, ist es ratsam, sie anstelle von sprachtherapeutische, durch Anwendung von sonderpädagogischen Methoden zu fördern. Hierzu zählen zum Beispiel die Förderung der Motorik- und des

Wahrnehmungsbereiches (Anregung des Tast-, Hör-, und Sehsinns) und der Aufbau von Blick-, Hör- und Hautkontakt mit dem Kind (Wirth, 1994).

Im Folgenden soll nun auf eine spezielle Methode, welche besonders oft bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder Mehrfachbehinderung eingesetzt wird, näher eingegangen werden.

#### **5.3.4.1. Unterstützte Kommunikation**

Bei jenen Kindern, die „aufgrund ihrer zentralen Verarbeitungsprobleme oder zusätzlicher schwerer motorischer Störungen die Lautsprache nicht erwerben können“ kommt es zum Einsatz von alternativen Formen der Kommunikation (Sarimski, 2001, S. 94). Zur Zielgruppe zählen unter anderem Kinder mit intellektueller Behinderung oder einer Zerebralparese (Keilmann, Büttner, & Böhme, 2009).

Nach Nonn (2011) kann die Methode der unterstützten Kommunikation den betroffenen Menschen dabei helfen, sich mit anderen Menschen zu verständigen und eigene Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken.

Grundsätzlich kann diese Methode bei Menschen aller Altersgruppen angewendet werden, insofern eine Störung der Kommunikation über die Lautsprache vorliegt. Bereits seit Ende der 80er Jahre kommt diese Technik auch bei Menschen mit einer sekundären Sprachstörung, zu denen Menschen mit intellektueller Behinderung, Mehrfachbehinderung oder Störungen aus dem Autismus-Spektrum zählen, zur Anwendung (Nonn, 2011).

Da sowohl das Verstehen als auch die Produktion der Sprache beeinträchtigt sein können, aber nicht zwangsläufig beide von einer Störung betroffen sein müssen, muss bei der Unterstützung zwischen nonverbal und non-speaking unterschieden werden.

- *Non-speaking* bezeichnet Menschen, deren Sprachvermögen normal ist, denen jedoch das Sprechen selbst Probleme bereitet. Dies ist beispielsweise bei Menschen mit einer zentralen Sprechstörung der Fall.
- *Nonverbal* beschreibt hingegen Menschen, die sowohl beim Sprachverständnis, als auch bei der Sprachproduktion Hilfe benötigen. Betroffene Menschen, beispielsweise Menschen mit einer schweren intellektuellen Behinderung, zeigen große Schwierigkeiten Sprache zu gebrauchen bzw. überhaupt zu verstehen. Hierfür kann der Einsatz eines sogenannten Kommunikationsbuches hilfreich sein, mit welchem das Gesagte durch die gleichzeitiger Vorgabe von Bildern besser verständlich werden soll (Nonn, 2011).

Im Folgenden werden nun die unterschiedlichen Methoden der unterstützten Kommunikation, welche bei Menschen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung eingesetzt werden, beschrieben.

Nonn (2011) zählt einerseits lautsprachunterstützende Gebärden auf, welche der Gebärdensprache ähneln. In diesem Fall stellt jedoch jede Gebärde nicht alle einzelnen Wörter, sondern nur die Wesentlichsten einer Aussage dar, um das Sprachgedächtnis von Menschen mit intellektueller Behinderung nicht zu überfordern. Mit dieser Methode kann sowohl das Sprachverständnis erhöht, als auch die Kommunikationsfähigkeit erlangt werden.

Es können jedoch, speziell bei Menschen mit einer schweren intellektuellen Behinderung, Sehbeeinträchtigung und/oder gestörter visueller Wahrnehmung, auch körperfremde Hilfsmittel als Kommunikationsunterstützung eingesetzt werden. Darunter versteht man Zeichen und Symbole, die aufgrund ihrer Dreidimensionalität für den Menschen erfühlbar sind und den realen Gegenständen in ihrer Form ähneln bzw. teilweise ident sind. Beispielsweise kann eine Tasse gezeigt werden, um zu veranschaulichen, dass man etwas trinken möchte. Somit stellt, ähnlich wie bei den Gebärden, jedes Symbol ein gewisses Objekt, ein Ereignis, eine Handlung usw. dar.

Sobald Menschen mit intellektueller Behinderung eine abstraktere Symbolfunktion entwickelt haben, können anstatt der tastbaren Symbole entweder die oben beschriebenen Gebärden, oder Bildsymbole eingesetzt werden. Bei Bildsymbolen kann eine Situation, Wunsch, Handlung usw. entweder in Form eines Fotos, eines gezeichneten Symbols oder aber auch als Schrift abgebildet sein (Nonn, 2011).

### **5.3.5. Wirksamkeit der Logopädie**

Die generelle Wirksamkeit von Logopädie wurde durch verschiedene Studien bestätigt. Als ausreichend gesichert werden jedenfalls die kurzfristigen Effekte von logopädischen Interventionen und somit eine Verbesserung unmittelbar nach Behandlungsende angesehen. Die Frage, wie lange diese Effekte andauern, ist, aufgrund zu weniger Langzeitstudien im logopädischen Bereich, bis jetzt jedoch nicht eindeutig geklärt.

Obwohl Logopädie bei sehr vielen Kindern mit Störungen des Sprechens, der Sprache und der Kommunikation eingesetzt wird, konnte bislang noch nicht eindeutig belegt werden, welche Störungsbilder und welche Altersgruppe am meisten von dieser Therapie profitieren. Auch dies ist auf die geringe Anzahl der durchgeführten bzw. der teilweise methodisch mangelhaften Studien zurückzuführen (Von Suchodoletz, 2010). Betrachtet man jedoch die Therapieeffekte auf die einzelnen Sprachstörungen, so zeigt

sich, dass sich vor allem positive Verbesserungen der Lautbildungsstörungen und des gesteigerten aktiven Wortschatzes verzeichnen lassen (Von Suchodoletz, 2009).

Als sehr positiv wurde bis jetzt die Methode der unterstützten Kommunikation bewertet, deren Wirksamkeit besonders häufig bei Kindern mit Down-Syndrom untersucht wurde. Diese zeichneten sich nach der logopädischen Behandlung durch eine Erhöhung der Wortspeicherungsfähigkeit und folgend durch eine Verbesserung ihrer Kommunikationsfähigkeit aus (Keilmann, Büttner, & Böhme, 2009). Auch für die phonologische und semantische Therapie konnten in einer Studie von Glück (2003) positive kurz- und mittelfristige Effekte aufgezeigt werden (Baumgartner, 2008).

Überlegenheit von einzelnen Therapieverfahren gegenüber anderen logopädischen Maßnahmen konnte jedoch generell keine festgestellt werden. Sie erzielen alle gleichsam positive Effekte (Law, Garrett, & Nye, 2004; Leonard, 1998; Nay et al., 1987; zitiert nach von Suchodoletz, 2009).

Bezüglich der Therapiedauer erwiesen sich logopädische Behandlungen, welche sich über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen erstreckten, in Relation zu kürzer andauernden Behandlungen, als wirksamer (Law et al., 2004, zitiert nach Baumgartner, 2008).

#### **5.4. Therapeutisches Reiten**

Die Bezeichnung Therapeutisches Reiten beinhaltet nach Gäng (2009a) sowohl psychologische, therapeutische als auch rehabilitative Aspekte. Aufgabe ist es, durch den Einsatz des Pferdes bei Menschen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung positive Effekte sowohl im physischen wie auch im psychischen Bereich zu erzielen.

Jede Teilkomponente im Behandlungsablauf mit dem Pferd trägt dazu bei. So kann beispielsweise das alleinige Berühren des Pferdes dabei helfen, die Sinnesmodalitäten zu verbessern. Beim Reiten selbst kann der Patient einerseits lernen seinen eigenen Körper besser wahrzunehmen, andererseits kommt es durch die selbständige Führung des Pferdes zu einer Stärkung des Selbstwertes – Kinder fühlen sich stolz auf einem Pferd reiten zu können und verspüren gleichzeitig das Gefühl der Kontrolle.

Nach Gutenbrunner und Weimann (2004) ist die positive Wirkungsweise des Reitens bereits seit dem Mittelalter bekannt.

Zu Beginn fand jedoch eher der gesundheitsfördernde und weniger der therapeutische Nutzen des Reitens Beachtung. Erst ab 1950 wurde das Therapeutische Reiten in Form der Hippotherapie populär. Nach und nach wurde auch ein anderer Therapieansatz entwickelt, welcher unter dem Namen Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren bekannt wurde. Vorreiter waren Deutschland und die Schweiz, in Österreich wird diese Therapiemethode erst seit den 70er Jahren eingesetzt (Gäng, 2009b).

#### **5.4.1. Arten des Therapeutischen Reitens**

Besonders seit den 60er Jahren fand eine stetige Weiterentwicklung des Therapeutischen Reitens statt (Kupper-Heilmann, 2012). Mittlerweile werden die Bereiche Sport, Medizin und Psychologie/Pädagogik von den folgenden drei Arten, welche unter der Bezeichnung Therapeutisches Reiten zusammengefasst werden, abgedeckt:

- a) Reiten als Sport für Menschen mit einer Behinderung (Sport)
- b) Hippotherapie (Medizin)
- c) Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren (Psychologie/Pädagogik)  
(Ihm, 2004).

##### **5.4.1.1. Reitsport für Menschen mit Behinderung**

Unter dem Begriff Reitsport für Menschen mit Behinderung werden alle bekannten Arten des Reitsports (beispielsweise Dressurreiten und Springreiten) verstanden, welche Menschen mit einer Behinderung ausführen können, sofern sie die sportlichen Fähigkeiten dafür, das heißt die Kraft eigenständig zu Reiten, besitzen (Kupper-Heilmann, 2012). Gegebenenfalls können spezielle Hilfsmittel eingesetzt werden, welche dem Menschen mit Behinderung das Reiten erleichtern (Marreck, 1982).

Diese Sportart ist besonders für Menschen mit einer körperlichen Behinderung geeignet, da das Pferd die Mängel des bewegungsbeeinträchtigten Menschen ausgleichen kann und ihm somit die Möglichkeit gibt, zusammen mit Menschen ohne Behinderung Sport zu betreiben (Strauß, 2000).

#### **5.4.1.2. Hippotherapie**

Im Rahmen der Hippotherapie wird das Pferd als Therapiemittel eingesetzt. Die Hippotherapie versteht sich als ein Teilgebiet der Physiotherapie, weshalb es bei dieser Art des therapeutischen Reitens besonders um die Durchführung von krankengymnastischen Übungen geht (Gutenbrunner & Weimann, 2004).

Nach Strauß (2000) ist das Ziel einer jeden Behandlung in der Hippotherapie die Bewegungsstörungen und somit die Motorik des Patienten zu verbessern. Während alle Übungen im Tempo der Pferdegangart Schritt durchgeführt werden, ist der Patient pro Minute über 100 verschiedenen Schwingungsimpulsen ausgesetzt, welche unterschiedliche Auswirkungen haben. Aus medizinischer Sicht wirkt sich der Rhythmus der Gangbewegung des Pferdes einerseits auf den Spannungszustand der Muskulatur des Menschen aus, wodurch der Tonus entweder erhöht oder vermindert werden kann. Andererseits wird durch die ständige Bewegung des Pferdes generell die Koordinations- und Gleichgewichtsfähigkeit geschult. Doch auch die psychologische Komponente dieser Therapie darf nicht außer Acht gelassen werden. Der Vertrauensaufbau sowohl zum eigenen Körper, als auch zum Pferd hat positive Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten und stärkt das Selbstbewusstsein. Weiters verspürt der Patient durch die Möglichkeit der direkten Kommunikation zwischen ihm und dem Pferd, welche durch die Bewegung erfolgt, mehr Freude und Motivation – beides sehr wesentliche Faktoren für den Therapieerfolg (Strauß, 2000).

Eingesetzt wird die Hippotherapie vor allem bei Menschen mit einer Spastik (erhöhte Spannung der Muskulatur), Ataxie (verminderte Spannung der Muskulatur und Koordinationsstörungen) oder bei Paresen (Muskellähmungen). Diese Erscheinungsformen treten gehäuft bei Krankheiten wie Multiple Sklerose, Infantile Zerebralparese oder Diplegie auf (Schütte, 2009b).

Grundsätzlich können Personen jeden Alters therapiert werden, die Vorgangsweise unterscheidet sich jedoch bei Kindern und Erwachsenen (Strauß, 2000). Da für die vorliegende Arbeit nur die Hippotherapie bei Kindern relevant ist, wird auch nur auf diese näher eingegangen.

Bei der Kinder-Hippotherapie gibt es nach Strauß (2000) mehrere Punkte, die zu beachten sind. Eine Grundvoraussetzung ist, dass die Behandlung erst ab dem vierten Lebensjahr begonnen werden sollte, da in der Zeit davor die körperliche und psychische Entwicklung, bezogen auf die Krümmung der Wirbelsäule und die Konzentrationsfähigkeit des Kindes, noch nicht weit genug fortgeschritten ist. Generell muss besonders bei Kindern mit einer Intelligenzminderung darauf geachtet werden, dass sie die große Anzahl an auf sie einwirkenden Reizen auch richtig verarbeiten können, um eine Überstimulation zu vermeiden. Diese hätte entweder eine

Hyperaktivität oder eine generelle Passivität des Kindes zur Folge. Daher muss speziell bei diesen Kindern abgewogen werden, ob die Aufmerksamkeitsfähigkeit bei einer herkömmlichen Physiotherapie im Behandlungsraum höher und diese daher geeigneter wäre, oder nicht.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt für eine erfolgreiche Therapie ist die Selbständigkeit des Kindes. Hierbei geht es darum, ob sich das Kind von seiner Mutter bzw. der Bezugsperson ablösen kann und in der Lage ist, die Therapie mit dem Therapeuten alleine durchzuführen. Dieser Punkt ist von Bedeutung, da insbesondere Kinder mit einer schweren Behinderung oft Probleme mit neuen, ungewohnten Situationen haben, in Folge große Angst zeigen und sich nicht von der ihnen vertrauten Person trennen wollen (Strauß, 2000).

Neben den oben genannten, gibt es noch andere wichtige Voraussetzungen, welche nach Strauß (2000) erfüllt werden müssen, um den Einsatz von hippotherapeutischen Behandlungsmethoden zu gewährleisten:

- Die Ausprägungen der Beeinträchtigungen dürfen nicht zu gravierend bzw. müssen verbesserungsfähig sein.
- Das Kind muss über entwicklungsfähige Haltungs- und Gleichgewichtsreaktionen verfügen.
- Das Kind muss aufgrund seines Muskeltonus in der Lage sein im Spreizsitz auf dem Pferd zu sitzen, wenn sich dieses im Schritt bewegt.
- Das Kind muss im Stande sein, sich aufgrund seiner psychisch-mentalenen Fähigkeiten auf die Therapie einzulassen und diese anzunehmen.
- Ein orthopädischer Befund muss belegen, dass genügend Bewegungstoleranz der Knochen und Gelenke vorhanden ist.
- Hippotherapie kommt nur dann zum Einsatz, wenn dadurch eine höhere Verbesserung der Beeinträchtigungen erreicht werden kann, als durch die herkömmliche Physiotherapie.

Bezüglich der Dauer kann gesagt werden, dass Hippotherapie sowohl als Kurzzeitbehandlung, für einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten, als auch als Langzeitbehandlung eingesetzt wird. Im Normalfall kommt es bei Kindern jedoch zur Durchführung einer Langzeittherapie. Abbruchkriterium ist jener Zeitpunkt, zu dem die Beeinträchtigungen des behandelten Kindes nicht mehr verbesserungsfähig sind (Strauß, 2000).

#### **5.4.1.3. Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren**

Laut Kaune (1993) wird beim Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren der Schwerpunkt nicht auf bewegungstherapeutische Übungen, wie dies bei der Hipbothherapie der Fall ist, sondern auf „pädagogische, psychologische, psychotherapeutische, rehabilitative und sozio-integrative Angebote mit Hilfe des Pferdes“ (S.13) gelegt.

Zu Beginn soll angemerkt werden, dass Voltigieren auch als Sportart ausgeführt werden kann, bei der es um die Durchführung von Turnübungen auf dem Pferd geht. Bei beiden Arten des Voltigierens stehen das Pferd und die gymnastischen Übungen, welche auf dem Pferd ausgeführt werden sollen, im Mittelpunkt. Lediglich das hinter dem Voltigieren liegende Ziel unterscheidet beide Arten voneinander. Vorrangig um die sportlichen Aspekte geht es bei der Form des Freizeitsports. Beim Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren hingegen wird das Ziel verfolgt, dem Patienten bei der Verbesserung seiner Wahrnehmungsfähigkeit, seines Bewegungsvermögens und seiner Gedächtnisleistungen zu helfen, die emotional-sozialen Fähigkeiten aufzubauen und unerwünschte Verhaltensweisen abzubauen (Kaune, 1993).

Um diese Ziele bzw. den therapeutischen Inhalt näher zu erläutern, wird die Einteilung von Burgdorf (1993) herangezogen, welcher grob untergliedert in

- „1. Förderung im sozial-emotionalen Bereich
2. Förderung im sensomotorischen Bereich
3. Förderung im kognitiven Bereich“ (S. 23),

wobei sich die jeweiligen Übungen teilweise überschneiden und somit gleichzeitig mehrere Bereiche abdecken können.

##### *Sozial-emotionaler Bereich*

Die Förderungen die in diesem Bereich vollzogen werden, beziehen sich auf das Sozialverhalten in Bezug auf andere Menschen und Lebewesen, sowie auf auftretende Emotionen wie beispielsweise Angst des Kindes. Wesentlich ist hier daher Vertrauen aufzubauen, bestehende Verhaltensmuster zu ändern und Berührungsängste bzw. Ängste vor neuen Situationen abzubauen (Burgdorf, 1993). Durch den Vertrauensaufbau zum Pferd, welcher durch den unmittelbaren Kontakt und der Beschäftigung mit dem Pferd hergestellt wird, wird beim Kind die Fähigkeit gefördert, sich auch in andere Personen und Lebewesen hineinzusetzen. Da das Pferd sofort auf jegliches Verhalten des Kindes reagiert, beispielsweise durch Rückzug in Folge von

unangemessenen Handlungen, bekommt das Kind unmittelbare Rückmeldung und lernt die Wirkungsweisen des eigenen Verhaltens auf die Umgebung besser zu verstehen und sein Verhalten dementsprechend zu adaptieren (Ihm, 2004). Zumal das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren meist als Gruppenaktivität mit einer Gruppengröße von höchstens sechs Kindern durchgeführt wird, kann nach Kröger (1994) die Auseinandersetzung mit dem Pferd und mit den anderen Kindern in der Therapiegruppe dem Kind zusätzlich dabei helfen, die Grenzen von anderen wahrzunehmen und diese respektieren zu lernen.

### *Sensomotorischer Bereich*

Wie wichtig es ist eine gute Körperwahrnehmung, Fähigkeit zur Haltung des Gleichgewichts und die Fähigkeit zur Koordination verschiedener Bewegungen zu besitzen, zeigt sich schon an einem einfachen alltäglichen Beispiel – dem An- und Ausziehen von Kleidungsstücken. Gerade Kinder mit einer intellektuellen Behinderung haben Probleme in diesen Bereichen, welche im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren durch Übung verbessert bzw. beseitigt werden sollen. Im Laufe des Therapieprozesses des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens können relevante Basisfähigkeiten eintrainiert werden, was sich wiederum auf eine erhöhte Selbständigkeit der Patienten im Alltag auswirkt. Hierfür werden die typischen gymnastischen Übungen des Voltigierens, wenn auch an den jeweiligen Patienten angepasst, eingesetzt (Burgdorf, 1993).

Besonders die Übung des Getragen-Werdens, bei der das Kind entweder gerade oder vorwärts gelehnt auf dem Pferd sitzt, kommt zur Verbesserung des Gleichgewichtssinnes zum Einsatz. Da das Pferd immer versucht, ein Ungleichgewicht selbst auszubalancieren, erlebt auch die reitende Person auf welche Art das Pferd reagiert, um die Balance zu bewahren, und lernt im Zuge dessen sein eigenes Gewicht richtig zu verlagern (Kupper-Heilmann, 2012).

Nebenbei werden durch das Reiten die Ausdauerfähigkeit, die Kraft und die Körperspannung des Kindes erhöht (Ihm, 2004).

### *Kognitiver Bereich*

Für die Förderung im kognitiven Bereich sind die Übungen aus den beiden anderen Bereichen notwendig, da es hierbei um das Verständnis und die Umsetzung der gestellten Aufgaben geht. Der Vorteil liegt hier darin, dass eine Lernsituation entsteht, die dem Kind aufgrund des Pferdes nicht bewusst ist und sogar Spaß bereitet (Burgdorf, 1993).

Besonders relevant in diesem Bereich ist die Förderung der Konzentrationsfähigkeit. Da

das Kind, um eine Übung erfolgreich ausführen zu können, die Aufmerksamkeit längerfristig auf das Pferd und die gestellte Aufgabe legen muss, wird auf spielerische Weise eine zielgerichtete Konzentration trainiert (Ihm, 2004).

Die intellektuellen Fähigkeiten werden auch in anderen Situationen gefördert, indem das Kind beispielsweise unterschiedliche Gegenstände rund um das Reiten zu benennen lernt und sich je nach kognitiven Fähigkeiten Begriffe in unterschiedlich hohem Umfang merken soll.

Im nächsten Schritt wird mit dem Kind versucht, das Gelernte auch auf andere Situationen des Alltags zu übertragen. So soll das Kind beispielsweise lernen, dass die Beine des Pferdes und die des Menschen die gleiche Funktion haben, auch wenn das Aussehen unterschiedlich ist. Gleichzeitig kann das Zählen geübt werden, indem zum Beispiel die Anzahl der Beine gezählt wird.

Heilpädagogisches Voltigieren hilft den Kindern mit intellektueller Behinderung weiters dabei, eine bessere räumliche Orientierung zu entwickeln. Dies geschieht durch das Einüben der Begriffe hinten, vorne, rechts, links, etc., deren Verstehen notwendig ist, um Anweisungen richtig ausführen zu können. Auch dieses Wissen kann später selbstverständlich auf andere Leistungsbereiche übertragen werden (Burgdorf, 1993).

Da sich die vorliegende Arbeit mit der Zielgruppe der Menschen mit einer intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderung befasst, werden im Folgenden wichtige Aspekte für die Durchführung der Therapie speziell bei diesen Menschen genannt. Nach Kaune und Kaune (1993) müssen bei Menschen mit IB, aufgrund von unterschiedlichen Gegebenheiten, wie beispielsweise einer eingeschränkten Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeit, vermindertes Aufgabenverständnis und eine verlangsamte Wiedergabefähigkeit, gewisse Grundlagen beachtet werden. Zu diesen zählen, dass das Voranschreiten im Therapieprozess langsam und von leichten bis hin zu schwereren Übungen erfolgen soll. Dem Kind sollen immer kurze Anweisungen und Erklärungen zu den Übungen gegeben werden, wobei jedes Mal die Verwendung derselben Begriffe notwendig ist. Weiters muss dem Kind beim Reiten und Voltigieren in der Anfangszeit direkte Hilfestellung geboten werden. Diese soll jedoch im Laufe des Therapieprozesses zu ausschließlich verbalen Anweisungen umgewandelt werden.

Worauf außerdem durchgehend geachtet werden muss ist, dem Kind immer wieder Erfolgserlebnisse zu bescheren.

Generell werden von Kröger (1994) als größte Zielgruppe des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer Lernbehinderung, mit einer intellektuellen Behinderung und/oder mit

Verhaltensauffälligkeiten genannt, wobei Grundvoraussetzung ist, dass die Patienten aufgrund ihrer Behinderung keine physiotherapeutische Betreuung beim Reiten benötigen. Das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren wird allerdings auch bei Menschen mit einer psychischen Krankheit, sowie bei einer Hör- oder Sehbehinderung eingesetzt. Obwohl diese Form des Therapeutischen Reitens bei jeder Altersgruppe zum Einsatz kommen kann, wird sie besonders im Altersbereich zwischen fünf und 16 Jahren empfohlen.

Der Anwendung des Heilpädagogischen Reitens in einem Alter unter fünf Jahren stehen viele Autoren skeptisch gegenüber. Nach Gäng (2009a) ist in dieser Zeit der Einsatz des Pferdes als Fördermittel nur dann sinnvoll, wenn gleichzeitig Ärzte, Reitpädagogen und Physiotherapeuten zusammenarbeiten und ein gegenseitiger Informationsaustausch stattfindet. Gegenüber allen Bedenken liegen jedoch Erfahrungsberichte von Zielgruppen vor, bei denen sich eine frühzeitige Therapie mit dem Pferd positiv auswirkt. Dies ist beispielsweise der Fall bei

- Kindern mit IB, welche starke Berührungsängste und Koordinationsschwierigkeiten aufzeigen (Burgdorf, 1993).
- Kindern, die aufgrund von frühem Einsatz von unterschiedlichen Therapien schon eine lange Therapiegeschichte hinter sich haben. Hier soll einem möglichen Motivationsverlust für weitere Therapien entgegengesetzt werden.
- Kindern, die aufgrund von langen Krankenhausaufenthalten, oder in Folge einer schweren Krankheit, eine verminderte Lebenslust zeigen (Gäng, 2009a).

#### **5.4.2. Wirksamkeit des Therapeutischen Reitens**

Die generelle Wirksamkeit der unterschiedlichen Formen des Therapeutischen Reitens soll nun durch eine Auflistung von diversen, dazu veröffentlichten, Studienergebnissen verdeutlicht werden.

Sterba (2007) verfasste eine Meta-Analyse, in der er sich sowohl mit den Auswirkungen des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens, als auch der Hippotherapie bei Kindern mit einer Zerebralparese beschäftigte. Die dafür näher betrachteten elf Artikel konnten für beide Arten des therapeutischen Reitens positive Effekte auf den motorischen Bereich, besonders der besseren Haltung, Gewichtsverlagerung und Gleichgewichtsfähigkeit, belegen.

Auch im Rahmen der Studie von Sterba, Rogers, France, und Vokes (2002) konnte bei 17 Kindern mit Infantiler Zerebralparese, mit einem Durchschnittsalter von neun Jahren und zehn Monaten, ein Rückgang der motorischen Beeinträchtigungen durch die Reittherapie beobachtet werden. Nachdem die Therapie einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 18 Wochen angewendet wurde, stellte sich insbesondere beim Gehen, Laufen und Hüpfen eine merkliche Verbesserung ein.

Auch das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren hat positive Effekte. Dies zeigte beispielsweise die von Gabriels et al. (2012) durchgeführte Studie. Im Rahmen dieser wurden 42 Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung (im Alter zwischen sechs und 16 Jahren) herangezogen, um die Auswirkungen von zehn wöchentlich durchgeführten Einheiten des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens zu untersuchen. Die Ergebnisse waren folgende: Einerseits nahm das Ausmaß an Reizbarkeit, Teilnahmslosigkeit, stereotypischen Verhaltensweisen und Hyperaktivität ab. Andererseits kam es zu Verbesserungen der motorischen Fähigkeiten und der expressiven Sprache (vermutlich durch die verbalen Anweisungen welche das Kind dem Pferd zu geben hatte).

In einer weiteren Studie untersuchten Bass, Duchowny, und Llabre (2009), ob durch das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren bei autistischen Kindern auftretende Veränderungen zu beobachten sind. Dazu wurden insgesamt 34 Kinder nach dem Zufallsprinzip auf zwei Gruppen aufgeteilt: die Therapiegruppe bestehend aus 19 Kindern, die Kontrollgruppe aus 15 Kindern. Nach der 12-wöchigen Therapiedauer, von jeweils einer Stunde pro Woche, wurden beide Gruppen miteinander verglichen, um mögliche Therapieeffekte feststellen zu können. Nach Therapiebeendigung konnten in der Therapiegruppe, neben einer Besserung der gerichteten Aufmerksamkeit und sozialen Integration, eine Abnahme der Ablenkbarkeit der Kinder verzeichnet werden.

## **5.5. Zusammenfassung**

Nach der vorausgegangenen Darstellung der diversen paramedizinischen Dienste wird ersichtlich, dass der Einsatz der unterschiedlichen Therapien jeweils von dem Bedarf des Kindes bzw. des Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung abhängt. An dieser Stelle kann jedoch zusammenfassend festgehalten werden, dass jede einzelne der vorgestellten Therapien wesentlich zur Verbesserung der jeweiligen

Fähigkeitsbereiche bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung beitragen kann und der Nutzen dieser somit als wesentlich angesehen werden sollte.

## **6. Belastung von Familien mit Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung unter Berücksichtigung der “Impact-on-Family Scale” (Stein & Riessman, 1980)**

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst.*

Da Eltern schon angefangen mit der Diagnose der Behinderung ihres Kindes mehreren Herausforderungen gegenüberstehen, die sowohl die Lebenssituation, als auch die Lebensperspektive dauerhaft verändern können (Sarimski, 2009), war es den Autorinnen dieser Arbeit ein Anliegen, neben dem Bedarf an Dienstleistungen auch den Belastungsgrad der betroffenen Familien zu erheben.

### **6.1. Familiäre Belastung**

Durch empirische Untersuchungen mehrerer Forscher (Innocenti et al., 1992; Sarimski, 1993; Dyson, 1993; Scorgie et al., 1998; Baker al., 2003, zitiert nach Sarimski, 2009) konnte festgestellt werden, dass sich ca. ein Drittel der befragten Mütter von Kindern mit intellektueller Behinderung hoch belastet fühlen. Hierbei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass es auch Studien gibt, deren Ergebnisse einen Hinweis auf positive Aspekte wie die Festigung des familiären Zusammenhalts liefern (Hasting & Taunt, 2002; Blacher & Blaker, 2007, zitiert nach Sarimski, 2009).

Beim Vergleich solcher Studien sollte vor allem das Alter der Kinder mit Behinderung berücksichtigt werden. Während der Säuglingsphase ähneln die Bedürfnisse eines Kindes mit intellektueller Behinderung zumeist denen eines Kindes ohne Behinderung. Je älter das Kind mit intellektueller Behinderung jedoch wird, desto belastender kann die Erziehung und Pflege wahrgenommen werden (Sarimski, 2009). Zu belastenden Situationen kann es laut Wilken (2000) unter anderem im Zuge der Einschulung und dem späteren Prozess der Entwicklung einer gewissen Selbstständigkeit, die sowohl Themen wie Wohnen und das Finden eines passenden Arbeitsplatzes, als auch Partnerschaft und Sexualität beinhaltet, kommen.

Ein schwerwiegender Faktor bezüglich der subjektiv wahrgenommenen Belastung der Eltern ist außerdem das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten, die ihre Kinder zeigen. In

einer Längsschnittstudie von Baker (2002, 2003, zitiert nach Sarimski, 2009), in der die sozialen und emotionalen Auffälligkeiten von Kindern mit und ohne Behinderung verglichen wurden, konnte festgestellt werden, dass die Behinderung selbst ein weit weniger starker Prädiktor für die subjektive Belastung ist, als die gezeigten Verhaltensauffälligkeiten (Sarimski, 2009).

Ebenso relevant für das Erleben von Belastung sind die individuellen Bewältigungsstrategien und die erlebte soziale Unterstützung. In einer Studie von Feldman et al. (2007, zitiert nach Sarimski, 2009) wurde erhoben, inwieweit bei Müttern von Kindern mit Behinderung depressive Symptome auftreten. Es konnte gezeigt werden, dass Mütter mit hohen Depressionswerten signifikant weniger Zutrauen in ihre pädagogischen Fähigkeiten hatten, sich weniger unterstützt fühlten und eher zu vermeidenden Arten der Bewältigung tendierten (Sarimski, 2009).

Zusammenfassend können nach Sarimski (2009) anhand der empirischen Forschung auf diesem Gebiet zwei Prämissen definiert werden: einerseits erleben sich keineswegs alle Eltern als hoch belastet. Andererseits wird das subjektive Erleben der Belastung von einem komplexen System unterschiedlicher Faktoren beeinflusst, die folgendermaßen beschrieben werden können:

- die Behinderung des Kindes
- die durch das Verhalten bzw. Bedürfnisse des Kindes auftretenden Belastungen
- die Bewältigungskräfte der einzelnen Familienmitglieder
- und die sozialen Ressourcen

Als passend zur Ermittlung der oben dargestellten Faktoren, erschienen die Items des selbstentwickelten Fragebogens, die die Behinderung des Kindes, die Frequenz der von dem Kind gezeigten Verhaltensauffälligkeiten und deren empfundene Beeinträchtigung durch die Eltern erheben. Weiters kam es zu einem Einsatz einer adaptierten Form des FaBels (Familien-Belastungs-Fragebogen), der von Ravens-Sieberer, Morfeld, Stein, Jessop, Bullinger, und Thyen (2001) erstellt wurde.

Der FaBel ist die von Ravens-Sieberer et al. (2001) in die deutsche Sprache übersetzte Version der "Impact on Family Scale" von Stein und Riessman (1980). Dieser wurde transkribiert, da im deutschsprachigen Raum bis zum Anfang des 21. Jhdt. ein

quantitatives Mittel zur Erhebung der psychosozialen Belastung von Familien mit kranken Kindern und/oder Kindern mit Behinderung fehlte.

Die „Impact on Family Scale“ wurde von Stein und Riessman (1980) ursprünglich entwickelt, um den Einfluss, den die Krankheit eines Kindes auf das familiäre Leben haben kann, quantitativ zu evaluieren. Die psychosozialen Belastungen, denen Familien mit chronisch

kranken Kindern teilweise ausgesetzt sind, wurden bis zu der Entwicklung der „Impact on Family Scale“ zumeist durch offene Fragen bzw. qualitative Mittel erhoben, weshalb die Gütekriterien, wie die Validität und die Reliabilität stark zu hinterfragen waren. Um die Schwächen dieser Methodik zu beheben, wurde die „Impact on Family Scale“ erstellt (Stein & Riessman, 1980).

Obwohl nach Stein und Riessman (1980) auch positive Auswirkungen wie ein stärkerer Zusammenhalt der Familie durch die Krankheit eines Kindes folgen können, wurde in der „Impact on Family Scale“ ein Fokus auf die negativen Folgen gelegt und deren Inhalte folgendermaßen konzeptualisiert: finanzielle Belastungen, Einschränkungen des sozialen Lebens, verminderte Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen, weniger Zeit für andere Familienmitglieder und eine erhöhte, subjektive Stresswahrnehmen. Im Laufe der Entwicklung des Fragebogens wurden die Belastungen der Geschwisterkinder hinzugefügt.

## **6.2. Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurden die Belastungen von Eltern in Zusammenhang mit der intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderung ihres Kindes näher betrachtet. Hierbei kam es zur Vorstellung mehrerer entsprechender Forschungsergebnisse. Es wurde aufgezeigt, dass einige Faktoren das subjektive Belastungserleben der Eltern beeinflussen. Die Autorinnen verwiesen außerdem auch auf Studienergebnisse, welche positive Aspekte der Elternschaft von Kindern mit IB nachgewiesen haben. Darüber hinaus wurde die Entwicklung des FaBel's (Ravens-Sieberer et al., 2001) beschrieben, der zur Erhebung der familiären Belastung dient.

## **II. EMPIRISCHER TEIL**



## 7. Darstellung des Ziels der Bedarfsanalyse/Untersuchung

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeiten-Gruppe gemeinsam verfasst.*

Ausgangspunkt der Arbeit war das Vorhaben der Lebenshilfe NÖ, ihr Angebot auf Kinder und Jugendliche (0-18 Jahre) mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung auszuweiten, nachdem bisher der Schwerpunkt auf erwachsene Menschen mit IB lag. Dabei wurden die Bereiche Beratung, Frühförderung, unterstützende Dienste und paramedizinische Dienste ins Auge gefasst.

Um abzuklären, ob im südlichen Teil von Niederösterreich ein Bedarf für diese Zielgruppe besteht, wurde den Autorinnen dieser Arbeit der Auftrag erteilt, einerseits das aktuell bestehende Angebot zu analysieren und andererseits den Bedarf, die Nutzung, die Zufriedenheit mit diesem und damit einhergehende Verbesserungswünsche betroffener Eltern zu eruieren.

Ziel der Angebotsanalyse war es, die Quantität, die örtliche Verteilung und bereichsspezifische Abdeckung des bestehenden Angebotes zu erheben, um dies anschließend der von den Autorinnen aufgrund der Prävalenzrate erwarteten Anzahl von Kindern mit IB im südlichen Niederösterreich gegenüberzustellen. Dieser Vergleich soll die Verteilung innerhalb der Bezirke bzw. auffallende Lücken oder eventuelle Überangebote von Dienstleistungen aufdecken.

Mit Hilfe qualitativer und quantitativer Methoden wurde im Anschluss die subjektive Einschätzung bezüglich des vorhandenen Dienstleistungsangebotes durch die betroffenen Eltern erhoben.

Die Ergebnisse sollen anschließend als Basis zur Entscheidungsfindung bezüglich der Notwendigkeit zusätzlicher Angebote dienen. Da den Autorinnen dieser Arbeit ein vielfältigeres Angebot der Unterstützung von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung in Vorarlberg bekannt war, wurde zusätzlich ein Vergleich mit diesem Bundesland angestellt.

Idealerweise sollen die Resultate dieser Arbeit der Weiterentwicklung der Behindertenarbeit mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche in NÖ dienen, indem diese auch an andere Vereine, Institutionen und die Niederösterreichische Landesregierung zur Nutzung weitergegeben werden.

## **8. Methodik**

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst.*

Das folgende Kapitel dient dazu die unterschiedlichen Methoden, die zur Erfassung des Bedarfs der Eltern mit Kinder mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im südlichen Niederösterreich innerhalb dieser Studie zur Verwendung kamen, darzustellen. Begonnen wird mit der Beschreibung der betroffenen Zielgruppe, um dann mit der Darstellung der Verfahren der Angebotsanalyse, der qualitativen und der quantitativen Erhebungsmethoden fortzufahren. Am Ende dieses Kapitels wird außerdem die Vorgehensweise zur Akquirierung der Stichprobe behandelt.

### **8.1. Zielgruppenbeschreibung**

#### **8.1.1. Niederösterreich**

Zielgruppe der Untersuchung waren Mütter, Väter oder erziehungsberechtigte Personen von einem oder mehreren Kindern mit einer intellektuellen und/oder mehrfachen Behinderung zwischen 0 und 18 Jahren, die im südlichen Niederösterreich (Mostviertel, Industrieviertel) leben. Eine genaue Definition, wie die Begriffe Intellektuelle Behinderung und Mehrfachbehinderung von den Autorinnen verstanden werden und welche Bedingungen als Einschlusskriterium galten, finden sich in Punkt 2.1.

Zum südlichen Niederösterreich (Mostviertel und Industrieviertel) zählen all jene Bezirke, die zum größten Teil südlich der Donau liegen: Amstetten, Baden, Bruck an der Leitha, Melk, Mödling, Neunkirchen, Lilienfeld, Scheibbs, St. Pölten-Land, St. Pölten-Stadt, Tulln Waidhofen an der Ybbs, Wien-Umgebung, Wr. Neustadt-Land und Wr. Neustadt-Stadt. Die soeben genannten Bezirke wurden ausgewählt, weil der Auftraggeber der vorliegenden Arbeit sein Dienstleistungsangebot für Kinder mit IB und/oder Mehrfachbehinderung in diesen Gebieten erweitern möchte.

Die Altersbeschränkung von 0 bis 18 Jahren basiert auf der Zielsetzung der Untersuchung, den Unterstützungsbedarf von Eltern mit Kindern genau jener Altersgruppe festzulegen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Eltern von älteren Kindern teilnehmen. In solchen Fällen wurden jedoch Ergebnisse, die insbesondere das Kleinkindalter betreffen (z.B. Frühförderung), nicht verwertet, da diese vermutlich nicht mehr die aktuellen Bedingungen widerspiegeln.

Die Zielgruppe umfasste die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten von rund 2.400 Kindern. Da in Österreich keine konkreten Zahlen vorliegen, wie viele Kinder von IB betroffen sind, basiert die Schätzung auf der angenommenen Prävalenzrate von 1,1 % (vgl. Punkt 2.4. Prävalenz). Tabelle 8.1 zeigt einen Überblick über die Gesamtzahl an Kindern in den jeweiligen Bezirken und die daraus geschätzte Anzahl an Kindern mit IB und/oder Mehrfachbehinderung.

**Tabelle 8.1:**

*Geschätzte Anzahl der Kinder mit IB und/oder Mehrfachbehinderung pro Bezirk im südlichen Niederösterreich*

Bezirk	Anzahl Kinder gesamt	Anzahl Kinder mit IB Prävalenz = .01
Amstetten	23.778	261,558
Baden	27.286	300,146
Bruck an der Leitha	8.017	88,187
Lilienfeld	4.976	54,736
Melk	15.483	170,313
Mödling	22.063	242,693
Neunkirchen	15.818	173,998
Scheibbs	8.764	96,404
St. Pölten-Land	19.416	213,576
St. Pölten-Stadt	9.639	106,029
Tulln	13.737	151,107
Waidhofen an der Ybbs	2.376	26,136
Wien Umgebung	22.806	250,866
Wr. Neustadt-Land	14.644	161,084
Wr. Neustadt-Stadt	8.114	89,254
Summe	216.917	2.386,087

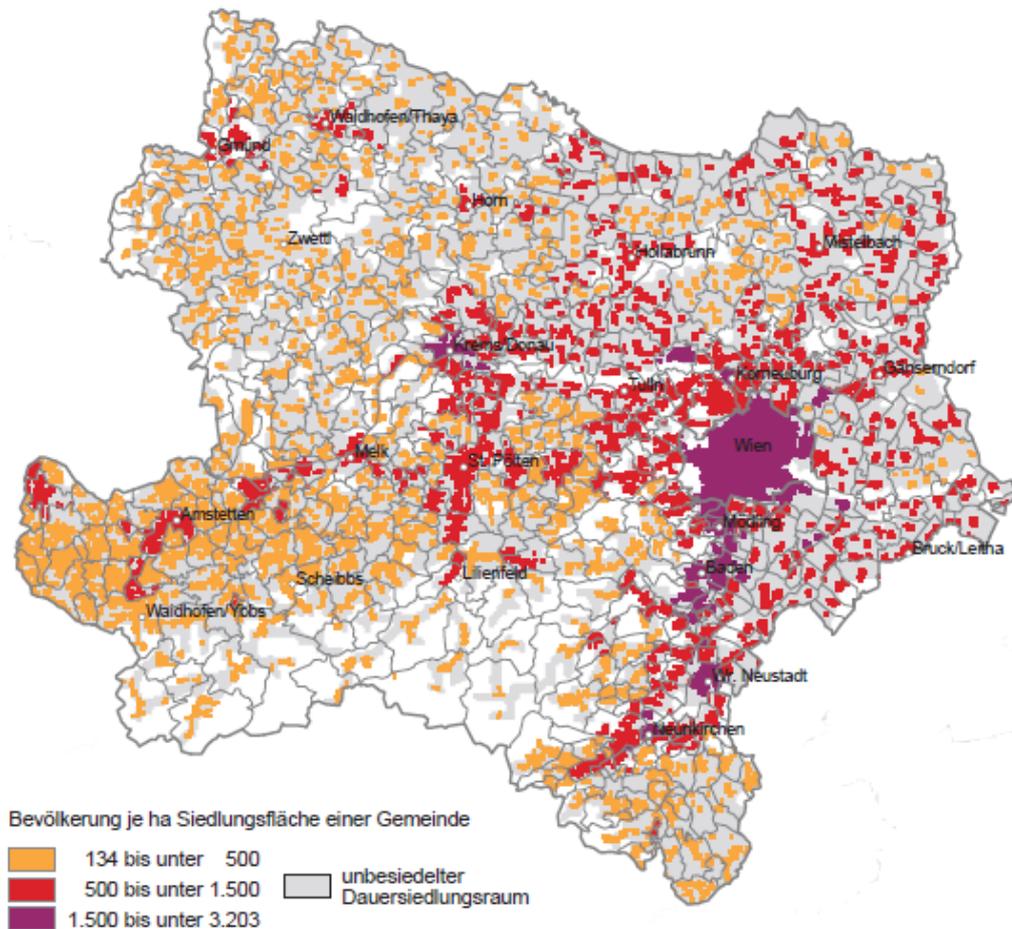
Statistik Austria, 2012

#### **8.1.1.1. Bevölkerungsdichte nach regionaler Verteilung von Niederösterreich**

Die folgende Grafik (Abbildung 8.1) stellt die Bevölkerungsverteilung in Niederösterreich dar. Durch diese soll eine bessere Vorstellung der Verteilung der Zielgruppe im Bundesland ermöglicht werden:

**Abbildung 8.1:**

Bevölkerungsdichte bezogen auf die Siedlungsfläche nach Gemeinden am 1.1.2012, Niederösterreich und Wien (Statistik Austria, 2012)



### 8.1.2. Vorarlberg

Die Zielgruppe in Vorarlberg entspricht, bis auf den geografischen Kontext, der Zielgruppe im südlichen Niederösterreich. Befragt wurden Eltern von Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im Alter von 0 bis 18 Jahren.

Vorarlberg hat eine Einwohnerzahl von insgesamt 374.741 Menschen (Statistik Austria, 2012). Es wird in vier Bezirke aufgeteilt: Bregenz, Dornbirn, Feldkirch und Bludenz.

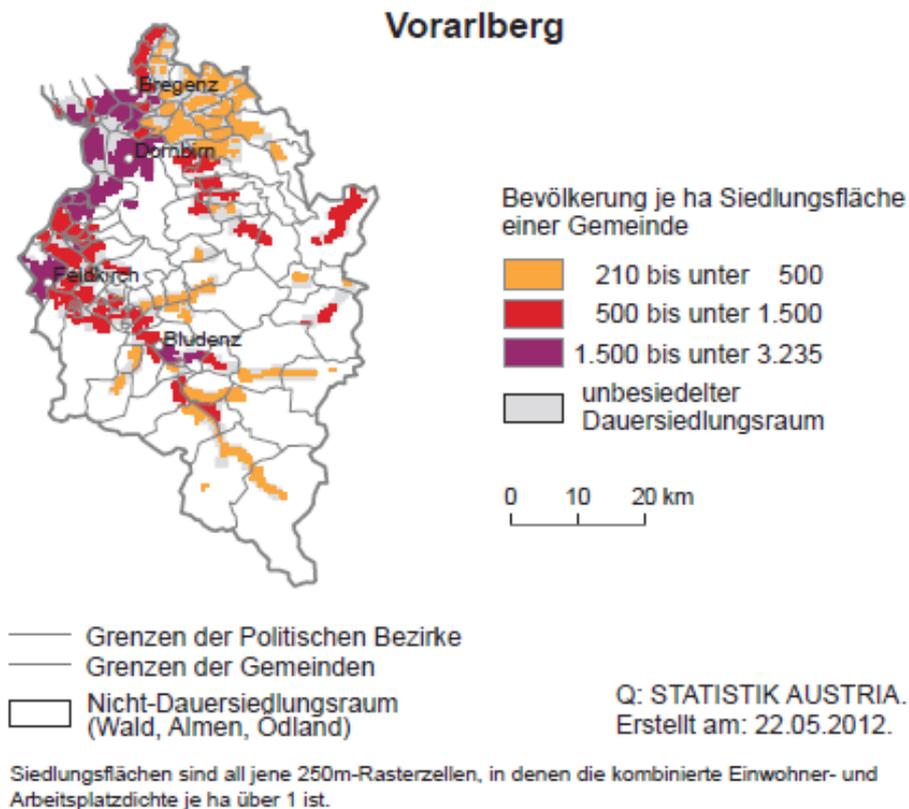
### 8.1.2.1. Bevölkerungsdichte nach regionaler Verteilung von Vorarlberg

Auch für dieses Bundesland wird die folgende Grafik (Abbildung 8.2) geboten.

Abbildung 8.2:

Bevölkerungsdichte Vorarlbergs (Statistik Austria, 2012)

#### Bevölkerungsdichte bezogen auf die Siedlungsfläche nach Gemeinden am 1.1.2012



Um sich die Distanz besser vorstellen zu können, soll ein Beispiel angeführt werden: Eine Autofahrt von der nördlichsten (Bregenz) zur südlichsten Stadt (Bludenz) Vorarlbergs dauert (bei Benutzung der Autobahn) ca. eine halbe Stunde.

### 8.1.2.2. Gegenüberstellung zu den Prävalenzraten

Wie in Kapitel 2.4. schon beschrieben, wird in der vorliegenden Arbeit bei 0 bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung von einer Prävalenz von 1,1 % ausgegangen (siehe Tabelle 8.2).

**Tabelle 8.2:**

*Prävalenz der Kinder mit IB in Vorarlberg (Statistik Austria, 2012)*

Bezirk	Kinder gesamt (0-19 J.) <sup>4</sup>	Kinder mit IB
Bregenz	29.568	325,248
Dornbirn	19.033	209,363
Feldkirch	23.406	257,466
Bludenz	13.579	149,369
Gesamt	85.586	941,446

## 8.2. Angebotsanalyse

Für die Analyse des bestehenden Dienstleistungsangebotes für Kinder mit IB und/oder Mehrfachbehinderung bzw. deren Eltern wurde von den Autorinnen eine umfangreiche Internet- und Telefonrecherche durchgeführt.

Erster Schritt war die Suche nach Institutionen und Initiativen über diverse Internetsuchmaschinen. Alle gefundenen Dienstleistungsangebote wurden in einer Excel-Tabelle erfasst und nach Art des Angebotes bzw. den Bezirken, in denen die Leistungen erbracht werden, kategorisiert. In weiterer Folge wurden alle Linklisten der gefundenen Organisationen und Initiativen nach weiteren Angeboten durchsucht. Zusätzlich wurden von den Autorinnen Beratungsstellen aufgesucht und alle dort aufliegenden Prospekte zum Thema Intellektuelle Behinderung eingesammelt und verwertet. Bei Unklarheiten über das tatsächliche Dienstleistungsangebot oder den Wirkungsbereich wurden zusätzlich telefonische Auskünfte eingeholt.

Beendet wurde die aktive Suche im November 2011, nachdem über einen längeren Zeitraum keine neuen Dienstleistungsangebote mehr gefunden wurden. Die Liste mit allen recherchierten Angeboten, welche im Anhang zu finden ist, wurde im Oktober 2012 im Rahmen der erneuten Aufarbeitung der Angebotsanalyse für die vorliegende Arbeit nochmals aktualisiert.

Eine Vollständigkeit der Daten kann nicht garantiert werden.

---

<sup>4</sup> Die 19-Jährigen können aufgrund der Datenverarbeitung der Statistik Austria nicht ausgeschlossen werden.

## **8.3. Qualitative Erhebung**

Der Angebotsanalyse folgte die qualitative Erhebung, in der in Niederösterreich einerseits Experten im Behindertenbereich interviewt und andererseits Fokusgruppen und Einzelgespräche mit Eltern von Kindern mit IB und/oder Mehrfachbehinderung durchgeführt wurden. Diese dienten der intensiven Exploration des Untersuchungsthemas und bildeten die Basis für die im Anschluss durchgeführte quantitative Erhebung mittels Fragebogen. Im Gegensatz dazu kam es in Vorarlberg nur zu Einzelgesprächen mit betroffenen Eltern. Auf Experteninterviews wurde in diesem Bundesland verzichtet, da bereits durch die Interviews mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten die relevanten Unterschiedlich klar zum Vorschein getreten sind.

### **8.3.1. Interviewleitfäden**

Die Interviews und Fokusgruppen sollten auf der einen Seite einer vorher festgelegten Struktur folgen, um zu verhindern, dass für die Untersuchung relevante Informationen nicht angesprochen werden. Es sollte dadurch auch gewährleistet werden, dass die einzelnen Gespräche und Diskussionsrunden nach dem gleichen Aufbau ablaufen. Auf der anderen Seite wollten die Autorinnen den Interviewpartnern und Fokusgruppenteilnehmern einen möglichst großen Spielraum gewähren, um alle für sie wichtigen Themen ansprechen zu können, ohne dabei in bestimmte Bahnen gelenkt zu werden. Um diese beiden Gesichtspunkte bestmöglich zu vereinen, wurde jeweils ein Interviewleitfaden für Experten und Eltern mit dem Gesprächs- bzw. Diskussionsablauf erstellt. Diese beinhalten überwiegend offene, eher breit formulierte Fragen, welche durch konkrete Fragenstellungen zum Nachfragen sowie der abschließenden Bitte, fehlende oder nicht angesprochene Themen hinzuzufügen, ergänzt wurden. Die beiden Interviewleitfäden sollen im Anschluss näher vorgestellt werden.

#### **8.3.1.1. Interviewleitfaden für Experten**

Dieser Interviewleitfaden wurde den Einzelgesprächen mit Experten im Behindertenbereich zugrunde gelegt und gliederte sich in folgende vier Bereiche:

- a) Begrüßung und Danksagung für die Teilnahme
- b) Projekt- und persönliche Vorstellung

- c) Klärung des „Expertenrangs“
- d) Allgemeine Fragen zu den angebotenen Dienstleistungen, deren Nutzung, Problembereichen und dem zusätzlich vorhandenen Bedarf

Die Fragen zu den einzelnen Bereichen können der Originalversion des Interviewleitfadens für Experten, welche im Anhang zu finden ist, entnommen werden.

### **8.3.1.2. Interviewleitfaden für Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Eltern**

Der Interviewleitfaden für betroffene Eltern wurde als Basis sowohl für die Durchführung von Einzelinterviews als auch für die Realisierung von Fokusgruppen verwendet, wobei davon ausgegangen wurde, dass bei den Einzelinterviews, aufgrund der fehlenden Diskussion, vermehrt auf die für den Bedarfsfall ausformulierten Fragestellungen zum Nachfragen zurückgegriffen werden muss.

Im Interviewleitfaden wurde der Ablauf des Interviews bzw. der Gruppendiskussion festgelegt sowie zu den vier Themenbereichen der Untersuchung (Beratung, Frühförderung, unterstützende/familientlastende Dienste und paramedizinische Dienste) allgemeine Fragestellungen sowie Fragen zur Konkretisierung, falls bestimmte Details nicht selbst von den Eltern angesprochen werden, formuliert. Darüber hinaus beinhaltet der Leitfaden ein Datenblatt zur Erhebung der demografischen Daten der Teilnehmer.

Hinsichtlich der Thematik der speziellen Situation von Migranten mit Kindern mit IB und/oder Mehrfachbehinderung wurde entschieden, diese nur im Falle der Teilnahme von Personen mit Migrationshintergrund als eigenen Gesichtspunkt anzusprechen und zu diskutieren, da die Erörterung dieses Themenbereiches nur aus der Sicht von persönlich Betroffenen als sinnvoll erachtet wurde.

Laut Interviewleitfaden wird der Ablauf in folgende Punkte gegliedert:

- a) Begrüßung, Danksagung und persönliche Vorstellung
- b) Projektvorstellung
- c) Vorstellung des/der Interviewpartner(s) (Autorinnen) bzw. Vorstellungsrunde der Eltern
- d) Allgemeine Fragen zur Diagnose
- e) Fragen und Diskussion zum Themenbereich Beratung
- f) Fragen und Diskussion zum Themenbereich Frühförderung

- g) Fragen und Diskussion zum Themenbereich unterstützende/familienentlastende Dienste
- h) Fragen und Diskussion zum Themenbereich paramedizinische Dienste
- i) Zum Abschluss des Interviews bzw. der Diskussionsrunde die Bitte, Themen, die nicht angesprochen, von den Eltern jedoch als relevant erachtet werden, einzubringen
- j) Erhebung der demografischen Daten teilnehmender Eltern
- k) Verabschiedung

Details zum Ablauf der Fokusgruppen werden unter Punkt 8.3.3.2. dargestellt. Auf den Ablauf der Einzelinterviews wird unter Punkt 8.3.3.3. eingegangen.

Inhaltlich ging es in den Fragekomplexen zu den einzelnen Subthemen Beratung, Frühförderung, Unterstützende/Familienentlastende Dienste und Paramedizinische Dienste um die Bedürfnisse der Familien in Bezug auf diese Dienstleistungen, die Nutzung von Angeboten, die damit verbundene Zufriedenheit sowie aufgetretene Probleme, die Art des Erfahrens vom bestehenden Angebot, Gründe für die Nichtnutzung, das Weiterempfehlen von Stellen bzw. Angeboten und zusätzlich Wünsche zum bestehenden Angebot.

Die einzelnen Fragen können der Originalversion des Interviewleitfadens für Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Eltern, welche sich im Anhang befindet, entnommen werden.

### **8.3.2. Stichprobe**

Im Folgenden sollen die Kriterien nach denen die Stichprobe für die qualitative Erhebung ausgewählt wurde erläutert und die Kontaktaufnahme mit den teilnehmenden Personen näher beschrieben werden.

#### **8.3.2.1. Auswahlkriterien der Experten**

Die Autorinnen hatten sich zum Ziel gesetzt, Interviews mit Personen mit möglichst unterschiedlichen Professionen und Zuständigkeiten im Behindertenbereich zu führen. Dadurch sollten Informationen und Einschätzungen zum Dienstleistungsangebot für Eltern von Kindern mit IB und/oder Mehrfachbehinderung aus verschiedenen Blickwinkeln gesammelt werden, um auf diesem Weg ein umfassendes Bild zur bestehenden Situation zu erhalten. Es waren Gespräche mit einem Arzt, einem Psychologen, einem Ergotherapeuten, einem Logopäden, einem Sonderschuldirektor,

einer mobilen Kinderkrankenschwester, einem Frühförderer und einem Leiter eines Behindertenvereins geplant. Dabei bestand die Anforderung, dass diese Personen ihre Tätigkeit in einer Institution oder Organisation oder auf selbständiger Basis im südlichen Niederösterreich ausüben und Kinder mit IB und/oder Mehrfachbehinderung im Alter von 0 bis 18 Jahren und/oder deren Eltern zu ihren Klienten zählen.

### **8.3.2.2. Kontaktaufnahme mit den Experten**

In einer Projektbesprechung wurde von unserem Ansprechpartner der Lebenshilfe NÖ angeregt, zu versuchen den Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landesklinikum Thermenregion Mödling, für ein Interview zu gewinnen. Darüber hinaus wurde uns von ihm der Kontakt zur Direktorin der allgemeinen Sonderschule Steinabrückl, hergestellt. Einer der Autorinnen hat bei einem Seminar im Zuge des psychotherapeutischen Propädeutikums eine am VKKJ Wiental tätige Psychologin kennengelernt, die nach Vorstellung des Projekts und Vortragen des Anliegens zusagte, mit Kollegen, die in einem VKKJ in Niederösterreich als Psychologen, Ergotherapeuten und Logopäden tätig sind, zwecks Bereitschaft für ein Interview Kontakt aufzunehmen. Hinsichtlich der noch fehlenden Professionen wurde der Entschluss gefasst, mit den Leitern der Organisation MOKI (mobile Kinderkrankenpflege), der Organisation KIB children care, des Vereins No Problem Baden, zu denen im Zuge der Angebotsanalyse bereits recherchiert wurde, und der Leiterin der Frühförderstelle Scheibbs, in Verbindung zu treten.

Nachdem die gewünschten Ansprechpartner telefonisch über das Ziel des geplanten Experteninterviews informiert wurden und sich für ein Gespräch bereit erklärten, wurden Termine für diese festgelegt.

Da bis zum Ende der qualitativen Erhebungsphase trotz mehrmaligen Nachfragens von der beim VKKJ Wiental tätigen Psychologin kein Kontakt zu Kollegen hergestellt wurde und zum damaligen Zeitpunkt schon genügend Daten zur Erhaltung eines umfassenden Bildes gesammelt wurden, wurde auf die Suche nach weiteren Interviewpartnern verzichtet.

### **8.3.2.3. Auswahlkriterien der betroffenen Eltern**

Der Fokus der qualitativen Erhebung bei den betroffenen Eltern sollte auf die Durchführung von Fokusgruppen gerichtet werden, da davon ausgegangen wurde, dass

durch die dabei stattfindende Diskussion mehr Informationen generiert werden können als in einem Einzelinterview. Geplant waren zwei bis drei ca. zwei Stunden dauernde Fokusgruppen mit jeweils fünf bis sieben betroffenen Elternteilen in verschiedenen Bezirken des südlichen Niederösterreichs. Als Teilnehmer sollten Eltern von Kindern mit IB und/oder mehrfacher Behinderung im Alter von 0 bis 18 Jahren mit Wohnsitz im südlichen Niederösterreich gewonnen werden. Zu diesem Zweck wurde ein Informationsblatt für Eltern mit Informationen zum Gesamtprojekt, dem Ablauf und Ziel der Diskussionsrunden und der Bitte um Teilnahme erstellt. Dieses ist im Anhang zu finden.

Zusätzlich zu den Fokusgruppen sollten mit Eltern, die nicht an einer Diskussionsrunde teilnehmen konnten oder wollten und für einen Erfahrungsaustausch in einem Gespräch bereit waren, Einzelinterviews geführt werden. Darüber hinaus sollten Einzelinterviews mit betroffenen Eltern in Vorarlberg stattfinden, um einen Vergleich anstellen zu können, inwiefern sich aufgrund eventuell unterschiedlicher Dienstleistungsangebote die Erfahrungen decken oder unterscheiden.

#### **8.3.2.4. Kontaktaufnahme mit den betroffenen Eltern**

Die Autorinnen sind davon ausgegangen, dass die Bereitschaft an einer Fokusgruppe teilzunehmen bei Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe, aufgrund der Übung im Erfahrungsaustausch in einer Gruppe, höher ist. Daher wurden die Leiter der Vereine Lichtblick und L"ebenswert, die bereits im Zuge der Angebotsanalyse recherchiert wurden, kontaktiert. Diese wurden telefonisch über das Gesamtprojekt, den Ablauf und das Ziel der Diskussionsrunde informiert und gebeten, die Mitglieder bezüglich Teilnahme anzusprechen. Zusätzlich wurde das Infoblatt für Eltern zur Weiterleitung an die Selbsthilfegruppenmitglieder per Mail übermittelt. Zwei Mütter vom Verein Lichtblick präferierten ein Interview zu zweit und wollten sich die Teilnahme überlegen. Von der Leitung des Vereins L"ebenswert kam die Rückmeldung, dass versucht werde, Teilnehmer für eine Fokusgruppe zu finden und falls dies terminlich nicht möglich sei, Eltern für Einzelinterviews zu suchen.

Darüber hinaus wurde das Infoblatt für Eltern von der Lebenshilfe NÖ an Eltern mit jungen Erwachsenen mit IB und/oder Mehrfachbehinderung verteilt. Zusätzlich vermittelte die Lebenshilfe NÖ den Autorinnen den Kontakt zu einer betroffenen Mutter im Bezirk Baden, die in ihrem Bekanntenkreis Teilnehmer für eine Fokusgruppe suchte.

Außerdem fragte einer der Autorinnen bei einem betroffenen Elternpaar aus dem Bekanntenkreis hinsichtlich eines Einzelinterviews nach.

Aus den Telefonaten mit den Leitern von Selbsthilfegruppen sowie dem Kontakt mit der Leiterin der Frühförderstelle Scheibbs, ergaben sich folgende Fokusgruppen:

- a) Fokusgruppe mit 12 Mitgliedern der Selbsthilfegruppe L<sup>4</sup>ebenswert, Bezirk St. Pölten Land
- b) Fokusgruppe mit sechs Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe in Stattersdorf, Stadtteil von St. Pölten

und folgende Interviews:

- c) Einzelinterview mit einem Elternpaar einer Tochter mit Down Syndrom aus dem Bekanntenkreis einer Autorin, Bezirk St. Pölten Land
- d) Interview mit zwei betroffenen Eltern vom Verein Lichtblick, Bezirk St. Pölten Land
- e) Interview mit einem betroffenen Elternpaar der Selbsthilfegruppe L<sup>4</sup>ebenswert, das keine Zeit hatte, an der Fokusgruppe teilzunehmen, Bezirk St. Pölten Land
- f) Interview mit zwei betroffenen Müttern, Bezirk Baden

Von den durch die Lebenshilfe NÖ verteilten Infoblättern für Eltern gab es keine Rückmeldungen.

Ein Einzelinterview wurde von einer Autorin mit einem Elternpaar aus dem Bekanntenkreis in Vorarlberg zum Anstellen des bereits erwähnten Vergleichs geführt.

### **8.3.3. Durchführung der Interviews und Fokusgruppen**

Nachdem nun wichtige Informationen bezüglich der Stichprobe erläutert wurden, geht es im Anschluss um die Darstellung des spezifischen Settings der durchgeführten Interviews.

#### **8.3.3.1. Setting der Experteninterviews**

Den Experten wurde bei der Terminvereinbarung frei gestellt, wo das Interview stattfinden sollte. Der Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landesklinikum Thermenregion Mödling, die Direktorin der ASO Steinabrückl und die stellvertretende Vorsitzende von MOKI Niederösterreich entschieden sich für ein Gespräch in ihren Büroräumlichkeiten. Die Interviews mit der Bundeskoordinatorin von KIB children care, der Obfrau des Vereins No Problem Baden und der Leiterin der

Frühförderstelle Scheibbs, fanden jeweils in einem Kaffeehaus in Wien oder Niederösterreich statt.

Zeitlich wurde eine Stunde für die Experteninterviews veranschlagt, wobei sich alle Gespräche innerhalb dieses Zeitrahmens beliefen.

Alle Interviews wurden von zwei Autorinnen durchgeführt, wobei die Fragen abwechselnd gestellt und die Antworten von beiden Autorinnen mit Einverständnis der Interviewpartner protokolliert wurden.

### **8.3.3.2. Ablauf der Experteninterviews**

Dem Experteninterview lag der bereits unter Punkt 8.3.1.1. dargestellte Interviewleitfaden zugrunde.

Zum Abschluss des Interviews wurden die weiteren Untersuchungsphasen besprochen und Unterstützungsmöglichkeiten bei der quantitativen Erhebung erörtert. Alle Interviewpartner sagten ihre Mitwirkung bei der Rekrutierung von Eltern für die Fragebogenerhebung zu.

### **8.3.3.3. Setting der Fokusgruppen mit den betroffenen Eltern**

Die Fokusgruppe mit den Mitgliedern des Vereins L<sup>1</sup>ebenswert fand an einem Nachmittag Anfang Februar 2012 in einem Raum der Sonderschule St. Christophen statt, wobei den Autorinnen im Vorhinein nicht bekannt war, wie viele Eltern daran teilnehmen würden. Es handelte sich um eines der regelmäßigen Gruppentreffen und die Mitglieder der Selbsthilfegruppe haben mit dem Leiter besprochen, dass im Zuge dessen eine Gruppendiskussion stattfinden kann. Schließlich nahmen 12 Elternteile an der Fokusgruppe teil und die Diskussion dauerte in etwa zwei Stunden.

Die Fokusgruppe mit einer Selbsthilfegruppe in Stattersdorf, die von der Leiterin der Frühförderstelle Scheibbs, organisiert wurde, fand an einem Abend Anfang März in einem abgegrenzten Raum eines Gasthauses in Stattersdorf statt. Auch hierbei handelte es sich um ein reguläres Gruppentreffen, an dem die Leiterin der Frühförderstelle Scheibbs einen Vortrag über Frühförderung halten sollte und mit dem Initiator der Selbsthilfegruppe vorab die Durchführung einer Gruppendiskussion abgeklärt hatte. Es kamen zwei Mütter, eine begleitet von der Großmutter, und zwei Elternpaare zum Gruppentreffen, wobei drei Kinder mit IB und/oder Mehrfachbehinderung und zwei

Geschwisterkinder anwesend waren. Die Diskussion nahm zeitlich inklusive Abendessen ca. 3,5 Stunden in Anspruch.

Bei der Durchführung der Diskussionsrunden waren jeweils drei der Autorinnen vor Ort, wobei eine Person die Diskussionsleitung übernahm und zwei Personen nach Erhalt der Zustimmung der Teilnehmer für die Anfertigung der Mitschriften zuständig waren.

#### **8.3.3.4. Ablauf der Fokusgruppen mit den betroffenen Eltern**

Für die Durchführung der Fokusgruppen wurde der unter Punkt 8.3.1.2. dargestellte Interviewleitfaden verwendet. Nach der Klärung organisatorischer Belange wie der Information bezüglich Anonymität, der Datenauswertung und –verwendung und dem Hinweis auf die Erhebung der demografischen Daten, wurde die Diskussionsrunde gestartet.

Die Erhebung der demografischen Daten der Teilnehmer fand zu Beginn oder am Ende der Fokusgruppendurchführung mündlich statt. Zum Schluss erfolgte eine Information über die weiteren Schritte der Untersuchung, wobei die Kontaktdaten von jenen, die gerne die Ergebnisse erhalten wollten, vermerkt wurden.

Die spezielle Situation der Migranten mit Kindern mit IB und/oder Mehrfachbehinderung wurden in den beiden Fokusgruppen nicht erörtert, da keine Eltern mit Migrationshintergrund teilnahmen.

#### **8.3.3.5. Setting der Einzelinterviews mit betroffenen Eltern**

Bei der Kontaktaufnahme zur Vereinbarung eines Termins wurde den Interviewpartnern freigestellt, wo das Gespräch stattfinden sollte. Die Einzelgespräche fanden jeweils bei den betroffenen Eltern zu Hause statt. Die Doppelinterviews wurden in einem Restaurant oder separaten Raum eines Kaffeehauses durchgeführt.

An den beiden Einzelinterviews, welche zwischen eineinhalb und zwei Stunden andauerten, nahmen sowohl die Mütter als auch die Väter teil. Die Doppelinterviews mit zwei Elternpaaren und zwei Müttern, nahmen ungefähr drei Stunden in Anspruch. Beim ersten Doppelgespräch war das Kind mit IB eines Elternpaares anwesend, beim zweiten ist im Laufe des Gespräches ein Geschwisterkind im Jugendalter dazu gestoßen.

Das Einzelgespräch mit Eltern aus dem Bekanntenkreis einer Autorin fand auf Wunsch des Elternpaares im individuellen Rahmen statt. Die anderen Einzel- oder Doppelinterviews ergaben sich, da aus organisatorischen Gründen oder aufgrund einer zu geringen Teilnehmerzahl, eine Teilnahme an einer Fokusgruppe nicht möglich war.

Mit Ausnahme eines Doppelinterviews, das von zwei Autorinnen geführt wurde, fanden die Interviews mit einer Autorin als Interviewpartnerin statt.

#### **8.3.3.6. Ablauf der Einzelinterviews mit betroffenen Eltern**

Die Durchführung der Einzel- und Doppelinterviews basiert auf den unter Punkt 8.3.1.2. dargestellten Interviewleitfaden. Der Ablauf glich jenem der Fokusgruppen. Bei den Doppelinterviews fand, wie bei den Diskussionsrunden, zwischen den Eltern ein Austausch statt, was in den Einzelgesprächen naturgemäß nicht der Fall war.

## **8.4. Quantitative Erhebung**

Nach der Beschreibung der qualitativen Methoden soll nun auf die quantitative Datenerhebung eingegangen werden. Der verwendete Fragebogen wurde, basierend auf den Ergebnissen der Interviews mit betroffenen Eltern und Experten und den der Fokusgruppen, deren Durchführung unter Punkt 8.3. und deren Resultate unter Punkt 9.2. erläutert werden, kreiert.

### **8.4.1. Beschreibung des Erhebungsinstrumentes**

Die Themen, die den interviewten Eltern wichtig erschienen, wurden in Items umgewandelt und im Fragebogen inkludiert. Beginnend mit einem Infoblatt kann der eingesetzte Fragebogen in sieben Subthemen gegliedert werden: Demografische Daten, Beratung, Frühförderung, Unterstützende Dienste, Paramedizinische Dienste, Image mehrerer Organisationen für Menschen mit Behinderung und Familiäre Belastung (modifizierte Version des FaBels).

Der Fragebogen besteht somit aus 138 eigens konzipierten Items, die teilweise mehrere Fragestellungen beinhalten. Als Beispiel sei folgendes Item angeführt:

**42. Wären Sie bereit, für qualifizierte Beratungsleistung zu bezahlen?**

- Ja, \_\_\_\_\_ EUR/Beratungsstunde  Nein

Abschließend sollte von den befragten Personen die adaptierte Version des FaBels, die aus 33 Items besteht, beantwortet werden. Die geschätzte Bearbeitungsdauer des gesamten Fragebogens beträgt 30 Minuten. Näherer Details können dem Fragebogen im Anhang entnommen werden.

**8.4.1.1. Aufbau des selbst erstellten Fragebogens**

a) Infoblatt

Um die Eltern in die eigentliche Thematik des Fragebogens und dessen Ausarbeitung einzuführen, fügten die Autorinnen ein Infoblatt hinzu. Dieses enthält sowohl den Inhalt der Erhebung, als auch die Beschreibung der Zielgruppe und Teilnahmemodi, sowie grundlegende Hinweise (z.B. bezüglich der Anonymität usw.). Am Ende wurden außerdem die Kontaktdaten der Autorinnen für etwaige Fragen angeführt.

b) Demografische Daten der Eltern und des Kindes mit Behinderung

Zu Beginn sollten sowohl Daten zur befragten Person (Eltern bzw. Erziehungsberechtigte) als auch zum Kind mit Behinderung angegeben werden. Unter anderem wurden Geschlecht, Alter, Wohnort (Bezirk), höchstabgeschlossene Schulbildung, Erwerbstätigkeit der befragten Person, als auch Alter, Art der Behinderung, Zeitpunkt der Diagnosestellung und Pflegestufe des Kindes mit Behinderung (es wurde gesondert darauf hingewiesen, dass bei mehreren Kindern mit IB die folgenden Fragen in Bezug auf das jüngere beantwortet werden sollen) erfragt.

Den demografischen Daten folgten drei Items zur Erhebung möglicher Faktoren der familiären Belastung (siehe Punkt 6). Diese Fragen dienen der Einschätzung des Betreuungsaufwandes, der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und der möglichen, daraus folgenden Beeinträchtigung der eigenen Person.

c) Beratung

Das Thema Beratung enthält vier unterschiedliche Gruppen, die in den Interviews und Fokusgruppen am häufigsten genannt wurden:

- Finanzberatung

- Rechtsberatung
- Beratung nach Diagnosestellung
- Beratung über Möglichkeiten nach Beendigung der Schulpflicht

Jede Gruppe enthält mehrere Fragen zur Nutzung und Zufriedenheit der unterschiedlichen Beratungsstellen bzw. der Stellen, die auf die bestehenden Beratungsmöglichkeiten hingewiesen haben, und Gründe weshalb eine der Formen der Beratung nicht in Anspruch genommen wurde. Auch Wünsche bezüglich des Beratungsangebotes wurden angefügt.

#### d) Frühförderung

Hier wurden ebenfalls Fragen zur Nutzung und Zufriedenheit gestellt. Nachdem sich in den Fokusgruppen und den Interviews mit den Eltern herausstellte, dass auch die Mobilität der Frühförderer, die mögliche Fahrtzeit und der Wechsel von unterschiedlichen Frühförderern von den betreuenden Personen als relevant angesehen werden, wurden entsprechende Fragestellungen hinzugefügt. Auch Fragen nach den Formen der Förderung (allg. Frühförderung, unterstützte Kommunikation, basale Stimulation, Sehfrühförderung, Hörfrühförderung usw.), die die Kinder erhielten bzw. ob und wie die Eltern beraten wurden (Erziehungs-, Spiel-, finanzielle Beratung und entlastende Gespräche usw.) wurden mit einbezogen.

#### e) Unterstützende Dienste

Die Unterstützenden Dienste, die von Familien mit Kindern mit intellektueller und/oder Mehrfachbehinderung genutzt werden können, umfassen ein sehr weites Gebiet. Es kristallisierten sich im Laufe der Interviews und Fokusgruppen vor allem folgende Angebote heraus:

- Psychologische Unterstützung nach der Diagnose
- Psychologische Behandlung/Psychotherapie
- Mobile Kinderkrankenschwester
- Tagesmutter
- Kinderbetreuung zu Hause (angeboten durch einen Verein)
- Private Kinderbetreuung zu Hause (z.B. Freunde, Großeltern,...)
- Wochenendbetreuung im Heim
- Freizeitassistenz

Die Fragen fokussieren innerhalb der Dienstleistungsgruppen auf Nutzung, Zufriedenheit, für die Eltern relevante Aspekte und wie sie von dem Angebot

erfahren haben. Zusätzlich wurden mögliche Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Dienstleistungen und vorhandene Wünsche erfragt.

f) Paramedizinische Dienste

In diesem Feld wurden aus dem bestehenden breiten Angebotsspektrum, aufgrund der häufigen Nutzung, folgende Therapieformen ausgewählt:

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie
- Hippotherapie
- Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren

Nachdem die Finanzierung und die Wartezeit auf Kassenplätze des Öfteren von den Eltern thematisiert wurden, sind diesbezügliche Fragestellungen, neben den Fragen zur Nutzung, Zufriedenheit, Fahrzeit usw., in das Erhebungsinstrument aufgenommen worden. Auch hier sollen die Wünsche und Gründe bei Nicht-Nutzung nicht außer Acht gelassen werden.

g) Image der Lebenshilfe und anderer Organisationen mit ähnlichem Angeboten

Der Lebenshilfe NÖ war es ein besonderes Anliegen, ihr Image in der betroffenen Zielgruppe zu ermitteln. Aufgrund dessen wurde sowohl nach der Kenntnis, als auch nach der Einschätzung des Images gefragt. Zum Vergleich wurden drei weitere Organisationen inkludiert: die Caritas, das Hilfswerk und die Volkshilfe.

Im Rahmen der Erhebung kann jedoch nur ein erster Eindruck darüber geliefert werden, wie die Lebenshilfe im Vergleich zu den anderen Organisationen gesehen wird. Eine ausführliche Imagebefragung war nicht möglich.

h) FaBel

(unter Punkt 8.4.1.2. wird im Detail auf den FaBel eingegangen)

#### **8.4.1.2. Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel, 2001)**

Der FaBel ist die von Ravens-Sieberer et al. (2001) in die deutsche Sprache übersetzte Version der "Impact on Family Scale" von Stein und Riessman (1980), die folgendermaßen ausgearbeitet wurde:

Nach der Durchführung einer qualitativen Analyse durch mehrere Interviews mit

betroffenen Eltern und Experten und einer zusätzlichen Durchsicht der Literatur zur Belastung von Eltern mit Kindern mit einer Krankheit oder Behinderung, wurden 190 Items festgelegt, die im Laufe der Fragebogenentwicklung auf 33 Items reduziert wurden (Stein & Riessman, 1980). Ravens-Sieberer et al. (2001) ließen diese 33 Items, mit dem Ziel der Testung und Validierung eines deutschen Verfahrens zur Ermittlung der familiären Belastung, von zwei muttersprachlichen Übersetzern in die deutsche Sprache übertragen.

Die Verwendbarkeit bzw. die allgemeinen Gütekriterien des FaBels konnten erstmals in einer Querschnittstudie, in der die Belastung von Familien mit Kindern, die entweder schwer chronisch krank waren oder eine Behinderung hatten, überprüft werden. Kontaktiert wurden Familien, deren Kinder eine körperliche, intellektuelle oder mehrfache Behinderung oder aber eine chronische Krankheit hatten. Von 400 verschickten Fragebögen wurden 273 retourniert.

In der Stichprobe wiesen 206 Kinder neurologische Probleme auf, die folgendermaßen kategorisiert wurden: 24,3 % der Kinder hatten eine leichte Behinderung, 28,8 % eine Lernbehinderung, Teilleistungsstörung und/oder gut eingestellte Epilepsie (mittelgradige Behinderung) und 36,9 % wurden der Kategorie der schweren Behinderung (intellektuelle Behinderung, Mehrfachbehinderung und/oder therapieresistente Epilepsie) zugeordnet. Hinsichtlich der Kategorie der „schweren Behinderung“ wurden von 47,3 % ein Vorhandensein von drei oder mehr Behinderungen berichtet (Ravens-Sieberer et al., 2001).

Durch die Bearbeitung der Daten mit einer Faktorenanalyse konnten laut Ravens-Sieberer et al. (2001) fünf verschiedene Dimensionen der Belastung festgelegt werden, die 53 % der Gesamtvarianz erklärten:

- Tägliche soziale Belastung: 9 Items (z.B. „Wegen der Krankheit unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.“)
- Persönliche Belastung/Zukunftssorgen: 5 Items (z.B. „Wegen der Krankheit denke ich darüber nach, keine weiteren Kinder zu bekommen.“)
- Finanzielle Belastung: 4 Items (z.B. „Um die medizinischen Kosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig.“)
- Belastung der Geschwisterkinder: 6 Items (z.B. „Meine anderen Kinder scheinen öfter krank zu sein und öfter unter Schmerzen und Beschwerden zu leiden als andere Kinder ihres Alters.“)

- Probleme bei der Bewältigung: 3 negativ gepolte Items (z.B. “Mein Lebenspartner und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam.”)

Die Reliabilität aller Subskalen wurde anhand des Cronbachs Alpha angegeben. Die interne Konsistenz belief sich im Durchschnitt auf  $\alpha = .70$  und der Gesamtscore konnte sogar ein  $\alpha = .89$  erreichen (Ravens-Sieberer et al., 2001).

Insofern kann der FaBel als adäquates Mittel zur Erhebung der familiären Belastung bei Familien mit Kindern mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung betrachtet werden. Mittlerweile wurde er bereits in mehreren Untersuchungen, unter anderem von Wiedebusch, Pollmann, Siegmund, und Muthny (2008), Kugele, Pfeiffer, und Sarimski (2010) und Hintermair, Sarimski, und Lang (2011) eingesetzt.

Der FaBel wurde für Familien mit Kindern und Jugendlichen mit körperlicher und/oder intellektueller Behinderung, die ein Alter bis 18 Jahren aufweisen, konzipiert. Die Bearbeitungszeit beläuft sich auf höchstens zehn Minuten und „für jedes Item steht eine vierstufige Antwortskala bereit (4 = trifft ganz zu, 3 = trifft weitgehend zu, 2 = trifft weitgehend nicht zu, 1 = trifft überhaupt nicht zu).“ (Sarimski & Steinhausen, 2007, S. 151). Außerdem enthält der FaBel fünf Items (Item 12, 14, 16, 17 und 25), deren Antwortkategorien aufgrund ihrer umgekehrten inhaltlichen Richtung für die Verrechnung umgepolt wurden.

#### **8.4.1.2.1. Adaptierte Version des Familien-Belastungs-Fragebogens (FaBel, 2001)**

Da in diese Erhebung nur Eltern von Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung einbezogen wurden, haben sich die Autorinnen dieser Arbeit für eine geringfügige Änderung des Wortlautes im Fragebogen entschieden. Der Begriff “Krankheit” wurde im zu bearbeitenden Fragebogen durch “Behinderung” ersetzt. Nach Empfinden der Autorinnen können die Begriffe nicht synonym verwendet werden. Eine Behinderung ist nicht dasselbe wie eine Krankheit und eine Äquivalenz der beiden Begriffe sollte auch nicht impliziert werden.

Aufgrund dieser Veränderung können die Werte unserer Stichprobe nicht ohne Überprüfung der Kompatibilität des veränderten Fragebogens mit dem FaBel jenen der Vergleichspopulation der Studie von Ravens-Sieberer et al. (2001) gegenübergestellt werden. Um die Gleichwertigkeit des modifizierten Fragebogens zu überprüfen, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Die Autorinnen entschieden sich für eine explorative

Faktorenanalyse, da für die Faktoren des FaBels keinerlei theoretischer Hintergrund existiert und die ursprünglichen fünf Faktoren von Ravens-Sieberer et al. (2001) dementsprechend explorativ ermittelt wurden. In Anbetracht dessen, dass in dieser Arbeit der Fokus auf Kinder mit Behinderung, jedoch nicht auf Kinder mit chronischen Krankheiten gelegt wurde, sollte außerdem sichergestellt werden, dass die Faktorenbildung nicht stichprobenabhängig ist. Nach der Durchführung der explorativen Faktorenanalyse dieser Erhebung wurden die Faktoren und deren Itemladungen mit den Ergebnissen von Ravens-Sieberer et al. (2001) verglichen.

Grundsätzlich setzt eine Faktorenanalyse laut Rinkenburger (2011) voraus, dass die manifesten Variablen (also die 33 Items) einer zugrundeliegenden, latenten Struktur folgen. Dadurch, dass eine Korrelationsmatrix die Basis einer Faktorenanalyse darstellt, müssen die Variablen zumindest metrisch skaliert sein. Beide Grundvoraussetzungen sind gegeben.

Auch die Normalverteilung, Linearität und Homoskedastizität der Items sind insofern von Bedeutung, dass ihr Nichtvorhandensein die Korrelationen abschwächen oder verfälschen kann. Wirklich notwendig wäre die Normalverteilung der Items jedoch nur, wenn die Korrelationen auf Signifikanz geprüft werden würde (Rinkenburger, 2011). Dies muss in die Interpretation der Ergebnisse der in dieser Arbeit vorgenommenen Faktorenanalyse miteinbezogen werden, da nicht alle Items die Voraussetzungen der Normalverteilung, Linearität oder Homoskedastizität erfüllen. In Anbetracht der entbehrlichen Überprüfung der Signifikanz der Korrelationen für den Zweck dieser dimensionsreduzierenden Methode haben sich die Autorinnen für die Verwendbarkeit der Faktorenanalyse – natürlich unter Berücksichtigung der möglichen Verfälschung in der Interpretation – entschieden.

Von den insgesamt 169 auswertbaren Datensätzen aus Niederösterreich und Vorarlberg konnten 108 in die Faktorenanalyse einbezogen werden. Bei den restlichen 61 Fragebögen blieben ein oder mehrere Items unbeantwortet. Oft können die fehlenden Werte darauf zurückgeführt werden, dass keine Geschwisterkinder vorhanden sind und somit die Befragten keine Möglichkeit hatten, die letzten sechs Items (z.B. "Es ist schwer, den anderen Kindern genügend Aufmerksamkeit zu schenken, weil mein Kind mit Behinderung mich so sehr in Anspruch nimmt.") auszufüllen.

Die etwas geringe Stichprobengröße kann sowohl als möglicher Grund für die teilweise fehlende Normalverteilung der Items, als auch als Kritikpunkt an der folgenden Faktorenanalyse gesehen werden.

Die explorative Faktorenanalyse setzt sich aus folgenden Schritten zusammen:

a) Anfangslösung ohne Rotation

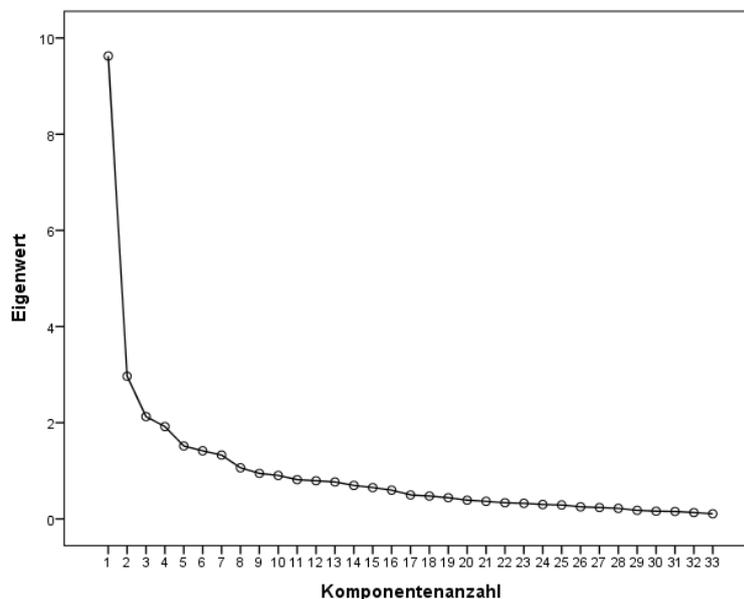
In der Anfangslösung ohne Rotation konnten acht Faktoren einen Eigenwert über eins erreichen (Tabelle 8.3). Diese erklären 66,562 % der Gesamtvarianz. Wie in der Abbildung zu sehen, trägt der erste Faktor mit 29,17 % erklärter Varianz einen sehr großen Anteil dazu bei. Anhand des folgenden Scree-Plots ist ein weiterer großer Schritt nicht nur nach dem ersten, sondern auch zwischen dem vierten und fünften Faktor erkennbar.

**Tabelle 8.3:**  
*Gesamte erklärte Varianz*

Komponente	Total	% der Varianz	Kumulierte %
1	9,626	29,17	29,17
2	2,967	8,991	38,161
3	2,128	6,448	44,609
4	1,921	5,822	50,431
5	1,517	4,596	55,027
6	1,416	4,292	59,319
7	1,327	4,022	63,342
8	1,063	3,221	66,562

Der relevante „Knick“ ist zwischen dem vierten und fünften Faktor (siehe Abbildung 8.3).

**Abbildung 8.3:**  
*Scree-Plot der Anfangslösung*



Der nächste Schritt ist entsprechend den vorhergehenden Darstellungen eine 4-Faktorenlösung. Durch eine Varimax-Rotation (orthogonale Rotationsmethode) kann die Interpretation der Faktoren vereinfacht werden, indem eine Minimierung der Menge der Variablen, die hoch laden, für jeden Faktor realisiert wird (Field, 2009).

b) Extraktion von vier Faktoren mit Varimax-Rotation

Mit den vorgeschlagenen vier Faktoren können 50,431 % (Tabelle 8.4) der Gesamtvarianz erläutert werden. Bei genauerer Betrachtung der Komponentenmatrix wird jedoch ersichtlich, dass die Zuordnung der Items zu den vier Faktoren wenig inhaltlichen Sinn macht. Die Items, die die Belastung der Geschwisterkinder messen sollen, sind zum Beispiel demselben Faktor zugewiesen wie einige Items der „täglichen Belastung“ (z.B. „Ich mache mir Sorgen, was in Zukunft mit meinem Kind sein wird (wenn es erwachsen ist und ich nicht mehr da bin)“).

**Tabelle 8.4:**

*Gesamte erklärte Varianz (durch vier Faktoren)*

Komponente	Total	% der Varianz	Kumulierte %
1	6,449	19,541	19,541
2	5,124	15,528	35,069
3	2,934	8,891	43,96
4	2,136	6,471	50,431

c) Extraktion von fünf Faktoren mit Varimax-Rotation

Aufgrund der fehlenden inhaltlichen Interpretierbarkeit der 4-Faktorenlösung extrahierten die Autorinnen im nächsten Schritt fünf Faktoren, durch die 55,027 % (Tabelle 8.5) der Gesamtvarianz erklärt werden können.

**Tabelle 8.5:**

*Gesamte erklärte Varianz (durch fünf Faktoren)*

Komponente	Total	% der Varianz	Kumulierte %
1	6,366	19,292	19,292
2	4,917	14,9	34,192
3	2,921	8,851	43,043
4	2,015	6,108	49,15
5	1,939	5,877	55,027

Es zeigt sich eine sehr große Überschneidung der Faktoren des FaBels mit denen der Faktorenanalyse, die unter Punkt d genauer beleuchtet werden soll.

d) Konformität der fünf Faktoren mit dem FaBel

Abgesehen von sechs Items wiesen alle Variablen die höchste Ladung in denselben Faktoren auf, wie in denen des FaBels. Die sechs fraglichen Items wären laut Sarimski und Steinhausen (2007) alle entweder der „täglichen und soziale Belastung“ oder der „persönlichen Belastung/Zukunftssorgen“ zuordenbar (Sarimski & Steinhausen, 2007):

- Item 7: „Die Leute der Nachbarschaft behandeln uns anders wegen der Behinderung unseres Kindes.“ (tägliche und soziale Belastung)
- Item 14: „Meine Verwandten sind sehr verständnisvoll und haben mir sehr geholfen.“ (tägliche und soziale Belastung)
- Item 19: „Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen was für mein Kind mit Behinderung gut ist.“ (persönliche Belastung/Zukunftssorgen)
- Item 23: „Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss.“ (persönliche Belastung/Zukunftssorgen)
- Item 24: „Die Fahrten ins Krankenhaus/zu der Therapie bedeuten eine Belastung für mich.“ (tägliche und soziale Belastung)
- Item 25: „Dadurch, dass ich lernen musste, mit der Behinderung meines Kindes fertig zu werden, komme ich auch mit mir selbst besser zurecht.“ (tägliche und soziale Belastung)

Um zu ermitteln, ob die Übereinstimmung der adaptierten mit der ursprünglichen Version des Fragebogens genügend genaue Ergebnisse erbringt, obwohl nur ein Großteil der Items die „richtigen“ Ladungen aufweist, wurde die Reliabilität von jedem Faktor anhand der Berechnung des Cronbach's Alpha überprüft. Zusätzlich wird auch noch das Alpha des Gesamtscores angegeben.

e) Reliabilität der fünf Subskalen und des Gesamtscores

Die Reliabilität, bzw. im engeren Sinne die innere Konsistenz, wird anhand des Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) gemessen, das laut Kubinger (2006) eine Abschätzung der unteren Grenze der Reliabilität angibt.

- Tägliche und soziale Belastung

Der Faktor „Tägliche und soziale Belastung“ hat ein bemerkenswert hohes  $\alpha = .891$  (Tabelle 8.6). Zusätzlich machen die Ergebnisse ersichtlich, dass das Löschen eines

Items aus der Skala die Reliabilität nicht nennenswert verbessern würde.

**Tabelle 8.6:**

*Reliabilitätsstatistik tägl./soz. Belastung*

---

Cronbach's Alpha	Anzahl der Items
0,891	15

---

- Persönliche Belastung/Zukunftssorgen

Die Subskala „Persönliche Belastung/Zukunftssorgen“ weist ein  $\alpha = .505$  (Tabelle 8.7) auf. Da das Cronbach's  $\alpha$  laut Cortina (1993) einen Zusammenhang mit der Menge der Items aufweist und diese Subskala nur fünf Items beinhaltet, kann das  $\alpha$  als ausreichend anerkannt werden. Das Löschen eines Items aus dieser Skala würde die Reliabilität nur verschlechtern.

**Tabelle 8.7:**

*Reliabilitätsstatistik pers. Belastung*

---

Cronbach's Alpha	Anzahl der Items
0,505	5

---

- Finanzielle Belastung

Das Cronbach's  $\alpha$  für die Skala „Finanzielle Belastung“ beläuft sich, ersichtlich anhand der Tabelle 8.8, auf ein  $\alpha = .766$ . Auch dieser Faktor würde durch die Entfernung eines Items keine nennenswerte Erhöhung der Reliabilität erhalten.

**Tabelle 8.8:**

*Reliabilitätsstatistik finanz. Belastung*

---

Cronbach's Alpha	Anzahl der Items
0,766	4

---

- Belastung der Geschwister

Die Skala „Belastung der Geschwister“ hat ein sehr hohes  $\alpha = .827$  (Tabelle 8.9). Entsprechend den vorherigen Ergebnissen würde in dieser Skala das Entfernen von Items die Reliabilität verschlechtern.

**Tabelle 8.9:**

*Reliabilitätsstatistik Belastung d. Geschwister*

---

Cronbach's Alpha	Anzahl der Items
0,827	6

---

- Probleme bei der Bewältigung

Ähnlich dem Faktor „Persönliche Belastung/Zukunftssorgen“ kann bei der Skala „Probleme bei der Bewältigung“ ein  $\alpha = .524$  aufgrund der geringen Itemanzahl als akzeptabel angesehen werden (Tabelle 8.10). Die Reliabilität würde sich durch die Eliminierung einer der Items nur geringfügig erhöhen.

**Tabelle 8.10:**

*Reliabilitätsstatistik Bewältigungsprobleme*

---

Cronbach's Alpha	Anzahl der Items
0,524	3

---

- Belastung total

Der Gesamtscore weist ein Cronbach's  $\alpha = .907$  auf. Dieser Wert deutet auf eine außergewöhnlich hohe Reliabilität des Fragebogens hin (Tabelle 8.11).

**Tabelle 8.11:**

*Reliabilitätsstatistik gesamt*

---

Cronbach's Alpha	Anzahl der Items
<b>0,907</b>	33

---

Zusammenfassend kann also angemerkt werden, dass die innere Konsistenz, der in der Untersuchung erhobenen Subskalen, ein Spektrum von akzeptabel ( $\alpha = .505$ ) bis sehr gut ( $\alpha = .827$ ) vorweisen. Insofern stellt sich die Kompatibilität der adaptierten mit der ursprünglichen Version des FaBels als ausreichend dar.

## **8.4.2. Stichprobe**

### **8.4.2.1. Teilnahmekriterien**

Der eigens konzipierte Fragebogen wurde für erziehungsberechtigte Personen von Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung von 0 bis 18 Jahren erstellt, da es das Ziel der Lebenshilfe NÖ war ihr Angebot für Kinder und Jugendliche mit IB in diesem Alter auszuweiten. Diese Definition beinhaltet, dass nicht nur die leiblichen Eltern, sondern auch Großeltern, andere Verwandte, Adoptiveltern etc. befragt werden konnten, sofern diese die Verantwortung für die Erziehung des Kindes mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung zum Zeitpunkt der Erhebung trugen.

Voraussetzung der Teilnahme war ein fixer Wohnsitz – sowohl der Erziehungsberechtigten als auch des Kindes mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung – im südlichen Niederösterreich (entweder im Mostviertel oder Industrieviertel), von dem aus bisher alle Dienstleistungsangebote für das Kind mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung in Anspruch genommen wurden. Des Weiteren war es essentiell, dass die betroffenen Kinder im selben Haushalt wie ihre Erziehungsberechtigten lebten und nicht dauerhaft in einer externen Betreuungseinrichtung untergebracht waren. Dadurch sollte eine Mitberücksichtigung des Belastungsgrades seitens der Erziehungsberechtigten in den Ergebnissen ermöglicht werden.

Generell sollte immer nur eine der erziehungsberechtigten Personen pro Familie den Fragebogen ausfüllen. Falls eine Familie mehr als ein Kind mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung hat, wurde, wie schon oben erwähnt, darauf hingewiesen, dass die Beantwortung in Bezug auf das jüngere der Kinder mit IB und/oder Mehrfachbehinderung erfolgen soll.

### **8.4.2.2. Kontaktaufnahme**

Es wurde mit verschiedenen Einzelpersonen und Institutionen Kontakt aufgenommen, um an betroffene Familien zu gelangen. Einerseits wurden gezielt Selbsthilfegruppen (SHG) für Eltern mit Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung kontaktiert, andererseits setzte man sich auch mit anderen Institutionen und Kontaktpersonen in Verbindung, zu denen Ambulatorien, Therapeuten, Frühförderstellen, Allgemeine Sonderschulen (ASO) und Sonderpädagogische Zentren (SPZ) zählten.

Um für die zu kontaktierenden Sonderschulen und Sonderpädagogischen Zentren die Erlaubnis für eine Unterstützung an der Bedarfsanalyse einzuholen, wurde zu Beginn ein Ansuchen bei der Landesregierung Niederösterreich eingereicht.

Danach lief die Kontaktaufnahme, sowohl bei den Schulen als auch bei den anderen Institutionen, immer nach demselben Prinzip ab. Zuerst wurde den jeweiligen Leitern das Ziel der Bedarfsanalyse näher gebracht, wobei diese Informationsweitergabe entweder am Telefon, persönlich vor Ort oder per E-Mail stattfand. Anschließend wurde der Fragebogen, welcher ein Informationsblatt mit Angaben zu den Inhalten, dem Ablauf, den Zielen, der Weitergabe von Daten, der Zielgruppe und eine Auflistung der Möglichkeiten zur Teilnahme enthielt, zur Durchsicht weitergegeben.

#### **8.4.2.3. Verteilung des Fragebogens**

Nachdem sich die leitenden Personen der jeweiligen Institutionen bzw. Einzelpersonen wie Therapeuten und Frühförderer mit der Unterstützung der Bedarfsanalyse einverstanden zeigten, wurden ihnen eine vereinbarte Anzahl an Fragebögen von den Autorinnen persönlich übergeben oder per Post zugesandt. Nach Erhalt dieser zeigten sich die Kontaktpersonen zumeist kooperativ und verteilten die Fragebögen entweder an ihre Mitarbeiter zur Weitergabe, oder direkt an betroffene Eltern, mit denen sie zusammenarbeiteten. Einige Informationsschreiben und Fragebögen wurden auch anstatt per Postversand per E-Mail weitergeleitet.

Von den Autorinnen dieser Arbeit soll an dieser Stelle jedoch angemerkt werden, dass eine tatsächliche Verteilung, so wie vorab vereinbart, nicht überprüft werden konnte.

Bezüglich der ausgefüllten Fragebögen waren drei Varianten zur Retournierung vorgesehen:

- Rücksendung mittels beiliegendem, adressiertem Kuvert, wobei das Porto vom Empfänger übernommen wurde.
- Einwerfen in die zu diesem Zweck aufgestellten Sammelboxen in den Ambulatorien. Der Inhalt dieser wurde am Ende der Erhebung von den Autorinnen abgeholt oder von den Ambulatorien direkt zurück gesandt.
- Einsammeln durch Unterstützungspersonen und anschließende gesammelte Rücksendung an die Autorinnen.

Im Folgenden werden all jene Institutionen, Therapeuten und Selbsthilfegruppen aufgelistet, welche sich zu einer Teilnahme bereit erklärten. Diese Auflistung erfolgt alphabetisch gereiht nach Bezirken und beinhaltet gleichzeitig die Anzahl der ausgegebenen Fragebögen (FB).

**Tabelle 8.12:**

*Auflistung der Verteilung der Fragebögen in NÖ*

---

**Bezirk Amstetten**


---

VKKJ Amstetten	60 FB aufgelegt, davon befanden sich 4 verwertbare und 2 nicht verwertbare FB in der Sammelbox
Sonnenschule SPZ-ASO Amstetten	105 FB verteilt
SHG für Angehörige junger Menschen mit Autismus	6 FB verteilt
Elterngruppe Down-Syndrom Mostviertel	insgesamt 10 FB verteilt (decken weiters die Bezirke Scheibbs, Waidhofen/Ybbs und Melk ab)

---

**Bezirk Baden**


---

ASO Baden	17 FB verteilt
ASO Bad Vöslau	12 FB verteilt
ASO-SPZ Berndorf	60 FB verteilt
ASO Ebreichsdorf	8 FB verteilt
Betroffene Mutter	Von ihr wurde unsere E-Mail im Bekanntenkreis verteilt
Physiotherapeutin	Hat FB an betroffene Eltern weitergeleitet
Reit-u. Therapiezentrum Kottlingbrunn	Hat FB an betroffene Eltern weitergegeben
Elterngruppe Down-Syndrom Baden	15 FB verteilt
Frühförderin beim Hilfswerk Baden	15 FB verteilt
Verein No Problem Baden	10 FB verteilt + Link zum Online-FB

---

**Bruck an der Leitha**


---

ASO Teesdorf	22 FB verteilt
ASO Bruck an der Leitha	18 FB verteilt

---

**Bezirk Lilienfeld**


---

ASO Heinfeld	19 FB verteilt
ASO Traisen	15 FB verteilt

---

**Bezirk Melk**


---

ASO Loosdorf	25 FB verteilt
ASO Ybbs	28 FB verteilt
GfgF St.Leonhard am Forst	30 FB aufgelegt, davon wurden 7 FB von Eltern mitgenommen
ASO Mank	35 FB verteilt

---

### **Bezirk Mödling**

---

SPZ Mödling	6 FB verteilt
Krankenhaus Mödling	60 ausgegeben, diese wurden von dem Leiter sowohl direkt an betroffene Eltern verteilt als auch verschickt
Kontaktperson von der Lebenshilfe NÖ	30 FB + 30 Infoblätter verteilt; Zusage der Weitergabe an den Bezirksschulinspektor
MOKI	insgesamt 35 FB + 30 Infoblätter verteilt (decken weiters die Bezirke Baden, Wr. Neustadt u. Neunkirchen ab)

---

### **Bezirk Neunkirchen**

---

Ambulatorium Neunkirchen der VKKJ	60 FB aufgelegt, davon wurden 4 FB von Eltern mitgenommen, weitere 8 FB direkt an betroffene Eltern von einer Autorin an einem Vormittag vor Ort verteilt
SPZ Gloggnitz	7 FB verteilt
ASO-SPZ Ternitz	35 FB verteilt
ASO Kirchberg am Wechsel	4 FB verteilt

---

### **Bezirk Scheibbs**

---

SPZ-ASO Scheibbs	33 FB + 20 Infoblätter verteilt
Verein Sorgenkind	Infoschreiben wurde von Leitung an betroffene Eltern weitergeleitet
ASO Purgstall/Erlauf	1 FB verteilt
Frühförderin der Lebenshilfe	15 FB an andere Frühförderinnen und von ihr betreute Eltern verteilt

---

### **Bezirk St. Pölten**

---

ASO St. Georgen	Verteilung des Infoschreibens
ASO-SPZ St.Pölten-Mitte	54 FB verteilt
ASO St.Pölten Nord	30 FB verteilt
Ambulatorium Sonnenschein	60 FB wurden ausgegeben, welche von den FrühförderInnen direkt zu den Eltern nach Hause gebracht wurden
Ergotherapeutin	Infos + FB wurden weitergeleitet

---

### **Bezirk St. Pölten-Land**

---

Verein L"i"ebenswert	FB wurden von Leitung an alle Mitglieder weitergeleitet + 15 FB an einem Vereinsnachmittag verteilt
Verein Lichtblick	FB wurden von Leitung an alle Mitglieder weitergeleitet
SPZ-ASO Obergrafendorf	5 FB verteilt

---

### **Bezirk Waidhofen an der Ybbs**

---

Landessonderschule Reichenauerhof	Infoschreiben wurde von Direktor verteilt
ASO Waidhofen an der Ybbs	20 FB verteilt

---

### **Bezirk Wien-Umgebung**

---

ASO Purkersdorf	25 FB verteilt
ASO Fischamend	40 FB verteilt
ASO Schwechat	60 FB verteilt
SHG Down-Syndrom für Wien u.NÖ (Teilnahme an einem Vortrag)	2 FB verteilt

---

### **Bezirk Wiener Neustadt**

---

Waldschule Wiener Neustadt	20 FB verteilt
Ambulatorium Wiener Neustadt der VKKJ	60 FB aufgelegt, davon wurden 8 FB von den Eltern mitgenommen
Verein Lebenslicht	Infoschreiben wurde von Leitung an betroffene Eltern weitergeleitet
ASO Sollenau	15 FB verteilt
ASO Eggendorf	5 FB verteilt
ASO Pernitz	13 FB verteilt + Link zum Online-FB

---

### **Bezirk Wiener Neustadt-Land**

---

ASO Steinabrückl	14 FB verteilt
------------------	----------------

---

Neben einem Fragebogen im Paper-Pencil-Format wurde auch der Link zu der identen Onlineversion des Fragebogens in Umlauf gebracht. Diese Verteilung geschah einerseits über einen Hinweis auf dem Informationsblatt mit dem entsprechenden Link, andererseits wurde dieser auf den Homepages von der *Lebenshilfe NÖ* und *KIB – Children Care* inklusive eines kurzen Einleitungstextes veröffentlicht.

Da als Vergleichsbundesland zu den Dienstleistungsangeboten in Niederösterreich Vorarlberg herangezogen wurde, soll nun auch hierzu kurz ein Überblick über die verteilten Fragebögen erfolgen. Aufgrund der Tatsache, dass die Prozesse der Kontaktaufnahme und der Verteilung in Vorarlberg gleich abliefen wie in Niederösterreich, wird auf eine nochmalige Erläuterung verzichtet und auf die vorangegangenen Punkte 8.4.2.1., 8.4.2.2. und 8.4.2.3. verwiesen.

**Tabelle 8.13:**

*Auflistung der Verteilung der Fragebögen in VlbG.*

### **Vorarlberg**

---

Lebenshilfe Vorarlberg	30 FB an betroffene Eltern, und weitere 20 FB an das AKS verteilt
Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (AKS) Vorarlberg	20 FB verteilt
Betroffene Mutter	7 FB an bekannte u. betroffene Eltern verteilt

---

### **8.4.3. Hypothesen**

#### **8.4.3.1. Zusammenhangshypothese zur familiären Belastung**

Unter Punkt 6 werden die Einflussfaktoren der familiären Belastung ausführlich beschrieben. Laut Sarimski (2009) können unter anderem durch das Verhalten bzw. die Bedürfnisse des Kindes Belastungen auftreten. Unter diese beiden Faktoren fallen vor allem die Verhaltensauffälligkeiten und der Betreuungsaufwand des Kindes.

Die in diesem Zusammenhang gestellte Frage lautet:

*Gibt es einen funktionalen Zusammenhang zwischen dem Betreuungsaufwand, der Frequenz der Verhaltensauffälligkeiten und der dadurch von den Eltern subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung und der familiären Belastung?*

*Alternativhypothese: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der familiären Belastung und den drei Prädiktorvariablen (Betreuungsaufwand, Frequenz der Verhaltensauffälligkeiten und subjektive Beeinträchtigung, die die Eltern durch die auftretenden Verhaltensauffälligkeiten erleben)*

### **8.5. Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurde ein Überblick über die in der Untersuchung eingesetzten Methoden gegeben. Der Beschreibung der Stichproben in Niederösterreich und Vorarlberg folgte die Darstellung der Vorgangsweise bei der Angebotsanalyse. Des Weiteren kam es im Rahmen der Erläuterungen zur qualitativen Erhebung, zu einer Darstellung der verwendeten Interviewleitfäden für Experten und Eltern und zu einer Beschreibung der Durchführung der Einzelgespräche und Fokusgruppen. Bei der Vorstellung der quantitativen Erhebung wurde der selbst erstellte Fragebogen näher

beleuchtet und die Adaptation des Fabels für die vorliegende Zielgruppe erläutert. Die Kompatibilität der überarbeiteten Version mit der Originalversion konnte anhand einer Faktorenanalyse überprüft werden. Darüber hinaus wurden relevante Aspekte bezüglich der Verteilung der Fragebögen angesprochen.

Zum Abschluss stellten die Autorinnen die Hypothese hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der familiären Belastung und dem Betreuungsaufwand, der Frequenz von Verhaltensauffälligkeiten und der dadurch vorhandenen subjektiven Beeinträchtigung vor, um mögliche Faktoren der familiären Belastung definieren zu können.

## 9. Ergebnisse

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst, ausgenommen die Punkte 9.1., 9.2.2., 9.3.2. und 9.3.3., welche von Nina Gürtlschmidt geschrieben wurden.*

Im Folgenden soll nun eine genaue Darstellung aller Ergebnisse, welche im Rahmen der Angebotsanalyse, der qualitativen und der quantitativen Erhebung gewonnen wurden, gegeben werden.

### 9.1. Angebotsanalyse

Im Rahmen einer Internet- und Telefonrecherche, wurde das aktuelle Dienstleistungsangebot der paramedizinischen Dienste Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Hippotherapie und Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren im südlichen Niederösterreich und in Vorarlberg erhoben.

#### 9.1.1. Status quo Angebot für Eltern im südlichen NÖ

Eine Auflistung aller einzelnen Therapeuten im südlichen Niederösterreich, welche paramedizinische Dienste für Kinder und Jugendliche mit IB und/oder mehrfacher Behinderung anbieten, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Einzelanbieter beispielsweise auf der Homepage des „Bundesverbandes der ErgotherapeutInnen Österreich“<sup>5</sup>, „Physio Austria – Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs“<sup>6</sup>, „Bundesverband Logopädie Austria“<sup>7</sup> und „Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten“<sup>8</sup> nachgelesen werden können.

Somit werden im Folgenden lediglich die größeren Institutionen des südlichen Niederösterreichs, welche entweder Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren und/oder Hippotherapie anbieten, angeführt.

---

<sup>5</sup> <http://www.ergoaustria.at>

<sup>6</sup> <http://www.physioaustria.at>

<sup>7</sup> <http://www.logopaedieaustria.at>

<sup>8</sup> <http://www.oktr.at>

**Ergotherapie:**

- Ambulatorium Sonnenschein: Bezirk: St. Pölten
- Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie: Bezirk: Melk
- Hilfswerk NÖ: Mobile Ergotherapie in den Bezirken: Baden, Bruck an d. Leitha, Lilienfeld, Melk, Mödling, St. Pölten, St. Pölten-Land
- Kindersozialdienste St. Martin: Bezirk: Tulln
- Krankenhaus Mödling: Bezirk: Mödling
- VKKJ Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche: Bezirke: Wiener Neustadt, Amstetten, Neunkirchen

**Physiotherapie:**

- Ambulatorium Sonnenschein: Bezirk St. Pölten
- Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie: Bezirk Melk
- Hilfswerk NÖ: Mobile Physiotherapie in den Bezirken: Baden, Bruck an d. Leitha, Lilienfeld, Melk, Mödling, St. Pölten, St. Pölten-Land
- Krankenhaus Mödling: Bezirk: Mödling
- VKKJ Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche: Bezirke: Wiener Neustadt, Amstetten, Neunkirchen

**Logopädie:**

- Ambulatorium Sonnenschein: Bezirk: St. Pölten
- Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie: Bezirk: Melk
- Hilfswerk NÖ: Mobile Logopädie in den Bezirken: Baden, Bruck an d. Leitha, Lilienfeld, Melk, Mödling, St. Pölten, St. Pölten-Land
- Krankenhaus Mödling: Bezirk: Mödling
- VKKJ Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche: Bezirke: Wiener Neustadt, Amstetten, Neunkirchen

**Hippotherapie:**

- Kindertierkreis Artemis: Bezirk: Melk
- Reit- und Therapiezentrum Kottingbrunn: Bezirk: Baden
- VKKJ Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche: Bezirke: Wiener Neustadt, Amstetten, Neunkirchen

**Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren:**

- Kindertierkreis Artemis: Bezirk: Melk

- Reit- und Therapiezentrum Kottingbrunn: Bezirk: Baden
- Reitstall Wasenhof: Bezirk: Melk
- Verein Hufeisen: Bezirk: Melk
- Verein Pferde Stärken: Bezirk: Wien-Umgebung

In der obigen Auflistung wurden immer nur jene Bezirke genannt, in welchen die jeweilige Institution einen Standort aufweist. Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass alle Einrichtungen auch den Bedarf von umliegenden Bezirken abdecken können. Beispielsweise wurde in Erfahrung gebracht, dass das Ambulatorium Sonnenschein nicht nur Kinder und Jugendliche aus dem Bezirk St. Pölten, sondern ebenso aus den umliegenden Bezirken St. Pölten-Land und Lilienfeld therapiert.

Berücksichtigt man nun zusätzlich zu dieser Aufzählung die große Anzahl an Anbietern in selbständiger Tätigkeit, so kann davon ausgegangen werden, dass die Versorgung bezüglich paramedizinischen Diensten in allen Bezirken ausreichend ist.

### **9.1.2. Status quo Angebot für Eltern in Vorarlberg**

Wie schon unter Punkt 7. beschrieben, wurde von den Autorinnen zusätzlich ein Vergleich der Angebote in Niederösterreich mit dem Bundesland Vorarlberg umgesetzt. Durch eine intensive Internet- und Telefonrecherche hat sich gezeigt, dass in Vorarlberg das „AKS- Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin“ als größter Anbieter gesehen werden kann.

Mit neun Standorten ist diese Institution über alle Bezirke gut verteilt und deckt fast den gesamten Bereich der paramedizinischen Dienste ab, in dem Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Hippotherapie angeboten wird.

Des Weiteren gibt es eine Reihe an zusätzlichen Institutionen, mit weniger vielfältigen Angeboten im paramedizinischen Bereich:

- Carina GmbH
- Lebenshilfe Vorarlberg
- Schulheim Mäder
- Stiftung Jupident
- Villa Momo
- Vbg. Landeszentrum für Hörgeschädigte

Auch in Vorarlberg gibt es eine Vielzahl an Therapeuten in selbständiger Tätigkeit, welche nicht außer Acht gelassen werden dürfen, deren einzelne Auflistung hier jedoch nicht angedacht ist.

Das gesamte Angebot lässt erkennen, dass paramedizinische Dienste in ganz Vorarlberg flächendeckend verfügbar sind.

## **9.2. Qualitative Daten**

Aus der qualitativen Erhebung, deren Vorgang unter Punkt 8.3. dargestellt wurde, ergaben sich, aus den Einzelgesprächen und den Fokusgruppen mit Eltern von Kindern mit IB und/oder Mehrfachbehinderung, die im Folgenden dargestellten Ergebnisse.

Es wird angemerkt, dass sich alle angegebenen Zahlen auf Aussagen, welche tatsächlich im Rahmen der Gespräche getätigt wurden, beziehen. Insofern fand ein Nicken oder ein Kopfschütteln von Personen auf gestellte Fragen (vor allem im Laufe der Fokusgruppen) in dieser Datenanalyse keine Berücksichtigung.

### **9.2.1. Demografische Beschreibung der Stichprobe in NÖ**

Die gesammelten Informationen konnten anhand zweier Fokusgruppen und mehrerer Einzelinterviews eingeholt werden. Insgesamt kam es zur Befragung von 26 Elternteilen (vier Männer, 22 Frauen), von denen einerseits ihre eigene Situation und andererseits jene ihrer Kinder mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im südlichen Niederösterreich erhoben wurde. Um zusätzliches Fachwissen zu erhalten, wurden sechs Experten interviewt, deren Erfahrungen die Information der Eltern vervollständigen sollten.

Die qualitative Erhebung wurde hauptsächlich mit Eltern und Experten aus den Bezirken Baden, Mödling, St. Pölten, St. Pölten-Land und Scheibbs durchgeführt. Eine ausgewogene Verteilung bezüglich der Behinderungsformen und des Alters der Kinder und Jugendlichen mit IB und/oder Mehrfachbehinderung kann als gegeben angesehen werden.

### **9.2.2. Analyse der qualitativen Daten**

Von den insgesamt 26 befragten Elternteilen gaben so gut wie alle an eine oder mehrere Therapiemöglichkeiten zu nutzen, wobei die Zufriedenheit mit dem Angebot zumeist hoch war. Wie in Tabelle 9.1 ersichtlich wurde am häufigsten das Therapieangebot der

Logopädie (9 Nutzungen), der Physiotherapie (6 Nutzungen) und der Ergotherapie (5 Nutzungen) in Anspruch genommen. Diesen folgte das therapeutische Reiten, welches untergliedert werden kann in Hippotherapie (4 Nutzungen) und Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren (2 Nutzungen).

**Tabelle 9.1:**

*Nutzung der Therapien*

	Anzahl der Inanspruchnahme
Logopädie	9
Physiotherapie	6
Ergotherapie	5
Hippotherapie	4
Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren	2

Die Wünsche, welche bezüglich dem paramedizinischen Dienstleistungsangebot von den Eltern geäußert wurden, bezogen sich zusammengefasst auf ein erhöhtes Angebot an mobilen Diensten, auf vielfältigere und bessere Informationen über die bestehenden Angebote und auf kürzere Wartezeiten bis zum Therapieantritt.

Diese Wünsche deckten sich auch mit den Ergebnissen aus den Experteninterviews, denn auch nach Meinung der Experten gäbe es oft eine zu lange Wartezeit. Zusätzlich wurde mehrmals betont, dass eine Erhöhung der Anzahl an Krankenkassenplätzen dringend notwendig wäre.

### **9.3. Quantitative Daten**

Nachdem die vorliegende Studie explorativer Natur ist, steht die Hypothesengenerierung im Vordergrund, weshalb nur wenige Hypothesen überprüft werden. Im Folgenden soll zunächst die demografische Beschreibung der Stichprobe vorgenommen werden. Im Anschluss folgen die spezifischen Ergebnisse zu den paramedizinischen Diensten. Es wird darauf hingewiesen, dass in der gesamten Arbeit nur die gültigen Prozente angegeben werden. Zusätzlich wird unter der Kategorie „Gesamtanzahl“ festgehalten, wie viele Personen die jeweilige Frage beantwortet haben.

### 9.3.1. Demografische Beschreibung der Stichprobe

Die genaue Auflistung, welche demografischen Daten erhoben wurden, ist unter Punkt 8.4., bei der Vorstellung des Aufbaus zum selbsterstellten Fragebogen, enthalten. An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der Erhebung präsentiert werden.

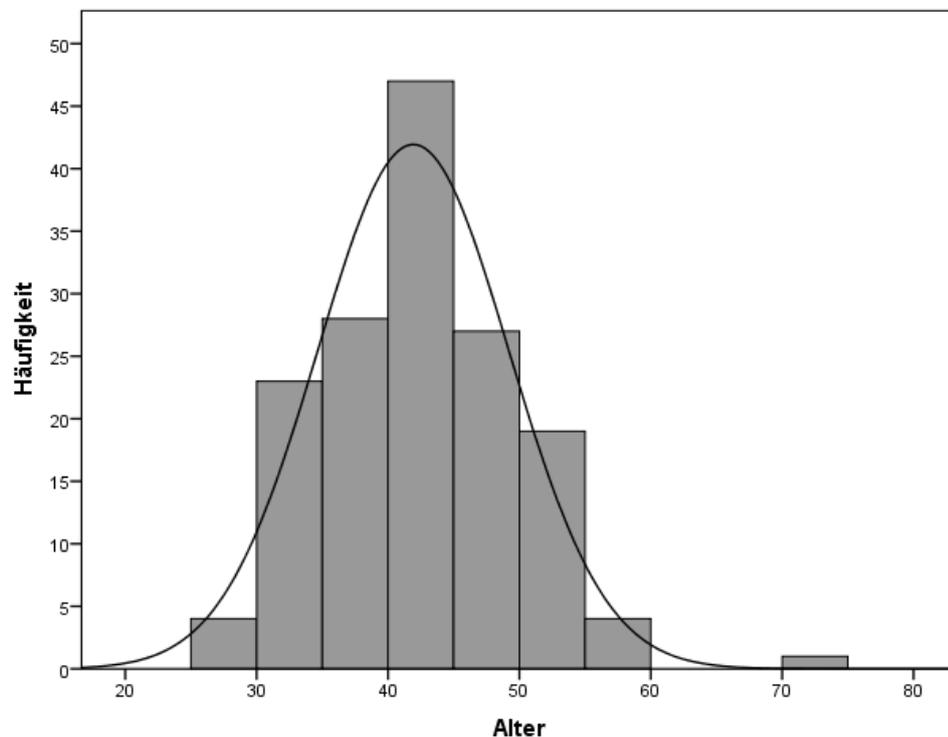
#### 9.3.1.1. Stichprobe in Niederösterreich

a) Daten der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

- Alter:

Abbildung 9.1:

Alter der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten



In der Abbildung 9.1 kann die Altersverteilung in Gruppen, welche jeweils fünf Jahre zusammenfassen, genauer betrachtet werden.

Anhand der Kurve wird ersichtlich, dass das Alter normalverteilt ist. Der Altersdurchschnitt der Stichprobe liegt bei 41,92 Jahren ( $SD=7,277$ ). Das Alter umfasst den Bereich von 25 bis 70 Jahren, wobei die 70-jährige Person als Ausreißer interpretiert werden kann. Die größte Gruppe ist jene der 40- bis 44-Jährigen.

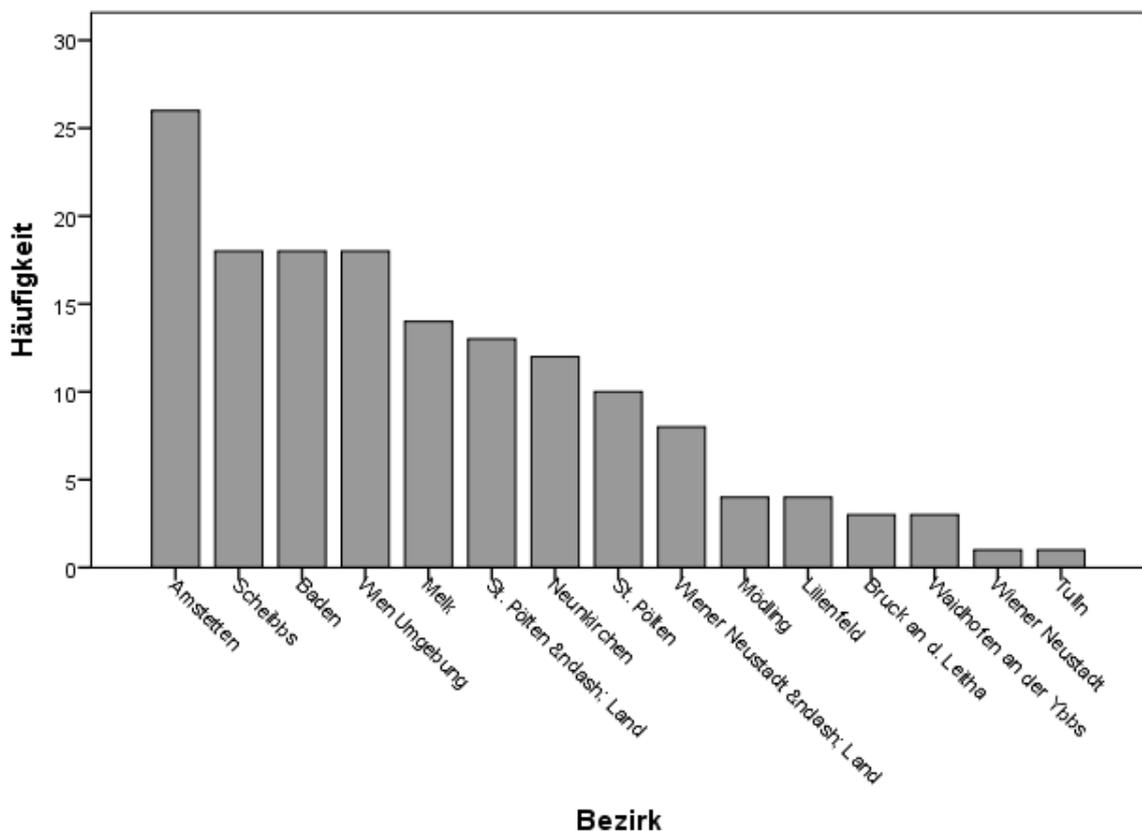
- Geschlecht

Die Stichprobe setzt sich aus 131 weiblichen und 22 männlichen Personen zusammen. Die Zusammensetzung der Stichprobe entspricht jener, anderer Erhebungen mit dem Thema Kinder mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung (Heinen, 2007). Ein Grund könnte die nach wie vor mehrheitlich von Frauen wahrgenommene Erziehungsarbeit als Hauptbetreuungsperson sein.

- Bezirk:

**Abbildung 9.2:**

*Wohnort der Befragten*



Baden, Amstetten und Wien Umgebung sind einwohnermäßig die drei größten Bezirke des südlichen Niederösterreichs (vgl. Punkt 8.1.). Wie in Abbildung 9.2 ersichtlich, waren diese Bezirke auch in der vorliegenden Erhebung adäquat repräsentiert. Betrachtet man die geschätzte Gesamtanzahl der Kinder mit intellektueller Behinderung in den drei oben genannten Bezirken, wurden Daten von 6 – 14 % der betroffenen Kinder erhoben.

- Familienstand

**Tabelle 9.2:**

*Familienstand der Befragten*

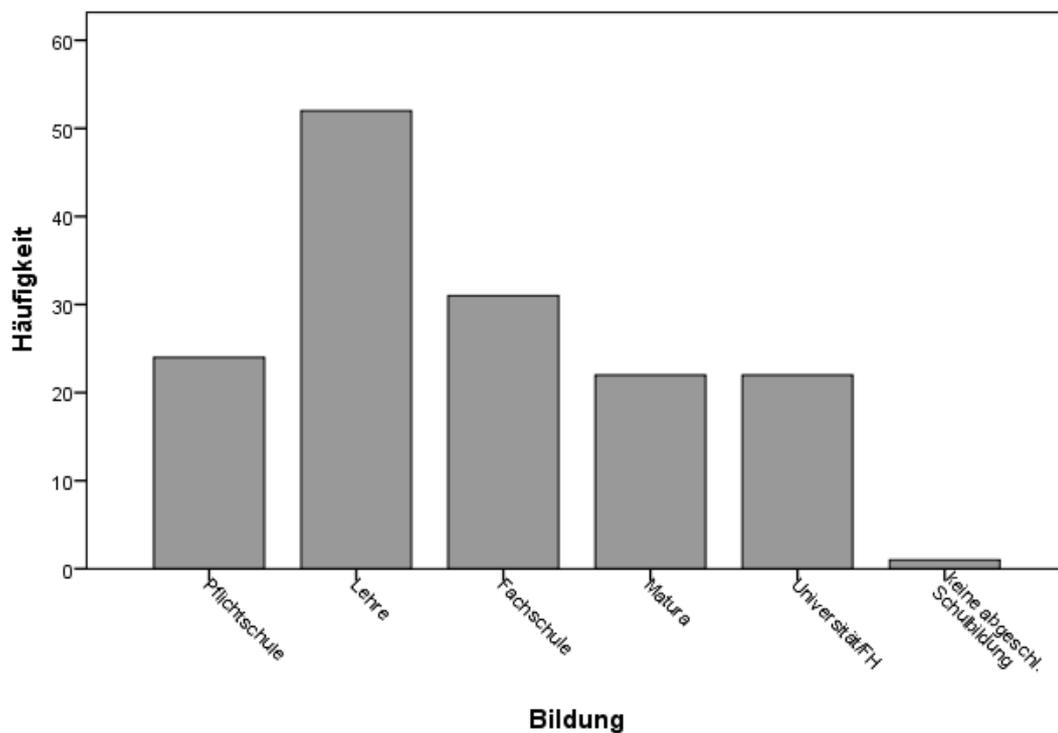
	Häufigkeit	Prozent
verheiratet	106	69,3
in Beziehung	21	13,7
geschieden	20	13,1
alleinstehend	5	3,3
verwitwet	1	0,7
Gesamt	153	100

Mehr als zwei Drittel der Stichprobe befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Beziehungsstatus „verheiratet“. Jeweils rund 13 % der restlichen Teilnehmer verteilten sich auf die beiden Gruppen „in Beziehung“ und „geschieden“ (siehe Tabelle 9.3).

- Bildung

**Abbildung 9.3:**

*Höchst abgeschlossene Schulbildung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten*



Laut Abbildung 9.3 hatte etwa ein Drittel der Teilnehmer als höchst abgeschlossene Ausbildung eine Lehre absolviert. Es folgen anteilmäßig die Fachschulabgänger mit 20 %, die restlichen Personen, bis auf eine ohne abgeschlossene Schulbildung, verteilten sich in etwa gleichmäßig auf die übrigen drei Ausbildungswege.

Diese Verteilung des Bildungsniveaus entspricht annähernd jener Verteilung aus der Volkszählung aus dem Jahre 2001 (Statistik Austria, 2009) und kann somit als repräsentativ erachtet werden.

- Erwerbstätigkeit

**Tabelle 9.3:**

*Erwerbstätigkeit der Befragten*

	Häufigkeit	Prozent
berufstätig	90	58,8
arbeitsuchend	12	7,8
in Ausbildung	2	1,3
in Pension	3	2
in Karenz	11	7,2
Hausfrau/-mann	35	22,9
Gesamt	153	100

Die Gruppe der Berufstätigen umfasste mehr als die Hälfte der Teilnehmer, gefolgt von Hausfrauen/-männern, die 22,9 % ausmachten. Letztere bestand zu 100 % aus Frauen (siehe Tabelle 9.3).

- Einkommen

Die Mehrheit, genauer gesagt ca. zwei Drittel der befragten Familien, hatten ein Einkommen zwischen 1000 und 2500 Euro.

- Aufgabe des Berufes bzw. Abbruch der Ausbildung aus Betreuungsgründen

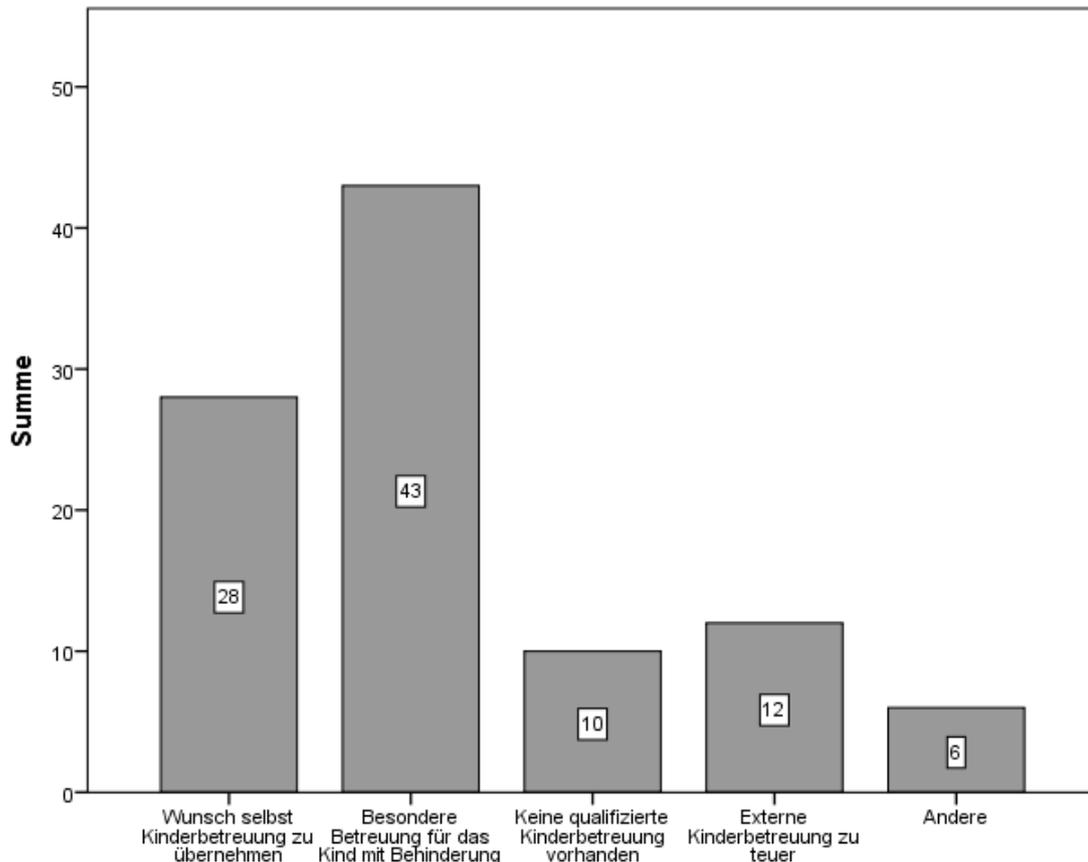
Ein Drittel der Befragten gab für die Betreuung ihres Kindes mit IB und/oder Mehrfachbehinderung den Beruf auf bzw. brach die Ausbildung ab. Von diesen 55 Personen (36,4 %) entschieden sich 49 Mütter bzw. Pflegemütter, zwei Väter und ein

Großvater für die vollständige Aufgabe des Berufes. Die Restlichen entschieden sich dafür ihre Berufstätigkeit im Rahmen eines Teilzeitjobs zu erhalten.

- Gründe für die Aufgabe des Berufes

**Abbildung 9.4:**

*Gründe für die Aufgabe des Berufes*



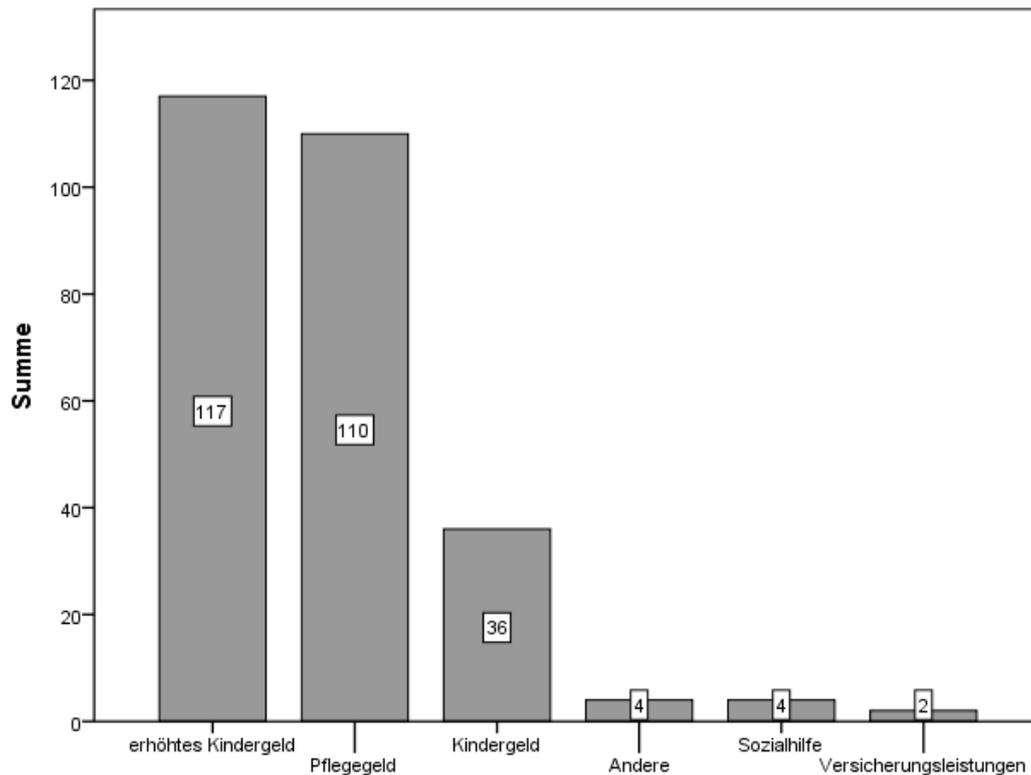
Die Teilnehmer hatten bei dieser Frage die Möglichkeit mehrere Antworten auszuwählen. Der am häufigsten genannte Grund für die Aufgabe des Berufes bzw. der Ausbildung war die besondere Betreuung für das Kind mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung. Der Wunsch selbst die Kinderbetreuung zu übernehmen, führte bei 28 Personen zur Entscheidung den Beruf oder die Ausbildung aufzugeben. Lediglich in sechs Fällen wurden zusätzliche Angaben für die Aufgabe des Berufes bzw. der Ausbildung aus Betreuungsgründen gemacht, wobei bei diesen keinerlei Übereinstimmung gegeben war (siehe Abbildung 9.4).

- Finanzielle Unterstützung

Nur 6,5 % der Familien erhielten keinerlei finanzielle Unterstützung. Die Arten dieser verteilten sich, wie in Abbildung 9.5 ersichtlich, folgendermaßen (auch hier waren Mehrfachantworten möglich):

**Abbildung 9.5:**

*Finanzielle Unterstützung*



Am häufigsten wurden das erhöhte Kindergeld (der von den Autorinnen gewählte Begriff für die erhöhte Familienbeihilfe), das Pflegegeld und das Kindergeld in Anspruch genommen.

- Kinderzahl gesamt

**Tabelle 9.4:**

*Anzahl der Kinder pro befragter Familie*

Kinder	Häufigkeit	Prozent
1	27	17,6
2	67	43,8
3	36	23,5
4	17	11,1

5	1	0,7
mehr als 5	5	3,3
Gesamt	153	100

Die meisten Familien hatten insgesamt zwei Kinder (siehe Tabelle 9.4).

- Kinderzahl mit intellektueller und/oder Mehrfachbehinderung

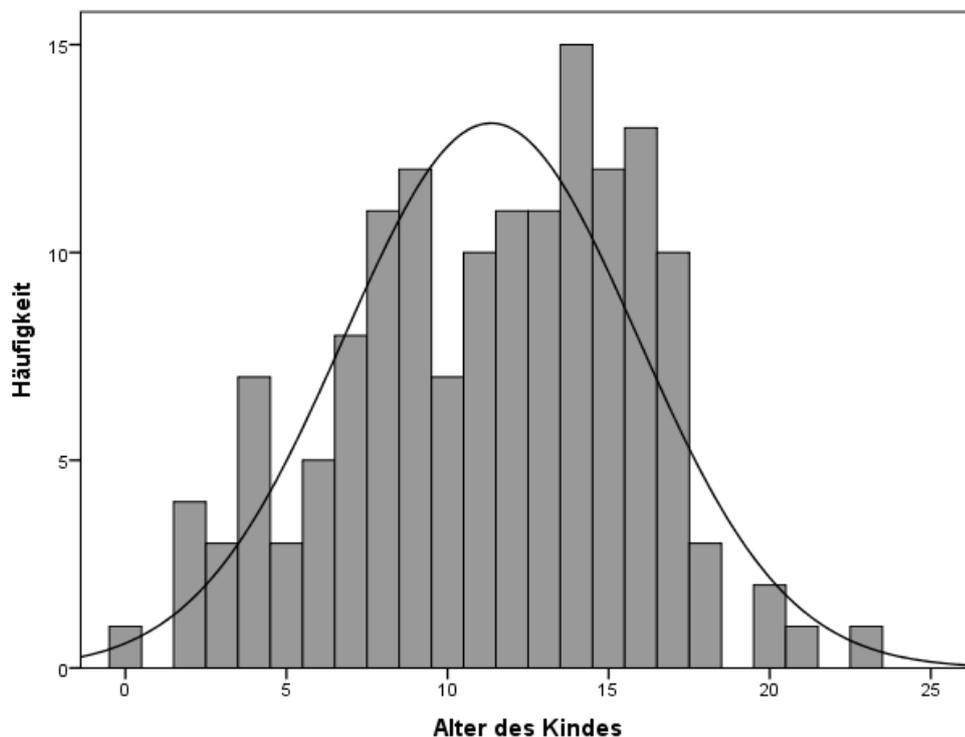
In 18 von 153 Fällen waren zwei Kinder mit IB und/oder mehrfacher Behinderung Teil der Familie. Lediglich eine Familie hatte drei Kinder mit Behinderung.

b) Daten zu den Kindern mit IB und/oder mehrfacher Behinderung:

- Alter der Kinder mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung

**Abbildung 9.6:**

*Altersverteilung der Kinder mit IB*

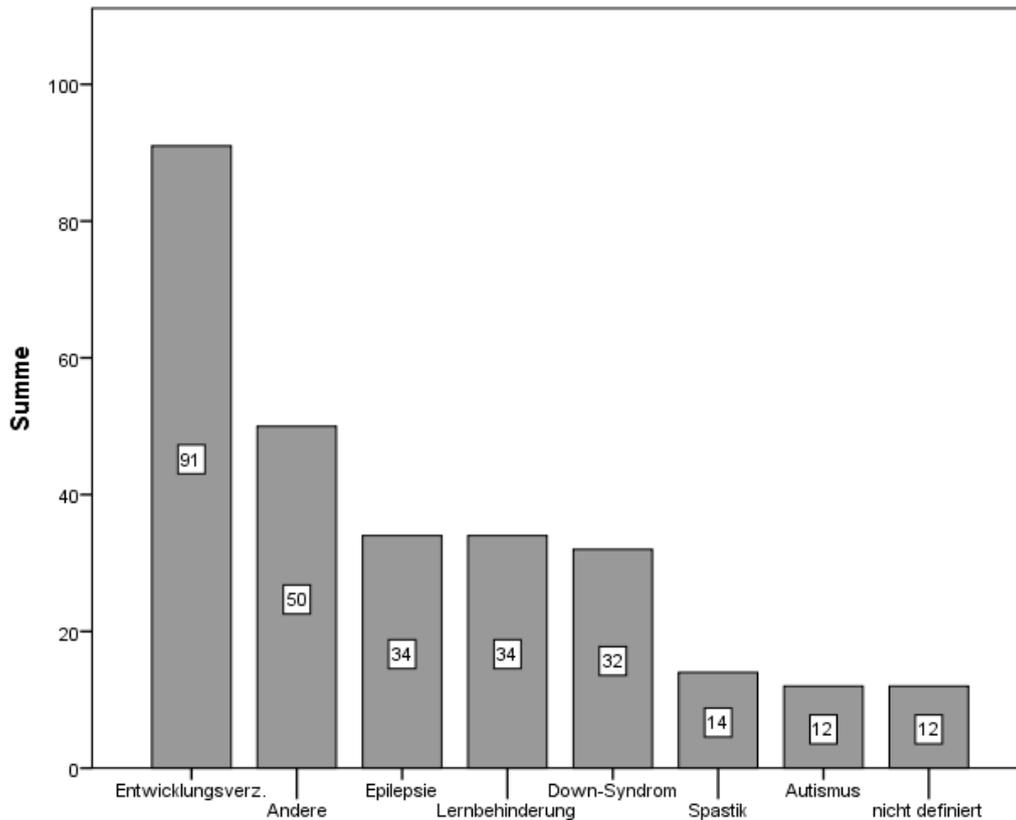


Die in Abbildung 9.6 dargestellte Verteilung des Alters der Kinder mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung kann als normalverteilt definiert werden. Der Mittelwert beträgt 11,35 Jahre (SD=4,564).

- Art der Behinderung des Kindes

**Abbildung 9.7:**

*Art der Behinderung*



Die unterschiedlichen Formen der Behinderung sind in der Abbildung 9.7 ersichtlich. Unter der Kategorie „Andere“, wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Formen von Behinderung, Krankheiten und Beeinträchtigungen genannt. Am häufigsten wurde das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) mit sechs Nennungen angeführt.

Die Entwicklungsverzögerung war die am häufigsten auftretende Auffälligkeit der betroffenen Kinder und Jugendlichen der untersuchten Stichprobe, die jedoch vor allem bei Mehrfachbehinderungen zum Vorschein kam. 78,02 % der Kinder mit Entwicklungsverzögerungen hatten eine mehrfache Behinderung. Nur in einem einzigen Fall trat Epilepsie ohne weitere Funktionsstörungen auf. Auch bei der Kategorie „Andere“ konnten 78 % zu den Mehrfachbehinderungen gezählt werden.

- Diagnosezeitpunkt

**Tabelle 9.5:**

*Diagnosezeitpunkt*

Zeitpunkt	Häufigkeit	Prozent
vor der Geburt	7	4,6
innerhalb 1 Woche n. Geburt	50	33,1
innerhalb 1. Lebensjahr	37	24,5
2. - 5. Lebensjahr	42	27,8
5. - 10. Lebensjahr	14	9,3
über 10. Lebensjahr	1	0,7
Gesamt	151	100

Am häufigsten wurden die Diagnosen innerhalb der ersten fünf Lebensjahre gestellt (90 %), ein Drittel davon erhielt diese innerhalb der ersten Woche nach der Geburt (siehe Tabelle 9.5).

- Pflegestufe

**Tabelle 9.6:**

*Pflegestufe des Kindes mit IB*

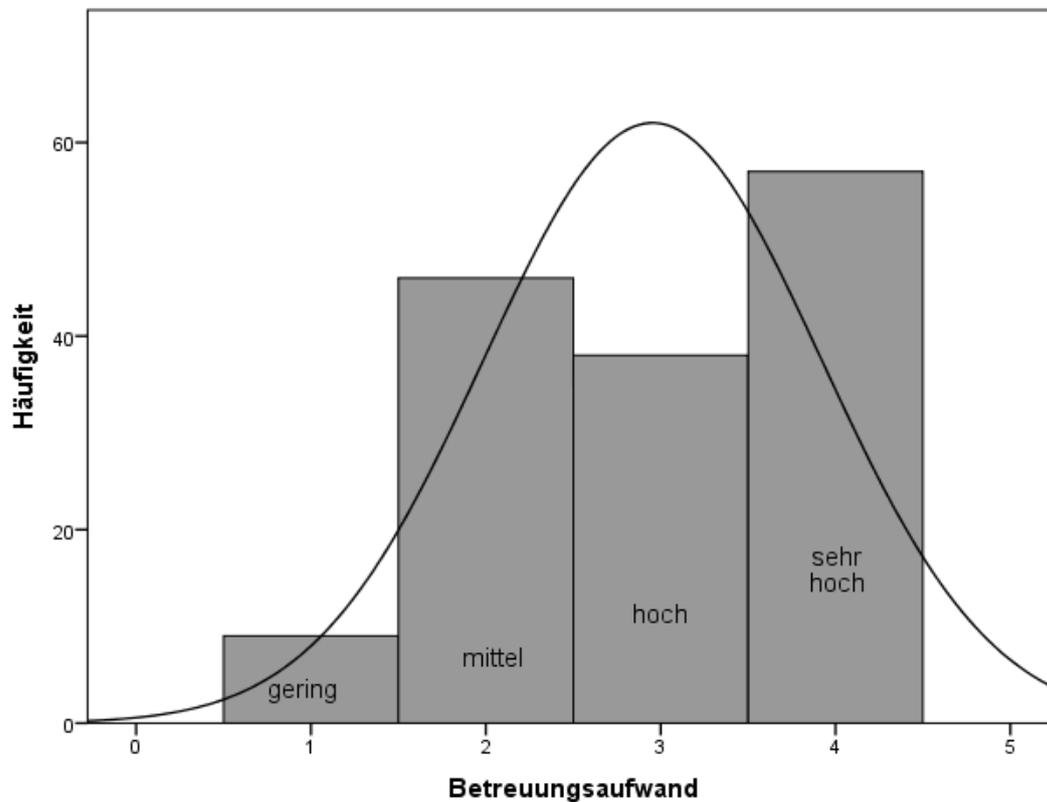
Pflegestufe	Häufigkeit	Prozent
1	7	4,8
2	21	14,5
3	29	20
4	15	10,3
5	17	11,7
6	10	6,9
7	10	6,9
Keine	36	24,8
Gesamt	145	100

Wie Tabelle 9.6 zeigt, hatte fast ein Viertel der Kinder und Jugendlichen keine zugeordnete Pflegestufe. Ein Fünftel hatte die Pflegestufe drei, die übrigen Kinder ließen sich den weiteren sechs Stufen zuordnen.

- Einschätzung des Betreuungsaufwandes

**Abbildung 9.8:**

*Betreuungsaufwand des Kindes*



63,3 % der befragten Personen stufen den Betreuungsaufwand für ihre Kinder und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung als hoch oder sehr hoch ein. Fast ein Drittel (30,7 %) empfand die Betreuung als mittelgradig aufwändig (siehe Abbildung 9.8).

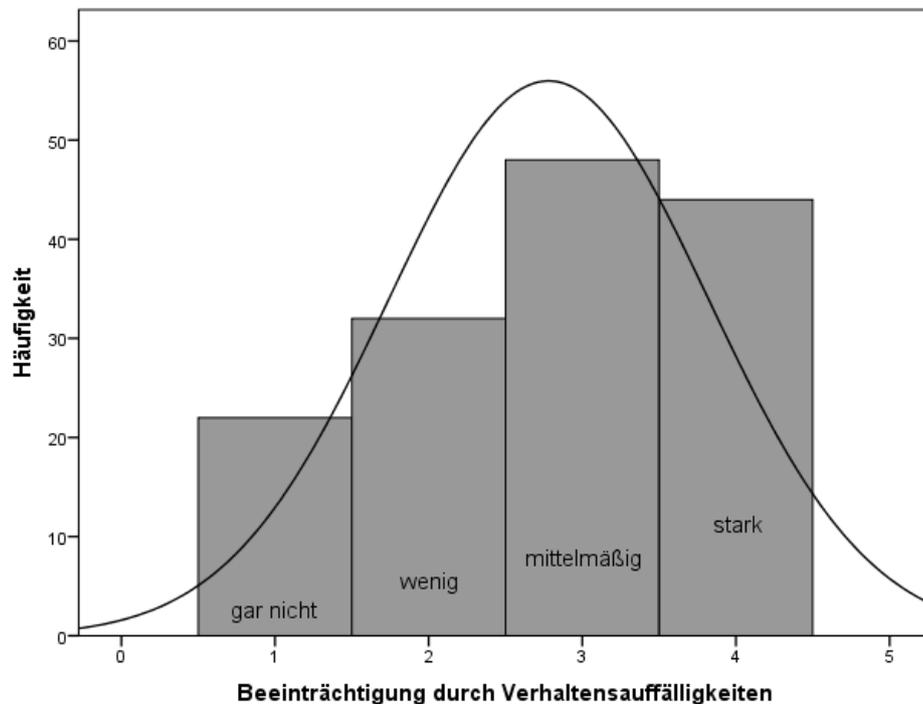
- Frequenz möglicher Verhaltensauffälligkeiten des Kindes

Nach Einschätzung der Eltern wurden 24 % nahezu nie (höchstens 1x wöchentlich), 18 % selten (2-3x wöchentlich), 24 % manchmal (4-6x wöchentlich) und 34 % der Kinder und Jugendlichen der Untersuchung häufig (über 6x wöchentlich) verhaltensauffällig.

- Beeinträchtigung der Eltern durch Verhaltensauffälligkeiten des Kindes

**Abbildung 9.9:**

*Beeinträchtigung*



Je ein Drittel der Eltern fühlte sich durch die Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes mittelmäßig oder stark beeinträchtigt (siehe Abbildung 9.9).

### **9.3.1.2. Stichprobe in Vorarlberg**

Die Stichprobe aus Vorarlberg, welche 16 Personen umfasste, bestand zu 100 % aus Frauen, die im Durchschnitt 42,56 Jahre (SD=8,55) alt waren. Während 43,8 % der Befragten ihren Wohnsitz in Bregenz hatten, teilte sich der Rest auf Feldkirch (25,0 %) und Dornbirn (31,2 %) auf. Drei Viertel der Stichprobe waren verheiratet und die Hälfte der befragten Personen hatte als höchste Ausbildung eine Lehre abgeschlossen. Mehr als zwei Drittel (68,8 %) gaben an, Hausfrauen zu sein. Weitere 87,5 % vermerkten ihre Berufstätigkeit zur Betreuung ihres Kindes mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung eingeschränkt oder vollständig aufgegeben zu haben, wobei jeweils 62,5 % dies mit dem Wunsch selbst die Kinderbetreuung zu übernehmen und/oder mit der besonderen Betreuung für das Kind mit Behinderung begründeten. 81,3 % der befragten Personen hatten zwei oder drei Kinder.

Ähnlich der Stichprobe in Niederösterreich war die am häufigsten (43,75 %) auftretende Behinderung die Entwicklungsverzögerung, die zumeist (71,42 %) im Kontext einer

Mehrfachbehinderung zum Vorschein trat. Die Kinder, deren Informationen in der zugrundeliegenden Studie gesammelt wurden, waren im Durchschnitt 10,14 Jahre ( $SD=4,13$ ) alt. Die Behinderung wurde bei drei Viertel (75 %) innerhalb des ersten Lebensjahres diagnostiziert. In den meisten Fällen (je 31,3, %) wurde der „objektive Pflegeaufwand“ der zweiten oder der fünften Pflegestufe zugeteilt. Über die Hälfte der teilnehmenden Eltern (56,8 %) bewerteten diesen jedoch als „sehr hoch“. 50 % schätzten die Frequenz der Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder als „häufig“ ein, wobei sich je ein Drittel durch diese „mittelmäßig“ oder „stark“ beeinträchtigt fühlt.

### 9.3.2. Deskriptive Datenanalyse der paramedizinischen Dienste in Niederösterreich

Der demografischen Beschreibung der Stichprobe folgt nun die Auswertung des Angebotes der paramedizinischen Dienste. Dabei sollen hauptsächlich die Nutzung, die Finanzierung, die Mobilität und die Zufriedenheit mit den paramedizinischen Diensten im südlichen Niederösterreich genauer beleuchtet werden.

Generell wurden sowohl Einfach- als auch Mehrfachantworten geboten. Das Antwortformat zur Frage „Informationsquelle des Angebotes“ der jeweiligen Therapie war ursprünglich als Einfachantwort gedacht. Es wurden jedoch in einigen Fällen mehrere Antworten angekreuzt. Um auch diese zusätzlichen Antworten zu berücksichtigen, wurden sie ergänzend zu den Einfachantworten in den jeweiligen Tabellen (Tab. 9.10, 9.11, 9.12, 9.13 und 9.14) angeführt.

In der folgenden Ergebnisdarstellung werden zu den gültigen Prozentwerten jeweils zusätzlich Häufigkeitsangaben unter der Bezeichnung „Gesamtzahl“ zwecks Vergleichswerte angegeben.

- Nutzung der Paramedizinischen Dienste

**Tabelle 9.7:**

*Nutzung der Therapien (in %)*

	Nutzung	Keine Nutzung	Gesamtzahl
Ergotherapie	77,6	22,4	152
Physiotherapie	61,4	38,6	153
Logopädie	76,3	23,7	153
Hippotherapie	28,5	71,5	151
Heilpädagog. Reiten/Voltigieren	51	49	151

Stellt man die Nutzung der fünf unterschiedlichen Paramedizinischen Dienste gegenüber, so zeigt sich, dass jeweils von rund zwei Drittel der Befragten Ergotherapie (77,6 %), Physiotherapie (61,4 %) und Logopädie (76,3 %) in Anspruch genommen wurde. Das Angebot der Hippotherapie wurde lediglich von rund einem Viertel der Eltern bzw. Beziehungsberechtigten wahrgenommen. Ungefähr die Hälfte der Befragten gab an, das Heilpädagogische Reiten/Voltigieren zu nutzen (siehe Tabelle 9.7).

- Informationsquellen des Angebotes der Ergotherapie

**Tabelle 9.8:**

*Infostellen Ergotherapie (Einfachantworten und Mehrfachantworten)*

Ergotherapie	Häufigkeit	Häufigkeit mit MfA
Krankenhaus	14	19
Ambulatorium	47	54
Kinderarzt	13	24
Behörden	2	4
Behinderten-/Sozialverein	1	/
andere Eltern	7	10
Selbsthilfegruppe	2	1
Internet	5	/
Andere	12	15
Gesamtanzahl	103	135

Insgesamt beantworteten 117 Personen diese Frage. Diese Zahl setzt sich zusammen aus 103 Personen, welche Einfachantworten und 14 Leuten welche Mehrfachantworten ankreuzten. Von diesen 117 Personen wurden insgesamt 135 Antworten gegeben. Die Einfachantworten zeigen, dass die Befragten am häufigsten, ungefähr die Hälfte, ihre Information von einem Ambulatorium erhielten. Die anderen verteilten sich auf das Krankenhaus (14 Fälle), den Kinderarzt (13 Fälle) und eine andere Informationsquellen. Bei der Antwortmöglichkeit „Andere“ wurde in sechs Fällen der Kindergarten angegeben. Alle restlichen dieser Antwortkategorie wurden aufgrund differenzierter Antworten ausgelassen.

Berücksichtigt man nun auch die Mehrfachantworten kann gesagt werden, dass sich das Bild nicht geändert hat und die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten nach wie vor am

häufigsten die Information zum Angebot der Ergotherapie von einem Ambulatorium, gefolgt von einem Krankenhaus und dem Kinderarzt bekamen. Auch wenn Informationen von zusätzlichen Stellen bezogen wurden, so dominierten dennoch diese drei genannten Institutionen (siehe Tabelle 9.8).

- Informationsquellen des Angebotes der Physiotherapie

**Tabelle 9.9:**

*Infostellen Physiotherapie (Einfachantworten und Mehrfachantworten)*

Physiotherapie	Häufigkeit	Häufigkeit mit MfA
Krankenhaus	24	31
Ambulatorium	24	33
Kinderarzt	12	18
Behörden	/	2
Behinderten-/Sozialverein	2	2
andere Eltern	4	7
Selbsthilfegruppe	1	1
Internet	2	2
Andere	10	11
Gesamtanzahl	79	107

Die Frage bezüglich der Informationsquelle wurde bei der Physiotherapie von 93 Personen beantwortet. Diese Zahl setzt sich aus 79 Personen mit Einfachantworten und 14 Leute mit Mehrfachantworten zusammen. Insgesamt wurden 107 Antworten gegeben.

Als Informationsquelle bezüglich des Angebots der Physiotherapie dienten am häufigsten ein Krankenhaus, ein Ambulatorium und ein Kinderarzt. Die Antworten der Antwortkategorie „Andere“ können unberücksichtigt bleiben, da diese zu unterschiedlich waren und somit zu keiner Kategorie zusammengefasst werden konnten (siehe Tabelle 9.9).

- Informationsquellen des Angebotes der Logopädie

**Tabelle 9.10:**

*Infostellen Logopädie (Einfachantworten und Mehrfachantworten)*

Logopädie	Häufigkeit	Häufigkeit mit MfA
Krankenhaus	13	21
Ambulatorium	43	57
Kinderarzt	7	14
Behörden	2	4
Behinderten-/Sozialverein	1	1
andere Eltern	5	9
Selbsthilfegruppe	1	3
Internet	3	4
Andere	22	22
Gesamtanzahl	97	135

Insgesamt beantworteten 115 Personen diese Frage. Diese Zahl setzt sich zusammen aus 97 Personen mit Einfachantworten und 18 Personen welche Mehrfachantworten ankreuzten. Von diesen 115 Personen wurden insgesamt 135 Antworten gegeben. Bei den Einfachantworten bezog ungefähr ein Drittel der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten die Informationen zur Logopädie in einem Ambulatorium. Weiters wurden Informationen in 14 Fällen direkt über Kindergarten oder Schule, in 13 Fällen von einem Krankenhaus und in sieben Fällen von einem Kinderarzt weitergegeben.

Berücksichtigt man nun alle Antworten zeigt sich, dass unter Einbezug von Mehrfachantworten das Ambulatorium, das Krankenhaus und der Kinderarzt als häufigste Informationsquelle gesehen werden können (siehe Tabelle 9.10).

- Informationsquellen des Angebotes der Hippotherapie

**Tabelle 9.11:**

*Infostellen Hippotherapie (Einfachantworten und Mehrfachantworten)*

Hippotherapie	Häufigkeit	Häufigkeit mit MfA
Ambulatorium	12	13
Kinderarzt	1	3
andere Eltern	14	20

Behörden	/	2
Selbsthilfegruppe	1	4
Internet	2	2
Andere	5	6
Gesamtanzahl	35	50

Diese Frage beantworteten insgesamt 42 Personen (35 Personen gaben Einfachantworten, sieben Personen gaben Mehrfachantworten). Über das Angebot der Hippotherapie wurde ein Drittel der Befragten von anderen Eltern informiert. Die restlichen Befragten erhielten ihre Informationen hauptsächlich in einem Ambulatorium. Auch nach Berücksichtigung der Mehrfachantworten änderte sich der Gesamteindruck nicht (siehe Tabelle 9.11).

- Informationsquellen des Angebotes des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens

**Tabelle 9.12:**

*Infostellen HPR/V (Einfachantworten und Mehrfachantworten)*

HPR/V	Häufigkeit	Häufigkeit mit MfA
Krankenhaus	1	1
Ambulatorium	5	9
Kinderarzt	2	4
Behörden	1	1
Behinderten-/Sozialverein	1	1
andere Eltern	20	25
Selbsthilfegruppe	1	2
Internet	3	3
Andere	35	37
Gesamtanzahl	69	83

Insgesamt wurden von 74 Personen Angaben zu dieser Frage gemacht (Einfachantworten von 69 Personen, Mehrfachantworten von fünf Personen). Seitens der Institutionen erhielten die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten nur selten Informationen zum Angebot des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens (HPR/V). Lediglich die

Schulen (in über einem Drittel der Fälle) informierten gehäuft über diesen Paramedizinischen Dienst. Rund ein weiteres Drittel der Befragten erfuhr über andere Eltern von dieser Therapiemöglichkeit. Auch hier änderte sich das Ergebnis nach Einbezug der Mehrfachantworten nicht (siehe Tabelle 9.12).

- Finanzierung

**Tabelle 9.13:**

*Finanzierung der Therapien (in %)*

	Privat	Krankenkasse	Gesamtzahl
Ergotherapie	14,4	85,6	118
Physiotherapie	11,7	88,3	94
Logopädie	10,7	89,3	112
Hippotherapie	58,1	41,9	43

Wie in Tabelle 9.13 ersichtlich, konnte die Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie in 85-90 % der Fälle über Krankenkassenplätze finanziert werden. Im Vergleich dazu, mussten die Kosten für die Hippotherapie häufiger privat getragen werden (58 %). Hierfür gab es lediglich in rund 42 % eine finanzielle Abdeckung durch die Krankenkasse.

- Wartezeit bis zum Therapieantritt

**Tabelle 9.14:**

*Wartezeit bis zum Therapieantritt (in %)*

	Ergotherapie	Physiotherapie	Logopädie	Hippotherapie	Heilpäd. R./V.
Bis zu 1 Monat	25,4	49,5	32,4	65,1	64,3
1-3 Monate	36	33	35,1	25,6	30
4-6 Monate	20,2	13,2	24,3	9,3	1,4
7-12 Monate	11,4	1,1	1,8	/	1,4
Über 1 Jahr	7	3,3	6,3	/	2,9
Gesamtanzahl	114	91	111	43	70

Die höhere Wahrscheinlichkeit für eine kürzere Wartezeit bis zum Therapieantritt bestand den Ergebnissen nach bei der Hippotherapie (65,1 %) und dem

Heilpädagogischen Reiten/Voltigieren (64,3 %). Auch auf den Beginn der Physiotherapie musste in ca. 50 % der Fälle nur bis zu einem Monat nach Antragsstellung gewartet werden. In der Ergotherapie und Logopädie warteten rund 60 % bis zu drei Monate auf den Therapiebeginn, die restlichen 40 % länger (siehe Tabelle 9.14).

- Fahrtzeit

**Tabelle 9.15:**

*Fahrtzeit bis zur Therapiestelle (in %)*

	Ergotherapie	Physiotherapie	Logopädie	Hippotherapie	Heilpäd. R./V.
< 10 Min.	10,4	14,9	14	11,6	14,3
10-20 Min.	27	24,5	25,4	34,9	37,1
21-30 Min.	33,9	30,9	36	18,6	22,9
31-45 Min.	17,4	17	14,9	23,3	18,6
46-60 Min.	8,7	10,6	7,9	9,3	4,3
über 60 Min.	2,6	2,1	1,8	2,3	2,9
Gesamtanzahl	115	94	114	43	70

Unabhängig von der Therapieart, gaben rund 70 % aller Befragten an, dass die Fahrtzeit bis zur jeweiligen Stelle, in der die Therapie wahrgenommen wurde, höchstens 30 Minuten betrug (siehe Tabelle 9.15).

- Mobiles Therapieangebot

Aufgrund der Unmöglichkeit Hippotherapie und Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren mobil anzubieten, wurden diese beiden Paramedizinischen Dienste hier nicht angeführt.

**Tabelle 9.16:**

*Mobiles Therapieangebot (in %)*

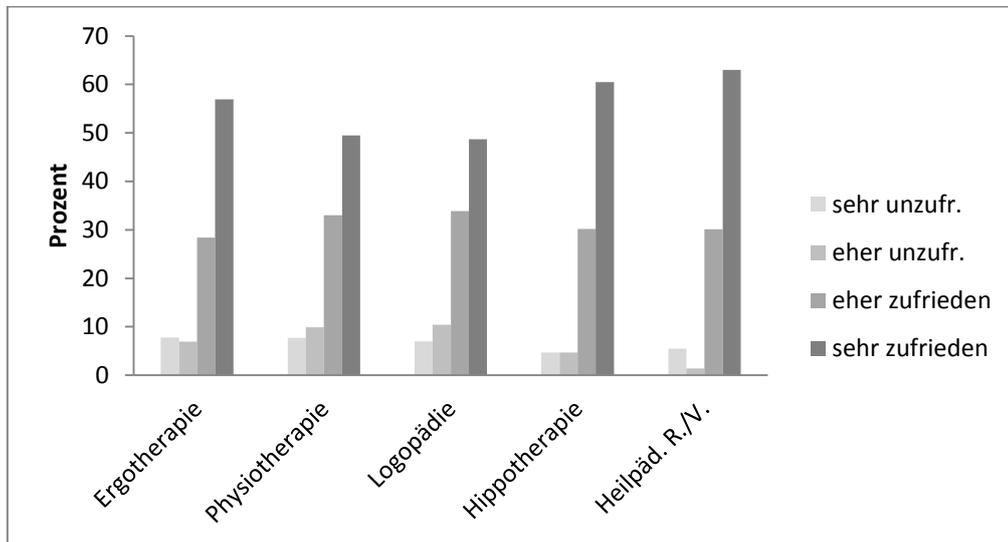
	Mobiles Angebot	Kein mobiles Angebot	Weiß nicht	Gesamtanzahl
Ergotherapie	8,5	37,6	53,8	117
Physiotherapie	10,6	35,1	54,3	94
Logopädie	8,6	34,5	56,9	116

Laut Tabelle 9.16 bestand in jeweils rund 55 % der Fälle keine Kenntnis eines mobilen Therapieangebotes. Des Weiteren gab jeweils ca. ein Drittel der Befragten an kein mobiles Therapieangebot in der örtlichen Umgebung zu haben.

- Zufriedenheit mit dem bestehenden Angebot

**Abbildung 9.10:**

Zufriedenheit mit dem bestehenden Angebot (in %)



Die Therapiezufriedenheit scheint unabhängig von der Therapieart durchgehend hoch zu sein. Rund 83 % der Befragten gaben an mit der jeweiligen Therapie eher zufrieden bzw. sehr zufrieden zu sein. Bei der Hippotherapie und dem Heilpädagogischen Reiten/Voltigieren konnte sogar in über 90 % eine Zufriedenheit (eher zufrieden und sehr zufrieden) verzeichnet werden (siehe Abbildung 9.10).

- Grund für keine Inanspruchnahme der Therapie

**Tabelle 9.17:**

Grund für keine Inanspruchnahme der Therapie (in %)

	Ergotherapie	Physiotherapie	Logopädie	Hippotherapie	Heilpäd. R./V.
Zu teuer	5,6	7,6	5,4	6,7	10,7
Zu lange Wartezeit	2,8	3	2,7	1	2,7
Kein mobiles A.	/	1,5	/	/	/
Kein A. in d. Nähe	5,6	4,5	10,8	8,7	10,7
Keine Kenntnis	11,1	13,6	10,8	35,6	21,3
Keine kindgerechten A.	/	3	2,7	1,9	2,7
Kein Bedarf	55,6	59,1	45,9	36,5	32
Kein Kassenplatz	8,3	4,5	8,1	2,9	/
Andere	11,1	3	13,5	6,7	20

Eine Therapie wurde in den meisten Fällen nicht in Anspruch genommen, da kein Bedarf bestand. Bei der Hippotherapie (rund ein Drittel) und dem Heilpädagogischen Reiten/Voltigieren (rund ein Viertel) wurde außerdem häufig die fehlende Kenntnis über das Angebot als Grund genannt (siehe Tabelle 9.17).

- Örtliche Verteilung bezogen auf die Antwortkategorie „kein entsprechendes Angebot in der Nähe“

**Tabelle 9.18:**

*Örtliche Verteilung des Grundes „kein entsprechendes Angebot in Nähe“ (in Häufigkeiten)*

	Ergotherapie	Physiotherapie	Logopädie	Hippotherapie	Heilpäd. R./V.
Amstetten	0	0	0	1	0
Baden	0	0	0	0	1
Bruck an d.Leitha	0	0	0	0	0
Lilienfeld	0	0	0	0	0
Melk	0	0	1	0	0
Mödling	0	0	0	0	0
Neunkirchen	0	1	0	0	3
Scheibbs	0	0	1	4	1
St. Pölten	0	0	0	0	0
St.Pölten Land	1	1	1	1	0
Tulln	0	0	0	0	0
Waidhofen an.d.Ybbs	0	0	0	0	1
Wiener Neustadt	0	0	0	0	0
Wiener Neustadt Land	0	0	0	0	0
Wien Umgebung	1	1	1	3	2

Die Daten der Antwortkategorie „kein entsprechendes Angebot in der Nähe“, wurden aufgeteilt, um die Angaben, in Hinblick auf die Abdeckung des Therapieangebotes in den einzelnen Bezirken im südlichen Niederösterreich, zu vergleichen. Es konnte sich jedoch in keinem der Bezirke eine besonders starke Häufung zeigen. Lediglich für die Hippotherapie und das Heilpädagogische Reiten/Voltigieren wurde dieser Grund in Einzelfällen mehrmals angekreuzt (siehe Tabelle 9.18).

- Wünsche bezüglich zusätzlicher paramedizinischer Dienste

Von den insgesamt 153 befragten Personen äußerten 29 Befragte Wünsche bezüglich dem Angebot an paramedizinischen Diensten. Am häufigsten wurde von den Eltern bzw. den Erziehungsberechtigten der Wunsch nach dem Angebot der tiergestützten Therapie (5x), dem therapeutischen Klettern (3x) und der Musiktherapie (3x) genannt. In drei Fällen wurde der Wunsch nach besserer Information über die bestehenden Therapieangebote angegeben.

### **9.3.3. Deskriptive Datenanalyse der paramedizinischen Dienste in Vorarlberg**

Der Darstellung der Ergebnisse der paramedizinischen Dienste im südlichen Niederösterreich folgt nun die Darlegung der gewonnenen Daten aus Vorarlberg, welche für einen Vergleich der beiden Bundesländer herangezogen werden.

Von den insgesamt 57 verteilten Fragebögen wurden 16 von den betroffenen Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ausgefüllt und in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt.

Bezüglich der Nutzung der jeweiligen Therapien konnte festgestellt werden, dass die Ergotherapie von 75 %, Physiotherapie von 87,5 %, Logopädie von 81,3 % und Hippotherapie von 50 % der befragten Personen genutzt wurden. Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren nutzten lediglich 6,3 %.

Als Informationsquelle bezüglich des bestehenden Angebots der Ergotherapie diente in 54,5 % der Personen, die diesen Dienst in Anspruch nahmen, ein Behinderten- oder Sozialverein. Die restlichen Befragten gaben an von einem Kinderarzt (18,8 %), gefolgt von einem Krankenhaus (12,5 %) informiert worden zu sein.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Logopädie, denn auch hier informierte ein Behinderten- oder Sozialverein am häufigsten (45,5 %) über das Angebot, und auch die übrigen Personen erhielten ihre Informationen von einem Kinderarzt (27,3 %), einem Krankenhaus (18,2 %) und von anderen Eltern (9,1 %).

Über das Angebot der Physiotherapie wurden die befragten Personen am häufigsten von einem Kinderarzt (46,2 %) informiert. Weitere 30,8 % bekamen diesbezügliche Informationen von einem Behinderten- oder Sozialverein und einem Krankenhaus (15,4 %).

Auch bezüglich der Informationsweitergabe über das Angebot der Hippotherapie ging hervor, dass am häufigsten (57,1 %) ein Behinderten- oder Sozialverein als

Informationsquelle diente. Weitere Informationen erhielten die Eltern vom Kinderarzt (14,3 %), von anderen Eltern (14,3 %) und von der Schule (14,3 %).

Informationen zum Angebot des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens erhielten alle Personen, die diese Frage beantworteten (100%), durch einen Behinderten- und Sozialverein.

Bezüglich der Finanzierung zeigte sich, dass eine Therapie jeweils in mindestens der Hälfte der Fälle, in denen ein paramedizinischer Dienst in Anspruch genommen wurde, von der Krankenkasse finanziert wurde (Ergotherapie 66,7 %, Physiotherapie 71,4 %, Logopädie 69,2 %, Hippotherapie 50 %).

Auch die Wahrscheinlichkeit für eine kurze Wartezeit bis zum Therapieantritt war den Ergebnissen nach bei allen Therapien hoch. Rund 91 % jener Personen, die diese Frage beantworteten, erhielten innerhalb der ersten drei Monate nach Antragstellung einen Therapieplatz der Ergotherapie, der Physiotherapie (92,9 %), der Logopädie (76,9 %), der Hippotherapie (62,5 %) und des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens (100%).

Jeweils rund zwei Drittel gaben an kein mobiles Angebot der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie in der örtlichen Umgebung zu haben.

Betrachtet man die Zufriedenheitswerte der Ergebnisse in Vorarlberg, so lässt sich erkennen, dass durchwegs eine hohe Zufriedenheit mit dem Therapieangebot bestand. Alle gegebenen Antworten (100%) lagen für die Bewertungen des Angebotes der Ergotherapie, Physiotherapie, Hippotherapie und dem Heilpädagogische Reiten und Voltigieren im Bereich eher bis sehr zufrieden. Auch bezüglich des Angebots der Logopädie zeigten sich rund 92 % eher bzw. sehr zufrieden.

In den 25 % der Fälle die keine Ergotherapie in Anspruch nahmen, wurden als Gründe jeweils von der Hälfte der Personen das fehlende mobile Angebot und die fehlende Kenntnis genannt. Die fehlende Nutzung des Angebots der Physiotherapie und der Logopädie war in allen Fällen in der Tatsache begründet, dass kein Bedarf bestand.

Auch bei der Hippotherapie wurden als Gründe der Nichtinanspruchnahme am häufigsten kein Bedarf (50 %), kein entsprechendes Angebot in der Nähe (37,5 %) und eine zu lange Wartezeit (22,2 %) genannt. Beim Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren wurden folgende Gründe angegeben: kein Bedarf (40 %), kein

entsprechendes Angebot in der Nähe (26,7 %), keine Kenntnis des Angebotes (20 %) und zu teuer (6,7 %).

### 9.3.4. Inferenzstatistische Hypothesenprüfung

Durch die vorgenommene quantitative Erhebung war es den Autorinnen möglich, gewisse Hypothesen, die theoriegeleitet formuliert wurden, zu überprüfen.

#### 9.3.4.1. Zusammenhangshypothese zur familiären Belastung

Alternativhypothese: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der familiären Belastung und den drei Prädiktorvariablen (Betreuungsaufwand, Frequenz der Verhaltensauffälligkeiten und subjektive Beeinträchtigung, die die Eltern durch die auftretenden Verhaltensauffälligkeiten erleben).

Um die Alternativhypothese zu testen, wurde eine Multiple Regression durchgeführt. Die Voraussetzungen dieser in Bezug auf Art, Verteilung und Zusammenhang der abhängigen und unabhängigen Variablen, ebenso wie die Homoskedastizität, fehlende Autokorrelation (getestet durch den Durbin-Watson Test) und Normalverteilung der Residuen, konnten innerhalb der vorliegenden Untersuchung erfüllt werden. Auch die Multikollinearität erwies sich als zufriedenstellend (Fields, 2009).

Da die Prädiktoren aufgrund theoretischer Vorkenntnisse ausgewählt wurden, jedoch keinerlei Hypothese bezüglich der Höhe des Einflusses auf die abhängige Variable besteht, wurde die Methode der „Forced Entry“ gewählt.

Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese bezüglich eines Zusammenhangs zwischen den unabhängigen Variablen (Betreuungsaufwand, Frequenz der Verhaltensauffälligkeiten und deren subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Eltern) und der abhängigen Variable (familiäre Belastung). Das Modell, bestehend aus den drei unabhängigen Variablen, kann 37,4 % der Varianz innerhalb der familiären Belastung erklären (siehe Tabelle 9.22).

**Tabelle 9.19:**

*Passung des Modells*

R <sup>2</sup>	korrigiertes R <sup>2</sup>	Signifikanz
0,626	0,374	0,000

Wie in Tabelle 9. 23 ersichtlich, hat vor allem der Betreuungsaufwand einen signifikanten Zusammenhang mit der Belastung. Auch die empfundene Beeinträchtigung der Eltern durch auftretende Verhaltensauffälligkeiten, kann als Prädiktor der familiären Belastung angesehen werden. Die Frequenz der Verhaltensauffälligkeiten scheint jedoch in keinem Zusammenhang mit der Belastung zu stehen.

**Tabelle 9.20:**

*Koeffizienten*

Prädiktor	Partielles r	Signifikanz
Betreuungsaufwand	0,532	0,000
Frequenz Verhaltensauff.	-0,045	0,654
Beeinträchtigung durch Verhaltensauff.	0,159	0,044

### 9.3.5. Image der Lebenshilfe NÖ

Während drei Viertel (75,8 %) aller befragten Personen angaben die Lebenshilfe zu kennen, nutzte nur ein Viertel (24,8 %) die von ihr bereitgestellten Dienstleistungsangebote. Anhand der Tabelle 9.19 kann festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer deren Image für „Gut“ befand. Ein Drittel konnte dies jedoch nicht einschätzen.

**Tabelle 9.21:**

*Image der Lebenshilfe*

Image Lebenshilfe	Häufigkeit	Prozent
Schlecht	1	0,8
Dürftig	4	3,1
Akzeptabel	9	7
Gut	71	55
Keine Kenntnis	44	34,1
Gesamt	129	100

## **10. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst, ausgenommen der Punkt 10.2., welcher von Nina Gürtlschmidt geschrieben wurde.*

Die in Kapitel 9 präsentierten Ergebnisse sollen nun im Rahmen dieses Kapitels zusammengefasst und interpretiert werden, wobei hier nur auf die wesentlichsten Aspekte eingegangen wird. Nachdem zuerst unter Punkt 10.1. die demografischen Ergebnisse der Stichprobe dargestellt werden, liegt in Punkt 10.2. das Hauptaugenmerk auf den spezifischen Ergebnissen bezüglich der paramedizinischen Dienste. Im Zuge der Interpretation der letztgenannten Daten werden zum einen Vergleiche mit den Ergebnissen der qualitativen Erhebung angestellt, zum anderen werden die Ergebnisse mit dem in Teil I dargestellten theoretischen Hintergrund weitestgehend verknüpft.

### **10.1. Diskussion der demografischen Ergebnisse**

Die Stichprobe der quantitativen Erhebung, welche 153 Personen umfasste, setzte sich aus rund 85 % Frauen und 15 % Männern aus dem südlichen Niederösterreich zusammen. Davon lebte die Mehrheit, 83 % der Befragten, in einer Partnerschaft (verheiratet 69,3 %, in Beziehung 13,7 %). Die ungleiche Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe entspricht auch anderen Studien, die ähnliche Thematiken untersuchten (Heinen, 2007).

Das Alter der befragten Personen kann mit einem Altersbereich von 25 bis 70 Jahren als normalverteilt angesehen werden. Des Weiteren zeigte auch die Verteilung der Wohnorte eine adäquate Repräsentation der drei einwohnermäßig größten Bezirke des südlichen Niederösterreichs (Baden, Amstetten, Wien Umgebung).

Betrachtet man die Erwerbstätigkeit der Stichprobe wird sichtbar, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer einem Beruf nachgingen. Von rund einem Drittel (36 %) wurde jedoch angegeben, den Beruf bzw. die Ausbildung aufgrund der Behinderung des Kindes mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung aufgeben zu haben. Zumeist trafen die Mütter oder Pflegmütter (94,2 %) die Entscheidung, gänzlich auf ihre Berufstätigkeit zu verzichten. Als Hauptgründe hierfür wurden vor allem die besondere Betreuung des Kindes mit IB und der Wunsch, die Kinderbetreuung selbst zu übernehmen, genannt.

In Hinblick auf die finanzielle Unterstützung der befragten Familien kann gesagt werden, dass am häufigsten die erhöhte Familienbeihilfe, das Pflegegeld und das Kindergeld in Anspruch genommen wurden. Bezüglich des Pflegegeldes wäre anzumerken, dass ca. drei Viertel der Kinder einer Pflegestufe zugeordnet wurden. Während ein Fünftel die Pflegestufe drei hatte, verteilte sich die Pflegebedürftigkeit der anderen relativ gleichmäßig auf die restlichen sechs Stufen.

Neben den befragten Eltern bzw. Erziehungsberechtigten umfasste die Stichprobe auch deren Kinder und Jugendliche mit IB und/oder Mehrfachbehinderung. Im Durchschnitt hatten die befragten Familien insgesamt zwei Kinder, wobei in den meisten Fällen eines der beiden Kinder eine intellektuelle und/oder mehrfache Behinderung hatte.

Falls zwei Kinder mit IB oder mehrfacher Behinderung Teil einer Familie waren, sollten die folgenden Angaben in Bezug auf das jüngere gemacht werden:

Das Alter der Kinder konnte mit einem Mittelwert von 11,35 Jahren als normalverteilt angesehen werden. Fast die Hälfte der Kinder der untersuchten Stichprobe (46,4 %) war in Zusammenhang mit dem Auftreten anderer Behinderungen entwicklungsverzögert. Im Allgemeinen war die Entwicklungsverzögerung die am häufigsten auftretende Auffälligkeit der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Auch die Epilepsie trat, abgesehen von einem Fall, nie ohne weitere Funktionsstörungen auf. 32 der Kinder hatten das Down-Syndrom, 14 wiesen eine spastische Lähmung auf und 12 hatten Autismus.

Bei fast allen Kindern (90 %) konnte die Diagnose innerhalb der ersten fünf Jahre, bei einem Drittel sogar innerhalb der ersten Woche nach der Geburt gestellt werden.

## **10.2. Interpretation der Ergebnisse der paramedizinischen Dienste**

Am häufigsten wurden von den Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im südlichen Niederösterreich das Angebot der Ergotherapie (77,6 %), der Logopädie (76,3 %) und der Physiotherapie (61,4 %) in Anspruch genommen. Zum Einsatz des Heilpädagogischen Reitens/Voltigierens (51 %) und der Hippotherapie (28,5 %) kam es im Vergleich dazu seltener.

Diese Ergebnisse deckten sich mit jenen aus dem Vergleichsbundesland Vorarlberg, denn auch dort zählten die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zu den am häufigsten genutzten paramedizinischen Diensten.

Des Weiteren wurde die Zufriedenheit seitens der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten mit den zuvor genannten paramedizinischen Diensten erhoben. Als Resultat konnten, sowohl in Niederösterreich als auch in Vorarlberg, für jede untersuchte Therapieart durchgehend hohe Zufriedenheitswerte bezüglich des bestehenden Angebots verzeichnet werden.

Im Rahmen der qualitativen Erhebung wurde seitens der Experten geäußert, dass eine Erhöhung der Anzahl an Krankenkassenplätze dringend notwendig wäre. Diese Notwendigkeit konnte allerdings durch die quantitative Erhebung nicht bestätigt werden, da sich durch die Angaben der befragten Eltern bzw. Erziehungsberechtigten zeigte, dass die drei am häufigsten genutzten Therapien (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) in 85 bis 90 % der Fälle durch einen Krankenkassenplatz finanziert wurden. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass für eine Therapie trotz Finanzierung durch die Krankenkasse ein Selbstbehalt anfallen kann, welcher je nach Krankenkassenzugehörigkeit unterschiedlich hoch ausfällt (siehe Punkt 4.3.3.). Somit wurden unter der Kategorie „Krankenkasse“ all jene Fälle zusammengefasst, welche die Therapie mittels Krankenkassenzuschüsse und Selbstbehalt oder durch teilweise private Finanzierung in Anspruch genommen haben.

Obwohl die Anzahl an Krankenkassenplätzen den Ergebnissen zufolge relativ hoch zu sein scheint, gibt es dennoch Verbesserungsmöglichkeiten. Diese wurden in dem Vergleichsbundesland Vorarlberg bereits realisiert. Dort werden Therapien sowohl von der Krankenkasse als auch von der Regierung finanziert, was dazu führt, dass für die Personen, welche eine Therapie in Anspruch nehmen, nur ein sehr geringer bis gar kein Selbstbehalt anfällt (siehe Punkt 4.4.). Somit wird wiederum ein leichter Zugang zu einer Therapie ermöglicht, wodurch auch Kindern aus finanziell benachteiligten Familien eine Förderung geboten werden kann.

Als weiteren Verbesserungswunsch wurde in der qualitativen Erhebung von den Eltern eine Erhöhung des mobilen Therapieangebots geäußert. Auch dieser Aspekt wurde daraufhin aufgegriffen, um ihn im Rahmen der quantitativen Erhebung näher zu betrachten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mobilität der jeweiligen Therapien nur in wenigen Fällen bekannt waren (Ergotherapie 8,5 %, Physiotherapie 10,6 %, Logopädie 8,6 %). Aufgrund dieser Zahlen kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass es kein bzw. zu wenig mobiles Angebot im südlichen Niederösterreich gibt. Berücksichtigt man in diesem Kontext, in wie vielen Fällen nicht gewusst wurde, ob eine mobile Therapie in der Umgebung zur Verfügung steht (Ergotherapie 53,8 %, Physiotherapie 54,3 %, Logopädie 53,8 %),

Logopädie 56,9 %), so könnten die zuvor genannten geringen Werte möglicherweise auch auf schlechte Informationsweitergabe zurückgeführt werden.

Bezüglich der möglichen Auswirkungen eines mobilen Therapieangebotes kann angenommen werden, dass schon alleine das Angebot der mobilen Therapie zu einer Entlastung der Eltern führen kann, da sie sich somit – falls gewünscht – eine womöglich lange und mühsame Anfahrt bis zum Therapieort ersparen können. In der vorliegenden Studie wurde jedoch das Augenmerk auf das allgemeine Vorhandensein der mobilen Therapieangebote und nicht auf die tatsächliche Nutzung dieser gelegt. Aus diesem Grund kann keine Überprüfung des tatsächlichen Zusammenhangs zwischen Mobilität der Angebote und familiärer Belastung vorgenommen werden. Dies wäre in einer Folgestudie zu untersuchen.

Ein weiterer Faktor, welcher einen starken Zusammenhang mit der subjektiv erlebten Belastung zu haben scheint, stellte in dieser Arbeit der Betreuungsaufwand des Kindes dar. Je mehr Zeit und Energie in die Betreuung des Kindes mit IB und/oder Mehrfachbehinderung investiert werden musste, desto belasteter fühlten sich die Befragten. Aus diesem Grund kann der Einsatz von paramedizinischen Diensten als sehr wesentlich angesehen werden, da dadurch die Selbständigkeit des Kindes im Alltag gefördert werden kann, was wiederum einen verminderten Unterstützungsbedarf zur Folge hat (Knox & Evans, 2002). Obwohl die Ergebnisse darauf hinweisen, dass durch verminderten Betreuungsaufwand auch die Belastung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten reduziert werden kann, soll hier angemerkt werden, dass dieser Aspekt ebenso einer näheren Untersuchung unterzogen werden sollte. Nötig hierfür wäre eine Kontrollgruppe, welche keine paramedizinischen Dienste nutzt. Im Rahmen dieser Studie konnte ein solches Untersuchungsdesign nicht geboten werden.

Nach Sarimski (2009) können auch häufig auftretende Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung bei den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten zu einer hohen Belastung führen (siehe Punkt 6.). Diese Annahme konnte durch die vorliegende Studie nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die empfundene Beeinträchtigung der Eltern durch gezeigte Verhaltensauffälligkeiten als Prädiktor der familiären Belastung angesehen werden kann.

In diesem Zusammenhang wird ein weiterer wesentlicher Aspekt der paramedizinischen Dienste sichtbar. Da im Rahmen der Behandlungen, vor allem in der Ergotherapie und dem Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren, eine Reduzierung der Verhaltensauffälligkeiten angestrebt wird, kann der Einsatz dieser Therapiemethoden in

Folge zu einer Entlastung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten führen.

In Hinblick auf die örtliche Verteilung der Therapieangebote sollte festgestellt werden, ob das bestehende Angebot, welches im Zuge der Angebotsanalyse erfasst wurde (siehe Punkt 9.1.), den Bedarf aller Bezirke im südlichen Niederösterreich auch tatsächlich gut abdeckt. Obwohl in Einzelfällen ein Fehlen an entsprechenden Angeboten in der näheren Umgebung angegeben wurde, kann auf Grund der, von den restlichen Befragten, flächendeckenden Nutzungen der Therapien in allen Bezirken von einem ausreichend hohen Therapieangebot ausgegangen werden.

Betrachtet man nun jene Personen, welche angaben, die jeweilige Therapie nicht zu nutzen, zeigte sich ein durchgehend ähnliches Bild: Als Hauptgrund wurde bei allen einzelnen Therapien angegeben, dass kein Bedarf bestehe. Auffälliger war daher eher die am zweithäufigsten genannte Ursache für die Nicht-Inanspruchnahme einer Therapie. Hierbei handelte es sich um die Unkenntnis von einem Therapieangebot. Keine Kenntnis des Angebots wurde besonders bei dem Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren und bei der Hippotherapie häufig genannt. Diese Ergebnisse decken sich mit jenen aus dem Vergleichsbundesland Vorarlberg. Genauso wie in Niederösterreich wurden in Vorarlberg als häufigste Gründe der Nichtinanspruchnahme der jeweiligen Therapien der fehlende Bedarf und die Unkenntnis des Angebots angegeben.

Der letztgenannte Grund könnte möglicherweise auf eine schlechte Informationsweitergabe zurückzuführen sein.

Über die Angebote der drei am häufigsten genutzten Therapiearten (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) wurde vor allem in Ambulatorien und Krankenhäusern informiert. Bezüglich der Hippotherapie und dem Heilpädagogischen Reiten/Voltigieren wurde jedoch anscheinend nur von wenigen Institutionen Information weiter gegeben.

Schließlich wurden mehr als ein Drittel jener Personen, welche das Angebot des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens wahrnahmen, in Hinsicht auf Institutionen nur von Schulen informiert. Ein weiteres Drittel musste sich die Informationen über andere Eltern holen. Ähnlich stellte sich die Situation bei der Hippotherapie dar. Auch hier dienten andere Eltern in ca. der Hälfte der Fälle als Informationsquelle über das bestehende Angebot. Die restlichen Befragten erhielten ihre Informationen zu einer Hippotherapie hauptsächlich in Ambulatorien.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit von dem Angebot des Therapeutischen Reitens zu erfahren relativ gering ist – außer es besteht ein gutes Netzwerk zu anderen betroffenen Eltern, über die Informationen bezogen werden

können.

Diese Erkenntnisse bestätigen auch wiederum den von den Eltern im Laufe der qualitativen Erhebung geäußerten Wunsch nach besserer und vermehrter Information über die bestehenden Therapieangebote.

Eine optimale Informationsweitergabe wäre beispielsweise im Rahmen einer zentralen Anlaufstelle möglich, in welcher je nach Behinderungsart des Kindes oder des Jugendlichen gezielt über eine geeignete Therapieart informiert werden könnte. In Vorarlberg wurde dies bereits umgesetzt, denn dort dient das „aks - Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin“ als solch eine zentrale Therapieanlaufstelle. Auch den Ergebnissen zufolge wird von diesem Verein am häufigsten über die unterschiedlichen Therapieangebote informiert.

Der Mangel an Informationsweitergabe wurde auch durch die, von den teilnehmenden Eltern bzw. erziehungsberechtigten Personen, geäußerten Wünsche deutlich. Einige der Befragten gaben explizit an, vermehrt Information bezüglich der verschiedenen Fördermöglichkeiten erhalten zu wollen. Andere Teilnehmer wiederum zeigten auch Interesse an weiteren Therapieangeboten, wie beispielsweise der Musiktherapie oder dem therapeutischen Klettern. Neben den am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung eingesetzten Therapien, welche in dieser Arbeit näher erläutert wurden, sollte somit auch versucht werden, das Angebot von zusätzlichen Therapiearten auszubauen.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass sowohl im südlichen Niederösterreich als auch im Vergleichsbundesland Vorarlberg zwar genügend Therapieangebote vorhanden sind und eine gute Abdeckung der Bezirke gegeben ist, jedoch die Informationsweitergabe über diese bestehenden Angebote oft nicht ausreichend ist. Dieser Bereich muss in naher Zukunft unbedingt besser ausgebaut werden, da ohne Kenntnis der unterschiedlichen Therapien auch keine spezifische Förderung des Kindes möglich ist.

### **10.3. Gemeinsame Diskussion**

Dieser Unterpunkt dient der Betrachtung aller vier Subthemen – Beratung, Frühförderung, unterstützende Dienste und paramedizinische Dienste – des Projektes. Um ein umfassendes Bild über die Bedürfnisse der Eltern und Kinder mit intellektueller

und/oder mehrfacher Behinderung bezüglich der oben genannten Bereiche zu gewinnen, werden nun alle Ergebnisse kumuliert und miteinander in Verbindung gesetzt.

In allen vier Bereichen hat sich gezeigt, dass die Informationsweitergabe in Bezug auf die bestehenden Angebote mangelhaft ist. Für die Nichtinanspruchnahme der von den Autorinnen bearbeiteten Dienstleistungen spielte die Unkenntnis bezüglich dem Vorhandensein dieser die wesentlichste Rolle.

Am deutlichsten sticht dieser Aspekt in der Beratung hervor. Hier wurde häufig explizit der Wunsch nach Informationsweitergabe von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten geäußert. Im Bereich der Frühförderung stellte sich heraus, dass die Eltern nur wenige Informationen über die verschiedenen Methoden der Frühförderung (z.B. ABA – Applied behavior analysis) hatten, was wiederum auf eine schlechte Informationsweitergabe zurückgeführt werden könnte. Auch in Bezug auf die paramedizinischen Dienste äußerten einige Eltern den Wunsch, vermehrt Einblick in verschiedene Therapieangebote zu erhalten.

Die Unkenntnis kann allerdings nicht zwangsläufig monokausal auf mangelnde Informationsweitergabe zurückgeführt werden. Im Bereich der unterstützenden Dienste könnte dies auch an einem geringen spezialisierten Angebot liegen.

Im Bereich der Frühförderung und der paramedizinischen Dienste bestand den Ergebnissen nach eine ausreichende Abdeckung der unterschiedlichen Angebote. Im Gegensatz dazu wiesen die Angebote vor allem in der unabhängigen Finanzberatung, Beratung nach der Diagnosestellung und Freizeitassistenz Lücken auf. Zusätzlich wird Kinderbetreuung durch Tagesmütter, sowie Betreuungspersonen, die in das eigene Heim der Familie kommen, zwar allgemein durch unterschiedliche Vereine angeboten, jedoch kaum spezialisiert für die Zielgruppe der Kinder mit Behinderung.

Ein ähnliches Bild ist in der Zufriedenheit mit den erbrachten Dienstleistungen zu verzeichnen. Bei der Frühförderung und den paramedizinischen Diensten konnte eine durchgängig hohe Zufriedenheit festgestellt werden. Anders stellte sich hingegen die Situation der unterstützenden Diensten dar: Während bei den psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen und den Tagesmüttern hohe Zufriedenheitswerte vorhanden sind, äußerten bei der Kinderbetreuung zu Hause ein Drittel bzw. bei den mobilen Kinderkrankenschwestern die Hälfte der Befragten Unzufriedenheit mit den Angeboten.

Bezüglich der Beratung lassen die Ergebnisse zwar überwiegend positive Werte auf der Zufriedenheitsskala erkennen, diese deuten jedoch auf ein Verbesserungspotential hin – insbesondere im Bereich des Clearings.

Aus den Ergebnissen des FaBels (2001) lässt sich schließen, dass sich die von den Autorinnen befragten Eltern stark belastet fühlten. Als wichtige Prädiktoren sind laut durchgeführter multipler Regressionsanalyse einerseits der subjektive parentale Betreuungsaufwand, andererseits die von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten empfundenen Beeinträchtigungen durch die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder anzusehen.

Der hohe Stellenwert, den die familiäre Belastung einnimmt, spiegelt sich sowohl in der Inanspruchnahme von psychologischer Behandlung bzw. Psychotherapie im Zusammenhang mit Belastungserlebnissen durch die Behinderung, als auch im Ausmaß der Nutzung der entlastenden Gespräche im Rahmen der Frühförderung wider.

Neben der Entlastung in Form von Gesprächen durch Frühförderer übernehmen diese auch andere Funktionen, wie zum Beispiel Finanzberatung und die Beratung nach der Diagnosestellung. Während die Frühförderer bei der Beratung nach der Diagnosestellung einen professionellen Beitrag leisten können, entspricht die Finanzberatung nicht den Kernkompetenzen dieser Berufsgruppe. Dadurch könnte für die Eltern das Risiko bestehen, durch Halbwissen oder veraltete Informationen in der Ausschöpfung ihrer Möglichkeiten benachteiligt zu werden.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Forderungen der UN-Charta, so besteht vor allem in den Unterstützungsdiensten noch Handlungsbedarf. Fehlende Angebote für Kinder mit Behinderungen verweisen auf einen immer noch bestehenden Mangel an Inklusion, welcher eine Kernforderung der UN-Charta darstellt. Der Bereich der paramedizinischen Dienste und der Frühförderung scheint im Sinne der UN-Konvention gut abgedeckt zu sein – auch im ländlichen Raum. Verbesserung wäre hier noch dahingehend anzudenken, dass alle gesundheitsförderlichen Leistungen vollständig kostenlos anzubieten sind. Was die Beratung von Menschen mit IB und deren Familien betrifft, so wird in der Konvention ausdrücklich betont, dass Familien frühzeitig umfassende Informationen erhalten sollten. Hier hat sich gezeigt, dass besonders im Bereich der Beratung nach der Diagnosestellung Angebote fehlen. Flächendeckend besonders gut ausgebaut ist die konkret geforderte Beratung über berufliche Möglichkeiten, welche aber qualitativ möglicherweise noch verbessert werden könnte.

Die zuvor genannten Punkte lassen den Schluss zu, dass es noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt, die im Maßnahmenkatalog (Punkt 12.) ihren Niederschlag finden.

## 11. Kritik

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst.*

Im folgenden Kapitel sollen die vorliegende Erhebung kritisch beleuchtet und mögliche Verbesserungsvorschläge gemacht werden. Im Detail wird auf die Erhebung, den Fragebogen und den Beantwortungsmodus eingegangen.

Die Untersuchung bezog sich geografisch auf die Bezirke südlich der Donau. Da der größte Teil des Bezirkes Tulln nördlich der Donau liegt, wurde hier auf eine bewusste Erhebung verzichtet. Die Autorinnen erhielten dennoch einen Fragebogen aus diesem Bezirk, der daraufhin in die Auswertung miteinbezogen wurde, obwohl er nicht der Zielgruppe entsprach.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Formulierung einzelner Items innerhalb des selbsterstellten Fragebogens. Der Begriff „erhöhtes Kindergeld“ wurde von den Autorinnen synonym für die „erhöhte Familienbeihilfe“ verwendet, da dieser von den Eltern im Laufe der Interviews und Fokusgruppen vermehrt zum Ausdruck gebracht wurde. Dies könnte bei einigen Teilnehmern für Verwirrung gesorgt haben. Als Folge wäre das Nichtauswählen dieser Antwortkategorie aufgrund der fehlenden Kenntnis dieses Begriffes möglich. Aus diesem Grund wurden die Ergebnisse nicht in die Interpretation inkludiert.

Nach Analyse der Antworten im Bereich des Familieneinkommens entstand bei den Autorinnen der Eindruck, dass dieses Item von den Eltern nicht einheitlich im Sinne der Fragestellung beantwortet wurde. Von Interesse war das Nettoeinkommen der gesamten Familie inklusive Zuschüsse. Im Zusammenhang mit den Angaben zu der Art und dem Ausmaß der Berufstätigkeit wurde von den Autorinnen vermutet, dass es sich bei dem ausgewählten Betrag oftmals um das Einkommen des Befragten handelte.

Eine Vermeidung wäre eventuell durch eine noch konkretere und vereinfachte Formulierung der Frage möglich gewesen.

Auch beim Diagnosezeitpunkt mussten Einzelfälle aus der Interpretation ausgeschlossen werden, da bei Mehrfachbehinderungen keine eindeutige Zuordnung der ausgewählten Diagnosezeitpunkte zu den angegebenen Behinderungsarten möglich war.

Bei der Datenauswertung ergab sich des Weiteren das Problem, dass manche Eltern zwar angaben, eine Dienstleistung nicht in Anspruch genommen zu haben, jedoch Details zur Nutzung beschrieben (z.B. Zufriedenheit).

Bezüglich der Beantwortung von Fragen, bei denen das Auswählen nur einer Antwortkategorie vorgesehen war, wählten dennoch eine Vielzahl der Untersuchungsteilnehmer mehrere Alternativen aus. Dies führte zu zwei unterschiedlichen Formen der Auswertung (mehrkategoriell bei Einfach-, dichotom bei Mehrfachantworten).

Bei dem vorgegebenen Familienbelastungsfragebogen (FaBel, 2001) sollte die Beantwortung auf einer vierstufigen Skala vorgenommen werden, um der Tendenz zur Mitte entgegen zu wirken. Von manchen Eltern wurde dennoch die Linie zwischen zwei Kategorien markiert. Die Auswertung dieser Sonderfälle erfolgte unter Verwendung eines Mittelwertes.

Im Zusammenhang mit der identen Onlineversion des Fragebogens sind folgende zwei Kritikpunkte anzumerken: Auf der einen Seite wurde von den Autorinnen nicht ermittelt, wie viele der befragten Personen zum Zeitpunkt der Erhebung tatsächlich Zugang zum Internet hatten. Auf der anderen Seite war es bei der Onlinebearbeitung des Fragebogens nicht möglich, auf die vorherige Seite zurückzugehen. Die Diskrepanz zwischen den beiden Itempoolvorgaben könnte einen Effekt auf das Antwortverhalten gehabt haben.

## 12. Maßnahmenkatalog

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst.*

Nachdem unter Punkt 10.3. die wichtigsten Eckpunkte aller vier Themen integriert und beleuchtet wurden, sollen nun die daraus abgeleiteten Maßnahmenvorschläge vorgestellt werden.

Der zuvor genannte Informationsmangel legt den Schluss nahe, ein Kompetenzzentrum, das als zentrale Anlaufstelle fungiert und vernetzt arbeitet, zu schaffen. Dessen Ziel sollte es sein, betroffene Eltern über verschiedenste Angebote und Möglichkeiten hinsichtlich Beratung, Frühförderung, unterstützende Dienste und paramedizinische Dienste zu informieren.

Wie der Angebotsanalyse zu entnehmen ist, gibt es zumeist genügend Angebote, das Problem liegt allerdings hauptsächlich in einem defizitären Informationssystem. Daher geht es nicht zwangsläufig um eine professionelle themenspezifische Beratung, sondern um die Funktion als Informationsdrehscheibe und damit um die Weiterleitung der Informationssuchenden an die anbietenden Stellen. Zu diesem Zweck sollte das Kompetenzzentrum über eine Onlineplattform verfügen, sich jedoch nicht auf diese reduzieren. Persönliche Gespräche sollen sowohl telefonisch als auch face-to-face möglich sein. Das von den Autorinnen vorgeschlagene Kompetenzzentrum sollte außerdem immer auf einem aktuellen Stand bezüglich der Angebote für Kinder und Jugendliche mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung bzw. auch deren Angehörige sein, um somit adäquate Informationen bieten zu können. Dieser Vorschlag wäre umsetzbar, indem einerseits eine hauptverantwortliche Person zweimal jährlich alle Angebote auf ihre Aktualität hin überprüft. Andererseits sollte auch den Dienstleistungsanbietern die Möglichkeit gegeben werden, selbständig ihre Leistungen aufzulisten bzw. ihren Eintrag anzupassen falls es zu Änderungen kommen sollte.

Wesentlich ist darüber hinaus, dass dieses Angebot für die Eltern leicht zugänglich ist und sie zügig nach Diagnosestellung davon erfahren, um ihr Kind so früh wie möglich zu fördern bzw. sich selbst besser in der neuen Situation zu Recht zu finden. Ideal wäre hierbei eine begleitende Beratung, welche ab der Geburt bis zum Erwachsenenalter in Anspruch genommen werden kann. Dies bzw. das daraus entstehende Vertrauensverhältnis ermöglicht außerdem eher, belastende Situationen zu besprechen und falls nötig psychologische bzw. psychotherapeutische Unterstützungsangebote anzunehmen.

Eine Optimierung der Informationsweitergabe ist in allen vier berücksichtigten Bereichen nötig. Innerhalb der Frühförderung und der paramedizinischen Dienste geht es hauptsächlich darum, Informationen bezüglich der möglichen Förderungsmaßnahmen weiterzugeben und auf vorhandene Anbieter zu verweisen. Im Gegensatz dazu sollte das Angebot des Kompetenzzentrums im Bereich der Beratung und unterstützenden Diensten über die Informationsweitergabe hinausgehen. In Hinblick auf Beratung sollte nicht wie bisher nur von staatlichen Institutionen (z.B. Behörden) Finanzberatung angeboten, sondern ergänzend eine unabhängige Stelle geschaffen werden. Des Weiteren gibt es zu wenige beratende Institutionen, welche direkt nach der Diagnose eine alles umfassende Beratungsleistung erbringen, in den meisten Fällen sind unterschiedliche Stellen gesondert für medizinische Beratung, psychologische Beratung etc. zuständig. Diese Aufgaben könnte das Kompetenzzentrum übernehmen, indem es Personen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung und deren Angehörigen unabhängige Finanzberatung anbietet und Eltern als erste Anlaufstelle bezüglich Beratung und Information ab dem Zeitpunkt der Diagnose zur Verfügung steht.

Bei den unterstützenden Diensten hat sich gezeigt, dass der Wunsch der Eltern nach mehr psychologischer bzw. psychotherapeutischer Unterstützung als auch nach Kinderbetreuung zu Hause und Freizeitassistenz gegeben ist. Diesbezüglich ist vor allem das generell vorhandene Angebot an Kinderbetreuung durch Dienstleistungen, die speziell auf die Zielgruppe der Kinder mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung zugeschnitten sind, zu ergänzen. Auch der Bereich der Freizeitassistenz ist auszubauen. Somit könnte das Kompetenzzentrum als Ergänzung zur Information über das bestehende Angebot selbst familienentlastende Dienste in Form von Kinderbetreuung zu Hause, Unterstützung im Haushalt und Freizeitassistenz anbieten. Einen großen Stellenwert nimmt hierbei die Flexibilität ein. Das Angebot sollte nicht lediglich als Unterstützungsmaßnahme in Notsituationen konzipiert sein, sondern, um eine entsprechende Entlastung der Familien zu erzielen, auf Dauer angelegt sein. Hinsichtlich psychologischer bzw. psychotherapeutischer Unterstützung bietet sich die Anbindung an die Beratung und Informationsveranstaltungen (z.B. Elternabende zu bestimmten Themen) an, um eventuell vorhandene Hemmnisse abzubauen.

Betrachtet man die personelle Ebene, so sind für Beratungsleistungen Spezialisten einzusetzen. Zusätzlich könnte das Kompetenzzentrum Schulungen und Trainings für Kooperationspartner (z.B. Mitarbeiter in Beratungsstellen, Psychologen etc.) zu unterschiedlichen Themen im Bereich intellektuelle und mehrfache Behinderung anbieten. Für das Angebot an familienentlastenden Diensten könnte auf entsprechend

geschulte ehrenamtliche Helfer, Zivildienstleistende, Praktikanten und Studenten mit fach einschlägigen Studienrichtungen zurückgegriffen werden.

Für alle vier Bereiche gilt, dass die in der Beratungsstelle arbeitenden Personen ihre gesammelten Informationen gut dokumentieren, um das erworbene Wissen auch für andere zugänglich zu machen. Somit ist es auch beispielsweise im Krankheitsfall gewährleistet, dass bestmöglich beraten werden kann.

Wendet man sich der möglichen Finanzierung der vorgeschlagenen Maßnahmen zu, so ist zu berücksichtigen, dass sich die Mehrheit der Befragten für eine unentgeltliche Beratung ausgesprochen hat und auch bei den unterstützenden Diensten ca. die Hälfte keine Zahlungsbereitschaft zeigte. In Anbetracht dessen, stellt ein jährlicher Mitgliedsbeitrag eine mögliche Alternative zur Bezahlung pro in Anspruch genommener Leistung dar. Bei den unterstützenden Diensten wäre auch ein sozial gestaffelter Kostenbeitrag eine überlegenswerte Variante.

In diesem Sinne soll mit dem von den Autorinnen vorgeschlagenen Kompetenzzentrum und dessen breiten Vernetzung mit unterschiedlichen Kooperationspartnern eine zentrale Anlaufstelle für Personen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung und deren Angehörige geschaffen werden, in dessen Mittelpunkt deren Bedürfnisse stehen.

## 13. Abstract

*Dieses Kapitel wurde von Nina Gürtlschmidt verfasst.*

In der vorliegenden Studie wurde das Ziel verfolgt, den Bedarf von Eltern mit Kindern mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung im südlichen Niederösterreich bezüglich unterschiedlicher Dienstleistungsangebote zu erheben. Dafür wurde zu Beginn eine Angebotsanalyse mittels Internet- und Telefonrecherche gemacht und Interviews sowohl mit Eltern als auch mit Experten durchgeführt. Anschließend kam es zu einer quantitativen Erhebung mit einem selbst entwickelten Fragebogen.

Zusätzlich wurde ein Vergleich mit dem Bundesland Vorarlberg angestellt. Im Rahmen der Erhebung konnten in Vorarlberg Verbesserungsmöglichkeiten wie beispielsweise Familienentlastungsgutscheine gefunden werden, welche in diesem Bundesland bereits etabliert sind und als Anregung für das südliche Niederösterreich dienen können.

Die vorliegende Arbeit legt den Schwerpunkt auf paramedizinische Dienste. Am häufigsten wurde von den Kindern und Jugendlichen mit IB und/oder Mehrfachbehinderung im südlichen Niederösterreich die Ergotherapie (77,6 %), Logopädie (76,3 %) und Physiotherapie (61,4 %) genutzt. Den Ergebnissen zufolge waren die befragten Eltern mit den angebotenen paramedizinischen Diensten durchgehend zufrieden. Ein Mangel konnte jedoch bezüglich der Informationsweitergabe über verschiedene Therapiemöglichkeiten festgestellt werden. In Vorarlberg ließ sich ein ähnliches Gesamtbild feststellen.

Diese Problematik zeigte sich auch in den anderen untersuchten Themen (Beratung, Frühförderung und unterstützende Dienste). Aufgrund dessen wurde eine zentrale Anlaufstelle vorgeschlagen, welche hinsichtlich der verschiedenen, für Menschen mit Behinderung relevanten, Themen berät und über Fördermöglichkeiten informiert.

The present study aims to elevate the demand for range of services for parents of children with intellectual and/or multiple disabilities in the southern part of Lower Austria. In order to achieve this aim, the author of this thesis performed an analysis of the existing range of services. The analysis encompassed a comprehensive internet and telephone research as well as face-to-face interviews with experts and concerned parents. In a next step, the author conducted a quantitative market research by using a specifically developed questionnaire.

In addition, a comparison with the Federal State of Vorarlberg was drawn. The results of this comparison revealed improvement opportunities for the southern part of the Federal State of Lower Austria, including so-called vouchers for relief for families.

The main focus of this study is on paramedical services. Children and adolescents with intellectual and/or multiple disability most frequently made use of the services in the range of occupational therapy (77,6 %), speech therapy (76,3 %) and physical therapy (61,4 %). The result of the market research revealed in this regard a general satisfaction of concerned parents with existing paramedical services. At the same time, interviewed parents criticized a lack of information or respectively information transmission concerning the diverse therapeutic options. The comparison with Vorarlberg revealed a similar picture.

The deficient information transmission could also be determined in other examined issues, including consultancy, early learning and supporting services. Therefore, it is recommended to establish a central contact point in order to inform people with disabilities regarding supporting measures and other relevant topics.



## 14. Literatur

- Ackermann, H. (2001). *Das Konzept von Félicie Affolter und seine Bedeutung für die Geistigbehindertenpädagogik*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Adler, S. (1996a). Charakteristik der Physikalischen Therapie. In S. Adler (Hrsg.), *Physikalische Therapie im Kindes- und Jugendalter* (2., neubearbeitete Auflage, S. 3-11). Heidelberg Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Adler, S. (1996b). Infektionskrankheiten. In S. Adler (Hrsg.), *Physikalische Therapie im Kindes- und Jugendalter* (2., neubearbeitete Auflage, S. 153-162). Heidelberg Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Adler, S. (1996c). Krankheiten der Respirationsorgane. In S. Adler (Hrsg.), *Physikalische Therapie im Kindes- und Jugendalter* (2., neubearbeitete Auflage, S. 118-122). Heidelberg Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Affolter, F. (2007). *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache* (10. Aufl.). Villingen-Schwenningen: Neckar.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual Disability: definition, classification, and systems of supports* (11th). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2012). *A 00 Intellectual Developmental Disorder*. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=384> [13.08.2012]
- American Psychological Association (2012). *A 05 Autism Spectrum Disorder*. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94#> [23.9.2012]
- Amt der NÖ Landesregierung (2012). *Familienbetreuung*. Verfügbar unter <http://www.noel.gv.at/Gesellschaft-Soziales/Soziale-Dienste-Beratung/Soziale->

Betreuungsdienste/Betreuungsdienste\_Familienbetreuung.wai.html  
[11.10.2012]

Amt der NÖ Landesregierung (2012). *NÖ Tagesmütter/-väter-Förderung*. Verfügbar unter <http://www.noe.gv.at/bilder/d63/Blatt-21-Tagesmuetter-vaeter-2012-Pant.pdf> [11.10.2012]

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2010). *Therapiekostenersatz des Amtes der Vorarlberger Landesregierung*. Verfügbar unter <http://www.behinderungvorarlberg.at/Seiten/TherapiekostenersatzdesAmtesDerVorarlbergerLandesregierung.aspx> [11.09.2012]

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011). *Familientlastung auf Gutscheine*. Verfügbar unter <http://www.behinderungvorarlberg.at/Documents/FamilientlastungaufGutscheine.pdf> [11.9.2012]

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011). *Zuschuss zum Pflegegeld bei ambulanter Pflege*. Verfügbar unter <http://www.behinderungvorarlberg.at/Documents/ZuschusszumPflegegeldbeiambulanterPflege.pdf> [11.9.2012]

Ayres, J. (2002). *Bausteine der kindlichen Entwicklung. Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes* (4. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.

Bass, M.M., Duchowny, C.A. & Llabre, M.M. (2009). The effect of therapeutic Horseback riding on social functioning in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39 (9), 1261-1267.

Baumgartner, S. (2008). *Kindersprachtherapie. Eine integrative Grundlegung*. München: Ernst Reinhardt.

Biewald, F. (2010). Bobath-Konzept. In C. Zalpour (Hrsg.), *Springer Lexikon Physiotherapie* (S. 180-184). Berlin Heidelberg: Springer.

- Bergauer, U. & Janknecht, S. (2011). *Praxis der Stimmtherapie: Logopädische Diagnostik, Behandlungsvorschläge und Übungsmaterialien* (3., überarbeitete Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bode, H. (2001). Sozioökonomische Aspekte. In F. Heinen & W. Bartens (Hrsg.), *Das Kind und die Spastik. Erkenntnisse der Evidence-based Medicine zur Cerebralparese* (S. 49–59). Bern: Hans Huber.
- Braun, O. & Macha-Krau, H. (2005). *Geschichte der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1 – Selbstverständnis und theoretische Grundlagen* (2. Aufl.) (S.47-78). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brown, I. & Percy, M. (2007). *Intellectual & Developmental Disabilities*. Baltimore: Brookes.
- Bundeskanzleramt (2012). *Rechtsinformationssystem: Strafgesetzbuch, Fassung vom 12.12.2012*. Verfügbar unter <http://www.ris.bka.gv.at> [12.12.2012]
- Bundeskanzleramt Abteilung I/13 – E-Government – Programm- und Projektmanagement. (2012). *Erhöhte Familienbeihilfe*. Verfügbar unter <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/45/Seite.450763> [13.09.2012]
- Burgdorf, I. (1993). Heilpädagogisches Voltigieren im Sonderkindergarten. In W. Kaune (Hrsg.), *Das Heilpädagogische Voltigieren mit geistig behinderten Menschen* (S. 21-38). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.
- Carr, J. (1978). *Down-Syndrom in früher Kindheit*. München: Ernst Reinhardt.
- Cordes, J.C., Arnold, W., & Zeibig, B. (1989). *Physiotherapie: Grundlagen und Techniken der Hydro-, Elektrotherapie und Massage*. München: Elsevier.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98-104.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) Diagnostische*

*Kriterien für Forschung und Praxis* (4., vollständig überarbeitete Auflage).  
Bern: Hans Huber.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

Dimitriev, V. (1992). *Frühförderung für „mongoloide“ Kinder: das Down-Syndrom* (3., unveränderte Auflage). Weinheim: Beltz.

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

Döring, E. (1996). Physikalische Therapie der juvenilen chronischen Arthritis. In S. Adler (Hrsg.), *Physikalische Therapie im Kindes- und Jugendalter* (2., überarbeitete Auflage, S. 107-109). Heidelberg Leipzig: Johann Ambrosius Barth.

Dominick, K. C., Davis, N. O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H., & Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research in Developmental Disabilities, 28* (2), 145–162.

Donczik, J. (1997). *Psychologische Grundlagen der Sprach- und Sprechtherapie*. In Clausnitzer, V. & Clausnitzer, R. (Hrsg.). *Logopädie für Studierende. Band 1: Grundlagen der Therapie von Sprach- und Sprechstörungen* (S. 277-314). Heidelberg: Hüthig.

Ehrenberg, H., Jückstock, K., & Witt, H. (1990). Techniken der Krankengymnastik. In H. Cotta, W. Heipertz, A. Hüter-Becker & G. Rompe (Hrsg.), *Krankengymnastik, Band 1: Grundlagen, Techniken* (3., neubearbeitete und erweiterte Auflage, S. 90-318). Stuttgart: Georg Thieme.

Esser, G. (2009). Kognitive Teilleistungsstörungen/frühe Lernstörungen. In H. Schlack, U. Thyen & R. von Kries (Hrsg.), *Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag* (S.179-187). Heidelberg: Springer Medizin.

- Fehlings, D., Hunt, C., & Rosenbaum, P. (2007). Cerebral palsy. In I. Brown & M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual & developmental disabilities* (pp. 279-285). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3. Edition). London: Sage.
- Flehmig, I. (2001). Die Bedeutung der Sensorischen Integration für die Behandlung entwicklungsgestörter Kinder. In H. Lohse-Busch, M. Riedel & T. Graf-Baumann (Hrsg.). *Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder* (S.19-24). Berlin Heidelberg: Springer.
- Franke, E. (2012). *Anders leben – anders sterben. Gespräche mit Menschen mit geistiger Behinderung über Sterben, Tod und Trauer*. Wien: Springer.
- Frostig, M. (1999). *Bewegungserziehung: Neue Wege der Heilpädagogik* (6., neugestaltete Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Frühauf, K. (1997). Psychologische Grundlagen der Ergotherapie. In W. Presber & W. De Nève (Hrsg.), *Ergotherapie: Grundlagen und Techniken* (3., überarbeitete Aufl., S. 19-64). Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Gabriels, R.L., Agnew, J.A., Holt, K.D., Shoffner, A., Zhaoxing, P., Ruzzano, S., Clayton G.H., & Mesibov, G. (2012). Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 578-588.
- Gäng, M. (2009a). *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren*. München: Reinhardt.
- Gäng, M. (2009b). Einleitung: Therapien mit dem Pferd – Therapeutisches Reiten. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 12-20). München: Reinhardt.
- Ganner, M. (2012). *Grundzüge des Alten- und Behindertenrechts*. Wien: Sramek.
- Grohnfeldt, M. & Ritterfeld, U. (2005). *Grundlagen der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und*

*Logopädie. Band 1 – Selbstverständnis und theoretische Grundlagen* (2. Aufl.) (S.15-46). Stuttgart: Kohlhammer.

Grohnfeldt, M. (2012). *Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie*. München: Ernst Reinhardt.

Grosch, G. (1990). Kurze Geschichte der Krankengymnastik. In H. Cotta, W. Heipertz, A. Hüter-Becker & G. Rompe (Hrsg.), *Krankengymnastik: Band 2: Psychologie, Gruppenbehandlung, Berufslehre, Massage* (2. neubearbeitete und erweiterte Auflage, S. 66-88). Stuttgart: Georg Thieme.

Gupta, V. B. (2001). Trends in etiology and epidemiology of cerebral palsy: Impact of improved survival of very low birth-weight infants. In A. L. Scherzer (Ed.), *Early diagnosis and interventional therapy in cerebral palsy* (pp. 27–48). New York: Marcel Dekker.

Gutenbrunner, C. & Weimann, G. (2004). *Krankengymnastische Methoden und Konzepte*. Berlin Heidelberg: Springer.

Götsch, K. (2011). Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (4. Aufl., S. 75-89). Stuttgart: Georg Thieme.

Haase, F. (2011). Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (4. Aufl., S. 197-200). Stuttgart: Georg Thieme.

Häßler, F. (2011). *Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie – Theorien und Modelle*. Stuttgart: Georg Thieme.

Hartmannsgruber, R. (2010). Charakteristika und Therapiekonzepte der Physiotherapie in der Pädiatrie. In A. Hüter-Becker & M. Dölken (Hrsg.), *Physiotherapie in der Pädiatrie* (2. Aufl., S. 3-7). Stuttgart: Georg Thieme.

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010). *Gesamtvertrag vom 28. November 1994 in der Fassung des Zusatzprotokolls zur 9. Zusatzvereinbarung* (aktuell kompilierte Fassung; 5. Oktober 2010). Verfügbar unter [http://www.hauptverband.at/mediaDB/749862\\_Gesamtvertrag%20klinisch-psychologische%20Diagnostik.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/749862_Gesamtvertrag%20klinisch-psychologische%20Diagnostik.pdf) [20.09.2012]
- Heinen, N. (2007). Väter – Partner in der Frühförderung ihres schwerbehinderten Kindes. In A. Fröhlich, N. Heinen & W. Lamers (Hrsg.), *Frühförderung von Kindern mit schwerer Behinderung. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik* (S.163-179). Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben.
- Herda, C. (2009). Reittherapie als Ergänzung der Ergotherapie. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 109-118). München: Reinhardt.
- Herold, E. & Connors, E. (2012). *DSM-5 Proposed Criteria for Autism Spectrum Disorder Designed to Provide More Accurate Diagnosis and Treatment*. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Documents/12-03%20Autism%20Spectrum%20Disorders%20-%20DSM5.pdf> [23.9.2012]
- Hintermair, M., Sarimski, K., & Lang, M. (2011). Qualität von Frühförderung aus der Sicht der Eltern. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 51 (8), 284-189.
- Hofer, H., Iser, W., Mill-Fahringer, K., & Rubisch, M. (2006). *Behindertengleichstellungsrecht. Kommentar Stand: 01.01.2006*. Wien: NWV.
- Höfle, W., Leitner, M., & Stärker, L. (2006). *Rechte für Menschen mit Behinderung*. Wien: Linde.
- Hölscher, F. & Schneider, F. (2012). Intelligenzminderungen (F7) und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 433-440). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Hülse, M. (2001). Logopädie. In H. Lohse-Busch, M. Riedel & T. Graf-Baumann (Hrsg.), *Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder* (S. 59-71). Berlin Heidelberg: Springer.
- Ihm, V. (2004). *Heilpädagogisches Reiten und Entwicklungsförderung*. Berlin: Freimut & Selbst.
- Jehn, P. (2011). Berufsausbildung in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (4. Aufl., S. 19). Stuttgart: Georg Thieme.
- Kanter, G. (2007). Reizwort „Lernbehinderung“. In K. Salzberg-Ludwig & E. Grüning (Hrsg.), *Pädagogik für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lern- und Lebenssituationen* (S. 15 – 28). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kaune, G. & Kaune W. (1993). Das Heilpädagogische Reiten in einer schulischen Einrichtung für geistig Behinderte. In W. Kaune (Hrsg.), *Das Heilpädagogische Voltigieren mit geistig behinderten Menschen* (S. 79-108). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.
- Kaune, W. (1993). Einführung des Herausgebers. In W. Kaune (Hrsg.), *Das Heilpädagogische Voltigieren mit geistig behinderten Menschen* (S. 10-20). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.
- Keilmann, A., Büttner, C., & Böhme, G. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie*. Bern: Huber.
- Knyrim, R. & Valenčak, K. (2009). *Rechtsratgeber für kranke und behinderte Menschen*. Wien: LexisNexis.
- Krägeloh-Mann, I. (2001). Klassifikation, Epidemiologie, Pathogenese und Klinik. In F. Heinen & W. Bartens (Hrsg.), *Das Kind und die Spastik. Erkenntnisse der Evidence-based Medicine zur Cerebralparese* (S. 37–48). Bern: Hans Huber.
- Kressin, W. (1996). Zerebral bedingte Bewegungsstörungen. In S. Adler (Hrsg.), *Physikalische Therapie im Kindes- und Jugendalter* (2., überarbeitete Auflage, S. 96-106). Heidelberg Leipzig: Johann Ambrosius Barth.

- Kröger, A. (1994). Heilpädagogisches Voltigieren. In M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (3., veränd. Aufl., S. 97-122). München: Reinhardt.
- Kubinger, K. D. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kugele, S., Pfeiffer, S., & Sarimski, K. (2010). Belastungserleben von Eltern sprachbehinderter Kinder im Kindergartenalter. *Frühförderung interdisziplinär*, 29 (2), 82-86.
- Kupper-Heilmann, S. (2012). Pferde als Diagnose- und Fördermedium. Konzept und Praxis des Heilpädagogischen Reitens. In J. Buchner-Fuhs & L. Rose (Hrsg.), *Tierische Sozialarbeit: Ein Lesebuch für die Profession zum Leben und Arbeiten mit Tieren* (S. 353-367). Wiesbaden: Springer VS.
- Land Niederösterreich (2010). *NÖ Sozialbericht 2010*. St. Pölten: Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Soziales.
- Langstrom, N., Grann, M., Ruchkin, V., Sjostedt, G., & Fazel, S. (2009). Risk factors for violent offending in autism spectrum disorder: A national study of hospitalized individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (8), 1358–1370.
- Leitner, B. (2008). Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4.Quartal 2007. *Statistische Nachrichten*, 12, 1132-1141.
- Maier-Michalitsch, N. (2009). *Physiotherapie an Schulen für Körperbehinderte – Im Spannungsfeld von Medizin und Pädagogik*. Oberhausen: ATHENA.
- Marreck, C. (1982). *Reiten für geistig Behinderte – mit dem praktischen Teil „Reittherapie bei einem mongoloiden Kinde“*. Bonn: Rehabilitations-Verlag.
- Matzies, M. (2004). *Applied Behavior Analysis. (Früh-)Förderung bei Autismus unter Berücksichtigung der Verhaltenstherapie nach O. Ivar Lovaas*. Berlin: Weidler.

- Mayer, K. (1997). Pädagogische Grundlagen. In W. Presber & W. De Nève (Hrsg.), *Ergotherapie: Grundlagen und Techniken* (3., überarbeitete Aufl., S. 11-19). Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- McDermott, S., Durkin, M. S., Schupf, N., & Stein, Z. A. (2007). Epidemiology and etiology of mental retardation. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 3-40). New York: Springer.
- Müller-Stephann, H. (1996). Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates. In S. Adler (Hrsg.), *Physikalische Therapie im Kindes- und Jugendalter* (2., überarbeitete Auflage, S. 109-118). Heidelberg Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Nacke, A. (2005). *Ergotherapie bei Kindern mit Wahrnehmungsstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-C. (2003). Epidemiologie und Risikofaktoren. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. (3. Auflage, überarbeitet und erweitert, S. 9-23). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Nonn, K. (2011). *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Payk, T. R. (2007). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose* (2. Auflage, überarbeitet). Heidelberg: Springer Medizin.
- Percy, M. (2009). Factors that Cause or Contribute to Intellectual and Developmental Disabilities. In I. Brown & M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual & developmental disabilities*. (2nd Printing, pp. 125-148) Baltimore: Paul H. Brookes.
- Pinel, J.P.J. (2007). Die Entwicklung des Nervensystems. In P. Pauli (Hrsg.), *Biopsychologie* (6. Auflage, aktualisiert, S. 278-301). München: Pearson Studium.

- Pinel, J.P.J. (2007). Hirnschädigungen und Neuroplastizität. In P. Pauli (Hrsg.), *Biopsychologie* (6. Auflage, aktualisiert, S. 304-341). München: Pearson Studium.
- Pschyrembel, W. (2002). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter.
- Pschyrembel, W. (2009). *Psychrembel: Therapie* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Ravens Sieberer, U., Morfeld, M., Stein, R., Jessop, D., Bullinger, M., & Thyen, U. (2001). Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen) Testung und Validierung der deutschen Version der "Impact on Family Scale" bei Familien mit behinderten Kindern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 384-393.
- Reuster, T. (2011). Ergotherapie. In H.-J., Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie* (S.1066-1079). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rinkenburger, R. (2011). Einführung in die explorative Faktorenanalyse. In M. Schwaiger & A. Meyer (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft Handbuch für Wissenschaftler und Studierende* (S. 455-476). München: Franz Vahlen.
- Rollett, B. (2002). Frühe Kindheit, Störungen, Entwicklungsrisiken, Förderungsmöglichkeiten. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5. Auflage, vollständig überarbeitet, S. 713-739). Weinheim: Beltz.
- Roley, S., Blanche, E. & Schaaf, R. (2004). *Sensorische Integration: Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Sarimski, K. (2001). *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2003). Kognitive Prozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung*.

*Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder* (S. 148 – 205).  
Göttingen: Hogrefe.

Sarimski, K. & Steinhausen, H.C. (2007). *Kinder-Diagnostik-System KIDS 2 – Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Sarimski, K. (2009). *Frühförderung behinderter Kleinkinder. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.

Saß, H., Wittchen, H.U., & Zaudig, M. (1998a). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (1998b). *Diagnostische Kriterien. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schalock, R.L, Luckasson, R.A., & Shogren, K.A. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities, 45*, 116-124.

Scheepers, C. (2011). Stationäre Versorgung in der Kuration und Rehabilitation. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (4. Aufl., S. 218-222). Stuttgart: Georg Thieme.

Schellhammer, S. (2012). Bobath-Konzept für Kinder. In G. Ebelt-Paprotny & R. Preis (Hrsg.), *Leitfaden Physiotherapie* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 129-136, 274-281). München: Elsevier.

Schick, P. (2001). Vojta-Therapie. In H. Lohse-Busch, M. Riedel & T. Graf-Baumann (Hrsg.), *Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder* (S. 39-50). Berlin: Springer.

Schlack, H. (2009). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In H. Schlack, U. Thyen & R. von Kries (Hrsg.), *Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag* (S. 158-179). Heidelberg: Springer Medizin.

Schmidt, D. (2002). *Epilepsien Fragen und Antworten*. Germering/München: Zuckerschwerdt.

- Schmutzler, H.-J. (2006). *Handbuch Heilpädagogisches Grundwissen. Die frühe Bildung und Erziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder*. Freiburg: Herder.
- Schütte, D. (2009b). Hippotherapeutische Aspekte in der Reittherapie. In M. Gäng (Hrsg.), *Reittherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 94-99). München: Reinhardt.
- Seidel, C. (2007). Leitlinien zur Interpretation der Kinderzeichnung. *Lienz i. Ostt.: Journal*.
- Selbmann, H.K. (1992). Epidemiologie des Down-Syndroms. In J. W. Dudenhausen (Hrsg.), *Down-Syndrom: Früherkennung und therapeutische Hilfen* (S. 13-18). Frankfurt/Main: Umwelt & Medizin Verlagsgesellschaft.
- Selikowitz, M. (1992). *Down-Syndrom. Krankheitsbild – Ursache – Behandlung*. Heidelberg: Spektrum.
- Sennewald, H. (1990). Psychologie in der Krankengymnastik. In H. Cotta, W. Heipertz, A. Hüter-Becker & G. Rompe (Hrsg.), *Krankengymnastik: Band 2: Psychologie, Gruppenbehandlung, Berufslehre, Massage* (2. neubearbeitete und erweiterte Auflage, S. 1-33). Stuttgart: Georg Thieme.
- Siemes, H. (2009). *Epilepsien bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Hans Huber.
- Smith, S.A., Press, B., Koenig K.P., & Kinnealey, M. (2005). Effects on sensory integration intervention on self-stimulating and self-injurious behaviors. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 418-425.
- Sovák, M. (1986). Sprachbeeinträchtigungen beim mehrfachbehinderten Kind. In F. Hinteregger & F. Meixner (Hrsg.), *Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern* (S.17-26). Wien: Jugend und Volk.
- Speck, O. (2005). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung* (10. Auflage, überarbeitet). München: Ernst Reinhardt.

- Statistik Austria (2009). *Volkszählung 1971 bis 2001*. Verfügbar unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/index.html) [30.07.2012]
- Statistik Austria (2012). *Bevölkerungsdichte bezogen auf die Siedlungsfläche nach Gemeinden am 1.1.2012 Vorarlberg*. Verfügbar unter <http://www.statistik.at> [13.9.2012]
- Statistik Austria (2012). *Online Atlas*. Verfügbar unter <http://www.statistik.at/OnlineAtlasWeb/start?action=start&atlas=443> [21.9.2012]
- Stehmeier, S. (2002). Bobath-Konzept für Kinder. In B. Kolster, M. Ebelt-Paprotny & G. Ebelt-Paprotny (Hrsg.), *Leitfaden Physiotherapie* (4., neu bearbeitete Auflage, S. 86-89). München: Urban & Fischer.
- Sterba, J., Rogers, B., France, A., & Vokes, D. (2002). Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 301-308.
- Sterba, J. (2007). Does horseback riding therapy or therapist-directed hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy?. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 68-73.
- Stein, R. & Riessman, C. (1980). The development of an Impact-on-Family Scale: Preliminary findings. *Medical Care*, 18 (4), 465-472.
- Stockhausen, T. (2002). Down-Syndrom. Es ist ganz normal verschieden zu sein. *Der Gynäkologe* 11, 1146–1150.
- Straßburg, H., Dacheneder W., & Kreß, W. (2008). *Entwicklungsstörungen bei Kindern. Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung* (4., neu bearbeitete Auflage). München: Elsevier.
- Straßburg, H. (2010). Therapie motorischer Störungen – was ist gesichert?. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich?* (S. 17-31). Göttingen: Hogrefe.

- Strauß, I. (2000). *Hippotherapie. Neurophysiologische Behandlung mit und auf dem Pferd* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Hippokrates.
- Süss-Burghart, H. (2005). Psychologische Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S.49-73). Göttingen: Hogrefe.
- Tamm, C. (1994). *Diagnose Down-Syndrom*. Basel: Ernst Reinhardt.
- Tassilo, K., Kormann, P., & Umbach, S. (2006). *Wahrnehmung, Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung im Grundschulalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Theunissen, G. (2005). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten* (4. Aufl.). Regensburg: Klinkhardt.
- Töle, R., Windgassen, K., Lempp, R., & du Bois, R. (2006). *Psychiatrie – einschließlich Psychotherapie* (14. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.
- Totsika, V., Felce, D., Kerr, M., & Hastings, R. P. (2010). Behavior Problems, Psychiatric Symptoms, and Quality of Life for Older Adults With Intellectual Disability With and Without Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40 (10), 1171-1178.
- Unabhängiger Monitoringausschuss (2010). *Stellungnahme zur Einschätzungsverordnung*. Verfügbar unter <http://www.monitoringausschuss.at/sym/monitoringausschuss/Stellungnahmen> [12.09.2012]
- Unabhängiger Monitoringausschuss (2011). *Stellungnahme zum Pflegegeldreformgesetz 2012*. Verfügbar unter <http://www.monitoringausschuss.at/sym/monitoringausschuss/Stellungnahmen> [12.09.2012]
- Unabhängiger Monitoringausschuss (2012). *Verlautbarung auf der Homepage*. Verfügbar unter <http://www.monitoringausschuss.at/> [25.08.2012]

- United Nations (2008). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. (Übersetzung)*. Verfügbar unter <http://www.monitoringausschuss.at/sym/monitoringausschuss/Konventionstext> [25.08.2012]
- Von Loh, S. (2003). *Entwicklungsstörungen bei Kindern. Medizinisches Grundwissen für pädagogische und therapeutische Berufe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Von Suchodoletz, W. (2009). Wie wirksam ist Sprachtherapie?. *Kindheit und Entwicklung*, 18 (4), 213-221.
- Von Suchodoletz, W. (2010). Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie von Entwicklungsstörungen. In W. Von Suchodoletz (Hrsg.), *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich?* (S. 1-16). Göttingen: Hogrefe.
- Von Suchodoletz, W. (2010). Therapie von Entwicklungsstörungen – ein Fazit. In W. Von Suchodoletz, (Hrsg.). *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich?* (S. 255-278). Göttingen: Hogrefe.
- Von Suchodoletz, W. (2010). Therapie von Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich?* (S. 57-87). Göttingen: Hogrefe.
- Wagenbichler, P. (1981). Zur Ätiologie des Mongolismus. *Naturwissenschaften* 68 (2), 76 -81.
- Warnke, A. (2008). Intelligenzminderung. In B. Herpertz-Dahlmann (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (2. Auflage, S. 487-522). Stuttgart: Schattauer.
- Warnke, A., Jans, T., & Walitza, S. (2011). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie* (S.1131-1162). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Weber, G. & Rett, A. (1991). *Down Syndrom im Erwachsenenalter – Klinische, psychologische und soziale Aspekte beim Mongolismus*. Bern: Hans Huber.
- Weber, G. (1997). *Intellektuelle Behinderung. Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter*. Wien: WUV.
- Weltgesundheitsorganisation (1992). *ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation (2005). *ICF- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information.
- Weltgesundheitsorganisation (2012). *ICD-11 Beta. Intellectual Developmental Disorders*. Verfügbar unter <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fwho.int%2fid%23F70-F79> [13.08.2012]
- Wendeler, J. (1996). *Psychologie des Down-Syndroms* (2., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Westerinen, H., Kaski, M., Virta, L., Almqvist, F., & Livanainen, L. (2007). Prevalence of intellectual disability: a comprehensive study based on national registers. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (9), 715-725.
- Wiedebusch, S., Pollmann, H., Siegmund, B., & Muthny, F. A. (2008). Lebensqualität, psychosoziale Belastung und Coping bei Eltern von Kindern mit Haemophilie. *Haemophilia*, (5), 1014-1022.
- Wilken, E. (2000). Eltern stärken. Erfahrungen aus Seminaren für Eltern von Kindern mit Down-Syndrom. *Geistige Behinderung*, 39(3), 215-229.
- Wilken, E. (2008). *Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom* (10., vollst. überarbeitete u. erw. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

- Wirth, G. (1994). *Sprachstörungen, Sprechstörungen, Kindliche Hörstörungen: Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen* (4., überarbeitete Aufl.). Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag.
- Wolfer, M. (2010). *Diagnostische Pädagogik als Grundlage für die (innere) Differenzierung zwischen Lernbehinderung und Hochbegabung*. Berlin: Logos.
- Wuang, Y.-P., Wang, C.-C., Huang, M.-H., & Su, C.-Y. (2009). Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopmental treatment, and perceptual-motor therapy on the sensorimotor performance in children with mild mental retardation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 441-452.

## 15. Tabellen und Abbildungen

<b>Tabelle 2.1:</b> Schweregrade von IB in ICD-10 und DSM-IV .....	10
<b>Tabelle 3.1:</b> Schweregrade der Autismus-Spektrum-Störung .....	25
<b>Tabelle 8.1:</b> Geschätzte Anzahl der Kinder mit IB und/oder Mehrfachbehinderung pro Bezirk im südlichen Niederösterreich .....	87
<b>Tabelle 8.2:</b> Prävalenz der Kinder mit IB in Vorarlberg (Statistik Austria, 2012) .....	90
<b>Tabelle 8.3:</b> Gesamte erklärte Varianz .....	106
<b>Tabelle 8.4:</b> Gesamte erklärte Varianz (durch vier Faktoren) .....	107
<b>Tabelle 8.5:</b> Gesamte erklärte Varianz (durch fünf Faktoren) .....	107
<b>Tabelle 8.6:</b> Reliabilitätsstatistik tägl./soz. Belastung .....	109
<b>Tabelle 8.7:</b> Reliabilitätsstatistik pers. Belastung .....	109
<b>Tabelle 8.8:</b> Reliabilitätsstatistik finanz. Belastung .....	109
<b>Tabelle 8.9:</b> Reliabilitätsstatistik Belastung d. Geschwister .....	110
<b>Tabelle 8.10:</b> Reliabilitätsstatistik Bewältigungsprob .....	110
<b>Tabelle 8.11:</b> Reliabilitätsstatistik gesamt .....	110
<b>Tabelle 8.12:</b> Auflistung der Verteilung der Fragebögen in NÖ .....	113
<b>Tabelle 8.13:</b> Auflistung der Verteilung der Fragebögen in VlbG .....	116
<b>Tabelle 9.1:</b> Nutzung der Therapien .....	122
<b>Tabelle 9.2:</b> Familienstand der Befragten .....	125
<b>Tabelle 9.3:</b> Erwerbstätigkeit der Befragten .....	126
<b>Tabelle 9.4:</b> Anzahl der Kinder pro befragter Familie .....	128
<b>Tabelle 9.5:</b> Diagnosezeitpunkt .....	131
<b>Tabelle 9.6:</b> Pflegestufe des Kindes mit IB .....	131
<b>Tabelle 9.7:</b> Nutzung der Therapien (in %) .....	134
<b>Tabelle 9.8:</b> Infostellen Ergotherapie (Einfachantworten und Mehrfachantworten) .....	135
<b>Tabelle 9.9:</b> Infostellen Physiotherapie (Einfachantworten und Mehrfachantworten) ..	136
<b>Tabelle 9.10:</b> Infostellen Logopädie (Einfachantworten und Mehrfachantworten) .....	137
<b>Tabelle 9.11:</b> Infostellen Hippotherapie (Einfachantworten und Mehrfachantworten) ..	137
<b>Tabelle 9.12:</b> Infostellen HPR/V (Einfachantworten und Mehrfachantworten) .....	138
<b>Tabelle 9.13:</b> Finanzierung der Therapien (in %) .....	139
<b>Tabelle 9.14:</b> Wartezeit bis zum Therapieantritt (in %) .....	139
<b>Tabelle 9.15:</b> Fahrtzeit bis zur Therapiestelle (in %) .....	140
<b>Tabelle 9.16:</b> Mobiles Therapieangebot (in %) .....	140
<b>Tabelle 9.17:</b> Grund für keine Inanspruchnahme der Therapie (in %) .....	141

<b>Tabelle 9.18:</b> Örtliche Verteilung des Grundes „kein entsprechendes Angebot in Nähe“ (in Häufigkeiten) .....	142
<b>Tabelle 9.19:</b> Passung des Modells .....	146
<b>Tabelle 9.20:</b> Koeffizienten .....	145
<b>Tabelle 9.21:</b> Image der Lebenshilfe.....	146
<b>Abbildung 8.1:</b> Bevölkerungsdichte bezogen auf die Siedlungsfläche nach Gemeinden am 1.1.2012, Niederösterreich und Wien (Statistik Austria, 2012) .....	88
<b>Abbildung 8.2:</b> Bevölkerungsdichte Vorarlbergs (Statistik Austria, 2012) .....	89
<b>Abbildung 8.3:</b> Scree-Plot der Anfangslösung.....	106
<b>Abbildung 9.1:</b> Alter der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.....	123
<b>Abbildung 9.2:</b> Wohnort der Befragten.....	124
<b>Abbildung 9.3:</b> Höchst abgeschlossene Schulbildung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.....	125
<b>Abbildung 9.4:</b> Gründe für die Aufgabe des Berufes .....	127
<b>Abbildung 9.5:</b> Finanzielle Unterstützung.....	128
<b>Abbildung 9.6:</b> Altersverteilung der Kinder mit IB.....	129
<b>Abbildung 9.7:</b> Art der Behinderung.....	130
<b>Abbildung 9.8:</b> Betreuungsaufwand des Kindes.....	132
<b>Abbildung 9.9:</b> Beeinträchtigung .....	133
<b>Abbildung 9.10:</b> Zufriedenheit mit dem bestehenden Angebot (in %).....	141

## 16. Abkürzungsverzeichnis

% ... Prozent

Abb. ... Abbildung

AKS ... Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (Vorarlberg)

ASO ... Allgemeine Sonderschulen

bzw. ... beziehungsweise

ca. ... circa

etc. ... et cetera; und so weiter

f. ... folgende

FB ... Fragebogen

GfgF ... Gesellschaft für ganzheitliche Förderung

IB ... intellektuelle Behinderung

IQ ... Intelligenzquotient

Jhdt. ... Jahrhundert

MOKI ... Mobile Kinderkrankenpflege

NÖ ... Niederösterreich

SHG ... Selbsthilfegruppe

SPZ ... Sonderpädagogisches Zentrum

u.a. ... unter anderem

usw. ... und so weiter

vgl. ... vergleiche

Vlbg. ... Vorarlberg

VKKJ ... Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche

WG... Wohngemeinschaft

z.B. ... zum Beispiel



## 17. Anhang

*Dieses Kapitel wurde von der Diplomarbeitgruppe gemeinsam verfasst.*

In diesem Kapitel befinden sich nun all jene Dokumente, welche im Laufe der Angebotsanalyse, der qualitativen und der quantitativen Erhebung erstellt und eingesetzt wurden.

Im Folgenden werden aufgelistet:

- Angebotsanalyse für Niederösterreich
- Angebotsanalyse für Vorarlberg
- Informationsblatt
- Interviewleitfaden für Gespräche mit Eltern
- Interviewleitfaden für Gespräche mit Experten
- Selbst erstellter Fragebogen
- Curriculum Vitae

## Angebotsanalyse Niederösterreich

Organisation	Bezirk	Beratung	Früh- förderung	unterstützende Dienste	paramedizinische Dienste	Beschreibung
Ambulatorium Sonnenschein	St. Pölten	X	X	X	X	Ergotherapie, Logopädie, mobile Frühförderung, Musiktherapie, Physiotherapie, Psychologie, psychologische Beratung, Sonder- und Heilpädagogik
Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Soziales	alle	X				Kontaktstelle des Landes für Frühförderung
Amtstage bei Bezirks- und Landesgerichten	alle	X				Rechtsauskünfte in Zusammenhang mit laufenden Gerichtsverfahren
Behindertenanwalt	alle	X				Beratung und Unterstützung von Personen, die sich im Sinne des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes diskriminiert fühlen.
Bezirkshauptmannschaften - Fachbereich Soziales	alle	X				finanzielle Beratung, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Pflegegeld
Bundessozialamt - Landesstelle Niederösterreich	alle	X				zentrale Anlaufstelle für Menschen mit Behinderungen
Caritas der Erzdiözese Wien - Kathegoriale Seelsorge	Baden, Wien-Umgebung, Wr. Neustadt	X				an einigen Stellen spezielle Schwerpunktberatungen für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, Seelsorge, entlastende Gespräche
Caritas St. Pölten - Familienhilfe	Amstetten, Lilienfeld, Melk, Scheibbs, St. Pölten, St. Pölten-Land, Tulln			X		Familienhelfer überbrücken einen Ausfall der Mutter oder der haushaltsführenden Person oder geben kurzfristig Unterstützung bei der Pflege und Betreuung von Angehörigen mit Behinderung

<b>Organisation</b>	<b>Bezirk</b>	<b>Beratung</b>	<b>Früh- förderung</b>	<b>unterstützende Dienste</b>	<b>paramedizinische Dienste</b>	<b>Beschreibung</b>
Caritas St. Pölten - Kompetenzzentrum Kognitive Behinderung	Lilienfeld, Melk, St. Pölten, St. Pölten-Land, Tulln	X				Mobile Beratung für Menschen mit kognitiver Behinderung und/oder Mehrfachbehinderung, deren Angehörige und Personen die in diesem Bereich arbeiten, zu allen Fragestellungen, Angebot soll auf ganz NÖ ausgeweitet werden
Caritas St. Pölten	Amstetten, Lilienfeld, Melk, Scheibbs, St. Pölten, St. Pölten-Land, Tulln, Waidhofen/Ybbs			X		Kurzzeitunterbringung für Menschen mit Behinderung, außerhalb des Elternhauses (diverse Wohnhäuser), Psychotherapie, Kinderbetreuung, Freizeitangebote bei diversen Treffpunkten mit Fahrtendienst, Urlaubsangebote
chance plus gemeinnützige GmbH - Clearing Mostviertel	Amstetten, Lilienfeld, Melk, Scheibbs, St. Pölten, St. Pölten-Land, Tulln, Waidhofen/Ybbs	X				Clearing, Berufsausbildungsassistenz
Einfach L"i"ebenswert - Regionales Forum von und für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und Freund/en/innen	St. Pölten-Land	X				Informationen und Weiterbildung, Elterntreffen, Erstinformationen für betroffene Eltern
Familienberatungsstellen die vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend gefördert werden	alle	X				in allen Bezirken existieren Familienberatungsstellen die eine kostenlose, allgemeine Familienberatung anbieten und auch Ansprechpartner für Familien mit Kindern mit Behinderungen sind

<b>Organisation</b>	<b>Bezirk</b>	<b>Beratung</b>	<b>Früh- förderung</b>	<b>unterstützende Dienste</b>	<b>paramedizinische Dienste</b>	<b>Beschreibung</b>
Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie GmbH	Melk, St. Pölten-Land	X	X		X	Ambulatorien, Therapiezentrum, Förderzentrum, Intensivförderkurse, Tageseinrichtungen, Familienberatung, Pädiatrie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Musiktherapie, Psychotherapie, Mobile Frühförderung und Familienbegleitung, Sonder- und Heilpädagogik, Sozialarbeit
Hilfswerk Niederösterreich	Baden, Bruck/Leitha, Lilienfeld, Melk, Mödling, St. Pölten, St. Pölten-Land	X	X	X		Familienberatung, Schwerpunktberatung zum Thema Behinderung in Baden, psychologische Diagnostik, Psychotherapie, mobile Frühförderung, Kinderbetreuung, Tagesmütter, Familienhilfe, ehrenamtliche Familienpaten, mobile Physio-, Ergotherapie, Logopädie
IBZ-Informations- und Beratungszentrum	Bruck/Leitha	X				Familienberatungsstelle, einmal im Monat kostenlose Rechtsberatung
KIB - Children Care	alle			X		Begleitung von Familien im Krankheitsfall des Kindes, organisatorische und finanzielle Unterstützung, akute und kurzfristige Betreuung gesunder Geschwister, Vermittlung mobiler Kinderkrankenpflege
Kindersozialdienste St. Martin	Tulln	X	X		X	Psychologische Diagnostik und Behandlung, Medizinische Diagnostik, Ergotherapie, Motopädagogik, Psychotherapie, Sozialberatung
Kindertierkreis Artemis	Melk				X	Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren, Hippotherapie
KOBV - Kriegsopfer und Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland	alle	X				Rechtsberatung

<b>Organisation</b>	<b>Bezirk</b>	<b>Beratung</b>	<b>Früh- förderung</b>	<b>unterstützende Dienste</b>	<b>paramedizinische Dienste</b>	<b>Beschreibung</b>
Landeskliniken Niederösterreich	Amstetten, Baden, Bruck/Leitha, Lilienfeld, Melk, Mödling, Neunkirchen, Scheibbs, St. Pölten, Waidhofen/Ybbs, Wr. Neustadt			X		alle Landeskliniken bieten psychologische Unterstützung nach einer Diagnosestellung an
Landesklinikum Thermenregion Mödling - Kinder- und Jugendambulanz	Mödling			X	X	psychologische Unterstützung nach der Diagnose, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, neuropädiatrische Familiencamps
Lebenshilfe Niederösterreich	Amstetten, Melk, Mödling, Neunkirchen, Scheibbs, St. Pölten, Tulln, Wien- Umgebung, Wr. Neustadt	X	X			Frühförderung, Clearing
MOKI - Mobile Kinderkrankenpflege	alle			X		mobile Kinderkrankenpflege, Entlastung
NEBA - Netzwerk berufliche Assistenz	alle	X				Clearing, Berufsausbildungsassistentz, Arbeitsassistentz, Jobcoaching
Österreichisches Rotes Kreuz	alle			X		Kinderbetreuung, Kurse für pflegende Angehörige
ÖZIV (Österreichischer Zivil- Invalidenverband) NÖ: ÖZIV SUPPORT	alle	X				Peer Counseling, Empowerment, Coaching und Beratung für Menschen mit Behinderung, Gleichstellungsberatung, Rechtsdatenbank

<b>Organisation</b>	<b>Bezirk</b>	<i>Beratung</i>	<i>Früh- förderung</i>	<i>unterstützende Dienste</i>	<i>paramedizinische Dienste</i>	<b>Beschreibung</b>
Pädagogisch Psychologisches Zentrum	Mödling	X				Familienberatungsstelle mit Schwerpunkt Behinderung, Rechtsberatung möglich
Pflegetelefon	alle	X				Beratung für pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige und alle anderen mit dem Thema Pflege befassten Personen
Rechtsanwaltskammer Niederösterreich	alle	X				Rechtsberatung, erste anwaltliche Auskunft, kostenlose Orientierungsgespräche
Reit- und Therapiezentrum Kottlingbrunn	Baden				X	Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren, Hippotherapie
Reitstall Wasenhof	Melk				X	Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren
SC Activity	Wr. Neudorf, Sollenau Baden			X		Sportangebote
VBH Baden	Wr. Neudorf, Sollenau			X		Sportangebote
Verein Hufeisen	Melk				X	Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren
Verein Integration NÖ - Verein zur Förderung der Stärken behinderter Jugendlicher	Baden, Bruck/Leitha, Mödling, Neunkirchen, Wien Umgebung, Wr. Neustadt	X				Projekte zur integrativen Förderung Jugendlicher, Unterstützung von Eltern behinderter Jugendlicher, Clearing, Berufsausbildungssassistentz, Job Coaching
Verein No Problem	Baden			X		Freizeitassistentz, Sportangebote, finanzielle Unterstützung
Verein Pferdestärken	Wien- Umgebung				X	Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren

<b>Organisation</b>	<b>Bezirk</b>	<b>Beratung</b>	<b>Früh- förderung</b>	<b>unterstützende Dienste</b>	<b>paramedizinische Dienste</b>	<b>Beschreibung</b>
VKKJ - Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche	Amstetten, Neunkirchen, Wr. Neustadt	X	X	X	X	Neuropädiatrische Entwicklungsdiagnostik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychologische Testung & Beratung, Elterngruppen, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Heilpädagogische Beratung, Frühförderung, Hippotherapie
Volkshilfe NÖ	alle			X		Kinderbetreuung, Tagesmütter, Integrative Kinderferien
WAG - Assistenzgenossenschaft	alle				X	persönliche Assistenz für Menschen mit Behinderungen; für den Schulbesuch nach Einzelfallentscheidung möglich; für den Freizeitbereich ab Pflegestufe 5 nach Einzelfallentscheidung möglich
Wochenendbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen	alle				X	Betreuung für Kinder mit IB im gewohnten Umfeld

## Angebotsanalyse Vorarlberg

Organisation	Tätigkeitsbereich <sup>9</sup>	Beratung	Frühförderung	unterstützende Dienste	paramedizinische Dienste
aks Sozialmedizin GmbH		x	x		x
A-plus Arbeitsprojektentwicklung		x			
Aqua Mühle Frastanz	Bludenz, Feldkirch	x		x	
Behindertenanwaltschaft		x			
Blinden- und Sehbehindertenverband Vorarlberg		x	x		
Carina GmbH					x
Caritas Vorarlberg	Bludenz, Feldkirch	x		x	
dafür gem GmbH		x			
Familienhilfe	Bregenz, Dornbirn			x	
Institut für Sozialdienste		x		x	
Lebenshilfe Vorarlberg		x		x	x
Mobile Hilfsdienste				x	
Österreichischer Zivil-Invalidenverband	Bludenz, Dornbirn	x			
People First, Vorarlberg		x			
Reiz		x			
Schulheim Mäder					x
Stiftung Jupident		x			x
Selbsthilfe Vorarlberg		x			x
Verein Füranand	Bludenz, Dornbirn, Feldkirch,			x	
Villa Momo					x
Vorarlberger Assistenzgemeinschaft		x		x	
Vorarlberger Familienverband				x	
Werkzeit Vorarlberg		x			

<sup>9</sup> Da die meisten Institutionen ihre Klienten aus allen vier Bezirken Vorarlbergs beziehen sollen in dieser Liste nur Einschränkungen auf das Einzugsgebiet (Begrenzung auf einen bis drei Bezirk/e) erwähnt werden.

# Verbesserung des Dienstleistungsangebots für Kinder mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung. **Helfen Sie mit!**



Sehr geehrte Eltern,

wir, vier Diplomandinnen der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien, haben uns im Rahmen unserer Forschungsarbeit (supervidiert von Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber) das Ziel gesetzt, das Dienstleistungsangebot für Kinder mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung zu verbessern.

Dazu benötigen wir Ihre Unterstützung. Sie sind die Experten!

Zur Verwirklichung einer Bedarfsanalyse suchen wir diskussionswillige Eltern von Kindern (0-18 Jahre) mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung. Helfen Sie mit, die Behindertenarbeit in Niederösterreich zu optimieren und berichten Sie uns im Rahmen von Diskussionsgruppen (je 5-7 Elternteile) über Ihre Erfahrungen und Verbesserungswünsche.

Die Dauer einer Diskussionsrunde beträgt ca. 2 Stunden, Ihre Angaben bleiben natürlich anonym.

Vorgehensweise und weitere Details.

**Unsere Vorgehensweise sieht wie folgt aus:** Wir möchten durch Gespräche mit Ihnen, Näheres zur tatsächlichen Situation des derzeitigen Dienstleistungsangebotes und Ihren Bedürfnissen diesbezüglich erfahren. Zusätzlich werden wir einige Interviews, beispielsweise mit ÄrztInnen, SchulleiterInnen und FrühförderInnen, führen, um Informationen zu deren täglicher Arbeit mit Kindern mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung zu erhalten. Mit Hilfe Ihrer Informationen werden wir einen Fragebogen erstellen, den wir daraufhin einer größeren Anzahl an betroffenen Eltern vorlegen werden.

Die Ergebnisse unserer Forschungsarbeit werden den Leistungsträgern der Länder (z.B. Der Lebenshilfe NÖ) zur Weiterentwicklung ihrer Dienstleistungsangebote zur Verfügung gestellt. Helfen Sie mit, das Dienstleistungsangebot Ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprechend zu gestalten. Wir freuen uns auf Ihren Anruf oder Ihre E-Mail!

Vielen Dank im Voraus,

Nina Gürtlschmidt, Evamaria Heim, Katharina Puschitz, Natascha Schaberl-Kogler

**Kontaktdaten:**

Ansprechperson: Natascha Schaberl-Kogler

E-Mail: [weiterentwicklung.noe@gmail.com](mailto:weiterentwicklung.noe@gmail.com)

Tel. Nr.: 0650/9532899

# Interviewleitfaden für Gespräche mit Eltern

## 1. Begrüßung & Danksagung & persönliche Vorstellung

- *Begrüßung durch die Diplomandinnen*
- *Vorstellung der einzelnen Diplomandinnen*

## 2. Projektvorstellung

- *Vorstellung der Diplomarbeit und des Projektzieles*
- *Vorteile für betroffene Eltern erläutern*
- *Verschwiegenheit besprechen*
- *Erlaubnis erbitten die Interviews per Tonband aufzunehmen*
- *qualitative und anonymisierte Auswertung der Daten erläutern*
- *Einholung der Erlaubnis das Gespräch aufzuzeichnen*
- *Hinweis, dass am Ende ein Fragebogen über die demografischen Daten auszugeben wird und Bitte diesen auszufüllen*

## 3. Vorstellungsrunde der Eltern

- *Name, Familiensituation, Behinderung der Kinder, Wohnort, Wohnsituation*

## 4. Allgemeine Fragen

Wann wurde die Diagnose mitgeteilt?

- *Wie wurde diese mitgeteilt?*
- *Wie haben Sie die Situation erlebt., in der die Diagnose mitgeteilt wurde?*
- *Gab es darauf folgenden Unterstützungsbedarf?*

Was waren Ihre nächsten Schritte?

## 5. Thema (rechtliche) Beratung

Gibt es Lebensbereiche in Ihrer Familie in denen Sie vermehrt das Bedürfnis nach professioneller Beratung haben oder hatten?

- *Bsp.: rechtliche Situation, Erziehung, eigener Umgang mit der neuen Lebenssituation, Förderung, Ausbildung, finanzielle Ansprüche, ...*
- *Was waren die Bereich in denen Sie sich ausreichend oder gut informiert gefühlt haben?*
- *Waren Sie jemals in der Situation, dass Sie oder Ihr Kind benachteiligt waren, weil Ihnen bestimmte Informationen gefehlt haben? (Bsp.: rechtliche Situation, finanzielle Förderungen, ...)*

Welche Beratungsangebote haben Sie wahrgenommen?

- *Wie haben Sie von diesem Beratungsangebot erfahren?*
- *Zufriedenheit / Qualität / Weiterempfehlung*
- *Barrieren (keine Info, dass es Beratung gibt, finanzielle, geografisch, schlechte Qualität)*

Welche Beratungsangebote fehlen oder haben gefehlt?

## 6. Thema: Frühförderung

Hat Ihr Kind Frühförderung bezogen?

- *Welche Art der Frühförderung hat ihr Kind bezogen?*
- *Gibt es differenzierte Möglichkeiten der Frühförderung in Ihrer Umgebung? (z.B. für basale Kinder, Kinder mit frühkindlichem Autismus)*
- *Wissen Sie vielleicht noch welche Methode der/die PraktikerIn anwendet bzw. angewandt hat? (z.B. ABA – Methode von Lovaas)*
- *Gab es Probleme bei der Suche einer passenden Frühförderung für Ihr Kind?*

Wie zufrieden waren Sie?

- *Was haben Sie vermisst?*
- *Würden Sie Stellen empfehlen bzw. welche Stellen halten Sie für wirklich gut?*
- *Für wie kompetent halten Sie die Personen, die Ihnen Frühförderung angeboten haben?*
- *Wie waren diese ausgebildet und halten Sie die Ihnen angebotene Frühförderung für qualitativ hochwertig?*

## 7. Thema: Unterstützende/Familientlastende Dienste

Nehmen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit unterstützende Dienste wie z.B. Wochenendbetreuung, Unterstützung bei der Pflege oder Betreuung in Anspruch genommen?

- *Welche Art von Unterstützung haben sie in Anspruch genommen?*
- *Wie sind Sie darauf aufmerksam geworden?*
- *Haben Sie unterstützende Dienste wahrgenommen, die Sie nicht in Anspruch genommen haben?*
- *Wenn ja, was war der Grund der Nichtinanspruchnahme?*

Wie zufrieden waren Sie?

- *Welche Ausbildung hatte die anbietende Person?*
- *Wie kompetent haben Sie diese wahrgenommen?*
- *Wie beurteilen Sie die Qualität der angebotenen Unterstützung?*
- *Welchen Anbieter können Sie empfehlen?*

Welche unterstützenden Dienste wünschen Sie sich zusätzlich zum bestehenden Angebot?

## **8. Thema: paramedizinische Dienste**

Nimmt / nahm Ihr Kind paramedizinische Betreuung - wie beispielsweise Ergotherapie, Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren etc. – in Anspruch?

- Wenn ja, welche?
- Wie sind Sie auf diese Stellen aufmerksam geworden?
- Wie zufrieden sind/waren Sie mit den Stellen und dem Angebot?
- Können Sie Stellen empfehlen?

Bezüglich Erreichbarkeit: Sind / waren diese Therapieeinrichtungen in Ihrer Nähe, oder ist/war eine Therapieeinheit mit hohem Aufwand verbunden?

*Bsp.: lange Fahrt – und somit hohe Kosten, hoher Zeitaufwand etc.*

Gibt es Angebote die Sie sich – zusätzlich zu den Bestehenden – noch wünschen?

## **9. Abschluss**

Welche Themen fehlen Ihnen? Was haben wir noch nicht angesprochen?

Welche Formen von Unterstützung würden Sie sich generell noch wünschen?

## **10. Zusammenfassung**

Darf ich nochmal die für Sie relevanten Punkte, die Sie mir genannt haben, zusammenfassen um sicher zu gehen, dass ich alles richtig verstanden habe.

## 11. Demografische Daten

Wohnbezirk:

---

Alter der Eltern

Mutter

Vater

---

Höchste Ausbildung

Mutter

Vater

---

Beruf

Mutter

Vater

---

Wochenarbeitszeit in Stunden

Mutter

Vater

---

Familienstand

---

Soziales Netzwerk / Unterstützung im Familien und Freundesbereich

ständig vorhanden

sporadisch

gar nicht

---

Anzahl der Personen im Haushalt

---

Alter und Anzahl der Kinder mit Behinderungen und deren Geschwisterkinder

---

Behinderungsgrad, Art der Behinderung

---

eMail-Adresse, falls ein Elternteil über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchte:

# Interviewleitfaden für Gespräche mit Experten

## 1. Begrüßung & Danksagung

## 2. Projektvorstellung & persönliche Vorstellung

Vorstellung der Diplomarbeit und des Projektzieles, persönliche Vorstellung

## 3. Klärung des „Expertenrangs“

Ich würde Sie bitten mir zu erzählen, über welche Erfahrungen im Bereich der Betreuung von Kindern mit IB und deren Eltern Sie haben?

- Arbeiten Sie hauptsächlich mit Eltern oder deren Kinder?
- Wie lange üben Sie ihre derzeitige Tätigkeit schon aus?
- Wie sind Sie zu Ihrer Tätigkeit gekommen?
- Welche fachliche Ausbildung haben Sie?
- Was haben Sie davor beruflich gemacht? Waren Sie auch im Behindertenbereich tätig?

## 4. Allgemeine Fragen

- Welche Dienstleistungen für Eltern von Kindern mit IB bieten Sie / Ihre Organisation an?
- Handelt es sich dabei um standardisierte Dienstleistung, oder ist diese individuell an die Bedürfnisse der Eltern und Kinder angepasst?
- Wie erfahren Familien von Ihren Dienstleistungen?
- Mit welchen Anliegen und Bedürfnissen kommen Eltern zu Ihnen?
- Wie sehr ist es Ihnen aus zeitlichen Gründen, aufgrund Ihrer Erfahrung, etc. möglich, auf diese Bedürfnisse einzugehen?  
*Wenn Sie nicht uneingeschränkt auf diese eingehen können, woran liegt das? Gibt es Wartezeiten? Haben Sie freie Plätze? Kann jede Anfrage beantwortet werden?*
- Welche Ihrer Dienstleistungsangebote werden von Eltern von Kindern mit IB am besten angenommen? Warum?  
*Was funktioniert aus Ihrer Sicht gut? Was hat sich bewährt?*
- Gibt es Dienstleistungsangebote die kaum oder gar nicht angenommen werden? Warum?  
*Wo gibt es Probleme? Was hat sich nicht bewährt?*
- Sie haben in Ihrer Arbeit täglich mit Familien mit Kindern mit IB zu tun. Auf Basis Ihrer Erfahrung, würde ich Sie gerne um Ihre Einschätzung bitten, in welchen Unterstützungsbereichen Kinder mit IB und deren Eltern ausreichend versorgt sind und wo noch Handlungsbedarf besteht?
- Abschließend möchte ich Sie fragen, ob es – unabhängig von organisatorischen oder finanziellen Rahmenbedingungen – ein Unterstützungsangebot gibt, dass Sie sich für Eltern von Kindern mit IB wünschen würden?

**VERBESSERUNG DES  
DIENSTLEISTUNGSANGEBOTES FÜR KINDER MIT  
INTELLEKTUELLER ODER MEHRFACHER  
BEHINDERUNG – HELFEN SIE MIT!**



**universität  
wien**

**Fakultät für Psychologie**

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte,

gemeinsam mit vier Diplomandinnen der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien, haben wir uns das Ziel gesetzt, einen Beitrag zur Verbesserung des Dienstleistungsangebotes für Sie und Ihre Kinder mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung im südlichen Niederösterreich (Mostviertel, Industrieviertel) im Rahmen von Diplomarbeiten zu leisten. Um dieses Ziel zu erreichen, wenden wir uns an Eltern von Kindern (0-18 Jahre) mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung (sogenannte geistige Behinderung, der frühere Begriff). Die wissenschaftlichen Arbeiten im Zuge dieser Diplomarbeiten werden von mir an der Fakultät für Psychologie betreut.

Die Ergebnisse unserer Forschungsarbeit werden den Leistungsträgern der Länder (z.B. dem Land Niederösterreich, Dienstleistungseinrichtungen wie der Lebenshilfe NÖ, der Caritas NÖ etc.) zur Weiterentwicklung ihrer Dienstleistungsangebote zur Verfügung gestellt.  ***Helfen Sie mit, das Dienstleistungsangebot durch die Angabe Ihrer Informationen und Erfahrungen zu verbessern!***

Dazu finden Sie anschließend einen Fragebogen zu verschiedenen Dienstleistungsangeboten für Sie und Ihr(e) Kind(er) mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung. Für das Ausfüllen des Fragebogens werden erfahrungsgemäß ca. 30 Minuten benötigt.

**Wer soll teilnehmen?**

Sind Sie Erziehungsberechtigte(r) eines oder mehrerer Kinder mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

**Was wird gefragt?**

Zusätzlich zu den allgemeinen Fragen zur Familie werden Fragen zu Ihrer Einschätzung bezüglich Belastung mit der Pflege und der Betreuung Ihres/r Kindes/r mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung gestellt. Anschließend folgen Fragen zu Ihren Erfahrungen mit dem und Wünschen zu dem Dienstleistungsangebot für Eltern mit Kindern mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung in den Bereichen Beratung, unterstützende Dienste, Frühförderung und paramedizinische Dienste.

**Wie können Sie teilnehmen?**

Sie können aus folgenden 3 Möglichkeiten, den Fragebogen auszufüllen und zu retournieren, wählen:

- Ausfüllen des Online Fragebogens auf [www.soscisurvey.de/weiterentwicklung-noe](http://www.soscisurvey.de/weiterentwicklung-noe)
- Ausfüllen des angefügten Fragebogens und versenden per Post mit dem beiliegenden adressierten Kuvert. Das Porto übernimmt der Empfänger.
- Ausfüllen des angefügten Fragebogens und einwerfen in eine zu diesem Zweck aufgestellte Sammelbox (wenn vorhanden) in Ihrem Kindergarten/Ihrer Schule/Ihrem Ambulatorium. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen vorher in das beigelegte Kuvert.

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens **31. Mai 2012** in Form einer der oben genannten Möglichkeiten abzuschicken bzw. abzugeben.

**Was passiert mit den Daten?**

Die mit dem Fragebogen erhobenen Daten bleiben **anonym** und werden **vertraulich behandelt**, d. h. es werden keine persönlichen Daten veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben.

**Was ist beim Ausfüllen des Fragebogens zu beachten?**

- Der Fragebogen soll bitte nur von einer erziehungsberechtigten Person ausgefüllt werden.
- Es sind nur jene Fragen zum Dienstleistungsangebot, mit dem Sie bereits Erfahrung gemacht haben, zu beantworten. Die anderen sind nicht zu beantworten.
- Füllen Sie die Fragen bitte Ihren persönlichen Erfahrungen und Wünschen entsprechend aus.
- Antworten Sie bitte rasch und überlegen Sie nicht zu lange, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
- Bitte kreuzen Sie immer nur eine Antwortmöglichkeit an. Wenn mehrere Antworten erwünscht sind, ist dies bei der jeweiligen Frage angegeben.
- Falls Sie die Beantwortung einer Frage ändern wollen, malen Sie das Kästchen bitte komplett aus, und wählen Sie eine andere Antwortmöglichkeit.

**An wen können Sie sich bei Fragen wenden?**

- Eva Maria Heim, Handynr.: 0650/5927802
- Katharina Puschitz, Handynr.: 0676/6043601
- Nina Gürtlschmidt, Handynr.: 0676/6747768
- Natascha Schaberl-Kogler, Handynr.: 0650/9532899

**E-Mail: [weiterentwicklung.no@gmail.com](mailto:weiterentwicklung.no@gmail.com)**

**WIR BENÖTIGEN IHRE UNTERSTÜTZUNG! SIE SIND DIE EXPERTEN!**

**Mit freundlichen Grüßen,**

A handwritten signature in cursive script that reads "Germain Weber". The signature is written in black ink on a light-colored background.

**Univ.-Prof. Dr. Germain Weber**

**Dekan der Fakultät für Psychologie**

**Wien, im Mai 2012**

Bitte geben Sie uns Ihre Angaben zu folgenden Punkten:

**Daten zu Ihrer Person**

**1. Ihr Alter in Jahren:**

\_\_\_\_\_

**2. Ihr Geschlecht:**

- weiblich  männlich

**3. Ihre Nationalität:**

\_\_\_\_\_

**4. Bezirk, in dem Sie wohnen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amstetten         | <input type="checkbox"/> St. Pölten             |
| <input type="checkbox"/> Baden             | <input type="checkbox"/> St. Pölten – Land      |
| <input type="checkbox"/> Bruck an d.Leitha | <input type="checkbox"/> Tulln                  |
| <input type="checkbox"/> Lilienfeld        | <input type="checkbox"/> Waidhofen an der Ybbs  |
| <input type="checkbox"/> Melk              | <input type="checkbox"/> Wiener Neustadt        |
| <input type="checkbox"/> Mödling           | <input type="checkbox"/> Wiener Neustadt – Land |
| <input type="checkbox"/> Neunkirchen       | <input type="checkbox"/> Wien Umgebung          |
| <input type="checkbox"/> Scheibbs          |   |

**5. Aktueller Familienstand:**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> in Beziehung  |
| <input type="checkbox"/> geschieden  | <input type="checkbox"/> alleinstehend |
| <input type="checkbox"/> verwitwet   |  |

**6. Höchstabgeschlossene Schulbildung:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule              | <input type="checkbox"/> Lehre                             |
| <input type="checkbox"/> Fachschule                 | <input type="checkbox"/> Matura                            |
| <input type="checkbox"/> Universität/Fachhochschule | <input type="checkbox"/> keine abgeschlossene Schulbildung |

**7. Erwerbstätigkeit:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> berufstätig    | <input type="checkbox"/> in Pension     |
| <input type="checkbox"/> arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> in Karenz      |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung  | <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann |

## 8. Beruf und finanzielle Situation:

a) Ihr derzeitiger Beruf:

\_\_\_\_\_

b) Ihre Wochenarbeitszeit in Stunden:

\_\_\_\_\_

c) Ihr Familiennettoeinkommen (exklusive Zuschüsse):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 500 EUR | <input type="checkbox"/> 1500-2000 EUR | <input type="checkbox"/> 3000-3500 EUR |
| <input type="checkbox"/> 500-1000 EUR  | <input type="checkbox"/> 2000-2500 EUR | <input type="checkbox"/> 3500-4000 EUR |
| <input type="checkbox"/> 1000-1500 EUR | <input type="checkbox"/> 2500-3000 EUR | <input type="checkbox"/> über 4000 EUR |

d) Hat ein Mitglied Ihrer Familie seinen/ihren Beruf aufgegeben bzw. eine Ausbildung abgebrochen, um sich der Betreuung seines/ihrer Kindes mit Behinderung zu widmen?

- Ja, wer: \_\_\_\_\_  Nein

Falls ja: Welche Gründe haben dazu geführt? (Mehrfachantworten möglich)

- Wunsch, selbst Kinderbetreuung zu übernehmen
- Besondere Betreuung für das Kind mit Behinderung
- keine qualifizierte Kinderbetreuung vorhanden
- externe Kinderbetreuung zu teuer
- Andere: \_\_\_\_\_

e) Erhält Ihre Familie neben dem Einkommen auch noch andere finanzielle Unterstützung?

- Nein
- Ja (Mehrfachantworten möglich):
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Versicherungsleistungen | <input type="checkbox"/> Pflegegeld          | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe   |
| <input type="checkbox"/> Kindergeld              | <input type="checkbox"/> erhöhtes Kindergeld | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

## Daten zu Ihrem/n Kind/ern

9. Anzahl der Kinder gesamt:

- |                            |                            |                                     |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3          |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> mehr als 5 |



Im Anschluss finden Sie die Fragen zu den einzelnen Dienstleistungsbereichen. Bitte kreuzen Sie immer **nur eine** Antwortmöglichkeit an, **außer** die Frage ist mit „**Mehrfachantworten möglich**“ gekennzeichnet.

## FINANZBERATUNG

**18. Haben Sie bisher finanzielle Beratung (Bsp.: Förderungen, Pflegegeld,...) in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 23)

**19. Von wem wurden Sie beraten? (Wenn Sie mehrere Beratungsangebote in Anspruch genommen haben, geben Sie bitte das für Sie relevanteste Angebot an.)**

- Behörde  im Krankenhaus  
 Frühförderer/in  Sozialarbeiter/in  
 Kinderarzt/-ärztin  Behindertenanwalt  
 Clearingstelle  Behinderten-/Sozialverein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**20. Wie haben Sie von diesem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**21. Wie zufrieden waren Sie bisher mit dieser Leistung?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

**22. Hatten Sie oder Ihr Kind einen persönlichen Nutzen durch dieses Angebot (Bsp.: Situation geklärt, finanzielle Unterstützung erhalten, ...)?**

- Ja  Nein

**23. Wenn Sie keine finanzielle Beratung in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- kein Bedarf  Unzufriedenheit mit d. bestehenden Angebot  
 keine Kenntnis des Angebotes  Andere: \_\_\_\_\_  
 kein entsprechendes Angebot  
in der Nähe

## RECHTSBERATUNG

**24. Haben Sie bisher rechtliche Beratung (Bsp.: Erbrecht, Rechte für Menschen mit Behinderungen, Schulrecht, Behindertengleichstellungsrecht, Behindertenanwalt, ...) in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 29)

**25. Von wem wurden Sie beraten? (Wenn Sie mehrere Beratungsangebote in Anspruch genommen haben, geben Sie bitte das für Sie relevanteste Angebot an.)**

- Behörde  im Krankenhaus  
 Frühförderer/in  Sozialarbeiter/in  
 Kinderarzt/-ärztin  Behindertenanwalt  
 Clearingstelle  Behinderten-/Sozialverein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**26. Wie haben Sie von diesem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**27. Wie zufrieden waren Sie bisher mit dieser Leistung?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

**28. Hatten Sie oder Ihr Kind einen persönlichen Nutzen durch dieses Angebot (Bsp.: Situation geklärt, rechtlicher Vorteil, ...)?**

- Ja  Nein

**29. Wenn Sie keine Rechtsberatung in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- kein Bedarf  Unzufriedenheit mit d. bestehenden Angebot  
 keine Kenntnis des Angebotes  Andere: \_\_\_\_\_  
 kein entsprechendes Angebot  
in der Nähe

## BERATUNG NACH DIAGNOSESTELLUNG

**30. Haben Sie nach der Diagnosestellung bei Ihrem Kind ein Beratungsangebot (Bsp.: Unterstützungsmöglichkeiten, Förderungsmöglichkeiten, ...) in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 35)

**31. Von wem wurden Sie beraten? (Wenn Sie mehrere Beratungsangebote in Anspruch genommen haben, geben Sie bitte das für Sie relevanteste Angebot an.)**

- Behörde  im Krankenhaus  
 Frühförderer/in  Sozialarbeiter/in  
 Kinderarzt/-ärztin  Behindertenanwalt  
 Clearingstelle  Behinderten-/Sozialverein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**32. Wie haben Sie von diesem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**33. Wie zufrieden waren Sie bisher mit dieser Leistung?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

**34. Hatten Sie oder Ihr Kind einen persönlichen Nutzen durch dieses Angebot (Bsp.: Situation geklärt, Unterstützung erhalten, ...)?**

- Ja  Nein

**35. Wenn Sie keine Beratung nach der Diagnosestellung bei Ihrem Kind in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- kein Bedarf  Unzufriedenheit mit d. bestehenden Angebot  
 keine Kenntnis des Angebotes  Andere: \_\_\_\_\_  
 kein entsprechendes Angebot  
in der Nähe

## BERATUNG ÜBER MÖGLICHKEITEN NACH BEENDIGUNG DER SCHULPFLICHT

**36. Haben Sie bisher Beratung über die Möglichkeiten nach Ende der Schulpflicht Ihres Kindes (Bsp.: Möglichkeiten am Arbeitsmarkt, Umzug in eine Betreuungseinrichtung, ...) in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 41)

**37. Von wem wurden Sie beraten? (Wenn Sie mehrere Beratungsangebote in Anspruch genommen haben, geben Sie bitte das für Sie relevanteste Angebot an.)**

- Behörde  im Krankenhaus  
 Frühförderer/in  Sozialarbeiter/in  
 Kinderarzt/-ärztin  Behindertenanwalt  
 Clearingstelle  Behinderten-/Sozialverein  
 Schule  Andere: \_\_\_\_\_

**38. Wie haben Sie von diesem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behinderten-/Sozialverein  Schule  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_

**39. Wie zufrieden waren Sie bisher mit dieser Leistung?**

- sehr unzufrieden    eher unzufrieden    eher zufrieden    sehr zufrieden

**40. Hatten Sie oder Ihr Kind einen persönlichen Nutzen durch dieses Angebot (Bsp.: Situation geklärt, Unterbringung in einer Werkstätte, ...)?**

- Ja  Nein

**41. Wenn Sie keine Beratung über die Möglichkeiten nach Beendigung der Schulpflicht in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- kein Bedarf  Unzufriedenheit mit d. bestehenden Angebot  
 keine Kenntnis des Angebotes  Andere: \_\_\_\_\_  
 kein entsprechendes Angebot  
in der Nähe

**BERATUNG: ALLGEMEIN**

**42. Wären Sie bereit, für qualifizierte Beratungsleistung zu bezahlen?**

- Ja, \_\_\_\_\_ EUR/Beratungsstunde  Nein

**43. Welche Wünsche haben Sie, das Beratungsangebot zum Thema Kinder mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung betreffend?**

\_\_\_\_\_

**FRÜHFÖRDERUNG**

**44. Hat Ihr Kind bisher Frühförderung in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 56)

**Falls JA:**

- Lebenshilfe  GfgF  
 Ambulatorien  VKKJ  
 Hilfswerk  Andere: \_\_\_\_\_

**45. Wie haben Sie vom Angebot der Frühförderung erfahren?**

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**46. Wie lange hat die Wartezeit zwischen Antrag und tatsächlichem Beginn der Frühförderung gedauert?**

- keine Wartezeit  1-2 Monate  
 3-6 Monate  7-12 Monate  
 über ein Jahr

**47. Wird/wurde die Frühförderung in Ihrer Umgebung auch mobil angeboten?**

- Ja  Nein  Weiß nicht

**48. Falls Ihre Frühförderung nicht mobil angeboten wird/wurde, oder Sie das mobile Angebot nicht nutzen/nutzten – wie lange beträgt/betrug Ihre Fahrtzeit?**

- weniger als 10 Min.  10-20 Minuten  
 21-30 Min.  31-45 Min.  
 46-60 Min.  über 60 Min.

**49. Welche Art/en der Frühförderung bezieht/bezog Ihr Kind? (Mehrfachantworten möglich)**

- allgemeine Frühförderung (Lernen durch Spielen/Förderung der motorischen und sensorischen Fähigkeiten)  
 unterstützte Kommunikation (Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten durch Bild- u. Symbolkarten)  
 basale Stimulation  
 Sehfrühförderung  
 Hörfrühförderung  
 Andere: \_\_\_\_\_

**50. Wie oft erhält/erhielt Ihr Kind Frühförderung im Monat? (angegeben in Einheiten)**

- 1-2 Einheiten  3-4 Einheiten  
 5-6 Einheiten  mehr als 6

**51. Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Frühförderung Ihres Kindes?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

**52. Erbringt/erbrachte Ihr/e Frühförderer/in eine oder mehrere der folgenden Leistungen? (Mehrfachantworten möglich)**

- Erziehungsberatung  finanzielle Beratung  
 Spielberatung  entlastende Gespräche  
 Andere: \_\_\_\_\_  Nein

**53. Falls Sie von Ihrem/Ihrer Frühförderer/in beraten werden/wurden – wie zufrieden waren Sie bisher mit dieser Beratung?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

**54. Haben Sie den/die Frühförderer/in jemals gewechselt?**

Ja

Nein

**Falls JA, aus welchen Gründen haben Sie den/die Frühförderer/in gewechselt?  
(Mehrfachantworten möglich)**

Unzufriedenheit

Personalwechsel von Seiten der Frühförderung

Umzug

die Frühförderung war nicht mobil

Andere: \_\_\_\_\_

**55. Gibt es Methoden der Frühförderung, die in Ihrer Umgebung nicht angeboten werden, die Sie jedoch gerne nutzen würden?**

Ja, welche: \_\_\_\_\_

Nein

**56. Wenn Sie bisher keine Frühförderung bezogen haben, was war der Grund?  
(Mehrfachantworten möglich)**

späte Diagnose der Behinderung

zu teuer

kein entsprechendes Angebot in der Nähe

zu lange Wartezeiten

keine Kenntnis des Angebotes

kein Bedarf

Unzufriedenheit mit dem Angebot

Andere: \_\_\_\_\_

kein mobiles Angebot

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Psychologische Unterstützung nach der Diagnose**

**57. Haben Sie psychologische Unterstützung nach der Diagnose in Anspruch genommen?**

Ja

Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 62)

**58. Von wem wurden Sie nach der Diagnose psychologisch unterstützt?**

Psychologe/in im Krankenhaus/Ambulatorium

Psychologische Praxis

Psychologe/in in Sozial-/Behindertenverein

Andere: \_\_\_\_\_

**59. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

Krankenhaus

andere Eltern

Ambulatorium

Selbsthilfegruppe

Kinderarzt/-ärztin

Internet

Behörden

Andere: \_\_\_\_\_

Behinderten-/Sozialverein

**60. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung?**

- sehr unzufrieden       eher unzufrieden       eher zufrieden       sehr zufrieden

**61. Welche Aspekte sind Ihnen beim Angebot wichtig? (Mehrfachantworten möglich)**

- Mobilität (kommt ins Haus)       zeitliche Flexibilität  
 Qualifikation       keine Wartezeiten  
 Kosten       Sympathie  
 Andere: \_\_\_\_\_

**62. Wenn Sie keine psychologische Unterstützung nach der Diagnose in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- kein entsprechendes Angebot in der Nähe       kein mobiles Angebot  
 keine Kenntnis des Angebotes       zu teuer  
 Unzufriedenheit mit dem Angebot       zu lange Wartezeiten  
 kein Bedarf       Andere: \_\_\_\_\_

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Psychologische Behandlung/Psychotherapie**

**63. Haben Sie bisher schon einmal eine psychologische Behandlung oder Psychotherapie in Zusammenhang mit etwaigen Belastungen durch Ihr Kind mit Behinderung in Anspruch genommen?**

- Ja       Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 67)

**64. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus       andere Eltern  
 Ambulatorium       Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin       Internet  
 Behörden       Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**65. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung?**

- sehr unzufrieden       eher unzufrieden       eher zufrieden       sehr zufrieden

**66. Welche Aspekte sind Ihnen beim Angebot wichtig? (Mehrfachantworten möglich)**

- Mobilität (kommt ins Haus)       zeitliche Flexibilität  
 Qualifikation       keine Wartezeiten  
 Kosten       Sympathie  
 Andere: \_\_\_\_\_

**67. Wenn Sie bisher keine psychologische Behandlung/Psychotherapie in Zusammenhang mit etwaigen Belastungen durch Ihr Kind mit Behinderung in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kein entsprechendes Angebot in der Nähe | <input type="checkbox"/> kein mobiles Angebot |
| <input type="checkbox"/> keine Kenntnis des Angebotes            | <input type="checkbox"/> zu teuer             |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Angebot         | <input type="checkbox"/> zu lange Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> kein Bedarf                             | <input type="checkbox"/> Andere: _____        |

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Mobile Kinderkrankenschwester**

**68. Haben Sie bisher eine mobile Kinderkrankenschwester in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 72)

**69. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus               | <input type="checkbox"/> andere Eltern     |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorium              | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin        | <input type="checkbox"/> Internet          |
| <input type="checkbox"/> Behörden                  | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |
| <input type="checkbox"/> Behinderten-/Sozialverein |  |

**70. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung?**

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr unzufrieden         | eher unzufrieden         | eher zufrieden           | sehr zufrieden           |

**71. Welche Aspekte sind Ihnen beim Angebot wichtig? (Mehrfachantworten möglich)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zeitliche Flexibilität | <input type="checkbox"/> keine Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation          | <input type="checkbox"/> Sympathie         |
| <input type="checkbox"/> Kosten                 | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |

**72. Wenn Sie bisher keine mobile Kinderkrankenschwester in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kein entsprechendes Angebot in der Nähe | <input type="checkbox"/> zu teuer             |
| <input type="checkbox"/> keine Kenntnis des Angebotes            | <input type="checkbox"/> zu lange Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Angebot         | <input type="checkbox"/> kein Bedarf          |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____                           |   |

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Tagesmutter (außer Haus)**

**73. Haben Sie bisher eine Tagesmutter in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 77)

**74. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus               | <input type="checkbox"/> andere Eltern     |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorium              | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin        | <input type="checkbox"/> Internet          |
| <input type="checkbox"/> Behörden                  | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |
| <input type="checkbox"/> Behinderten-/Sozialverein |  |

**75. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung?**

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr unzufrieden         | eher unzufrieden         | eher zufrieden           | sehr zufrieden           |

**76. Welche Aspekte sind Ihnen beim Angebot wichtig? (Mehrfachantworten möglich)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zeitliche Flexibilität | <input type="checkbox"/> keine Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation          | <input type="checkbox"/> Sympathie         |
| <input type="checkbox"/> Kosten                 | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |

**77. Wenn Sie bisher keine Tagesmutter in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kein entsprechendes Angebot in der Nähe | <input type="checkbox"/> zu teuer             |
| <input type="checkbox"/> keine Kenntnis des Angebotes            | <input type="checkbox"/> zu lange Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Angebot         | <input type="checkbox"/> Andere: _____        |
| <input type="checkbox"/> kein Bedarf                             |   |

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Kinderbetreuung zu Hause (angeboten durch einen Verein)****78. Haben Sie bisher Kinderbetreuung zu Hause, die von einem Verein angeboten wird, in Anspruch genommen?**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 82) |
|-----------------------------|---|

**79. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus               | <input type="checkbox"/> andere Eltern     |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorium              | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin        | <input type="checkbox"/> Internet          |
| <input type="checkbox"/> Behörden                  | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |
| <input type="checkbox"/> Behinderten-/Sozialverein |  |

**80. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung?**

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr unzufrieden         | eher unzufrieden         | eher zufrieden           | sehr zufrieden           |

**81. Welche Aspekte sind Ihnen beim Angebot wichtig? (Mehrfachantworten möglich)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zeitliche Flexibilität | <input type="checkbox"/> keine Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation          | <input type="checkbox"/> Sympathie         |
| <input type="checkbox"/> Kosten                 | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |

**82. Wenn Sie bisher keine Kinderbetreuung zu Hause, die von einem Verein angeboten wird, in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kein entsprechendes Angebot in der Nähe | <input type="checkbox"/> zu teuer             |
| <input type="checkbox"/> keine Kenntnis des Angebotes            | <input type="checkbox"/> zu lange Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Angebot         | <input type="checkbox"/> Andere: _____        |
| <input type="checkbox"/> kein Bedarf                             |   |

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: private Kinderbetreuung zu Hause (z.B. Freunde, Großeltern,...)**

**83. Haben Sie bisher private Kinderbetreuung zu Hause in Anspruch genommen?**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 85) |
|-----------------------------|---|

**84. Von wem haben Sie private Kinderbetreuung zu Hause in Anspruch genommen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Großeltern    | <input type="checkbox"/> andere Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Freunde       | <input type="checkbox"/> Nachbarn         |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ |   |

**85. Wenn Sie bisher keine private Kinderbetreuung zu Hause in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kein entsprechendes Angebot | <input type="checkbox"/> kein Bedarf |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____               |                                      |

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Wochenendbetreuung in Heim**

**86. Haben Sie bisher eine Wochenendbetreuung in einem Heim in Anspruch genommen?**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 90) |
|-----------------------------|---|

**87. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus               | <input type="checkbox"/> andere Eltern     |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorium              | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin        | <input type="checkbox"/> Internet          |
| <input type="checkbox"/> Behörden                  | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |
| <input type="checkbox"/> Behinderten-/Sozialverein |  |

**88. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung?**

- sehr unzufrieden       eher unzufrieden       eher zufrieden       sehr zufrieden

**89. Welche Aspekte sind Ihnen beim Angebot wichtig? (Mehrfachantworten möglich)**

- zeitliche Flexibilität       keine Wartezeiten  
 Qualifikation       Sympathie  
 Kosten       Andere: \_\_\_\_\_

**90. Wenn Sie bisher keine Wochenendbetreuung in einem Heim in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- kein entsprechendes Angebot in der Nähe       zu teuer  
 keine Kenntnis des Angebotes       zu lange Wartezeiten  
 Unzufriedenheit mit dem Angebot       Andere: \_\_\_\_\_  
 kein Bedarf

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Freizeitassistenz**

**91. Haben Sie bisher Freizeitassistenz in Anspruch genommen?**

- Ja       Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 95)

**92. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus       andere Eltern  
 Ambulatorium       Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin       Internet  
 Behörden       Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**93. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung?**

- sehr unzufrieden       eher unzufrieden       eher zufrieden       sehr zufrieden

**94. Welche Aspekte sind Ihnen beim Angebot wichtig? (Mehrfachantworten möglich)**

- Mobilität (holt zu Hause ab)       zeitliche Flexibilität  
 Qualifikation       keine Wartezeiten  
 Sympathie       Kosten  
 Andere: \_\_\_\_\_

**95. Wenn Sie bisher keine Freizeitassistenz in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kein entsprechendes Angebot in der Nähe | <input type="checkbox"/> kein mobiles Angebot |
| <input type="checkbox"/> keine Kenntnis des Angebotes            | <input type="checkbox"/> zu teuer             |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Angebot         | <input type="checkbox"/> zu lange Wartezeiten |
| <input type="checkbox"/> kein Bedarf                             | <input type="checkbox"/> Andere: _____        |

**UNTERSTÜTZENDE DIENSTE: Allgemein**

**96. Welche unterstützenden Dienste, die derzeit in Ihrer Umgebung nicht angeboten werden, würden Sie jedoch gerne nutzen? (Mehrfachantworten möglich)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine                    | <input type="checkbox"/> Psychologische Unterstützung nach der Diagnose |
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter              | <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/Psychotherapie       |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung zu Hause | <input type="checkbox"/> mobile Kinderkrankenschwester                  |
| <input type="checkbox"/> Freizeitassistenz        | <input type="checkbox"/> Wochenendbetreuung in einem Heim               |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____            |   |

**97. Wie viel wären Sie bereit, pro Stunde für die folgenden Angebote zu bezahlen?**

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Psychologische Unterstützung nach Diagnose | EUR _____ pro Stunde |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/Psychotherapie   | EUR _____ pro Stunde |
| <input type="checkbox"/> Mobile Kinderkrankenschwester              | EUR _____ pro Stunde |
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter                                | EUR _____ pro Stunde |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung zu Hause                   | EUR _____ pro Stunde |
| <input type="checkbox"/> Wochenendbetreuung in einem Heim           | EUR _____ pro Stunde |
| <input type="checkbox"/> Freizeitassistenz                          | EUR _____ pro Stunde |

**ERGOTHERAPIE**

**98. Haben Sie bisher Ergotherapie in Anspruch genommen?**

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 105) |
|-----------------------------|--|

**99. Wie haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?**

- |                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> Kassenplatz |
|---------------------------------|--------------------------------------|

**100. Wie lange betrug Ihre Wartezeit bis zum Therapieantritt?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bis zu 1 Monat | <input type="checkbox"/> 1 - 3 Monate  |
| <input type="checkbox"/> 4 - 6 Monate   | <input type="checkbox"/> 7 - 12 Monate |
| <input type="checkbox"/> Über 1 Jahr    |  |

**101. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**102. Wie lange beträgt/betrug die Fahrtzeit zu Ihrer in Anspruch genommenen Ergotherapie?**

- weniger als 10 Min.  10-20 Minuten  21-30 Min.  
 31-45 Min.  46-60 Min.  über 60 Min.

**103. Wird in Ihrer Umgebung Ergotherapie auch „mobil“ angeboten?**

- Ja  Nein  Weiß nicht

**104. Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Ergotherapie?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

**105. Wenn Sie bisher keine Ergotherapie in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- zu teuer  keine Kenntnis des Angebotes  
 zu lange Wartezeiten  keine kindgerechten Therapieangebote  
 kein mobiles Angebot  kein Bedarf  
 Unzufriedenheit mit d. Angebot  Andere: \_\_\_\_\_  
 kein entsprechendes Angebot  
in der Nähe

**PHYSIOTHERAPIE**

**106. Haben Sie bisher Physiotherapie in Anspruch genommen?**

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 113)

**107. Wie haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?**

- Privat  Kassenplatz

**108. Wie lange betrug Ihre Wartezeit bis zum Therapieantritt?**

- Bis zu 1 Monat                       1 - 3 Monate  
 4 - 6 Monate                       7 - 12 Monate  
 Über 1 Jahr

**109. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus                       andere Eltern  
 Ambulatorium                       Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin                       Internet  
 Behörden                       Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**110. Wie lange beträgt/betrug die Fahrtzeit zu Ihrer in Anspruch genommenen Physiotherapie?**

- weniger als 10 Min.                       10-20 Minuten                       21-30 Min.  
 31-45 Min.                       46-60 Min.                       über 60 Min.

**111. Wird in Ihrer Umgebung Physiotherapie auch „mobil“ angeboten?**

- Ja                       Nein                       Weiß nicht

**112. Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Physiotherapie?**

- sehr unzufrieden                      eher unzufrieden                      eher zufrieden                      sehr zufrieden

**113. Wenn Sie bisher keine Physiotherapie in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- zu teuer                       keine Kenntnis des Angebotes  
 zu lange Wartezeiten                       keine kindgerechten Therapieangebote  
 kein mobiles Angebot                       kein Bedarf  
 Unzufriedenheit mit d. Angebot                       Andere: \_\_\_\_\_  
 kein entsprechendes Angebot  
in der Nähe

**LOGOPÄDIE (Sprachtherapie)**

**114. Haben Sie bisher Logopädie in Anspruch genommen?**

- Ja                       Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 121)

**115. Wie haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?**

- Privat  Kassenplatz

**116. Wie lange betrug Ihre Wartezeit bis zum Therapieantritt?**

- Bis zu 1 Monat  1 - 3 Monate  
 4 - 6 Monate  7 - 12 Monate  
 Über 1 Jahr

**117. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?**

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

**118. Wie lange beträgt/betrug die Fahrtzeit zu Ihrer in Anspruch genommenen Logopädie?**

- weniger als 10 Min.  10-20 Minuten  21-30 Min.  
 31-45 Min.  46-60 Min.  über 60 Min.

**119. Wird in Ihrer Umgebung Logopädie auch „mobil“ angeboten?**

- Ja  Nein  Weiß nicht

**120. Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Logopädie?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

**121. Wenn Sie bisher keine Logopädie in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)**

- zu teuer  keine Kenntnis des Angebotes  
 zu lange Wartezeiten  keine kindgerechten Therapieangebote  
 kein mobiles Angebot  kein Bedarf  
 Unzufriedenheit mit d. Angebot  Andere: \_\_\_\_\_  
 kein entsprechendes Angebot  
in der Nähe

## HIPPOTHERAPIE

### 122. Haben Sie bisher Hippotherapie in Anspruch genommen?

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 128)

### 123. Wie haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?

- Privat  Kassenplatz

### 124. Wie lange betrug Ihre Wartezeit bis zum Therapieantritt?

- Bis zu 1 Monat  1 - 3 Monate  
 4 -6 Monate  7 - 12 Monate  
 Über 1 Jahr

### 125. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

### 126. Wie lange beträgt/betrug die Fahrtzeit zu Ihrer in Anspruch genommenen Hippotherapie?

- weniger als 10 Min.  10-20 Minuten  21-30 Min.  
 31-45 Min.  46-60 Min.  über 60 Min.

### 127. Wie zufrieden waren Sie bisher mit der Hippotherapie?

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

### 128. Wenn Sie bisher keine Hippotherapie in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)

- zu teuer  keine Kenntnis des Angebotes  
 zu lange Wartezeiten  keine kindgerechten Therapieangebote  
 Unzufriedenheit mit d. Angebot  kein Bedarf  
 kein entsprechendes Angebot  Andere: \_\_\_\_\_  
in der Nähe

## HEILPÄDAGOGISCHES VOLTIGIEREN bzw. HEILPÄDAGOGISCHES REITEN

### 129. Haben Sie bisher Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten in Anspruch genommen?

- Ja  Nein (wenn nein, bitte weiter zu Frage 133)

### 130. Wie haben Sie von dem Angebot erfahren?

- Krankenhaus  andere Eltern  
 Ambulatorium  Selbsthilfegruppe  
 Kinderarzt/-ärztin  Internet  
 Behörden  Andere: \_\_\_\_\_  
 Behinderten-/Sozialverein

### 131. Wie lange beträgt/betrug die Fahrtzeit zu dem in Anspruch genommenen Heilpädagogischen Voltigieren/Reiten?

- weniger als 10 Min.  10 – 20 Min.  21 – 30 Min.  
 31 – 45 Min.  46 – 60 Min.  über 60 Min.

### 132. Wie zufrieden waren Sie bisher mit dem Heilpädagogischen Voltigieren/Reiten?

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

### 133. Wenn Sie bisher kein Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten in Anspruch genommen haben, was war der Grund? (Mehrfachantworten möglich)

- zu teuer  keine Kenntnis des Angebotes  
 zu lange Wartezeiten  keine kindgerechten Therapieangebote  
 Unzufriedenheit mit d. Angebot  kein Bedarf  
 kein entsprechendes Angebot in der Nähe  Andere: \_\_\_\_\_

## PARAMEDIZINISCHE DIENSTE: ALLGEMEIN

### 134. Gibt es andere Therapieformen, die in Ihrer Umgebung nicht angeboten werden, die Sie jedoch gerne nützen würden?

- Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

## FRAGEN ZU ORGANISATIONEN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

**135. Welche der folgenden Organisationen, die im Bereich der Behindertenarbeit tätig sind, kennen Sie? (Mehrfachantworten möglich)**

- Caritas
  Hilfswerk  
 Lebenshilfe
  Volkshilfe

**136. Bei welchen der folgenden Organisationen in Niederösterreich haben Sie oder Ihr Kind bereits Leistungen in Anspruch genommen? (Mehrfachantworten möglich)**

- Caritas
  Hilfswerk  
 Lebenshilfe
  Volkshilfe

**137. Wie beurteilen Sie das Image folgender Organisationen (unabhängig davon, ob Sie bereits eine Leistung der Organisation in Anspruch genommen haben oder nicht)?**

	Schlecht	Dürftig	Akzeptabel	Gut	Keine Kenntnis
<b>Caritas</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>Hilfswerk</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>Lebenshilfe</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>Volkshilfe</b>	<input type="checkbox"/>				

## FRAGEBOGEN ZUR FAMILIÄREN BELASTUNG

Im Anschluss folgen einige Aussagen (angelehnt an den Familien-Belastungs-Fragebogen; Ravens-Sieberer et al., 2001) von Betroffenen über das Leben mit Kindern mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung. Bitte geben Sie durch Ankreuzen der entsprechenden Kategorie (trifft ganz zu, trifft weitgehend zu, trifft weitgehend nicht zu, trifft überhaupt nicht zu) an, wie sehr diese derzeit auf Ihre Familie zutreffen.

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<b>138. Die Behinderung verursacht der Familie finanzielle Probleme.</b>				
<b>139. 139. Durch Termine im Krankenhaus/Therapietermine geht Arbeitszeit verloren.</b>				
<b>140. Ich muss meine Arbeitszeit verkürzen, weil ich mich um mein Kind mit Behinderung kümmern muss.</b>				

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
141. Um die Therapiekosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig.				
142. Ich habe wegen der Behinderung meines Kindes aufgehört zu arbeiten.				
143. Aufgrund der Behinderung unseres Kindes können wir keine weiten Reisen unternehmen.				
144. Die Leute in der Nachbarschaft behandeln uns anders wegen der Behinderung unseres Kindes.				
145. Wegen der Behinderung unseres Kindes haben wir wenig Lust auszugehen.				
146. Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das Kind mit Behinderung aufpasst.				
147. Manchmal müssen wir unsere Absichten auszugehen wegen der Behinderung unseres Kindes in letzter Minute ändern.				
148. Wegen der Behinderung unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.				
149. Wir stehen uns wegen der gemeinsamen Erfahrung als Familie näher.				
150. Manchmal frage ich mich, ob ich mein Kind mit Behinderung „anders“ als ein Kind ohne Behinderung behandeln soll.				
151. Meine Verwandten sind sehr verständnisvoll und haben mir sehr geholfen.				

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
152. Wegen der Behinderung denke ich darüber nach, keine weiteren Kinder zu bekommen.				
153. Mein/e Lebenspartner/in und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam.				
154. Wir versuchen unser Kind so zu behandeln, als wäre es ein ganz „normales“ Kind.				
155. Die Pflege meines Kindes mit Behinderung nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für die anderen Familienmitglieder habe.				
156. Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen, was für mein Kind mit Behinderung gut ist.				
157. Unsere Familie muss aufgrund der Behinderung meines Kindes auf einige Dinge verzichten.				
158. Aufgrund der Behinderung meines Kindes bin ich ständig übermüdet und abgespant.				
159. Ich lebe von einem Tag auf den anderen und plane nicht für die Zukunft.				
160. Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss.				
161. Die Fahrten ins Krankenhaus/zu der Therapie bedeuten eine Belastung für mich.				

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
162. Dadurch, dass ich lernen musste, mit der Behinderung meines Kindes fertig zu werden, komme ich auch mit mir selbst besser zurecht.				
163. Ich mache mir Sorgen, was in Zukunft mit meinem Kind sein wird (wenn es erwachsen ist und ich nicht mehr da bin).				
164. Manchmal habe ich das Gefühl unser Leben ist eine Achterbahn: völlig am Boden, wenn mein Kind mit Behinderung akut erkrankt ist, und obenauf, wenn sein/ihr Gesundheitszustand stabil ist.				
<b>WENN SIE NOCH ANDERE KINDER HABEN, BEANTWORTEN SIE BITTE DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN:</b>				
165. Es ist schwer, den anderen Kindern genügend Aufmerksamkeit zu schenken, weil mein Kind mit Behinderung mich so sehr in Anspruch nimmt.				
166. Durch die Behinderung des einen Kindes sorge ich mich ständig um die Gesundheit der anderen.				
167. Durch die besonderen Bedürfnisse des Kindes mit Behinderung kommt es zwischen den anderen Kindern zu Streitereien.				
168. Die Behinderung des einen Kindes macht den anderen Kindern Angst.				

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
169. Meine anderen Kinder scheinen öfter krank zu sein und öfter unter Schmerzen und Beschwerden zu leiden als andere Kinder ihres Alters.				
170. Die Schulnoten meiner anderen Kinder leiden aufgrund der Behinderung des einen Kindes.				

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

# Lebenslauf

## Nina Gürtlschmidt

Geburtsdatum: 02. August 1987  
Geburtsort: St. Pölten  
Staatsangehörigkeit: Österreich  
Adresse: Kuefsteingasse 2 /29-30  
1140 Wien  
E-Mail: [nigue@gmx.net](mailto:nigue@gmx.net)

### Ausbildung

2007 – 2012 Hauptuniversität Wien, Studienrichtung Psychologie  
1998 – 2007 Gymnasium Josefstraße St. Pölten  
Abschluss mit Matura  
1994 – 1998 Daniel-Gran Volksschule St. Pölten  
1993 – 1994 Vorschule St. Pölten

### Berufserfahrung

09/2011 – 01/2012 Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Psychiatrische Abteilung  
Absolvierung des Pflichtpraktikums auf der  
Gerontopsychiatrie und in der Memory-Clinic  
11/2010 – 01/2011 Teilnahme am Kurs Entspannungstraining und  
Stressmanagement  
10 Einheiten zu je 90 Minuten; Themenschwerpunkte:  
Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach  
Jacobson, Atemübungen, Fantasiereisen, Stress- und  
Zeitmanagement und Genusstraining  
08/2010 – 09/2010 Pflegezentrum Mayerling  
Absolvierung eines freiwilligen Praktikums  
10/2009 – 02/2010 Autistenzentrum Arche Noah  
Absolvierung eines freiwilligen Praktikums

seit 12/2008	IBM Österreich Administrative Unterstützung in der Lieferantenbuchhaltung
01/2008 – 12/2008	Promotion bei der Agentur im Focus
04/2005 – 09/2008	Billeteurin im Festspielhaus St. Pölten
08/2005 – 08/2006	Ferialjob im Seniorenwohnheim Stadtwald

### **Zusätzliche Qualifikationen**

Sprachkenntnisse	Deutsch Englisch Französisch Latein
IT-Kenntnisse	Gute Kenntnisse in MS Office (Word, Excel, PowerPoint) Gute Kenntnisse in SPSS Statistics
Sonstiges	Führerschein (Klasse B)
Hobbies/Interesse	Malen, Tanzen und Reisen