



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

## KONDUKTIV MEHRFACHTHERAPEUTISCHE FÖRDERUNG NACH PETÖ UND KEIL

Eine kontrollierte Einzelfallstudie über die Wirksamkeit eines speziellen  
Förder- und Therapieansatzes auf die Kompetenz- und  
Kontrollüberzeugungen von Menschen mit cerebralen  
Beeinträchtigungen

Verfasserin

**Sandra Schwarzenbacher**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Priv. Doz. Dr. Rüdiger Kißgen

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Einleitende Worte</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Geschichte der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung</b> .....	<b>10</b>
2.1 Historische Wurzeln und Entwicklung der konduktiven Pädagogik .....	10
2.2 Geschichte der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung .....	13
2.3 Unterschiede zwischen konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung nach Keil und Petö und konduktiver Erziehung nach Petö .....	16
<b>3 Theoretische Grundlagen</b> .....	<b>18</b>
3.1 Das Problem der Theoriebildung .....	18
3.2 Bubers dialogisches Prinzip .....	19
3.3 Makarenko und Moreno: Die Pädagogik der Gruppe .....	21
3.4 Die pawlowsche Reflextheorie .....	22
<b>4 Begriffsdefinitionen</b> .....	<b>24</b>
4.1 Cerebralparese .....	24
4.1.1 Definition .....	24
4.1.2 Ätiologie der Cerebralparese .....	25
4.1.3 Erscheinungsbilder .....	26
4.1.4 Zusätzliche Beeinträchtigungen .....	28
4.2 Konstrukte im Rahmen der konduktiven Pädagogik .....	28
4.2.1 Dysfunktion .....	28
4.2.2 Konduktion .....	30
4.2.3 Orthofunktion .....	30

<b>5</b>	<b>Fazilitation und konduktiv mehrfachtherapeutische Praxis...</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>Pädagogisch-psychologische und soziale Fazilitation .....</b>	<b>33</b>
5.1.1	Konduktorin und Team .....	33
5.1.2	Bedeutung und Wirkung der Gruppe .....	37
5.1.3	Sprache und rhythmisch kontinuierliches Intendieren (RKI) .....	39
<b>5.2</b>	<b>Strukturelle Fazilitation .....</b>	<b>42</b>
5.2.1	Tagesablauf .....	42
5.2.2	Konduktiv mehrfachtherapeutische Programme .....	44
5.2.3	Räumlichkeiten und vorbereitete Umgebung .....	48
<b>5.3</b>	<b>Mediale Fazilitation .....</b>	<b>50</b>
5.3.1	Petö-Möbel .....	50
5.3.2	Hilfsmittel .....	53
<b>5.4</b>	<b>Individuelle Fazilitation .....</b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>Der Sommer-Intensiv-Kurs .....</b>	<b>58</b>
<b>6.1</b>	<b>Zielgruppe und Teilnahme .....</b>	<b>58</b>
<b>6.2</b>	<b>Dauer und Veranstaltungsort .....</b>	<b>58</b>
<b>6.3</b>	<b>Inhaltliche und konzeptuelle Unterschiede zum herkömmlichen Gruppenbetrieb.....</b>	<b>60</b>
6.3.1	Reiten .....	60
6.3.2	Schwimmen .....	62
6.3.3	Radfahren.....	64
<b>7</b>	<b>Fragestellung und Hypothese .....</b>	<b>66</b>
<b>8</b>	<b>Methodik .....</b>	<b>68</b>
<b>8.1</b>	<b>Stichprobenbeschreibung .....</b>	<b>68</b>
<b>8.2</b>	<b>Design und Ablauf der Datenerhebung .....</b>	<b>70</b>

<b>8.3</b>	<b>Inventar.....</b>	<b>71</b>
<b>8.4</b>	<b>Datenverarbeitung .....</b>	<b>73</b>
<b>9</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>74</b>
<b>9.1</b>	<b>Ergebnisse von Probandin A.....</b>	<b>75</b>
<b>9.2</b>	<b>Ergebnisse von Proband B .....</b>	<b>79</b>
<b>9.3</b>	<b>Aufgetretene Probleme / Diskussion der Methode .....</b>	<b>84</b>
<b>10</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>86</b>
<b>10.1</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse von Probandin A .....</b>	<b>87</b>
10.1.1	Veränderungen zwischen Grundrate und Interventionserhebung.....	87
10.1.2	Veränderungen zwischen Interventionserhebung und Follow-Up-Erhebung .....	89
10.1.3	Veränderungen zwischen Grundrate und Follow-Up-Erhebung.....	90
<b>10.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse von Proband B .....</b>	<b>91</b>
10.2.1	Veränderungen zwischen Grundrate und Interventionserhebung.....	91
10.2.2	Veränderungen zwischen Interventionserhebung und Follow-Up-Erhebung .....	93
10.2.3	Veränderungen zwischen Grundrate und Follow-Up-Erhebung.....	94
<b>11</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>95</b>
<b>12</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>98</b>
<b>13</b>	<b>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>104</b>
<b>14</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>106</b>

## Vorwort

Der Weg durch mein Studium hat mich Vielerlei gelehrt: Oft war er nicht leicht und erforderte ein hohes Maß an Durchhaltevermögen, Geduld und Hartnäckigkeit. Noch öfter jedoch war er eine spannende Reise, auf der mich zahlreiche Menschen begleitet haben. An dieser Stelle soll Platz gefunden werden, um mich bei ihnen zu bedanken.

An erster Stelle bedanke ich mich von Herzen bei den beiden Menschen, die durch ihre Bereitschaft an dieser Studie mitzuwirken diese Diplomarbeit in der Form, in der sie heute vorliegt, erst möglich gemacht haben.

Natürlich wäre dies auch nicht ohne die Betreuung durch Herrn Priv. Doz. Dr. Rüdiger Kißgen gelungen, dem ich für seine Hilfestellungen und die schnelle Beantwortung von Fragen trotz der großen Distanz zwischen Wien und Köln danke.

Ganz besonderer Dank gebührt Frau Mag. Ines-Maria Egle, die mich durch mein gesamtes Studium begleitet hat, mit der ich durch studentische Hochs und Tiefs gehen durfte und die zu einem sehr wichtigen Menschen in meinem Leben geworden ist. Danke für Deine Freundschaft!

Meinen Eltern danke ich für ihre Unterstützung während meines Studiums und in erster Linie für ihren Beistand und die vielen lieben und motivierenden Telefonate in der Zeit der Fertigstellung meiner Diplomarbeit. Ihr wart mir wirklich eine große Stütze! Meinem Bruder bin ich für seine ausgezeichneten Excel-Kenntnisse dankbar und auch dafür, dass er mich zur Aufnahme eines Studiums ermutigt hat. Auch meiner Schwägerin gebührt herzlicher Dank, vor allem für ihre Fähigkeit mich dazu zu bringen, alles etwas entspannter zu sehen. Bestimmt wird dieses Gefühl auch von meinen mittlerweile drei Neffen beeinflusst, denen ich einfach dafür danke, dass sie noch Kinder sind und mich immer wieder zum Lachen bringen.

Meinen Freundinnen Babsi, Macho, Andi und Christine sei für ihr herausragendes Talent gedankt, mich wieder auf andere Gedanken zu bringen! Es war ein herrlicher Sommer, den ich nie vergessen werde! Meinen Freundinnen Sara und Eva danke

ich herzlich für ihre Aufmerksamkeit und für ihre Bemutterung während des Schreibens dieser Arbeit. Ihr habt mir alle viel Kraft gegeben!

Schließlich möchte ich mich auch bei all meinen ArbeitskollegInnen bedanken, die mich durch viele Literaturtipps, das Weitergeben von Informationsquellen und eine stets positive Einstellung so vielseitig unterstützt und motiviert haben. Insbesondere bedanke ich mich bei Herrn Thorsten Gegenwarth, der vor mittlerweile fünf Jahren mein Interesse für die konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung geweckt hat und der mich in und durch viele, viele Diskussionen gelehrt hat, wie wichtig kritisches Hinterfragen ist. Herrn Mag. Gernot Sattler danke ich für sein hartnäckiges Nachfragen nach dem Stand meiner Diplomarbeit, vor allem jedoch für seinen Humor, durch den die Arbeit in der Gruppe ein Leichtes wird. Bei Frau Maria Freundl bedanke ich mich herzlich für das Lektorieren meiner Diplomarbeit.

# 1 Einleitende Worte

Wird bei einem neugeborenen Kind eine cerebrale Beeinträchtigung festgestellt, so ist es enorm wichtig das Kind so früh wie möglich mit einer geeigneten Therapie zu fördern, um die bestmögliche Entwicklung gewährleisten zu können. Das Angebot an verschiedenen Förderkonzepten ist jedoch sehr groß und macht die Entscheidung, welche Therapie ihr Kind in Anspruch nehmen soll für die Eltern nicht einfach. Hinzu kommt, dass eine cerebrale Störung niemals nur einen einzigen Bereich der Entwicklung beeinträchtigt, sondern fast immer mit anderen Begleiterscheinungen einhergeht. Deshalb werden betroffene Kinder oft zu verschiedenen Therapeuten gebracht, die jeweils auf einen Teilaspekt der Behinderung spezialisiert sind. Dies geschieht meist aus dem Wunsch der Eltern heraus, ihrem Kind nur die besten Therapien angedeihen zu lassen und sie optimal zu fördern. Doch in vielen Fällen ist das, was oberflächlich betrachtet als reichhaltige und ganzheitliche Förderung gesehen wird, für die Entwicklung des Kindes kontraproduktiv. Denn es bedeutet nicht nur für die Eltern oft eine logistische und zeitliche Herausforderung, mit ihrem Kind von einem Therapeuten zum anderen zu fahren, sondern stellt auch und gerade das betreffende Kind vor eine Vielzahl von Problemen: Es muss sich permanent auf neue „Bezugspersonen“ einlassen, die eigentlich keine wirklichen Bezugspersonen werden können, da meist die Zeit fehlt um ein echtes Vertrauensverhältnis aufbauen zu können. Darüber hinaus bedeutet das hin- und hergerissen werden zwischen mehreren Therapeuten auch für das Kind Stress, nicht zuletzt deshalb, weil jeder Therapeut etwas anderes von dem Kind will.

Dem ungarischen Arzt András Pető war die Bedeutung dieser Zusammenhänge bewusst und so entwickelte er während des zweiten Weltkriegs die „Konduktive Pädagogik“, einen neuen und ganzheitlichen Ansatz zur Förderung und Therapie cerebral beeinträchtigter Kinder, in dem sich die Erkenntnisse aus verschiedenen Fachbereichen in einer einzigen Therapieform vereinen. Dementsprechend beschreibt Weber (1998) die konduktive Förderung als *„ein holistisches System, das Menschen mit zerebral bedingten Beeinträchtigungen, die medizinisch als Dysfunktion<sup>1</sup> diagnostiziert wurden, über therapeutische, pädagogisch-psychologische, pflegerische und soziale, insgesamt konduktive Optionen in die*

---

<sup>1</sup> Lernstörung in Folge einer cerebralen Beeinträchtigung, vgl. dazu Kapitel 4.2.1.

*Lage versetzt, zur Orthofunktion<sup>2</sup> zu gelangen“* (S. 25). Dieser Ansatz wurde später von der Österreicherin Helga Keil übernommen, auf westliche Standards hin weiterentwickelt und auf die Förderung Erwachsener ausgeweitet. Die konduktiv mehrfach-therapeutische Förderung nach Petö und Keil, wie Keil ihre Methode nach dieser Adaptierung nennt, kann zahlreiche Erfolge verbuchen.

*„Insgesamt scheint Konduktiv-Mehrfachtherapeutische Förderung, wie sie in dem von Keil gegründeten Institut durchgeführt wird, ein komplexes Förder-system darzustellen, das sich gegenüber anderen Fördermaßnahmen erfolgreich behauptet hat“* (Kühnke & Weber, 2001, zit. n. Hauschild, 2004, S. 68).

Seit mittlerweile genau 45 Jahren veranstaltet das Therapieinstitut Keil jeden Sommer einen dreiwöchigen Intensiv-Therapiekurs, der unter den Schülern und Schülerinnen als das „Highlight“ des Jahres gilt. Dies liegt vor allem darin begründet, dass den TeilnehmerInnen im Rahmen dieses Kurses nicht nur die Möglichkeit geboten wird, an mehrfachtherapeutischen Förderprogrammen teilzunehmen, denen sie ohnedies während des Jahres täglich beiwohnen. Den besonderen Reiz des Kurses machen die zusätzlichen Angebote aus, die fixer Bestandteil im Tagesplan des Kurses sind. Dabei handelt es sich um sportliche Aktivitäten wie Reiten, Schwimmen und Radfahren, die den Klienten meist eine willkommene Abwechslung zum normalen Jahresbetrieb in den mehrfachtherapeutischen Gruppen bieten. Kapustin et al. (2002) bemerken dazu, *„dass behinderte Menschen, unabhängig von ihrer Behinderungsform und dem Schweregrad der Behinderung, ein Interesse an Spiel, Spaß und Bewegung in Form von sportlicher Betätigung zeigen“* (o. S.). Dabei dient die sportliche Betätigung nicht unbedingt als Therapeutikum zum Ausbau motorischer Fähigkeiten sondern als sinngebende Aktivität, die Auswirkungen auf die gesamte Persönlichkeit des Sportlers hat.

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob die Kombination aus konduktiv mehrfachtherapeutischen Fördereinheiten und sportlichen Aktivitäten, so wie sie im Intensiv-Therapiekurs des Therapieinstitut Keil stattfindet, Auswirkungen in Bezug auf die Handlungs- und Kontrollkompetenzen von jungen Erwachsenen mit cerebralen Beeinträchtigungen hat. Zur Überprüfung dieser Fragestellung wurde auf den von Günther Krampen entwickelten Fragebogen zu Kompetenz- und Kontroll-

---

<sup>2</sup> Selbstständiges Zurechtfinden im Alltag, vgl. dazu Kapitel 4.2.3.

überzeugungen zurückgegriffen, der Daten zum Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, zur Internalität, zur sozial bedingten Externalität und zur fatalistischen Externalität erhebt. Die Effektivität des Intensiv-Therapiekurses wurde im Rahmen einer kontrollierten Einzelfallstudie mit zwei Probanden im A-B-E-Design überprüft.

Die vorliegende Diplomarbeit baut sich wie folgt auf: Zu Beginn werden die Geschichte und die historischen Wurzeln der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung skizziert, woraufhin die wichtigsten Unterschiede zu dem ursprünglichen System der konduktiven Pädagogik nach Petö aufgezeigt werden. Daran anschließend sollen die theoretischen Grundlagen, die Petö in der Entwicklung der konduktiven Erziehung beeinflusst haben könnten nachgezeichnet werden. Das vierte Kapitel widmet sich ausschließlich der Definition wichtiger Begriffe innerhalb der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung. Zur Beschreibung der Beeinträchtigung durch eine Cerebralparese und den Prozess der Überwindung dieser Beeinträchtigung hat Petö eigene Konstrukte in seine Bewegungspädagogik eingeführt, die so wie das Ziel der konduktiven Pädagogik erläutert werden. Das anschließende Kapitel fünf beschäftigt sich mit den verschiedenen Arten der Hilfestellung und Unterstützung, die in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Praxis zur Anwendung kommen und die auch gleichzeitig ihre Grundprinzipien darstellen. Im nächsten Teil wird der Intensiv-Therapiekurs beschrieben, der gleichzeitig auch die Intervention für die in dieser Arbeit dargelegten Studie verkörpert. Dies leitet bereits über zum empirischen Teil dieser Arbeit, der mit der Darlegung der Fragestellung und der Hypothesen beginnt. Anschließend wird die der Studie zugrundeliegende Methodik dargelegt, woraufhin die Ergebnisse präsentiert und die während der Untersuchung aufgetretenen Probleme angesprochen werden. Nachdem die Ergebnisse diskutiert wurden sollen in der abschließenden Zusammenfassung Überlegungen zu weiteren Forschungsfragen angestellt werden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf eine geschlechtsbezogene Schreibweise verzichtet. Die Begriffe „Klient“, „Patient“ und „Teilnehmer“ beziehen sich sowohl auf männliche als auch auf weibliche Personen. Eine Ausnahme davon stellt die Berufsbezeichnung der „Konduktorin“ dar, die ausschließlich in der weiblichen Form verwendet wird, da dieser Beruf hauptsächlich von Frauen ausgeübt wird.

## 2 Geschichte der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung

### 2.1 Historische Wurzeln und Entwicklung der konduktiven Pädagogik

Die Wurzeln der konduktiven Pädagogik befinden sich in Budapest, wo der ungarische Arzt und Wissenschaftler Dr. András Petö nach dem zweiten Weltkrieg ein neues ganzheitliches Konzept der Erziehung von motorisch beeinträchtigten Kindern entwickelte. Die Entstehung und Ausformung dieser speziellen Fördermethode ist in hohem Maße an den beruflichen Werdegang und die persönlichen Interessen Petös gekoppelt. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle ein kurzer biografischer Überblick über das Leben András Petös gegeben werden.

András Petö wurde am 11. September 1893 in Szombathely, einer Kleinstadt an der ungarisch-österreichischen Grenze als ältester Sohn einer jüdischen Familie geboren. Hari, Horvath, Kozma und Kökúti (vgl. 1992, S. 9) vermuten, dass die strenge Auffassung seiner Mutter, einer ausgebildeten Pädagogin, über die kontinuierliche Pflichterfüllung und das Schicksal seines Vaters, der durch seine Erkrankung an Parkinson an den Rollstuhl gebunden und dadurch berufsunfähig war, Petös Lebensanschauung in hohem Maße beeinflusst haben.

Nach seiner Schulzeit in Szombathely und Budapest ging Petö nach Wien, wo er 1911 sein Medizinstudium aufnahm. Hari et al. (ebd.) betonen den besonderen Stellenwert, den das damalige Wien als Sitz zahlreicher Vertreter unterschiedlichster psychologischer Schulen einnahm. So lernte Petö u.a. Sigmund Freud, den Begründer der Psychoanalyse kennen und arbeitete mit Jacob Levi Moreno zusammen, der später die gruppentherapeutischen Grundlagen des „Psychodramas“<sup>3</sup> entwickelte. Im Jahre 1921 schloss Petö sein Medizinstudium ab und arbeitete anschließend in mehreren Kliniken in Österreich, „wobei sich sein Tätigkeitsfeld über verschiedene Fachgebiete der Medizin erstreckte (Orthopädie, Neurologie, Rehabilitation und Psychologie)“ (Hauschild, 2004, S. 39). Petös beruflicher Werdegang lässt bereits auf seine vielfachen Interessen und herausragenden Fachkenntnisse schließen. Zudem wird in der Literatur immer

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu Kapitel 3.3.

wieder sein hoher Bildungsgrad, sein stetiger Wissensdrang und sein schriftstellerisches Talent hervorgehoben (Danielczyk, 2003; Hari et al., 1992; Hauschild, 2004).

Nach dem „Anschluss“ Österreichs an Hitlerdeutschland im Jahre 1938 sah sich Petö gezwungen Österreich zu verlassen und emigrierte nach Paris. Trotz der großen Gefahr kehrte Petö bereits 1939 nach Ungarn zurück. Nach Schumann und Clemens (vgl. 1999, S. 20) führte er dort zwei Fabriken, um sich seinen Lebensunterhalt zu sichern. Die rund ein Jahr andauernde Besatzungszeit von 1944 bis 1945 verbrachte Petö in einem Waisenhaus des internationalen Roten Kreuzes, wo er mit Hilfe eines befreundeten Psychiaters Schutz fand. Da er es nicht ertragen konnte, den stigmatisierenden „Judenstern“ zu tragen, verließ er in dieser Zeit kaum das Haus und beschäftigte sich stattdessen verstärkt mit den kranken und behinderten Kindern im Waisenhaus (vgl. Hauschild, 2004, S. 42).

Bald nach dem Ende des zweiten Weltkrieges begann Petö seine Arbeit mit 13 motorisch behinderten Kindern unter schwierigsten Bedingungen. Viele Gebäude in Budapest waren zerstört, es gab kaum intakte Fensterscheiben, ganz zu schweigen von fließendem Wasser oder Elektrizität. Doch nach Hauschild (vgl. ebd.) könnten genau diese Umstände Petö zur Entwicklung seiner Bewegungspädagogik geführt haben. Es war ihm ein großes Anliegen, die Situation behinderter Kinder durch eine Methode zu verbessern, die auch unter den vorherrschenden Gegebenheiten des Mangels an medizinischer Versorgung eine effektive Förderung möglich machen würde. Dabei war es ihm besonders wichtig eine Methode zu entwickeln, die *„sowohl pädagogisch-erzieherische als auch therapeutische Anteile umfasst, sich über den ganzen Tag erstreckt und in Gruppenform erfolgt“* (ebd., S.43). Petö nannte seinen Ansatz „konduktive“ Bewegungspädagogik, die auch bald erste Erfolge zeigte:

*„Er baute eine Versuchsabteilung auf und arbeitete mit 19 für unausbildbar gehaltenen Kindern. Für diese Kinder entwarf Petö strukturierte Programme, und nach zwei Jahren konnten viele dieser Kinder ungarische Regelschulen besuchen. Dieser Erfolg galt als grandios“* (Fink, 1998b, o. S.).

Am 23. Februar 1950 gründete Petö das „Landesinstitut für Bewegungstherapie“ und begann dort, mit finanzieller Unterstützung des Staates, seine Arbeit mit 80 motorisch behinderten Kindern. Petö war sehr bemüht, eine reibungslose Umsetzung seiner konduktiven Pädagogik zu gewährleisten, weshalb er das spezielle Berufsbild der „Konduktorin“<sup>4</sup> erschuf. Im Jahre 1965 wurde die damals zweijährige Ausbildung zur Konduktorin offiziell anerkannt, drei Jahre später wurde die Ausbildungsdauer auf vier Jahre erhöht (vgl. Hari et al, 1992, S. 16).

Zeit seines Lebens vertrat Petö eine sehr ressourcenorientierte Auffassung von Krankheit und Behinderung und zeichnete sich durch seinen festen Glauben an die medizinische Heilkunst aus. Unter dem Pseudonym Karl Otto Bärnklaus veröffentlichte Petö nach 1945 zwei Bücher in deutscher Sprache. Die Titel „Unfug der Krankheit – Triumph der Heilkunst“ (1965) und „Gibt es unheilbare Krankheiten? Nein!“ (o.J.) verdeutlichen diese Sichtweise. Petö versäumte es jedoch, die Grundlagen seiner konduktiven Pädagogik schriftlich festzuhalten und zu veröffentlichen. Im Hinblick auf eine theoretische Fundierung seines Ansatzes ergeben sich dadurch viele Probleme, die in Kapitel 3.1 thematisiert werden.

András Petö erlitt am 11. September 1967 während seiner Arbeit am Institut einen Herzinfarkt, an dessen Folgen er kurz darauf im Alter von 74 Jahren starb.

*„Das Lebenswerk Petös ist die Vernetzung von Therapie und Pädagogik in eine Betrachtungsweise von Körper und Seele. Der Mensch, auch mit seinen Fehlsteuerungen, war ihm wichtiger als die Symptome der Krankheit. Auf der Suche nach Verbesserungen stand die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes im Vordergrund“ (Dittmer, 2002, S.117).*

---

<sup>4</sup> Vgl. dazu Kapitel 5.1.1.

## **2.2 Geschichte der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung**

Die Entwicklung der konduktiven Pädagogik in Österreich wurde maßgeblich von der Physiotherapeutin, Kindergartenpädagogin und späteren Honorar-Konduktorin Helga Keil geprägt. Als erste westliche Besucherin lernte sie 1963 Petö und seine Arbeit in Budapest kennen und veranstaltete im selben Jahr den ersten mehrwöchigen Sommer-Therapiekurs für Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen in Wien / Strebersdorf nach der konduktiven Methode. Es folgten zahlreiche Aufenthalte in Ungarn während derer sie Petös neuartiges Fördersystem weiter studierte und sich sehr intensiv mit dem Thema auseinandersetzte.

Im Jahre 1968 begann Keil ihre Arbeit in Wien mit einer Projektgruppe zur Förderung von spastisch gelähmten Kindern und legte mit der Gründung des Institut Keil den Grundstein für die mittlerweile 40jährige Geschichte dieser Organisation. Fünf Jahre später rief sie den „Österreichischen Spastikerverband“ ins Leben, den sie 17 Jahre lang leitete. Ein besonderer Verdienst Keils ist auch die Gründung der ersten integrativen Kindergruppe Österreichs im Jahre 1979, in der erstmals behinderte und nicht behinderte Kinder bewusst zusammengeführt wurden. Ab dem Jahr 1985 nahm die Anzahl der ganztägigen Gruppen stetig zu, da die Finanzierung von Seiten der öffentlichen Hand gesichert war. Ein Jahr später wurde die erste Wohntrainingsgruppe für Jugendliche und die erste Schulgruppe eingerichtet. Bald darauf entstand die „Elternschule“, in der Eltern gemeinsam lernten, das konduktive Fördersystem mit ihren spastischen Babys und Kleinkindern im Alltag umzusetzen. 1991 wurde das „Kuratorium für Konduktive Förderung und Integration von cerebrally bewegungsbeeinträchtigten Kindern“ ins Leben gerufen. Dabei handelt es sich um einen wissenschaftlichen Verein dessen Hauptaufgabe in der wissenschaftlichen Forschung und Dokumentation sowie der Durchführung von Ausbildungslehrgängen zu Mehrfachtherapie-Konduktorinnen liegt (vgl. Institut Keil, 1995).

Heute umfasst das Therapieinstitut Keil mehrere Standorte in Wien und Gänserndorf (Niederösterreich). In 29 verschiedenen Gruppen lernen und arbeiten täglich 240 behinderte und nicht behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene und werden dabei von 130 Mitarbeitern unterstützt und betreut.

Während ihrer mittlerweile über 40jährigen Arbeit mit „Spastikern“ jeglichen Alters entwickelte Keil die von Petö geprägte konduktive Pädagogik auf westliche therapeutische und pädagogische Standards hin weiter (vgl. Keil, 1998, S. 76). Nach dieser Adaptierung sah Keil die Notwendigkeit auch die Bezeichnung der Methode zu ändern, was sie mit der Einführung des Terminus „konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung nach Petö und Keil“ (KMF) umsetzte. Die dahinterstehende Intention soll an dieser Stelle kurz erläutert werden.

Der Begriff „konduktiv“ kann vom Lateinischen „conducere“ hergeleitet werden und wird im Allgemeinen mit zusammenziehen oder zusammenführen übersetzt (vgl. Weber, 1998, S. 21). Keil übernahm den Terminus von Petö, da durch diese Wortbedeutung bereits ein enorm wichtiges Charakteristikum der konduktiven Pädagogik ersichtlich wird: Denn der Kern sowohl der konduktiven Pädagogik als auch der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung besteht in der Verbindung unterschiedlicher therapeutischer und pädagogischer Fachbereiche wie Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sonder- und Heilpädagogik, Psychologie, etc. So soll dieser Ansatz der Aufsplitterung und Überspezialisierung in diverse Therapien und sonderpädagogische Fördermethoden für cerebralparetische Klienten vorbeugen und entgegenwirken. Keil (vgl. 1998, S. 76) betont in diesem Zusammenhang jedoch, dass die konduktive Förderung nicht als bloße Summation unterschiedlicher Fachbereiche gesehen werden darf. Konduktive Förderung müsse auf einer übergeordneten Ebene als einzigartige Methode verstanden werden, in der sich therapeutische und pädagogische Grundsätze und Aufgabenstellungen verbinden und gegenseitig beeinflussen. Dadurch entstünde ein sehr dynamischer Förderansatz, durch den eine neue Qualität von zunehmender Aktivität, Bewusstheit und Selbststeuerung im Individuum möglich wird und so immer größere Autonomie erlangt werden kann. Nach Rochel (1999) lässt sich das zusammenführende Element der konduktiven Förderung jedoch nicht nur auf die Verbindung verschiedener Disziplinen beschränken.

Vielmehr scheint dieses System in dreifacher Hinsicht zu wirken:

- „1. durch das Zusammenführen multidisziplinärer relevanter Erkenntnisse im Beruf des/r Konduktor/s/in als Bezugsperson;*
- 2. durch das Zusammenführen wichtiger zerebraler Prozesse und aktiver Handlung des Kindes im persönlichen Entwicklungs- und Lernprozeß, der die vorhandene Dysfunktion<sup>5</sup> zur ‚Orthofunktion<sup>6</sup>‘ bringen soll;*
- 3. sowie schließlich das Zusammenführen der zerebralgeschädigten Kinder (und ggfls. deren Mütter/Väter) im alltäglichen Gruppengeschehen“ (S. 16f.).*

Die Zusatzbezeichnung „Mehrfachtherapie“ verweist abermals unmissverständlich *„auf die neben dem pädagogischen Anteil bestehende, mehrere Therapiebereiche umfassende, qualitativ und quantitativ gleichermaßen und immer gleichzeitig vorhandene, also mehrfachtherapeutische Basis“* (Keil, 1998, S. 76).

Den Terminus „Förderung“ hat Keil von Weber übernommen, da dies der einzige deutschsprachige Begriff ist, der sowohl therapeutische als auch pädagogische Aufgaben und Fachbereiche versinnbildlicht (vgl. ebd.).

Neben dem Institut Keil arbeiten auch weitere Einrichtungen in Österreich nach der konduktiven Methode, die hier nur kurz angeführt werden sollen:

- KOMIT gemeinn. GmbH. (Wien), ebenfalls von Keil gegründet
- Österreichischer Verband für Spastiker-Eingliederung (Wien)
- Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (mehrere Standorte in Ober- und Niederösterreich)
- Mehrfachtherapeutisches Zentrum Linz (Oberösterreich)
- Elisabethinum – Förderzentrum für junge Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung in Axams (Tirol)

---

<sup>5</sup> Vgl. dazu Kapitel 4.2.1.

<sup>6</sup> Vgl. dazu Kapitel 4.2.3.

### **2.3 Unterschiede zwischen konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung nach Keil und Petö und konduktiver Erziehung nach Petö**

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt passte Keil das von Petö entwickelte System auf westliche pädagogisch-therapeutische Standards hin an. Die konzeptuellen Unterschiede, die sich aus der in Ungarn praktizierten konduktiven Pädagogik und der in Wien ausgeübten konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung ergeben, fasst Keil (vgl. 1998, S. 77f.) folgendermaßen zusammen:

#### **Durchführung von Einzeltherapien**

Zusätzlich zu den Gruppenprogrammen (vgl. dazu Kapitel 5.1.2 und 5.2.2) werden in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung sogenannte Individualprogramme angeboten, um auf die besonderen Bedürfnisse jedes einzelnen Klienten ausreichend eingehen zu können. Darüber hinaus finden alle ein bis vier Wochen regelmäßige Elternkontakte statt, in denen die Eltern über die Fortschritte ihrer Kinder und neue Ziele informiert werden. Zudem wird mit den Eltern besprochen wie sie den häuslichen Alltag mit ihrem Kind so gestalten können, dass auch außerhalb des Instituts die Aktivität und Selbstständigkeit des Klienten gefördert wird.

#### **Teamzusammensetzung**

Im Gegensatz zum ungarischen System, in dem stets mehrere Konduktorinnen als Team in einer Gruppe zusammenarbeiten, setzt sich das Team in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung meist aus einer ungarischen Konduktorin, einer Pädagogin und einer Therapeutin zusammen, wobei alle eine Zusatzausbildung in konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung absolviert haben müssen.

#### **Gruppengröße**

Im ursprünglichen Ansatz nach Petö können die Gruppen bis zu 30 Teilnehmer umfassen, in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung nach Keil sind die Gruppen kleiner und setzen sich in Kindergartengruppen zumeist aus fünf bis acht Kindern, in Schulgruppen aus sieben bis zehn Kindern bzw. Jugendlichen zusammen. Dadurch wird ein differenzierteres Arbeiten möglich.

## **Klientel**

Keil hat die Anwendung der konduktiven Methode auf Jugendliche und Erwachsene ausgeweitet. So gibt es im Institut Keil nicht nur Frühförderung, Kindergarten- und Schulgruppen sondern auch Ausbildungsgruppen für Jugendliche und junge Erwachsene und ebenso wöchentliche Förderprogramme für erwachsene Patienten mit Multipler Sklerose, Parkinson, Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma.

Eine zusätzliche Sinnes- oder geistige Behinderung ist im Gegensatz zu Ungarn überdies kein Ausschlussgrund für die Teilnahme in einer KMF-Gruppe. Demnach werden in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Praxis auch Gruppen gebildet, die zusätzlich zu den konduktiv mehrfachtherapeutischen Inhalten mit psychomotorischen Bewegungsangeboten oder Elementen der basalen Stimulation arbeiten.

## **Sport**

Über die charakteristischen KMF-Programme hinaus werden im Institut Keil laufend zusätzliche Kurse in behinderungsspezifischem, therapeutisch fundiertem Sport angeboten, wie beispielsweise Reiten, Schwimmen, Radfahren und Skibobfahren.

## **Ärztliche Begleitung**

Im Rahmen der regelmäßigen Zusammenarbeit der Konduktorinnen mit Ärzten werden Diagnosen erstellt, darauf abgestimmte Therapiepläne entworfen, und vor allem die Entwicklungsverläufe der einzelnen Teilnehmer beobachtet.

## **Kooperation**

Im Therapieinstitut Keil herrscht ein reger Austausch zwischen den konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppen und den integrativen Kindergarten- und Schulgruppen. So können die Teilnehmer der KMF-Gruppen zeitlich versetzte, individuell gestaltete Angebote in Kooperation mit den integrativen Gruppen in Anspruch nehmen. Diese spezielle Integrationsform ist behinderungsspezifisch angelegt, um die tägliche gezielte Förderung der Klienten in Kleingruppen gewährleisten zu können.

## **Tagesablauf**

In der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung gliedert sich der Tagesablauf zu gleichen Teilen in motorische Programme, kognitive Einheiten und Selbsthilfetraining, während der Schwerpunkt in Ungarn hauptsächlich auf den motorischen Programmen liegt.

Die angeführten Differenzen beider Systeme zeigen auf, dass es sich bei der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung keineswegs um eine bloße Kopie des ungarischen Systems handelt, sondern um eine wirkliche Weiterentwicklung. So stellt Fink (1998a) fest, dass durch diese Arbeitsweise *„im Institut Keil (...) eine gute und auch nötige Adaption an westliche Verhältnisse gelungen zu sein scheint“* (S. 102). Dennoch ist die konduktive Pädagogik der Ausgangspunkt und Ursprung der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung, weshalb die Grundannahmen und theoretischen Hintergründe beider Systeme identisch sind. Aus diesem Grund treffen die in den anschließenden Kapiteln gemachten Aussagen sowohl auf die konduktive Pädagogik nach Petö, als auch auf die konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung nach Petö und Keil zu.

## **3 Theoretische Grundlagen**

### **3.1 Das Problem der Theoriebildung**

Wie zuvor bereits erwähnt hat Petö keinen abgeschlossenen Theorieansatz hinterlassen, der die konduktive Pädagogik auf theoretisch-wissenschaftliche Weise fundiert. Nur vereinzelt sind konkrete Äußerungen Petös zur konduktiven Erziehung in der Literatur zu finden. So beschreibt er unter dem Pseudonym Karl Otto Bärnklaus seine Methode wie folgt:

*„Es geht um Bewegungspädagogik der gesamten menschlichen Persönlichkeit des in Entwicklung begriffenen gehirngelähmten Kindes. Es geht um die möglichst vollständige aktive Selbstkompensation seiner Defekte und die Vollendung seiner orthomotorischen Entwicklung, die in der vollständigen Willkürbewegung aller beweglichen, früher unbeweglichen oder überbeweg-*

*lichen Glieder und Gliederteile gipfelt*“ (Bärnklaus, 1965, zit. n. Hauschild, 2004, S. 78).

Nach Hauschild (vgl. 2004, S. 79) wurde eine theoretische Reflexion des praktischen „konduktiv-pädagogischen“ Umgangs mit den Klienten am Petö-Institut lange Zeit nicht für notwendig erachtet. Erst auf das Drängen von Interessenten aus dem Ausland hätten sich Petös Nachfolgerinnen, Maria Hári und später Ildiko Kozma, um eine theoretisch-wissenschaftliche Aufarbeitung der Grundlagen der konduktiven Pädagogik bemüht. So stellen Hári et al. (1992) zwar verschiedene Aspekte und Prinzipien der konduktiven Pädagogik dar, jedoch in der am Petö-Institut gängigen Terminologie und Denkweise, ohne die den Beschreibungen implizite Grundhaltung zu thematisieren. Auch fehlt die Bezugnahme auf Erkenntnisse von Nachbardisziplinen wie beispielsweise Entwicklungsneurologie oder Entwicklungspsychologie.

*„Obwohl Hári den Standpunkt vertritt, dass die Grundlagen der Konduktiven Pädagogik ihren Ursprung allein in der praktischen Arbeit Petös haben“* (Hauschild, 2004, S. 79), versuchen Schumann und Clemens (vgl. 1999, S. 20ff.) Petös Philosophie unter Bezugnahme auf den damaligen Zeitgeist zu rekonstruieren. Als Resultat dieser zeitgeschichtlich-biografischen Suche nach Personen und Theorien, die Petö und die Entwicklung der konduktiven Pädagogik beeinflusst haben könnten, nennen Schumann und Clemens unter anderem die Darlegung des „Dialogischen Prinzips“ von Buber, Makarenkos Gruppenpädagogik und Morenos „Psychodrama“ sowie Pawlows „Reflextheorie“. Sie sollen im Folgenden kurz ausgeführt werden.

### **3.2 Bubers dialogisches Prinzip**

Im Jahr 1923 veröffentlichte der Religionsforscher und Religionsphilosoph Martin Buber sein Buch „Das dialogische Prinzip, Ich und Du“. Die wohl bekannteste These aus diesem Werk, „Der Mensch wird am Du zum Ich“, eröffnete dem damals dreißigjährigen Petö eine neue Sichtweise auf die pädagogische Förderung behinderter Menschen und ließ ihr nach Heinisch (vgl. 2000, S. 69) neue Verantwortung zukommen. Nach diesem Grundsatz war die Förderung als eine personale und zwischenmenschliche Begegnung zu interpretieren, in der der

Pädagoge sein Gegenüber bedingungslos in seinem „So-Sein“ akzeptiert. Ebenso wichtig ist jedoch auch, dass der Pädagoge authentisch bleibt. So betont Buber (2006) *„was immer in anderen Bereichen der Sinn des Wortes ‚Wahrheit‘ sein mag, im Bereich des Zwischenmenschlichen bedeutet es, daß Menschen sich einander mitteilen als das was sie sind. (...) Auf die Authentizität des Zwischenmenschlichen kommt es an; wo es sie nicht gibt, kann auch das Menschliche nicht authentisch sein“* (S. 279f.).

Ein weiteres Phänomen der Ich-Du-Beziehung stellt die dialogische Verantwortung dar. Buber versteht darunter die grundsätzliche Bereitschaft des Pädagogen *„auf alles, was einem widerfährt, was man zu sehen, zu hören, zu spüren bekommt“* (ebd., S. 161) zu antworten. Daraus folgt, dass in einer am dialogischen Prinzip orientierten Förderung erst dann eine wirkliche zwischenmenschliche Situation hergestellt ist, wenn sich der Pädagoge dazu entschließt, die Erfahrungen und Wünsche des beeinträchtigten Menschen ernst zu nehmen und auf seine Bedürfnisse einzugehen. Das dem Menschen grundlegende Bedürfnis nach Dialog soll in der Förderung genutzt werden, einerseits in Form einer Förderung *durch* den Dialog, andererseits als Förderung *zum* Dialog.

Die Anerkennung des anderen Menschen als eigenständiges und einmaliges Individuum stellt eine weitere Komponente dar, auf die das dialogische Prinzip und eine an ihm orientierte Förderung aufbaut. Dabei reicht es jedoch nicht aus, das Gegenüber in seiner Einzigartigkeit und Eigenständigkeit zu akzeptieren. Vielmehr geht es in der Förderung darum die beeinträchtigte Person im Prozess des Werdens zu betrachten, als jemand der sich und seine Fähigkeiten weiter entfalten und so sein Selbst weiter herausbilden kann.

*„Um den besten Möglichkeiten im Wesen des Schülers helfen zu können, sich zu verwirklichen, muß der Lehrer ihn als diese bestimmte Person in ihrer Potentialität und ihrer Aktualität meinen, genauer, er muß ihn nicht als eine bloße Summe von Eigenschaften, Strebungen und Hemmungen kennen, er muß seiner als einer Ganzheit inne werden und ihn in dieser Ganzheit bejahen“* (Buber, 2006, S. 130f.).

Betrachtet man nun die bisher dargestellten Aspekte der „Ich-Du-Beziehung“ nach Buber und vergleicht sie mit den Grundsätzen der konduktiven Pädagogik, so lassen sich hier zahlreiche Übereinstimmungen feststellen. Partnerschaftlich-kommunikative Momente und Aspekte zwischenmenschlicher Begegnungen spielen eine zentrale Rolle in der konduktiven Pädagogik. Der Klient wird mit seiner gesamten Persönlichkeit in seinem „So-Sein“ und im „Hier und Jetzt“ anerkannt, wohingegen medizinisch orientierte Therapieansätze ihren Fokus auf den „Soll-Zustand“ richten.

### **3.3 Makarenko und Moreno: Die Pädagogik der Gruppe**

Nach Schumann und Clemens (vgl. 1999, S. 23) haben auch der ukrainische Pädagoge Anton Semjonowitsch Makarenko und der rumänische Psychiater, Dichter und Sozialphilosoph Jacob Levi Moreno auf Petös Philosophie eingewirkt.

Makarenko begann 1920 in der Sowjetunion mit dem Aufbau pädagogischer Gruppen zur Resozialisierung straffällig gewordener, verwaarloster Kinder und Jugendlicher. Er entwickelte eine Theorie der Erziehung, nach der eine moralische und soziale Bildung nur als sogenannte „Kollektiverziehung“ möglich ist (vgl. Hauschild, 2004, S. 80). Dabei hat das Kollektiv nach Jantzen (vgl. 1990, S. 225) vor allem in zweifacher Hinsicht große Bedeutung für die Pädagogik. Zum Einen ginge es um die Erziehung zur Aktivität und Verantwortung. Die Jugendlichen sollten sich nicht nur in das Kollektiv einordnen, sondern vielmehr in der Gruppe aktiv werden und für sich selbst und für andere Verantwortung übernehmen. Dies setzte Makarenko durch die Schaffung von altersübergreifenden Brigaden um, in denen die Jüngeren von den Älteren lernen konnten und die Älteren - neben Lehrern und Erziehern - für die Erziehung der Jüngeren mitverantwortlich waren. Zum Anderen wären „*Stil und Ton des Kollektivs*“ (Sauer mann 1987, zit. n. Jantzen 1990, S. 225) ein wichtiges Moment in der Erziehung. Darunter werden vor allem bestimmte Seiten der Kultur, Ästhetik und Ethik des Kollektivs verstanden, wobei das Gefühl der Würde und Selbstachtung eines jeden einzelnen Gruppenmitgliedes einen hohen Stellenwert einnimmt. Für Makarenko (1974, Bd. 5) war es von großer Bedeutung, dass sich „*kein Zögling, sei er auch noch so klein und schwach oder sei er ein Neuling im Kollektiv (...) isoliert und schutzlos*“ fühlt (zit. n. ebd.).

Während seiner Studienzeit in Wien freundete sich Petö mit Moreno an und spielte gemeinsam mit ihm von 1911 bis 1914 mit Kindergruppen in den Gärten von Wien Stegreiftheater (vgl. Hauschild, 2004, S. 39). Durch die enge Zusammenarbeit mit Moreno während Petös Studienzeit in Wien kann angenommen werden, dass auch die Entwicklung der gruppentherapeutischen Grundlagen des Psychodramas durch Moreno Einfluss auf Petös Entscheidung für das gruppentherapeutische Vorgehen in seinem Förderansatz genommen hat.

### **3.4 Die pawlowsche Reflextheorie**

Der russische Physiologe Iwan Petrowitsch Pawlow gilt neben Iwan Setschenow und Wladimir Bechterew als Begründer der „Reflexpsychologie“ (vgl. Hauschild, 2004, S. 81). Pawlow unterschied zwischen den sogenannten unbedingten Reflexen, die angeboren sind und die elementaren Lebensfunktionen gewährleisten, und den bedingten Reflexen, die der Mensch im Laufe seiner Entwicklung erwirbt. Auf der Grundlage dieser Erkenntnis war es Pawlow möglich, bedingte Reflexe unter experimentellen Bedingungen zu reproduzieren. Dieses Phänomen bezeichnete er als „klassisches Konditionieren“, das anhand des experimentellen Versuchs mit dem berühmten Pawlowschen Hund verdeutlicht werden soll:

Sieht ein Hund Futter, so beginnt er Speichel abzusondern. Dies geschieht reflexartig und wird als unbedingte Reaktion bezeichnet. Analog dazu wird die Nahrung als unbedingter Reiz bezeichnet. Hört ein Hund einen Glockenton, so reagiert er neutral, das heißt er bewegt eventuell seine Ohren in die Richtung, aus der der Ton kommt. Pawlow ließ in seinem Versuch jedoch wiederholt gleichzeitig mit dem Vorsetzen von Futter einen Glockenton erklingen. Während der Hund zuvor auf das Erklingen der Glocke lediglich mit einer Ohrenbewegung reagiert hat, so bewirkt der selbe Reiz nach mehreren Wiederholungen der gemeinsamen Darbietung von Futter und Ton eine ganz andere Reaktion, nämlich die Speichelsekretion. Demnach wurde durch die häufige zeitgleiche Darbietung von Futter und Ton aus einem zuvor neutralen Reiz ein bedingter Reiz. Dementsprechend bezeichnete Pawlow die Reaktion des Hundes auf den Glockenton als bedingte oder konditionierte Reaktion.

Nach Hauschild (vgl. 2004, S. 81) legte Pawlow diese Erkenntnisse auf den Menschen um und spricht von zwei unterschiedlichen Signalsystemen eines Individuums: Das erste ist das Nervensystem mit seinen bedingten und unbedingten Reflexen. Auf dessen Grundlage konstruierte er ein zweites, „höheres“ Signalsystem, in dem Sprache und Denken Signalfunktion besitzen.

Es erscheint sehr naheliegend, dass Petö als Mediziner auf Pawlows Reflextheorie zurückgegriffen hat. Nach Hauschild (2004) weist auch ein Bericht von Klein über seine Studienaufenthalte im Petö-Institut in Budapest auf eine Verbindung zwischen Petös Philosophie und Pawlows Entdeckungen hin:

*„In Anwendung der Erkenntnisse Pawlows, wonach die Erlernung und Ausbildung von Bewegungsabläufen durch bedingte Reflexe erfolgt, werden neue Bewegungsmechanismen entwickelt und in Form von dynamischen Stereotypen ausgebildet, wobei der Wechselwirkung von erstem und zweitem Signalsystem besondere Bedeutung zukommt“ (Klein 1962, zit. n. ebd., S. 82).*

In der konduktiven Pädagogik besitzt die Sprache Vermittlerfunktion, sie soll eine motorische Handlung - erstes Signalsystem - in eine kognitive Handlung - zweites Signalsystem - übertragen. Die Idee, dass Sprache zwischen Motorik und Kognition vermittelt, könnte Petö zum Prinzip des rhythmisch kontinuierlichen Intendierens geführt haben. Dabei löst das Wort, bzw. eine umfassendere Bewegungsformel *„einen komplexen Reiz aus, der eine akustische, optische und sprachmotorische Komponente besitzt“* (Schumann und Clemens, 1999, S. 24). Dies wird jedoch im Kapitel 5.1.3 noch genauer erläutert.

## 4 Begriffsdefinitionen

### 4.1 Cerebralparese

Die konduktive Pädagogik ist in ihrem Ursprung ausschließlich auf Kinder mit Cerebralparese (CP) spezialisiert. Im Laufe der Zeit wurde die Fördermethode auf andere Altersgruppen und Behinderungsformen, wie beispielsweise Spina bifida, Parkinson, Multiple Sklerose und Apoplexie<sup>7</sup>-Patienten angepasst. Dieses Kapitel beschränkt sich jedoch auf die Definition der Cerebralparese, ihrer Ätiologie und den Folgeerscheinungen, da die anderen erwähnten Behinderungsformen für diese Arbeit wenig relevant sind.

#### 4.1.1 Definition

Michaelis und Niemann (1995) definieren das komplexe Störungsbild der Cerebralparese (CP) in folgender Weise:

*„Zerebralparesen sind bleibende, nicht progrediente, jedoch im Erscheinungsbild über Jahre sich ändernde Störungen der Haltung und Bewegung, die auf eine Schädigung des sich noch entwickelnden Gehirnes durch pränatale, natale oder neonatale Komplikationen zurückzuführen sind, wobei Störungen der kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten sowie Anfallsleiden die motorischen Störungen begleiten können.“ (ebd., S. 88)*

Bezugnehmend auf diese Ausführungen von Michaelis und Niemann wird deutlich, dass eine Cerebralparese nicht nur physiologische Störungen nach sich zieht sondern auch Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten der betroffenen Person hat. Ferrari (1995) betont in diesem Zusammenhang, dass der Klient<sup>8</sup> in Folge dessen nicht nur in seiner „Adaptionsfähigkeit“ (S. 22f., zit. n. Hauschild, 2004, S. 30), d.h. in seiner Fähigkeit, motorische Fertigkeiten durch Anpassung an die Bedürfnisse sowohl des eigenen Körpers als auch des Umfeldes zu entwickeln,

---

<sup>7</sup> Schlaganfall.

<sup>8</sup> Der Terminus „Kind“ wird durch „Klient“ ersetzt, da die an dieser Stelle gemachten Aussagen ohne weiteres auch für Verläufe bei erwachsenen Klienten im Rehabilitationsprozess gelten können. Dies bezieht sich ebenfalls auf den weiteren Verlauf dieser Arbeit.

beeinträchtigt ist. Die Lähmung als Folge einer CP sei für das Kind nicht nur ein rein motorisches oder perzeptives Problem, sondern in erster Linie eine Lähmung der Intention, des Interesses und der sozialen Partizipation (vgl. ebd.). Auf Basis dieser Annahme ist es im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen nötig, die gesamte Persönlichkeit des Klienten mit all ihren Facetten wahrzunehmen und auch die soziale Umwelt des Klienten in den Förderprozess mit einzubeziehen. Um wirkliche Fortschritte durch die Fördermaßnahmen zu erzielen reicht es nicht aus, sich in therapeutischen Settings nur auf den Ausgleich körperlicher Defizite zu konzentrieren. Vor allem geht es darum, den Klienten auch und gerade in der natürlichen Interaktion mit seiner physischen und sozialen Umwelt zu fördern.

#### 4.1.2 Ätiologie der Cerebralparese

Bezüglich der Ätiologie einer Cerebralparese lassen sich wie in der Definition von Michaelis und Niemann bereits erwähnt wurde drei verschiedene Phasen unterscheiden, in denen eine Störung entstehen kann. Danielczyk (vgl. 2003, S. 98f.) beschreibt die möglichen Ursachen für eine CP noch genauer:

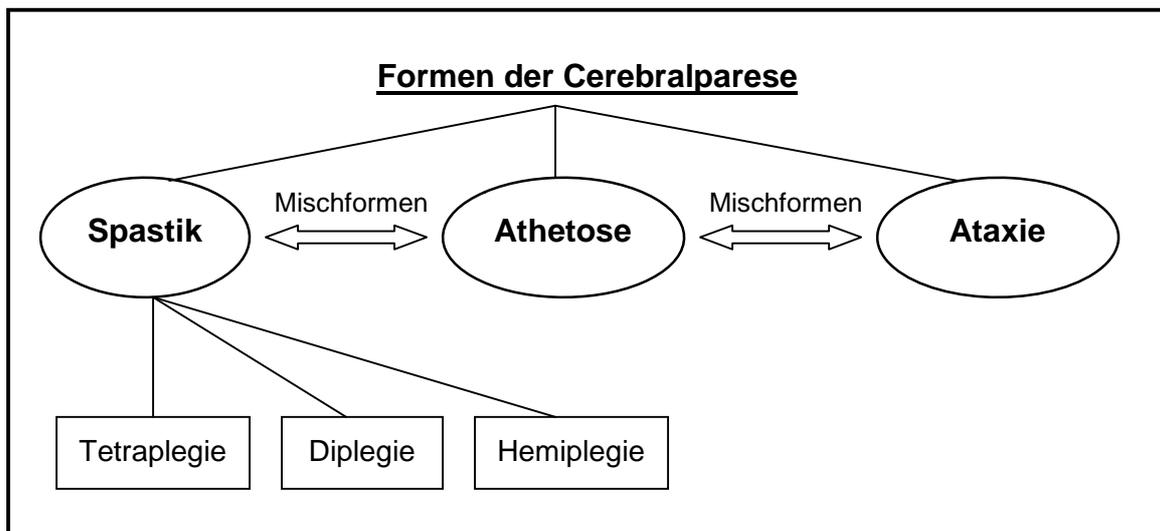
- *Pränatale Schädigungen* werden während der Schwangerschaft erworben und sind beispielsweise bedingt durch Blutungen, Vergiftungen und Infektionen, Blutgruppenunverträglichkeit, Stoffwechselstörungen, medikamentöse Schädigungen und Drogenmissbrauch.
- *Perinatale Schädigungen* entstehen durch Komplikationen während der Geburt, wie Sauerstoffmangel, Nabelschnurumschlingungen und geburtshilfliche Eingriffe. Auch in Folge verlängerte Geburten oder Frühgeburten kann es zu Schädigungen des Gehirns kommen.
- *Postnatale Schädigungen* können bis zum dritten Lebensjahr erworben werden. Sie resultieren zumeist aus Atemstörungen, entzündlichen Erkrankungen des Gehirns, Neugeborenenkrämpfen und Blutungen oder Tumoren im Gehirn. Ebenso kann nach einem Unfall oder Schädel-Hirn-Trauma eine cerebrale Störung auftreten.

Kommt es während einer der oben angeführten Lebensphasen zu einer Schädigung des Gehirns, spricht man von einer infantilen, also frühkindlichen Cerebralparese (ICP). Der Großteil cerebraler Bewegungsstörungen entsteht in einer der oben

genannten Phasen, jedoch kann eine Cerebralparese beispielsweise durch Apoplexie oder ein Schädel-Hirn-Trauma in jedem Alter auftreten.

#### 4.1.3 Erscheinungsbilder

In welcher Form sich eine Cerebralparese zeigt, hängt vom Ausmaß und der Lokalisation der Hirnschädigung ab. Häufig treten auch Mischformen der drei Haupterscheinungsbilder auf.



**Abbildung 1:** Formen der Cerebralparese (Hauschild 2004, S. 99).

Das mit Abstand am häufigsten auftretende Erscheinungsbild der Cerebralparese ist die sogenannte **Spastik**. Nach Danielczyk (vgl. 2003, S. 99) tritt dieses Symptom bei ca. 60% aller Cerebralparetiker auf. Leyendecker (vgl. 2005, S. 86) beschreibt die Spastik als erhöhten Muskelspannungszustand, durch den Bewegungen nur verkrampt und langsam ausgeführt werden können. Weber (vgl. 1998, S. 36) spezifiziert dies weiter und definiert die Spastik als Neigung zu Verkrampfungen der Muskulatur während der Bewegung, wobei der erhöhte Dehnungswiderstand der Muskulatur charakteristisch für die Spastik ist. Spürbar wird dies sowohl beim passiven als auch beim aktiven Bewegen der spastischen Gliedmaßen. Weitere Symptome sind die „*Verbreitung und Steigerung der Sehnenreflexe sowie unterschiedlich starke Muskelzuckungen als Folge rascher Dehnungen*“ (ebd.).

Auch innerhalb des Erscheinungsbildes der Spastik lassen sich je nach Umfang und Lokalisation des Hirnschadens verschiedene Formen unterscheiden (vgl. Feldkamp 1996, S. 18ff.):

- Von einer Tetraplegie spricht man, wenn der ganze Körper betroffen ist, es handelt sich hierbei also um eine Lähmung aller vier Extremitäten.
- Eine Diplegie ist charakterisiert durch den vorwiegenden Befall der Beine, die Arme sind oft nur minimal beeinträchtigt.
- Eine Hemiplegie liegt vor, wenn eine Körperhälfte betroffen ist, es handelt sich also um eine Halbseitenlähmung. In Folge einer Schädigung innerhalb *einer* Gehirnhälfte zeigt sich vorwiegend in den Extremitäten der andern Körperhälfte ein erhöhter Muskeltonus und oft ein vermindertes Körperbewusstsein. In der Regel sind auf der betroffenen Seite Arm und Hand stärker beeinträchtigt als Bein und Fuß.

Die **Athetose** ist nach Danielczyk (vgl. 2003, S. 101) die zweithäufigste Form der Cerebralparese und tritt in ca. 30% aller Fälle auf. Sie ist gekennzeichnet durch einen fluktuierenden Muskelspannungszustand meist des gesamten Körpers, selten ist nur eine Körperhälfte betroffen. Durch *„vermehrte Reflextätigkeit, Haltungsstörungen, gesteigerte Ausdrucksbewegungen sowie vermehrte und ausfahrende Mitbewegungen“* (ebd.) weisen die Betroffenen die Tendenz zu bizarren Bewegungsformen auf.

Wesentlich seltener als Spastik oder Athetose tritt das Erscheinungsbild der **Ataxie** auf. Dabei handelt es sich meist um *„Störungen der Bewegungskoordination, des Gleichgewichts und der Raumorientierung“* (Feldkamp et al., 1989, S. 16). Kennzeichnend für die Ataxie sind Schwierigkeiten in der gezielten Bewegungsausführung, ein schwankender, unsicherer Gang bzw. Stand und eine schlechte Balance des Rumpfes.

#### 4.1.4 Zusätzliche Beeinträchtigungen

Wie bereits verdeutlicht wurde hat eine Cerebralparese in erster Linie Auswirkungen auf die motorischen Fähigkeiten des betroffenen Menschen. Der Grad der Behinderung wird nach Weber (1998) jedoch nicht ausschließlich von der Bewegungsstörung bestimmt, sondern auch und „*ganz wesentlich von nichtmotorischen Begleiterscheinungen beeinflusst*“ (ebd., S. 38f.). Da die Gesamtentwicklung des Menschen in allen Bereichen eng miteinander verbunden ist, kommt es durch eine CP fast immer auch zu Begleitstörungen anderer Entwicklungsbereiche.

So führt Feldkamp (vgl. 1996, S. 28) folgende nichtmotorische Störungen als zusätzliche Beeinträchtigungen in Folge einer Cerebralparese an:

1. Störungen der Intelligenz
2. Anfallsleiden
3. Sehstörungen
4. Hörstörungen
5. Störungen des Spracherwerbs
6. Gefühlsstörungen
7. Verhaltensstörungen und
8. vegetative Störungen.

## 4.2 Konstrukte im Rahmen der konduktiven Pädagogik

### 4.2.1 Dysfunktion

Im System der konduktiven Förderung werden cerebrale Bewegungsbeeinträchtigungen als dynamische Größe definiert. Der Begriff „Dysfunktion“, mit dem die Bewegungsstörung bezeichnet wird, soll nach Hari et al. (1992) in diesem Zusammenhang zum Ausdruck bringen, dass es sich hierbei „*um kein statisches Problem handelt, um kein Problem mit lokalem Charakter*“ (S. 11). Denn eine Cerebralparese wird in der konduktiven Pädagogik stets als Lernbeeinträchtigung verstanden, die nicht alleine auf die Bewegungskoordination, sondern auf die gesamte Persönlichkeitsentwicklung des Klienten Auswirkungen hat. Dies

verdeutlicht Janeba (2000) indem sie die Dysfunktion als „*einen Zustand des Unvermögens, den bio-psycho-sozialen Bedürfnissen des Organismus entsprechend zu handeln*“ (S. 15) definiert. Dementsprechend stellt die motorische Beeinträchtigung nur *einen* Aspekt im komplexen Störungsbild der CP dar, weshalb es für eine positive Entwicklung des Klienten nicht ausreicht, sich in der pädagogisch-therapeutischen Förderung allein auf den Ausgleich des biologischen Defekts zu konzentrieren. Vielmehr muss nach dieser Auffassung auch und gerade auf die psychologischen und sozialen Folgen einer Cerebralparese Bezug genommen werden, um den Klienten in seiner Entwicklung optimal unterstützen zu können. Nach Hauschild (vgl. 2004, S. 25) war es für Petö selbstverständlich, dass der menschliche Organismus nicht nur aus Knochen, Organen und Muskeln besteht, sondern dass ebenso Seele und Geist mit dem Körper untrennbar verbunden sind. Wie bedeutungsvoll diese ganzheitliche Sichtweise in der konduktiven Förderung ist soll Petö durch folgende Worte ausgedrückt haben: „*Lasst doch die gelähmten Muskeln und beschäftigt euch mit der ganzen Persönlichkeit*“ (zit. n. Selbsthilfebüro Korn e.V., 2004, o. S.).

Hari et al. (1992) betonen überdies den hohen Stellenwert der Lernfähigkeit in der konduktiven Pädagogik und „*sind der Meinung, daß es sich auch beim disfunktionellen Kinde um ein sich entwickelndes Kind handelt, das auf dem Wege des Lernens entwicklungsfähig ist, (...) und wie sich auch das gesunde Kind auf dem Wege des Sammelns von Erfahrungen, des Lernens entwickelt, so trifft dies ebenso auf das disfunktionelle Kind zu*“ (S. 118). Der bewegungsbeeinträchtigte Klient würde lediglich aus einer weit nachteiligeren Position heraus starten, da er auch jenes erst erlernen müsse, was sich gesunde Menschen im Laufe ihrer Entwicklung automatisch und spontan aneignen. In dieser Auffassung von Behinderung wird die entwicklungsorientierte Einstellung in der konduktiven Pädagogik deutlich. Ausgehend von der Grundannahme, dass jeder Mensch – unabhängig davon, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht – lern- und entwicklungsfähig ist, kann das Lernhindernis Dysfunktion „*mit wirkungsvollen Fördermaßnahmen aktiv beeinflusst und bestenfalls überwunden*“ (Weber, 1996, S. 60) werden.

#### 4.2.2 Konduktion

Der Terminus „Konduktion“ steht für genau diesen Prozess der Überwindung des Lernhindernisses Dysfunktion. Hari et al. (vgl. 1992, S. 27) sehen in der Konduktion eine Art Unterstützung und Anleitung des Klienten in der Formulierung seiner Ziele, was als Grundvoraussetzung für die Lösung einer Aufgabe gilt. Dabei betont Hari, dass nicht der bewusste Gedanke an das Wie der Bewegung zum Ziel führt, sondern die reine Vorstellung des Zieles an sich. Denn *„bei der Vorstellung des Ziels organisiert das Nervensystem den dazu führenden komplizierten Weg und diese Organisation ist unbewußt. Die versuchte Bewußtmachung der Bewegungsfragmente führt nicht zur Erreichung der notwendigen Koordination“* (ebd.).

Die Konduktion an sich ist eine pädagogische Aufgabe. Es geht nicht darum, dem Klienten aktiv ein bestimmtes realistisches Ziel vorzugeben, sondern ihn indirekt zu beeinflussen und jene intellektuellen Fähigkeiten aus ihm herauszulocken, mit denen er dieses Ziel selbst definieren kann. In diesem Prozess soll sich die Konduktorin möglichst passiv verhalten. Hari et al. (1992) bemerken dazu, dass es sich dabei um eine Funktion handelt, *„die unausgesprochen bleibt; sie kommt möglichst weder in gegenständlicher noch in persönlicher Hilfe zum Ausdruck, ist jedoch integrierter Bestandteil des Handelns des Schülers“* (ebd., S. 38). Da diese Form der Unterstützung sehr passiv ist und daher für einen außenstehenden Beobachter kaum erkennbar, spielt die Dynamik zwischen Konduktorin und Klient eine große Rolle in der Konduktion. Diese kann nach Hari et al. (vgl. 1992, ebd.) vor allem durch persönliche Eigenschaften der Konduktorin wie Humor, Leidenschaft und Phantasie, Mimik und Gestik und vor allem Freude an der Arbeit mit den Klienten beeinflusst werden. Auf diese Weise des indirekten Einwirkens auf das Verhalten und das Handeln des Klienten wird seine Aktivität und Selbstständigkeit sowohl in motorischer als auch in kognitiver Hinsicht gefördert.

#### 4.2.3 Orthofunktion

Das Konstrukt „Orthofunktion“ wurde nach Weber (vgl. 1998, S. 85) von Petö als Pendant zum Begriff Dysfunktion entwickelt und stellt das Ziel der konduktiven Pädagogik dar. Verstanden wird darunter die Fähigkeit, sich in einer altersadäquaten Umgebung zurechtzufinden, ohne auf besondere Hilfe und Unterstützung

von Außen angewiesen zu sein. Die Aufgabe der konduktiven Pädagogik liegt somit darin, jedem Klienten größtmögliche Selbstständigkeit im Lebensalltag zu ermöglichen.

Weber (vgl. ebd.) präzisiert dies noch weiter und hebt die folgenden drei Aspekte hervor, auf denen zur Erreichung der Orthofunktion besonderes Augenmerk liegt:

### **1. Perzeption, motorische Grundfähigkeiten und koordinative Eigenschaften**

Dazu zählen die Schulung der Wahrnehmung, das eigenständige Sitzen, Stehen, Gehen und Laufen und verschiedene feinmotorische und koordinative Fertigkeiten wie beispielsweise das Schreiben.

### **2. Intellektuelle und sozial-emotionale Fähigkeiten**

Diese schließen die Sprache und kommunikative Fertigkeiten mitein, sowie Kulturtechniken, Fähigkeiten der sozialen Integration und psycho-soziales Handeln.

### **3. Lebenspraktisches Handeln**

Darunter werden alle Tätigkeiten des alltäglichen Lebens verstanden wie beispielsweise Essen und Trinken, Körperhygiene, An- und Auskleiden, Toilettengang etc.

Hauschild (vgl. 2004, S. 89) zufolge scheint Petö selbst die Orthofunktion vorrangig auf die motorischen Fähigkeiten der Klienten bezogen zu haben. Petö betonte demzufolge die enorme Bedeutung von Willkürbewegungen für die Herausbildung einer orthofunktionellen Persönlichkeit. Für Petö *„gipfelt die Vollendung der orthomotorischen Entwicklung eines Kindes in vollständigen Willkürbewegungen aller seiner beweglichen, früher unbeweglichen Glieder und Gliederteile“* (ebd.).

Für Hari hingegen steht die Ausformung der Intention im Mittelpunkt. Sie legt mehr Gewicht auf die mentale Fähigkeit sich bewusst Ziele zu setzen und bewertet die Planung einer Tätigkeit wichtiger als ihre korrekte Ausführung. Somit ist ihr Verständnis von Orthofunktion primär auf die kognitive Entwicklungsdimension ausgerichtet.

*„The term orthofunction describes an integrated cognitive performance, as self realisation and self regulation are considered to be cognitive mechanisms. For the primary objective in the acquisition of orthofunction is to achieve cognitive growth, not merely performance” (Hari & Akos 1990, S. 225, zit. n. Hauschild 2004, S. 89).*

## **5 Fazilitation und konduktiv mehrfachtherapeutische Praxis**

Unter Fazilitation versteht die konduktive Förderung die Gesamtheit aller Mittel und Hilfen, die den Klienten in der Erreichung der Orthofunktion unterstützen. Die Fazilitation bietet dem Klienten zahlreiche Hilfestellungen auf verschiedenen Ebenen, durch die ihm sowohl die Zieldefinition als auch die Zielerreichung erleichtert werden. Brown und Mikula-Toth (1997) schreiben dazu: *„The Oxford Dictionary definition of the term facilitate is: ‚make easy, promote an action or result‘. Conductive facilitation is exactly this; it is the methods used to promote an action or a result; to make easier” (ebd., S. 15).*

Das höchste Ziel der Fazilitation darin liegt, die Selbstständigkeit und Selbststeuerung der Klienten anzuregen und zu fördern. Es darf nur so viel Unterstützung gegeben werden, wie die Person für das erfolgreiche Lösen einer Aufgabe unbedingt benötigt. Entsprechend diesem Grundsatz erklärt Tautscher-Fak (vgl. 2005, S. 18), dass in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung Lernsituationen mit Hilfe der Fazilitation so strukturiert werden, dass der Klient seine Ziele immer erreichen kann und der Weg dahin möglichst ohne Fremdhilfe möglich wird.

Die konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung unterscheidet vier Arten von Fazilitation, die im Folgenden genauer dargestellt werden sollen.

## **5.1 Pädagogisch-psychologische und soziale Fazilitation**

### 5.1.1 Konduktorin und Team

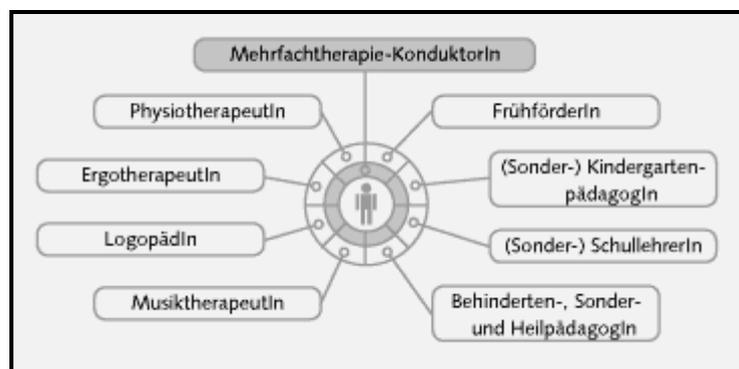
In der Praxis konduktiv mehrfachtherapeutischer Arbeit erfährt das Kind vor allem durch die Konduktorinnen pädagogisch-psychologische Fazilitation. Petö erschuf dieses einzigartige Berufsbild aus der Annahme heraus, dass verschiedene Therapeuten dem Kind nicht das Maß an Sicherheit vermitteln können, das es zum erfolgreichen Lernen benötigt (vgl. Weber, 1998, S. 46). Zudem erkannte er in den gängigen Therapieformen laut Weber (vgl. ebd., S. 120) die Gefahr, dass jeder Therapeut als Spezialist seines Fachgebiets den Klienten nur aus dem Blickwinkel seiner jeweiligen Disziplin wahrnimmt. So würde sich ein Physiotherapeut mit den motorischen Fähigkeiten beschäftigen, ein Logopäde kümmern sich um die Verbesserung der Sprache, Ergotherapeuten wären für Selbsthilfe- und Wahrnehmungstraining zuständig und pädagogische Arbeit konzentrierte sich auf Bildung und Erziehung. Diese Aufsplitterung in einzelne Disziplinen erfordert nach Weber (vgl. ebd.) vom Klienten, sich immer wieder auf andere Personen einzulassen, die jeweils unterschiedliche Aufgaben an sie stellen. Unter diesen Bedingungen der Vielfalt funktionalisierter Bezugspersonen könne die Ebene der Kommunikations- und Beziehungsstruktur, die für eine positive Entwicklung und einen gelingenden Förderprozess essentiell ist, häufig kaum hergestellt oder intensiviert werden.

So entwickelte Petö das Berufsbild der Konduktorin, in dem das Wissen und die Kompetenzen aus unterschiedlichen Disziplinen in einer Person vereint werden. Dementsprechend finden sich im Studienplan zur Konduktorinnen-Ausbildung (vgl. Kozma, 1998, S. 43) Teile aus Medizin, Biologie, Pädagogik, Psychologie, Sport und Kultur.

In Österreich wird die Ausbildung zur „Mehrfachtherapie-Konduktorin für Cerebralparetiker und Mehrfachbehinderte“ seit dem Jahr 2000 in akademischer Form angeboten. Der 4-semesterige Universitätslehrgang (ULG) wird in Zusammenarbeit des Instituts für Sportwissenschaften und dem Kuratorium für Konduktiv Mehrfachtherapeutische Förderung und Integration von cerebral bewegungsbeeinträchtigten Menschen in Wien durchgeführt. Voraussetzung für die

Teilnahme am ULG ist die Absolvierung des 2-semesterigen „Basislehrgangs zur konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppenassistentin“.

Der Universitätslehrgang richtet sich vor allem an bereits ausgebildete Pädagogen und Therapeuten und hat die wissenschaftlich fundierte Weiterbildung auf den theoretischen und praktischen Grundlagen der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung nach Petö und Keil zum Ziel. Der Homepage des ULG<sup>9</sup> ist das Berufsbild der Mehrfachtherapie-Konduktorin zu entnehmen, die nach ihrer Ausbildung Bezugsperson, ganzheitliche Therapeutin und PädagogIn zu gleichen Teilen ist.



**Abbildung 2:** Berufsbild der Mehrfachtherapie-Konduktorin<sup>9</sup>.

In Abbildung 2 zeigt sich deutlich, dass die Konduktorin entsprechend ihrer multidisziplinären Ausbildung zahlreiche wichtige Aufgaben wahrzunehmen hat. Sie ist einerseits für die Planung, Durchführung und Reflexion aller Förder- und Rehabilitationsmaßnahmen zuständig, legt die mehrfachtherapeutischen und kognitiven Ziele der Gruppe und des Individuums fest und bereitet die konduktiv mehrfachtherapeutischen Lernsituationen methodisch-didaktisch so auf, dass die gesetzten Ziele auch erreichbar werden. Zudem verknüpft sie medizinisch-therapeutische Erkenntnisse mit Erkenntnissen aus Psychologie, Pädagogik und Pflegewissenschaften und ist für die sinnvolle Tagesgestaltung bzw. den Tagesablauf zuständig.

<sup>9</sup> vgl. <http://www.univie.ac.at/mft-konduktor/index.htm>

Zu den wichtigsten Kompetenzen einer Konduktorin zählt Weber (vgl. 1998, S. 47) die positive Grundeinstellung den Klienten gegenüber, die Fähigkeit zur Motivation und die Fähigkeit zur teilnehmenden bzw. konduktiven Beobachtung.

### **Die positive Grundeinstellung**

Wie in Abschnitt 4.2.1 bereits erläutert wurde, geht die konduktive Förderung stets von der Lernfähigkeit der Klienten aus. Im Fokus der Arbeit steht nicht das Bewegungsdefizit sondern der zur Veränderung fähige Mensch. Diese entwicklungsorientierte Einstellung gilt als Grundvoraussetzung für die enge Zusammenarbeit zwischen Konduktorin und Klient. Die Konduktorin hat Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten, zeigt Empathie, Wertschätzung und akzeptiert ihn bedingungslos in seinem „So-Sein“, wodurch dem Klienten ein Gefühl der Sicherheit vermittelt wird. Weber (vgl. ebd.) sieht zudem auch die Echtheit und Authentizität der Konduktorin, so wie Buber (vgl. dazu Kapitel 3.2), als wichtigen Faktor im pädagogischen Prozess.

### **Die Fähigkeit zur Motivation**

In engem Zusammenhang mit der positiven Grundeinstellung gegenüber den Klienten steht auch die Fähigkeit zur Motivation. *„Beim bewegungsgestörten Klienten muß davon ausgegangen werden, daß durch zahlreiche Misserfolgslebnisse die Motivationsbildung (...) gestört oder behindert sein kann“* (Weber 1998, S. 48). Aus diesem Grund ist es von enormer Bedeutung Misserfolgslebnisse zu vermeiden und die Motivation durch den Abbau von Ängsten, negativen Gefühlen und Befürchtungen zu fördern. Die Konduktorin regt die Klienten zu jeder Zeit im Erziehungsprozess zur selbstständigen Lösung der Aufgaben an. Dabei müssen die Ziele so gestaltet werden, dass sie für den Klienten erreichbar sind.

### **Die konduktive Beobachtung**

Auf der Grundlage der aktiv-teilnehmenden bzw. konduktiven Beobachtung können konduktive Prozesse entscheidend gesteuert und Programme zielgerichtet geplant werden (vgl. Weber 1998, S. 49). Die konduktive Beobachtung ist *„multifaktorial und kontinuierlich“* (Hari et al., 1992, S. 125) und bezieht ihre Informationen vor allem

aus natürlichen Situationen und Gelegenheitsbeobachtungen in offenen Interaktions-strukturen.

*„Sie beschränkt sich nicht auf Untersuchungsabschnitte, so daß ihr riesiger Vorteil in der Möglichkeit der sofortigen Rückkoppelung besteht. Dadurch können im gegebenen Augenblick optimale Bedingungen für die erfolgreiche Lösung einzelner Aufgaben garantiert werden“* (Hari 1992, S. 125).

Die Kontinuität der konduktiven Beobachtung bestätigen auch Brown und Mikula-Toth (1997): *„Observation does not end once the person has attended for consultation; it is ongoing“* (ebd., S. 13). Sie unterscheiden im Weiteren zwischen zwei Arten der Beobachtung: In der operativen Beobachtung stehen die Art der Bewegungsausführung und die dazu benötigten Hilfsmittel im Fokus. Im Gegensatz dazu konzentriert sich die progressive Beobachtung in erster Linie darauf, wie der Klient die Aufgabenstellung löst und wie sich diese Lösung entwickelt und im Laufe der Zeit verändert (vgl. ebd.).

Generell lässt sich auch für die konduktive Beobachtung das Prinzip der Ganzheitlichkeit geltend machen. Im Mittelpunkt steht die gesamte Persönlichkeit des Kindes und jede Situation, in der sich diese zeigt. Dazu gehören Lage- und Positionswechsel, Selbstversorgung, Sprache und Kommunikation, Intellekt, soziales Verhalten sowie interpersonelle Beziehungen (vgl. Hari et al. 1998, S. 125). Brown und Mikula-Toth (1997) schreiben dazu: *„The conductors do not specifically look at one part of the person, they look at the whole person and a way for that person´s achieving what he had not been able to achieve before because of his disabilities“* (S. 23). Die Konduktorin registriert vor allem die Erfolge und erfasst Fähigkeiten, aus denen Maßnahmen für die individuell möglichen Fortschritte abgeleitet werden können. Nach Weber (vgl. 1998, S. 114) werden jedoch auch der pädagogische Prozess bzw. die Prozessbedingungen zum Gegenstand der konduktiven Beobachtung, um pädagogisch-psychologische Ansatzpunkte zu finden, die eine Veränderung des Zustandes der Klienten bewirken können.

Zusammenfassend hebt Eckhardt (1964) die Bedeutung der Konduktorin im Prozess der konduktiven Förderung mit folgenden Worten hervor:

*„Es handelt sich um ein ‚Teamwork‘ (...) in einer Person, das mancherlei Vorteile hat: Umfassende Beobachtungsmöglichkeit der Kinder, Schaffung eines mütterlichen Verhältnisses zu den Kindern und vor allem die Sicherung einer konsequenten Durchführung der bewegungspädagogischen Prinzipien. (...) Das Berufsbild ist vielseitig und setzt umfangreiches Wissen und Können voraus. Liebe zu den Kindern, viel Geduld sowie eine Begeisterung für die Aufgabe des Institutes“ (ebd., zit. n. Hausschild 2004, S. 92).*

### 5.1.2 Bedeutung und Wirkung der Gruppe

Wie in Kapitel 3.3 bereits erwähnt wurde, hatte die Gruppenpädagogik von Makarenko und Moreno mit hoher Wahrscheinlichkeit Einfluss auf die Entwicklung der Grundlagen konduktiver Pädagogik. Demnach wird die Arbeit in der Gemeinschaft als Raum gesehen, der auf vielfältige Art und Weise die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen beeinflusst. Die gemeinsame Tätigkeit in der Gruppe ist ein zentraler Faktor in der Praxis der konduktiven Förderung.

Die Zusammenstellung der Gruppen erfolgt nach Tautscher-Fak (vgl. 2005, S. 16) immer unter Berücksichtigung des motorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklungsniveaus des einzelnen Klienten. Hari et al. (1992, S. 154) betonen in diesem Zusammenhang, dass jede Gruppe nach Möglichkeit so organisiert sein soll, dass eine gewisse Dynamik gewährleistet werden kann. Aus diesem Grund steht in der Frage nach der Zusammensetzung der Klassen keineswegs der Gedanke einer homogenen, das heißt vom Entwicklungsniveau her einheitliche Gruppe im Vordergrund. Vielmehr wird genau das Gegenteil angestrebt, denn Dynamik kann nur durch Heterogenität entstehen. Deshalb wird in der konduktiven Pädagogik darauf geachtet, Klienten mit verschiedenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in einer Gruppe zusammenzufassen. Jedoch geben Hari et al. (vgl. ebd.) auch zu bedenken, dass unbedingt abgesichert sein muss, dass jedes Kind mit der Gruppe zusammenarbeiten kann. Die Dynamik, die durch die Heterogenität in der Gruppe in Gang gebracht wird und ihre Bedeutung als Teil der sozialen Fazilitation veranschaulicht Fink (1998a) folgendermaßen:

*„Im gegenseitigen Vergleichen spornen sie [die Klienten, Anm. d. Verf.] sich an und beklatschen und bejubeln die jeweiligen Fortschritte. Diese mitreißende Atmosphäre und gegenseitige Anerkennung bekommt mehr Gewicht als das Lob einer Therapeutin je haben könnte“ (ebd., S. 63).*

Das gegenseitige Vergleichen, wie es Fink hier erwähnt, wirkt in zweifacher Hinsicht: Zum Einen wird dadurch die Motivation der Klienten erhöht, zum Anderen können Klienten mit hohem Lern- und Leistungsniveau in einem Bereich für andere Vorbildwirkung einnehmen, unter anderem im Sinne des Imitationslernens (vgl. Tautscher-Fak, 2005, S. 16).

Die Gruppe und die betreuenden Konduktorinnen und Pädagogen sollten über einen längeren Zeitraum hinweg gleich bleiben, *„da durch stabile Beziehungen ein kontinuierlicher Entwicklungsschritt zu erwarten ist“* (ebd.). Durch die Tatsache, dass alle Klienten das gleiche Ziel verfolgen, entwickelt sich in der Gruppe ein ausgeprägtes kollektives Verantwortungsbewusstsein. Nach Tautscher-Fak (vgl. 2005, S. 16) führt dies zunehmend zu mehr Selbstreflexion, Selbstverantwortung und sozialem Bewusstsein. Somit dient die Gruppe auch als Medium um gesellschaftliche Zusammenhänge funktional begreifbar zu machen.

*„In der Gruppe lernt das Kind in und durch die zwischenmenschlichen Beziehungen, durch den Kontakt mit Gleichaltrigen und mit dem Fachteam, seine Stärken und Schwächen, seine Identität erkennen und wird gleichzeitig auf natürliche Weise auf das soziale Leben vorbereitet“* (Institut Keil 1995, S. 23).

Hari et al. (vgl. 1992, S. 154) führen weiter aus, dass die Arbeit in der Gemeinschaft die gesamte Persönlichkeit bereichert, eine gewisse Vielseitigkeit und Abwechslung gewährleistet und die reale Selbsteinschätzung der Klienten fördert. Überdies würde die Gestaltung der Motive durch die Gruppe beeinflusst, der Weg des Sammelns von Erfahrungen verkürzt und das individuelle Anspruchsniveau gesteigert.

Die von Skeptikern der konduktiven Pädagogik häufig gestellte Frage, ob durch die Gruppenarbeit das einzelne Individuum mit seinen besonderen Bedürfnissen nicht zu kurz käme, beantwortet Weber (1998). Im Zuge dessen weist sie darauf hin, dass

- in der Praxis konduktiver Förderung grundsätzlich Gruppen- und Einzelprogramme erstellt und durchgeführt werden,
- es die Aufgabe der Konduktorin ist, die Ziele der jeweiligen Programminhalte in einer ausgewogenen Weise aufeinander abzustimmen und durchzuführen
- die Zusammensetzung der Gruppe dabei eine große Rolle spielt, weswegen die Auswahl der Kinder mit größter Sorgfalt vorgenommen wird (vgl. ebd., S. 134f.).

### 5.1.3 Sprache und rhythmisch kontinuierliches Intendieren (RKI)

Der bewusste und zielgerichtete Einsatz der Sprache ist ein weiteres, sehr wichtiges Charakteristikum der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung. Mit den Worten „*Andere geben dem Behinderten einen Rollstuhl, ich gebe ihm die Sprache*“ (zit. n. Hausschild 2004, S. 94) hat Petö den enorm hohen Stellenwert der Sprache für die praktische Arbeit mit Menschen mit Behinderung besonders hervorgehoben.

Die Sprache hat von Anfang an große Bedeutung für das Bewegungslernen. Heinisch (vgl. 2000, S. 77f.) verdeutlicht dies am Beispiel eines Kindes, das gerade Laufen lernt und in diesem Vorhaben durch seine Bezugsperson unterstützt wird, indem es ermutigt, gelobt und angeregt oder beim Hinfallen getröstet wird. Der motorische Lernprozess wird somit durch Sprache geführt und unterstützt, zur gleichen Zeit werden durch das Verstehen der Wortbedeutungen die geistigen bzw. kognitiven Kompetenzen des Kindes beeinflusst. Bezugnehmend auf Tiemann (vgl. 2006, S. 113) führen wir Bewegungen unter normalen Umständen automatisch und willkürlich aus. Für Menschen mit cerebralen Störungen ist dies jedoch nicht selbstverständlich, da sie einerseits durch die vermehrte Reflextätigkeit viele Bewegungen nicht kontrollieren können und andererseits durch die Schädigung bestimmter Hirnareale Bewegungen nur schwer zielgerichtet ausführen können.

Um Menschen mit cerebralen Bewegungsstörungen dennoch zur Orthofunktion zu führen, entwickelte Petö die Methode des rhythmisch kontinuierlichen Intendierens, die wohl als das Hauptelement der konduktiven Fazilitation angesehen werden

kann. Hauschild (2004) bezeichnet das rhythmische Intendieren als „*sehr spezielles sprachliches Interaktionsmuster zwischen Konduktorin und Klient*“ (S. 102). Schumann und Clemens (vgl. 1999, S. 89) beschreiben diese Methode als eine geplante sprachliche Begleitung aller Bewegungsübungen, in der der Klient seine Bewegungen in Worten beschreibt und sie durch Zählen begleitet. Diese verkürzten Ausführungen lassen jedoch noch nicht auf den eigentlichen Kern des rhythmisch kontinuierlichen Intendierens schließen. Denn dieser besteht in der verbalen, also sprachlichen Vorwegnahme der nachfolgenden Handlung. Inwiefern dieses sprachliche Interaktionsmuster Auswirkungen auf die Bewegungsausführung der Klienten hat, soll im Folgenden geklärt werden.

Das rhythmisch kontinuierliche Intendieren erfolgt in drei Schritten:

### **1. Vorsprechen der Bewegungsformel durch die Konduktorin**

In der sogenannten Planungsphase wird den Klienten durch die Konduktorin ein klar definiertes Ziel genannt („Ich greife zu der Sprossenwand“). Durch die verbal formulierte Intention durch die Konduktorin entsteht im Teilnehmer ein Bild von der geforderten Bewegung. Diese Visualisierung von Bewegungen und Aufgaben ist nach Tiemann (2006) „*nicht zu unterschätzen, da sie bereits Potenziale in den motorischen Arealen auslösen können*“ (S. 118). Damit stimmt auch Weber (1998) überein und unterstreicht den Einfluss der Intendierung „*auf den Spannungszustand des gesamten Organismus bzw. auf das gesamte myofunktionale System, einschließlich der Sprachbewegungsmuskulatur*“ (S. 111). Diesen Vorgang bezeichnet sie als den Aufbau der notwendigen Betriebsspannung (vgl. ebd.). Die Bewegungsformeln werden immer in der ersten Person, also in der Ich-Form, ausgesprochen, wodurch die Intention für den Klienten personalisiert wird. Dies erleichtert es ihm, sich mit der Aufgabe zu identifizieren und diese als persönliches Anliegen zu bewerten.

### **2. Gemeinsames Nachsprechen der Bewegungsformel**

In der zweiten Phase wird die vorgegebene Bewegungsformel („Ich greife zu der Sprossenwand“) gemeinsam wiederholt, das heißt die ganze Gruppe spricht zusammen mit der Konduktorin die Formel nach. Nach Danielczyk (vgl. 2003, S. 52) werden durch das Aussprechen der Formel durch den Klienten der erwähnte

Spannungszustand und die Konzentration nochmals erhöht und der Atem reguliert, der gesamte Körper bereitet sich auf die Ausführung der Bewegung vor.

### **3. Durchführung der Bewegung mit sprachlicher Begleitung**

In der Ausführungsphase wird die intendierte Bewegung von der ganzen Gruppe gemeinsam durchgeführt und durch gleichmäßig rhythmisches Zählen begleitet („1 – 2 – 3 – 4 – 5“). Gemäß Danielczyk (vgl. 2003, S. 53) wird die Bewegung durch das Zählen in ihrer Ausführung zeitlich reguliert.

Zum besseren Verständnis der Wirkungsweise des RKI sei an dieser Stelle auf Kapitel 3.4 über die Pawlowsche Reflextheorie verwiesen. Wie bereits erläutert unterscheidet Pawlow zwischen einem ersten Signalsystem (bedingte und unbedingte Reflexe) und einem zweiten Signalsystem. Das zweite Signalsystem macht für Pawlow den qualitativen Unterschied zwischen Mensch und Tier aus, da hier Denken und v.a. Sprache Signalfunktion besitzen (vgl. Hauschild 2004, S. 81). Dieser Theorie entsprechend wird in der konduktiven Förderung die Signalfunktion des Wortes als wesentliches Moment für das Erlernen von Bewegungsabläufen genutzt. Hauschild (2004) erklärt den Mechanismus der Automatisierung von Bewegungen folgendermaßen: *„Der Aufbau und die Verteilung von Erregungs- und Hemmzuständen, die während einer bestimmten Periode unter dem Einfluss äußerer und innerer Reize sowie unter gleichartigen, sich wiederholenden Umständen entstanden sind, werden in der Großhirnrinde immer mehr fixiert“* (S. 108). Demnach hinterlassen diese Reize laut Hauschild (vgl. ebd.) eine Spur auf der Großhirnhemisphäre, wodurch Bewegungen leichter und automatischer verlaufen. Das rhythmisch kontinuierliche Intendieren erfüllt durch die sprachliche Vorwegnahme der nachfolgenden Bewegung genau diesen Zweck, indem dem Wort Signalfunktion verliehen wird. Bleibt die Verbalisierung immer gleich und folgt darauf die immer gleiche Bewegung, so kann durch die häufige Wiederholung eine Verknüpfung zwischen Wort und Handlung entstehen und die Bewegungsabläufe werden automatisiert.

Dem speziellen Rhythmus, in dem die Bewegungsformeln gesprochen werden, misst Hauschild (vgl. 2004, S. 94) eine erregende Bedeutung zu, v.a. wenn er

während der Programme durch das gemeinsame rhythmische Intendieren von der ganzen Gruppe zu einem Chor erweitert wird. Danielczyk (vgl. 2003, S. 53) hebt hervor, dass der Rhythmus sowie das Tempo in der Praxis individuell auf einen Klienten bezogen oder auf die gesamte Gruppe abgestimmt sein können. Auch innerhalb einer Gruppe kann das Tempo variieren, indem einem Teil der Gruppe in der Durchführungsphase durch Weiterzählen bis zehn mehr Zeit zur Ausführung der Bewegung gegeben wird oder bestimmte Aufgabenreihen hintereinander stattfinden.

Danielczyk (vgl. 2003, S. 53f.) definiert das Ziel des rhythmisch kontinuierlichen Intendierens einerseits in der für den Klienten bewussten Eigenerfahrung der Unterstützung der auszuführenden Tätigkeit durch den Rhythmus. Zum anderen soll sich das ‚laute Intendieren‘ als ‚innere Sprache‘ verfestigen, die mit fortschreitender Automation des Bewegungsablaufs überflüssig wird und verschwindet. Von diesem Zeitpunkt an werde die Einleitung und Ausführung der Bewegung allein durch die Motivation des Klienten bestimmt.

Das rhythmische Intendieren hat laut Heinisch (vgl. 2000) neben dem Aspekt des Erlernens von Bewegungsabläufen auch auf die sprachlichen Fähigkeiten der Klienten Auswirkungen. Sie hält fest, dass auch nichtsprechende Teilnehmer, *„indem sie durch das gemeinsame Sprechen den Rhythmus von anderen hören, diesen allmählich beginnen aufzunehmen und somit ihre Sprachentwicklung und das Sprachverständnis gefördert werden kann“* (S. 78).

## **5.2 Strukturelle Fazilitation**

### **5.2.1 Tagesablauf**

Die strukturelle Fazilitation beginnt mit der genauen Einteilung des Tagesablaufs. Die sogenannte „tägliche Routine“ bietet den Klienten nach Weber (1998) *„Kontinuität in Zeit und Raum“* und ist notwendig, *„um dem zerebralgeschädigten Klienten eine feste Struktur und Orientierung zu geben, in der er lernen kann, Selbstvertrauen und Sicherheit zu entwickeln, um überhaupt aktiv zu werden“* (S. 79). Der Tagesablauf orientiert sich an den vielfältigen Anforderungen an die Klienten in ihrem unmittelbaren Lebenszusammenhang (vgl. Tautscher-Fak, 2005, S.16). Dabei werde vor allem darauf geachtet, dass die einzelnen Einheiten bzw.

Programme so gestaltet werden, dass sie für die Klienten *„einsichtig sind und aufeinander abgestimmt, in kleinen Schritten selbstständig und aktiv bewältigt werden können“* (ebd.).

Der Tagesablauf wird in immer gleichen Zeiteinheiten durchgeführt und gliedert sich nach Keil et al. (vgl. 1998, S. 78) zu je einem Drittel in folgende Bereiche:

- Mehrfachtherapeutisch-motorische Schwerpunktprogramme
- Kognitive Fördereinheiten bzw. Unterricht
- Mehrfachtherapeutisches und funktionelles Selbsthilfetraining (Essen und Trinken, Aus- und Anziehen, Toilettengang, Hygiene, selbstständige Fortbewegung und Platzwechsel).

Besonderes Augenmerk wird auf die Kontinuität im Lernprozess gelegt. Die Klienten sollen wie bereits erwähnt zu jeder Zeit aktiv handeln, dazu ist es nötig im Tagesablauf genügend Zeit für das Selbsthilfetraining einzuplanen. Keil<sup>10</sup> betont in diesem Zusammenhang, dass die Teilnehmer in Übergangsphasen nicht passiv von den Mitarbeitern ‚schnell‘ wohin gesetzt, getragen, gehoben oder geschoben werden. Den Klienten stehen *„immer genügend Zeit, die richtige Anleitung und entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung, dass sie die Übergänge - zB auch von einer Lage in eine andere – (wie etwa vom Sitzen zum Stehen) oder räumliche Distanzen möglichst aktiv bewältigen können“* (ebd.). Hari et al. (vgl. 1992, S. 162) betonen in diesem Zusammenhang, dass die Umsetzung des strukturierten Tagesablaufs für die Konduktorin eine kontinuierliche Aufgabe darstellt. So müsse der Übergang von einer zur anderen Beschäftigung reibungslos verlaufen und soll nicht der Konduktorin, sondern dem Klienten Erholung bieten. Ferner bedürfe es auch in Pausenzeiten einer gewissen Planung und Organisation. Denn gerade während Pausensituationen bieten sich nach Hari et al. (vgl. ebd.) für die Klienten zahlreiche Gelegenheiten, die innerhalb eines strukturierten Programms erlernten Bewegungslösungen praktisch und alltagsnah anzuwenden. Hier liegt es am Geschick der Konduktorin, die Tätigkeiten der Klienten unbemerkt so zu lenken, dass die eingeübten Bewegungsabläufe im Alltag umgesetzt werden.

---

<sup>10</sup> Vgl. <http://www.institutkeil.at/methode2.htm#Tagesablauf>.

Hari et al. (1992) betonen überdies, dass der strukturierte Tagesablauf einen hohen Stellenwert für die ‚innere Organisation‘ der Klienten einnimmt und ihnen zu einer besseren Orientierung im Alltag verhilft:

*„Die Tagesordnung ist einerseits ein Erziehungsziel (komplexes Mittel des Übens), andererseits einziehungsergebnis, eine Organisation der gewohnten Lebensweise. Sie gestaltet den Klienten gegenüber die Grundregeln des Verhaltens, der Handlung als natürlich, selbstverständlich. Sie reguliert den Rhythmus des Lebens des Klienten, spart damit viel Energie, schützt den Klient vor Zersplitterung seiner Kräfte“ (ebd., S. 161f.).*

### 5.2.2 Konduktiv mehrfachtherapeutische Programme

Die konduktiv mehrfachtherapeutischen Programme stellen einen weiteren Teil der strukturellen Fazilitation dar. Darunter versteht die konduktive Förderung gleichbleibende Abläufe von ganzheitlich gestalteten Lernsituationen, die immer gleichzeitig emotional-soziale, motorische, kognitive und sprachliche Ziele verfolgen. Durch die gleichbleibenden Aufgabenreihen wird das Lernen erleichtert, da einerseits mehrere Teilfunktionen angesprochen werden, die sich gegenseitig unterstützen und so die Aufmerksamkeit erhöht wird. Zum anderen geben sie Sicherheit, fördern die raschere Orientierung, schulen Gedächtnis und Planung und ermöglichen es den SchülerInnen qualitative und quantitative Fortschritte selbst zu erkennen.

Die Inhalte der einzelnen Programme ergeben sich nach Schick (1995) *„aus dem aktuellen motorischen, kognitiven, sprachlichen und emotional-sozialen Entwicklungsstand der Klienten und werden laufend den neuen Lernschritten der Teilnehmer angepasst“* (S. 28). Durch die Adaption der Inhalte an die Entwicklungsschritte der Klienten bleiben die Programme dynamisch. Hat ein Klient ein bestimmtes Ziel erreicht, so wird ein neues, im Schwierigkeitsgrad anspruchsvolleres Ziel gesetzt (vgl. dazu Kapitel 5.3.2).

Szövö-Dostal (vgl. 2001, S. 72) gliedert die Programme anhand ihres funktionellen Schwerpunktes grob in folgende Kategorien:

- **Gruppen- und Individualprogramme** (Kommunikation, Persönlichkeit)
- **Pritschenprogramme** (Liege- und Sitzposition)
- **Laufprogramme** (Stehen, Gehen, Laufen)
- **Wahrnehmungsprogramme** (Sensomotorik, Feinmotorik, Perzeption)
- **Kreativ-kognitive Programme** (Sprache und Denken)
- **Lebenspraxisprogramme** (Essen, Kleiden, Hygiene)

Die einzelnen Programme werden stets inhaltlich miteinander verknüpft, bzw. mit ihren jeweiligen Inhalten zu Tätigkeits- und Aufgabenserien verbunden. Besonders wird auf den Alltagsbezug und die praktische Anwendung gerade erlernter Lösungen geachtet, indem diese in unterschiedlichen Situationen, also bei anderen Beschäftigungen während des Tages in ähnlicher Art und Weise erneut und immer wieder angewendet werden (vgl. Hari et al. 1992, S. 155).

Jedes konduktiv mehrfachtherapeutische Programm beginnt in einer spezifischen, immer gleichbleibenden Grundposition. Dabei wird vor allem auf die Körpersymmetrie und das Gleichgewicht geachtet. Durch die durchgehend gleiche Grundposition wird es den TeilnehmerInnen überdies erleichtert, ihre Lage selbstständig zu kontrollieren und zu korrigieren (vgl. Danielczyk, 2003, S. 55).

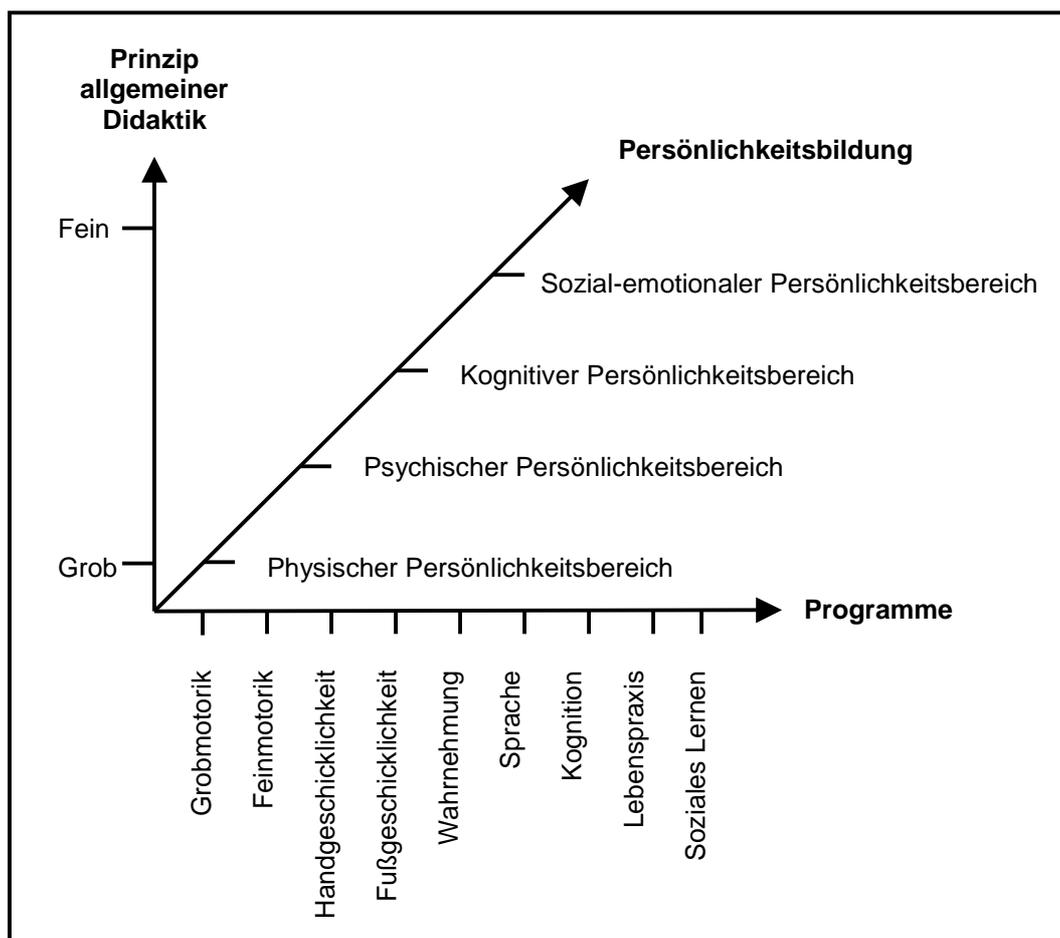
Die Planung und Durchführung der konduktiv mehrfachtherapeutischen Programme obliegt in der KMF der Konduktorin. Die Planungen reichen von groben Halbjahresübersichten über Monats- und Wochenprogramme bis hin zu Tagessequenzen. Hofferer (1994) hat in diesem Zusammenhang ein Anforderungsprofil für die Programmerstellung in der konduktiven Pädagogik ausgearbeitet, das die wichtigsten Grundsätze zusammenfasst und die Komplexität der Programmplanung deutlich werden lässt:

1. Exakte motorische Lernzielbestimmung	Das motorische Lernziel muss individuell genau bestimmt sein, damit ein Erfolgserlebnis gesichert werden kann.
2. Berücksichtigung der für das Bewegungslernen wichtigen biologischen Sinnesinformationssysteme	Alle bewegungsrelevanten Sinnesinformationssysteme wie Sprache, Gedächtnis, Denken, Bewegungsempfindung und – vorstellung müssen als unterstützende, verbindende Elemente im Zusammenhang mit dem motorischen Lernziel geplant werden. D.h., eine Funktionsverknüpfung von Sensorik und Motorik muss gegeben sein.
3. Berücksichtigung der psychischen und sozialen Komponenten	Die Programminhalte müssen ausgehend vom bio-, psycho-, sozialen Zustand der KlientInnen gestaltet sein.
4. Möglichkeit der Selbstständigkeit des Lernvollzuges	Die Lerninhalte müssen von den KlientInnen selbstständig angeeignet werden können.
5. Prinzip der kleinsten Schritte	Die Lerninhalte müssen in kleinen begreifbaren Lernschritten aufbereitet sein.
6. Programmlogik	Die oben angesprochenen Lernschritte müssen für die KlientInnen logische ‚Ketten‘ bilden, damit der selbstständige Nachvollzug möglich wird.
7. Individuelles Lerntempo	Das Lerntempo wird aus den Lernkapazitäten der KlientInnen abgeleitet.
8. Bewusstmachen erfolgreicher und darum zum Ziel führender Lerntendenzen	Haltungen, Aufgabenlösungen u. dgl., die in die gewünschte Richtung zeigen, müssen den KlientInnen explizit bewusst gemacht und verstärkt werden.
9. Erfolgskontrolle	Dokumentation der Lernfortschritte, damit die KlientInnen selbst sehen, wo sie stehen.
10. Programmkorrektur	Programme sind nicht statisch, sondern müssen, wenn es notwendig wird, verändert, erweitert oder verbessert werden. Die KlientInnen sollen dabei miteinbezogen werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die permanente (Selbst-) Beobachtung.
11. Thema	Jedes Programm muss in ein Thema eingebettet sein, das mit der ‚normalen‘ Lebenswelt verbunden ist.
12. Raumordnung	Die Therapiemöbel müssen so verteilt sein, dass jeder Klient von einem Teammitglied erreicht werden kann.
13. Gruppenzusammensetzung	Grundsätzliche Überlegungen zur Gestaltung der Gruppe bei Aktivitäten z.B. Wer sitzt neben wem bzw. wo? Welche Aktivitäten werden in welcher Gruppenform ausgeführt?
14. Hilfsmittel	Die Hilfsmittel müssen genau festgelegt sein. Welche Hilfsmittel werden wie, wo und wann angewandt?

**Abbildung 3:** Anforderungsprofile für die Programmerstellung  
(vgl. Hofferer 1994, S. 76).

Anhand dieses Anforderungsprofils lässt sich bereits erkennen, dass in der Planung der Programme eine Vielzahl verschiedener Aspekte berücksichtigt werden muss, um Erfolgserlebnisse für den Klienten gewährleisten zu können.

Zudem wird auch deutlich, dass die konduktiv mehrfachtherapeutischen Programme nicht nur auf Fortschritte im Bewegungslernen abzielen, sondern immer mehrdimensional angelegt sind. Weber (vgl. 1996, S. 63) spricht in diesem Zusammenhang von Breite, Tiefe und Vertikale der konduktiven Programme:



**Abbildung 4:** Dreidimensionalität der Konduktiven Förderung  
(Weber, 1996, S. 63).

Unter der Breite versteht sie die verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkte, die sich über die Bereiche Grob- und Feinmotorik, Hand- und Fußgeschicklichkeit, Wahrnehmung, Sprache, Kognition, Lebenspraxis und soziales Lernen erstrecken. Betrachtet man die Vertikale, so findet sich auch in der konduktiven Förderung das Prinzip der allgemeinen Didaktik, vom Groben zum Feinen, wieder. Die dritte

Dimension kann als Tiefe verstanden werden und umfasst die gesamte Persönlichkeitsbildung im physischen, psychischen, sozial-emotionalen und kognitiven Bereich. Die nachfolgende Abbildung soll die Dreidimensionalität der konduktiven Programme optisch veranschaulichen.

Anhand der Mehrdimensionalität der Programme wird erneut das Prinzip der Ganzheitlichkeit in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung sichtbar. Ein KMF-Programm ist in seiner Didaktik so geplant, dass es sich nie isoliert auf den Aspekt der Motorik bezieht, sondern stets die kognitiven, sprachlichen und sozial-emotionalen Fertigkeiten sowie die gesamte Persönlichkeitsbildung mit einschließt.

### 5.2.3 Räumlichkeiten und vorbereitete Umgebung

Die Struktur in der konduktiven Pädagogik wird nicht zuletzt auch von den Räumlichkeiten und der Umgebung mitgeprägt. In Bezug auf die räumliche Gestaltung lassen sich die folgenden zwei Aspekte in den Vordergrund rücken:

#### **Altersentsprechende Raumgestaltung**

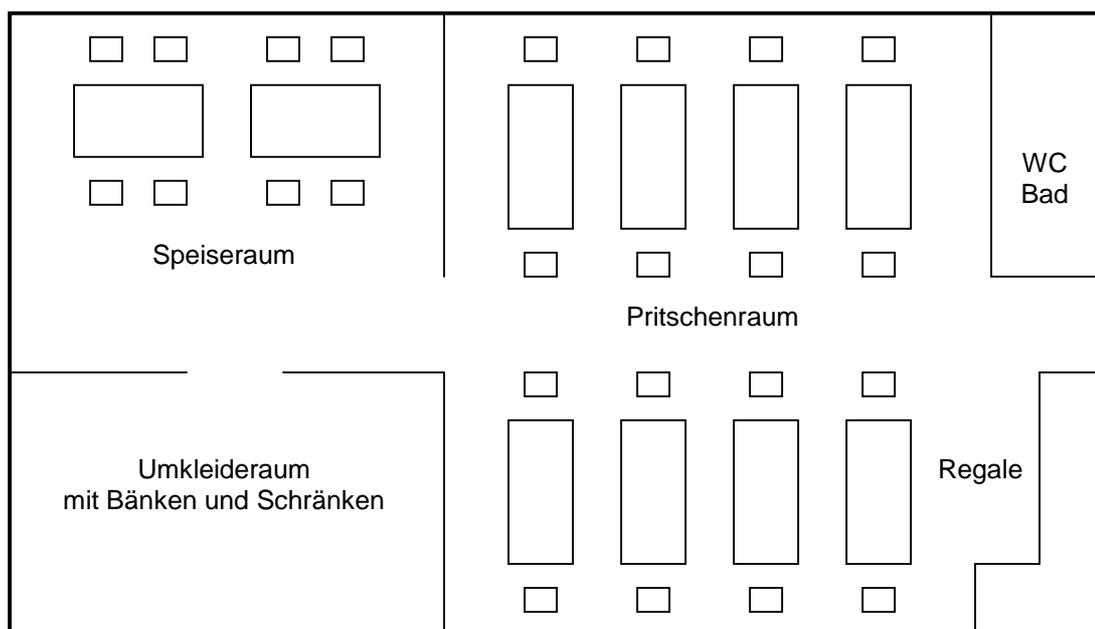
*„Altersentsprechend bedeutet, dass der jeweiligen Gruppe räumliche Bedingungen gegeben werden müssen, in denen SchülerInnen sich auf ihrem Entwicklungsniveau entfalten können“* (Tautscher-Fak 2005, S. 17). Dies wird nach Tautscher-Fak (vgl. ebd. ) vor allem durch das Beibehalten der räumlichen Gestaltung über einen längeren Zeitraum hinweg erreicht, wodurch die Klienten die Sicherheit und das Vertrauen aufbauen können die sie benötigen, um sich voll und ganz ihren Aufgaben widmen zu können. Zudem solle darauf geachtet werden, dass die Umgebung dem unterschiedlichen Alter der SchülerInnen und der jeweiligen Verständnisstruktur entsprechend reichhaltig gestaltet ist.

#### **Funktionelle Raumgestaltung**

*„Räumliche Ausstattungen sind so zu adaptieren, dass sie den SchülerInnen größtmögliche Selbstständigkeit und Vielfältigkeit in der Tätigkeit erlauben, aber immer auch den individuellen, behinderungsspezifischen Bedürfnissen entsprechen“* (ebd.). Der Gruppenraum soll in seiner Ausstattung und Möblierung relativ schlicht gestaltet sein, um die Teilnehmer vor einer möglichen Reizüberflutung zu schützen. Durch die fixe Struktur im Raum, die über längere Zeit hinweg gleich bleibt, wird

zudem die räumliche Orientierung für die Klienten erleichtert. Für die funktionelle Raumgestaltung sind die sogenannten Petö-Möbel von großer Bedeutung. Ihre besonderen Eigenschaften und Funktionen werden im Kapitel 5.3.1 genauer dargestellt.

In der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung sind die Gruppenräume relativ groß und werden durch Schiebewände, Kästen und Regale in mehrere Bereiche aufgeteilt. Die räumlich voneinander getrennten Abteilungen ermöglichen eine harmonische Überleitung zwischen zwei Programmen, beispielsweise wird nach einem Pritschenprogramm der Weg zum Speiseraum als funktionelle Gehstrecke vorbereitet und genützt (vgl. Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung 1999, S. 24). Die nachfolgende Abbildung stellt eine für die konduktive Förderung typische Raumgestaltung dar.



**Abbildung 5:** Skizze eines Gruppenraumes

Um die permanente Unterstützung der Klienten durch das Team gewährleisten zu können, ist die verantwortungsvolle und genaue Vorbereitung der Umgebung unabdingbar. Vor dem Start eines jeden Programms wird der Raum mit allen nötigen Hilfsmitteln ausgestattet, die der Klient zur Erreichung seiner Ziele benötigt. Somit wird vermieden, dass ein Teammitglied während des laufenden Programms die Unterstützung des Klienten unterbrechen muss, um diverse Hilfsmittel und Arbeitsmaterialien zu holen. In der Vorbereitung der Umgebung soll besonders

darauf geachtet werden, dass alle Hilfsmittel im näheren Umfeld des Klienten platziert werden, sodass dieser zur gegebenen Zeit selbst darauf zurückgreifen kann.

### 5.3 Mediale Fazilitation

#### 5.3.1 Petö-Möbel

In der Praxis der konduktiven Pädagogik werden zur Unterstützung und Förderung der Klienten spezielle Lehrgeräte verwendet, die von Petö selbst entwickelt wurden. Dabei legte er großen Wert darauf die Möbel so zu konzipieren, dass sie der Aktivität und Selbstkorrektur der Teilnehmer dienen. Obwohl die sogenannten Petö-Möbel *„technisch gesehen einfach gebaut sind, finden sie eine vielseitige spezifische Verwendung in der konduktiven Förderung“* (Danielczyk, 2003, S. 59f.). Alle Petö-Möbel werden aus leichtem und elastischem Holz angefertigt. Dieses Material bietet in zweierlei Hinsicht Vorteile: erstens gibt Holz im Vergleich zu Kunststoff oder anderen Materialien im Falle eines Sturzes etwas nach und zweitens ist das Liegen oder Sitzen darauf dennoch relativ unbequem, wodurch die Klienten sich selbst aktiv abzustützen. Um die Verletzungsgefahr auf ein Minimum zu reduzieren wird auf eine splitterfreie, glatte und lackierte Oberfläche geachtet, zusätzlich werden alle Ecken und Kanten abgerundet. Ein weiterer Vorteil der Petö-Möbel liegt in ihrer Fertigung im Schachtelbauprinzip, das heißt alle Möbel sind stapelbar und ineinander verschiebbar, was zum Einen den Umbau des Raumes zwischen zwei Fördereinheiten erleichtert und zum Anderen die platzsparende, übersichtliche und strukturierte Lagerung der Möbel in den Gruppenräumen gewährleistet.

Die wohl wichtigsten und bekanntesten Petö-Möbel sind die **Pritschen** (Abbildung 6), die Danielczyk (2003) als *„einfache Holzliegen auf hohen Beinen“* (S. 60) beschreibt. Die Liegefläche der Pritsche besteht aus mehreren Latten mit Zwischenräumen, die es den Klienten ermöglichen sich an der Pritsche festzuhalten, sich aufzustützen und sich zu stabilisieren. Zudem können nach Danielczyk (vgl. 2003, S. 61) weitere Hilfsmittel in die Zwischenräume geschoben werden, z.B. Gummiringe oder rutschfeste Unterlagen, wodurch die Funktion des Möbelstücks verändert werden kann (Abbildung 7). Die Pritschen werden in der KMF sehr

vielseitig eingesetzt. Während der motorischen Schwerpunktprogramme können sie als Lehrgeräte dienen, oder auch als Therapiebank, wenn eine Matte als Unterlage verwendet wird. Durch spezielle Schreibunterlagen, die auf die Pritsche geklemmt werden können, erfüllt die Pritsche auch die Funktion eines Tisches.



**Abbildung 6:** Pritsche



**Abbildung 7:** Pritsche mit Hilfsmitteln

**Sprossen- und Lattenstühle** (Abbildung 8 und Abbildung 9) ähneln den gewöhnlichen Stühlen, besitzen jedoch keine Armlehnen, wodurch das Gleichgewicht gefördert werden soll. Das Besondere an diesen Stühlen ist das bis an den Boden heruntergezogene, leiterförmige Rückenteil, bestehend aus runden, dünnen Sprossen (vgl. Danielczyk, 2003, S. 61f.). So wird den Klienten auch hier die Möglichkeit geboten, sich an dem Möbel festzuhalten, womit der Sprossenstuhl nicht länger nur dem Sitzen dient. Auch das selbstständige Aufrichten und die Fortbewegung werden erleichtert, wenn er als stützendes Element vom Klienten vor sich hergeschoben wird. Der Lattenhocker ermöglicht es dem Klienten ohne Unterstützung und Hilfe die richtige Körperhaltung einzunehmen (vgl. Brown & Mikula-Toth, 1997, S. 52). Bei einem Gefühl der Unsicherheit können die Latten wieder zur selbstständigen Fixierung dienen. Stühle und Hocker werden in der konduktiven Förderung meist in Verbindung mit verschiedenen großen Fußschemeln verwendet, die den Klienten beim Sitzen unterstützen und für Bodenkontakt sorgen, wenn ein Stuhl zu hoch ist.



**Abbildung 8:** Sprossenstuhl



**Abbildung 9:** Lattenhocker mit Fußschemel

Danielczyk (vgl. 2003, S. 63) hebt hervor, dass Sprossenwände in der konduktiven Förderung zwar eingesetzt werden, jedoch an sich keine typischen Petö-Möbel sind, an der Wand befestigt findet man sie in jeder Turnhalle, in Kindergärten sowie in Rehabilitations-Einrichtungen. Auf die Bedeutung der **mobilen Sprossenwände** (Abbildung 10), die in der KMF jedoch bevorzugt eingesetzt werden, geht sie nicht ein. Die mobilen Sprossenwände nehmen ähnlich wie der Sprossenstuhl als Hilfsmittel in der Gangschulung eine wichtige Rolle ein und unterstützen den Klienten in der Einnahme einer aufrechten Position.

**Leitern** (Abbildung 11) kommen vor allem im Zusammenhang mit Laufübungen zur Anwendung. So wird der Patient beispielsweise von der Konduktorin aufgefordert so zu gehen, dass er zwischen die Sprossen der am Boden liegenden Leiter tritt. Dies bietet dem Patienten zum Einen eine physische Hilfe, zum Anderen wird das symmetrische Gehen erleichtert und unterstützt (vgl. ebd., S. 65).



**Abbildung 10:** Mobile Sprossenwand



**Abbildung 11:** Leiter

Das Charakteristische an den Petö-Möbeln ist, dass sie dem Klienten stets die Möglichkeit bieten sich selbst zu fixieren, das Gleichgewicht aktiv zu halten und seine Position selbstständig zu korrigieren. Aus diesem Grund werden die Petö-Möbel auch als Greif- und Lernmöbel bezeichnet, was ihre Funktion nochmals hervorhebt.

*„Die Petö-Möbel sind dem cerebralparetischen Kind das, was dem nicht behinderten Kind das Fahrrad oder das Skateboard sind, d.h. Mittel, mit denen es lernt, seinen Körper zu meistern und sich an die Umwelt zu adaptieren“ (Tatlow 1990, zit. n. Hauschild 2004, S. 97).*

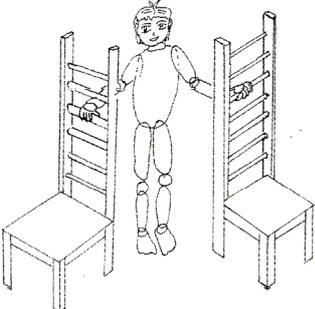
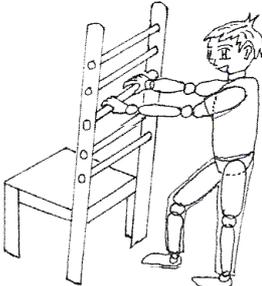
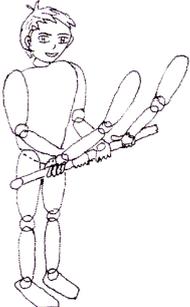
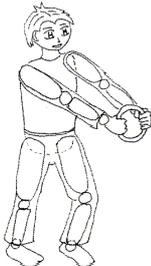
In Bezug auf den Einsatz von Petö-Möbeln und Hilfsmittel gilt das in der konduktiven Fazilitation oberste Prinzip „So wenig wie möglich aber so viel wie nötig“. Die Petö-Möbel werden nicht nur in verschiedensten Größen angefertigt, sondern können auch verschiedene Schwierigkeitsgrade aufweisen. Je weniger Latten ein Hocker hat, desto weniger Möglichkeiten hat der Klient sich festzuhalten. Dementsprechend werden die angewendeten Petö-Möbel je nach Fortschritt des Klienten durch neue, in ihrem Schwierigkeitsgrad anspruchsvollere Möbel ersetzt, bis sie letzten Endes ganz von normalen Möbeln abgelöst werden können. Der Prozess des Abbaus von Hilfsmitteln wird im folgenden Kapitel genauer erläutert.

### 5.3.2 Hilfsmittel

Um gewünschte Ziele zu erreichen, werden im Tagesablauf und in den Programmen verschiedenste Hilfsmittel wie Stäbe, Reifen und Ringe verwendet. Weber (1998) weist darauf hin, dass *„alle diese Hilfsmittel, Methoden und Medien (...) entsprechend der Phantasie, Kreativität, didaktisch-methodischen Fähigkeiten, dem situativen Geschick der Konduktorin und der Lernbereitschaft der Klienten variabel einsetzbar“* (S. 113) sind. Im Fokus dabei steht aber immer die Eigenaktivität der Klienten, d.h. die Hilfsmittel dienen zum Ansporn und zur Motivation und sind stets auf den aktiven Gebrauch ausgerichtet. Hilfsmittel, die Passivität erzeugen könnten werden grundsätzlich nicht verwendet (vgl. Hofferer, 1994, S. 88). Demnach werden Rollstühle abgelehnt, Gehhilfen wie beispielsweise Rollatoren oder Ein-, Zwei- und Dreipunktstöcke werden jedoch in Anspruch genommen.

Zur Unterstützung und Förderung der Eigenwahrnehmung sowie bei Übungen der Mundmotorik werden häufig Handspiegel eingesetzt. Dabei kann sich der Klient während seiner Übungen selbst im Spiegel beobachten und erhält direktes Feedback über seine Bewegungen. Auf diese Weise kann er lernen, die Bewegungen seiner Gesichtsmuskulatur zu stimulieren und zu kontrollieren (vgl. Danielczyk 2003, S. 66).

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt wurde, werden im Laufe des konduktiven Prozesses die manuellen Hilfen im Hinblick auf das Ziel der Eigenaktivität zunehmend verringert, bis sie schlussendlich von verbaler Unterstützung abgelöst werden können. Das folgende Beispiel des Laufenlernens soll diesen Prozess verdeutlichen:

<p>1. Zu Beginn der Gangschulung arbeiten die Klienten meist mit zwei Sprossenstühlen, die links und rechts von ihnen stehen und als Unterarmstützen dienen.</p> 	<p>2. In der nächsten Phase wird nur noch ein Stuhl oder eine mobile Sprossenwand benutzt, den/die der Klient mit beiden Händen vor sich herschiebt.</p> 
<p>3. In der dritten Phase wird der Sprossenstuhl durch einen Stab abgelöst, der als Bindeglied zwischen Konduktorin und Klient dient.</p> 	<p>4. In Phase vier wird der Stab durch einen Ring ersetzt, den der Klient mit gestreckten Armen nach vorne hält um sich zu fixieren und mehr Stabilität im Rumpf zu erhalten.</p> 

**Abbildung 12:** Abbau von Hilfsmitteln (vgl. Bock 2005, S. 89ff.)

Anschließend benützt der Klient zur Stabilisierung lediglich seine gefalteten, nach vorne gestreckten Hände, bis auch darauf verzichtet werden kann. In diesem Beispiel ist klar erkennbar, wie die manuelle Hilfe zunehmend reduziert wird und sich der Schwierigkeitsgrad der Übungen analog dazu permanent steigert, bis auf die mediale Fazilitation durch Möbel und Hilfsmittel völlig verzichtet werden kann.

#### **5.4 Individuelle Fazilitation**

Die individuelle Fazilitation betrifft nach Weber (vgl. 1998, S. 112) vor allem die Motivation und Lernbereitschaft sowie die Energie der Klienten und stellt eine enorm wichtige Form der Fazilitation dar.

Die Förderung der Motivation gestaltet sich gemäß Danielczyk (vgl. 2003, S. 97) bei Kindern in der Regel leichter als bei Erwachsenen, da sich diese beispielsweise schneller durch Reime, ein attraktives und abwechslungsreiches Spiel oder das Singen von Liedern motivieren lassen. Ist der Klient bereits erwachsen, so muss die Konduktorin andere Wege finden, seine Motivation zu fördern und Ängste und Befürchtungen zu reduzieren. Dazu hebt Schewe (vgl. 2000, S. 73f.) den dem Menschen eigentümlichen Mechanismus hervor, nach dem wir bevor wir eine Handlung beginnen, stets versuchen abzuschätzen, welche Konsequenzen wir dadurch zu erwarten haben. Wird eine angenehme Konsequenz erwartet, so ist der Klient eher dazu bereit sich auf eine Handlung einzulassen. Erwartet er hingegen eine negative Konsequenz, wie beispielsweise Schmerzen oder dass er die geforderte Aufgabe nur unbefriedigend ausführen kann, so werden neue Bewegungsabläufe meist gar nicht erst versucht. Diesen Überlegungen folgt, dass der Abbau der negativen Erwartung als Grundvoraussetzung für die Aktivität des Klienten zu betrachten ist. *„Eine wesentliche Rolle spielt (...) die emotionale Ebene, also das Vertrauen, das der Patient zum Therapeuten hat – die Gewissheit aus dem Bauch heraus, dass wir beim Therapeuten in guten Händen sind (...). Ist der Patient ausreichend ermutigt, wird er die geforderte Übung durchführen“* (Schewe 2000, S. 74). Den selben Standpunkt vertritt auch Danielczyk (vgl. 2003, S. 97) indem sie den Aufbau einer stabilen Vertrauensbasis als Grundlage für die Förderung der Motivation und Aktivität darlegt. Dabei spiele einerseits das Vertrauen des Patienten in die Konduktorin und die Gruppe eine große Rolle, die den Förderprozess maßgeblich unterstützen. Andererseits schließt sie jedoch auch das Vertrauen des Patienten in

seine eigenen Fähigkeiten mit ein, was „mit sich einstellendem Erfolg zur treibenden Kraft in der gesamten Fördermaßnahme wird“ (ebd.). Der Abbau von Ängsten und Befürchtungen bei erwachsenen Klienten kann vor allem durch Gespräche und das Anführen bereits erzielter und möglicher weiterer Erfolge erreicht werden (vgl. ebd.).

Wie bereits erläutert, arbeiten in einer konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppe immer eine Konduktorin und mehrere Co-Therapeuten zusammen. Dieses Teamwork ermöglicht die durchgehende und individuelle Unterstützung der Klienten in der Ausführung der motorischen oder kognitiven Aufgabenstellungen. Dabei wird das Programm stets von einem Teammitglied geleitet, während die anderen Teammitglieder die Klienten beobachten und ihnen durch sprachliche Anleitung oder manuelle Hilfestellungen Unterstützung bieten. Die manuelle Hilfestellung, also die direkte körperliche Berührung des Klienten stellt die letzte und stärkste Form Fazilitation dar. Weber (1998) schreibt in diesem Zusammenhang: *„Das Vertrauen der Konduktorin in das Aktivwerden des Kindes ist in charakteristischer Weise gekennzeichnet durch die geringe körperliche Berührung: ‚Don´t touch the child‘ ist eine Grundaussage von Hari“* (S. 122).

Das Handling, wie die manuelle Hilfestellung in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung bezeichnet wird, kann in drei verschiedenen Arten erfolgen<sup>11</sup>:

### **Berührung**

Durch die leichte Berührung bestimmter Körperregionen werden die Klienten zur Ausführung einer Bewegung angeregt. Hierbei geht es nur darum, den Klienten einen Ruck in die richtige Richtung zu geben. Besteht die Aufgabe beispielsweise darin, die Vorfüße in der Bauchlage zum Pritschenrand zu ziehen, reicht meist ein leichter Reiz auf der Fußsohle aus, um den Klienten zur selbstständigen Ausführung der Bewegung anzuregen.

### **Aktives Führen**

Beim aktiven Führen übernimmt die Konduktorin bereits mehr Einfluss auf die Bewegungsausführung. Sie unterstützt den Klienten in der Ausführung der Bewegung,

---

<sup>11</sup> Vgl. persönliche Handreichung im Rahmen des Basislehrgangs zur konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppenassistentin vom 08.10.2004.

indem sie beispielsweise sein Bein nach Außen führt oder ihm hilft, sich mit einer Hand am Haltegriff zu fixieren, wenn mit der anderen Hand gerade eine Bewegung ausgeführt werden soll.

### **Verrichtung der Bewegungsaufgabe für den Klienten**

Bei schwerst mehrfachbehinderten Klienten ist die selbstständige Ausführung vieler Bewegungen nicht möglich. In diesem Fall wird die motorische Aufgabe fast ausschließlich durch die Unterstützung der Konduktorin gelöst. Jedoch muss auch hier der Klient entsprechend seiner Fähigkeiten Aktivität zeigen indem er zumindest seine Aufmerksamkeit auf die Bewegung richtet und genau beobachtet was die Konduktorin macht.

Beim Handling gilt es gesondert darauf zu achten, dass eine Berührung nie ohne das Einverständnis, die Aufmerksamkeit und die Vorbereitung des Klienten stattfindet. Im Institut Keil haben sich in Bezug darauf die „drei H nach Keil“ durchgesetzt, die in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung als die Grundvoraussetzungen für das Handling bezeichnet werden können. Die drei H stehen dabei für Herz, Hirn und Hand. Das Herz steht für die emotionale Beziehung zwischen Klient und Konduktorin, für den Respekt und die Wertschätzung, die sie einander entgegenbringen. Hirn bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Klient aufmerksam sein muss, dass er die Aufgabe kognitiv verstehen muss und entsprechend darauf vorbereitet wird. Erst wenn all diese Voraussetzungen erfüllt sind, darf das dritte H, die Hand zum Einsatz kommen.

## 6 Der Sommer-Intensiv-Kurs

Wie in Kapitel 2.2 über die Geschichte der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung bereits erwähnt wurde, organisierte Keil im Jahre 1963 den ersten mehrwöchigen Intensiv-Therapiekurs für spastisch gelähmte Kinder, der bis heute ein Fixpunkt im Jahreskalender geblieben ist.

### 6.1 Zielgruppe und Teilnahme

Der Intensiv-Therapiekurs des Institut Keil richtet sich in erster Linie an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen im Alter von zwei bis etwa 18 Jahren<sup>12</sup>. Die Teilnehmerzahl ist auf etwa 80 bis 90 Personen beschränkt, weshalb Kinder und Jugendliche, die bereits Schüler in einer konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppe des Institut Keil sind Vorrang in der Platzvergabe haben. *„Diese Größe wird seit etwa drei Jahren von uns aus nicht mehr überschritten, und wir müssen deshalb auch jedes Jahr mehreren Kindern und Familien absagen“* (Keil, 1995, S. 176).

Jedoch besteht auch für „institutsfremde“ Kinder und Jugendliche, die bzw. deren Eltern sich für die konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung nach Petö und Keil interessieren, die Möglichkeit am Kurs teilzunehmen. Dazu muss das Kind oder der Jugendliche bei einer Physiotherapeutin im Institut vorstellig werden, die dann feststellt, ob eine geeignete Gruppe angeboten werden kann. Bei großer räumlicher Entfernung muss ein Video nach Anleitung erstellt werden, anhand dessen die Physiotherapeutin eine geeignete Gruppe sucht<sup>12</sup>.

### 6.2 Dauer und Veranstaltungsort

Ursprünglich erstreckte sich der Sommerkurs über fünf Wochen, in denen die Teilnehmer durchgehend von 7:00 Uhr bis 20:30 Uhr betreut wurden (vgl. ebd.). Sie wurden also nicht wie im normalen Jahresbetrieb üblich am Morgen gebracht und am Nachmittag wieder abgeholt, sondern verbrachten dort gemeinsam mit ihren Eltern

---

<sup>12</sup> Vgl. [http://www.institutkeil.at/frame\\_zusatz.htm](http://www.institutkeil.at/frame_zusatz.htm).

auch die Nächte. Diese enorm lange Zeitspanne bedeutete allerdings einen hohen Betreuungsaufwand und eine enorme Belastung für die Mitarbeiter. Auch die Eltern vieler Teilnehmer empfanden diese Dauer als zu lange, weshalb der Kurs im Laufe der Zeit auf vier Wochen verkürzt wurde. Seit 10 Jahren findet der Kurs ohne Übernachtungen in den letzten drei Juli-Wochen statt. Das Programm erstreckt sich von Montag bis Freitag und beginnt jeden Tag um 9:00 Uhr morgens. Um 16:00 Uhr endet der Kurs, wobei die Teilnehmer freitags bereits nach dem Mittagessen um 14:00 Uhr entlassen werden.

Veranstaltungsort des Therapiekurses ist die „De-la-Salle“-Heimschule in Strebersdorf. Im Laufe der Jahre hat sich die Bezeichnung „STRE“ für den Sommerkurs unter den Mitarbeitern des Instituts etabliert. Das dortige Gebäude und die gesamte Anlage besticht als Veranstaltungsort in mehrerlei Hinsicht:

*„In ‚STRE‘ bietet sich uns eine größtenteils behindertengerecht ausgestattete Heimschule am Rande Wiens mit sehr großen, hellen Klassenzimmern und Räumen, breiten Gängen, großzügigen Durchgangshallen – insgesamt riesige Flächen in einer Ebene – (...) aber vor allem mit einem ebenen, von Asphaltwegen durchzogenen, parkähnlichen Garten, hinter welchem zusätzlich moderne Sportanlagen und ein Hallenbad liegen“ (Keil, 1995, S. 173).*

Für den Sommer-Intensiv-Kurs sind neben den ausgedehnten Grünflächen jedoch vor allem die Schwimmhalle und der Reitplatz von Bedeutung. Durch das großzügige Platzangebot und die zahlreichen Sportmöglichkeiten kann den TeilnehmerInnen des Sommerkurses ein abwechslungsreiches Programm geboten werden. Diese großen Vorteile lassen auch den enormen logistischen Aufwand in den Hintergrund treten, der von Nöten ist, um den Kurs in Strebersdorf abhalten zu können. Denn wie Keil (vgl. ebd.) festhält, wird für diese drei Wochen im Jahr nahezu das gesamte Institut mit allen Pritschen, Sprossenstühlen, Stufen, Schemeln, Gehhilfen und sonstigen Therapie-, Lern- und Sportgeräten nach Strebersdorf übersiedelt.

### **6.3 Inhaltliche und konzeptuelle Unterschiede zum herkömmlichen Gruppenbetrieb**

Grundsätzlich wird im Intensiv-Therapiekurs nach den bereits ausführlich erläuterten Prinzipien der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung gearbeitet. Dennoch ergeben sich in der Wochenplanung und im Tagesablauf des Sommerkurses einige Unterschiede zum gewohnten Ablauf während des Jahres. Zwar besteht auch innerhalb des normalen Betriebes im Institut Keil für die Teilnehmer die Möglichkeit zusätzlich Schwimm- und Reittherapiekurse zu besuchen, jedoch wird dieses Angebot nur von einem relativ kleinem Teil der Klienten wahrgenommen. Die Gründe dafür sind v.a. in notwendigen Platzbeschränkungen für die Kurse und in infrastrukturellen Problemen zu finden, da beispielsweise die Reittherapie im Standort Gänserndorf stattfindet und die Wiener Teilnehmer einen relativ langen Weg auf sich nehmen müssen, um dorthin zu gelangen.

Während des Sommer-Intensivkurses sind diese verschiedenen Sportangebote nach Keil (1995) jedoch fixer Bestandteil in den Wochenplänen *und „ersetzen die während des Jahres enthaltenen Lerneinheiten (...) und die Schulstunden“* (S. 173). Diese zusätzlich zu den konduktiv mehrfachtherapeutischen Programmen angebotenen Aktivitäten und ihre Wirkungsweise sollen im Folgenden kurz dargestellt werden:

#### **6.3.1 Reiten**

Grundsätzlich lassen sich drei Arten der Interaktion zwischen dem cerebralparetischen Klienten und dem Pferd unterscheiden, die im Rahmen des Intensiv-Therapiekurses angeboten werden.

#### **Die Hippotherapie**

Künzle (2000) definiert die Hippotherapie als *„Physiotherapie mit Hilfe des Pferdes, (...) bei der die Übertragung der Bewegung vom Pferd im Schritt auf den Patienten genutzt wird“* (ebd., S. 1). Die Hippotherapie stellt somit eine physiotherapeutische Maßnahme dar, in der die rhythmischen, dreidimensionalen Rückenbewegungen des Pferdes während der Schrittphase zur Anregung der Aktivität des Reiters dienen. Der Therapeut achtet dabei genau auf die Kontrolle und Unterstützung der Sitzposition des Klienten und sorgt mit Hilfe entsprechender Mittel für eine optimale Bewegungsaufnahme (vgl. ebd., S. 11). Durch die permanente Rückenbewegung des

Tieres ist der Reiter dazu gezwungen aktiv auf diese Bewegungen zu reagieren. In der Folge kommt es zu einem ständigen Wechsel des Spannungszustandes in der Rumpfmuskulatur, *„gleichzeitig werden Gleichgewicht und Koordination geschult, Verkrampfungen gelockert und schwache Muskeln aktiviert“* (ebd., S. 11). Das Pferd dient somit als Initiator von Gleichgewichtsreaktionen und Rumpfraining. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hippotherapie im Wesentlichen bewegungstherapeutische Ziele verfolgt, deren Erreichung mit Hilfe des Pferdes erleichtert wird.

### **Das heilpädagogische Reiten und Voltigieren**

In dieser Interaktionsform zwischen Klient und Pferd werden nach Keil (vgl. 1995, S. 156) vorwiegend pädagogische bzw. heilpädagogische Ziele verfolgt, indem auf bzw. mit dem Pferd nicht nur Geschicklichkeitsübungen, sondern auch Konzentrations- und soziale Interaktionsübungen durchgeführt werden. Das heilpädagogische Reiten und Voltigieren richtet sich im Speziellen an mental retardierte und verhaltensauffällige Klienten. Keil (vgl. ebd.) bemerkt, dass das Führen, Erziehen und Pflegen des Pferdes in dieser Methode als pädagogisches Mittel eingesetzt wird. Über das Reiten und den Umgang mit dem Pferd können positive Sozialisationsprozesse in Gang gesetzt und Störungen behoben werden, weil es *„erstens das Bedürfnis nach positiver Zuwendung befriedigt (und damit die Störungsursachen erreicht) und zweitens soziale Fertigkeiten trainiert, indem es dem Klienten Möglichkeiten des Kontakts und der sozialen Betätigung verschafft, die anders gar nicht akzeptiert würden“* (Baum, 1981, zit. n. Gäng, 1998, S. 25). Kröger (vgl. 1998, S. 109 - 119) stellt zudem fest, dass die Arbeit mit dem Pferd die Erhaltung bzw. den Ausbau der Motivation anregen und den Aufbau von Vertrauen sowie den Abbau von Ängsten bewirken kann. Zudem werde das Erlernen einer richtigen Selbsteinschätzung unterstützt, Selbstwertgefühl aufgebaut und Konzentrationsdauer- und –intensität erhöht.

### **Das sportliche Behindertenreiten**

Diese dritte und letzte Form der Arbeit mit dem Pferd dient dem *„Erlernen der aktiven und möglichst selbstverantwortlichen Einwirkung auf das Pferd“* (Keil, 1995, S. 156). Nach der Homepage von „Begleiter auf vier Beinen<sup>13</sup>“ richtet sich dieses Angebot vor allem an Menschen, die trotz ihrer Behinderung oder Krankheit in der Lage sind,

---

<sup>13</sup> Vgl. <http://www.therapeutische-begleiter.at/Behindertenreiten.htm>.

selbstständig auf einem Pferd zu sitzen. Dabei stehen nicht pädagogisch-psychologische oder medizinisch-therapeutische Ziele im Vordergrund, sondern die rein sportliche Betätigung an sich.



**Abbildung 13:** Hippotherapie in Bauchlage



**Abbildung 14:** Hippotherapie im Sitzen

Da sowohl Hippotherapie als auch heilpädagogisches Reiten und Voltigieren und Behindertenreiten zumeist im Freien stattfinden soll an dieser Stelle noch Schölch (2003) erwähnt werden, der feststellt, dass allein schon der Aufenthalt an der frischen Luft von den Klienten bereits als positiv erlebt wird und Kreislauf, Muskeln und Immunsystem gestärkt werden (vgl. ebd., S. 96).

### 6.3.2 Schwimmen

Die Bewegung im Wasser ist gerade für Menschen mit Bewegungsbeeinträchtigungen von besonderer Bedeutung, da hier die Fortbewegung weitgehend ohne Hilfsmittel wie Rollstühle, Rollatoren oder Stöcke möglich ist.

*„Eine ganze Reihe von Personen mit motorischen Beeinträchtigungen ist an Land nicht in der Lage zu gehen oder benötigt dazu verschiedene Hilfsmittel, Hilfspersonen. (...) Bringt man diese Personen ins Wasser, so ist es einem Teil dieses Personenkreises möglich, ‚Gehen‘ zu erleben, zumindest eine Andeutung dieser Fortbewegungsart zu erspüren“ (Mayr, 2002, S. 162f.).*

Grundsätzlich ist Schwimmen eine typische Ausdauersportart, die durch die besonderen physikalischen Eigenschaften des Wassers sehr günstige Effekte auf den Organismus hat. Mayr (vgl., 2002, S. 160ff.) hat die Wirkung des Wassers auf den menschlichen Körper beschrieben, die an dieser Stelle jedoch nur exemplarisch zusammengefasst werden sollen:

- Durch den **Auftrieb** wird das Gewicht des Schwimmers verringert und der Stütz- und Bewegungsapparat geschont. Infolge dieser Entlastung können Schmerzen gelindert werden und die eigenaktive Haltung sowie Kopf- und Rumpfkontrolle erleichtert werden.
- Der **Wasserwiderstand** bewirkt eine Verlangsamung und Erschwerung aller Bewegungen, somit werden auch unkontrollierte Bewegungen gebremst. Zudem wird durch den Wasserwiderstand eine Muskelkräftigung erreicht und die Stabilisierung des eigenen Körpers und die Erhaltung des Gleichgewichts positiv beeinflusst.
- Der höhere **Wasserdruck** hat Auswirkungen auf die Atmung, die Blutgefäße und das Herzschlagvolumen, insgesamt unterliegt also der gesamte Kreislauf einer Veränderung.
- Durch die erhöhte **Wärmeleitfähigkeit** des Wassers werden zudem die Befindlichkeit, der Muskeltonus und abermals das Kreislaufverhalten beeinflusst.

Doch Schwimmen ist für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen nicht nur wegen der positiv wirkenden Eigenschaften des Wassers eine zu empfehlende Sportart. So merkt Keil (vgl. 1995, S. 166) an, dass durch die Fähigkeit sich über Wasser halten zu können die Selbstständigkeit und Selbstsicherheit erhöht wird. Darüber hinaus, so stellt sie fest, macht Schwimmen einfach Spaß, wodurch „therapeutische Ziele wie z.B. die Verbesserung der Motorik des behinderten Menschen erreicht werden, ohne daß der ‚Verdacht‘ der Therapie entsteht (vgl. ebd.).

Auch im Wasser kommen verschiedenste Hilfsmittel wie Bojen, Paddels, Auftriebshilfen oder Schwimmstangen zur Anwendung. Mit Seilen und Schwimmmatten können Übungen in der ganzen Gruppe ausgeführt werden.



**Abbildung 15:** Therapeutisches Schwimmen mit Hilfsperson



**Abbildung 16:** Selbstständige Fortbewegung im Wasser

### 6.3.3 Radfahren

Diese Fortbewegungs- bzw. Sportart eignet sich für Cerebralparetiker jeder Altersstufe und *„bietet neben der sehr günstigen therapeutischen Bewegungskoordination den Vorteil einer ganzkörperlich-aktiven Fortbewegung“* (Keil, 1995, S. 152). Beim Radfahren werden alle Bewegungen im physiologischen Bewegungsmuster ausgeführt, wodurch eine deutliche Verbesserung der Koordination der Muskulatur bewirkt werden kann. Zudem wird der Stütz- und Bewegungsapparat geschont, da das Körpergewicht vom Fahrrad getragen wird.

Durch spezielle Adaptierungen wird den Teilnehmern das vollkommen eigenständige Radfahren ermöglicht. Um das Gleichgewicht auf dem Rad halten zu können, verfügen alle Therapieräder über Stützräder in diversen Größen. Alle weiteren Adaptierungen sind individuell auf den Fahrer abgestimmt, wobei Größe und Gewicht sowie die Art der Behinderung eine entscheidende Rolle spielen<sup>14</sup>. Die wichtigsten Anpassungen reichen von verschiedenen Sätteln und Sitzschalen über Rückenlehnen, Schulter- und Oberkörpergurte, Hüftfixierungen, Fuß- und Unterschenkelhalterungen bis hin zu Armstützen, verschiedenen Griffen und Zusatzlenker. Besonders zu beachten sind die Bremsen, die Hinterradbremse sollte als Hauptbremse auf der Seite der weniger beeinträchtigten Hand angebracht sein.

<sup>14</sup> Vgl. persönliche Handreichung im Rahmen des Basislehrgangs zur konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppenassistentin vom 10.12.2004.

Zur Frage, ob am Rad ein Freilauf gewählt werden soll bemerkt Keil (vgl. 1995, S. 153), dass das Mitlaufen der Pedale beim Schieben gerade für das Erlernen einer runden Tretbewegung von Vorteil ist. Vor allem für Menschen mit Cerebralparese ist das koordinierte Treten mit beiden Beinen bei gleichzeitiger symmetrisch stützender Lenker-Haltung schwierig. Wenn die koordinierte Beinbewegung erlernt wurde, kann ein Freilauf – eventuell auch eine Rücktrittsbremse – gewählt werden.



**Abbildung 17:** Fixierung der Füße



**Abbildung 18:** Selbstständige Fortbewegung auf dem Fahrrad

Zusammenfassend schreibt Keil (1995): „*Alles in allem wäre die Institution ‚STRE‘ sicher nicht 30 Jahre alt geworden, wenn sie, obwohl sehr arbeitsintensiv und anstrengend, nicht der Höhepunkt unserer Jahresarbeit wäre und zudem allen daran beteiligten Menschen ein hohes Maß an positiven Erfahrungen, Zusammengehörigkeitsgefühl und viel innerer Kraft geben würde*“ (S. 177).

## 7 Fragestellung und Hypothese

Im Bereich der konduktiven Förderung wurde die wissenschaftliche Arbeit lange Zeit vernachlässigt. Im deutschsprachigen Raum existieren einige Arbeiten, die sich mit den Aspekten der Motivation, des rhythmisch kontinuierlichen Intendierens und der inneren Bewegung in der konduktiven Pädagogik beschäftigen (vgl. Heinisch, 2000; Hauschild, 2004; Kampelmüller, 1992). Diese Arbeiten nähern sich dem Thema jedoch auf theoretische Weise an und liefern daher keine wissenschaftlich fundierten Vergleichswerte, anhand derer die Effektivität dieser Methode gemessen werden kann. Im Rahmen eines Schulversuchs in Bayern wurde konstatiert, *„dass Maßnahmen Konduktiver Förderung einen positiven Einfluss auf die motorische Entwicklung haben (...) und günstige Auswirkungen der Konduktiven Förderung auf Sprache, Motivation, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Wahrnehmungsfähigkeit und auf den sozial-emotionalen Bereich“* (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung, 1999, S. 133) festzustellen sind. Die Auswirkungen einer derartigen Veränderung auf das subjektive Erleben der eigenen Kompetenzen und der damit verbundenen subjektiven Handlungsfähigkeit bleiben jedoch unangesprochen. In Großbritannien wurde 1993 der „Final Report of Evaluation of Conductive Education for Children with Cerebral Palsy“ veröffentlicht (Bairstow, Cochrane, Hur, 1993). Im Rahmen dieser Studie wurden v.a. objektiv messbare Veränderungen der motorischen Fertigkeiten, wie Positionswechsel, Gehen, Funktion der linken und rechten oberen Extremitäten und Selbsthilfe festgehalten (vgl. ebd., S. 277ff.). Die wohl jüngste Studie legt Brown (vgl. 2006) vor, die neben der Wirkung der konduktiven Förderung auf die motorischen Kompetenzen von Erwachsenen nach einem Schlaganfall auch Untersuchungen zur subjektiv empfundenen Lebensqualität und zur Selbstversorgung anstellte.

Anhand dieser Beispiele lässt sich erkennen, dass sich die Forschungsarbeit in der konduktiven Förderung einerseits in theoretischer Weise vor allem der Analyse bestimmter Phänomene innerhalb der Methode widmet. Andererseits stehen in der quantitativ-empirischen Forschung häufig die objektiv messbaren Veränderungen in den motorischen Kompetenzen im Mittelpunkt des Interesses.

Aus diesem Grund ist das zentrale Anliegen dieser Arbeit die Untersuchung der Wirksamkeit der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung in Kombination mit Sport in Bezug auf die subjektiv empfundenen Handlungs- und Kontrollüberzeugungen.

In der vorliegenden Arbeit wird somit die folgende Fragestellung bearbeitet:

### Fragestellung

Lassen sich aufgrund der Teilnahme am Intensiv-Therapiekurs Veränderungen in den Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen feststellen?

Aus dieser Fragestellung werden die folgenden Hypothesen abgeleitet:

### Hypothesen

1. Die Teilnahme am Sommer-Intensiv-Therapiekurs führt zu einer positiven Veränderung in Bezug auf die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.
2. Infolge des Aussetzens der Förderung wird für die Follow-Up-Phase eine Verschlechterung in der subjektiven Einschätzung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen erwartet.

## **8 Methodik**

### **8.1 Stichprobenbeschreibung**

Die Fragestellung dieser Forschungsarbeit wird anhand zweier Einzelfälle ( $n = 2$ ) mittels standardisierter Fragebögen untersucht.

Die Kriterien für die Teilnahme an der Studie lauteten wie folgt:

- Die Probanden sind Schüler in einer konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppe der Therapieinstitut Keil GmbH.
- Die Probanden sind mindestens 16 Jahre alt.
- Es liegt eine cerebrale Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor.
- Die Probanden müssen die volle Zeitspanne, also drei Wochen, am Sommer-Intensivkurs teilnehmen.

Unter Beachtung der oben genannten Kriterien erklärten sich eine weibliche und eine männliche Person bereit an der Studie mitzuwirken.

#### **Probandin A**

Probandin A ist zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung 18 Jahre alt und seit zwei Jahren Teilnehmerin in einer der Ausbildungsgruppen im Institut Keil. Bei ihr wurde nach der Geburt eine spastische Tetraplegie diagnostiziert, wobei die linken und die rechten Extremitäten gleichermaßen betroffen sind.

Die Probandin verbrachte die Zeit zwischen der zweiten und dritten Datenerhebung zu Hause bei ihrer Familie und erhielt in dieser Phase folglich keine konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung. Nach eigenen Angaben hat sich die Probandin in diesen fünf Wochen weder sportlich betätigt, noch wurden Übungen durchgeführt, die von der zuständigen Konduktorin bereits während des Jahres ausgearbeitet und ihr und zwei weiteren Familienmitgliedern zum regelmäßigen Training zu Hause gezeigt wurden. Die Probandin gab im Gespräch weiter an, die Ferien vor allem zur Entspannung und Erholung vom Intensiv-Therapiekurs genutzt zu haben, den sie einerseits als sehr anstrengend aber auch als willkommene Abwechslung empfand. Auf Nachfrage der Verfasserin gibt die Probandin an, dass sie sich zu Hause

ausschließlich mit dem Rollstuhl fortbewegt habe, da sie ihren Rollator nach dem Kurs nicht mitgenommen habe. Insgesamt wurde im Gespräch ersichtlich, dass die Probandin in der fünfwöchigen Ferienzeit nur wenig aktiv war.

### **Proband B**

Proband B ist zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung 24 Jahre alt und seit vier Jahren Teilnehmer in der selben Ausbildungsgruppe wie Probandin A. Durch seine zu frühe Geburt und zusätzlichen Komplikationen während der Geburt kam es zu einer Gehirnschädigung, die eine linksbetonte Tetraplegie zur Folge hat. Somit sind bei Proband B alle vier Extremitäten von der Spastik betroffen, wobei die linke Körperhälfte verstärkt beeinträchtigt ist.

Proband B wohnt von Montag bis Freitag in einer Wohngemeinschaft, in der großer Wert auf die Selbstständigkeit und größtmögliche Selbstversorgung der Bewohner gelegt. Mit Hilfe einer Physiotherapeutin werden alltägliche Handlungsabläufe gezielt trainiert und therapeutisch unterstützt. So wird das Benutzen von Rollstühlen vermieden, das Essen wird von den Bewohnern selbst zubereitet, die Einkäufe werden selbstständig erledigt und Vieles mehr. Während der fünfwöchigen Ferienzeit fand zudem eine sogenannte „Urlabsaktion“ statt, im Rahmen derer Proband B gemeinsam mit seinen Mitbewohnern und dem Betreuerteam eine Woche in Kroatien verbrachte. An den Wochenenden fuhr der Proband oft zu seiner Familie nach Hause.

Anhand der Stichprobenbeschreibungen werden bereits gewisse Unterschiede zwischen den beiden Probanden deutlich. Die Ausgangssituation gestaltet sich bei beiden gleich, da sie die selbe Gruppe im Institut Keil besuchen und dadurch die gleiche Therapie im gleichen Stundenausmaß erhielten. Die Zeit zwischen der zweiten und dritten Datenerhebung verlebten die Probanden jedoch sehr unterschiedlich: Probandin A war in der Ferienzeit eher passiv während Proband B in der Wohngemeinschaft und insbesondere im Urlaub sehr aktiv war.

## **8.2 Design und Ablauf der Datenerhebung**

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine kontrollierte Einzelfallstudie, in welcher mit Hilfe von Fragebögen Daten zu den Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen der Probanden zu drei verschiedenen Testzeitpunkten erhoben wurden.

Die Studie erfolgt nach dem A-B-E-Design.

### **1. Untersuchungszeitpunkt / Erhebung der Grundrate A**

Die Grundrate A wird durch die erste Datenerhebung am Morgen des ersten Tages des Intensiv-Therapiekurses festgestellt. Bis zu diesem Zeitpunkt nahmen beide Probanden im Rahmen ihrer Berufsausbildung im Therapieinstitut Keil einmal täglich an einem Pritschenprogramm teil, zusätzlich erhielten beide zwei bis drei mal pro Woche Einzeltherapie von der Gruppenkonduktorin.

### **2. Untersuchungszeitpunkt / Interventionsphase B**

Nach der Erhebung der Grundrate A beginnt die Interventionsphase. Dabei stellt die Teilnahme am Therapiekurs nach den Grundsätzen der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung inklusive aller beschriebenen Zusatzangebote die Intervention dar. Nach Beendigung der dreiwöchigen Interventionsphase erfolgt am Morgen des letzten Tages des Kurses die zweite Datenerhebung.

### **3. Untersuchungszeitpunkt / Follow-Up**

Die dritte Datenerhebung findet einen Monat nach Kursende statt. Beide Probanden hatten in dieser Zeit Urlaub, somit wurden weder Probandin A noch Proband B während der Follow-Up-Phase pädagogisch oder therapeutisch gefördert.

Zu den Befragungen wurden die Probanden einzeln aus der Gruppe geholt und ein nahegelegener ruhiger Raum aufgesucht. Somit konnten Störungen und Ablenkungen der Personen vermieden werden.

### 8.3 Inventar

Der „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)“ wurde 1991 von Günter Krampen veröffentlicht und stellt ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung generalisierter Kompetenz- und Kontingenzerwartungen dar.

Der FKK teilt sich in vier **Primärskalen**, die auf jeweils acht Items basieren und sowohl konzeptuell als auch auswertungstechnisch voneinander unabhängig sind. In Bezug auf die generalisierten Kontrollüberzeugungen wird im FKK zwischen drei Aspekten unterschieden, in denen den Aussagen über die subjektiv vorhandenen Handlungsmöglichkeiten eine besondere Bedeutung zukommt. Krampen (1991) beschreibt die Primärskalen folgendermaßen:

- *„Internalität (FKK-I)* als die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt;
- *Sozial bedingte Externalität (FKK-P; „powerfull others control orientation“)* als generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss anderer („mächtiger“) Personen abhängen;
- *Fatalistische Externalität (FKK-C; „chance control orientation“)* als generalisierte Erwartung, dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und dem Zufall abhängen“ (S. 20).

Die generalisierten Kompetenzerwartungen werden mit Hilfe der Subskala *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK)* erfasst. Sie stellt die generalisierte Erwartung darüber dar, dass sich die Person in vielen, auch subjektiv neuartigen, schwierigen und mehrdeutigen Situationen als handlungsfähig erlebt.

Aus den vier Primärskalen lassen sich zwei direkt abhängige **Sekundärskalen** ableiten. Die beiden Sekundärskalen sind dabei als konzeptuell globalere Indikatoren selbstbezogener Kognition zu betrachten. Die erste Sekundärskala fasst die Daten der Primärskalen zum Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und zur Internalität zusammen und wird als Dimension der *generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (FKK-SKI)* bezeichnet. Dementsprechend setzt sich die zweite Sekundärskala aus den Primärskalen zur sozial bedingten Externalität und zur

fatalistischen Externalität zusammen und wird als Dimension der *generalisierten Externalität in Kontrollüberzeugungen* (FKK-PC) bezeichnet.

Die **Tertiärskala** wird die Dimension der *generalisierten Internalität versus Externalität* (FKK-SKI-PC) genannt und geht aus dem Differenzwert der beiden Sekundärskalen hervor. Folglich umfasst sie alle 32 Items des Fragebogens und stellt dementsprechend eine noch globalere und konzeptuell unscharfe, eindimensionale Persönlichkeitsdimension dar. Da die Tertiärskala alle Items des FKK zusammenzieht werden sämtliche theoretischen und konzeptuellen Differenzierungen, die hinter der Konstruktion des Fragebogens stehen, verwischt. Aus diesem Grund konzentriert sich die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens hauptsächlich auf die vier Primärskalen. Die Sekundärskalen werden erst in einem zweiten Schritt zur Interpretation der Ergebnisse herangezogen während auf die Diskussion möglicher Veränderungen in der Tertiärskala vollständig verzichtet wird.

Um die Wirksamkeit der Intervention festzustellen und die aufgestellten Hypothesen zu prüfen, sollen im Folgenden die ermittelten Datenwerte der drei Erhebungen miteinander verglichen werden. Dazu wurden in allen nachfolgenden vergleichenden Tabellen die von Krampen (1991, S. 28) errechneten kritischen Differenzen eingefügt, anhand derer die Signifikanz der Veränderungen festgestellt werden kann.

Als Grundlage zur möglichen Verifizierung oder Falsifizierung der Hypothesen werden die statistischen Vertrauensgrenzen im Bereich durchschnittlicher Ausprägungen und die von Krampen aufgestellten Bedeutungen hoher und niedriger Werte herangezogen. Prinzipiell wird eine signifikante Veränderung, in der sich der Wert beispielsweise nach der Intervention an den Bereich durchschnittlicher Ausprägungen (T-Wert von 50) angenähert hat oder innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen liegt, als positiv gewertet. Hat sich der Wert jedoch vom mittleren T-Wert entfernt oder liegt er außerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, so wird eine negative Auswirkung der Intervention konstatiert.

Die anschließende Tabelle gibt die Vertrauensgrenzen für den T-Wert-Bereich wieder, in dem ein mit dem FKK erfasster Skalenwert mit einer Irrtumswahr-

scheinlichkeit von 5% bzw. 10% liegt. Das heißt erreicht ein Erwachsener beispielsweise auf der Skala FKK-SK einen T-Wert von 50, so liegt sein wahrer Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% im Bereich von  $42 < T < 58$  und mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% im Bereich von  $59.6 < T < 40.4$ . In den nachfolgenden Grafiken bzw. Auswertungsprofilen sind die Vertrauensgrenzen für eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% für den mittleren T-Wert von 50 für alle Skalen in Form einer schraffierten Fläche abgebildet. Sie geben somit die Vertrauensgrenzen der FKK-Skalen im Bereich durchschnittlicher Ausprägungen wieder.

**Tabelle 1:** Vertrauensgrenzen der T-Werte des FKK für Erwachsene (ebd., S. 28)

<b>FKK-Skala</b>	<b>10 %</b>	<b>5 %</b>
SK	+/- 8.0	+/- 9.6
I	+/- 9.0	+/- 10.7
P	+/- 8.5	+/- 10.2
C	+/- 8.2	+/- 9.8
SKI	+/- 6.8	+/- 8.1
PC	+/- 6.8	+/- 8.1
SKI-PC	+/- 5.4	+/- 6.5

#### **8.4 Datenverarbeitung**

Die Hypothesen dieser Einzelfallstudie werden anhand einer visuellen Inspektion der Daten überprüft. Dazu wurde das gewonnene Datenmaterial mit Hilfe der Berechnungs- und Grafikfunktionen des Microsoft Office-Programms Excel grafisch dargestellt.

Die visuelle Inspektion der Daten ist einerseits zwar eine relativ unsensitive Methode, jedoch besitzt sie den Vorteil dass „*nur solche Interventionen als wirksam identifiziert werden können, die auch eine deutliche Veränderung im Zielverhalten bewirkt haben*“ (Julius et al. 2000, S. 129). Im besten Fall bedarf es also keiner Kriterien für

eine visuelle Inspektion der Daten, da die Intervention einen möglichst starken und offensichtlichen Effekt haben sollte.

In der Forschungspraxis tritt jedoch häufig der Fall ein, dass die Daten keinen extremen Verlauf zeigen. Hier muss anhand bestimmter Kriterien überprüft werden, ob die Veränderungen im Datenverlauf auf die Intervention zurückzuführen sind. Die visuelle Inspektion konzentriert sich in diesen Fällen primär auf Veränderungen im Mittelwert, Niveau und Trend der Datenverläufe sowie die Latenz zwischen Behandlungsbeginn und Änderungen im Datenverlauf (Kazdin 1982, vgl. Julius et al., 2000, S. 130).

Insgesamt stellt die visuelle Inspektion jedoch ein verlässliches Verfahren dar, das sich besonders zur Identifikation eindeutig wirksamer Interventionseffekte eignet. Treten in der experimentellen Phase jedoch nur geringe Veränderungen im Datenverlauf auf, so bedarf es einer sorgfältigen Interpretation der Daten (vgl. Julius et al., 2000, S. 136f.).

## **9 Ergebnisse**

Die einzelnen Datenerhebungen erfolgten am 09. Juli, 27. Juli und 03. September 2007. Zwischen der ersten und zweiten Datenerhebung liegen drei Wochen, in denen die Untersuchungspersonen am Intensiv-Therapiekurs teilgenommen haben. In den fünf Wochen zwischen der zweiten Befragung und der Follow-Up-Erhebung setzte die pädagogisch-therapeutische Förderung bei Probandin A vollkommen aus, Proband B erhielt bedingt durch seine Wohnsituation in einer mehrfach-therapeutischen Wohntrainingsgruppe weiterhin regelmäßige Förderungen, jedoch in einem weit geringeren Ausmaß (vgl. dazu Kapitel 8.1).

Um die in Kapitel 7 aufgestellten Hypothesen zu untersuchen werden im folgenden Abschnitt die Ergebnisse der Datenerhebungen für Probandin A und Proband B getrennt voneinander dargestellt.

## 9.1 Ergebnisse von Probandin A

Die anschließenden Tabellen geben das Datenmaterial wieder, das in den Befragungen von Probandin A gewonnen wurde. Jede Tabelle stellt dabei gleichzeitig einen Vorher-Nachher-Vergleich auf, um die Veränderungen in den Daten innerhalb der drei Erhebungszeitpunkte sichtbar zu machen.

**Tabelle 2:** Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention (Probandin A)

FKK-Skalen	Untersuchungszeitpunkte		Kritische Differenz		Differenz
	t 1	t 2	10 %	5 %	
SK	49	44	11.4	13.6	5 n.s.
I	50	50	12.7	15.2	0 n.s.
P	71	68	12.1	14.4	3 n.s.
C	72	60	11.6	13.9	12 <sup>+</sup>
SKI	49	46	9.6	11.4	3 n.s.
PC	74	65	9.6	11.4	9 n.s.
SKI-PC	37	39	7.7	9.2	2 n.s.

\*:  $\alpha < 5\%$ ; +:  $\alpha < 10\%$

Betrachtet man zunächst das Datenmaterial der ersten Erhebung (t 1), so zeigt Tabelle 2 bei Probandin A nach dem Abgleich mit den statistischen Vertrauensgrenzen für den mittleren T-Wert (vgl. dazu Kapitel 8.3) ein durchschnittlich ausgeprägtes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und eine ebenfalls durchschnittlich ausgeprägte Internalität in den generalisierten Kontrollüberzeugungen. Es wird jedoch auch sichtbar, dass die Primärskala der sozial bedingten Externalität sowie die Skala der fatalistischen Externalität massiv erhöht sind. In Bezug auf die angegebenen Vertrauensgrenzen können die Abweichungen in FKK-P und FKK-C als bedeutsam vom Durchschnitt abweichende Ausprägungen bezeichnet werden. Die beiden Sekundärskalen bestätigen dieses

Bild: Die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen liegen innerhalb der Vertrauensgrenzen, während die generalisierte Externalität in Folge der erhöhten Primärskalen massiv erhöht ist. Aus den beiden Sekundärskalen ergibt sich ein deutlich verminderter Wert in der Tertiärskala Internalität versus Externalität.

Im Vergleich dieser Daten mit den Ergebnissen aus der zweiten Befragung (t 2) lässt sich nach dem Ende der Interventionsphase in der Primärskala fatalistische Externalität eine signifikante Veränderung auf dem 10 % Niveau feststellen. Zwar ist der Wert noch immer deutlich erhöht und befindet sich außerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, jedoch lässt sich eine deutliche Abnahme der fatalistischen Externalität feststellen. In allen anderen Skalen können keine signifikanten Veränderungen registriert werden.

**Tabelle 3:** Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat später (Probandin A)

FKK-Skalen	Untersuchungszeitpunkte		Kritische Differenz		Differenz
	t 2	t 3	10 %	5 %	
SK	44	42	11.4	13.6	2 n.s.
I	50	41	12.7	15.2	9 n.s.
P	68	68	12.1	14.4	0 n.s.
C	60	62	11.6	13.9	2 n.s.
SKI	46	32	9.6	11.4	14*
PC	65	65	9.6	11.4	0 n.s.
SKI-PC	39	37	7.7	9.2	2 n.s.

\*:  $\alpha < 5 \%$ ; +:  $\alpha < 10 \%$

Die in Tabelle 3 abgebildeten Werte dienen dem Vergleich der Ergebnisse der zweiten Datenerhebung (t 2) nach der Intervention und der dritten Datenerhebung (t 3) einen Monat später, während dessen die Probandin weder pädagogische noch therapeutische Förderung erhielt. Die Ergebnisse des Vergleiches zeigen eine

signifikante Veränderung auf dem 5 % Niveau in der Sekundärskala der generalisierten Selbstwirksamkeit. Zum Zeitpunkt der zweiten Datenerhebung befand sich die Skala FKK-SKI mit einem T-Wert von 46 innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen. Durch das Datenmaterial der Follow-Up-Erhebung, in der auf dieser Skala nur noch ein T-Wert von 32 ermittelt werden konnte, wird jedoch eine massive Reduktion der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen deutlich. In Bezug auf die weiteren Skalen können keine signifikanten Abweichungen von den Ergebnissen der ersten Untersuchung festgestellt werden.

**Tabelle 4:** Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat nach Interventionsende (Probandin A)

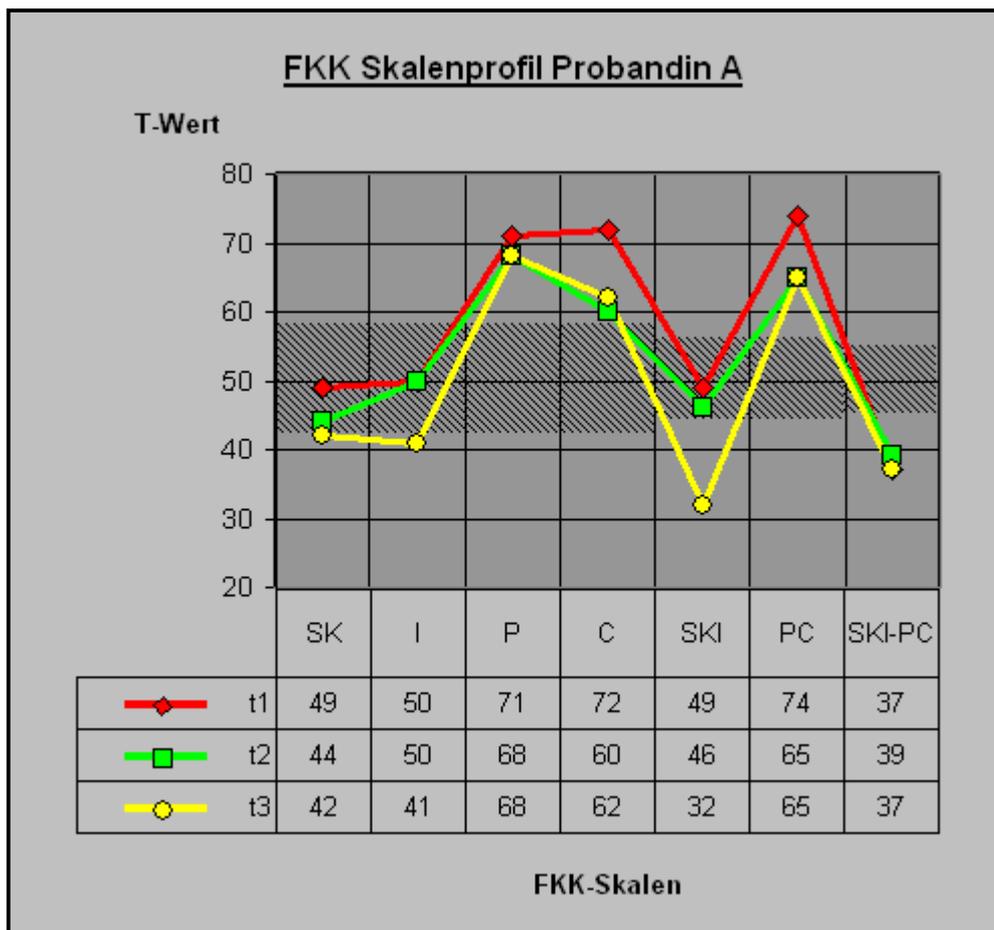
FKK-Skalen	Untersuchungszeitpunkte		Kritische Differenz		Differenz
	t 1	t 3	10 %	5 %	
SK	49	42	11.4	13.6	7 n.s.
I	50	41	12.7	15.2	9 n.s.
P	71	68	12.1	14.4	3 n.s.
C	72	62	11.6	13.9	10 n.s.
SKI	49	32	9.6	11.4	17*
PC	74	65	9.6	11.4	9 n.s.
SKI-PC	37	37	7.7	9.2	0 n.s.

\*:  $\alpha < 5 \%$ ; +:  $\alpha < 10 \%$

Anhand der in Tabelle 4 angeführten Daten werden die Ergebnisse des ersten (t 1) und des dritten Untersuchungszeitpunktes (t 3) miteinander verglichen. Hier zeigt sich eine signifikante Veränderung in der Sekundärskala der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen auf dem 5 % Niveau. Wie in Tabelle 3 ist der Datenwert der Follow-Up-Untersuchung im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt massiv reduziert und befindet sich außerhalb der Vertrauensgrenzen im Bereich

durchschnittlicher Skalenausprägungen. Auch hier lassen sich auf den anderen Skalen keine nennenswerten Veränderungen erkennen.

Abschließend zu den einzelnen Vergleichsdarstellung der Ergebnisse von Probandin A wird im Folgenden das gesamte gewonnene Datenmaterial in Form eines Skalenprofils graphisch wiedergegeben.



**Abbildung 19:** Gesamtdarstellung der Ergebnisse zum ersten, zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt im FKK-Skalenprofil (Probandin A)

## 9.2 Ergebnisse von Proband B

Das von Proband B gewonnene Datenmaterial wird in gleicher Weise dargestellt wie die Ergebnisse von Probandin A. Dementsprechend erfolgt anhand der angeführten Tabellen zunächst ein Abriss der Grundrate, woraufhin eine Beschreibung der signifikanten Veränderungen innerhalb der verschiedenen Testzeitpunkte erfolgt. Folgende Datenwerte konnten für Proband B ermittelt werden:

**Tabelle 5:** Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention (Proband B)

FKK-Skalen	Untersuchungszeitpunkte		Kritische Differenz		Differenz
	t 1	t 2	10 %	5 %	
SK	35	44	11.4	13.6	9 n.s.
I	50	61	12.7	15.2	11 n.s.
P	72	67	12.1	14.4	5 n.s.
C	46	34	11.6	13.9	12 <sup>+</sup>
SKI	43	43	9.6	11.4	0 n.s.
PC	60	48	9.6	11.4	12 <sup>*</sup>
SKI-PC	39	49	7.7	9.2	10 <sup>*</sup>

\*:  $\alpha < 5 \%$ ; <sup>+</sup>:  $\alpha < 10 \%$

Bei genauerer Betrachtung der in Tabelle 5 angegebenen T-Werte lässt sich feststellen, dass sich die Ergebnisse der Grundratenerhebung (t 1) in den Primärskalen Internalität und fatalistische Externalität innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen befinden und somit von einer durchschnittlichen Skalenausprägung in diesen Bereichen gesprochen werden kann. Die Primärskalen des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und der sozialen Externalität weichen jedoch deutlich vom Durchschnitt ab. So ist die Skala FKK-SK mit einem T-Wert von 35 stark reduziert, während die Skala FKK-P mit einem T-Wert von 72 massiv erhöht ist. Die Sekundärskalen zu den generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und

der generalisierten Externalität bestätigen dieses Bild zwar noch, jedoch wird hier die differenzierte Aussage der Primärskalen bereits verwischt. So liegt der Wert der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % rein rechnerisch noch innerhalb der Vertrauensgrenzen, auf der Basis einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10 % befindet sich das Ergebnis dagegen unter dem Bereich durchschnittlicher Skalenausprägungen. Die zweite Sekundärskala der generalisierten Externalität ist mit einem T-Wert von 60 jedoch deutlich erhöht. Die zusammenfassende Tertiärskala zeigt mit einem Wert von 39 eine deutliche Reduktion in der Internalität versus Externalität und lässt somit die extremen Abweichungen in den Primärskalen vollkommen verschwimmen.

Der in Tabelle 4 angestellte Vergleich zwischen den Daten der Grundrate (t 1) und den Ergebnissen der zweiten Datenerhebung (t 2) zeigt eine signifikante Veränderung in der Primärskala der fatalistischen Externalität auf dem 10 % Niveau. In der Grundrate befindet sich der Wert dieser Skala innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, wohingegen er nach der Intervention deutlich außerhalb des Bereichs durchschnittlicher Skalenausprägungen liegt und stark reduziert ist. Die Sekundärskala der generalisierten Externalität sowie die Tertiärskala Internalität versus Externalität zeigen signifikante Veränderungen auf dem 5 % Niveau. Die Werte der beiden Skalen befinden sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt nach der Intervention eindeutig innerhalb des Bereichs mittlerer Skalenausprägungen. Im Vergleich der restlichen Skalen des FKK werden keine weiteren signifikanten Veränderungen sichtbar.

**Tabelle 6:** Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat später (Proband B)

FKK-Skalen	Untersuchungszeitpunkte		Kritische Differenz		Differenz
	t 2	t 3	10 %	5 %	
SK	44	44	11.4	13.6	0 n.s.
I	61	70	12.7	15.2	9 n.s.
P	67	68	12.1	14.4	1 n.s.
C	34	47	11.6	13.9	13 <sup>+</sup>
SKI	43	58	9.6	11.4	15*
PC	48	60	9.6	11.4	12*
SKI-PC	49	49	7.7	9.2	0 n.s.

\*:  $\alpha < 5\%$ ; +:  $\alpha < 10\%$

In Tabelle 6 wird das Datenmaterial der zweiten Erhebung (t 2) den Ergebnissen der Follow-Up-Untersuchung (t 3) gegenübergestellt. Dabei ist in der Primärskala der fatalistischen Externalität ein deutlicher Anstieg des Wertes auf dem 10 % Niveau zu verzeichnen. Somit befindet sich der nach der Intervention massiv reduzierte Wert der fatalistischen Externalität zum letzten Erhebungszeitpunkt wieder innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen im Bereich durchschnittlicher Ausprägungen. Die beiden Sekundärskalen der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und der generalisierten Externalität weisen in der Follow-Up-Erhebung eine Veränderung auf dem 5 % Niveau auf. Während der Wert der generalisierten Selbstwirksamkeit zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % noch innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen liegt, zeigen sich in der dritten Datenerhebung massiv erhöhte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. In der Sekundärskala der generalisierten Externalität zeigt sich das Ergebnis zum dritten Erhebungszeitpunkt im Vergleich mit dem T-Wert aus der zweiten Untersuchung nach der Intervention ebenfalls massiv erhöht und liegt eindeutig außerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen.

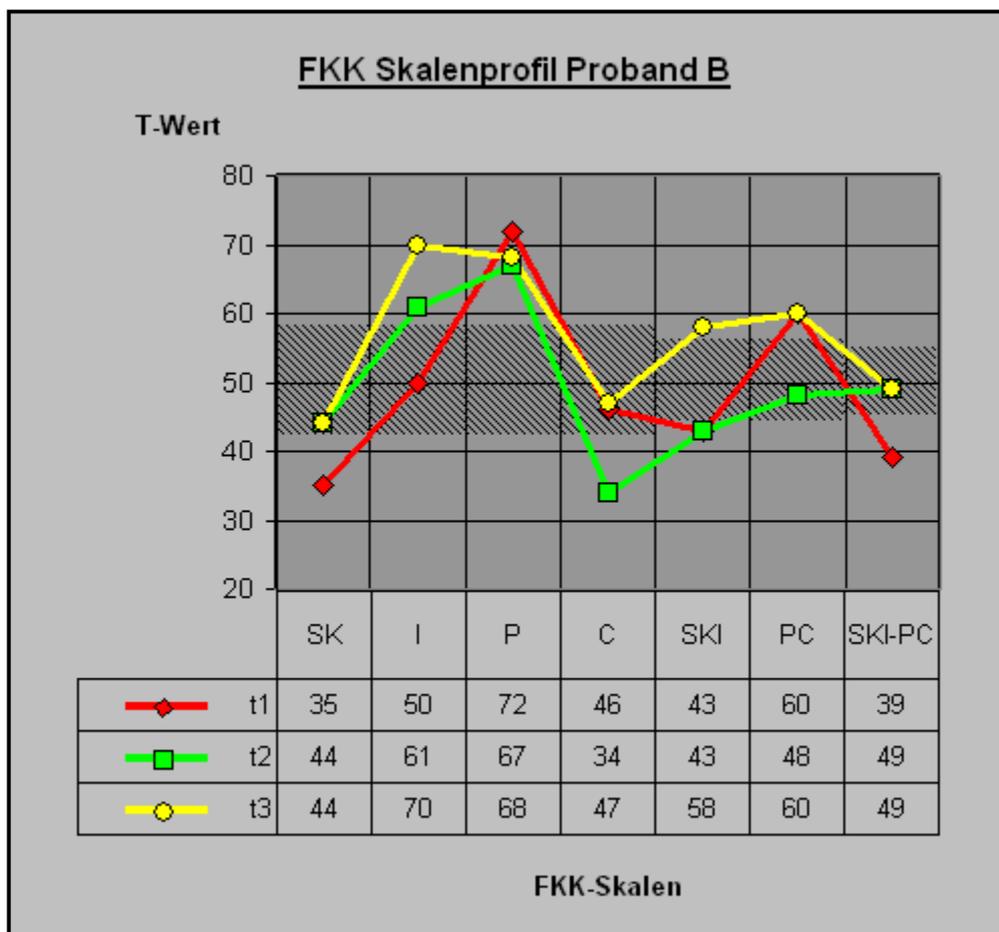
**Tabelle 7:** Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat nach Interventionsende (Proband B)

FKK-Skalen	Untersuchungszeitpunkte		Kritische Differenz		Differenz
	t 1	t 3	10 %	5 %	
SK	35	44	11.4	13.6	9 n.s.
I	50	70	12.7	15.2	20*
P	72	68	12.1	14.4	4 n.s.
C	46	47	11.6	13.9	1 n.s.
SKI	43	58	9.6	11.4	15*
PC	60	60	9.6	11.4	0 n.s.
SKI-PC	39	49	7.7	9.2	10*

\*:  $\alpha < 5 \%$ ; +:  $\alpha < 10 \%$

Mittels der in Tabelle 7 dargestellten Ergebnisse erfolgt nun der Vergleich der T-Werte aus der Grundratenerhebung (t 1) mit den Daten aus der Follow-Up-Untersuchung (t 3). Dabei wird in der Primärskala Internalität eine signifikante Veränderung auf dem 5 % Niveau sichtbar. Während sich der T-Wert in der Grundrate im Bereich durchschnittlicher Skalenausprägungen befindet zeigt sich zum Zeitpunkt der Follow-Up-Erhebung mit einem T-Wert von 70 ein massiver Anstieg in Hinsicht der Internalität. Dies wird auch durch die Sekundärskala der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bestätigt, da auch hier eine signifikante Veränderung auf dem 5 % Niveau zu verzeichnen ist. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % liegt der Wert in der Skala FKK-SKI zum dritten Erhebungszeitpunkt innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen. Auch in der Tertiärskala Internalität versus Externalität kann eine bedeutsame Veränderung auf dem 5 % Niveau registriert werden. Der in der Grundrate massiv reduzierte Wert liegt in der Follow-Up-Erhebung mit einem T-Wert von 49 wieder innerhalb des Bereiches durchschnittlicher Skalenausprägungen.

Ausgangs werden ebenfalls für Proband B alle zu den drei Erhebungszeitpunkten gewonnenen Daten in Form eines Skalenprofils graphisch dargestellt.



**Abbildung 20:** Gesamtdarstellung der Ergebnisse zum ersten, zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt im FKK-Skalenprofil (Proband B)

### 9.3 Aufgetretene Probleme / Diskussion der Methode

Bevor die Ergebnisse dieser Studie diskutiert werden, sollen an dieser Stelle verschiedene Schwierigkeiten aufgezeigt werden, die sich im Rahmen der Datenerhebung ergeben haben.

Nach Krampen (1991) kann der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen „*ab dem Alter von 14 Jahren bis in das hohe Lebensalter eingesetzt werden*“ (S. 21). Dies ist jedoch die einzige Angabe, die der Handanweisung zum Fragebogen in Bezug auf eine Begrenzung des Anwendungsbereiches hinsichtlich der Zielgruppe zu entnehmen ist. Nun handelt es sich bei Probandin A und Proband B um Personen mit einer infantilen Cerebralparese, die wie bereits ausführlich beschrieben (vgl. dazu Kapitel 4.1.4 und Kapitel 8.1) nicht nur Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit nach sich zieht, sondern auch Auswirkungen auf die kognitiven Kompetenzen der Betroffenen hat. Dies wurde während der Untersuchungen in mehrerlei Hinsicht erkennbar:

Sowohl Probandin A als auch Proband B können zwar lesen, jedoch ist ihr Lesetempo stark verlangsamt und ihr Textverständnis teilweise beeinträchtigt. Zudem kommt bei Proband B noch eine deutliche Sehschwäche hinzu, aufgrund derer er die für ihn sehr klein gedruckte Schrift nur schwer und unter großer Anstrengung erfassen konnte. Darüber hinaus weisen beide Testpersonen erhebliche Beeinträchtigungen in ihren graphomotorischen Fertigkeiten auf, weshalb auch das selbstständige Ausfüllen des Fragebogens eine große Schwierigkeit für die Probanden darstellte. Aus diesen Gründen konnte weder Probandin A noch Proband B der Fragebogen so wie von Krampen empfohlen zur vollkommen selbstständigen Beantwortung ausgehändigt werden. So wurde gemeinsam mit der jeweiligen Testperson zu Beginn jeder Erhebung das Deckblatt durchgearbeitet, wobei ihnen die Instruktionen, das gegebene Itembeispiel und die verschiedenen Antwortmöglichkeiten vorgelesen wurden. Die Probanden beurteilten die 32 Aussagen des FKK nur verbal, die Ergebnisse wurden von der Autorin in die Antwortformulare übertragen. Diese Form der Datenerhebung bot in Bezug auf die beiden Testpersonen vor allem zwei Vorteile: Einerseits konnte durch das Vorlesen der Aussagen der zeitliche Rahmen der Befragungen relativ niedrig gehalten werden,

obwohl die Erhebungen im Vergleich mit der von Krampen angeführten durchschnittlichen Durchführungsdauer von 10 bis 20 Minuten bei jeder Untersuchung überschritten wurde. Zum anderen resultierte aus der persönlichen Ansprache der Probanden durch die direkte Fragestellung eine höhere Aufmerksamkeit.

Als weitere Schwierigkeit erwiesen sich die sechsstufigen Antwortskalen des Fragebogens. Für beide Probanden stellte es eine deutliche Herausforderung dar, die verschiedenen Antwortmöglichkeiten im Gedächtnis zu behalten, weshalb diese in den jeweils ersten Untersuchungen extrem häufig nachgefragt wurden, was den Bearbeitungsfluss des Fragebogens beeinträchtigt hat. Dieses Problem konnte in den folgenden Untersuchungen verringert werden, indem im Vorfeld sechs verschiedenfarbige Antwortkarten mit den ausformulierten Beurteilungen erstellt wurden. Anhand dieser in großer Schrift gedruckten Karten konnte den Testpersonen die Beantwortung der Fragen erleichtert werden.

Eine letzte Problematik zeigte sich in den Formulierungen einzelner Items. Nach Krampen (1991) ist bei *„Rückfragen von Personen (...) eher darauf hinzuweisen, daß die Aussagen sorgfältig und genau gelesen, auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen reflektiert und entsprechend beantwortet werden sollten“* (S. 23). Einige der Items enthalten jedoch einzelne Begriffe, unter denen sich die Probanden nichts vorstellen und aufgrund dessen auch keine Verbindung zu eigenen Erfahrungen herstellen konnten. So mussten Begriffe wie „Handlungsalternativen“, „Verwirklichung“ oder „Mehrdeutigkeit“ in den ersten Befragungen immer wieder erklärt werden und mit praktischen Beispielen aus dem Alltag für die Probanden kognitiv erfassbar gemacht werden.

## 10 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der dargestellten Ergebnisse bezieht sich in erster Linie auf die in Kapitel 7 formulierte Fragestellung, ob sich durch die Teilnahme am Sommer-Intensivkurs des Therapieinstitut Keil Veränderungen in Bezug auf die Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen feststellen lassen. Dabei gilt es zu betonen, dass sich die Diskussion der Ergebnisse ausschließlich auf die beiden Einzelfälle bezieht und deshalb keine allgemeinen gültigen Aussagen über die Wirksamkeit dieser Methode gemacht werden können.

Um die Fragestellung der Arbeit zu untersuchen wurden folgende Hypothesen formuliert:

1. Die Teilnahme am Sommer-Intensiv-Therapiekurs führt zu einer positiven Veränderung in Bezug auf die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.
2. Infolge des Aussetzens der Förderung wird für die Follow-Up-Phase eine Verschlechterung in der subjektiven Einschätzung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen erwartet.

Da nach der Auswertung der Fragebögen erhebliche Unterschiede in den Befunden von Probandin A und Proband B sichtbar wurden, werden die Ergebnisse beider Testpersonen im Folgenden getrennt voneinander diskutiert und die Hypothesen jeweils separat anhand des Einzelfalles überprüft. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass sich die Verifizierung oder Falsifizierung der aufgestellten Hypothesen im Speziellen jeweils auf bestimmte Teilaspekte der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen beziehen kann, da diese wie bereits erwähnt über vier Primär- und zwei Sekundärskalen ermittelt werden.

### **Probandin A**

Hypothese 1 kann anhand der Ergebnisse hinsichtlich der fatalistischen Externalität bestätigt werden, in den weiteren Skalen zeigen sich keine signifikanten positiven Veränderungen.

Hypothese 2 hat sich in Bezug auf die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bestätigt. In den weiteren Skalen kann keine Aussage über die Folgen des Aussetzens der Förderung gemacht werden.

### **Proband B**

Hypothese 1 kann aufgrund der Untersuchungsergebnisse für die Skalen der fatalistischen Externalität und der generalisierten Externalität verifiziert werden, ansonsten zeigen sich keine Veränderungen.

Hypothese 2 kann unter Bezugnahme auf die Vergleichsergebnisse für die Skalen der fatalistischen Externalität und der generalisierten Externalität bestätigt werden.

Alle im folgenden Teil dieser Arbeit angestellten Interpretationen stützen sich hauptsächlich auf die von Krampen (1991, S. 26f.) dargelegte Bedeutung hoher und niedriger Werte in den Primär-, Sekundär- und Tertiärskalen des FKK.

## **10.1 Diskussion der Ergebnisse von Probandin A**

### 10.1.1 Veränderungen zwischen Grundrate und Interventionserhebung

Das in Kapitel 9.1 präsentierte Datenmaterial zeigt zum ersten Erhebungszeitpunkt massiv erhöhte Werte in der Skala sozial bedingte Externalität. Dies kann darauf hinweisen, dass sich Probandin A in vielen Bereichen ihres Lebens als wenig durchsetzungsfähig und stark abhängig von anderen Menschen erlebt. Darüber hinaus deutet der Wert auf eine subjektive Überzeugung der Probandin hin, dass Ereignisse in ihrem Leben sehr stark fremdverursacht sind und sie sich durch „mächtige“ Andere benachteiligt fühlt. Personen mit derartig hohen Werten in dieser Skala seien nach Krampen auch emotional stark abhängig vom Verhalten anderer und würden relativ häufig von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit überkommen. Die erste Datenerhebung zeigt auch einen massiv erhöhten Wert in der Skala der fatalistischen Externalität. Dies könne als die subjektive Überzeugung interpretiert werden, dass verschiedenste Ereignisse in ihrem Leben rein vom Zufall abhängig sind und dass Erfolgserlebnisse größtenteils durch Glück bestimmt würden. Hohe

Werte in der Skala der fatalistischen Externalität würden nach Krampen zudem auf die subjektiv empfundene Unfähigkeit hindeuten, sich vor Pech zu schützen. Insgesamt könne man Menschen mit derart hohen Werten als stark schicksalsgläubig und eher wenig rational bezeichnen. Die Ergebnisse in den Primärskalen des Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten und der Internalität liegen zum ersten Erhebungszeitpunkt im Normalbereich.

Dieses Bild wird auch durch die beiden Sekundärskalen des FKK wiedergegeben: Die Skala der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen befindet sich ebenfalls im Bereich durchschnittlicher Ausprägungen, während die Skala der generalisierten Externalität entsprechend den Werten in den Primärskalen massiv erhöht ist. Die hohen Ausprägungen in der Skala FKK-PC können auf ein starkes Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, einen hohen Fatalismus und hohe Hilflosigkeit hindeuten.

Durch das massiv reduzierte Ergebnis in der Tertiärskala Internalität versus Externalität können die bereits angestellten Interpretationen abermals bekräftigt werden. Niedrige Werte in dieser Skala können nach Krampen als starkes Gefühl der Fremdbestimmung verstanden werden. Weitere Indikatoren wären geringe Autonomie, starke Abhängigkeit von Zufallseinflüssen und ein generell eher passives, abwartendes Verhalten.

Im Vergleich der Grundrate mit den Ergebnissen der zweiten Datenerhebung nach der Intervention lässt sich auf der Skala der fatalistischen Externalität eine signifikante Veränderung auf dem 10 % Niveau feststellen. Der Skalenwert der zweiten Untersuchung hat sich stark an den Bereich durchschnittlicher Skalenausprägungen angenähert, weshalb diese Veränderung als positiver Effekt gewertet wird. Dies lasse darauf schließen, dass die Probandin nach der Intervention insgesamt weniger schicksalsgläubig ist. Demnach messe sie äußeren Einflüssen wie Glück, Pech oder Zufall eine geringere Bedeutung für ihren persönlichen Erfolg und bestimmte Ereignisse in ihrem Leben zu.

Es scheint noch wichtig darauf hinzuweisen, dass nach der Intervention auch in der Sekundärskala der generalisierten Externalität eine Veränderung zu verzeichnen ist,

die kurz vor der Signifikanz liegt. Aufgrund der vorliegenden Daten kann angenommen werden, dass sich die Werte von Probandin A in der Primärskala der fatalistischen Externalität und in der Folge auch in der Sekundärskala der generalisierten Externalität bei einer längeren Dauer der Intervention noch weiter an den Bereich durchschnittlicher Skalenausprägungen angenähert hätte.

#### 10.1.2 Veränderungen zwischen Interventionserhebung und Follow-Up-Erhebung

Die Daten aus der Follow-Up-Untersuchung ergeben im Vergleich mit den Werten der Interventionserhebung eine signifikante Veränderung in der Skala der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt liegt der Wert deutlich innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, während das Ergebnis in der Follow-Up-Untersuchung klar außerhalb des Bereiches der durchschnittlichen Skalenausprägungen liegt. Der Wert ist in der dritten Erhebung massiv vermindert, weshalb die Veränderung als negativ beurteilt wird. Die extrem niedrige Ausprägung in der Skala der generalisierten Selbstwirksamkeit lasse nach Krampen auf ein geringes Selbstbewusstsein und große Unsicherheit in der Handlungsplanung und Handlungsrealisation schließen. Zudem würde der Wert darauf hinweisen, dass die Probandin in ihrem Verhalten sehr rigide ist, sich demnach nur schwer in neuen oder mehrdeutigen Situationen zurechtfindet und sich eher passiv-abwartend verhält.

In der Primärskala der Internalität lässt sich ebenfalls eine deutliche, jedoch nicht signifikante Veränderung der Werte erkennen. Dennoch befindet sich das Ergebnis in der dritten Untersuchung gerade noch innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, während der Wert in der Interventionserhebung ganz klar im Bereich durchschnittlicher Skalenausprägungen liegt. Es liegt nahe, dass sich dieser negative Trend bei einem längeren Ausbleiben der Fördermaßnahmen verstärken würde und die Werte weiter absinken würden.

Der zum dritten Erhebungszeitpunkt massiv reduzierte Wert in der Skala der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen kann auf das völlige Aussetzen jeglicher professioneller Fördermaßnahmen und die vergleichsweise extreme Inaktivität der Probandin in diesen fünf Wochen (vgl. dazu Kapitel 8.1) zurückgeführt werden.

### 10.1.3 Veränderungen zwischen Grundrate und Follow-Up-Erhebung

Eine vergleichende Darstellung der Grundrate mit den Ergebnissen der Follow-Up-Untersuchung scheint für eine allgemeine Aussage über die Nachhaltigkeit der Intervention zunächst wenig sinnvoll, da die Follow-Up-Untersuchung nicht auf der gleichen Basis wie die Grundrate erhoben wurde. Die Grundrate gibt die Werte der Probandin nach regelmäßiger konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung wieder, das heißt bis zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung nahm die Probandin täglich an verschiedenen mehrfachtherapeutischen Förderprogrammen teil. Im Gegensatz dazu stellen die Werte der Follow-Up-Erhebung den Zustand nach unregelmäßiger Förderung dar, da die Probandin in der Zeitspanne zwischen erster und dritter Datenerhebung sowohl drei Wochen am Intensiv-Therapiekurs teilgenommen hat als auch fünf Wochen keinerlei Förderung erhielt. Durch die eben beschriebenen verschiedenen Voraussetzungen für die Datenwerte lässt sich jedoch eine Aussage über die Bedeutung der Kontinuität konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung machen.

Die Ergebnisse der Follow-Up-Untersuchung zeigen im Vergleich mit der Grundrate eine signifikante Abweichung in der Skala der generalisierten Selbstwirksamkeit. Zum ersten Erhebungszeitpunkt, also nach regelmäßig stattfindender mehrfachtherapeutischer Förderung befindet sich der Wert dieser Skala im Normalbereich. Zum dritten Erhebungszeitpunkt ist der Wert massiv reduziert und liegt deutlich außerhalb der durchschnittlichen Skalenausprägungen, weshalb diese Veränderung als negativ gedeutet wird. An dieser Stelle sei auf den vorangegangenen Abschnitt verwiesen (vgl. dazu Kapitel 10.1.2), in dem die Bedeutung dieser Veränderung bereits beschrieben wurde. In der visuellen Inspektion der Daten wird zudem eine deutliche Veränderung in der Skala der Internalität sichtbar. Zum dritten Erhebungszeitpunkt befindet sich dieser Wert deutlich unter dem Ausgangswert, weshalb auch diese Veränderung als negativer Effekt bezeichnet werden kann. Krampen geht davon aus, dass niedrige Werte in dieser Skala darauf hindeuten, dass die Person selten das Gewünscht oder Geplante erreicht und Erfolge nur in einem geringen Maße mit der persönlichen Anstrengungsbereitschaft in Zusammenhang bringt. Darüber hinaus seien niedrige Werte in der Internalität ein Indiz dafür, dass eigene Interessen nur wenig erfolgreich vertreten werden können,

daraus resultierend über wichtige Ereignisse im Leben nur kaum selbstbestimmt entschieden werden kann und eigene Handlungen meist als wenig effektiv erlebt werden. In den weiteren Skalen werden keine bedeutsamen Unterschiede sichtbar.

So kann in Bezug auf Probandin A festgehalten werden, dass die Kontinuität der Therapiemaßnahmen signifikante Auswirkungen auf die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen hat. Bei regelmäßiger konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung ist demnach eine relative Stabilität in der generalisierten Selbstwirksamkeit im Durchschnittsbereich zu erwarten. Auch die subjektiv wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben wird durch kontinuierliche Förderung positiv beeinflusst. Trotz der intensiven mehrfachtherapeutischen Förderung während des Sommerkurses bleibt die Teilnahme daran in Bezug auf die Selbstwirksamkeit ergebnislos, wenn die Förderung danach vollkommen aussetzt. Dementsprechend ist die Kontinuität konduktiver Förderung ein wichtiger Faktor für ihre Wirksamkeit.

## **10.2 Diskussion der Ergebnisse von Proband B**

### 10.2.1 Veränderungen zwischen Grundrate und Interventionserhebung

Das Datenmaterial der Grundrate zeigt bei Proband B einen massiv reduzierten Wert der Primärskala zum Selbstkonzept eigener Fähigkeiten. Dies weist nach Krampen auf ein geringes Selbstvertrauen und relativ geringe Selbstsicherheit hin. Personen mit niedrigen Werten in dieser Skala seien zudem vergleichsweise ideenarm und passiv und würden für sich selbst nur wenig Handlungsalternativen kennen, was sich vor allem in neuartigen und problembehafteten Situationen äußert. Die Primärskala der sozial bedingten Externalität ist in der Grundrate massiv erhöht und befindet sich außerhalb des Durchschnittsbereichs. Dies lasse sich wie bei Probandin A dahingehend interpretieren, dass die Testperson ihr Leben und die Ereignisse darin als stark abhängig von anderen Menschen empfindet und sie häufig von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit überkommen wird. Ferner würde der massiv erhöhte Wert auf eine hohe emotionale Abhängigkeit vom Verhalten anderer Personen und wenig Durchsetzungsvermögen hindeuten. In den weiteren Primärskalen befinden sich die Ergebnisse der Grundrate innerhalb des Bereiches durchschnittlicher Skalenausprägungen.

Betrachtet man die Sekundärskalen so zeigt sich, dass beide Datenwerte außerhalb des Normbereiches liegen. Der niedrige Wert in den generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen deute auf ein geringes Selbstbewusstsein, Unsicherheit in der Handlungsplanung und Handlungsrealisation und eine gewisse Ratlosigkeit in neuen und mehrdeutigen Situationen hin. Der hohe Wert in der generalisierten Externalität lasse auf ein starkes Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen und anderen Personen, hohe Hilflosigkeit und hohen Schicksalsglauben schließen.

Der Wert der Tertiärskala Internalität versus Externalität ist massiv reduziert und kann in diesem Fall zur weiteren Unterstützung der bisherigen Ausführungen herangezogen werden.

In der Gegenüberstellung der Ergebnisse aus der ersten und zweiten Datenerhebung zeigt sich bei Proband B eine signifikante Veränderung in der Skala der fatalistischen Externalität. In Abweichung zum Grundratenwert liegt der T-Wert der Interventionserhebung deutlich unterhalb der durchschnittlichen Skalenausprägungen. Dies könne darauf hinweisen, dass für Proband B unkontrollierbare Faktoren wie Schicksal, Glück oder Pech nur noch sehr wenig bzw. keine Bedeutung mehr haben und er eher rational orientiert und wenig schicksalsgläubig ist. Obwohl sich der Intervention außerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen befindet, wird die Veränderung aufgrund ihrer Bedeutung als positiv gewertet. Durch die Sekundärskala der generalisierten Externalität wird diese Veränderung bestätigt. Der in der Grundrate massiv erhöhte T-Wert der Skala FKK-PC befindet sich nach der Intervention innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, weshalb eine positive Veränderung konstatiert werden kann. Dies lasse darauf schließen, dass sich die Testperson am Ende der Intervention als weniger abhängig von äußeren Einflüssen oder anderen Personen erlebt. Der Proband fühle sich weniger hilflos und würde das Schicksal oder übergeordnete Kräfte als weniger einflussreich in seinem Leben sehen. Insgesamt zeige sich durch diese Veränderung tendenziell mehr Unabhängigkeit als zuvor.

### 10.2.2 Veränderungen zwischen Interventionserhebung und Follow-Up-Erhebung

Im Abgleich der Daten aus der Interventionserhebung mit den Werten der Follow-Up-Untersuchung zeigt sich in der Primärskala der fatalistischen Externalität eine signifikante Veränderungen. Das Ergebnis befindet sich zum dritten Testzeitpunkt zwar innerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, jedoch bedeutet dies im Vergleich zum zweiten Erhebungszeitpunkt eine Abnahme der Durchsetzungsfähigkeit und analog dazu den erneuten Anstieg von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Aus diesem Grund kann jener Umschwung als negative Konsequenz des Aussetzens der Intervention interpretiert werden.

Der Vergleich der Daten in der Skala der generalisierten Externalität zeigt einen erneuten Anstieg des Wertes und könne nach Krampen so interpretiert werden, dass sich der Proband wieder mehr abhängig von äußeren Einflüssen und anderen Personen fühlt. Zudem weise der Wert auf einen erneuten Anstieg des Schicksalsglaubens und des Gefühls der Hilflosigkeit hin. Infolge dessen kann die Veränderung in dieser Skala als negativer Effekt gewertet werden. Auch die Skala der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zeigt eine signifikante Veränderung. In der Interventionserhebung befindet sich der Wert knapp unter dem Bereich durchschnittlicher Ausprägungen, während der Wert in der Follow-Up-Erhebung deutlich erhöht ist. Zwar befindet sich der letzte Wert ebenfalls außerhalb der statistischen Vertrauensgrenzen, dennoch wird diese Veränderung auf der Grundlage der Bedeutung von hohen und niedrigen Skalenausprägungen als positiv gewertet, da dieser Umbruch nach Krampen als Zugewinn an Selbstbewusstsein, Aktivität und Handlungsfähigkeit interpretiert werden könne.

Durch die bisher dargestellten Ergebnisse lässt sich in Bezug auf Proband B bemerken, dass das Aussetzen der Intervention einen negativen Effekt auf die angeführten Skalen der fatalistischen und der generalisierten Externalität hat. Jedoch ist in der Skala der generalisierten Selbstwirksamkeit eine positive Veränderung zu verzeichnen. Dies bedeutet, dass der Proband zwar äußeren Einflüssen auf sein Leben wieder mehr Bedeutung beimischt, gleichzeitig jedoch sieht er sich selbst als handlungsfähiger hat eine positivere Einstellung zu sich selbst. Im Hinblick auf die subjektive Einschätzung eigener Fähigkeiten und das Selbstkonzept des Probanden zeigt sich, dass das Aussetzen der Förderung in diesem Fall keinen negativen Effekt

nach sich zieht. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Proband B trotz des Aussetzens der Intervention in seinem Alltag sehr aktiv geblieben ist (vgl. dazu Kapitel 8.1) und eventuell auch darauf, dass er sich durch die Urlaubswoche in Kroatien in einer völlig neuen Umgebung relativ selbstständig zurechtgefunden und somit in dieser Zeit einen Zuwachs an Handlungsfähigkeit erlebt hat. Die Relevanz der Kontinuität therapeutischer Förderung im Allgemeinen zeigt sich in diesem Fall besonders gut: Die therapeutische Förderung in der Wohngemeinschaft, die permanente Aktivität und das erfolgreiche Umlegen bereits erlernter Handlungsabläufe auf neue Situationen führen zu positiveren Selbstwirksamkeitsüberzeugungen.

### 10.2.3 Veränderungen zwischen Grundrate und Follow-Up-Erhebung

Die Gegenüberstellung der Daten aus der ersten und dritten Erhebung zeigen bei Proband B eine signifikante Veränderung in der Skala der Internalität. Der Wert der Grundrate befindet sich im Bereich durchschnittlicher Ausprägungen, während der Wert der Follow-Up-Untersuchung deutlich erhöht ist. Dies bedeute nach Krampen, dass der Proband seine eigenen Handlungen als sehr wirksam und effektiv erlebt. Zudem würde er selbstgesetzte Ziele häufig erreichen und sei davon überzeugt, dass dies größtenteils durch seinen eigenen Einsatz und seine Anstrengungsbereitschaft möglich ist. Anhand dieser Interpretation ist diese Entwicklung als positiv zu werten, jedoch muss sie für eine genauere Aussage über die Bedeutung der Kontinuität konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung unter Einbezug der Datenwerte aus der zweiten Untersuchung betrachtet werden. Denn zu diesem Zeitpunkt zeichnete sich bereits ein positiver Trend in der Skala der Internalität ab, der im Vergleich der Grundrate mit der Interventionserhebung allerdings noch nicht statistisch signifikant war. Aufgrund der Tatsache, dass Proband B auch während der Follow-Up-Phase therapeutisch gefördert wurde kann dieses Ergebnis in Bezug auf die Bedeutung der Kontinuität so interpretiert werden, dass der Effekt des Intensiv-Therapiekurses auf die Internalität durch anhaltende Fördermaßnahmen verlängert werden kann. Da in den restlichen Skalen keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen sind, können bezüglich Proband B keine weiteren Aussagen über die Bedeutung der Kontinuität der therapeutischen Fördermaßnahmen gemacht werden.

## 11 Zusammenfassung und Ausblick

Die konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung nach Petö und Keil stellt eine multidimensionale Methode zur Förderung und Therapie von Menschen mit verschiedenen Behinderungen dar. Sie vereint das Wissen aus unterschiedlichen pädagogischen und therapeutischen Disziplinen und ermöglicht so einen ganzheitlichen Blick auf das Klientel. Dies wird besonders in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Praxis ersichtlich, in der durch eine bestimmte Art der Unterstützung der Klienten, der sogenannten Fazilitation, in vielerlei Hinsicht Hilfestellungen gegeben werden, um den Klienten zur größtmöglichen Selbstständigkeit in ihrem Lebensalltag zu verhelfen. Die Fazilitation kann in vier Teilbereiche gegliedert werden, die jeweils anderen Zielen dienen. So wird in der pädagogisch-psychologischen Fazilitation vor allem auf die gemeinsame Arbeit in der Gruppe Wert gelegt. Zudem kommt hier der Konduktorin und vor allem der Methode des rhythmisch kontinuierlichen Intendierens eine besondere Bedeutung zu. Die strukturelle Fazilitation dient vor allem dazu, den Klienten eine zeitliche und räumliche Strukturierungshilfe zu bieten. Dies wird durch die genaue Einteilung des Tagesablaufs, die konduktiv mehrfachtherapeutischen Programme und durch die Räumlichkeiten und die vorbereitete Umgebung erreicht. Über die mediale Fazilitation wird den Schülern in jeder Situation die Möglichkeit geboten, durch bestimmte Möbel oder Hilfsmittel aktiv zu arbeiten und die gestellten Aufgaben weitgehend selbstständig zu erledigen. Die individuelle Fazilitation stellt die letzte Möglichkeit der Unterstützung dar und wird so wenig und so spät wie möglich eingesetzt.

Der jährliche, dreiwöchige Intensiv-Therapiekurs des Institut Keil basiert auf den gerade erwähnten Prinzipien der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung. Zusätzlich dazu sind allerdings auch verschiedene Sportangebote wie Reiten, Schwimmen und Radfahren fixe Bestandteile in den Wochenplänen.

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Arbeit war die Wirksamkeit dieser Kombination aus konduktiv mehrfachtherapeutischer Förderung und Sport auf die Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen zu überprüfen. Dazu wurde eine

Untersuchung im A-B-E-Design durchgeführt, im Rahmen derer anhand des „Fragebogens zu Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen“ von Krampen Daten zu folgenden Bereichen erfasst wurden (vgl. Krampen, 1991, S. 20):

- **Internalität** als die bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben,
- **sozial bedingte Externalität** als die Erwartung, dass wichtige Ereignisse im eigenen Leben von anderen Personen bestimmt werden,
- **fatalistische Externalität** als die Überzeugung, dass das Leben und verschiedenen Ereignisse in ihm von Glück, Pech, Zufall oder dem Schicksal abhängen und
- **Selbstkonzept eigener Fähigkeiten** als die subjektive Erwartung, dass der Person in unterschiedlichen Lebenssituationen zumindest eine Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die spezielle Kombination von mehrfachtherapeutischen Fördereinheiten nach den Grundsätzen der konduktiven Pädagogik mit sportlichen Aktivitäten einen positiven Einfluss auf die Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen hat. Vor allem die Datenwerte im Bereich der fatalistischen Externalität haben sich bei beiden Probanden deutlich zum Positiven verändert. Zudem konnte über die eigentliche Fragestellung der Studie hinaus auch eine Aussage über die Bedeutung der Kontinuität pädagogisch-therapeutischer Fördermaßnahmen getroffen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die intensive Förderung weitgehend unwirksam bleibt, wenn anschließend nicht weiter therapeutisch gearbeitet wird. So haben sich die Werte beider Probanden in der Follow-Up-Phase, also nach dem fünfwöchigen Aussetzen der Förderung, wieder deutlich verschlechtert.

Diese Aussagen können aufgrund der kleinen Stichprobe jedoch nur auf die beiden dargestellten Einzelfälle bezogen werden und sind nicht generalisierbar. Da die von jeder Person subjektiv empfundene Kontrolle über das eigene Leben und die Abhängigkeit von äußeren Einflüssen durch eine Vielzahl verschiedener Faktoren beeinflusst wird, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die in der Studie

aufgezeigten Veränderungen nicht auch zum Teil auf andere Umstände zurückzuführen sind.

Für repräsentativere und aussagekräftigere Ergebnisse ist einerseits eine größere Anzahl von Probanden nötig. Zum anderen können auch durch mehrere Datenerhebungen sowohl in der Grundrate als auch während der Interventions- und Follow-Up-Phase genauere Aussagen über Intensität und Nachhaltigkeit der Wirksamkeit der Intervention gemacht werden. Zudem empfiehlt es sich für zukünftige Untersuchungen, den Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen mit weiteren Testinstrumenten zu kombinieren, um den Einfluss anderer Faktoren auf die Ergebnisse als kontrollierbare Größe in die Auswertung der Ergebnisse mit einfließen zu lassen.

Besonders interessant wäre in diesem Zusammenhang, die Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen in Kombination mit objektiv feststellbaren Fortschritten in der motorischen Entwicklung über einen längeren Zeitraum hinweg zu untersuchen. Dies würde einerseits den Vorteil bieten, dass die Intervention direkt auf ihre Auswirkungen in Bezug auf die motorischen Fähigkeiten überprüft werden kann. Darüber hinaus wäre durch die Erhebung der Veränderung in den motorischen Kompetenzen zugleich ein Faktor definiert, der zweifelsohne einen enormen Einfluss auf die Handlungs- und Kontrollkompetenzen hat. Fortschritte in den motorischen Fähigkeiten können durch Verhaltensbeobachtungen oder einfache Messungen (z. B. wie exakt wird die Bewegung ausgeführt, wie lange braucht die Person zur Bewegungsausführung, wie weit kann das Bein bewegt werden, usw.) relativ einfach und objektiv qualifizier- und quantifizierbar gemacht werden. Dies war im Rahmen der vorliegenden Studie leider nicht realisierbar.

Im Zusammenhang mit der in dieser Arbeit angewandten Methode sei nochmals darauf hingewiesen, dass für die Befragung von Menschen mit Behinderung nur sehr wenige geeignete Testinstrumente existieren. Wird eine Untersuchung mit dieser Zielgruppe vorgenommen, so kommt der Auswahl des verwendeten Inventars eine große Verantwortung zu.

## 12 Literatur

- Bock, F. (2005). *Konduktive Förderung. Bewegungstherapeutische Aufgabensammlung*. Norderstedt: Books on Demand.
- Brown, M. (2006). *Conductive Education for people with stroke: Pilot study*. [Online]. Verfügbar unter [<http://www.conductive-education.org.uk/2008/pdfs/articles/conductive%20education%20for%20people%20with%20stroke%20apr%2006.pdf>] [16.08.2008].
- Brown, M., Mikula-Toth, A. (1997). *Adult Conductive Education. A practical Guide*. Cheltenham: Stanley Thornes Ltd.
- Buber, M. (2006). *Das dialogische Prinzip. Ich und Du – Zwiesprache – Die Frage an den Einzelnen – Elemente des Zwischenmenschlichen* (10. Auflage). Gütersloh: Lambert Schneider / Gütersloher Verlagshaus.
- Danielczyk, M. (2003). *Konduktive Förderung bei Erwachsenen. Konzept nach András Pető*. München: Pflaum Verlag.
- Dittmer, K. (2002). *Wege zur Rehabilitation zerebralparetischer Kinder – Konduktive Förderung und Rehabilitation*. [Online]. Verfügbar unter [[http://www.ot-forum.de/OT/split2002/2002-02/Dittmer\\_neu.pdf](http://www.ot-forum.de/OT/split2002/2002-02/Dittmer_neu.pdf)] [25.05.2008].
- Feldkamp, M. (1996). *Das zerebralparetische Kind. Konzepte therapeutischer Förderung*. München: Pflaum Verlag.
- Feldkamp, M., von Aufschneiter, D., Baumann, J., Danielcik, I., Goyke, M. (1989). *Krankengymnastische Behandlung der Infantilen Zerebralparese*. München: Pflaum Verlag.

- Fink, A. (1998a). *Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö*. München: Reinhardt Verlag.
- Fink, A. (1998b). *Praxis der Konduktiven Förderung nach András Petö. Eine Darstellung des praktischen Vorgehens innerhalb der konduktiven Förderung und zugrundeliegender Elemente*. [Online]. Verfügbar unter [[http://www.assista.org/files/integra%201998\\_Annette\\_Fink.pdf](http://www.assista.org/files/integra%201998_Annette_Fink.pdf)] [01.05.2008].
- Hári, M., Horváth, J., Kozma, I., Kökúti, M. (1992). *Das Petö-System. Prinzipien und Praxis der konduktiven Erziehung*. Budapest: Internationales Petö Institut.
- Hauschild, H. (2004). *„Konduktive Pädagogik“ als Methode. Analyse und Kritik der Erklärungsansätze zum „rhythmischen Intendieren“*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Heinisch, A. (2000). *Die Bedeutung motivationspsychologischer Aspekte in der konduktiv mehrfachtherapeutischen Förderung mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für das Erlernen von zielgerichteten Handlungsabläufen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Hofferer, M. (1994). *Zur Bedeutung des Begriffs „Mehrfachtherapeutische Förderung“ in der Wiener Schule der Konduktiven Pädagogik*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Institut Keil (1995). *Schritt für Schritt zur Selbstständigkeit. Mehr als 25 Jahre Institut Keil für spastische Kinder*. Wien: Edelbacher Druck.
- Janeba, E. (2000). *Der Zusammenhang zwischen Denken und Sprechen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Wien.
- Jantzen, W. (1990). *Allgemeine Behindertenpädagogik. Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik und Therapie* (Band 2). Weinheim: Beltz Verlag.

- Kampelmüller, R. (1992). *Eine systematische Untersuchung zur konduktiven Pädagogik nach Andreas Petö unter den Aspekten des pädagogischen Dialogs, der inneren Bewegung und der daraus resultierenden (Selbst-)Tätigkeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Kapustin, P., Kuckuck, R., Scheid, V. (Hrsg.). (2002). *Bewegung und Sport bei schwer- und mehrfachbehinderten Menschen* (Band 9). Aachen: Meyer und Meyer Verlag.
- Keil, H. (1995). Dreißig Jahre „STRE“ – was bedeutet das? In: Institut Keil. *Schritt für Schritt zur Selbstständigkeit. Mehr als 25 Jahre Institut Keil für spastische Kinder*, (S. 173 – 177). Wien: Edelbacher Druck.
- Keil, H. (1998). Die Ausbildung zur Mehrfachtherapie-Konduktorin in Österreich. In: Keil, H., Kozma, I., Sutton, A., Weber, K. S. (Hrsg.). *Studium und Weiterbildung für die Praxis Konduktiver Förderung und Rehabilitation in Europa. Erfahrungen – Probleme – Lösungsversuche*, (S. 75 – 119). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Keil, H., Kozma, I., Sutton, A., Weber, K. (Hrsg.). (1998). *Studium und Weiterbildung für die Praxis Konduktiver Förderung und Rehabilitation in Europa. Erfahrungen – Probleme – Lösungsversuche*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Kozma, I. (1998). Entstehung und Entwicklung der Konduktor-Grundschullehrerausbildung in Ungarn. In: Keil, H., Kozma, I., Sutton, A., Weber, K. S. (Hrsg.). *Studium und Weiterbildung für die Praxis Konduktiver Förderung und Rehabilitation in Europa. Erfahrungen – Probleme – Lösungsversuche*, (S. 17 - 75). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Krampen, G. (1987). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kröger, A. (1998). Heilpädagogisches Voltigieren. In: Gäng, M. (Hrsg.). *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 105 – 131). München: Reinhardt Verlag.
- Künzle, U. (2000). *Hippotherapie auf den Grundlagen der Funktionellen Bewegungslehre Klein-Vogelbach. Hippotherapie-K ®. Theorie, praktische Anwendung, Wirksamkeitsnachweis*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kuratorium für Konduktiv Mehrfachtherapeutische Förderung und Integration von cerebral bewegungsbeeinträchtigten Kindern c/o Institut Keil (o.J.). *ULG Mehrfachtherapie KonduktorInnen. Berufsbild*. [Online]. Verfügbar unter [<http://www.univie.ac.at/mft-konduktor/beruf.htm>]. [16.07.2008].
- Leyendecker, Ch. (2005). *Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Mayr, R. (2002). Schwerstbetroffene Menschen im Wasser – Erleben, Spüren, Bewegen. In: Kapustin, P., Kuckuck, R., Scheid, V. (Hrsg.). *Bewegung und Sport bei schwer- und mehrfachbehinderten Menschen* (Band 9, S. 158 - 188). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Rochel, M. (1999). *Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation. Indikation – Diagnostik – Evaluation*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Schewe, H. (2000). Wege zum Verständnis von Bewegung und Bewegungslernen. In: Lipp, B., Schlaegel, W., Nielsen, K., Streubelt, M. (Hrsg.). *„Gefangen im eigenen Körper“: Lösungswege (Neurorehabilitation)* (S. 73 – 85). Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag.

- Schick, M. (1995). Die konduktiv-mehrfachtherapeutischen Programme. In: Institut Keil. *Schritt für Schritt zur Selbstständigkeit. Mehr als 25 Jahre Institut Keil für spastische Kinder* (S. 28 – 33). Wien: Edelbacher Druck.
- Schölch, M. (2003). Körper – Geist – Seele. Physiotherapeutische Aspekte in der Reittherapie. In: Gäng, M. (Hrsg.). *Reittherapie* (S. 96 – 107). München: Reinhardt Verlag.
- Schumann, I., Clemens, H. (1999). *Theoretische Grundlagen des Konduktiven Systems. Grundbegriffe – Bausteine – Prinzipien*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Selbsthilfebüro Korn e.V. (2004). Konduktive Therapie für Kinder mit Hirnschädigungen. *Selbsthilfe Zeitung* (Ausgabe 12). [Online]. Verfügbar unter [<http://www.selbsthilfebuero-korn.de/Korn/Grafiken/Selbsthilfe-Zeitung12-04.pdf>] [15.06.2008].
- Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München. (1999). *Konduktive Förderung. Fakten, Erfahrungen, Ergebnisse* (1. Auflage). Donauwörth: Auer Verlag.
- Sutton, A. (1998). *Last year in Jerusalem. Four presentations to the International Conference on Integration and Adaptation*. Birmingham: Foundation for Conductive Education.
- Szövö-Dostal, K. (2001). *Konduktive Förderung und Rehabilitation von A – Z für Eltern, Angehörige und Praktiker*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Tautscher-Fak, B. (2005). *Organisationsstatut: Regelung über die Organisation der Konduktiv Mehrfachtherapeutischen und Integrativen Schule der Therapieinstitut Keil GmbH*. Unveröffentlichtes Manuskript, Wien.

Tiemann, H. (2006). Neurophysiologische Zusammenhänge in der Bewegungsbehandlung berücksichtigen. In: *Krankengymnastik. Zeitschrift für Physiotherapeuten* (2/2006) (S. 112 – 119). München: Pflaum Verlag.

Weber, K. S. (1996). Erfahrungen mit konduktiver Frühförderung im Forschungs- und Entwicklungsprojekt seit 1990 aus pädagogischer Sicht. In: *Frühförderung interdisziplinär* (Heft 2, S. 59 – 66). München: Reinhardt Verlag.

Weber, K. S. (1998). *Einführung in das System Konduktiver Förderung und Rehabilitation. Konzept – Praxis – Perspektive*. Dortmund: verlag modernes lernen.

## 13 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

<b>Tabellen</b>	<b>Seite</b>
Tabelle 1: Vertrauensgrenzen der T-Werte des FKK für Erwachsene.....	73
Tabelle 2: Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention (Probandin A).....	75
Tabelle 3: Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat später (Probandin A).....	76
Tabelle 4: Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat nach Interventionsende (Probandin A).....	77
Tabelle 5: Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention (Proband B) .....	79
Tabelle 6: Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 2 direkt nach der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat später (Proband B) .....	81
Tabelle 7: Vergleich der T-Werte der FKK-Diagnose zum Zeitpunkt 1 vor der Intervention und zum Zeitpunkt 3 einen Monat nach Interventionsende (Proband B) .....	82

<b>Abbildungen</b>	<b>Seite</b>
Abbildung 1: Formen der Cerebralparese .....	26
Abbildung 2: Berufsbild der Mehrfachtherapie-Konduktorin .....	34
Abbildung 3: Anforderungsprofile für die Programmerstellung .....	46
Abbildung 4: Dreidimensionalität der Konduktiven Förderung.....	47
Abbildung 5: Skizze eines Gruppenraumes .....	49
Abbildung 6: Pritsche .....	51
Abbildung 7: Pritsche mit Hilfsmitteln .....	51
Abbildung 8: Sprossenstuhl.....	52
Abbildung 9: Lattenhocker mit Fußschemel .....	52
Abbildung 10: Mobile Sprossenwand .....	52
Abbildung 11: Leiter .....	52
Abbildung 12: Abbau von Hilfsmitteln.....	54
Abbildung 13: Hippotherapie in Bauchlage .....	62
Abbildung 14: Hippotherapie im Sitzen .....	62
Abbildung 15: Therapeutisches Schwimmen mit Hilfsperson.....	64
Abbildung 16: Selbstständige Fortbewegung im Wasser .....	64
Abbildung 17: Fixierung der Füße	
Abbildung 18: Selbstständige Fortbewegung auf dem Fahrrad.....	65
Abbildung 19: Gesamtdarstellung der Ergebnisse zum ersten, zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt im FKK-Skalenprofil (Probandin A) .....	78
Abbildung 20: Gesamtdarstellung der Ergebnisse zum ersten, zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt im FKK-Skalenprofil (Proband B) .....	83

## 14 Anhang

### Anhang A

#### PRITSCHENPROGRAMM STREBERSDORF 2007

Ziele u. rhythmisch kontinuierliches Intendieren	Hilfsmittel	Allgemeine konduktive Hinweise	Individuelle konduktive Hinweise
<p style="text-align: center;">Je zwei Pritschen an der Schmalseite zusammenstoßen            Zwischen den Pritschen an den Längsseiten Sprossenwände (SSW)  <u>Je 1 Stockerl vor die Pritschen</u>            „Tiere“ stecken in der rechten / linken SSW            Jeder zieht sich gleich bei Ankunft im Pritschenraum individuell auf seine Pritsche</p>			
<p><u>Korrigierte Bauchlage</u>            Ø Vorfüße sind beim Pritschenrand            Ø Knie sind gestreckt und auseinander            Ø Popo ist in der Mitte            Ø Oberkörper ist gerade            Ø Kopf ist in der Mitte            Ø Beide Hände weit nach vor            Ich liege ganz gerade 1 - 5</p>			<p>B. benötigt weiche Unterlage unter Hüften</p>
<p><u>Zur Seite ziehen und über 2 Pritschenlängen ziehen</u>            Ø Rechtes Bein nach rechts – linkes Bein dazu – ich ziehe mich zur rechten Seite 1 – 5            Ø Ich ziehe mich nach vorne – nachgreifen – weiterziehen 1 – 10            Ø Linkes Bein nach links – rechtes Bein dazu – ich ziehe mich zur linken Seite 1 – 5            Ø Ich stoße mich zurück – nachgreifen – weiterstoßen 1 – 10            Ø Vorfüße über den Pritschenrand            Ø Ich ziehe mich zur Mitte 1 – 5            Ø Korrigierte Bauchlage (Selbstkorrektur)</p>		<p>Wochentagsweise abwechselnd rechts / links beginnend</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Rechte Hand greift zum Tier 1 - 5</li> <li>Ø Tier weit vorne auflegen 1 – 5</li> <li>Ø Beide Hände greifen zum Tier 1 – 5</li> <li>Ø Tier in den Nacken 1 – 5</li> <li>Ø Ellbogen hoch, Schulterblätter zusammen 1 – 5</li> <li>Ø Und ab</li> <li>Ø Tier weit nach vorne 1 – 5</li> <li>Ø Linke Hand lässt los 1 – 5</li> <li>Ø Tier in großem Bogen zum Popo 1 – 5</li> <li>Ø Linke Hand greift dazu 1 – 5</li> <li>Ø Rückenmassage rauf 1 – 5 und runter 1 – 5 (3x)</li> <li>Ø Rechte Hand lässt los 1 – 5</li> </ul> <p>Tier links in der SSW einklemmen 1 - 5</p>		<p>Mit Schwung!</p>	
<p><u>Zur Seite ziehen und Umdrehen in die Seitenlage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Linkes Bein nach links – rechtes Bein dazu – ich ziehe mich zum linken Pritschenrand 1 – 5</li> <li>Ø Rechte Hand weit über den Kopf 1 – 5</li> <li>Ø Ich drehe mich auf die rechte Seite 1 – 5</li> <li>Ø Stabile Seitenlage 1 – 5</li> <li>Ø Linke Hand holt das Tier 1 - 5</li> <li>Ø Knie anheben 1 – 5</li> <li>Ø Tier unter das Knie klemmen 1 - 5</li> <li>Ø Und senken 1 – 5</li> <li>Ø Linker Fuß auf die Pritsche aufstellen 1 – 5</li> <li>Ø Linkes Knie nach außen fallen lassen 1 - 5</li> </ul> <p>Ich drehe mich auf den Rücken 1 - 5</p>	<p>Rutschfeste Unterlage unter den Fuß!</p>		<p>B.: Manuelle Fixierung des gestreckten Beines am Knie</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Rechte Hand holt das Tier, unter das linke Knie einfädeln, linke Hand greift dazu 1 – 5</li> <li>Ø Kinn zur Brust, Knie näherziehen, rechtes Knie bleibt unten 1 – 10</li> <li>Ø Tier ausfädeln 1 - 5</li> <li>Ø Linkes Bein langsam zur Seite ausstrecken 1 – 5</li> <li>Ø Rechtes Bein, Knie und Hüfte beugen 1 – 5</li> <li>Ø Tier einfädeln 1 – 5</li> <li>Ø Kinn zur Brust, Knie näherziehen, linkes Knie bleibt unten 1 – 10</li> <li>Ø Tier ausfädeln 1 - 5</li> <li>Ø Rechtes Bein langsam zur Seite ausstrecken 1 – 5</li> <li>Ø Tier am Bauch ablegen 1 - 5</li> </ul>			<p>B.: Unterstützung am linken Knie</p>

...

## Anhang B

### WOCHENPLAN STREBERSDORF 2007

1. Woche

<b>Zeit</b>	<b>Montag 09.07.2007</b>	<b>Dienstag 10.07.2007</b>	<b>Mittwoch 11.07.2007</b>	<b>Donnerstag 12.07.2007</b>	<b>Freitag 13.07.2007</b>
<b>09:00 – 10:00</b>	Handprogramm Kreativ-kognitive Einheit	Radfahren Schwimmen	Handprogramm Kreativ-kognitive Einheit	Reiten Radfahren	Handprogramm Kreativ- kognitive Einheit
<b>10:00 – 11:00</b>	Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Radfahren Stiegensteigen	Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Stiegensteigen Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke
<b>11:00 – 12:00</b>	Pritschen- programm	Jause, WC, etc.	Pritschen- programm	Pritschen- programm	Pritschen- programm
<b>12:00 – 13:00</b>	Transfer, WC, etc.	Therapeutische Gehstrecke	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.
<b>13:00 – 14:00</b>	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Abfahrt
<b>14:00 – 16:00</b>	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	-
<b>Extras</b>					

## WOCHENPLAN STREBERSDORF 2007

### 2. Woche

<b>Zeit</b>	<b>Montag 16.07.2007</b>	<b>Dienstag 17.07.2007</b>	<b>Mittwoch 18.07.2007</b>	<b>Donnerstag 19.07.2007</b>	<b>Freitag 20.07.2007</b>
<b>09:00 – 10:00</b>	Handprogramm Kreativ-kognitive Einheit	Reiten Radfahren	Handprogramm Kreativ-kognitive Einheit	Reiten Radfahren	Handprogramm Kreativ-kognitive Einheit
<b>10:00 – 11:00</b>	Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Schwimmen	Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Stiegensteigen Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke
<b>11:00 – 12:00</b>	Pritschenprogra mm	Radfahren Stiegensteigen	Pritschenprogra mm	Pritschenprogra mm	Pritschenprogra mm
<b>12:00 – 13:00</b>	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.
<b>13:00 – 14:00</b>	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Abfahrt
<b>14:00 – 16:00</b>	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	-
<b>Extras</b>					

## WOCHENPLAN STREBERSDORF 2007

### 3. Woche

<b>Zeit</b>	<b>Montag 23.07.2007</b>	<b>Dienstag 24.07.2007</b>	<b>Mittwoch 25.07.2007</b>	<b>Donnerstag 26.07.2007</b>	<b>Freitag 27.07.2007</b>
<b>09:00 – 10:00</b>	Reiten Radfahren	Radfahren Schwimmen	Handprogramm Kreativ-kognitive Einheit	Reiten Radfahren	Pritschen- programm
<b>10:00 – 11:00</b>	Stiegensteigen Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Radfahren Schwimmen	Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Stiegensteigen Transfer Jause Therapeutische Gehstrecke	Vorbereitung für Abschluss- präsentation
<b>11:00 – 12:00</b>	Pritschenprogra mm	Transfer, Jause WC, etc.	Pritschenprogra mm	Pritschenprogra mm	Abschlussfeier Präsentation
<b>12:00 – 13:00</b>	Transfer, WC, etc.	Therapeutische Gehstrecke	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.	Transfer, WC, etc.
<b>13:00 – 14:00</b>	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Pause	Mittagessen Abfahrt
<b>14:00 – 16:00</b>	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	Kreativ-kognitive Einheit Abfahrt	-
<b>Extra s</b>					

## Anhang C

### FRAGEBOGEN FKK

G. Krampen

Name / Code: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geschlecht: O weiblich    O männlich

### Anleitung

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen (durch deutliches Ankreuzen), das **Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

Hier ist ein **Beispiel** für die Beantwortung der Aussagen:

„Ich bin ein lebhafter Mensch.“

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte:    ---

Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte:        --

Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte:    -

Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte:    +

Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte:        ++

Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte:    +++

Bitte bearbeiten Sie **alle** Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

Im folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Diese Aussage ist:	sehr falsch	sehr richtig						
01. Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
02. Zufällige Geschehnisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
03. Ich habe das Gefühl, daß vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
04. Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
05. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt alleine von mir und meinem Verhalten ab.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
06. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich mir ganz sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
07. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
08. Mehrdeutige Situationen mag ich nicht, da ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
09. Wenn ich bekomme, was ich will, so spielt Glück meistens auch eine Rolle.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
10. Andere Menschen verhindern oft die Verwirklichung meiner Pläne.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
11. Ich kann mich am besten selbst durch mein Verhalten vor Krankheiten schützen.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
12. Ich weiß oft nicht, wie ich meine Wünsche verwirklichen soll.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
13. Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
14. Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
15. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			
16. Ich kenne viele Möglichkeiten, mich vor Erkrankungen zu schützen.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">---</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">--</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">++</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">+++</td> </tr> </table>	---	--	-	+	++	+++	
---	--	-	+	++	+++			

Diese Aussage ist:

sehr falsch

sehr richtig

17. Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen.
18. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.
19. Um das zu bekommen, was ich will, muß ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein.
20. In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann.
21. Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten.
22. Mein Wohlbefinden hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer Menschen ab.
23. Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.
24. Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in einer Situation machen soll.
25. Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will.
26. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starkem Maße von dem Verhalten anderer ab.
27. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengung und meines persönlichen Einsatzes.
28. Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein.
29. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute.
30. Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und meine Wünsche bestimmt.
31. Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht.
32. Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein.

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

Überprüfen Sie bitte, ob Sie **alle** Fragen beantwortet haben.

## CURRICULUM VITAE

<b>Name</b>	Sandra Schwarzenbacher
<b>geboren am</b>	12. Jänner 1982 in Braunau am Inn / Oberösterreich
<b>Anschrift</b>	Grundsteingasse 35/1/6 1160 Wien
<b>Familienstand</b>	ledig

### Schulbildung

<b>1988 – 1992</b>	<i>Theodor-Körner Schule Ranshofen</i>
<b>1992 – 1996</b>	<i>Bundes- und Realgymnasium Braunau am Inn</i>
<b>1996 – 2001</b>	<i>Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe Braunau am Inn</i> Fachprüfung Küchenführung und Servierkunde Matura Juni 2001 im Schwerpunkt Fremdsprachen und Wirtschaft

### Studium & Weiterbildung

<b>12/2000</b>	<i>University of Cambridge – Local Examinations Syndicate Certificate in English for International Business and Trade</i>
<b>Seit 10/2001</b>	<i>Universität Wien</i> Studium der psychoanalytischen Pädagogik und Heil- und Integrativpädagogik
<b>02/2005</b>	<i>Österreichischer Behindertensportverband</i> Basismodul der Übungsleiterausbildung für Behindertensport
<b>03/2005</b>	<i>Österreichischer Behindertensportverband</i> Schwerpunktmodul der Übungsleiterausbildung für Behindertenschwimmsport
<b>12/2005</b>	<i>Kuratorium für konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung und Integration von cerebral bewegungsbeeinträchtigten Menschen</i> Lehrgang zur Gruppenassistentin in konduktiv mehrfachtherapeutischen Gruppen

## **Beruf & Praktika**

- 10/2002 – 10/2004** *Austrian Federation of Adapted Physical Activity*  
Schwimmtherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit Cerebralparese, Unterstützung und Begleitung der TeilnehmerInnen in den sportlichen und therapeutischen Aktivitäten und Selbsthilfetraining
- 10/2004 – 10/2005** *Therapieinstitut Keil GmbH*  
Praktikum in einer individualisierten Teilausbildungsgruppe für Menschen mit cerebralen Beeinträchtigungen im Bereich „Büro und neue Medien“
- 10/2004 – 10/2007** *Austrian Federation of Adapted Physical Activity*  
Leitung der Schwimmanfänger-Gruppe
- seit 10/2005** *Therapieinstitut Keil GmbH*  
Begleitung von Volontariaten zur beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung, Unterrichtstätigkeit in der Fachspezifischen Schule für Individualisierte Teilausbildungen, Leitung der praktischen Ausbildung für TeilnehmerInnen der Orientierungsphase im Bereich „Büro und neue Medien“, Co-Therapeutin und Mitarbeit bei diversen sportlichen Angeboten
- 10/2005 – 10/2006** *Institut für Bildungswissenschaft, Universität Wien*  
Forschungsassistentin bei Studie über die Entwicklung der Beziehung zwischen Mutter und Kind

## Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit zum Thema „Konduktiv Mehrfachtherapeutische Förderung nach Petö und Keil - Eine kontrollierte Einzelfallstudie über die Wirksamkeit eines speziellen Förder- und Therapieansatzes auf das Selbstkonzept von Menschen mit cerebralen Beeinträchtigungen“ selbstständig verfasst habe und dazu keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein und wurde in dieser oder ähnlicher Weise noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Wien, 31. August 2008

---

Sandra Schwarzenbacher