HANDBUCH FÜR ASSISTENTEN IM BEHINDERTENSPORT

SPORT FÜR BEHINDERTE

SPORTS FOR DISABLED

LEONARDO DA VINCI PROJEKT DER EUROPÄISCHEN KOMMISSION

VORWORT

EINLEITUNG

Kapitel 1
KONZEPTE ZUM THEMA BEHINDERUNG

1. EINLEITUNG

2. ENTWICKLUNG UND KONZEPT

3. KONTEXT UND SITUATION BEHINDERTER MENSCHEN

4. GESETZGEBUNG

Kapitel 2
BIOLOGISCHE PRINZIPIEN

1. EINLEITUNG

2. BEWEGUNGSAPPARAT

- **2.1 Grundachsen und -ebenen, Pläne, anatomische Position**
- **2.2 Skelettsystem**
  - **2.2.1 Skelett, Diagramm, Knochenstruktur**
  - **2.2.2 Gelenkarten, Struktur, Grundmethoden**
  - **2.2.3 Gelenkverletzungen**
- **2.3 Muskeln**
  - **2.3.1 Muskeln / Sehnen: Unterschiede, Strukturen, Arten**
  - **2.3.2 Verletzungen**

3. HERZ-ATMUNGS-SYSTEM

3.1 Kreislaufsystem

3.1.1 Diagramm, Funktion

3.1.2 Komponenten / betroffene Bahnen

3.1.3 Anpassung des Herzkreislaufsystems an die physische Aktivität

3.2 Atmungssystem

3.2.1 Funktion

3.2.1 Komponenten, betroffene Bahnen, Diagramm

3.2.3 Regeln während der physischen Aktivität, Anpassungen

4. PATHOLOGISCHE BEFUNDE UND PHYSISCHE ÜBUNGEN

4.1 Physische Übungen, pathologische Befunde und unterschiedliche Situationen

4.2 Diabetes

4.3 Epilepsie

4.4 Asthma

4.5 Fettsucht

4.6 Osteoporose

4.7 Alter

4.8 Blutdruck

5. ENERGETISCHE BAHNEN

5.1 anaerob-alaktazider Stoffwechselprozess

5.2 anaerob-laktazider Stoffwechselprozess

5.3 aerobischer Stoffwechselprozess

Kapitel 3

ARTEN DER BEHINDERUNG

1. EINLEITUNG

2. GEISTIGE BEHINDERUNG

2.1 Konzept
2.2 Klassifizierung
2.3 Besonderheiten
2.4 Ursachen
2.5 Verhaltensweisen im Umgang mit Geistigbehinderten
2.6 Besonderheiten einiger Krankheiten, die mit geistiger Behinderung in Verbindung stehen
2.6.1 Down Syndrom / Trisomie 21
2.6.1.1 Besonderheiten.
2.6.2 Fragile-X-Syndrom
2.6.2.1 Besonderheiten
2.6.3 Autismus
2.6.3.1 Besonderheiten
2.6.4 Katzenschreisyndrom

3. SEHBEHINDERUNGEN

3.1 Definition
3.2 Klassifizierung
3.3 Besonderheiten
3.4 Ursachen
3.5 Verhaltensweisen im Umgang mit Sehbehinderten

4. HÖRBEHINDERUNGEN

4.1 Definition
4.2 Klassifizierung
4.3 Glossar
4.4 Besonderheiten hörgeschädigter Menschen
4.5 Ursachen

4.6. Verhaltensweisen im Umgang mit hörbehinderten - und tauben Menschen

5. KÖRPERBEHINDERUNGEN

5.1 Definition
5.2 Arten und Ursachen
5.3 Verhaltensweisen im Umgang mit Körperbehinderten

6. CERBRALPARESE

6.1 Definition
6.2 Ätiologie
6.3 Glossar
6.4 Klassifizierung der Cerebralparese
6.5 Störungen
6.6 Verhaltensweisen im Umgang mit Cerebralparetikern

Kapitel 4
PHYSISCHE AKTIVITÄTEN

1. EINLEITUNG

2. ALLGEMEINE ZIELE

3. PHYSISCHE ERZIEHUNG UND SPORTKONZEPTE

3.1 Sporttraining

4. VORTEILE FÜR SPORTTREIBENDE BEHINDERTE MENSCHEN

5. SPORT FÜR BEHINDERTE

5.1 Geschichte des Behindertensports

5.2 Föderative Organisationen im Behindertensport

5.3 Medizinische Sport Klassifizierung

5.4 Sportarten

Bogenschießen

Leichtathletik

Boccia

Radfahren

Reiten

Fußball - 5 - auf jeder Seite

Fußball - 7- auf jeder Seite

Goalball

Judo

Gewichtheben

Segeln

Schießen

Schwimmen

Tischtennis

Volleyball

Rollstuhl - Basketball

Rollstuhl - Fechten

Rollstuhl - Rugby

Rollstuhl - Tennis

Ski Alpin

Eis-Schlitten Hockey (Sledge Eishockey

Ski Nordisch

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Kapitel 5

TEIL 1: PLANUNG UND ABLAUF DER SPORTAKTIVITÄTEN

1. EINLEITUNG

1.1 Konzept und Bedeutung
1.2 Besonderheiten
1.3 Tätigkeiten

2. ELEMENTE DER PLANUNG

2.1 Ziele
2.1.1 Definitionen
2.1.2 Bedeutung
2.1.3 Arten
2.2 Inhalte
2.2.1 Definitionen
2.2.2 Arten
2.2.3 Folgende
2.3 Methoden
2.3.1 Trainingsprinzipien
2.3.2 Trainingsmethoden
2.3.3 Quellen
2.3.4. Richtlinien für die Arbeit mit Behinderten
2.4 Organisation des Raumes und der Zeit
2.5 Aktivitäten
2.5.1 Definition
2.5.2 Besonderheiten
2.5.3 Arten
2.6 Bewertung
2.6.1 Worum geht es bei der Bewertung?
2.6.2 Was wird bewertet?
2.6.3 Wie wird bewertet?
2.6.4 Wann wird bewertet?

TEIL 2: LEISTUNGSFÄHIGKEIT

1. EINLEITUNG: Konzept der Leistungsfähigkeit

1.1 Faktoren, die für die Entwicklung der Leistungsfähigkeit eine Rolle spielen

2. 2 VORAUSSETZUNG FÜR DIE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

2.1 Klassifizierung

3. AUSDAUER

3.1 Arten
3.2 Entscheidungsparameter

4. SCHNELLIGKEIT

4.1 Arten der Schnelligkeit
4.2 Faktoren, welche die Schnelligkeit beeinflussen

5. KRAFT

5.1 Arten der Kraft
5.2 Kontraktionsformen

6. BEWEGLICHKEIT / FLEXIBILITÄT

6.1 Komponenten der Beweglichkeit
6.2 Entwicklung der Beweglichkeit

7. KOORDINATION

7.1 Klassifizierung

8. GLEICHGEWICHTSSINN

8.1 Klassifizierung

9. AGILITÄT / BEHÄNDIGKEIT

9.1 Inhalte
9.2 Beeinflussende Komponenten

Kapitel 6
UMGANG MIT KÖRPERLICH UND GEISTIG BEHINDERTEN MENSCHEN

1. EINLEITUNG: Die Zielgruppe – Der behinderte Mensch

2. UMGANG MIT BEHINDERTEN MENSCHEN

3. DEFINITION VON BEHINDERUNG

4. DER UMGANG MIT BEHINDERTEN MENSCHEN (nach Marlis Pörtner)

4.1 Verbale und nonverbale Kommunikation im alltäglichen Umgang

5. DER BEHINDERTE MENSCH IM SPORT (nach Manfred Wegner)

5.1 Sport als Handlungsspielraum

Anhänge

1. ANHANG 1: Epileptischer Anfall

1.1 Was bei einem Anfall zu tun ist
1.2 Was man nicht tut

2. ANHANG 2 (zu Kapitel 3): Unterstützung für Personen mit schweren Behinderungen

2.1 Kommunikation

2.2 Essen

2.3 Transport

3. ANHANG 3 (zu Kapitel 5): Aufwärmübungen

3.1 Ziele

3.2 Arten des Aufwärmens

3.3 Elemente, die zu den Aufwärmübungen gehören

BIBLIOGRAPHIE

VORWORT

Das Handbuch für Assistenten im Behindertensport soll Mut machen! Menschen, die mit Behinderten im sportlichen Bereich arbeiten – sei es berufsbezogen kontinuierlich oder nebenberuflich im Sportverein - sollen fachliche und psychologische Unterstützung bekommen. Das Handbuch hilft den Sportunterricht vorzubereiten und sich auf die Zielgruppe der Behinderten einzustellen, sowie die Zusammenarbeit verständnisvoll und erlebnisreich zu gestalten.

Nicht jeder Aspekt ist bis ins letzte Detail ausgearbeitet, denn die Autoren möchten die zukünftigen Assistenten nicht mit zu detaillierten und fachspezifischen Informationen überfordern oder verunsichern.

Außerdem sollte beim Training immer ein verantwortlicher Sporttrainer anwesend sein, der Fragen beantworten und Unterstützungsarbeit leisten kann.

Weiterführende Informationen sind unter der angegebenen Literatur und den Internetadressen zugänglich.

Den Autorinnen / Übersetzerinnen der deutschen Ausgabe, die sich in einigen Details von den anderen Handbüchern, die auf der beiliegenden CD einzusehen sind, unterscheidet, kam es in erster Linie darauf an, die Assistenten, die möglicherweise noch nie vorher mit behinderten Menschen gearbeitet haben, mental auf den Umgang mit diesen besonderen Menschen vorzubereiten.

Aus diesem Grunde ist dieser Ausgabe auch das 6. Kapitel hinzugefügt, welches einige Bereiche des 5. Kapitels noch einmal vertieft. Das Thema „Umgang mit behinderten Menschen“ ist von besonderer Bedeutung für diejenigen, die mit behinderten Menschen erfolgreich und zufrieden stellend arbeiten möchten.

Natürlich an alle Leser und Leserinnen gerichtet, wurde ausschließlich für die Einfachheit und die bessere Lesbarkeit im Sprachgebrauch die männliche Form gewählt. Wir bitten die Leser um Verständnis.

IBW Euroinstitut, Juni 2006

EINLEITUNG

Das Leonardo da Vinci Programm sichert die Kontinuität der Aktionen der Europäischen Gemeinschaft, welche in den 80er Jahren für den Bereich der beruflichen Schulung begonnen wurde. Das Ziel des Programms ist die Unterstützung und die Vereinigung der Aktionen der Mitgliederstaaten, die dank der transnationalen Kooperationsprojekte für das Berufstraining gebildet wurden. Zur gleichen Zeit respektiert es vollständig die Verantwortung der Mitglieder in inhaltlichen und organisatorischen Aspekten, sowie ihre kulturelle und linguistische Verschiedenheit.

Die generellen Ziele des Programms sind:

I. Die individuellen Talente und Fähigkeiten, vor allem junger Menschen, mit einführender Schulung auf allen Ebenen zu verbessern, ebenso wie die Vereinfachung beruflicher Eingliederung und Wiedereingliederung.

II. Die Qualität und den Zugang zu kontinuierlichem Berufstraining zu verbessern, sowie den Zugang zu lebenslanger Aneignung von Qualifikationen und Fähigkeiten zu vereinfachen.

III. Den Input in den Innovationsprozess der beruflichen Schulung zu unterstützen und ihm Auftrieb zu verleihen. Unternehmerische Eigenschaften sollen gefördert und neue Arbeitsplätze geschaffen werden.

Die Hilfe der Gemeinschaft wird benötigt, um innovative Praktiken in Bezug auf Methoden, Inhalt und Unterstützung in der Informationsvermittlung der Zielgruppe näher zu bringen. Diese Praktiken werden ausprobiert, bewertet, verbreitet und schließlich publiziert.

Pilotprojekte wie „Sports for Disabled“ sollen den Innovationsprozess stimulieren, sowie Schulungsqualität und Berufsberatung verbessern.

Sport ist eine der am weitesten praktizierten menschlichen Aktivitäten in der Welt. Für Geld oder aus Vergnügen, regelmäßig oder gelegentlich: Millionen Menschen in der Europäischen Union praktizieren verschiedene Sportarten und Spiele.

Auf der Ebene der Bewältigung von Arbeitslosigkeit in Europa ist der Sportsektor ein Bereich, in dem viele Arbeitsplätze geschaffen werden können.

Die EU kann gute Ergebnisse in Bereichen der Investition in die Infrastruktur, in neue Technologien, Erziehung und Austauschprogrammen erzielen.

URSPRUNG UND NOTWENDIGKEIT DES „SPORTS FOR DISABLED“ PROJEKTES

In den vergangenen Jahren sind in ganz Europa im Bereich Behindertensport große Fortschritte gemacht worden.
Während persönliche Anstrengungen und Sozialisation/Rehabilitation eine große Anzahl von Menschen angeregt haben, Sport zu treiben und eine größere Motivation zu entwickeln und viele Stunden zu trainieren, wurde das Training dank dem Beitrag der wissenschaftlichen Forschungen technischer und anspruchsvoller.
Es existiert vor allem ein tieferes Verständnis für den behinderten Sportler. Das ist verbunden mit dem Prozess und dem direkten Einfluss der übernommenen Trainingsmethoden.
Die Arbeit mit Behinderten verlangt die Hilfe von Experten verschiedener Fachbereiche, aber in der Realität liegt die Last aus ökonomischen Gründen all zu oft auf unqualifizierten und ehrenamtlichen Helfern.
In den Initiativen der Gemeinschaft, EMPLOYMENT und ADAPT (1995-2000) und EQUAL (2002-2003), wurde der Bedarf an professionellem und technischem Unterricht aufgedeckt, das heißt an grundlegendem Wissen über den Behindertensport (ob im Erholungs- oder Wettkampfbereich).
Im Moment gibt es ein steigendes Bemühen der physiotherapeutischen Schulen und Einrichtungen, ihren zukünftigen Absolventen das adäquate Wissen für die Aktivitäten mit besonderen Gruppen zu vermitteln.
Aber auf der Gemeindeebene existiert kein spezifisches Training, um Personen für ihre Aufgaben als Helfer im Behindertensport zu qualifizieren.
Die Rolle des Sportassistenten ist jedoch praktisch die wichtigste im ganzen Trainingsprozess:

- Sie müssen in der Lage sein, den Trainingsplan, den der Trainer erstellt hat, in die Praxis umzusetzen. Somit benötigt diese Person ein genaues Verständnis jeden Aspektes in der Planung physischer Aktivitäten.

- Sie müssen den Sportler den ganzen Tag bei den sportlichen Aktivitäten begleiten und ihm helfen (essen, anziehen, baden, zur Toilette gehen usw.).
- Bei Aktivitäten, in denen der Sportler wegen seiner physischen Besonderheiten seine Aufgaben nicht selbständig ausführen kann, ist der Assistent zur Stelle, um die Teilnahme des Sportlers möglich und effektiv zu machen.

Bei einigen Veranstaltungen, wie zum Beispiel bei Boccia und beim Sport für Blinde, fusioniert der Sportassistent mit dem Sportler und ist ein feststehender Bestandteil der sportlichen Aktivität.

Die Aufgabe dieses Handbuches ist es, ein innovatives Trainingssystem zu Verfügung zu stellen, welches jungen Menschen ohne formale Qualifizierung ermöglicht, ihre Fähigkeiten für die Integration in den Arbeitsmarkt einzusetzen. Auch Freiwilligenorganisationen und Sportvereinen wird so die Gelegenheit geboten, mit ihrer Unterstützung und der besseren Qualifikation die Qualität der Dienste für Behinderte nachhaltig zu verbessern.

PROGRAMMPARTNER

Zamora Municipal Council (SPANIEN)

Die Gemeinde Zamora ist Projektkoordinator und Promoter.

Das „Zamora Municipal Council“ besitzt weite Erfahrungen in der Durchführung europäischer Programme und Initiativen EQUAL (NOW, ADAPT, YOUHTSTART, INTERREG). Eines ist zum Beispiel das Gastronomie-Trainings Pilot Projekt.

Das Projekt „Sports for Disabled“ vereinigt alle städtischen sozialen Vertreter, die mit Sport zu tun haben, vor allem die städtischen Sporteinrichtungen. Das städtische Sportamt beschäftigt sich vor allem mit behinderten Menschen und hat Kooperationsvereinbarungen mit Behindertenorganisationen unterschrieben.

APPC COIMBRA (PORTUGAL).

Die portugiesische Vereinigung für Cerebralparese ist eine nationale Organisation, gegründet 1960, mit dem Hauptsitz in Lissabon. Sie hat als Pionier in dem Feld der Rehabilitation und sozialen Integration der Menschen mit Cerebralparese Anerkennung erworben. Heute existieren 14 regionale Zentren.

Das regionale Zentrum der portugiesischen Cerebralparese-Vereinigung **"Núcleo Regional do Centro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral "(NRC-APPC**), gelegen im Zentrum Portugals, Coimbra, besteht seit 31 Jahren mit einer qualifizierten und anerkannten Arbeit in den Bereichen medizinischer Rehabilitation und funktionaler Erziehung, Berufstraining, sozi-professioneller Integration, Musik, Pferdetherapie, Sport, Wohneinheiten und Beschäftigungszentren.

Das NRC – APPC hat beachtliche Erfahrung und Kenntnis in der Organisation internationaler Events und Projekte.

Die Verbesserung der Lebensqualität der behinderten Menschen ist die Qualitätsmarke der Arbeit.

Das NRC-APPC arbeitet in den Dienstleitungsbereichen der Rehabilitation, dem Berufstraining und der Beschäftigung.

Der Arbeits- und Sozialminister hat die Organisation als Good-Practice-Organisation vorgeschlagen.

Zurzeit entwickelt das NRC – APPC einige Mediationsprogramme, welche die Familie, die Gemeinschaft, den Unterricht, den Sport und die Eingliederung der Behinderten in den normalen Arbeitsmarkt betreffen.

Das Zentrum ist Promoter and Koordinator verschiedener europäischer Projekte (Equal; Youth; Leonardo da Vinci; Gesundheits- und Sozialfürsorge usw.).

Es ist Koordinator und Organisator weltweiter Sportereignisse (Boccia Meisterschaft). Es nimmt seit 1980 an den Paralympischen Spielen und an allen europäischen - und Weltmeisterschaften für Behinderte teil.

Das NRC – APPC ist mit zahlreichen Assoziationen, Konföderationen und Netzwerken verbunden:

Auf internationaler Ebene - SCOPE, CP ISRA, ICPS, IAPA.

Auf nationaler Ebene – FORMEN, (Berufstraining), Scientific Institute of Cerebral Palsy; UIPSS, Rendimento Minimo Garantido.

Die partnerschaftliche Arbeit ist Teil der Organisationskultur und Politik.

IBW EUROINSTITUT MÜNSTER (DEUTSCHLAND)

Das IBW EUROINSTITUT (Institut für Berufsförderung und Weiterbildung) wurde Mitte der 80er Jahre gegründet.

Seine ursprüngliche Aufgabe war die Sprachschulung: LEONARDO/Petra Gruppen aus Osteuropa wurden zum Beispiel unter dem NOW Programm in der deutschen Sprache unterrichtet und Deutsche, die einige Zeit im Ausland, vorwiegend in Frankreich, verbringen wollten, wurden ebenfalls linguistisch vorbereitet.

Seit dieser Zeit arbeitet das Institut in verschiedenen LEONARDO Mobilitäts- und Pilotprojekten und hat zudem zwei ADAPT Projekte durchgeführt. Aktuell ist das IBW Euroinstitut Partnerorganisation in einem Interreg Programm.

Das IBW unterhält Kontakte zu Unternehmen unterschiedlicher Bereiche in Münster und Umgebung und ist vertraut mit den Bedürfnissen kleiner- und mittelständischer Unternehmen, vor allem im ländlichen Raum. Das Institut führt eine Schulungs- und Untersuchungsreihe durch und entwickelt Zielgruppenorientierte Beratungsmodelle für den Arbeitsmarkt.

Außerdem nimmt das IBW an einem Leonardo da Vinci Projekt teil, welches die Situation älterer Menschen betrifft, realisiert Kurse für Langzeit-Arbeitlose und junge Menschen und führt professionelle Integrationsprogramme für Frauen durch.

STIFTUNG KEREK VILAG (UNGARN)

Diese Ungarische Stiftung arbeitet mit Behinderten seit 1990 als ein regionales Zentrum für Rehabilitation, Erziehung und Therapie sowie im Bereich der sozialen Integration für alle Gruppen behinderter Menschen.

Die Stiftung bringt die Behinderten mit der Gesellschaft durch zahlreiche Aktivitäten in Berührung, dessen Hauptziel die Teilnahme der Amtsgewalt, der Eltern und Vereinigungen bei der sozialen Integration der Behinderten ist.

PRAGMA (ITALIEN)

PRAGMA ist ein kleines mittleres Unternehmen (KMU), welches Schulungen und Integration in die Arbeit durchführt.

Pragma ist sehr erfahren in der Realisierung von Beschäftigungsmaßnahmen für Frauen, einmal um Arbeitsplätze zu suchen, aber auch um Selbständigkeit mit hoch spezialisierten Trainingsprodukten zu realisieren.
Das Unternehmen führt Schulungen für Qualitätsstandards durch (UNE, ISO, DIN) und den Gebrauch neuer Technologien in der Schulung.
Pragma bringt Erfahrung mit in der Durchführung von ADAPT, NOW Programmen für Frauen-Qualifizierung für die Selbständigkeit und in der Implementierung von Qualitätsmodellen in der Schulung.
Die Schulungen bei Pragma werden von anspruchsvollen technischen Ausrüstungen und Qualitätsbedingungen unterstützt: einem audiovisuellen Studio, Schulungsfilmen, Computern, Schulungs-Software Paketen, Klassenräumen und hoch qualifizierten Lehrern, inklusive freien Experten.
Besonders erfahren ist Pragma auf Gebieten wie zum Beispiel Verwaltung, Finanzen, Management, Kontrolle und Unternehmensstruktur. Seine Schulungsaktivitäten schließen die Vorbereitung der Bilanzen und Finanzberichte, Organisation und Management, Audit-Systeme, Finanzkontrolle, Herstellungs- und Verteilungssysteme, Marketing Pläne, Systemanalysen, Programmplanung, Programmiersprachen und die Schulung von Computerfachleuten ein.
Im Hinblick auf diese Aktivitäten spielt Pragma eine konkrete Rolle in der Planung der Trainingsprogramme, immer darauf achtend, dass die Ergebnisse mit den ursprünglichen Erwartungen übereinstimmen.

Kapitel 1
KONZEPTE ZUM THEMA BEHINDERUNG

1. EINLEITUNG

Die Konzepte zum Thema Behinderung gaben immer Anlass zu Diskussionen über die Grenzen der Erklärungsversuche und die unterschiedlichen Arten des Verständnisses. Diese Probleme entstanden durch die Notwendigkeit, Aspekte wie Gleichheit, soziale Gerechtigkeit und Entfremdung mit einzubeziehen und gleichzeitig negative Begriffe oder Definitionen zu vermeiden. Das sollte damit verbunden werden, die Wünsche der betroffenen Personen ebenfalls mit zu berücksichtigen. Jede Person hat das Recht, so benannt zu werden, wie sie es wünscht.
Internationale Organisationen bemühten sich ebenfalls um die Vereinheitlichung der Konzepte zur Schaffung allgemein gültiger Kriterien.
Heutzutage gibt es immer noch keinen Konsens darüber, wie Personen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen bezeichnet werden. Die gebräuchlichste Bezeichnung ist „Menschen mit Behinderung“.

2. ENTWICKLUNG UND KONZEPT

Vorgestellt werden die Komplexität des Konzeptes, die Entwicklung, die es durchlaufen hat und die heutigen Definitionen der Weltgesundheitsorganisation WHO.
1972 veröffentlichte die WHO die internationale Krankheits-Klassifizierung **(International Diseases Classification, IDC**). Als deutlich wurde, dass diese Klassifizierung nicht die Konsequenzen der Krankheiten für die umfassende Persönlichkeitsentwicklung aufzeigte, stellte man 1980 die **International Classification of Impairment, Handicaps and Disabilities (ICIHD)** vor**.**
In dieser Klassifizierung wurden nun die sozialen und individuellen Aspekte berücksichtigt, welche die Krankheiten in jedem Lebensbereich hervorrufen.
Das ursprüngliche Modell war:
Ätiologie - Pathologie - Manifestation: (Medizinisches Modell)

Das Modell des ICIDH präzisierte:

Krankheit (disease) – Schädigung (impairment) – Beeinträchtigung (handicap) – Behinderung/Fähigkeitsstörung (disability) (Anmerkung der Übersetzerin: Beide Begriffe werden im Text gleichberechtigt verwendet).

Die Konsequenzen dieser Symptome werden in den Definitionen dieser Konzepte beschrieben.

Schädigung: Beeinträchtigung einer psychologischen oder physiologischen Funktion. Sie betrifft nur ein Organ und kann temporär oder permanent sein.

Beispiel: Störung des Sehorgans, der Sprache, des Gehörs, eine Entstellung, Störung der Muskelfunktionen, des Intellekts….

Behinderung/Fähigkeitsstörung: Fehlen oder Einschränkung, die der Schädigung einer Fähigkeit, die allgemein als üblich für einen Menschen angesehen wird, zuzuschreiben ist. Die Behinderung wird in unterschiedliche Gruppen klassifiziert: Verhalten, Kommunikation, Selbst-Fürsorge, Bewegung…

Beeinträchtigung: Jede nachteilige Situation für einen Menschen, die einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung geschuldet ist, welche die normalen Funktionen bezüglich Alter, Geschlecht sowie sozialer und kultureller Faktoren nicht gewährleistet. Das wird deutlich in dem Scheitern dieser Personen, die eigenen – oder die Erwartungen anderer Personen zu erfüllen. Die Beeinträchtigungen werden nach verschiedenen Konzepten klassifiziert: Orientierung, Beweglichkeit. Soziale Integration, Aktivität.

Die **Diagnose** der Personen mit Behinderungen / Fähigkeitsstörungen wird in Beziehung zum Verhältnis zwischen diesen drei Konzepten gesetzt. Die Beziehung ist nicht immer linear, zum Beispiel verursacht eine Schädigung nicht immer eine Fähigkeitsstörung, welche in einer Beeinträchtigung resultiert.

Beispiel 1: Eine Person mit einem Down-Syndrom leidet an einem Mangel der intellektuellen Funktion (Schädigung), welche eine begrenzte Entwicklung der Kommunikations- und anderer Fähigkeiten ermöglicht (Fähigkeitsstörung/Behinderung). Dieses führt zu Nachteilen in der Wahrnehmung der Rollen bezüglich Alter und Sozialisation (Beeinträchtigung). Lineare Beziehung.

Beispiel 2: Eine Person mit entstelltem Gesicht besitzt eine anatomische Anomalie (Schädigung). Diese Anomalie beeinträchtigt zwar nicht die Fähigkeit, irgendeine Tätigkeit richtig durchzuführen, aber sie kann soziale Schwierigkeiten verursachen, welches zu einer für die Person ungünstigen Situation führt. Nicht lineare Situation.

Dieses vorgestellte Konzept ist problematisch, denn es bezieht sich meist nur auf die Behinderung und übersieht die physischen und sozialen Komponenten.

Im Mai **2001** verabschiedete die Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation die **Internationale Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)**. Sie ist die zweite Version des ICIHD und wurde nach weltweiten Studien fertig gestellt.
Das Hauptziel war, eine allgemeine, standardisierte Sprache zu finden, die von Allen, die Schwierigkeit der Aufgabe bedenkend, akzeptiert werden konnte.

Sie folgt zwei Modellen:
Medizinisches Modell: Es betrachtet Behinderung als ein Problem, welches durch Krankheit oder ein anderes Gesundheitsproblem verursacht wurde, welches medizinische Behandlung und Rehabilitation erfordert.
Soziales Modell: Dieses versteht Behinderung als ein soziales Problem mit einem Mangel an Integrationsmöglichkeiten für die Personen, die an einer Krankheit oder seinen Folgen leiden. Behinderung ist nicht die Eigenschaft der Person, sondern eine Anzahl von besonderen Umständen, die durch den Zusammenhang hervorgerufen wurden.
So versteht die ICF Behinderung als ein persönliches oder soziales Problem. Medizinische Behandlung und Rehabilitation, soziale Integration durch individuelle Veränderungen und Veränderungen der Umstände sind notwendig. Auf diese Weise kann die neue Klassifizierung auf alle Aspekte der individuellen und sozialen Ebene angewendet werden.
Die ursprüngliche Klassifizierung benutzte die Konzepte, bevor sie beschrieben wurden: Schädigung, Behinderung und Beeinträchtigung. Sie wurden negativ

betrachtet, denn sie zeigten nur die negative Seite der Person. Aus diesem Grunde wurden einige der Definitionen überprüft und wie folgt geändert:

Schädigung: Anomalie (unterdurchschnittliche Funktion) oder Verlust von Körperstruktur oder psychologischer Funktion (mentale Funktion eingeschlossen).

Aktivität: Die Fähigkeitsebene einer Person. Die Einschränkung in der Aktivität ist das Problem des Menschen. Diese Einschränkung oder Begrenzung kann leicht sein oder aber die Aktivität unmöglich machen. Es ersetzt das Konzept zur Behinderung.

Teilnahme: Die Teilnahmeebene einer Person in Situationen, die etwas mit Schädigung, Aktivitäten, Gesundheitsproblemen und deren Zusammenhang zu tun haben. Es gibt Einschränkungen in der Teilnahme. Das sind Probleme, die eine Person in lebenswichtigen Situationen hat. Diese Einschränkungen werden festgelegt durch den Vergleich einer Person mit einer Person ohne Behinderungen. Es ersetzt das Konzept zur Beeinträchtigung.

Behinderung/Fähigkeitsstörung: Das ist ein allgemeines Konzept, welches Defizite, Begrenzungen in den Aktivitäten und Einschränkungen in der Teilnahme einschließt. Es zeigt negative Aspekte zwischen der Beziehung der Person (gesundheitlicher Zustand) und dem Kontext (Hintergrundfaktoren).

Diese Definitionen bilden das neue Konzept zur Behinderung:

- Funktionen und Körperstrukturen
- Aktivität und Teilnahme
- zusammenhängende Faktoren: persönliche Faktoren, Hintergrund.

Diese Klassifizierung ist:

- gültig für jede Person mit einer Behinderung.
- Sie wirft einen Blick auf die negativen Aspekte einer Behinderung.
- Sie fordert die Gesellschaft auf, den Zugang für Behinderte zu erleichtern, um Integration zu vereinfachen.

Behinderung wird definiert als eine komplexe Beziehung zwischen dem Gesundheitszustand einer Person sowie ihren persönlichen und sozialen Faktoren. Verschiedene Umgebungen haben unterschiedliche Auswirkungen

auf jede Person mit einer besonderen Gesundheitssituation. Wenn der Hintergrund besser ist, besitzen die Behinderten oft mehr Möglichkeiten, als wenn die Möglichkeiten eingeschränkt sind. Dann ist die Teilnahme an Programmen und Maßnahmen oft schwierig. So kann die Gesellschaft den Zugang zu Quellen und Maßnahmen erleichtern.

3. KONTEXT UND SITUATION BEHINDERTER MENSCHEN

Die Situation eines jeden behinderten Menschen ist sehr unterschiedlich. Die Art der Behinderung, die Ebene der Teilnahme an Aktivitäten, die Familie, der Wohnort…, all diese Faktoren bestimmen die Realität der Person.

An der Erziehung, Ausbildung, Berufsausbildung arbeiten verschiedene staatliche und private Zentren mit staatlicher oder privater Unterstützung, Mitglieder verschiedener Vereinigungen und auch Verwandte behinderter Menschen.

Das schafft eine Vielzahl an Zusammenhängen, die manchmal schwer zu verstehen sind.

Während der **Kindheit** wird jede Art der Anomalie, die eine Behinderung verursacht, festgestellt. Dann werden verschiedene Tests, Beobachtungen und Untersuchungen durchgeführt. Die frühzeitige Hilfe ist der beste und entscheidende Weg, um den permanenten oder zeitweiligen Bedürfnissen des Kindes mit einer Behinderung zu begegnen. Sie ist adressiert an bis 6 Jahre alte Kinder, ihre Familien und ihre Umgebung. Diese Hilfestellungen werden von einem multidisziplinären Team geleistet und auch in Kooperation mit dem Kindergarten und der Schule durchgeführt.

Wenn die frühzeitige Intervention nicht stattfindet oder nicht zur richtigen Zeit einsetzt, ist wichtige Zeit verschwendet, um der betroffenen Person die spätere maximale Selbständigkeit zu ermöglichen.

Während des **Schulalters** gibt es zwei verschiedene Situationen:

Entweder geht das behinderte Kind auf eine normale Schule. Die Situation kann sehr unterschiedlich sein, kann von Unterstützung ohne äußere Hilfe reichen bis hin zur dauerhaften Unterstützung, abhängig von der Art der Behinderung (physisch, intellektuell, Taubheit usw.…).

Oder das Kind geht auf eine spezielle Schule für zum Beispiel geistig Behinderte oder Sehbehinderte. Welche Schule in Frage kommt, ist abhängig von der persönlichen Situation und dem Kontext des Kindes.

Nach der Schulzeit ist ein Studium für Körperbehinderte durchaus üblich. Unter den Geistigbehinderten findet man selten Personen mit einem Universitätsgrad. Es gibt eine Anzahl reservierter Studienplätze für Behinderte an den Universitäten, die Anzahl variiert von Land zu Land.

Eine weitere Möglichkeit der Lebensgestaltung ist der Zugang zum Arbeitsmarkt. Es gibt viele Unterstützungs- und Reintegrationsprogramme für behinderte Menschen. Die Eliminierung der architektonische Hindernisse, die Anpassungen der Arbeitsstelle und des Materials – all diese Dinge machen die (Re-)Integration der Behinderten in den Arbeitsmarkt leichter. Auch in der öffentlichen Verwaltung oder bei privaten Gesellschaften gibt es einen Prozentsatz an Arbeitsplätzen für Behinderte, obwohl in den großen privaten Unternehmen häufig ein Kontrollsystem fehlt und die Bedingungen nicht optimal sind.

Spezielle Beschäftigungszentren sind andere Wege, den Behinderten einen geregelten und sinnvollen Tagesablauf zu ermöglichen. Diese Unternehmen beschäftigen mit speziellen Aktivitäten eine große Anzahl von behinderten Menschen.

Eine andere übliche Situation ist die Arbeit in Arbeitstrainingszentren, wo Erwachsene für Aufgaben in gewöhnlichen Stellen und in besonderen Berufen ausgebildet werden. Diese Stellen trainieren ebenso andere Lebensbereiche, wie zum Beispiel die Autonomie der Betroffenen.

Des Weiteren gibt es Tagespflegezentren. Dort werden Menschen mit schwerwiegenden Behinderungen, die Unterstützungen aufgrund der Behinderung oder des Alters benötigen, bei den täglichen Verrichtungen unterstützt.

Es ist offensichtlich, dass viele Behinderte in Europa keinen Zugang zu all diesen Angeboten und Diensten haben, oder keine Möglichkeit besitzen, eine Arbeit zu finden. Das liegt zum einen oft an mangelnder Information, an der Art der Behinderung oder an fehlender Unterstützung durch die Angehörigen.

In diesem Kontext übernehmen Sportaktivitäten eine entscheidende Funktion. Die psychomotorische Entwicklung im jungen Alter ist entscheidend für die

unterschiedlichen Behandlungen. Während der Ausbildung ist die physische Erziehung grundlegend für die Stärkung der individuellen Autonomie. Während des Erwachsenenalters, abhängig von den Bedürfnissen der Person, konzentriert sich die Aktivität auf die psychomotorische und physische Erziehung oder auf den Sport als Mittel zur Integration und individuellen Entwicklung. Es gibt zahlreiche Sportvereine für behinderte Sportler, als Bestandteil anderer Vereine oder Institutionen oder als eigenständige Vereine.

4. GESETZGEBUNG

Universal Bill of Human Rights, 1948.

Program of Worldwide Action for Disabled People 37/52, 3rd December 1982

Rules about the Equality of Opportunities for People with Disability 46/96, 20th December 1993

European Congress **“The City and the Handicapped People”;** Barcelona 1995

Madrid bill: **"No Discrimination and more positive Action is Social Integration";** European Congress about people with Disability; Madrid 2002

Kapitel 2
BIOLOGISCHE PRINZIPIEN

1. EINLEITUNG

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Funktionen des menschlichen Körpers betrachtet, wie zum Beispiel das Bewegungssystem, das Herz-Atmungs-System und die energetischen Bahnen. Das Ziel ist es, Grundwissen über den menschlichen Körper zu vermitteln, um damit ein besseres Verständnis der verschiedenen Behinderungsarten zu erlangen. Das Verstehen dieser Systeme und der Funktionsweise der energetischen Bahnen wird für die Auseinandersetzung mit der Arbeit über die physische Kondition von Belang sein.

2. BEWEGUNGSAPPARAT

Der menschliche Bewegungsapparat setzt sich aus dem Skelettsystem und dem Muskelsystem zusammen. Der Knochen ist die passive Komponente der Bewegung, der Rahmen, der wie ein Hebel bewegt wird, wenn der Muskel aktiv zusammen gezogen wird. Die Gelenke erlauben das Durchführen der Bewegungen und reduzieren die Reibung zwischen den betroffenen Knochen.

2.1 Grundachsen und -ebenen, Pläne, anatomische Position

Beschreibung der anatomischen Position: Zur Orientierung an der Körperoberfläche bzw. im Innern geht man von der anatomischen Grundstellung aus, das heißt vom aufrecht stehenden Menschen mit nach vorne zeigenden Handflächen. Man denkt sich ein Koordinatensystem aus drei Achsen, die senkrecht zueinander stehen. Ihre Schnittpunkte liegen in drei Ebenen.

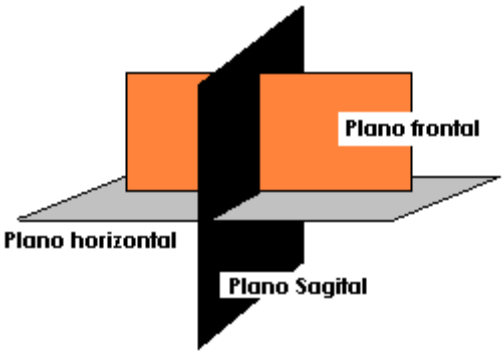
Pläne des menschlichen Körpers:

Der Plan ist eine imaginäre Darstellung des Körpers in seiner anatomischen Position. Die Pläne werden klassifiziert:

Medianebene (Sagittalebene): Dieser Plan teilt den Körper vertikal in zwei gleiche -, eine rechte und eine linke, Hälften.

Frontalebene: Das ist ein vertikaler Schnitt durch den Körper und teilt diesen in eine vordere - oder faziale -, und hintere - oder dorsale Hälfte.

Transversalebene (Horizontalebene): Dieser Plan durchschneidet den Körper horizontal und im rechten Winkel zur Sagittalebene, die superiore – oder kraniale Hälfte und die inferiore – oder kaudale Hälfte.



Achsen des menschlichen Körpers

Die Achsen des menschlichen Körpers sind imaginäre Linien durch den Körper, welche die Beschreibung und das bessere Verstehen der Bewegungen verstehen helfen.

Es gibt drei verschiedene Schnitte:

Die Pedi–cephalische - oder vertikale Achse ist die längste des Körpers, gezogen mit einer imaginären Linie, die vom Halswirbel bis zu den Fußsohlen gezogen wird. Sie verläuft senkrecht zum horizontalen Plan.

Die anteroposteriore (vorn und hinten) Achse ist eine imaginäre Linie, welche von vorne nach hinten durch den Körper führt. Sie verläuft senkrecht zum vorderen Plan.

Die transversale Achse ist eine imaginäre Linie von einer Seite zur anderen. Sie verläuft senkrecht zum geteilten Plan.

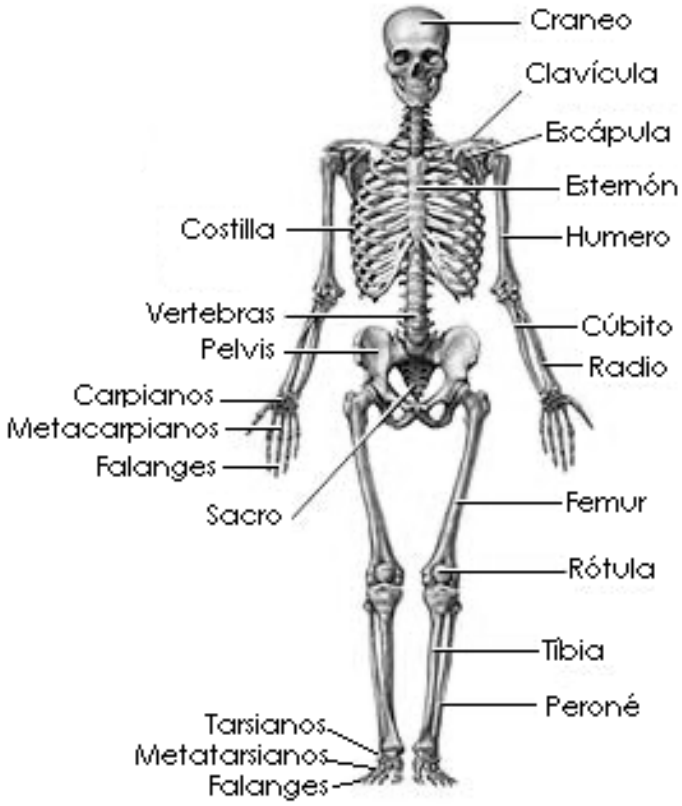
2.2 Skelettsystem

Das Gelenksystem bringt dem Körper Unterstützung. Das Knochensystem ist das härteste System des Körpers und erlaubt es, die Schwerkraft zu neutralisieren.

2.2.1 Skelett, Diagramm, Knochenstruktur

Das Skelett wird durch 208 Knochen gebildet, die durch Verbindungsmaterial (Bänder und Sehnen) verbunden sind.
Sehnen verbinden die Muskeln mit den Knochen.
Bänder verbinden die Knochen miteinander.

Das menschliche Skelett



Schädel = Cranium: craneo
Schlüsselbein = Clavicula: clavicula
Schulterblatt = Scapula: escápula
Brustbein = Sternum: Sternón

Rippe = Costa: costilla
Oberarmknochen = Humerus: húmero
Wirbel = Vertebra: vertebra
Becken = Pelvis: pelvis
Elle = Ulna: cúbito
Speiche = Radius: radio
Handwurzelknochen: carpianos
Mittelhandknochen: metacarpianos
Fingerknochen: falanges
Kreuzbein = Sacrum: sacro
Oberschenkelknochen = Femur: fémur
Kniescheibe: rótula
Schienbein = Tibia: tibia
Wadenbein = Fibula : peroné
Fußwurzelknochen: tarsianos
Mittelfußknochen: metatarsianos
Zehenknochen: falange

Der Knochen wird durch lebende Knochenzellen gebildet, welche Kalzium und andere Minerale speichern. Er ist von einer harten Substanz eingefasst. Die chemische Zusammensetzung besteht zu 25% aus Wasser, zu 45% aus Mineralien wie Kalzium und Phosphatsalzen und zu 30% aus organischem Material. Die Kalziumminerale geben dem Knochen die Steifheit und Härte, welche abhängig vom Alter variiert. Die Entwicklung des Knochens geht vom knorpeligen Gewebe des Embryos zur Steifheit der Knochen im Erwachsenenalter bis zum Kalziummangel im Alter.

2.2.2 Gelenkarten, Struktur, Grundmethoden

Das Gelenk ist die Kontaktzone zwischen zwei Knochen durch das verbindende Gewebe. Drei Gelenkarten können in Bezug auf den Bewegungsgrad unterschieden werden:

Synarthrosen: Knochenverbindung durch Knorpel; feste Verbindungen, die keine Bewegung zulassen (Beispiel: Schädel)

Anfiarthrose: Gelenk, welches eine sehr begrenzte Bewegung erlaubt (Beispiel: intervertebrale Gelenke)

Diarthrosen oder echte Gelenke: Das sind die beweglichen Gelenke, die die Knochen der Extremitäten mit dem Rumpf, den Schultern und den Hüften verbinden. Sie haben eine externe Schicht von fibrösem (faserigem) Knorpel und sie sind umgeben von starken Bändern, die den Knochen halten. Der Knochen, welcher am mobilen Gelenk endet, ist mit einem glatten Knorpel bedeckt und mit einer zähen Flüssigkeit, Synovialflüssigkeit / Gelenkflüssigkeit genannt, geschmiert

Bewegungen der Gelenke:

Die folgenden spezifischen Aktionen stehen in Beziehung zu den Rotations-Achsen, die oben beschrieben werden:

- **Flexion / Biegung:** Verkleinert den Gelenkwinkel durch Annäherung der Knochen aneinander (Beispiel: Die Berührung der Schulter mit der Hand der gleichen Seite.)
- **Extension / Streckung:** Gegenbewegung zur Flexion; vergrößert den Gelenkwinkel. (Beispiel: Ausstrecken des Arms)
- **Adduktion / Heranziehen:** Gegenbewegung zur Abduktion; Heranführung eines Gliedes an die Mittellinie. (Beispiel: Die Vereinigung der Beine beim Brustschwimmen)
- **Abduktion / Abspreizung:** Bewegung eines Knochens von der Mittellinie des Körpers weg. (Beispiel: Die Beine zu trennen beim Brustschwimmen)
- **Rotation*:*** Drehung eines Gliedes um seine Längsachse. (Beispiel: Drehbewegungen des Halses)

PLAN	ACHSE	BEWEGUNGEN
Medianebene	transversal	Flexion und Extension
Frontalebene	anteroposterior	Abduktion und Adduktion
Transversalebene	pedicephalisch	rotierende Bewegung

Bei

Menschen mit Cerebralparese können diese Bewegungen begrenzt sein. Es gibt immer eine Bewegungsmöglichkeit, aber der Umfang kann begrenzt sein. (Spastische Cerebralparese)

2.2.3 Gelenkverletzungen

- **Verrenkung / Verstauchung***:* Verletzung eines Gelenkes durch eine Überdehnung oder einen Bänderriss. Das geschieht in der Regel durch eine Verdrehung des Knöchels, Knies, Handgelenks oder Fingers.
- **Dislokation / Ausrenkung:** Ausrenkung eines Knochens, der an einem Gelenk liegt. Sie wird verursacht durch eine starke Dehnung oder einen geraden Schlag.
- **Fraktur / Bruch:** Der Bruch eines Knochens muss von einem Arzt behandelt werden. Es gibt verschiedene Arten von Brüchen.

Grundbehandlung (Verstauchung - Ausrenkung): Ruhe, Eis, Stilllegung und Hochlegen. Wenn die Verletzung stark ist, sollte sie von einem Arzt untersucht werden.

- **Wirbelsäulenverletzungen:**

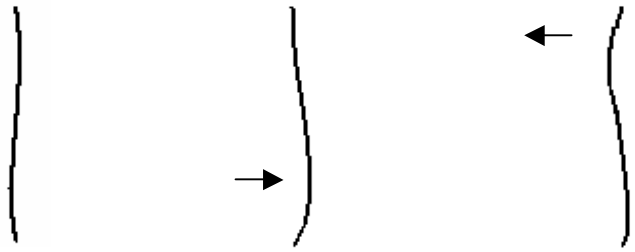
Verletzungen der Wirbelsäule sind Folge von traumatischen Verletzungen (Wirbelkörperbruch, Wirbelkörperverschiebung, Rückenmarkprellung) mit Rückenmarkschädigung, Entzündungen, Rückenmark-Tumoren, Gefäßerkrankungen der das Rückenmark versorgenden Gefäße oder angeborener Paraplegie.

Drei Arten können unterschieden werden:

- **Tetraplegie** ist die Lähmung aller vier Gliedmaßen und wird durch eine Verletzung im T1 oder höher hervorgerufen.
- **Paraplegie** bedeutet den Verlust des Gefühls und der Bewegungsfähigkeit von der Hüfte abwärts. Sie wird verursacht durch eine T1- oder eine tiefere Verletzung.
- **Triplegie** ist die Lähmung dreier Gliedmaßen. Keine Bewegungsfähigkeit und kein Gefühl in einem Arm und beiden

Beinen. Sie wird generell verursacht durch eine unvollständige Sektion der Wirbelsäule.

- **Deformierungen der Wirbelsäule** (sehr häufig bei physischen Behinderungen).
- **Skoliose / seitliche Rückgratverkrümmung:** Kurve der Wirbelsäule in der Frontalebene. Die geringfügige Skoliose verhindert keine Sportausübung. Symmetrische Sportarten wie Schwimmen und Tanzen werden ebenso bevorzugt wie Sportarten, die das Atmen erleichtern und den Bauchbereich stärken.
- **Lordose / Rückgratverkrümmung nach vorn:** Ansteigen der konkaven Kurve (im Lendenbereich) in der Sagittalebene. Behandlung mit Heilgymnastik.
- **Kyphose:** Die konvexe Kurve steigt an (im Rückenbereich) in der Sagittalebene. Die Behandlung besteht aus Heilgymnastik und Sportarten wie zum Beispiel Schwimmen.



Skoliose
hintere Ansicht
Frontalebene

Lordose
laterale Ansicht
Sagittalebene

Kyphose
laterale Ansicht
Sagittalebene

Die zu lockeren Bänder bei Menschen mit Down Syndrom verursachen eine Anzahl von Beschwerden:

- Übliches und häufiges Ausrenken der Kniescheibe.
- Ausrenken der Hüfte.
- Instabile Atlanta-axoidea (Vertebra C1 – C2). Mehr als 5 mm Trennung kann theoretisch Probleme an der Wirbelsäule verursachen. (15% der Kinder mit Down Syndrom leiden daran, aber haben keine Symptome).

- Genu valgo (X-Beine) and Plattfüße.

2.3 Muskeln

Muskeln machen etwa 40% des Körpergewichts aus und verleihen dem Körper (zusammen mit den Knochen und der Haut) seine Gestalt. Ihre Aufgabe ist es, die notwendige Stärke zu entwickeln, um Aktivitäten durchzuführen und Bewegungen zu erlauben. Die bei der Muskelkontraktion freigesetzte Wärme hält den Körper warm.

2.3.1 Muskeln / Sehnen: Unterschiede, Strukturen, Arten

Muskeln:

Der menschliche Körper wird durch 640 Skelettmuskeln zusammengehalten. Alle haben das gleiche Model:

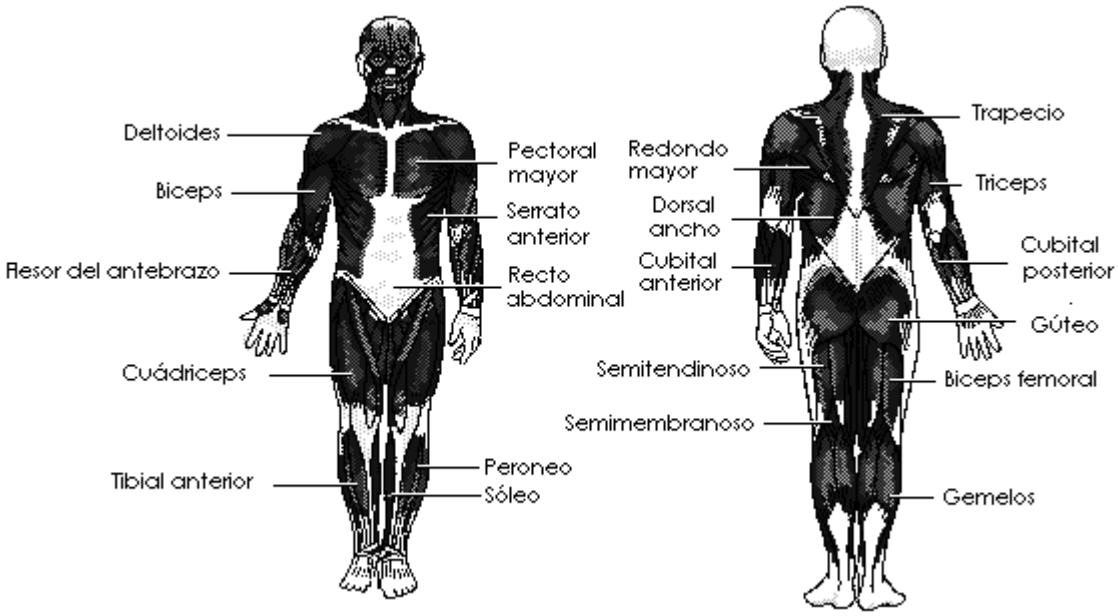


Ilustración de microsoft

Deltamuskeln = Musculus deltoideus: deltoides

Großer Brustmuskel = M.pectoralis major (: Pectoral)

Zweiköpfiger Oberarmmuskel = Bizeps / M. biceps: Bíceps

Vorderer Sägemuskel = M.serratus: Serrato anterior
Ulnarer Handbeuger = M.Flexor Carpi Ulnaris: Flexor del antebrazo
Gerader Bauchmuskel = M.rectus abdominis: Recto abdominal
Vorderer Schienbeinmuskel = M. tibialis anterior: Tibial
Langer Wadenbeinmuskel = M. peroneus longus: Peroneo
Schollenmuskel = M. soleus: Soleo
Trapezmuskel = M. trapezius: Trapecio
Armstrecker = M. triceps brachii: Triceps
Großer Rundmuskel = M. teres major: Redondo mayor
Gesäßmuskel = M. gluteus : Glúteo
Plattsehnenmuskel/halbmembranöser M. = M.semimembranosus : Semimembranoso

Arten des Muskelgewebes:

Glatte Muskeln befinden sich in den Wänden innerer Hohlorgane wie Dünndarm, Harnblase oder den Blutgefäßen. Ihre Kontraktionen werden nicht willkürlich gesteuert (daher bezeichnet man sie auch als unwillkürliche Muskeln), sondern vom vegetativen oder autonomen Nervensystem.

Skelettmuskeln werden auch quergestreifte Muskeln genannt. Weil sie dem Willen unterworfen sind, nennt man sie auch willkürliche Muskeln.

Der **niedrige Muskeltonus** (hypoton): Bei Menschen mit Down Syndrom ist er eine Ursache für eine niedrige Bewegungsfähigkeit. Hier ist die physische Aktivität zur Verbesserung des Muskeltonus besonders wichtig.

Die **Herzmuskulatur** kommt nur im Herzen vor. Die Fasern sind gestreift und weit verzweigt. Die Muskeln kontrahieren und erschlaffen automatisch und pumpen durch das Zusammendrücken der Herzwand unaufhörlich Blut in den Körper.

Zusammenwirken der Muskeln:

Der ***Agonistische Muskel / Agonist*** erzeugt die Hauptkraft für eine bestimmte Bewegung.

Der ***Synergistische Muskel / Synergist*** ist der Mitspieler. Er arbeitet mit einem Agonisten zusammen, entweder mit unterstützender Wirkung oder um unnötige Bewegungen, die bei der Kontraktion des Agonisten auftreten, abzuschwächen.
Der ***Antagonistische Muskel / Antagonist*** ist der Gegenspieler. Seine Wirkweise ist der des Agonisten entgegengesetzt.

Muskelstruktur:
Ein Muskel wird durch ein, zwei oder mehr **Muskelstränge** gebildet. Jeder Muskel ist durch viele Muskelteile gebildet, die parallel zur Längsachse verlaufen. Jedes Teil beinhaltet eine Zahl von **Muskelfasern (Fibrillen).**

Faserarten:
Muskelzellen sind kein homogenes Gewebe. Die meisten Muskeln bestehen aus Fasern mit sehr unterschiedlichen Eigenschaften. Alle Muskelfasern können nach ihrer Kontraktionsgeschwindigkeit, der aerobischen und anaerobischen Fähigkeit, der Kontraktilität, der Elastizität usw. klassifiziert werden. Bezogen auf diese Eigenschaften spricht man von zwei Arten der Muskelfasern:
Fasern Typ I, langsam, rot: Diese Fasern enthalten viel Myoglobin (speichert – ähnlich wie das Hämoglobin im Blut – den für die Freisetzung von Energie benötigten Sauerstoff), verkürzen sich langsam, sind aber zu lang anhaltenden Kontraktionen fähig und ermüden nicht so leicht.
Faser Typ II, schnell, weiß: Diese Fasern besitzen weniger Myoglobin, ermüden schneller, kontrahieren schnell und kräftig, aber für kurze Zeit.
Die Proportion der verschiedenen Arten der Muskelfasern ist genetisch vorbestimmt. Sporttraining kann diese Proportion verändern.

2.3.2 Verletzungen

- ***Krämpfe:*** Unfreiwillige Kontraktionen eines Muskels oder eine Gruppe von Muskelfasern.
- ***Muskuläre Kontraktion***: Ansteigen der Muskelspannung nach einer langen Anstrengung.

- ***Überdehnung:*** Übertriebene Streckung eines Muskels ohne einen anatomischen Schaden.
- ***Faserriss*:** Unterbrechung des Verlaufs einer Anzahl von Muskelfasern. Wenn die Anzahl der Fasern hoch ist oder der Riss den ganzen Muskel betrifft, spricht man auch von einem gebrochenen Muskel.
- ***Hämatom / Ekchymose*:** Verletzung des weichen Gewebes in Folge eines harten Schlages, ein Falls oder Stoßes. Das Ergebnis ist eine schmerzende, schwellende und purpurfarbene Stelle.

Grundbehandlung (Krämpfe und Dehnung): Es sollte von einem Physiotherapeuten oder Arzt angesehen werden. Schmerzen verursachende Aktivitäten vermeiden, trockene Hitze für 2 oder 5 Tage, leichte Massagen.

3. HERZ-ATMUNGS-SYSTEM

Das Herz-Atmungs-System wird durch die Blut- und Atmungsorgane (Arterien, Kapillaren, Venen und Adern) gebildet und besitzt eine versorgende Funktion. Das Atmungssystem transportiert Sauerstoff in den Körper und das Kohlendioxid (CO2) wieder ab. Das Blut-System nimmt den Sauerstoff und die Nährstoffe aus dem Atmungs- und Verdauungssystem auf, wo sie als Energie benötigt werden.

3.1 Blutkreislauf

Blut ist ein flüssiges, lebendes Gewebe, welches ständig den Körper durchströmt. Als Transportmittel bringt es wichtige Substanzen zu den Zellen und schafft die dort anfallenden Stoffwechselabfälle weg. Als Wärmeregulator verteilt das Blut die Wärme im Körper. Als körpereigene Schutztruppe spüren Blutzellen Krankheitserreger auf und zerstören sie.

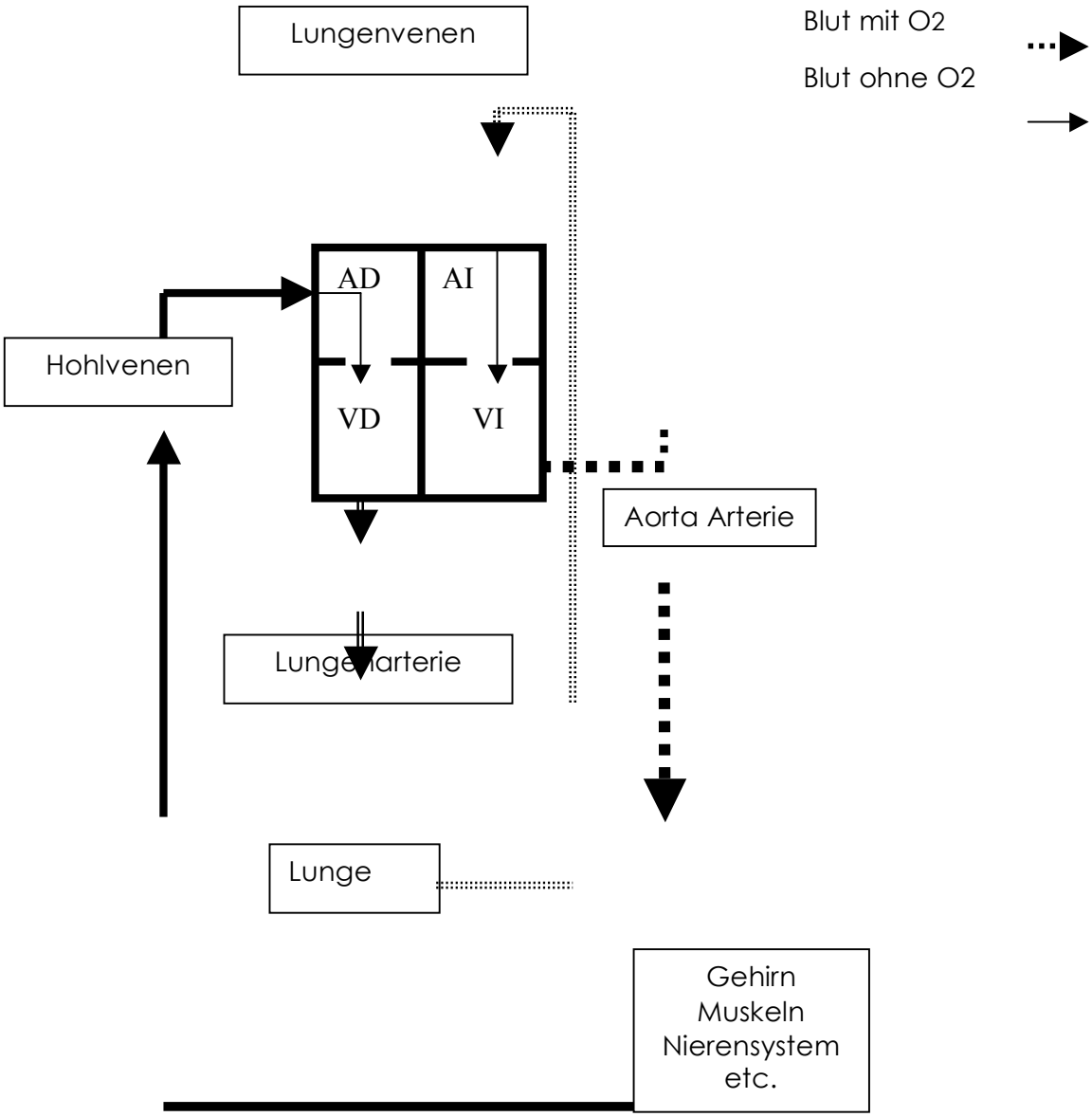
3.1.1 Diagramm, Funktion

Gesamter Kreislauf: Das sauerstoffreiche Blut gelangt von den Lungen durch die Lungenvenen zum linken Herzvorhof. Es fließt durch die linke Kammer, welche das Blut durch die Aorta durch den ganzen Körper transportiert. Das Blut strömt durch die Venen zurück durch den rechten Vorhof, es fließt durch die rechte Kammer und dann durch die Lungenarterie zur Lunge, wo es wieder mit Sauerstoff angereichert wird und zurück zum linken Vorhof fließt.

Das Herz pumpt das Blut durch zwei geschlossene Systeme:

Der große- oder Körperkreislauf dient der Verteilung des sauerstoff- und nährstoffreichen Blutes im Körper durch die aus der linken Herzkammer entspringenden Hauptschlagader (Aorta) und der Rückführung des sauerstoffarmen und kohlendioxidreichen Blutes zum rechten Herzvorhof.

Der kleine- oder Lungenkreislauf dient dazu, ab der rechten Herzkammer das Blut von Kohlendioxid zu befreien und bis zum linken Herzvorhof mit Sauerstoff neu zu beladen.



Allgemeines Diagramm des Blutkreislaufs

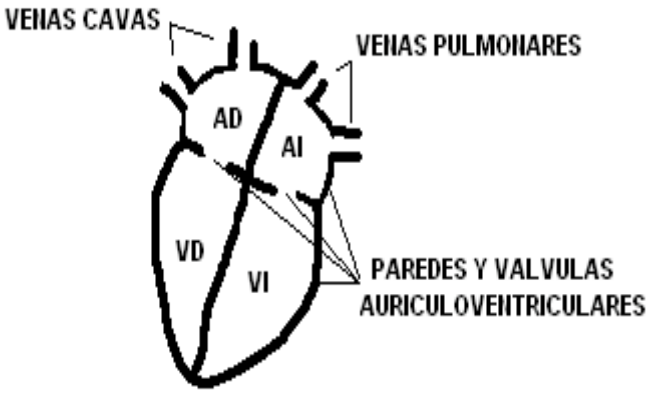
3.1.2 Komponenten / betroffene Bahnen

Herz:

Das Herz ist ein faustgroßer Muskel und wird durch vier Hohlräume gebildet: zwei Herzvorhöfe und zwei Herzkammern. Der Vorhof und die Kammer jeder Seite stehen durch eine Klappe in Verbindung. Sie öffnen sich, damit das Blut aus dem Vorhof in die Kammer strömen kann, schließen sich jedoch, wenn sich die Kammer kontrahiert, um den Rückstrom in die Vorhöfe zu verhindern. Das Blut erreicht zuerst die Vorhöfe. Sie haben dünnere und weniger muskuläre

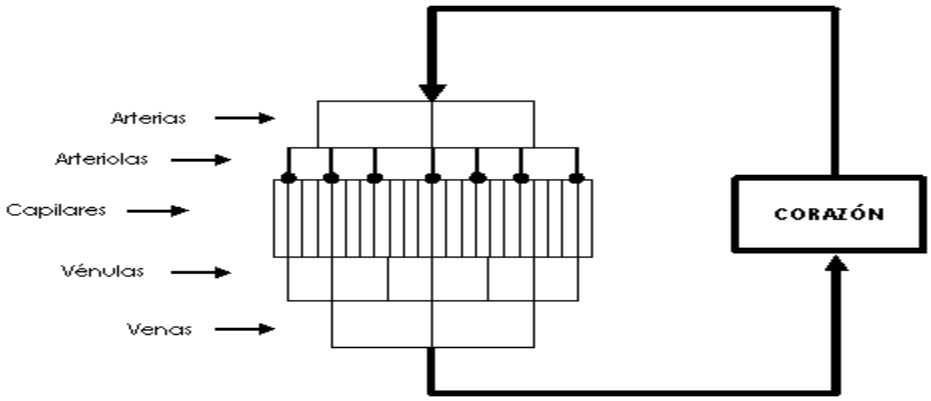
Wände als die Kammern, die weitere und stärker muskuläre Wände besitzen, da sie das Blut pumpen müssen.
Es gibt Herzkrankheiten verschiedener Grade bei Menschen mit Down Syndrom (50% der Fälle), die ihre Ursache in Defekten der Vorhof-Kammerwand haben. Die von Spezialisten erarbeiteten Gesundheitsprogramme bestimmen den Grad der Behinderung und der möglichen Gegenmaßnahmen.
Venas cavas: Hohlvenen
Venas pulmonares: Lungenvenen
Paredes y valvulas:Wände und Klappen
Auriculoventriculares: Vorhofkammern

Esquema de Corazon: Schema des Herzens



ESQUEMA DEL CORAZÓN

Arterias: Arterien
Arteriolas. Arterien
Capilares: Kapillare
Venulas: Venen
Vena: Ader
Corazon: Herz



Schema des Blutkreislaufs

Blut:

Die rote trübe Flüssigkeit - Erwachsene besitzen zwischen 4 und 6 Liter Blut - besteht zu 55% aus Blutplasma und 45% aus Blutzellen und fließt durch das vaskuläre System. Seine Funktionen sind vielseitig:

- Das Blut sorgt für die Aufnahme der wichtigsten Nahrungsbestandteile in den Darm.
- Transport von Substanzen, Hormonen und Gas (Sauerstoff and CO2) zum Gewebe und Rücktransport der Stoffwechselabfälle zu den Lungen, Nieren und zur Leber.
- Es reguliert die Körpertemperatur und den Säurelevel (PH-Wert).
- Abwehrsystem für mögliche Infektionen und Krankheitserreger.

Plasma:

55% des Blutes sind Plasma Das Plasma besteht zum Großteil aus Wasser, der Rest darin sind gelöste, vom Blut mitgeführte Substanzen wie Nährstoffe, Hormone, Antikörper und Stoffwechselschlacken.

Elemente:

- **Rote Blutzellen***:* Sie transportieren den Sauerstoff in das Gewebe und eliminieren das CO2. Diese Funktion wird von dem orangeroten Farbstoff Hämoglobin ausgeführt.

- **Weiße Blutzellen oder Leukozyten***:* Sie verteidigen den Körper gegen die Aggression von Infektionserregern.
- **Blutplättchen:** Sie sind notwendig für die Blutgerinnung.

3.1.3 Anpassung des Herzkreislauf-Systems an die Physische Aktivität

Größe des Herzens:

- Vergrößerte Herzkammern bei Personen, die Ausdauer trainieren.
- Ansteigen der Kammer-Wand-Stärke bei Menschen, die ihre muskuläre Stärke trainieren.

Herzfrequenz:

- Sinken der Frequenz im Ruhezustand und während der Durchführung der Aktivität. Eine effektivere Herzarbeit bedeutet weniger Arbeit für das Herz.

Blutmenge und Hämoglobin:

- In Folge des Trainings steigen beide an. Die Plasmamenge wird proportional zur Anzahl des Hämatokrits, das etwas sinkt, größer. (Gesamtmenge des Hämoglobins und der roten Zellen steigen)

Blutdruck:

- Der Ruhewert sinkt mit regelmäßigem Training. Während des Trainings mit maximaler Belastung ist der Wandel gering.

3.2 Atmungssystem

Das Atmungssystem ist verantwortlich für die Lungenatmung durch die Atemwege und die Lungen.

3.2.1 Funktion

Die Atmung ist ein komplexer Prozess, welcher die Inhalation von Sauerstoffhaltiger Luft und die Exhalation von Kohlendioxid beinhaltet.
Das Einatmen (Inhalation) und das Ausatmen (Exhalation) bewirken das Zwerchfell und die Zwischenrippenmuskeln. Sie verändern durch ihr Zusammenspiel das Volumen der Brusthöhle, dem sich die Lungen passiv anpassen.
Beim Einatmen spannt sich das Zwerchfell (Diaphragma) an und drückt die Bauchorgane nach unten, die äußeren Zwischenrippenmuskeln ziehen sich zusammen und ziehen die Rippen nach oben und nach außen. Beide Aktivitäten vergrößern das Volumen der Brusthöhle – und damit auch der Lungen. Der Druck in der Brusthöhle und in den Lungen sinkt, es entsteht ein Sog und Luft von außen wird angesaugt.
Bei der Ausatmung entspannt sich das Zwerchfell, es wird von den Bauchorganen nach oben gedrängt und wölbt sich kuppelförmig. Der Brustkorb senkt sich. Dadurch verringert sich das Volumen der Brusthöhle und der Lungen, der Druck in den Lungen steigt und presst die Luft heraus.

3.2.1 Komponenten, betroffene Bahnen, Diagramm

Luftwege:

- **Nasenlöcher:** Zwei Hohlräume oberhalb des Mundes, durch die Nasenscheidewand getrennt.
- **Rachen / Pharynx, Kehlkopf / Larynx and Luftröhre / Trachea:** Über die Atemwege, zu denen Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf und Luftröhre gehören (in dieser Reihenfolge) gelangt Luft in die Lungen und wieder heraus. Auf dem Weg wird die Atemluft angewärmt, befeuchtet und gefiltert. Kalte, trockene, schmutzige und Keime enthaltende Luft schädigt das empfindliche Lungengewebe.

Lunge:

- Es gibt zwei Organe, die Lungenflügel, im Brustraum. Sie sind elastisch und vergrößern oder verkleinern ihr Volumen mit der Einatmung und Ausatmung.

- Das Netzwerk aus Röhren und Bläschen im Innern der Lungen wird manchmal als „Bronchialbaum“ bezeichnet, weil es wie ein auf dem Kopf stehender Baum aussieht, dessen Stamm die Luftröhre bildet. Diese gabelt sich in zwei Hauptbronchien, die sich in den Lungen zu immer dünneren Bronchien und schließlich zu Bronchiolen verzweigen. Diese enden in Trauben von Lungenbläschen, in denen der Gasaustausch stattfindet.

3.2.3 Regeln während der physischen Aktivität, Anpassungen

Der Sauerstoffverbrauch und die Kohlendioxid-Produktion sind während einer körperlichen Aktivität höher als normal. Die Atmung ist aktiv, sie wird unterstützt von den Atemmuskeln, die während der übrigen Zeit nicht teilnehmen. Diese Reaktion während der physischen Aktivität zeigt sich in vier Phasen:

- Phase I: Die Atmung steigt stark an.
- Phase II: Die Atmung passt sich der Anstrengung an.
- Phase III: Die Atmung wird stabil während der energetischen Anforderungen.
- Phase IV: Die Atmung sinkt langsam zum Ende der physischen Aktivität, um den Sauerstoff-Mangel zu kompensieren.

Eine trainierte Person hat eine starke, widerstandsfähige und großvolumige Atemmuskulatur. Das Training steigert die vitalen Fähigkeiten (mehr Luftvolumen in den Lungen nach einer maximalen Inhalation).

4. PATHOLOGISCHE BEFUNDE UND PHYSISCHE ÜBUNGEN

4.1 Physische Übungen, Pathologische Befunde und unterschiedliche Situationen

Behinderte Personen oder Menschen, die an einer chronischen Krankheit leiden, besitzen eine niedrigere körperliche Aktivität als der Durchschnitt. Das ist bekannt unter dem Begriff hypo- oder minderaktiv. Dies kann die Konsequenz von Krankheiten wie Arthrose, Muskeldystrophie, Lähmung eines Körperteils oder Kurzatmigkeit sein. Auf der anderen Seite kann diese mangelnde Aktivität auch temporäre Ursachen haben, wie zum Beispiel Motivationsmangel, Überbehütung oder soziale Gründe. Sehr häufig findet sich Minderaktivität bei Behinderten.

4.2 Diabetes

Entscheidende Vorteile kann die körperliche Aktivität für Diabetes-Kranke haben. Die Insulindosis kann als Folge oftmals vermindert werden. Bei übergewichtigen Menschen verbessert die physische Aktivität die Glucose-Toleranz.

Bei der Ausübung des Trainings sollte bedacht werden:

- Die Aktivität sollte dazu beitragen, das Gewicht zu kontrollieren.
- Sie sollten in einer aerobischen Weise trainieren.
- Isometrische Spannung, die einer Hypertension geschuldet ist, wird vermieden.
- Wenn eine Hypoglykämie (Unterzuckerung) auftritt, muss der Assistent das Training weiter führen können, damit sich der Trainer um den Patienten kümmern kann.

4.3 Epilepsie

Physische Aktivität ist auch für den Epileptiker gut. Das Risiko eines epileptischen Anfalls ist so groß wie immer, somit ist Sport nicht kontraindikativ (Anhang 1). Bei Aktivitäten mit Schlägen oder komplizierten Situationen sollte Gefahr vermieden werden, nicht nur wenn die Aktivität durchgeführt wird, sondern auch wenn der Epileptiker während einer akuten Krise fällt (Boxen, Radfahren, Gymnastik, Tauchen…). Geschwommen werden kann mit Überwachung des Trainers.

4.4 Asthma

Asthma ist ebenfalls kein Hinderungsgrund für sportliche Betätigung. Kurzatmigkeit kann mit Medikamenten behandelt werden. Sport ist gut, denn:

- es verbessert die Atemmuskeln;
- es gewöhnt das Atmungssystem an den Fortschritt.

4.5 Fettsucht

Vor dem Übergewicht steht ein Niedergang oder die Abwesenheit physischer Aktivität. Physische Aktivität und die Ernährungsumstellung sind die Basis für die Behandlung von Fettleibigkeit. Es erhöht den Kalorienverbrauch, es entwickelt das Muskelgewebe und es verursacht ein besseres Gefühl. Die Sportübungen bringen mehr Vorteile, wenn sie länger und häufiger wiederholt werden (hohe Geschwindigkeit, niedrig-kurze Intensität, mittelhohe Häufigkeit der Wiederholungen).

4.6 Osteoporose

Diese Krankheit bedeutet ein Sinken der Knochensubstanz mit der Gefahr von Knochenbrüchen. Die maximale Knochensubstanz erreicht man mit 25 bis 35 Jahren, danach beginnt die Abnahme. Die normale physische Aktivität trägt zur Erhaltung der mineralischen Knochensubstanz bei.
Einige Aspekte sind zu beachten:

- Man sollte es vermeiden zu fallen;
- sonnige Umgebung ist gut für den Knochenbau;
- athletische und abrupte Bewegungen, wie zum Beispiel bei der Leichtathletik, sind zu vermeiden;
- isometrische Übungen sind sehr vorteilhaft.

4.7 Alter

Das Altern ist ein biologischer Prozess, während dessen die vitalen Funktionen des Körpers abnehmen (die sensorischen Funktionen werden schlechter, die

Knochenmasse nimmt ab, die Gelenke werden steifer). Körperliche Betätigung verzögert den Alterungsprozess und sie ist für die geistige -, soziale - und emotionale Situation förderlich.

4.8 Blutdruck

Viele Untersuchungen haben ergeben, dass körperliche Übungen für den normalen und für den hohen Blutdruck positiv sind.
Wenn der Blutdruck zu hoch ist, sind extreme sportliche Aktivitäten nicht vorteilhaft. Empfohlen wird zumindest 30 Minuten tägliches Gehen.

5. ENERGETISCHE BAHNEN

Die Muskeln brauchen Energie zum Arbeiten. Diese Energie bekommen sie von der Pyrophosphorsäureester der ATP (Adenosintriphosphat). Der Vorrat des Energielieferanten ATP in den Muskeln ist begrenzt, deshalb muss der Körper es durch Nahrungsmittel synthetisieren (Kohlehydrate, Fett, Proteine). Die ATP-Produktion kann auf drei Wegen stattfinden (anaerob alaktisch, anaerob laktisch und aerob). Die Nutzung eines jeden energetischen Pfades hängt von der Intensität und Dauer der physischen Aktivität ab.

5.1 anaerob alaktazider Stoffwechselprozess

Er benutzt das Kreatinphosphat, welches in den Muskeln gespeichert wird, um Energie zu produzieren (ATP). Der Prozess läuft ab, ohne Sauerstoff für die Verbrennung zu benötigen und ohne Milchsäure zu produzieren.
Dieser Prozess wird für explosive Aktivitäten gestartet, wie zum Beispiel für Springen oder Geschwindigkeitsläufe. Die Anstrengungen besitzen eine hohe Intensität und haben eine kurze Dauer (weniger als 20 Sekunden) Es ist unklar, ob dieser Prozess mit dem Training entwickelt wird. In den ersten 3 bis 5 Minuten der Erholungsphase gewinnt der Sportler den größten Anteil der verbrauchten Energie wieder zurück.

5.2 anaerob laktazider Stoffwechselprozess

Bei diesem Prozess wird Energie (ATP) und Laktat / Milchsäure ohne Beteiligung von Sauerstoff gebildet. Die Akkumulation von Milchsäure im Blut wird nach 40 bis 50 Sekunden beendet. Die Erholung findet langsam statt, um die akkumulierte Milchsäure zu reinigen. Nach der Anstrengung sollte eine leichte Übung folgen.
Die Stärke des Prozesses ist geringer als die vorherige, aber ihre Dauer ist länger (ungefähr 45 Sekunden).
Es ist der übliche Weg bei Anstrengungen bis zu einer Dauer von einer Minute, die einen hohen Energieverbrauch erfordern. Nach dieser Zeit wird ein anderer Energiepfad gewählt. Um diesen Pfad zu entwickeln, muss man eine große aerobische Basis besitzen und mit anaerob laktischem Stimulus trainieren.

5.3 aerober Stoffwechselprozess

Normalerweise erfolgt die Energiegewinnung (ATP) aerob durch Oxidation von Glucose mit Sauerstoff in der Zellatmung. Wird der Muskel so stark beansprucht, dass die Sauerstoffversorgung nicht mehr ausreicht, dann schalten die Muskelzellen auf die Milchsäuregärung um, die allerdings weniger Energie aus gleicher Menge Glucose liefert. Daher kommt es nach längerer starker Belastung zu einem Leistungsabfall.

Kapitel 3
ARTEN DER BEHINDERUNG

1. EINLEITUNG

Bezogen auf die Internationale Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) (vgl. Kapitel I: Konzepte zum Thema Behinderung) kann jeder Mensch irgendeine Art der Behinderung in Bezug auf seine Aktivitäten, seine Teilnahme oder Schädigung besitzen. Fast Jeder kennt wohl jemanden, der Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen benötigt, weiß aber nicht immer den Grund für diese Probleme und Beeinträchtigung.
In unserer Gesellschaft gibt es eine allgemeine Ignoranz und Unwissenheit zu dem Thema Behinderungen und behinderte Menschen. Diese Ignoranz produziert verschiedene Gefühle, von Angst bis zu Mitgefühl. Es gibt auch Stereotype, die bestimmte Physiognomien mit einer Behinderung verbinden, wie zum Beispiel beim Down Syndrom oder der Cerebralparese.
In diesem Kapitel wird eine Annäherung an verschiedene Arten der Behinderung gewagt. Es werden die verschiedenen Behinderungsarten vorgestellt, die durch die Sportföderationen repräsentiert werden, denn die Basis dieser Arbeit ist der Sport und die behinderten Menschen.
Auch wenn es unterschiedliche Behinderungen gibt, haben sie doch oft die gleichen Ursachen und Manifestationen. Hier ist die Klassifizierung vorteilhaft, um eine allgemeine Kenntnis der Behinderung zu erhalten und den Sportler in die korrespondierende Sportföderation einzuordnen.

2. GEISTIGE BEHINDERUNG

2.1 Konzept

Intellektuelle Behinderung wird nicht nur durch Einschränkungen auf dem intellektuellen Niveau definiert, sondern auch durch angelerntes Verhalten,

welches sich in konzeptuellen -, sozialen - und praktischen Fähigkeiten ausdrückt. Sie tritt vor dem 18. Lebensjahr auf.
Nach diesem Konzept ist intellektuelle Behinderung weder auf den Intelligenzquotienten bezogen, noch auf das Syndrom oder das mentale Alter, sondern nur auf die Fähigkeiten der Person, Aktivitäten durchzuführen, die soziale Integration, ihren persönlichen - und sozialen Hintergrund sowie ihre Autonomie. Dies alles zeigt den Bedarf an Hilfeleistungen. Mit den Unterstützungen sollen die Entwicklung, die Erziehung, die Interessen und das persönliche Wohlergehen dieses Menschen gefördert werden.

2.2 Klassifizierung

Die unterschiedlichen Klassifizierungen zur intellektuellen Behinderung in der Geschichte waren bislang in einer abwertenden Terminologie formuliert und bezogen sich immer auf den Intelligenzquotienten. Das Konzept die Klassifizierung durch AARM (2002) ist hier übernommen und basiert auf den notwendigen Hilfeleistungen für eine Person:

- **periodisch**: Unterstützung wird nur gegeben, wenn sie benötigt wird. Die Person fordert es nicht regelmäßig ein, aber in manchen Lebenssituationen ist es notwendig, zum Beispiel um eine Arbeit zu finden.
- **begrenzt**: Die Notwendigkeit der Unterstützung ist nur während einer bestimmten Zeit zu unterschiedlichen Prozessen notwendig, wie zum Beispiel für einen Umzug, wenn ein Familienmitglied gestorben ist oder eine neue Tätigkeit vorbereitet wird.
- **langfristig**: Die Unterstützung ist regelmäßig notwendig und betrifft mehrere Lebensbereiche (Arbeit, Erziehung, soziales Leben…).
- **allgemein**: Die Art der Unterstützung ist regelmäßig und intensiv; sie versieht den Lebenshintergrund der Personen mit der Möglichkeit, durch das ganze Leben begleitet zu werden.

2.3 Besonderheiten

Die Merkmale der intellektuellen Behinderung und der Hintergrund einer Person können durch unterschiedliche Aspekte charakterisiert sein.

- Kognitiv betrachtet besteht üblicherweise eine Tendenz zur Eindeutigkeit, zum Egozentrismus, zu einem Mangel an Aufmerksamkeit…
- Sie können Schwierigkeiten im Ausdruck ihrer emotionalen Gefühle haben und Zuneigung zu erkennen, nicht nur für sich selbst, sondern auch für andere.
- Die Gewöhnungsschwierigkeiten an einen Wandel im täglichen Leben können die kognitiven Fähigkeiten und die Fähigkeiten, sich ihnen zu stellen, fördern.
- Schwierigkeiten beim Sprechen und bei emotionalen Reaktionen.

2.4 Ursachen

Es gibt viele Fälle, in denen der Grund der Behinderung der cerebralen Struktur nicht aufgezeigt wurde. Andere beziehen sich auf die verschiedenen Situationen der Menschen und Krankheiten, wie Cerebralparese, Down Syndrom oder das Fragile-X-Syndrom, die in unterschiedlichen Lebensphasen entstanden sind:

- **Vor der Empfängnis:** Chromosomenabnormitäten der Eltern (Fragile-X-Syndrom).
- **Während der Schwangerschaft:** fetale Chromosomenabnormitäten (Down Syndrom, Infektion, Drogenkonsum der Eltern).
- **Während der Geburt:** Frühgeburt, Hirnschädigungen, Sauerstoffmangel, Probleme mit der Nabelschnur…).
- **Postnatal:** Infektionen, schwere Hirnschädigungen, Mangelernährung. Andere Gründe stehen in Verbindung mit dem Erziehungshintergrund (Armut, Misshandlung, familiäres Chaos) oder mit Situationen, die eine geistig gesunde Entwicklung unterdrücken.

2.5 Verhaltensweisen im Umgang mit Geistigbehinderten

- Geistigbehinderte sollten nicht wie Unterlegene behandelt werden, auch wenn ihre intellektuelle Entwicklung niedriger ist. (Erwachsene sind Erwachsene und dürfen nicht wie Kinder behandelt werden!)
- Sie sollten vermeiden, protektionistisch und paternalistisch zu wirken.
- Sie sollten sich geduldig und eindeutig verhalten und dem Gegenüber Zeit geben, neu Erlerntes aufzunehmen und zu verarbeiten.
- Bei der Vorführung neuer Schritte werden nur wenige Dinge gleichzeitig benutzt, um Verwirrung zu vermeiden und ihnen die Möglichkeit zu geben, sich auf die Aufgabe zu konzentrieren.
- Aktivitäten werden zeitlich kurz geplant, mit einer kurzen Konzentrations-Notwendigkeit.
- Falls nötig wird konstante Unterstützung gegeben.

Bei den Sportaktivitäten sollte man beachten:

- Sie geben deutliche und präzise Anweisungen in einer klaren Terminologie. Visuelle Erklärungen sind sehr wichtig. Vorher müssen alle Anwesenden aufmerksam sein.
- Die Wiederholung der Aufgaben mit verschiedenen Aktivitäten ist wichtig, um die Geschicklichkeit zu verbessern.
- Sie folgen einer Routine, um die Aufgabe zu trainieren.
- Sie gewähren bei der Durchführung der Aufgaben Unterstützung. Das vereinfacht den Erfolg, setzt aber eine aktive Teilnahme der Sportler voraus.
- Die Anpassungen fördern das kognitive Verstehen der Sportler.

2.6 Besonderheiten einiger Krankheiten, die mit geistiger Behinderung in Verbindung stehen

2.6.1 Down Syndrom / Trisomie 21

Das Down Syndrom ist der bekannteste genetische Grund für eine geistige Behinderung. Es wird durch eine genetische Anomalie die Chromosomenpaares 21 verursacht. Diese Transformation ist verantwortlich für die - in verschiedenen Phasen des Lebens auftretenden - morphologischen,

biochemischen und funktionalen Veränderungen, die in einigen Organen, vor allem im Gehirn, auftreten.
Andere Chromosomenanomalien können den Tod bedeuten, außer Anomalien des 13., 18. und X-Chromosoms.

2.6.1.1 Besonderheiten

Menschen mit Down Syndrom besitzen besondere Merkmale an Körper und Gesicht. Es gibt andere Besonderheiten, die während der Geburt oder während des Heranwachsens auftreten. Der niedrige Muskeltonus (Hypotonie) und das mentale Defizit sind immer vorhanden.

1. Die Krankheit tritt bei 1/700 Geburten auf, sie ist die häufigste Chromosomenkrankheit. Die Häufigkeit dieser Anomalie steigt bei Eltern über 35 Jahren an, obwohl in 66% der Fälle die Mütter jünger sind.
2. Es ist der häufigste genetische Grund für geistige Behinderung.
3. In 40 bis 50% aller Fälle treten Missbildungen am Herzen auf.
4. Überstreckbare Gelenke; instabiles Atlantoaxialgelenk (cervical vertebra / Halswirbel C1-C2); Kniescheiben-Ausrenkung und spontane Hüften-Dislokation; Plattfüße; Genu valgus (X-Beine).
5. Anomalien des Verdauungstrakts sind häufig.
6. Leukämie.
7. Gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Infektionen (Immunsystem-Anomalien).

2.6.2 Fragile-X-Syndrom

Dieses Syndrom wird durch ein Gen verursacht, welches das X-Chromosom schädigt. Es ist die häufigste Erbkrankheit und die zweithäufigste Chromosomenanomalie nach dem Down Syndrom. Die meisten Überträger kennen diese Krankheit nicht und bis heute sind 80 bis 90% der Fälle noch nicht diagnostiziert. Das Fragile-X-Syndrom kann über mehrere Generationen transportiert werden, bis es wieder bei „günstigen“ Bedingungen in einem Kind zutage tritt.

2.6.2.1. Besonderheiten

Die intellektuelle Behinderung geht von der Lernbehinderung bis hin zur Notwendigkeit der Unterstützung in fast allen Lebensbereiche. Es betrifft häufiger und stärker Jungen als Mädchen.

- Verhaltens- und Emotionsstörungen;
- Autistisches Verhalten;
- Konzentrationsmangel und Hyperaktivität;
- Strabismus / Schielen;
- Physische Merkmale wie ein langes Gesicht, große Ohren, Plattfüße, überdehnbare Gelenke.

2.6.3 Autismus

Autismus wird heute als neuro-psychiatrische Störung betrachtet. Autisten, die ein gestörtes Nervensystem besitzen, werden in der Internationalen Klassifizierung unter „Generelle Entwicklungsstörungen“ eingeordnet.
Der Grund für eine autistische Erkrankung ist unbekannt, nur ein kleiner Prozentsatz wird durch das Fragile-X-Syndrom verursacht. Einige Wissenschaftler vermuten, dass die Krankheit genetische Ursachen hat und aus Problemen in der Entwicklung des Gehirns des Fötus resultiert. Es zeigt sich in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes und zieht sich durch das ganze Leben. Einer von 700 bis 1000 Menschen leidet an Autismus, an der „klassischen“ Form leidet einer von 2000 Menschen. Es betrifft mehr Männer als Frauen (4/1) und es finden sich keine Unterschiede zwischen sozialer Klasse oder Kultur.

2.6.3.1 Besonderheiten

Die Personen, von denen man annimmt, dass sie Autisten sind, haben Symptome in den folgenden Bereichen:

Verhaltens- und intellektuelle Funktionen:

- Weite intellektuelle Bandbreite, obwohl bei drei Vierteln der Personen eine intellektuelle Behinderung besteht;
- Vorstellungsschwierigkeiten;
- Wiederholendes und ritualisiertes Verhalten; sie können sich nicht an Veränderungen anpassen.

Verbale - oder nicht-verbale Kommunikation:

- Sprache kann völlig abwesend sein, oder sie kann - ganz im Gegenteil - trügerisch flüssig genutzt werden.
- Es gibt wenige Möglichkeiten für eine Konversation aus einem Mangel an Interaktion, Aufnahmebereitschaft für Menschen, verschiedene Sichten, Gesten…

Entwicklung einer reziproken sozialen Interaktion:

- Soziale Isolation ist sehr üblich;
- In einer Interaktion können manche Aspekte so dominant sein, dass der Autist sich auf nichts anderes mehr einlassen kann.

2.6.4 Katzenschreisyndrom

Das Katzenschreisyndrom wird durch eine Veränderung des Chromosomenpaars 5 verursacht. Die Häufigkeit ist 1 zu 20.000 Geburten, in 10 bis 15% der Fälle ist die Anomalie von den Eltern vererbt. Das Ergebnis dieser Behinderung hängt von dem Grad der Chromosomenunordnung ab. Einige Besonderheiten sind:

- intellektuelle Behinderung;
- Sprachschwierigkeiten;
- besonderer Schrei, der einem Katzenschrei ähnlich ist, verursacht durch eine enge Larynx;
- schmaler Kopf und ein niedriges Gewicht bei der Geburt.

3. SEHBEHINDERUNG

3.1 Definition

Die Begriffe Blindheit, hochgradige Sehbehinderung und Sehschädigung werden zusammengefasst als Sehbehinderung bezeichnet. Dieses Konzept bezeichnet eine unumkehrbare Situation, auch nach einer Behandlung oder mit dem Gebrauch von Linsen.

3.2. Klassifizierung

Sehbehinderte werden in fünf Klassen eingeteilt:

Blind: Blind ist eine Person ohne Sehvermögen. Sie benutzt die Braille-Schrift als Hauptwerkzeug zum Lesen und Schreiben. Blinde müssen ermutigt werden, den Rest des Sehvermögens, falls dieses existiert, bei den täglichen Aktivitäten zu nutzen.

Zentrale Sicht: Der zentrale Punkt ist in der Mitte des Sichtfeldes. Am Rand besteht keine Sicht.

Periphere Sicht: Die gesehenen Objekte sind verzerrt. Die Farben verschwimmen oder es gibt ein dunkles Feld im Zentrum des Gesichtsfeldes.

Verschwommene Sicht: Die verschwommene Sicht ist der Verlust der scharfen Sicht und die Unfähigkeit, kleine Details zu erkennen.

Teilweiser Verlust des Sehfeldes: Das Gesichtsfeld ist auf blinde Punkte, die wie dunkle Löcher aussehen, reduziert.

3.3 Besonderheiten

Der Mangel an Sehfähigkeit oder ihre Verschlechterung lässt eine Person, die darunter leidet, in einigen Aspekten benachteiligt sein. Dies hängt von den persönlichen und sozialen Besonderheiten ab und vom Grad der Einschränkung.

Psychomotorische Aspekte: Probleme mit der Seitenbetonung, dem Körperschema, dem Gleichgewichtsinn, der Beweglichkeit….

Emotionale Aspekte: Angst vor dem Unbekannten, Instabilität, Sorge, Probleme mit Selbstbewusstsein …

Soziale Aspekte: Schwierigkeiten der Bildung sozialer Beziehungen, soziale Isolation….

Die Besonderheiten blinder - oder sehbehinderter Menschen hängen von dem Moment des Auftauchens der Probleme ab. Das kann bei der Geburt

vorkommen oder auch später im Leben. Die visuelle Erfahrung vor Einsetzen der Sehbehinderung ist entscheidend für den Umgang mit der Behinderung.
Die Sehbehinderung ohne Kenntnis des Aussehens der Gegenstände und der Personen im Raum machen eine Bewegung schwierig, so dass die Sehbehinderten oft fallen oder mit Dingen kollidieren. Das verursacht wiederum Frustration und senkt das Selbstbewusstsein, den Raum zu erobern.

3.4. Ursachen

Sehbehinderungen sind entweder vererbt oder durch Erkrankungen entstanden. Die Hauptgründe für die Sehbehinderung sind:

- Infektionen
- Unfälle
- Wunden
- Vergiftung
- Tumore
- Angeborener Katarakt / Linsentrübung
- Kurzsichtigkeit
- Netzhautpigmentation
- Glaukom / Grüner Star
- Makuladegeneration
- Sehnerv-Atrophie
- Diabetes

3.5 Verhaltensweisen für den Umgang mit Sehbehinderten / Blinden

Wer mit einer blinden Person zusammen laufen möchte, sollte vorher fragen, ob es ihr recht ist. Wenn ein Blinder oder Sehbehinderter um Hilfe bittet, bieten Sie ihren Arm an, damit er ihn halten kann.

- Sie werden nur seine Aufmerksamkeit auf sich ziehen, wenn es ein Hindernis zu überwinden gibt.
- An engen Plätzen halten Sie den Arm nach hinten, so dass er hinter uns laufen kann.

- Blinde „sehen“ mit der Berührung, so führen Sie ihre Hände zu den Dingen, die sie „sehen“ möchten.
- Wenn Sie mit Blinden sprechen, dann auf eine ganz normale Art, ohne die Benutzung von Wörtern zu vermeiden, die sich auf das Sehen beziehen.
- Wenn Sie einem Blinden etwas erzählen, vermeiden Sie Wörter wie „dort“, sondern beschreiben räumlich so genau wie möglich: “links, rechts, hinter….“
- Bevor Sie einen Sehbehinderten ansprechen, machen Sie ihn darauf aufmerksam, dass Sie an seiner Seite sind.
- Wenn die blinde Person mit jemandem anderen zusammen ist und Sie etwas zu sagen haben, sagen Sie es direkt zu dem Blinden und sprechen Sie nicht in Vertretung den Begleiter an.
- Es ist sehr wichtig, beim Training eine Anzahl von standardisierten Mustern an abgegrenzten Plätzen durchzuführen, um eine Anleitung für Sehbehinderte und eine räumliche Vorstellung zu schaffen.

Beispiel: Immer Objekte an die gleichen Plätze stellen; Anwesenheit oder Abwesenheit ankündigen; die Tür entweder offen oder geschlossen halten, aber immer auf die gleiche Weise.

Bei den Sportaktivitäten sollte man beachten:

- benutzen Sie keine visuellen Stimuli;
- verbale oder taktile Zeichen sollen genutzt werden;
- wenn die Übung einen Wechsel des Ortes erfordert, sind Sie bei ihnen, unterstützen sie und stärken ihr Selbstvertrauen.

Personen, die das Risiko der Netzhautablösung haben, müssen Aktivitäten vermeiden, welche die Gefahr von Schlägen gegen den Kopf bergen.

4. HÖRBEHINDERUNG

4.1 Definition

Hörbehinderung bedeutet die Beeinträchtigung oder den totalen Verlust des Hörvermögens.

4.2 Klassifizierung

Abhängig vom Ort der Verletzung werden vier unterschiedliche Arten der Hörbehinderung unterschieden:

Konduktives Hören: Jede Störung in der Übertragung des Klangs. Das Innenohr arbeitet, aber es überträgt die Geräuschvibration nicht. Der Stimulus kommt an bei einer steigenden Intensität des Klangstimulus.

Sensorisches Hören: Wenn es unmöglich ist, aufgrund einer Verletzung des Hörnervs etwas zu hören. Diese Schädigung ist irreversibel.

Gemischtes Hören: Wenn es eine Veränderung in der Geräuschübertragung gibt, die mit der Verletzung des Hörnervs zusammenhängt.

Zentrales Hören: Es ist nicht notwendigerweise begleitet von der Verminderung des Hörvermögens. Die Übertragung der Hörinformation des Gehirns ist in unterschiedlichen Schweregraden vermindert.

In Bezug auf den Moment der Hörschädigung (auf das Erlernen der Sprache bezogen):

Vor dem Erlernen der Sprache: Es ist notwendig, spezielle Systeme zu besitzen, um Sprache zu erlernen.

Wenn sie sprechen gelernt haben, aber noch nicht lesen können: Eine spezifische Unterrichtsmethode ist notwendig, um die Sprache nicht schnell zu verlernen.

Nach dem Sprechen und Lesenlernen.

4.3 Glossar

Hypoakusis: Abfallen der Sensibilität ohne Änderung der Hörqualität. Das Erhöhen der Geräuschquelle ermöglicht ein gutes Hören.

Disakusis: Keine gute Hörqualität und wenig Geräuschintensität. Das Ansteigen der Geräuschquelle garantiert nicht das perfekte Verständnis der Worte.

4.4 Besonderheiten hörgeschädigter Menschen

Ein Hörschaden ist eine große Beeinträchtigung für einen Menschen, besonders für eine tiefer gehende Kommunikation.
Allgemein kann man sagen, dass es unter dem Bewegungsaspekt nur Probleme mit dem Gleichgewichtsvermögen gibt.
Emotional gesprochen sind es Menschen, die in ihrer Stille verharren. Sie haben oft nur Kontakt mit gleichermaßen geschädigten Menschen. So gibt es häufig soziale Isolation und Angst vor dem Unbekannten.

4.5 Ursachen

Konduktive Hörbehinderung	**Sensorische Hörbehinderung**
Pfropfen	Vererbt
Fremdkörper	Krankheit während der Schwangerschaft (Röteln, usw.)
Otitis/Ohrentzündung	Frühgeburt
Trommelfellperforation	Infektionskrankheiten (Masern, Mumps, usw.)
	Traumen

4.6 Verhaltensweisen im Umgang mit hörbehinderten und tauben Menschen

- Nicht sprechen, wenn sie Sie nicht ansehen.
- Vor dem Sprechen ihre Aufmerksamkeit mit einem Zeichen oder einer Berührung auf sich ziehen.

- Von Angesicht zu Angesicht mit ihnen sprechen, mit einer guten Beleuchtung auf dem Gesicht, um das von den Lippen ablesen leichter zu machen.
- Sich auf Augenhöhe begeben.
- Behalten Sie nichts im Mund, wenn Sie sprechen. Vermeiden Sie, die Hand in oder vor den Mund zu halten.
- Prononcieren Sie gut, aber übertreiben Sie nicht und schreien Sie nicht. Sprechen Sie klar.
- Sprechen Sie normal, sprechen Sie nicht zu schnell und nicht zu langsam.
- Wenn Sie nicht verstanden werden, wiederholen Sie die Botschaft. Formulieren Sie die Sätze in einer einfacheren Struktur, aber korrekt. Verwenden Sie Wörter mit einer ähnlichen Bedeutung.
- Unterstützen Sie die Kommunikation entweder mit Gesten, die hilfreich sind, oder mit dem geschriebenen Wort.
- In Gruppengesprächen ist es wichtig, die Reihenfolge einzuhalten oder anzusagen, wer als nächster spricht.

Bei den Sportaktivitäten sollte man beachten:

- Benutzen Sie keine akustischen Stimuli.
- Verlieren Sie nicht den visuellen Kontakt, wenn sie sprechen.
- Nutzen Sie mehr visuelle - als verbale Erklärungen.
- Seien Sie vorsichtig im Umgang mit Hörgeräten.

5. KÖRPERBEHINDERUNGEN

5.1 Definition

Krankheiten oder Verletzungen, welche das Bewegungssystem oder das Nervensystem betreffen, können physische Begrenzungen in verschiedenen Graden hervorrufen, abhängig vom den betroffenen Körperteilen und der Verletzungsart.

5.2 Arten und Ursachen

Physische Bewegungsbehinderungen (chronisch):

Knochenmarksverletzungen: „Durch Schädigungen des Rückenmarks im Wirbelkanal kommt es zu motorischen, sensiblen und vegetativen Funktionsausfällen unterhalb der so genannten Läsionsstelle.“ (Will 1996: E 1, S. 21) Ursachen sind angeborene Missbildungen, z. B. Spina bifida, traumatische Ursachen (z. B. Stürze), Unfälle, degenerative Erkrankungen (z. B. Bandscheibenvorfälle), Rückenmarkstumore, Durchblutungsstörungen. (vgl. ebd. S. 21)

Spina bifida / Wirbelspalte: Entwicklungsbedingte Fehlbildung des Wirbelkanals und des Rückenmarks am Fötus. (vgl. ebd. S.25)

Poliomyelitis / spinale Kinderlähmung: Viruserkrankung mit Schädigung der motorischen Vorderhornzellen im Rückenmark und nachfolgender schlaffer Lähmung der Extremitäten. (vgl. ebd. S. 27)

In den schlimmsten Fällen benötigen die Betroffenen einen Rollstuhl.

Amputationen: Eine Folge von Diabetes (häufig), Arteriosklerose sowie traumatischen and vaskulären Gründen.

Brachialparese: Neurologische Nervenkrankheit, die die oberen Gliedmaßen befällt. Arm ist teilweise oder ganz gelähmt. Manchmal führt die Krankheit zu Amputationen.

Physische Bewegungsbehinderungen (degenerativ):

Multiple Sklerose: „Die Ursache der Multiple Sklerose ist unbekannt. Bei der Multiple Sklerose kommt es durch die Zerstörung der Markscheiden im zentralen Nervensystem (ZNS) zu Störungen der Nervenleitung.“ (ebd. S. 19) „Die Krankheit manifestiert sich zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.” (ebd. S. 19)

Muskuläre Dystrophie: Der Verlust von Kraft und Muskeln verursacht Deformierungen entsprechend dem Alter der Muskelzellen. Frauen sind Überträger der Krankheit, welche sich bei Männern zeigt.

Myopathie: Zeigt sich zuerst in den unteren Körperteilen und anschließend in den oberen. Es befällt das Muskelsystem und verursacht degenerative Schäden.

5.3 Verhaltensweisen im Umgang mit Körperbehinderten (Anhang 3)

- Natürliches Benehmen und normale Sprache ist sehr wichtig.
- Wenn Sie zu einer Person im Rollstuhl sprechen und der Dialog kurz ist, ist das Einhalten einer Distanz wichtig, damit die Person den Kopf nicht heben muss. Wenn das Gespräch länger dauert, setzen Sie sich auf die gleiche Höhe, ohne ihren privaten Bereich zu verletzen;
- Sie schieben niemanden, außer wenn Sie gefragt werden;
- Sie passen sich an die Geschwindigkeit des Gegenüber an;
- Wenn Sie mit jemandem gehen, der Krücken oder Gehhilfen benutzt, versuchen Sie Abstand zu halten, damit niemand stolpert.

Bei den Sportaktivitäten sollte man beachten:

- Die Sport- und Umkleideräume müssen einen behindertengerechten Zugang haben;
- Für Personen im Rollstuhl ist das Material griffbereit;
- Der zur Verfügung stehende Raum muss auch für Personen mit einem Rollstuhl ausreichen.

6. CEREBRALPARESE

6.1 Definition

Die cerebrale Bewegungsstörung (CP – cerebral palsy) entsteht durch eine Schädigung der Bewegungs- und Haltungssteuernden Zentren des Gehirns. Es gibt eine infantile (frühkindliche) cerebrale Bewegungsstörung, die während der Schwangerschaft bis zum 4. Lebensjahr einsetzen kann. Es entsteht ein nicht fortschreitendes, irreparables „Defektsyndrom“.
Diese Bewegungsstörungen sind kombiniert mit Störungen der Sensorik, der Intelligenz und des Verhaltens.
Die erworbene cerebrale Bewegungsstörung schädigt das ausgereifte, funktionsspezialisierte Gehirn. Die Erkrankungen können ein einmaliges Ereignis oder chronisch sein.

6.2 Ätiologie (Lehre der Krankheitsursachen)

Eine große Anzahl Cerebralparetiker besitzt eine multifunktionale Ätiologie. Tatsächlich gehen viele Untersuchungen davon aus, dass die meisten Fälle der Cerebralparese keine spezifischen Ursachen haben. Es ist bekannt, dass eine Schädigung während der Schwangerschaft, der Geburt oder in den ersten Lebensjahren auftreten kann (vgl. Miller 1995).

Pränatale Faktoren (30%):

- Genetisch;
- Angeboren, verursacht durch:
- Infektionen
- Abtreibungen
- Traumen
- Diabetes
- Unvereinbarkeit im RH (Rhesusfaktor)-System

Pränatale Faktoren (55%):

- Sauerstoffmangel / Asphyxie verursacht durch:
- Übergewicht der Mutter
- Frühgeburt
- Zwillingsschwangerschaft
- Wiederbelebung
- Nabelschnur um den Hals

Postnatale Faktoren (15%):

- Infektionen: Meningitis und Encephalitis
- Dehydration
- Schädel-Hirn-Traumen
- Stoffwechselstörungen
- Hirntumore
- Hirnblutung

6.3 Glossar

Die Bewegungsfähigkeit und die Koordinationsschwierigkeiten sind bei jeder Person mit Cerebralparese unterschiedlich. Es ist nicht einfach, kurz eine Kategorie zu formulieren, in die alle Menschen mit Cerebralparese eingegliedert werden können. So ist es notwendig Gruppen zu bilden, um in der Behandlung und Prognose übereinzukommen. Es gibt eindeutige Fälle, von denen die üblichsten sind: Spastik, Athetose und Ataxie.

Zentrale Lähmung (Spastik) (40 bis 70%):
Spastik wird durch Schädigungen im Bereich der motorischen Großhirnrinde und der Pyramidenbahn verursacht. Es ist charakterisiert durch:

- geringe Bewegungsvielfalt;
- Steifheit;
- langsame Bewegungen;
- große Tendenz zu Deformationen und Ausrenkungen;
- geringe Gesichtsmimik;
- späte und langsame Sprachentwicklung;
- Mangel an sensorischen Erfahrungen;
- Angst, Unsicherheit, Schwierigkeiten der Anpassung an neue Situationen.

Athetose (20 bis 30%):
Schädigung im Zentralhirn; es zeigt sich wie folgt:

- unsicheres Stehvermögen;
- unfreiwillige und übertriebene Bewegungen.

Sie ist charakterisiert durch:

- ungehobelte schnelle Bewegungen ohne Kontrolle;
- Schwierigkeiten, stehen zu bleiben;
- Mangel an Muskelkontraktionen;
- unorganisierte Bewegungen;
- Mangel der Trennung von Bewegungen;
- gutes Verständnis und hoher Level des Sprachgebrauchs.

Ataxie (10%):

Schädigungen im Bereich des Kleinhirns und seiner Bahnen führen zu starken Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen.

Ataxie ist charakterisiert durch:

- Instabilität in Haltung und Bewegungen;
- Schwierigkeiten, schnelle Bewegungen auszuführen;
- langsame Bewegungen;
- Störungen in den Kontraktionen;
- Mangel der Trennung der visuell-motorischen Bewegungen;
- Abwesenheit von schönen und selektiven Momenten;
- Gleichgewichtsstörungen;
- falls die Person laufen lernt, dann in einer sehr unsicheren Weise.

6.4 Klassifizierung der Cerebralparese

Hemiplegie: Die Gliedmaßen einer Körperhälfte sind betroffen und gelähmt.

Diplegie: Die unteren Gliedmaße sind primär betroffen. Es kann auch die Armen betreffen.

Tetraplegie: Die Lähmung betrifft die oberen und unteren Körperteile. Die Verteilung ist asymmetrisch.

6.5 Störungen

Obwohl die Cerebralparese eine Bewegungsstörung ist, gibt es weitere cerebrale Schädigungen. Sie betreffen:

- das sensorische Empfinden;
- das Sehvermögen;
- das Hörvermögen (bei der Athetose);
- das Empfinden;
- den Intellekt;
- Sprache und Sprechvermögen;
- die räumliche Wahrnehmung (Entfernungen);
- die emotionale Wahrnehmung;

- das Verhalten;
- das Auftreten von Epilepsie (betrifft einen von drei Cerebralparetikern).

6.6 Verhaltensweisen im Umgang mit Cerebralparetikern

- Sie hören ihnen zu und antworten nicht, bevor sie zu Ende gesprochen haben.
- Sie sprechen langsam und klar, Sie benutzen keine kindische Sprache;
- Sie geben ihnen Zeit, die Aufgabe zu erfüllen.
- Sie unterstützen ihre Initiativen, um Kreativität und Selbstvertrauen zu fördern.
- Sie machen sich nicht lustig über ihr „sabbern“, sie machen es nicht absichtlich.

Bei Rollstuhlfahrern ist zu beachten:

- Sie begeben sich auf ihre Höhe, um mit ihnen zu arbeiten.
- Sie platzieren Dinge griffbereit.
- Vor dem Schieben des Rollstuhls fragen Sie, ob sie Hilfe benötigen.
- Sie schieben den Rollstuhl ruhig und sagen, wohin Sie fahren und warum.
- Sie bremsen den Rollstuhl, um Unfälle zu vermeiden.

Kapitel 4
PHYSISCHE AKTIVITÄTEN

1. EINLEITUNG

Über Sport zu reden bedeutet, über eine physische Aktivität zu sprechen, die einen spielerischen - oder einen Wettbewerbscharakter hat. Sport ist ein Zusammenspiel des Körpers, der Intelligenz und des Willens.
Zeitgenössischer Sport ist ein soziales Phänomen mit unleugbar politischem Gewicht und einer steigenden Zahl an Sportlern.
In Bezug auf den Behindertensport kann man festhalten, dass eine große Anzahl an Personen ungenügende Bedingungen für die zufrieden stellende Ausübung eines Sports vorfindet.
Folglich haben sich verschiedene Gruppen Behinderter zusammengeschlossen und verschiedene Sportarten ausgewählt.
Im Folgenden erläuterte Einzelheiten sind Teil des Paralympischen Programms. Im Einzelnen wurde auf die Geschichte der Sportarten eingegangen und auf die Personen, die für eine Ausübung in Frage kommen.

2. ALLGEMEINE ZIELE

In diesem Kapitel werden die weltweit relevanten Sportarten der Paralympics vorgestellt.
Im Leben behinderter Menschen nimmt Sport eine sehr große Rolle ein, vor allem in ihrer physischen und sozialen Rehabilitation.
Personen mit intellektuellen Defiziten und Gehör-Einschränkungen organisieren ihre eigenen Wettbewerbe. Sie nehmen nicht am offiziellen Teil der Paralympics teil. Diese Behinderungen erlauben aufgrund ihrer Besonderheiten keine Veränderungen der Regeln und benötigen weder Anpassung noch Material.
Bei physischer und visueller Behinderung ist die Situation anders.
Zum Ende des Kapitels sollen:

- die Ursprünge des Behindertensports und sein aktueller Stand bekannt sein;

- die Leser die Konzepte physischer Erziehung und Sportkonzepte erkennen können;
- einige Aspekte des Sports bekannt sein;
- die Vorteile der physischen Aktivitäten für Behinderte deutlich sein;
- die Notwendigkeiten und Bedürfnisse der medizinischen Sport-Klassifizierung bekannt sein;
- die Klassen in Bezug zu jeder Behinderung gesetzt werden können.

3. PHYSISCHE ERZIEHUNG UND SPORTKONZEPTE

Heutzutage haben physische- und Sportaktivitäten eine große Bedeutung im Alltag. Es gilt, verschiedene Menschen zusammen zu bringen, unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht, ihrem ethnischen -, sozioökonomischen - oder kulturellen Hintergrund.

Physische Aktivität ist eine natürliche Tätigkeit und biologisch und psychologisch notwendig für den Menschen. Sport ist eine wichtige Quelle für einen gesunden Lebensstil.

Körperliche Aktivität, Körperübung, Freizeit – all diese Begriffe werden täglich benutzt, um verschiedene Arten der Aktivität, die Menschen Tag für Tag praktizieren, zu unterscheiden. Wissenschaftlich betrachtet sind diese Begriffe unterschiedlich, so gibt es:

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT: Jede körperliche Aktivität, die Energie verbraucht. Eingeschlossen sind auch alltägliche Aktivitäten wie laufen, putzen, einkaufen usw.. Körperliche Aktivität besitzt fünf Komponenten: Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Koordination.

KÖRPERÜBUNGEN: Freiwillige physische Aktivität für die Verbesserung der physischen und gesundheitlichen Kondition.

AUSDAUER: Psycho-physische Widerstandsfähigkeit gegen die Ermüdung.

FREIZEIT: Kann als freie Zeit neben dem Arbeitsleben bezeichnet werden. Viele Menschen widmen ihre freie Zeit auch ehrenamtlich-sozialen Diensten. In der Freizeit spielten physische Aktivitäten eine fundamentale Rolle.

SPORT: Eine physische Aktivität spielerischer - oder wettbewerblicher Natur; eine Interaktion zwischen Geist, Körper und Willenskraft. Physische Übungen, gleich welcher Art, sind immer festen Regeln unterworfen.

SPORT / FREIZEIT / ERHOLUNG: Das Verbringen der Freizeit mit einem unterhaltenden Ziel fällt unter diese Begrifflichkeiten. Erholung und Entspannung von der Arbeit ist dabei ein wichtiger Faktor. Sport wird nicht nur als ein Training für den Muskelaufbau betrachtet, sondern als Quelle der Unterhaltung.

SPORTTHERAPIE: Sport ist eine erfolgreiche Ergänzung zu anderen therapeutischen Methoden. Sie trägt zur Verbesserung des physischen und gesundheitlichen Zustandes und der sozialen Integration bei.

WETTBEWERBSSPORT: Dieser wird meist als Hochleistungssport betrachtet. Die Aktivitäten haben einen Arbeitscharakter und der Sportler ist verpflichtet, die besten Ergebnisse anzustreben. Dieses setzt ein intensives Training voraus, welches von einem Trainer unterstützt wird, der komplexe Trainingsprogramme und -Details erarbeitet.

3.1 Sporttraining

Die Vorbereitung eines Athleten, Behinderung oder nicht, bedarf vieler Jahre systematischer Sportausübung, welches Ausbildung, Steigerung und Spezialisierung einschließt.

Allgemeines Training findet an der Basis der Pyramide der sportlichen Entwicklung statt. Dieses Training richtet sich an jede Altersgruppe und hat das Hauptziel, die Grundfunktionen des Körpers zu entwickeln und zu stabilisieren. Bezogen auf die Altersgruppe kann das Training im Freizeitbereich liegen oder junge Leute physisch und psychisch auf eine lebenslange Sportaktivität vorbereiten – möglicherweise auch im Wettbewerbsbereich, wenn die physischen Fähigkeiten es erlauben.

Im allgemeinen Training sollen die Übungen die allgemeinen physischen Fähigkeiten verbessern, welches durch regelmäßige und systematische Praxis möglich ist.

Üblicherweise beginnt das allgemeine Training im frühen Schulalter. Behinderte Personen, vor allem Personen mit nicht angeborenen Behinderungen, sehen sich oft erst als Erwachsene nach Sportzentren oder -vereinen um.
Unabhängig vom Alter, in dem man sich für den Beginn sportlicher Aktivitäten bemüht, sollte allgemeiner Sport niemals vernachlässigt werden. Angepasst an das Alter und die körperlichen Fähigkeiten soll der Beginn der sportlichen Aktivitäten Bewegungs-Experimente und Leistungssteigerung ebenso beinhalten wie die Erfüllung von Aufgaben. Bei Personen mit traumatischen Behinderungen gilt es herauszufinden, wie man neue Wege finden kann, die Sportart auszuüben, die man bereits vor dem Unfall kannte, wie zum Beispiel bei einem Tetraplegiker, der vor dem Unfall regelmäßig schwamm.
Wenn es das Ziel einer Person nach dem allgemeinen Training ist, fortzufahren und in den Wettkampfsport einzusteigen, liegt es beim Trainer und beim Sportler, die richtige und für die Behinderung geeignete Sportart auszusuchen. Zum Beispiel wird ein Paraplegiker kein Judo oder Badminton ausüben können, aber sicherlich Fechten oder Tennis; der Blinde wird nicht am Tischtennis oder Basketball teilnehmen können, aber im Fußball oder Leichtathletik.

Spezialisiertes Training ist qualitäts- und wettbewerbsgerichtet und hat zum Ziel, konsequent durch geplante und zielgerichtete Vorbereitungen des Trainers die Ergebnisse und Leistungen des Sportlers zu verbessern. Es ist angestrebt, dass der Athlet die besten Ergebnisse entsprechend seiner physischen, taktischen und psychologischen Fähigkeiten erzielt.

4. VORTEILE FÜR SPORTTREIBENDE BEHINDERTE MENSCHEN

Allgemeine Gründe des Sporttreibens für behinderte Athleten sind wettbewerbliche Herausforderungen, Erholung, Spaß am Sport, Gesundheit, Kenntnisse, Entwicklung von sportlichen Fähigkeiten und Eingebundensein in ein Team.
Ein gut organisiertes Sportprogramm kann helfen, die Fähigkeit zu entwickeln, begrenzte Aktivitäten auszuüben, die man vorher nicht in Betracht gezogen hat.

Wer mit dem Behindertensport beginnen möchte, muss vorher die Stufe der Rehabilitation durchlaufen. Dann bestimmt eine Untersuchung die Fähigkeiten und nicht die Behinderungen. Personen mit oder ohne Behinderung werden im gleichen Sinn klassifiziert: Sie sind Sportler.
Selbstkontrolle, Selbstvertrauen, Wettkampfgeist und Kameradschaft sind einige Faktoren, die durch Sport gefördert werden können und von großer Wichtigkeit für die Reintegration in die Gesellschaft sind.
In dieser Hinsicht ist Sport eine exzellente Methode zur sozialen Reintegration und Eingliederung.
Sport erlaubt Menschen mit Defiziten, sich selbst und anderen zu zeigen, dass eine Behinderung nicht bedeutet, keine Fähigkeiten zu besitzen. Der steigende physische, psychologische und geistige Wert trägt entscheidend zu einer positiven Stärkung ihres Selbstbildes bei.
Menschen mit und ohne Behinderung erhalten durch den Sport Teamgeist, eine kontrollierte Aggressivität, Spaß am Gewinnen und bereichernde Kontakte.

Die Vorteile der physischen Aktivitäten können eingeteilt werden in:

- **Physiologisch**: Stärkung des Muskelgewebes, Entwicklung von Gleichgewichtssinn, Erfahren der Bewegungsgrenzen, Kontrolle der Bewegungen, Verbesserung der allgemeinen körperlichen Talente (Stärke und Widerstandskraft, Atmung, Atmungsrhythmus, Senken der Herzfrequenz) und Gesundheit.
- **Psychologisch**: Kontrolle der Gesten führt zu steigendem Selbstwertgefühl, Selbstkonzept, Selbstbild, Verbesserung der Konzentration, verminderte Angstgefühle, verbesserte Kommunikationsfähigkeit, Humor und Gefühle.
- **Sozial**: Trägt zur Entwicklung der Autonomie und sozialen Integration bei. Der kollektive Sport in diesem Bereich ist von enormer Wichtigkeit. Zum einen sucht man zu erzielen, was man in der Lage ist zu erreichen, dann fördert es Verständnis und Akzeptanz der eigenen Schwierigkeiten und die der Anderen und zeigt, was jede Person zum endgültigen Ergebnis beitragen kann.

Auf der anderen Seite und von der Warte eines globalen Sportkonzeptes muss man die Vorteile auch in einer allgemeinen Weise betrachten. Der Sport trägt bei zur:

- Verbesserung der normalen Bewegungsstandards;
- Verbesserung der Raum - und Zeit - Organisation;
- Verbesserung der motorischen Wahrnehmungs-Koordination;
- Entwicklung der Bewegungs-Autonomie;
- Lust an Bewegung;
- Förderung erfolgreicher Situationen für sich selbst und andere;
- Entwicklung eines normalen und gesunden Gefühls des Fortschritts, neue Erfolge zu realisieren, Fähigkeiten und Grenzen zu entdecken wie auch eine bessere Kenntnis über sich selbst, die gemeinsam mit erfolgreichen Situationen hilft, Vertrauen, Selbstkontrolle und Initiative zu entwickeln.
- Akzeptanz der Werte Anderer trägt zur Entwicklung der eigenen Sozialisation bei.
- Verbesserung der Vorstellung des Körpers. Trägt dazu bei, den eigenen Körper zu akzeptieren und in der Konsequenz die körperlichen und allgemeinen Beziehungen zu anderen Menschen.
- Stimulation und Entwicklung von Kommunikation.

Aus einem „normalen“ Blickwinkel gibt es andere Vorteile: Verbesserung der Beweglichkeit, steigert den Zugang und die Möglichkeiten bei den Alltagsaktivitäten (entsprechend der steigenden Stärke), fördert Unabhängigkeit (Verweigerung, gefüttert, getragen, gehoben usw. zu werden). Zusammenfassend kann man sagen: Die Personen akzeptieren es, „behindert“, und somit etwas Besonderes zu sein.

Sport ist physiologisch und sozial vorteilhaft für Athleten mit Behinderungen. Das Ansteigen der sportlichen Möglichkeiten, wie zum Beispiel die paralympischen Spiele, zeigt der Gesellschaft, dass Sportler mit Behinderungen ebenso wettbewerbstauglich sind wie Sportler ohne Behinderungen.

5. SPORT FÜR BEHINDERTE

Behindertensport passt sich an die Fähigkeiten des Einzelnen an. Behindertensport bietet für Jeden ein weites Feld an Möglichkeiten, von der Entwicklung der psychomotorischen Entwicklungsstufe, über die expressive und erzieherische physische Bewegung bis hin zu wettbewerblichen Sportaktivitäten.
So gibt es die verschiedensten Sportarten, die von Internationalen Föderationen reglementiert und geleitet werden. Es gibt Sportarten, an denen sehr wenig geändert wurde und Sportarten, die speziell für eine bestimmte Kategorie oder einen bestimmten Behinderungsgrad entwickelt wurden (Boccia, Goalball).
Der generelle Weg, eine Sportart anzupassen, ist die Veränderung der Regeln, zum Beispiel die Regel, einen Sport im Rollstuhl auszuüben, die Anpassung an die Gewichte und die Dimension der funktionalen Besonderheiten einer jeden Behinderung. So viele Elemente wie möglich sollten jedoch beibehalten werden.

5.1 Geschichte des Behindertensports

Die Geschichte des Behindertensports begann Anfang des 20. Jahrhunderts ganz zögerlich mit Wettbewerben für junge Menschen mit Hörbehinderungen.
Aktivitäten für Sehbehinderte starteten 1920 mit Schwimmen und Leichtathletik.
Der große Sprung fand am Ende des zweiten Weltkrieg in England im „Stoke-Mendeville Rehabilitation Hospital“ mit Kriegsverletzten mit Knochenmarksverletzungen statt.
Zu dieser Zeit (1948) organisierte der Neurologe Sir Ludwig Gutman die ersten „Stoke-Mendeville Sport Games“, an denen 14 Männer and 2 Frauen der britischen Streitkräfte teilnahmen, und zwar nur in der Disziplin Bogenschießen.
Als zur gleichen Zeit die XIV. Olympischen Spiele in London stattfanden, begann der Traum der behinderten Menschen, eines Tages eigene Spiele durchführen zu können. Angeregt durch die sportlichen Ergebnisse der Behinderten begannen Ärzte auf der ganzen Welt, ein systematisches Sport-Training in ihre beruflichen Aktivitäten zu integrieren.

1952 veranstaltete Sir Gutmann die zweiten „Stoke-Mendeville Sportive Games“, an denen 130 Sportler teilnahmen.
1960 wurden dann die ersten Paralympics in Rom mit 400 Athleten durchgeführt. Die Spiele fanden zwei Wochen nach den Olympischen Spielen in den gleichen Einrichtungen statt. So ist es mit Ausnahme von 1968 und 1984 bis heute geblieben. Die Paralympischen Spiele und Hochleistungssport sind heute der höchste Ausdruck des Behindertensports und Teil des Traums Millionen behinderter Athleten weltweit.

5.2 Föderative Organisationen des Behindertensports

In Folge der enormen Entwicklung im Behindertensport weltweit entstand die soziale Notwendigkeit, Einheiten zu bilden, die Regeln, Veränderungen usw. in internationalen Wettkämpfen organisieren.
Das IPC (Internationales Paralympisches Komitee) wetteifert, die Elite-Wettkämpfe zu organisieren und zu überwachen (Paralympische Spiele und Weltmeisterschaften).
In das IPC sind alle internationalen Organisationen integriert und organisiert, nicht über die Sportarten, sondern über die behinderten Mitglieder.

International Sports Commitee for the Deaf (ISCD) – Comité International des Sports des Sourds (CISS)
Die älteste internationale Sportvereinigung für Gehörlose wurde im August 1942 gegründet. An den letzten Spielen nahmen mehr als 3.000 Athleten aus 75 Ländern teil. Wegen der großen Anzahl der Athleten und ihrer speziellen Kommunikationsbedürfnisse in ihrem Bereich und im sozialen Leben (ISCD) nehmen die Gehörlosen nicht an den Paralympischen Spielen teil, aber sie organisieren ähnliche Spiele, die „Deaflympic Games“ genannt werden. Bei den Deaflympics sind alle olympischen Disziplinen vertreten.

International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability (INAS – FID)
Diese Organisation für geistig behinderte Menschen wurde 1986 gegründet und zählt heute 87 Mitgliedsländer. Basierend auf dem Gleichheitsprinzip unterstützt

und organisiert die INAS Wettbewerbe für alle Menschen mit geistigen Behinderungen. Sie können an dem Sport ihrer Wahl bis zum höchsten Niveau teilnehmen. INAS organisiert Wettbewerbe in Leichtathletik, Radfahren, Ski Nordisch, Schwimmen, Tennis, Tischtennis, Basketball und Fußball. An den Paralympics haben geistig Behinderte bislang nur an Demonstrations-Wettkämpfen teilgenommen.

Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association (CP – ISPA)

1978 wurde die Vereinigung für Menschen mit Cerebralparese / Zentraler Lähmung oder ähnlichen neurologischer Verletzungen gegründet, um mehr Sport- und Erholungsmöglichkeiten zu schaffen. Die Vereinigung nimmt seit 1980 an den Paralympischen Spielen teil.

International Blind Sports Federation (IBSA)

Die Föderation wurde 1981 in Paris gegründet und nimmt seither an den Paralympics in verschiedenen Disziplinen teil.

International Sports Organization for the Disabled (ISOD)

1976 nach den Paralympischen Spielen gegründet, ist diese Vereinigung die Antwort auf die Bedürfnisse der Behinderten, die in keine andere Organisation integriert sind wie Amputierte und „Les Autres“.

International Stoke-Mendeville Wheelchair Sports Federation – (ISMWSF)

Die ISMWSF wurde 1960 gegründet. Die Organisation umfasst zurzeit Rollstuhl-Athleten in verschiedenen Sommer- und Wintersportarten.

Im Januar 2004 begannen die „International Stoke-Mendeville Wheelchair Sports Federation“ und die „International Sports Organization for the Disabled“ vereinte Aktionen: Die Organisationen bezeichnen sich nun als „International Wheelchair and Amputee Sports Federation (IWAS)“.

5.3 Medizinische Sport-Klassifizierung

Philosophisch betrachtet soll jedem Sportwettkampf als Essenz das Gleichheitsprinzip zugrunde liegen. Ein großer Teil des sportlichen Erfolgs stützt sich auf gleiche Möglichkeiten für jeden Teilnehmer. Das Engagement und die Motivation zum Üben für das Training und den Wettkampf basieren grundsätzlich auf der Garantie der bestehenden Möglichkeiten, zum Erfolg zu gelangen.

Durch die Klassifizierung im Behindertensport sollen auch die Menschen zur aktiven Teilnahme am Wettkampfsport motiviert werden, die aufgrund körperlicher Nachteile keine Chance auf eine erfolgreiche Teilnahme hätten. Sie würden wahrscheinlich frustriert abseits stehen, d. h. eine geringere Anzahl von Sportlern würde die Sportart ausüben.

Klassifizierungssysteme sollen die Teilnehmer einer Sportart in ähnliche Gruppen zusammenfassen, so dass die Leistungen untereinander vergleichbar werden, und die Chance auf faire und spannende Wettkämpfe gewährleistet ist.

Die funktionelle Klassifizierung berücksichtigt sowohl die Bewegungsfähigkeit des Athleten als auch die Technik, die in der Disziplin verwendet wird.

Die funktionelle Klasse wird durch sportspezifische Testreihen erhoben und durch Beobachtungen im Wettkampf überprüft. Der Vorteil der funktionellen Klassifizierung besteht in dem gemeinsamen Antreten von Athleten verschiedener Behinderung in einer Sportart.

Diese Untersuchung wird vor einem internationalen Wettkampf von Ärzten, Therapeuten und Trainern durchgeführt. Es muss garantiert sein, dass bestehende Nachteile innerhalb einer Klasse durch mehr und bessere sportliche Vorbereitung überwunden werden. Es sollte zum Beispiel sichergestellt werden, dass der unterscheidbare Faktor mehr beim Training, Fähigkeitslevel und der Erfahrung im Wettkampf liegt als am Grad der Behinderung. Kein Athlet nimmt an einem internationalen Wettkampf ohne den Nachweis der Klassifizierung teil.

Für jede Disziplin gibt es üblicherweise ein Klassifizierungssystem, welches die unterschiedlichen Behinderungen integriert, aber jede Behinderung hat auch eine allgemeine Klassifizierung.

Blinde und Sehbehinderte:

Alle Klassifizierungen beziehen sich auf das beste Auge mit der möglichen Korrektur.

B1 Vollblind: Keine Lichtempfindung in beiden Augen bis zur Lichtempfindung, aber unfähig in irgendeiner Entfernung oder Richtung eine Handbewegung wahrzunehmen. Müssen beim Sport sichtundurchlässige Brille tragen!

B2 Schwerst-Sehbehindert: Von der Fähigkeit, die Handbewegungen wahrzunehmen, bis zu einem Sehrest von 2/60 und einer Gesichtsfeldeinschränkung von weniger als 5 Grad (sämtliche Einteilungen erfolgen am besseren Auge und bei bestmöglicher Korrektur).

B3 Sehbehindert: Von der Sehschärfe von 2/60 bis zu 6/60 und/oder einer Gesichtsfeldeinschränkung von 5 bis 20 Grad (sämtliche Einteilungen erfolgen am besseren Auge und bei bestmöglicher Korrektur).

Hörbehinderung:

Gehörlosigkeit mit einem Hörverlust von mindestens 55 Dezibel auf dem besseren Ohr. Für die Teilnahme an internationalen Wettkämpfen muss der Hörverlust mindestens 55 Dezibel betragen. (vgl. Perez, 1944; Santos, Penteggill, 1977) Sportler dürfen bei der Sportausübung keine Hörgeräte tragen.

Diese Behinderungsgruppe ist weltweit separat im eigenen Gehörlosensportverband (CISS Comité International des Sports des Sourds) organisiert und führt ihre eigenen Weltspiele durch. Daher ist, wie bereits oben erwähnt, diese Gruppe bei den Paralympics nicht integriert.

Geistige Behinderung:

Startberechtigt in dieser Klasse sind Menschen mit geistiger Behinderung, Down Syndrom, Lernbehinderung, Verhaltensstörungen, etc., die einen IQ von unter 75 aufweisen.

Derzeit gibt es trotz der großen Bandbreite an Behinderungsformen nur eine Klasse, es wird aber an neuen und gerechteren Klassifizierungssystemen gearbeitet. Bei den Paralympics sind Sportler mit geistiger Behinderung nur zu Demonstrationswettbewerben zugelassen.

Cerebralparese / Zentrale Lähmung (CP) Sitzende Klassen:

Klassifizierung

Sitzende Klassen

C1: Vollständige Lähmung aller 4 Extremitäten = Tetraplegie, benötigen Elektro-Rollstuhl zur Fortbewegung, Spastik weit verbreitet.

C2: Schwere spastische Behinderung aller Extremitäten, selbstständige Rollstuhlfortbewegung mit Händen oder Füßen auf kurzen Strecken möglich.

C3: Komplette Lähmung der Beine, Arme mit ausreichender, aber eingeschränkter Funktion, instabiler Rumpf, können ohne Probleme einen Handrollstuhl bedienen.

C4: Beinahe normale Armfunktion, keine oder unzureichende Gehfähigkeit, gute Rumpfstabilität.

Stehende Klassen

C5: Beeinträchtigung der Beine = Diplegie, benötigen meist Gehhilfen zum Gehen.

C6: Bewegungsunruhe der Arme und des Gesichtes mit Gleichgewichtsstörungen = Athetose, Ataxie / Bewegungskoordinationsstörung.

C7: Halbseitenlähmung rechts oder links = Hemiplegie, meist starkes Hinken.

C8: Minimale Beeinträchtigung, leichte Di- oder Hemiplegien, leichte Athetosen, oft koordinative Störungen.

Athleten mit Rückenmarksverletzungen sind in acht Klassen eingeteilt:

KLASSE 1 A: Athleten mit Halsrückenmarksverletzungen zwischen C4 and C6. Beide Arme und Beine sind betroffen. Trizeps sind nicht zu nutzen.

KLASSE 1 B: Athleten mit Halsrückenmarksverletzungen zwischen C6 and C7. Arme und Beine können bewegt werden. Trizeps kann mit leichten Einschränkungen bewegt werden. Schwache Puls Flexion und Extension.

KLASSE 1 C: Athleten mit Halsrückenmarksverletzungen zwischen C7 und C8, die beide Arme und Beine betreffen. Trizeps funktionieren gut oder normal. Gute Funktion der Streckmuskeln / Extensoren und der Beugemuskeln / Flexoren.

KLASSE 2: Athleten mit Brustrückenmarksverletzungen zwischen T1 und T5, die den Rumpf und die unteren Extremitäten betreffen. Die Bauchmuskeln können nicht benutzt werden. Im Sitzen besteht kein Gleichgewichtsvermögen.
KLASSE 3: Athleten mit Brustrückenmarksverletzungen zwischen T6 and T10, die den Abdomen / Bauch und untere Extremitäten betreffen. Gute obere Bauchmuskeln. Die unteren Bauchmuskeln können nicht benutzt werden. Untere Rumpf-Streckmuskeln können nicht benutzt werden. Leichte Fähigkeit, im Sitzen Gleichgewicht zu behalten.
KLASSE 4: Athleten mit Lenden- und Brustrückenmarksverletzungen zwischen T10 und L1. Schwäche in den unteren Extremitäten. Gute Bauchmuskeln, Rumpfmuskeln und Extensoren. Passable Hüft-Flexoren und -Abduktoren. Guter Gleichgewichtssinn im Sitzen.
KLASSE 5: Athleten mit Lendenrückenmarksverletzungen zwischen L4 and L5. Keine Kraft in den unteren Gliedmaßen. Im Sitzen guter Gleichgewichtssinn. Gute Bauchmuskeln.
KLASSE 6: Athleten mit Rückenmarksverletzungen in der Kreuzbein-Region zwischen S1 und S3. Eines der unteren Glieder ist geschädigt oder zwei Glieder sind leicht beschädigt.

Amputierte:
A1: beidseitige Oberschenkelamputation
A2: einseitige Oberschenkelamputation
A3: beidseitige Unterschenkelamputation
A4: einseitige Unterschenkelamputation
A5: beidseitige Oberarmamputation
A6: einseitige Oberarmamputation
A7: beidseitige Unterarmamputation
A8: einseitige Unterarmamputation
A9: kombinierte Amputation oberer und unterer Extremitäten (einseitig oder diagonal)

„Les Autres“:

Dieser Begriff umschreibt Athleten mit unterschiedlichen Behinderungen, die den Bewegungsapparat betreffen, die aber in keine der anderen vier Behinderungsklassen eingeordnet werden können.

KLASSE L1: Das sind Athleten mit schwerer Behinderung aller vier Extremitäten.

Beispiele:

- Schwere Fälle Multipler Sklerose;
- Muskuläre Dystrophie / Degeneration;
- Juvenile Rheumatoidarthritis mit Kontrakturen/dauerhaften Verkürzungen (z. B. von Sehnen), usw.

KLASSE L2: Athleten mit schwerer Beeinträchtigung dreier oder aller vier Extremitäten. Der Einschränkung ist nicht so schwer wie in L1.

Beispiele:

- Schwere Hemiplegie;
- Paralyse einer Extremität mit Deformation zwei weitere Extremitäten;
- weniger schwere Fälle von Multipler Sklerose oder vergleichbarere Krankheiten.

KLASSE L3: Athleten mit Einschränkungen in mindestens zwei Gliedmaßen.

Beispiele:

- Hemiparese / unvollständige Halbseitenlähmung:
- Hüften- und Kniesteifheit in einem Bein und Deformation eines Armes.

KLASSE L4: Athleten mit Einschränkungen in zwei oder mehr Extremitäten. Die Einschränkungen müssen geringer sein als in L3.

Beispiele:

- Kontraktion oder Ankylose (Gelenkversteifung) / Orthodesis in den Gelenken eines Gliedmaßes und begrenzter Funktion eines anderen.

KLASSE L5: Athleten mit Einschränkungen in mindestens einer Extremität oder einer vergleichbaren Behinderung.

Beispiele:

- Kontraktion oder Ankylose eines Hüft- oder Kniegelenkes;
- Parese in einem Arm;
- Kyphoscoliose / Buckelbildung mit Wirbelsäulenseitenverkrümmung.

KLASSE L6: Athleten mit leichten Einschränkungen.

Beispiele:

- Arthritis and Osteoporose;
- Ankylose des Knies.

5.4 Sportarten

BOGENSCHIESSEN:

Klassifizierung

Athleten mit physischen Behinderungen und Rückenmarksverletzungen, zum Beispiel mit Cerebralparese, Amputationen und „Les Autres“, können an den Paralympics teilnehmen.

Die Bogenschießen-Klassifizierung ist dreigeteilt:

Bogenschießen stehend (ARST): Bogenschützen in der stehenden Klasse haben keine Behinderungen in den Armen. Die Beine weisen einen gewissen Mangel an Muskelstärke, Koordination und Gelenk-Beweglichkeit auf. Schützen in dieser Klasse können sich aussuchen, ob sie beim Wettkampf in einem normalen Stuhl sitzen möchten oder die stehende Position bevorzugen.

Bogenschießen Rollstuhl 1 (ARW1): Bogenschützen in der ARW1 Klasse sind Tetraplegiker. Sie haben einen begrenzten Radius der Bewegung, der Stärke und der Kontrolle ihrer Arme und eine schlechte oder nicht-existente Rumpfkontrolle. Die Beine sind nicht zu nutzen, entweder aufgrund einer Amputation oder anderer vollständiger Behinderungen. Sie nehmen am Wettkampf im Rollstuhl teil.

Bogenschießen Rollstuhl 2 (ARW2): Bogenschützen in der ARW2 Klasse sind Paraplegiker und besitzen eine begrenzte Bewegungsfähigkeit in den unteren Gliedmaßen. Diese Sportler benötigen auch im Alltag einen Rollstuhl und nehmen am Wettkampf im Rollstuhl teil.

Bei allen Hauptwettkämpfen wird die Klassifizierung vor dem Wettkampf vorgenommen um sicher zu stellen, dass alle neuen Athleten in der richtigen Klasse teilnehmen und ein Minimum an Behinderungs-Kriterien vorfinden.

LEICHTATHLETIK:

Zu den leichtathletischen Disziplinen gehören Lauf-, Sprung-, Wurf- und Stoßdisziplinen sowie Mehrkämpfe.

Klassifizierung

Leichtathletik ist eine der populärsten und ältesten Sportarten, sowohl im Nichtbehinderten- als auch im Behindertensport. Es nehmen Athleten aller 4 Behinderungsformen teil: Sehbehinderte Athleten, Athleten mit Cerebralparese, Amputierte und „Les Autres“ und Athleten mit Rückenmarkschäden.

Die zahlreichen Behinderungsformen, sowie die zahlreichen Disziplinen im Werfen, Springen und Fahren/Laufen bedingen eine große Anzahl an Bewerbern und lassen die Klassifizierung auf den ersten Blick sehr kompliziert erscheinen. Jedoch sind die Klassen entsprechend strukturiert:

Die Zehnerziffer beschreibt die Behinderungsart, die Einserziffer die Abstufungen innerhalb dieser:

Klassen 11 – 13: Verschiedene Grade der Sehbehinderung;

Klasse 20: Athleten mit geistiger Behinderung;

Klassen 32 – 38: Verschiedene Formen der Cerebralparese (stehend und sitzend);

Klassen 40 – 46: Verschiedene Schweregrade von Amputationen und anderen Körperbehinderungen („Les Autres“, Zwergwuchs, etc.);

Klassen 51 – 58: Verschiedene Lähmungshöhen bei Rückenmarksverletzungen.

Faustregel: Je niedriger die Klassennummer, desto höher der Grad der Behinderung, je höher die Klassennummer, desto geringer der Grad der Behinderung.

Der Buchstabe „T“ (= Track) bezeichnet Bahn-Wettbewerbe (Laufen, Fahren), der Buchstabe „F“(= Field) die technischen Disziplinen (Springen, Werfen).

„Track“-Klassen

T11: B1 Athleten

T12: B2 Athleten

T13: B3 Athleten

T20: Athleten mit geistiger Behinderung

T32: CP2

T33: CP3

T34: CP4

T35: CP5

T36: CP6

T37: CP7

T38: CP8

T42: Einseitige Oberschenkel-Amputation oder kombinierte Arm- / Bein-Amputationen

T43: Doppelte Unterschenkel-Amputation oder kombinierte Arm- / Bein-Amputationen

T44: Einseitige Unterschenkel-Amputation oder mäßige Funktionseinschränkung, die das Gehen mit einem oder beiden Beinen ermöglicht

T45: Doppel-Oberarm-Amputationen oder Doppel-Unterarm-Amputationen

T46: Einseitige Oberarm-Amputation, einseitige Unterarm-Amputation oder normale Beinfunktionen mit einem Körperschaden am Rumpf und / oder Armen

T51: Leichte Schwäche in den Schultern, Ellenbogen kann normal gebeugt werden, aber begrenzte Funktionen ihn zu strecken. Das Handgelenk kann zurück gebeugt werden, aber nicht vorwärts, keine Fingerfunktionen. Keine Rumpf- und Beinfunktionen

T52: Gute Schulter-, Ellenbogen- und Handfunktionen; begrenzte Fingerfunktionen. Keine Rumpf- und Beinfunktionen

T53: Normale Arm- und Handfunktionen, begrenzte oder keine Rumpffunktionen, keine Beinfunktionen

T54: Normale Arm- und Handfunktionen; Bewegungsumfang des Rumpfes von gering bis normal; einige Beinfunktionen können vorhanden sein

Technische Disziplinen („Field“)

F11: B1

F12: B2

F13: B3

F20: Athleten mit geistiger Behinderung

F32: CP2

F33: CP3

F34: CP4

F35: CP5

F36: CP6

F37: CP7

F38: CP8

F40: Zwergwüchsige Athleten mit einer maximalen Körpergröße von 140 cm und einem diagnostizierten Zwergwuchs

F42: Schließt einseitig Oberschenkel-Amputierte, doppelte Unterschenkel-Amputation und Athleten mit kombinierten Arm- / Beinamputationen ein; auch Athleten, die Schwierigkeiten beim Gehen haben, so z.B. Athleten mit einer Behinderung eines Beines durch Kinderlähmung

F43: Doppelte Unterschenkel-Amputationen oder Athleten mit kombinierten Bein- / Arm-Amputationen. Die Athleten können auch normale Funktionen im Wurfarm in Verbindung mit reduzierten Funktionen in den Beinen oder Gleichgewichts-Probleme haben

F44: Einseitige Unterschenkel-Amputation. Athleten mit normalen Funktionen im Wurfarm und geringen Funktionseinschränkungen in den Beinen sowie leichte Gleichgewichts-Schwierigkeiten

F45: Doppelte Oberarm-Amputation und Doppelte Unterschenkel-Amputation

F46: Einseitige Oberarm-Amputation und einseitige Unterarm-Amputation. Gehen mit normalen Funktionen im Wurfarm; minimale Rumpf- und Beinbehinderungen; reduzierte Funktion des Wurfarms.

F51: Leichte Schwäche in den Schultern. Arme können im Ellenbogengelenk normal gebeugt werden, sind aber eingeschränkt bei der Streckbewegung. Das Handgelenk kann gestreckt, aber nicht gebeugt werden. Keine Fingerbewegungen. Keine Rumpf- und Beinbewegungen.

F52: Normale Schulter- und Ellenbogenfunktionen; gewöhnlich bestehen gute Handgelenkfunktionen, aber keine Fingerbewegungen. Keine Rumpf- und Beinbewegungen.

F53: Normale Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenkfunktionen, aber mit leichten Einschränkungen der Fingerfunktionen. Keine Rumpf- und Beinbewegungen.

F54: Uneingeschränkte Funktion der Arme und Hände. Keine Rumpf- und Beinbewegungen.

F55: Normale Arm- und Handfunktionen. Rumpf kann in der Senkrechten aufgerichtet werden und eine Torsion der Wirbelsäule ausgeübt werden. Keine Beinfunktionen.
F56: Normale Arm- und Handfunktionen. Rumpf kann gestreckt werden und eine Torsion ausgeübt werden; beim Sitzen im Rollstuhl kann frei nach vorne gebeugt und wieder aufgerichtet werden; geringe Beinfunktionen.
F57: Normale Arm- und Handfunktionen. Rumpf kann gestreckt werden und eine Torsion ausgeübt werden; Sportler kann sich frei nach vorne beugen und wieder aufrichten und frei zu beiden Seiten bewegen, ohne das Gleichgewicht zu verlieren; vermehrte Beinfunktionen im Vergleich zur Klasse F56.
F58: Normale Arm- und Handfunktionen, normale Rumpffunktionen; mehr Beinfunktionen als **F57**.

BOCCIA:

Klassifizierung
Boccia ist eine Sportart für Athleten mit schweren motorischen Einschränkungen aller vier Extremitäten mit cerebralem (z.B. Spastik) oder nicht cerebralem Ursprung (Tetraplegie, Multiple Sklerose, etc.). Ursprünglich als Sportart der CP-ISRA nur für Cerebralparetiker erlaubt, erfolgte in den letzten Jahren eine Öffnung für andere schwere Behinderungsformen durch Einführen einer zusätzlichen Spielklasse (BC4). Ziel ist es, die eigenen Bälle in die Nähe eines Zielballs zu bringen, bzw. den Gegner an diesem Vorhaben zu hindern. Neben allgemeinen motorischen und koordinativen Fertigkeiten (Wurffähigkeit, Zielgenauigkeit, etc.) stellt diese Sportart auch hohe Anforderungen an Konzentration und Taktik.
Gespielt wird in Einzel- und Mannschaftsspielen.
BC1: Spieler mit Einschränkungen aller vier Extremitäten, schlechter Greif- und Loslassfunktion der Hände und schlechter Rumpfstabilität. Das Spielen mit den Füßen ist erlaubt. Sportler sind zumeist auf einen Elektrorollstuhl angewiesen, können keinen Handrollstuhl bedienen, dürfen die Hilfe eines Assistenten in Anspruch nehmen.

BC2: Für CP2 Wurf-Spieler. Schwere bis mittlere Einschränkung aller vier Extremitäten, bessere Rumpfstabilität als BC1, Sportler können einen Handrollstuhl bedienen.
BC3: Schwere lokomotorische Dysfunktion cerebralen oder nicht cerebralen Ursprungs in allen vier Extremitäten. Diese Spieler sind nicht in der Lage, den Ball funktionell zu treiben, da sie keine nachhaltige Greif- oder Loslassfunktion haben. Um einen Bocciaball auf das Spielfeld zu werfen, benützen sie Rinnen als Behelfsgeräte. Jeder Spieler kann durch einen Helfer unterstützt werden, der in der Spielerbox bleibt, jedoch dem Spielfeld seinen Rücken zuwenden und die Augen vom Spiel abwenden muss.
BC4: Motorische Einschränkungen aller vier Extremitäten nicht cerebralen Ursprungs, z.B. Tetraplegie (= hohe Querschnittlähmung), Multiple Sklerose, Muskeldystrophie, etc., verbunden mit schlechter Rumpfkontrolle. Greif- und Wurffähigkeit sind stark eingeschränkt. Spieler erhalten keinen Helfer.

RADSPORT:

Klassifizierung
Startberechtigt sind Athleten mit Sehbehinderungen (Tandem), Cerebralparese (Zwei- und Dreirad) und Amputationen.
Neu dazugekommen ist das „Handbike“, mit welchem Sportler mit Rückenmarksverletzungen und Doppelbeinamputationen fahren. Handbiking ist eine Sportart für Fahrer, die normalerweise einen Rollstuhl zur Fortbewegung benötigen oder wegen der Schwere ihrer Behinderung der unteren Extremitäten kein konventionelles Fahrrad oder Dreirad benutzen können.
Bei inkompletter Lähmung ist nur die Funktionsfähigkeit und nicht die Läsionshöhe die Grundlage für die Einstufung.

Blinde und Sehbehinderte (B and VI)**:** CY B1, B2, B3. Die Athleten starten alle in einer offenen Klasse. Sie fahren auf einem Tandem mit einem sehenden Piloten.

Amputationen:

LC1: Athleten haben Behinderungen an den Armen und nur geringe oder keine Beinbehinderung. Die Klasse beinhaltet z.B. Athleten mit einer Amputation (oder Lähmung) eines Armes, von mehr als einem halben Fuß (Vorfuß) oder einer Längendifferenz der Beine von 7-12 cm.
LC2: Athleten haben eine Behinderung an einem Bein, können aber mit beiden Beinen treten (mit oder ohne Prothese). Die Klasse umfasst z.B. Athleten mit einseitiger Unterschenkel- oder Oberschenkel-Amputation oder einer Längendifferenz der Beine von mehr als 12 cm.
LC3: Athleten haben eine Behinderung in einem oder beiden Beinen, treten aber meist mit einem Bein. Die Klasse umfasst z.B. Athleten mit einer Oberschenkel-Amputation, mit einer Muskelschwäche in beiden Beinen oder mit einer begrenzten Beugefähigkeit des Knies von weniger als 50 Grad (Kurbelverkürzung auf 6 cm). LC4-Athleten starten gemeinsam mit dieser Klasse.
LC4: Sportler haben Behinderungen in beiden Beinen (mit oder ohne Armbehinderungen). Athleten mit Doppel-Oberschenkelamputationen mit zwei Prothesen, Doppelunterschenkelamputation und nur einer Prothese, oder mit einer Muskelschwäche in beiden Beinen werden in diese Klasse eingeordnet. International startet die Klasse LC4 bei genügender Starterzahl als eigene Klasse.

Cerebralparesen:
Abteilung 1 C1-C4: Dreirad
Abteilung 2 C5-C6: Dreirad
Abteilung 3 C5-C6: Zweirad, (Die Entscheidung, ob ein Zwei- oder Dreirad benutzt wird, obliegt den Athleten!)
Abteilung 4 C7-C8: Zweirad

Handbiker:
HC, Abteilung A
HC1: a. Tetraplegiker mit Behinderungen entsprechend einer kompletten Lähmung ab C7 / C8 und darüber; b. eingeschränkte Funktionalität der Arme und Hände; c. Einschränkungen im System der Temperaturregulierung; d. gestörtes sympathisches Nervensystem.

HC2: Keine Wirbelsäulenverletzung, aber Restfunktionen wie HC1.

HC, Abteilung B

HC3: a. Paraplegiker mit Behinderungen entsprechend einer kompletten Lähmung von TH1 bis TH3; b. wesentlich eingeschränkte Rumpfstabilität c. gestörtes sympathisches Nervensystem

HC4: a. Paraplegiker mit Behinderungen entsprechend einer kompletten Lähmung von TH4 bis TH9/10 b. eingeschränkte Rumpfstabilität.

HC5: Keine Wirbelsäulenverletzung, aber Restfunktionen wie HC3/4.

HC Abteilung C

HC6: a. Paraplegiker mit Behinderungen entsprechend einer kompletten Lähmung von TH11 bis L4; b. keine oder eingeschränkte Unterschenkelfunktion; c. normale oder fast normale Rumpfstabilität

HC7: keine Wirbelsäulenverletzung, aber Restfunktionen wie HC6

HC8: a. Doppeloberschenkel-Amputierte b. Amputierte mit anderen Behinderungen, die eine sichere Bedienung eines konventionellen Fahrrades oder Dreirades verhindern c. inkompletter Verlust der Unterschenkelfunktion zusammen mit anderen Behinderungen, die eine sichere Bedienung eines konventionellen Fahrrades oder Dreirades verhindern.

REITEN:

Klassifizierung

Reiten (Dressur)

Offen für Sportler mit Cerebralparese, Amputationen, Gliedmaßenmissbildungen, Rückenmarksverletzungen und Sehbehinderungen.

Grad ER1: Athleten sind auf den Rollstuhl angewiesen und verfügen über eine geringe Rumpfstabilität oder eine Einschränkung aller vier Extremitäten. Nichtvorhandene Rumpfstabilität mit guten Funktionen der oberen Extremitäten kann ebenso gegeben sein.

Grad ER2: Athleten sind meistens auf den Rollstuhl angewiesen oder besitzen schwere Bewegungsbehinderungen inklusive mäßiger Rumpfstabilität, aber mit guten bis mäßig eingeschränkten Armfunktionen.

Athleten mit schweren einseitigen Behinderungen an Armen und Beinen (z.B. Hemiplegie) sind ebenfalls in dieser Klasse startberechtigt.

Grad ER3: Athleten können meistens ohne Unterstützung gehen. Sie haben Behinderungen entweder an einem Arm und einem Bein der gleichen Körperseite, mäßige Behinderungen in allen vier Extremitäten oder schwere Behinderungen der Arme. Benötigen manchmal den Rollstuhl für längere Distanzen. Athleten, die als B1 (= vollblind) klassifiziert sind, starten ebenfalls in dieser Klasse.

Grad ER4: Athleten haben leichte Behinderungen in einer oder zwei Gliedmaße/n, oder eine Einschränkung der Sehfähigkeit.

FUSSBALL - 5 SPIELER PRO SEITE:

Klassifizierung

Athleten mit Sehbehinderung der drei Klassen B1, B2, B3 können an diesem Sport teilnehmen.

Torhüter sind in der Regel sehend. In diesem Fall müssen sie nicht bei der FIFA in den vergangenen fünf Jahren registriert sein.

FUSSBALL - 7 SPIELER PRO TEAM:

Klassifizierung

Teilnehmer müssen die Diagnose Cerebralparese oder nicht progressiver Hirnschädigungen aufweisen. Athleten der folgenden Klassen können an diesem Fußball teilnehmen

C5: Diese Klasse besteht aus Athleten, die Hilfe beim Gehen benötigen können, aber nicht beim Stehen oder wenn sie den Ball treten. Üblicherweise führt eine leichte Veränderung des Gleichgewichts zu einem Gleichgewichtsverlust.

C6: Klasse besteht aus Athleten mit Atheose, die ohne Hilfe gehen können, aber Sehschwierigkeiten haben. C6 Athleten haben Probleme, ihre Arme zu kontrollieren, aber sie haben eine bessere Koordination über die unteren Extremitäten, besonders wenn sie laufen.

C7: Klasse besteht aus Athleten mit Hemiplegie. Obwohl diese Personen ohne Hilfe gehen können, haben sie Sehprobleme beim Laufen. Eine Körperseite ist üblicherweise beschwerdefrei.
C8: Klasse besteht aus Athleten mit einem niedrigen Grad an Hemiplegie. Athleten können problemlos rennen und laufen, ohne Hilfe und Sehprobleme. Die funktionelle Mobilität ist nur in den Händen oder einem Bein leicht eingeschränkt.

Mindestens ein C5 oder C6 Athlet pro Team müssen an einem Spiel teilnehmen. Wenn das nicht der Fall ist, muss das Team mit 6 Spielern antreten. Des Weiteren sind nicht mehr als drei Spieler von der Kategorie C8 pro Spiel und Team erlaubt.

GOALBALL:

Klassifizierung
Goalball ist ein Ballspiel mit einem Klingelball für blinde und sehbehinderte Sportler. Während des Spiels tragen die Spieler eine Augenbinde, um gleiche Ausgangsbedingungen zu schaffen. Der Spieler ist in eine der drei Klassen eingeteilt (B1, B2, B3).

JUDO:

Klassifizierung
Im Judo werden Athleten in die drei Sehbehinderten-Gruppen eingestuft (B1, B2 und B3). Sie werden von ihrem Gefühl, ihrer Sensibilität und ihrem Gleichgewichtssinn geleitet.

GEWICHTHEBEN:

Klassifizierung
Beim „Powerlifting“ starten Athleten mit Amputationen und anderen (Les Autres) Behinderungen, Cerebralparese, Querschnittlähmungen, und Zwergwuchs - aufgeteilt in verschiedene Gewichtsklassen. Der Wettbewerb wird liegend als

Bankdrücken durchgeführt. Um für die internationalen Gewichtheben-Wettbewerbe startberechtigt zu sein, müssen die Athleten die Kriterien des „minimal handicaps“ erfüllen, was bedeutet, dass in den einzelnen Behinderungsarten ein „Mindestmaß an Behinderung“ vorliegen muss, damit der Sportler im Behinderten-Wettkampfsport startberechtigt ist.

Die einzelnen Weltverbände der Behinderungsgruppen (ISOD für Amputiertensport, CP-ISRA für Sport mit Cerebralparese und ISMWSF für Rollstuhlsport) beschreiben das **„minimal handicap“** für Powerlifting folgendermaßen:

Amputierte und Les Autres (ISOD): Amputation durch oder über dem Fußgelenk. Leichte Funktionseinschränkungen der Beine und leichte Gleichgewichtsprobleme.

Cerebralparese (CP-ISRA): Minimale, aber offensichtliche Schädigung von Funktionen, Vorhandensein von Spastizität und / oder unwillkürlichen Bewegungen wenigstens in einem Gliedmaß.

Rollstuhl-Athleten (ISMWSF): Athlet muss wenigstens einen Verlust von 10% der Muskelkraft in seinen Beinen haben. Zusätzlich muss er die Fähigkeit besitzen, seine Arme vollständig zu strecken, mit keiner geringeren Einschränkung von der vollen Streckung als 20 Grad in jedem Ellenbogen, um einen gültigen Lift gemäß den IPC Powerlifting-Regeln auszuführen.

Die Klassen der Athleten sind:

Männer	**Frauen**
- 48 Kilo	- 40 Kilo
- 52 Kilo	- 44 Kilo
- 56 Kilo	- 48 Kilo
- 60 Kilo	- 52 Kilo
- 67,5 Kilo	- 56 Kilo
- 75 Kilo	- 60 Kilo
- 82,5 Kilo	- 67,5 Kilo
- 90 Kilo	- 75 Kilo
- 100 Kilo	- 82,5 Kilo
+ 100 Kilo	+ 82,5 Kilo

SEGELN:

Klassifizierung

Leichte Modifikationen in der Ausstattung der Kiel-Boote und ein Punktesystem basierend auf dem Grad der Behinderung erlauben es, dass sich Segler der unterschiedlichen Schadensklassen (Amputierte / Les Autres, Cerebralparetiker, Sehbehinderte, Rollstuhlfahrer) in den Regatten gemeinsam messen. Die Klassifikation der Athleten wird von anerkannten Einzelpersonen mit dem IFDS Funktionsklassifizierungssystem-Handbuch durchgeführt.
Um die Beteiligung aller Athleten während einer Regatta sicherzustellen, gibt es eine maximale Punktzahl. Bei einer Crew von drei Personen darf diese Zahl 14 Punkte nicht übersteigen. Bei Einzel-Regatten können die Athleten, die zuvor für ihre Behinderung klassifiziert wurden, 7 Punkte oder weniger erreichen.

SCHIESSEN:

Klassifizierung

Beim Schießen mit Gewehr und Pistole können Athleten mit einer Körperbehinderung starten, die die Kriterien des „minimal Handicaps“ erfüllen (Amputationen, Cerebralparese oder Rückenmarksverletzungen). Je nach Behinderung kann stehend oder sitzend geschossen werden.
Das Schießen ist für die Paralympics in zwei Klassen aufgeteilt:
SH1: Pistolen- und Gewehrschützen, die keine Auflage zum Schießen benötigen.
SH2: Gewehrschützen, die nicht die Fähigkeit besitzen, das Gewicht der Sportgeräte mit ihren Armen zu halten und deshalb eine Auflage zum Schießen benötigen.
Außerdem gibt es noch die Klasse:
SH3: Gewehrschießen für Sehbehinderte

SCHWIMMEN:

Klassifizierung

Schwimmen ist eine Sportart, die die funktionellen Bedingungen des Gliedmaßenverlustes, der Hirnschädigung (Koordinations- und Bewegungseinschränkungen), der Rückenmarksschädigung (Schwäche und Lähmung, die die Gliedmaße in unterschiedlichem Ausmaß und Kombination betrifft) und andere Behinderungen (z.B. Zwergwuchs, Einschränkungen an den Großgelenken) quer durch alle Klassen in Beziehung setzt.

Alle Klassen beginnen mit dem Großbuchstaben „S“.

Die Klassen **S1-S10** gelten für alle Körperbehinderten.

Die Klassen **S11-S13** gelten für die Sehbehinderten.

Die Klasse **S14** gilt für Sportler mit geistiger Behinderung.

Der Großbuchstabe „S“ vor der Klassenziffer kennzeichnet die Klassen für das Freistil-, das Rücken- und das Schmetterlingsschwimmen.

Die Abkürzung „SB“ vor der Klasse bezeichnet die Klasse für das Brustschwimmen. Die Abkürzung „SM“ bezeichnet die Klasse für das Lagenschwimmen.

Der Umfang der Klassifizierung der Körperbehinderten reicht von schwerstbehinderten - (S1, SB1, SM1) bis zu leicht behinderten Athleten (S10, SB9, SM10).

Durch dieses Klassifizierungssystem können Sportler mit unterschiedlichen Behinderungen in die gleiche Kategorie eingeordnet werden, wenn sie eine ähnliche oder gleiche Funktionsfähigkeit besitzen. Ein Schwimmer kann in eine Kategorie für den einen Schwimmstil eingeordnet werden, für einen anderen Schwimmstil in eine andere Klasse. Nachfolgend sind einige Beispiele der funktionellen Schwimmklassen aufgeführt:

S1, SB1, SM1: Schwimmer, die sehr schwere Koordinationsprobleme in allen vier Gliedmaßen haben oder bis auf geringfügige Benutzung der Schultern weder die Beine, den Rumpf noch die Hände einsetzen können.

S2, SB2, SM2: Ähnliche Behinderungen wie Klasse S1, aber diese Athleten besitzen mehr Vortrieb, wenn sie ihre Arme und Beine benutzen.

S3, SB3, SM3: Schwimmer mit angemessenem Armzug, die aber weder Beine noch Rumpf benutzen können. Schwerwiegender Verlust an den vier

Gliedmaßen. Athleten in dieser Klasse besitzen größere Fähigkeiten im Vergleich zu S2.

S4, SB4, SM4: Schwimmer, die ihre Arme benutzen und geringfügige Schwächen in ihren Händen haben, aber den Rumpf und die Beine nicht einsetzen können. Schwimmer mit Koordinationsschwierigkeiten in allen vier Gliedmaßen, aber stärker in den Beinen. Auch für den Verlust von drei Gliedmaßen. Größere Fähigkeiten im Vergleich zu Klasse S3.

S5, SB4, SM5: Schwimmer, die vollständig ihre Arme und Hände benutzen können, aber ohne Rumpf- und Beinmuskeln. Schwimmer, die immer noch Koordinationsschwierigkeiten haben.

S6, SB5, SM6: Schwimmer mit uneingeschränkten Arm- und Handfunktionen, wenig Rumpfkontrolle, aber keinen verwertbaren Beinmuskeln. Schwimmer mit Koordinationsproblemen, obwohl diese Athleten noch gehen können. Auch für Zwergwüchsige und Schwimmer mit größeren Verlusten an zwei Gliedmaßen.

S7, SB6, SM7: Schwimmer, die ihre Arme und den Rumpf voll benutzen können, mit geringen Beinfunktionen. Schwimmer mit Koordinationsschwierigkeiten oder Schwäche auf einer Seite des Körpers. Verlust von zwei Gliedmaßen.

S8, SB7, SM8: Schwimmer mit vollen Arm- und Rumpffunktionen sowie geringen Beinfunktionen. Schwimmer mit nur einem einsetzbaren Arm und teilweisem Gliedmaßenverlust.

S9, SB8, SM9: Schwimmer mit erheblichen Schwächen an nur einem Bein. Schwimmer mit geringen Koordinationsschwierigkeiten oder mit einem Gliedmaßenverlust. Normalerweise starten diese Schwimmer außerhalb des Wassers.

S10, SB9, SM10: Schwimmer mit geringen Schwächen an den Beinen. Schwimmer mit Einschränkungen der Hüftgelenksbewegung. Schwimmer mit geringen Deformitäten an den Füßen oder geringem Verlust eines Teils an einer Gliedmaße. Diese Klasse besitzt die meisten körperlichen Funktionen.

S11, SB11, SM11 = Klasse B1: Athleten sind vollblind und müssen sichtundurchlässige Brillen tragen. Sie benötigen Hilfe von außen bei der Wende und am Ziel (Beckenrand).

S12, SB12, SM12 = Klasse B2: Schwerst-Sehbehinderte Athleten, die aber noch Umrisse erkennen können. Es besteht eine große Bandbreite der Sehfähigkeit innerhalb dieser Klasse.
S13, SB13, SM13 = Klasse B3: Athleten mit eingeschränkten Sehfähigkeiten.

TISCHTENNIS:

Klassifizierung
Es gibt 10 Klassen, von 1 = schwerste Behinderung bis 10 = minimales Handicap. Alle körperlichen Behinderungsformen sind integriert, jede Form der Behinderung wird nur nach ihren sportartspezifischen Möglichkeiten im Tischtennis beurteilt.
Klassen 1-5 sitzende Athleten (im Rollstuhl spielend):
TT1: Schwerste Beeinträchtigungen aller vier Extremitäten, keine Handfunktion, Schläger muss an der Hand angebunden werden, kein aktiver Trizeps, Lähmungshöhe C5/6 (Tetraplegie).
TT2: Wie TT1, aber bessere Funktion des Spielarmes, aktiver Trizeps, Lähmungshöhe C6/7 (Tetraplegie).
TT3: Ausreichende Handfunktion, aber keine Balance des Rumpfes, kein freies Sitzen möglich, Lähmungshöhe TH7/8 (Paraplegie).
TT4: Ausreichende Rumpfbalance im Sitzen, keine freie Bewegung im Vor- und Seitneigen, Lähmungshöhe L1 (Paraplegie).
TT5: Normale Rumpfstabilität bei eingeschränkter Beinfunktion, Klassen 6-10 stehende Athleten.
TT6: Schwere Behinderung von Armen und Beinen, vor allem des Spielarmes, z.B. cerebrale Tetraplegie, Dysmelie / Störung der Extremitätenentwicklung, Arthrogrypose / Gelenkversteifung infolge Muskelkontraktur.
TT7: Schwere Behinderung in den Beinen mit schlechter Rumpfbalance, schwere Behinderung im Spielarm, spastische oder diplegische Cerebralparese.
TT8: Mäßige Beinbehinderung, z.B. Oberschenkelamputation, mäßige Behinderung des Spielarmes, Unterarmamputation länger als 1/3, mäßige Cerebralparese.

TT9: Leichte Beinbehinderung, z.B. Unterschenkelamputation, steifes Knie, etc., leichte Armbehinderung, Fingeramputation ohne funktionellen Griff, schwere Behinderung des nicht spielenden Armes (kurzer Stumpf / komplette Lähmung), leichte Cerebralparese.
TT10: Leichteste Form aller o. g. Behinderungsarten.
TT11: Sportler mit geistiger Behinderung gemäß der Definition der INAS-FID.

VOLLEYBALL:

Klassifizierung
Athleten des sitzenden Volleyballs sind klassifiziert. Es gibt nur die Klassifizierung des minimalen Handicaps. Teilnehmen können Sportler mit Bewegungsstörungen wie:

- Amputierte (oberhalb oder unterhalb des Knies oder Ellbogens)
- Cerebralparetiker
- Rückenmarksverletzte
- Les Autres

ROLLSTUHL BASKETBALL:
Die internationale Rollstuhl-Basketball-Vereinigung (IWBF) ist der alleinige Weltvorstand für Rollstuhl-Basketball.

Klassifizierung
Die Klassifizierung basiert mehr auf spezifischen Sport-Tests als auf der medizinischen Diagnose oder einer Muskel-Funktions-Untersuchung.
Die Klassen sind wie folgt:
1 Punkt-Spieler: Wenig oder nicht kontrollierte Rumpfbewegungen; Gleichgewicht in vorwärts- und seitwärts Richtung deutlich behindert. Spieler muss sich auf seine Arme verlassen, um in die aufrechte Position zurück zu kommen. Keine aktive Rumpf-Rotation.
2 Punkt-Spieler: Teilweise kontrollierte Rumpfbewegungen in die Vorwärts-Richtung, aber keine kontrollierten Seitwärts-Bewegungen; gute obere Rumpfbewegungen, aber untere Rumpfbewegungen schlecht.

3 Punkt-Spieler: Gute Rumpfbewegungen in die Vorwärts-Richtung, zum Boden und wieder hoch mit Unterstützung der Arme. Gute Rumpfrotation aber keine kontrollierten Seitwärts-Bewegungen.
4 Punkt-Spieler: Normale Rumpfbewegungen, aber üblicherweise Probleme mit den Seitwärts-Bewegungen zu einer Seite wegen Behinderungen in einem unteren Glied.
4,5 Punkt-Spieler: Normale Rumpfbewegungen in alle Richtungen, in der Lage jede Seite ohne Einschränkungen zu erreichen.

Es gibt Situationen, in denen ein Spieler nicht eindeutig in eine Klasse zu passen scheint. In diesem Fall wird eine Zwischenklasse gewählt: 1,5; 2,5; 3,5 Punkt-Spieler.

ROLLSTUHL FECHTEN:
Eine auffallende Eigenschaft für den Zuschauer ist, dass der Rollstuhl auf einem Metallrahmen am Boden befestigt ist.

Klassifizierung
Sportler, die einen Rollstuhl benötigen, dürfen an Rollstuhl-Fecht-Wettkämpfen teilnehmen. Es gibt drei Klassen, die von der Bewegungsfähigkeit der Sportler abhängen.
Klasse A: Athleten, die ihr Gleichgewicht im Sitzen halten können, die den Rumpf in alle Richtungen bewegen können und keine Einschränkungen an der Fechthand haben.
Klasse B: Athleten, deren Gleichgewichtsfähigkeit begrenzt ist, und die aus diesem Grunde Unterstützung bei der Sportausübung benötigen.
Klasse C: Athleten mit größerer Einschränkung des Rumpfes und der Fechthand.
Zu den Paralympics sind nur die Klassen A und B zugelassen.

ROLLSTUHLRUGBY:
Rollstuhl-Rugby wird international durch die internationale Rollstuhl-Rugby-Vereinigung (IWRF) geregelt.

Klassifizierung

Rollstuhl-Rugby kann Athleten mit Rückenmarksverletzungen, Kinderlähmung, Cerebralparese, muskulärer Dystrophie, Multipler Sklerose und anderem einschließen. Die Sportler werden nach ihrer Gleichgewichtsfähigkeit, der Mobilität im oberen Körper, dem Umgang mit dem Ball und der Benutzung des Rollstuhls eingestuft. Abhängig von den Potentialen und Einschränkungen werden die Athleten zwischen 0,5 und 3,5 Punkten eingestuft. Der höchste Grad wird den Spielern mit dem niedrigsten Behinderungsgrad gegeben.
Der gesamte Grad der vier Spieler auf dem Feld darf 8 Punkte nicht überschreiten.

ROLLSTUHL TENNIS:

Klassifizierung

Das einzige Zulassungskriterium für den Sportler, die ein wettkampforientiertes Rollstuhl-Tennis spielen möchten, ist der medizinische Nachweis über seine Behinderung der Bewegungsfähigkeit. Mit anderen Worten: Die Spieler müssen einen dauerhaften substanziellen oder vollständigen Verlust in einem oder beiden Beinen haben. Wenn aufgrund der funktionellen Einschränkungen der Sportler nicht in der Lage ist, sich am wettkampforientierten Tennis der Nichtbehinderten zu beteiligen (d.h. nicht die Beweglichkeit besitzt, jeden Ort des Spielfeldes in angemessener Geschwindigkeit zu erreichen), dann wäre der Athlet berechtigt, an den sanktionierten ITF- (International Tennis Federation) Turnieren zu starten. Athleten, die bei Turnieren der ITF spielen, müssen sich bei ihrer Ankunft zu den Paralympics nicht mehr einer Klassifizierung unterziehen. Gespielt wird Einzel, Doppel und Gemischtes Doppel.

SKI ALPIN:

Klassifizierung

Es gibt 11 Klassifizierungen für Sportler mit physischer Behinderung (7 für stehend und 4 für sitzend) und 3 für Sportler mit Sehbehinderung (B1, B2, B3).

Stehend:

LW1: Doppel-Oberschenkelamputiert;
LW2: Einseitig-Oberschenkelamputiert – Krückenskiläufer;
LW3: Doppel-Unterschenkelamputiert oder inkomplette Querschnittlähmung;
LW4: Einseitig-Unterschenkelamputiert – Prothesenskiläufer**;**
LW5/7: Behinderung an beiden oberen Extremitäten**;**
LW6/8: Behinderung an einer oberen Extremität – Einstockfahrer;
LW9/1: Armbehinderung und Oberschenkelamputiert oder schwere bis mäßige Hemiplegie;
LW9/2: Armbehinderung und Unterschenkelamputiert oder leichte Hemiplegie;

Sitzend:
LW10: Monoskiläufer ohne Rumpfmuskulatur;
LW11: Monoskiläufer mit Rumpfmuskulatur;
LW12/1: Monoskiläufer niedere inkomplette Querschnittlähmung;
LW12/2: Monoskiläufer (Doppel-Oberschenkelamputiert).

SLEDGE EISHOCKEY:

Klassifizierung
Zugelassen zu den Wettkämpfen sind alle Sportler mit einer dauerhaften Behinderung im unteren Körperteil. Diese Behinderung muss erkennbar sein und gewöhnliches Eishockey-Spielen oder Rollschuhfahren unmöglich machen.

SKI NORDISCH:

Klassifizierung
Sie basiert auf den funktionellen Fähigkeiten der Sportler in Bezug auf den Grad und die Art der Behinderung. Wie in anderen Wintersportarten sind die Sportler in drei Klassen unterteilt. Sportler mit Sehbehinderung werden in die Klassen B1, B2, B3 eingestuft.

- Stehend
- Sitzend
- Sehbehindert

LW 1: Gibt es nicht

LW 2: Läufer mit einer Behinderung an einem Bein;
LW 3: Läufer mit einer Behinderung an beiden Beinen;
LW 4: Läufer mit Behinderung an einem Bein, die mit 2 Skiern und 2 Stöcken laufen;
LW 5: Läufer mit Behinderung an beiden Armen, die auf 2 Skiern aber ohne Stöcke laufen;
LW 6: Läufer mit Behinderung eines Armes, die auf 2 Skiern und mit einem Stock laufen;
LW 7: Läufer mit Behinderung an beiden Armen, auf 2 Skiern aber ohne Stöcke;
LW 8: Läufer mit Behinderung eines Armes, die auf 2 Skiern und mit einem Stock laufen;
LW 9: Läufer mit Behinderung an einem Arm und einem Bein und mit Ausrüstung freier Wahl laufend;
LW 10: Hoch Querschnittgelähmte im Langlaufschlitten (nach funktioneller Klassifizierung);
LW 11: Niedere und inkomplett Querschnittgelähmte im Langlaufschlitten (nach funktioneller Klassifizierung);
LW 12: Doppeloberschenkelamputierte im Langlaufschlitten (nach funktioneller Klassifizierung).

6. SCHLUSSFOLGERUNG

Die Gruppe der Behinderten wurde zu einer Untergruppe der globalen Sportaktiven, der einzigen in welcher die Verfassung des praktizierenden Sportlers das Ausschlusskriterium für die Teilnahme der normalen Wettkämpfe darstellt.
Um die Eigenschaften der Gruppe und jedes Einzelnen zu respektieren, wurde der Versuch unternommen, sie entsprechend ihrer Behinderung und der Möglichkeiten des Ausübens der Sportart zu klassifizieren.
Die Sportarten, die von den Behinderten ausgeübt werden, erschöpfen sich nicht in der Liste der paralympischen Sportarten.

Viele andere Sportarten, ob sie von einem bereits bestehenden Sport abstammen oder extra für die Ausübung durch Behinderte geschaffen wurden, werden in der ganzen Welt auf der Wettbewerbs- oder Freizeitebene praktiziert, zum Beispiel:

- Sitzfußball
- Slalom
- Handball im Rollstuhl
- Tauchen
- Billard
- Bowling
- Rollstuhl Curling / Bosseln
- Tanzen

Es gibt keine Grenze für unsere Vorstellung und für die Schaffung neuer Adaptionen: Jeder könnte jede Sportart erlernen. Es ist wichtig für den Trainer, die Kenntnis über die Adaptionen jeder Sportart zu haben. Aber er sollte auch wissen, dass nicht jeder Behinderte Hochleistungssport betreiben kann.
Wenn man den Traum von Sir Gutmann Ernst nimmt, dann hat jeder von uns die Verantwortung, den Behinderten das Recht der Sportausübung zu ermöglichen bis zu dem Grad, den sie erreichen möchten.
“The fundamental objective of sports for disabled is to help them to recuperate the place which competes to them in the world that involves them”.

(Sir Ludwig Gutmann, 1976)

Kapitel 5

TEIL 1: PLANUNG UND ABLAUF DER SPORT-AKTIVITÄTEN

1. EINLEITUNG

1.1 Konzept und Bedeutung

Die Planung des Unterrichts der Sportaktivitäten ist wichtig, um vorher die erforderlichen Aufgaben überblicken zu können und die gesteckten Ziele zu erreichen.
Planung ist notwendig, weil sie:

- Zeitvergeudung verhindert;
- den Ablauf systematisiert und regelt;
- hilft, unliebsame Zufälle zu vermeiden. Planung soll nicht die Fähigkeit behindern, neue Ideen zu entwickeln oder Vorhersehbares zu korrigieren usw.

1.2 Besonderheit

Eignung: Das Programm muss auf einen spezifischen Kontext zugeschnitten sein: Zum einen auf die Besonderheiten der Teilnehmer und zum anderen auf die Erfahrung des Trainers.
Flexibilität ist Teil des Plans. Es werden Teile oder das Ganze geprüft, wenn bestimmte Situationen während des Ablaufs Änderungen erfordern.
Genauigkeit ist für die Planung erforderlich, damit man schließlich ein wirklich nützliches Werkzeug besitzt.
Durchführbarkeit: Die Planung muss mit der zur Verfügung stehenden Zeit, den Möglichkeiten und Mitteln abgestimmt sein, damit die unterschiedlichen durchzuführenden Aktionen Jedem genügen.

1.3 Tätigkeiten

Planung des Ablaufs, um unvorhergesehene Aktionen zu vermeiden, unter Berücksichtigung der Mittel, mögliche Korrekturen durchzuführen.
Zusammenhang garantieren zwischen den Intentionen und der Praxis.
Bewertungskriterien festlegen: Sie erlauben unverzüglich die Eignung und den operativen Grad der Planung.
Die Reflexion über die eigene Praxis fördern.
Die Verschiedenartigkeit, Motivationen und Besonderheiten der Sportler fördern

2. ELEMENTE DER PLANUNG

2.1 Ziele

2.1.1 Definitionen

Ziele sind Ergebnisse, die vom Sportler am Ende eines Lernprozesses erwartet werden. Sehr oft sind die Ziele so weit gesteckt, dass eine gute Beurteilung schwierig ist. Die allgemeinen Ziele werden in spezifischere gegliedert, die leichter bewertet werden können.
Wenn die Ziele festgelegt werden, müssen die realen Situationen der Personen, mit denen gearbeitet wird, der Lernprozess und die erwarteten Ergebnisse berücksichtigt werden.

2.1.2 Bedeutung

Die Ziele werden nicht losgelöst vom Prozess betrachtet. Sie sind ein sehr wichtiger Bestandteil, denn sie sind der Anlass für die Auswahl, die Organisation und das Erreichen der Ziele. Sie erlauben die Beurteilung des Sportlers und welche Verbesserungen durchgeführt werden müssen.
Sie sind eine Richtlinie für die Planung des Trainings und müssen deutlich formuliert werden.

2.1.3 Arten

Bezogen auf die verfolgten Ziele können sie mehr oder weniger weit gefasst sein. Es gibt unterschiedliche Verfahren und spezifischen Hilfsmittel, um an diese Ziele zu gelangen.
Es ist ebenfalls wichtig, konzeptuelle Ziele zu formulieren (Fakten, Konzepte, Prinzipien,…), die Verfahren (Handwerkszeug, Fähigkeiten, Techniken) und die Einstellungen (Werte, Regeln).

2.2 Inhalte

2.2.1 Definitionen

Es sind die Zusammensetzungen der Inhalte, mit denen der Trainer und der Sportler die Fähigkeiten erlangen wollen, die in den Zielen formuliert sind.
Die Inhalte einer Übung oder eines Trainings werden in Bezug auf die Ziele festgelegt, die zwischen Coach und Sportler ausgearbeitet wurden. Sie hängen von dem Behinderungsgrad des Sportlers ab, der Zeit, die eine Übung dauern wird, dem Alter, dem Geschlecht und der sportlichen Fähigkeit der Person, der zu Verfügung stehenden Ausstattung und der Zeit, die für eine Übung zur Verfügung steht.

2.2.2 Arten

Wie bei den Zielen gibt es auch hier drei Arten der Inhalte: Konzeptuelle Inhalte, Verfahrenstechnische Inhalte und die Art der Einstellung.
Die Inhalte, an denen ein Sportler arbeitet, sind nicht nur die des jährlichen Trainings, sondern die ihres ganzen Sportlebens.
Im Verlauf des Trainings zeigen sich allgemeine Ziele zu unterschiedlichen Fragestellungen, die sich auf alle physischen Aktivitäten während des Projektes beziehen können.

Physische Erziehung: Inhalte sind mit der Schulung verbunden. Man arbeitet mit Personen, die Bedürfnisse nicht nur wegen ihrer Behinderung haben,

sondern auch wegen ihres Alters (Kinder und ältere Menschen). Sie sind der Grund für die Initiierung anderer Inhalte.

- Psychomotorische Aktivitäten;
- Selbst-Ausdruck durch Bewegung;
- Fähigkeiten und Handwerkszeug;
- Spiele.

Sport: Aspekte der Techniken, Sport-Taktiken und Regeln. Es schließt die Sportpraxis des Freizeit-Sports ebenso ein wie den Wettkampfsport.

- Einführung in den Sport;
- Wettkampf.

Physische Verfassung: Inhalte, die auf der Gesundheit basieren oder als physische Basis für das Sport-Training.

- allgemeine physische Ausbildung;
- physische Vorbereitung für den Sport.

2.2.3 Folgende

Die Inhalte werden in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad angeordnet. Sie können auch nach der logischen Abfolge des Prozesses durchgeführt oder in Bezug gesetzt werden zu den Arbeiten, die noch durchgeführt werden sollen.

2.3 Methoden

2.3.1 Trainingsprinzipien

PRINZIP DER ZUGÄNGLICHKEIT: Den Sportlern müssen Angebote gemacht werden, die sie erfüllen können. Zu hohe und zu niedrige Ansprüche sind zu vermeiden.

PRINZIP DER AKTIVEN UND BEWUSSTEN TEILNAHME WÄHREND DES TRAININGS: Der Sportler sollte immer wissen, was, wie und warum er es tut.

PRINZIP DES NACHAHMENS: Das Nachahmer-Prinzip basiert auf der Imitation der Vorgaben des Trainers. Je länger und öfter der Sportler die Vorgabe wiederholt, desto besser wird die Übung.

PRINZIP DER ÜBERTRAGUNG: Das ist die Fähigkeit der Übertragung einer bestimmten Übung auf eine andere, bereits erlernte.

PRINZIP DER REGELMÄSSIGKEIT: Es ist notwendig, von Zeit zu Zeit die Inhalte zu überprüfen.

PRINZIP DER ÜBERFRACHTUNG, INTENSITÄT ODER ANPASSUNG: Der menschliche Körper passt sich progressiv an die Anforderungen an. Wenn ein bestimmter Level erreicht ist, kann der nächst höhere erreicht werden. Aber diese Anstrengungen müssen zwischen der Reizschwelle des Sportlers und dem Wunsch, ein entscheidendes Ergebnis zu erzielen, liegen.
Reizschwelle: „Minimaler Wert einer Größenordnung, von der aus ein bestimmter Wert produziert wird“ (RAE).
Wenn der Stimulus unterhalb der Reizschwelle liegt, reagiert der Körper nicht positiv und es gibt keinen Trainingseffekt.
Wenn der Stimulus etwas intensiver ist, aber die Reizschwelle noch nicht erreicht ist, wird der Körper mit zahlreichen Wiederholungen der Übung trainiert.
Wenn der Stimulus die Reizschwelle erreicht, ist der Trainingseffekt gut, wenn sich der Körper zwischendurch ausreichend ausruhen kann.
Wenn der Stimulus die Reizschwelle überschreitet und näher an die maximale Toleranzgrenze kommt, werden die Sportler ebenfalls trainiert, wenn die Wiederholungen nicht zu häufig durchgeführt werden (- ansonsten besteht die Gefahr des Übertrainierens).

PRINZIP DER VIELSEITIGKEIT: Der Stimulus wird variiert, um Langeweile und Monotonie zu vermeiden und die Ergebnisse zu verbessern. Der Trainer hat eine Auswahl verschiedener Übungen, die ihm einen gelegentlichen Wechsel der Übungen gestatten.

PRINZIP DER KONTINUITÄT: Um die Fähigkeiten zu verbessern und die bereits erreichten Ergebnisse zu halten, sind Wiederholungen der Übungen notwendig.

PRINZIP DES FORTSCHRITTS: Um die Ergebnisse zu verbessern ist es nötig, die Trainingsansprüche, den Umfang und die Intensität der Übungen, die Komplexität der Bewegungen ebenso wie den psychologischen Druck zu erhöhen.
Vom Einfachen zum Komplexen.
Vom Leichten zum Schweren.
Vom Bekannten zum Unbekannten.

PRINZIP DES BESONDEREN: Die Fähigkeiten verbessern sich, wenn eine besondere Aufgabe der gewählten Aktivität durchgeführt wird. Dann werden spezielle energetische Systeme, Muskelgruppen und technische Bewegungen trainiert.

PRINZIP DER VIELSEITIGKEIT: Es ist notwendig, vom Allgemeinen zum Speziellen zu gehen. Das heißt, am Anfang werden vielseitige und allgemeine Übungen durchgeführt, um nach und nach zum besonderen Training zu gelangen.

PRINZIP DES INDIVIDUELLEN: Das Training wird den Besonderheiten des Individuums angepasst. Jede Person reagiert auf das gleiche Training anders. Das hängt von den Erbanlagen, der Reife, der Ernährung, der Ruhe und dem Schlaf, dem Konditionsstand, der Motivation und von Umwelteinflüssen ab.

PRINZIP DES HETEROCHRONISMUS / WIEDERHERSTELLUNG: Je größer die Intensität einer kurzen Übung ist, umso schneller findet eine Annahme statt und umso schneller verliert sich der Lerneffekt wieder. Je geringer die Intensität und je länger die Dauer einer Übung ist, umso später findet die Adaption statt und der Übungseffekt verliert sich langsamer.

PRINZIP DER EFFIZIENZ: Das geplante Ziel soll mit dem niedrigsten Energieverbrauch erreicht werden.

2.3.2 Trainingsmethoden

Der Trainer wird eine Trainingsmethode abhängig vom Sportler verwenden. Persönliche Besonderheiten und der Kontext der durchzuführenden Aktion werden berücksichtigt.
Abhängig von der verwendeten Trainingsmethode gibt es verschiedene Verantwortlichkeiten des Trainers und des Sportlers.
Es gibt zwei Haupttendenzen: **die direktive und die aktive Methode.**

DIREKTIVE METHODE: Diese Methode wird genutzt, wenn eine hierarchische Struktur, die auf grundsätzlichen Fähigkeiten basiert, kommuniziert werden soll. Der Trainer definiert die Ziele und die zu benutzenden Mittel, die für die Übungen notwendig sind. Der Sportler folgt den Anweisungen des Lehrers. Die Bewertungen zum Schluss sind endgültig.

Direkte Anweisungen:
Es gibt eine Anweisung pro Gruppe. Der Trainer kümmert sich um den Fortschritt und sagt, was und wie die Aufgabe getan werden muss.
Diese Methode ist dafür gedacht, mehrere und homogene Gruppen zu leiten. Der Trainer sollte die Fähigkeit besitzen, technische Gesten klar zu demonstrieren, damit die Sportler diese korrekt wiederholen können.
Alle Handlungen stehen unter der Kontrolle des Trainers (Angabe des Anfangs und Endes, Ausübungsrhythmus, Anordnung der Sportler in der Halle…).
Die Beurteilung wird individuell oder in der Gruppe gegeben.

Verteilung der Aufgaben:
Die Inhalte, die Aufgaben und Zeiten werden im Vorfeld vom Trainer festgelegt.
Die Aufgaben müssen gut gezeigt werden, entweder vom Trainer oder von einem Gruppenmitglied. Der Trainer informiert über die Anzahl der Wiederholungen jeder Übung.

Während der Durchführung der Übung überwacht, informiert und motiviert der Trainer den Sportler.
Die Beurteilung wird individuell durchgeführt.

AKTIVE METHODE: Die Ziele passen zu den besonderen Charakteristiken des Sportlers. Der Trainer erleichtert die Teilnahme des Sportlers. Die Beurteilung ist informativ.

Reziprokes Ziel-Training:
Die Sportler finden sich in Gruppen oder Paaren zusammen und bekommen verschiedene Aufgaben und Verantwortlichkeiten zugewiesen.
Die Inhalte werden im Vorfeld vom Trainer bestimmt.
Es gibt aktive Sportler und nicht-aktive -; die Aktiven führen die Aufgaben aus, die von den Nicht-Aktiven vorgeschlagen wurden. Diese sollen beraten, unterstützen, kontrollieren, helfen und den Trainer um Hilfe bitten, wenn es nötig ist.
Der Trainer beobachtet und korrigiert die nicht-aktiven Sportler.

Individuelles Ziel-Training:
Die Arbeit des Trainers ist es, sich an die Einstellungen und Ausführungen jedes Sportlers anzupassen. So kann man einen persönlichen Rhythmus und eine Zeitschiene entwickeln, um unterschiedliche Lernstufen zu erreichen.
Das Programm wird durch den Trainer in aufeinander folgenden Sitzungen geplant, von dem Entwicklungsstand des Sportlers ausgehend, der dem Programm am nächsten kommt. Es wird in einer ersten Beurteilung die Startebene festgelegt.
Der Trainer muss bei der Ausführung der Aufgabe nicht anwesend sein, weil der Sportler in der Lage ist, sich selbst zu beurteilen. Die Selbstbeurteilung besteht daraus, dass der Sportler seine aktuelle Stufe selbst einschätzt und wenn (vorzugsweise wird er dabei durch den Trainer beraten) der Moment eintritt, in eine schwierigere Ebene zu wechseln.
Der Trainer kann den Sportlern ständige Informationen zukommen lassen, um die Entwicklung der Gruppe zu fördern, Probleme zu lösen, falls vorhanden,

und weitere Information zu geben, falls notwendig. Der Trainer beobachtet die Verantwortungsebene der Schüler und ihren Bezug zum Projekt.

Geführte Entwicklung:
Der Trainer ist die zuständige Person für die Auswahl der Ziele und Inhalte. Er muss den Eingangslevel erkennen und Probleme vorhersehen.
Das Training basiert in der Lernphase auf Versuch und Irrtum. Der Trainer wartet immer auf die Antwort des Sportlers, der Trainer darf nie schneller sein. Der Trainer führt den Unterricht und gibt eine regelmäßige Information der Ergebnisse.
Die Beurteilung erlangt man durch eine fortlaufende und individuelle Beobachtung.

Problemlösungen:
Die Probleme, die in einer Gruppe entstehen, sind offen und es gibt nie nur eine Antwort. Der Trainer ist die zuständige Person für die Ziele und Inhalte. Der Trainer bringt das Problem zur Sprache und fährt mit dem Unterricht fort, wenn es nötig ist. Probleme sind eine Herausforderung, welche der Gruppe ein motiviertes Gefühl gibt.
Die Ergebnisse werden durch den Trainer beurteilt, obwohl die Gruppe mit einbezogen wird.
Der Sportler benötigt eine Auswahl an mündlichen, manuellen und visuellen Unterstützungen, um das Lernen zu vereinfachen. Diese passen zum Lernstil des Trainers.
Es wird auch eine allgemeine Methode ausgearbeitet, in welcher Teile der durchgeführten Gesten in der gleichen Dynamik integriert sind, eine analytische Methode, in welcher die Teile der Gesten geteilt sind oder eine gemischte Methode, wenn die Methoden gemischt sind.

2.3.3 Quellen

Quellen des Trainers:
Es gibt Quellen, die der Trainer für das Programm nutzen kann:

Diese sollen den Trainern Wege der Analyse und der Meditation zur Verfügung stellen.
Sie müssen die pädagogischen Antworten auf die Fähigkeiten sammeln, die von den Sportlern entwickelt werden sollen.
Sie müssen die unterschiedlichen Lernrhythmen kennen.
Es ist sehr wichtig, auf den Gebrauch der Materialien zu verweisen und die Suche und Herstellung anderer Materialien leicht zu machen.

Quellen, um das Training durchzuführen (Material):
Der Gebrauch von einer Vielzahl von Materialien, die Sicherheit geben oder an die besonderen Eigenschaften der behinderten Menschen angepasst sind. Sie helfen ihnen, Teil des Handlungsgeschehens zu sein. Der Gebrauch von adäquatem Material macht den Erfolg einfacher. Auf der anderen Seite wird ungeeignetes Material Mängel in der Praxis verursachen.
Es ist wichtig, dass:

- geeignetes Material für die Praxis der unterschiedlichen Sport Aktivitäten genutzt wird;
- vermieden wird, für Erwachsene Material zu verwenden, welches für Kinder geeignet ist;
- das Material den Sicherheitsanforderungen entspricht;
- spezifisches Material für bestimmte Behinderungen verwendet wird, zum Beispiel Resonanz-Bälle für Menschen mit Sehbehinderung.

Die kreative Art, das Material zu verwenden, zeigt das weite Feld an notwendigen Möglichkeiten, die Aktivitäten in der richtigen Weise durchzuführen. So ist es einfacher, das Material und auch die Aktivitäten zu strukturieren.

Persönliche Quellen:
Mit ausreichendem und qualifiziertem Personal ist es grundsätzlich kein Problem, eine Aktivität durchzuführen. Neben dem Trainer, der ausgebildet ist mit Behinderten zu arbeiten, gibt es noch andere unterstützende Faktoren: Diese hängen von der Art der Behinderung ab, der Teilnahme des Behinderten an der Aktivität, dem Sport und dem Begriffsvermögen.

2.3.4 Richtlinien für die Arbeit mit behinderten Menschen

Obwohl theoretisch jeder in der Lage ist, mit Behinderten zu arbeiten, braucht es einige **besondere Eigenschaften,** um die Arbeit gut zu machen.

- **Empathie**: Die Fähigkeit, sich in jemanden hinein zu versetzen – Einfühlungsvermögen zeigen: denken wie sie, ihre Versuche anerkennen, sie respektieren, an der Aktivität teilnehmen, sie in die Gruppe einschließen. Das heißt: Die Behinderten Teil der Gruppe und der Aktivität werden lassen;
- Fähigkeit, sich an veränderte Situationen anzupassen;
- Fähigkeit, sich und andere in stressigen Situationen zu beruhigen;
- Geduld: Ergebnisse können sehr langsam kommen;
- Fähigkeit, anderen zuzuhören;
- Motivation;
- Fähigkeit, die Initiative zu ergreifen;
- Dynamik;
- Soziales Verhalten / Freundlichkeit;
- Hohes Selbstwertgefühl.

Allgemeine Richtlinien für jede Behinderung:

- Der Trainer muss sich der Grenzen der Menschen, mit denen er arbeitet, bewusst sein. Dann wird die Arbeit gut und angemessen sein.
- Die Stärken des Behinderten müssen gefördert werden.
- Um Fortschritte zu erzielen ist es wichtig, kleine Schritte zu machen (vor allem mit geistig behinderten Menschen) Auf diese Weise wird das neu Erlernte vertieft.
- Vertrauen in die Arbeit und die Behinderten setzen, damit die Menschen arbeiten und Selbstvertrauen erlangen.
- Sich die Sorgen, Interesse, Bedürfnisse anhören und sie bei der Planung des Trainings bedenken.
- Auf Reaktionen, Gefühle und Besonderheiten zu achten, auch wenn es keinen mündlichen Ausdruck findet.

- Mit den Behinderten sprechen. Nie über sie in ihrer Anwesenheit in der dritten Person sprechen, als wären sie nicht anwesend.
- Die Motivation ist wichtig: Behinderte haben die Tendenz, schnell entmutigt zu sein.
- Der Trainer sollte sich nicht übertrieben mitfühlend den Behinderten gegenüber verhalten, sondern genauso wie gegenüber Nichtbehinderten.
- Selbständigkeit sollte ermutigt werden.
- Die Behinderten benötigen manchmal mehr Zeit, um Informationen zu verstehen oder zu verarbeiten. Die nötige Zeit sollte ihnen gegeben werden.

2.4 Organisation von Zeit und Raum

Organisation der Zeit:

Es wird über das Timing, die zeitliche Abfolge der Übungen oder die Zeiträume in der erzieherischen Planung und dem Sporttraining gesprochen, um ein weites Spektrum an Zielen, Inhalten und Aktivitäten in einer spezifischen Zeit zu erreichen. Dieses Timing kann sich auf eine kurze Zeitspanne beziehen, zum Beispiel wenn die Übungen, die Teil einer Reihe sind, für eine bestimmte Dauer, lange Zeitspannen oder eine Woche, einen Monat oder mehrere Semester arrangiert und zugewiesen werden.

Während der Sitzung werden die Planung und das Programm einer jeden Aktivität durchgeführt. Die Sitzung ist ein spezifisches Raum-Zeit-Kontinuum, während der das Training oder die geplante physische Aktivität durchgeführt wird. Die Sitzung ist nur eine Grundeinheit der Planung, während derer die gesteckten Ziele und die Arten des Zielgerichteten Lernens realisiert werden.

Klassifizierung der Sitzung:

Art der Aufgabe	Organisation	Ausmaß der Belastung	Inhalt
Lernen	Gruppen	Entwicklung	Ausgewählt
Training	Einzelpersonen	Beibehaltung	Komplex
Bewertung	Gemischt	Erholung	Ergänzung

(Test)			

Teile der Sitzung:

Aufwärmphase zu Beginn: Psychologische und physiologische Vorbereitung für den Hauptteil der Sitzung (vgl. Anhang 3).

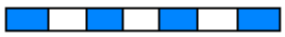
Zentraler- oder Hauptteil: Ziele der Sitzung werden durchgeführt.

Schlussteil oder Ruhephase / Rückkehr zur Ruhe: Physiologischer Abschluss, der an die vorhergegangene Aktivität anknüpft. Er wird auch für die folgenden Sitzungen als positives emotionales Feedback genutzt (psychologische Schlussfolgerungen) und Feedback der Ergebnisse (pädagogische Schlussfolgerungen).

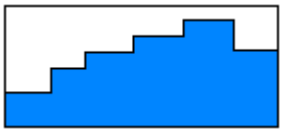
Die Sitzung als entscheidender Teil des Programms zeigt den durchgeführten Prozess für die Realisierung der Zeitplanung. Deshalb wird das vorgeschlagene Timing von der durchzuführenden Aktivität abweichen.

Im Sportbereich werden die Zeiträume des Trainings wie folgt festgelegt:

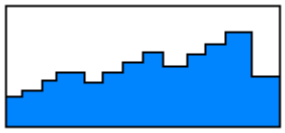
Mikrozyklus: kurzfristige (einwöchige) Periode



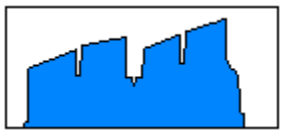
Mesozyklus: 3-4wöchige Periode



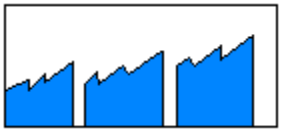
Macro-Zyklus: 3-4monatige Trainingsperiode



Jahresplan/Saison: Das ist die Planung während eines Jahres oder einer Saison, die in diesen Zeitraum eingeschlossen ist.



Mehrjähriger Plan: Er entwickelt die Sportplanung über mehrere Jahre. Er konzentriert sich auf die Realisierung der gewünschten Ziele über einen langen Zeitraum.



Verteilung der Inhalte über eine Sitzung:
Während einer Sitzung müssen die Inhalte einer Logik folgen, um die Eingliederung des Sportlers einfacher zu gestalten.
Die technische Arbeit: Man erarbeitet sich Techniken, Fähigkeiten und Beweglichkeit (wenn man nicht müde ist) neben anderen physischen Qualitäten.
Die physischen Fähigkeiten: Stärke-Geschwindigkeit-Widerstand anaerobisch-anaerobischer Widerstand (wenn die Ausführung der Geschwindigkeit nicht nur Technik ist)
Stärke und Kräftigung des Körpers: Zuerst werden die großen Muskelgruppen bewegt und im Anschluss die Kleinen.

Sportplanung in einem kurzen-mittleren Zeitraum:
Die Trainingsplanung während der Saison folgt den folgenden Phasen:

Einleitende Periode: Diese findet üblicherweise nach einer Phase geringer oder keiner physischen Aktivität statt. Es gehört zu der ersten Phase der Sporttrainingsplanung. Zuerst sollte der Behinderte eine gute physische Kondition erlangen, bevor er andere Fähigkeiten und Qualitäten entwickelt. Die individuelle Technik und Taktik werden entwickelt und die Gruppe findet sich.
Fitness Periode: Sie stimmt mit der idealen Kondition für Leistungssporttreibende Sportler überein. In dieser Phase werden spezifischere

Inhalte mit größerer Intensität ausgearbeitet, wie zum Beispiel Fähigkeit, Technik und Taktik.
Übergangs-Periode: Sie wird benutzt, um das Training bei hoher Belastung zu unterbrechen, um die physischen und psychologischen Reserven zu erneuern.

Alle Informationen sind nur eine Richtlinie für den Trainer, der immer Alter, Sportaktivitäten und den Behinderungsgrad des einzelnen Sportlers bedenken soll. Je unterschiedlicher die Gruppe der Sportler zusammengesetzt ist, umso vielschichtiger, allgemeiner und flexibler wird die Planung sein.

Langfristige Sport-Planung:
Die lebenslange Trainingsplanung für einen Sportler folgt folgenden Richtlinien:

Einführungsphase: Dies ist keine Leistungsphase, sondern eine erste Berührung mit dem Sport. Man erarbeitet alle motorischen Grundmodelle und Wahrnehmungsfähigkeiten. Es wird eine allgemeine Methode, die auf dem Spiel basiert, genutzt. Es ist optimal, diese Phase bereits in der Kindheit zu beginnen.
Entwicklungsphase: Dies ist die Phase der Erlangung und Verbesserung der Fähigkeiten und Grundtechniken als Basis für die Erlangung spezifischerer Kenntnisse. Der Sportler wird die drei Möglichkeiten der Sportausübung kennen lernen: Gesundheit, Freizeit und Wettkampf.
Aufbauphase: Die Trainingsplanung basiert auf Verbesserung und Wettkampf.

Organisation des Raums:
Es gibt keinen allgemein gültigen Raum für die Ausübung körperlicher Aktivitäten, obwohl üblicherweise Turnhallen oder -räume genutzt werden. Passende Räumlichkeiten machen es leichter, den Sport auszuüben. Die Benutzung öffentlicher Räumlichkeiten ist ein weiterer Schritt zu einer normalen Sportpraxis.
Sehr wichtig für erfolgreiche Sportstunden ist der Ordnungs- und Sicherheitsaspekt. Es ist wichtig, den äußeren und inneren Rahmen klar zu strukturieren und zu organisieren. Die Unabhängigkeit ist mit der Sicherheit der Teilnehmer verbunden. Die Beseitigung von Hindernissen, Lärm, das Platzieren

der Materialien an sicheren Orte - all diese Aspekte sind entscheidend, um körperliche Sicherheit zu gewährleisten und die selbständige Teilnahme der Sportler zu ermöglichen. Abhängig von der Behinderung müssen einige Dinge mehr als andere bedacht werden. (Beispiel: Von sehbehinderten Personen soll Lärm möglichst fern gehalten - und physische Hindernisse beseitigt werden.)
Die Raumorganisation wird natürlich auch von der Gruppenzusammensetzung bestimmt.

Gruppierung:
Bevor man einen Blick auf die unterschiedlichen Möglichkeiten der Gruppierung wirft ist es wichtig, die Zusammensetzung und Eigenschaften eine Gruppe zu bewerten. In dem üblichen Sporterziehungssystem wird die Gruppe nach dem Kriterium Alter gebildet, dem objektivsten Kriterium. Im Behindertensport müssen bei der Zusammensetzung verschiedene Faktoren berücksichtigt werden:

- Art der Behinderung und der Sportaktivität.
- Die Einschränkung in der Sportausübung - bei Teilnehmern mit einem Bedarf an Unterstützung ist die Gruppe klein.
- Alter: In Bezug auf die Altersstruktur sind die Gruppen sehr homogen.
- Homogene Gruppen: Um der homogenen Gruppenzusammensetzung in Bezug auf der Teilnahme einer Person in der Aktivität entgegenzuwirken ist es gut, heterogene Gruppen zu unterstützen. In diesen ist es einfacher, bestimmten Situationen wie Motivationsabfall, Imitation, Unterstützung unter Kollegen usw. entgegenzuwirken.

Die unterschiedliche Gruppierung wird während der Ausübung des Sports vorgenommen. Die unterschiedliche Gruppierung und das Gleichgewicht zwischen dem Individuum und der Gruppe beeinflusst den Kooperationsprozess und gleichzeitig die persönliche Stärkung. Die Gruppierungen sollen mit der Erwartung und Hoffnung ausgewogen sein, verschiedenste motorische Erfahrungen machen zu können. Die Gruppen müssen mit der Ausübung der spezifischen Aktivitäten zu Recht kommen.

- **Paare / kleine Gruppen:** Die Wiederholung und Beobachtung im Anschluss erlauben ein direktes Lernen. Situationen der Überbehütung und Minderwertigkeit muss vermieden werden.
- **Einsatz / Kreis / Halbkreis / Linie:** Es gibt Anordnungsmöglichkeiten im Raum, die in unterschiedlicher Weise genutzt werden und positive Anreize zu geben. Sie sind gut, um individuelle Aktivitäten durchzuführen, Aktivitäten direktiver Art, wo eine Anweisung gegeben wird.
- **Training in Etappen / Stationen:** Im Vorfeld wird der Raum strukturiert und das Material angeordnet. Dann kann der Sportler an jeder Station selbständig arbeiten, angepasst an seinen Rhythmus oder den der Gruppe. Der Trainer kann so eine individuellere Unterstützung geben.

2.5 Aktivitäten

2.5.1 Definition

Sie sind der aktive und geregelte Weg, eine Lernerfahrung durchzuführen. Sie vereinigen Inhalte unterschiedlicher Art.

2.5.2 Besonderheiten

Die folgenden Aspekte müssen bedacht werden:
Die Aktivitäten müssen verschieden sein. Ein großes Spektrum an Aktivitäten mit möglichen Adaptionen muss vorgesehen sein, um das Ziel zu erreichen. Die Adaptionen folgen einer logischen Ordnung, beginnend beim niedrigsten Level des Sportlers. Wenn die Eingangsaktivität nicht erfolgreich durchgeführt wird, muss eine Änderung oder Anpassung vorgenommen werden:

- Im Spiel: Um die richtigen Adaptionen erfolgreich durchzuführen, ändert der Trainer zum Beispiel die Regeln oder passt das Spiel der Raumgröße an.
- Die Erklärung der Aktivitäten wird entsprechend der gewählten Lernmethode abgegeben, immer in dem sicheren Bewusstsein, dass der Sportler auch zuhört.

- Es ist am besten, Aktivitäten anzubieten, die den Körper trainieren und die Aktionsmöglichkeiten testen.
- Geeignete Aktivitäten für die Besonderheiten der Teilnehmer werden durchgeführt, immer die Fähigkeiten und Grenzen der Sportler im Auge behaltend. Es ist interessant, eine Herausforderung anzubieten und den Erfolg zu fördern, so dass der Sportler eine gute Selbsteinschätzung erhält, die ihm Selbstbewusstsein gibt. Es ist sehr wichtig, dieses während der letzten Aktivität zu erreichen.
- Aktivitäten vorzuschlagen, welche die Aufnahme leichter machen (angepasste Spiele).
- Gruppenaktivitäten vorzuschlagen, welche die sozialen und zwischenmenschlichen Beziehungen fördern.
- Die Aktivitäten in einer solchen Weise zu strukturieren, dass sie sich vom Bekannten zum Unbekannten, vom Leichten zum Schweren, vom Spezifischen zum Abstrakten und vom Speziellen zum Allgemeinen entwickeln.
- Motivierende Aktivitäten vorzuschlagen, nicht nur vom Material oder der Neuigkeit, sondern einfach weil sie eine Herausforderung darstellen.

2.5.3 Arten

Einführung: Sie wird benutzt, um den Sportler zu motivieren und den Entwicklungsstand in bestimmten Aspekten zu erkennen;
Entwicklung: Sie ist der Kern der Übungen;
Konsolidierung: Hilft die Anstrengungen zu verstärken;
Verstärkung: Für Personen, die mit einigen Aufgaben Schwierigkeiten haben;
Erweiterung: Das erwartete Ergebnis verbessern;
Beurteilung.

2.6 Beurteilung/Bewertung/Evaluation

Es ist die Beurteilung des durchgeführten Prozesses nach einer Aufnahme der detaillierten Daten desselben. Die Beurteilung erlaubt es, angemessene Entscheidungen zu treffen, um die Hauptziele richtig durchzuführen.

2.6.1 Worum geht es bei der Bewertung?

Funktionen der Evaluation: Wenn die Qualifizierung der Ergebnisse eines Trainings durchgeführt werden soll, müssen einige Tests in besonderen Momenten des Prozesses und am Ende durchgeführt werden. Auf diese Weise bleibt die Beurteilung außerhalb des Prozesses.
In jedem Fall möchte man überprüfen: Die Sammlung und Handhabung von Daten, die Durchführung des Prozesses, die Einführung von Veränderungen und die Auswirkungen und das Prüfen der Ergebnisse. Hier findet die Evaluation innerhalb des Prozesses statt.
Die Bewertung erfüllt drei wichtige Funktionen:

- Es erlaubt die Anpassung der Unterstützung für die Eigenschaften eines Jeden.
- Es zeigt, ob die Hauptziele erreicht wurden.
- Die Bewertung des Programms und seiner Durchführung.

Die Bewertung vermittelt dem Trainer und dem Sportler wichtige und nützliche Details.

Für die Trainer:

- Die Schwierigkeiten zu entdecken und die Strategien zu erarbeiten, um diese zu überwinden.
- Die Durchführung der erwarteten Fähigkeiten zu bewerten.
- Änderungen im Programm durchzuführen.

Für den Sportler:

- Den Entwicklungsstand zu kennen.
- Falsche Strategien und Verhaltensweisen bei der Ausübung der Aktivität zu korrigieren.
- Die auftretenden Schwierigkeiten zu überwinden.

2.6.2 Was wird bewertet?

Sportler:

Es kommt auf die Ziele an:

Kenntnis, Fähigkeit und Geschicklichkeit: Kenntnis, die man zu erlangen wünscht; Umsetzung der Arbeitsmethoden; Gebrauch von Werkzeug und Geräten; Fähigkeit, die Übungen durchzuführen usw..

Einstellungen zur- und Gewohnheiten während der Übung: Einstellung zu den Übungen: Initiative, Konstanz, Verantwortung, Konzentration usw..

Durchführung der Übungen: Regeln, Struktur, Grad des Erreichten usw..

Einstellung, Verhalten und Integration in Bezug auf die Gruppe:

Beziehung zu sich selbst: Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Selbständigkeit, Verantwortung usw..

Beziehung zu den Gruppenmitgliedern: Grad der Zusammenarbeit, Respekt, akzeptiert werden von den Sport-Kollegen usw..

Beziehung zum Trainer: Verlässlichkeit, Autonomie, Vertrauen, Respekt, usw..

Trainer:

Die Bewertung hängt von den zu analysierenden und zu bewertenden Elementen ab, um die Praxis zu verbessern.

Adaption des Programms an den bereits durchgeführten Prozess.

Einstellung und Ebene des Betreffenden.

2.6.3 Wie wird bewertet?

Die Bewertung ist ein komplexer Prozess, so dass ein Vorgang nicht ausreicht, sondern eine Kombination verschiedener Vorgänge.

Die Bewertungs-Techniken beziehen sich auf die Methode, die benutzt wird, um Informationen zu bekommen: Die Instrumente beziehen sich auf die speziellen verwendeten Quellen.

Werkzeug:

In diesem Fall werden Beobachtungs- und Selbstbewertungs-Techniken verwendet und Tests durchgeführt.

Die Beobachtungs-Techniken sind zu jeder Zeit hilfreich. Sie können die Ausführung der Aktivitäten während der täglichen Arbeit bewerten. Einige Werkzeuge sind:

Hilfslisten: Dinge, die der Trainer beobachten muss, werden notiert. So kann er sich notieren, ob die Aspekte während des Trainings abwesend oder präsent waren.

Qualitative Beurteilungsbögen: Detailliste, in welcher der Leistungsstand dank der progressiven Evaluation bewertet wird.

„Anekdoten-Datei“: Das sind Notizen oder eine Kartei über nicht vorhergesehene Verhaltensweisen, die wichtige Informationen für die Bewertungen positiver oder nicht existenter Verhaltensweisen liefert.

Tests: Durch Tests erhält der Trainer Details über einige Aspekte. Ihre einzige Aufgabe ist es, Ergebnisse zu messen.

Um einen Test wissenschaftlich verwertbar zu machen, sollte er einige Charakteristika erfüllen:

Gültigkeit: Ein Test ist gültig, wenn er beweist, dass er beurteilt, was vorher beurteilt werden sollte.

Zuverlässigkeit: Es bezieht sich auf den Grad der Zuverlässigkeit, neben den Dingen, die gemessen bzw. geprüft werden sollen. Ein Test ist zuverlässig, wenn er auf eine Person ein- oder mehrmals in ähnlichen Umständen angewendet wird. Die Ergebnisse sind ähnlich.

Objektivität: Ein Test ist objektiv, wenn seine Ergebnisse erzielt werden, ohne die persönliche subjektive Betrachtungsweise des Beobachters einfließen zu lassen. Die Objektivität garantiert die Zuverlässigkeit des Tests.

Die Selbstbeurteilung erlaubt den Bezug auf die Bewertungen der Sportler über den Prozess.

2.6.4 Wann wird bewertet?

PHASEN:

Initial:

Die Bewertung konzentriert sich auf die Aufzeichnung der Fähigkeiten, die der Sportler zu Beginn des Trainings hatte. Das ist wichtig, um den weiteren Verlauf

ihren Möglichkeiten anzupassen. Das nutzt man für prognostische Ziele und zu Beginn einer Periode.

Fortlaufend:

Die Bewertung sollte in den Prozess einbezogen werden, damit der Trainer konstante Informationen erhält und diese für Planungsänderungen verwerten kann.

Final:

Dies ist die letzte Phase der fortlaufenden Evaluierung. Sie erlaubt die Überprüfung der Verbesserungen des Sportlers während einer Sitzung. Sie wird mit der initialen Bewertung verglichen und es wird überprüft, ob die Hauptziele erreicht wurden.

TEIL 2: LEISTUNGSFÄHIGKEIT

1. EINLEITUNG: Konzept der Leistungsfähigkeit

Die physische Kondition oder „in Form zu sein“ wird, bezogen auf die Geschichte, unterschiedlich bewertet.

Aus der Sicht des Sports beinhaltet die sportliche Leistungsfähigkeit qualitative Bewegungs- und Übungsaspekte wie Koordination, Effektivität der Bemühungen – eng verbunden mit der Qualität der Bewegung und der Ausführung.

Auf der anderen Seite ist die körperliche Kondition mit der allgemeinen körperlichen und gesundheitlichen Verfassung verbunden. Die gesundheitliche Verfassung, die dem Training zu verdanken ist, schafft eine gute Verteidigung gegen einen sitzenden Lebensstil und eine gute Basis für spezielleres Sporttraining.

Wenn man das Ziel im Auge behält, darf kein Aspekt außer Acht gelassen werden. Der Trainer, der seinen eigenen Kriterien folgt, entscheidet sich für ein Training der einen oder anderen Art, immer die persönlichen Eigenschaften der Sportler und die Ziele der Sportausübung bedenkend.

Die Anforderungen für die Ausübung der Aktivität sind die **körperlichen Grundfähigkeiten und Möglichkeiten**. Sie sind die Treibkraft, mit der Menschen ihre Aktivitäten entwickeln. Die Ausübung wird beeinflusst durch technische Fähigkeiten, motorisches - und taktisches Lernen.

Komponenten der Leistungsfähigkeit		
Leistungsfähigkeit	**Leistungsfähigkeit – sportliche Fähigkeit**	**Leistungsfähigkeit – Gesundheit**
Ausdauer	X	X
Kraft	X	X
Schnelligkeit	X	
Beweglichkeit/Flexibilität	X	X
Koordination	X	
Gleichgewichtssinn	X	
Agilität/Behändigkeit	X	

1.1 Faktoren, die für die Entwicklung der Leistungsfähigkeit eine Rolle spielen

Um die Leistungsfähigkeit zu entwickeln ist es notwendig, sorgfältig zu arbeiten und die sportlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Sportler zu messen, denn die Kenntnis jeder Komponente ist notwendig.

Trainingsbelastung:

Die so genannten motorischen Hauptbeanspruchungsformen kennzeichnen immer den Schwerpunkt der körperlichen Belastung bei der Ausübung einer sportlichen Aktivität. Dabei muss nicht jede Übung immer alle Beanspruchungsformen beinhalten, vielmehr wird man einen herausragenden Faktor feststellen können. Theoretisch sind alle Hauptbeanspruchungsformen begrifflich und auch inhaltlich getrennt zu beschreiben. (vgl. Will 1996, A 3, S. 4) Der menschliche Körper passt sich an die Anstrengung an. Die Anpassung ist ein Langzeitprozess, funktional oder strukturell, welcher dem Körper erlaubt, auf

den Stimulus zu antworten. Die Trainingsbelastung besitzt unterschiedliche Elemente, die ihre Besonderheiten charakterisieren.

- **Umfang** (quantitativer Aspekt)**:** Gesamtmaß (gesamte Zeit, Entfernung, Anzahl der gesamten Wiederholungen…)
- **Intensität** (qualitativer Aspekt)**:** Das ist die Quantität der Übungen pro Zeiteinheit.
- **Erholung:** Nach Beendigung des Trainings erfolgt in der Erholungsphase eine Regeneration der verbrauchten Energie. (vgl. Will 1996, A 3, S. 24)
- **Häufigkeit:** Das ist ein Umfang-Indikator. Es zeigt die Anzahl der Stimuli, die während der Sitzung in einer bestimmten Zeit durchgeführt wurden.
- **Dauer:** Zeit, in der die Trainingsinhalte auf den Körper wirken.
- **Dichte:** Zeitlicher Zusammenhang zwischen Übungs- und Ruhephase

2. VORAUSSETZUNG FÜR DIE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Die Verbesserung der Leistungsfähigkeit beinhaltet Körpertraining, welches auf der Entwicklung der physischen Fähigkeiten und Geschicklichkeiten basiert.
„Die Dosierung beinhaltet die Schwierigkeit, eine für jeden Teilnehmer adäquate Form der Belastung zu setzen und dies bezogen auf:

- das Alter,
- die Behinderungsform,
- die chronische Krankheit,
- die individuelle Leistungsfähigkeit,
- den vorhandenen Trainingszustand,
- den Stundeninhalt,
- die Partner- bzw. Gruppenaktivität,
- die Gesamtbelastung der Stunde, u. a..“ (Will, 1996, A 3, S. 2)

2.1 Klassifizierung

„Jede Form der körperlichen Aktivität lässt sich aufschlüsseln in die Komponenten

- **AUSDAUER**
- **KRAFT**
- **SCHNELLIGKEIT**
- **BEWEGLICHKEIT / FLEXIBILITÄT**
- **KOORDINATION." (Will 1996, A 3, S. 4)**

Auf der anderen Seite sollte die Fähigkeit oder die Qualität des **Gleichgewichtssinns** nicht vergessen werden. Das ist eine qualitative Bewegungskomponente und ein sehr wichtiges Entwicklungselement für manche Behinderungsformen. Schließlich ist die Komponente „**Agilität / Behändigkeit"** ebenfalls eine Fähigkeit der Koordination wie Gleichgewicht, Koordination und Schnelligkeit. Sie sind nicht entscheidend für die Leistungsfähigkeit, aber für die Bewegungsqualität, die in diesem Kapitel ebenfalls beschrieben wird.

All diese grundsätzlichen Beanspruchungsformen besitzen unterschiedliche Elemente, die beim Training berücksichtigt werden müssen. Es muss bedacht werden, dass es sehr schwierig ist, eine Übung auszuführen, bei der nur eine Fähigkeit geübt wird, denn die Komponenten treten gemischt auf. Eine Komponente dominiert in der Regel während einer Übung.

3. AUSDAUER

„Unter dem Begriff „Ausdauer" versteht man im Allgemeinen die psycho-physische (körperlich-seelische) Widerstandsfähigkeit gegen die Ermüdung." (Will, 1996, A 3, S. 4) Die psychologische Komponente ist sehr wichtig, denn durch sie überwindet man die Müdigkeit und kontrolliert den Anstrengungsgrad. Die Entwicklung der Ausdauer ist nicht nur als Basis der Ausübung jedweden Sportes fundamental, sondern auch als allgemeine physische Voraussetzung der Aktivitäten, die die Gesundheit stärken.

3.1 Arten

Bezogen auf Energieströme:

- *Anaerobische Ausdauer:* Das ist die Fähigkeit des Ausführens und Haltens einer Anstrengung mit hoher Intensität ohne genügende Sauerstoffunterstützung.
- *Alaktisch:* Kurze Dauer (10-20 Sekunden), bis zur Erschöpfung der Phosphate.
  Schnelle Entspannung.
  Verbrennung: ATP und gespeichertes Phosphocreatin in den Muskeln.
- *Laktisch:* Dauer: 20-30 Sekunden.
  Erholung: langsam, hängt von der Laktat-Akkumulation ab.
  Verbrennung: Glukose.
- *Aerobische Ausdauer:* Der für die Durchführung notwendige Energiebedarf wird durch die Sauerstoffzufuhr über die Atmung gesichert.
  Dauer: Von 3 Minuten bis theoretisch zu einer unbegrenzten Zeit.
  1–3 Minuten werden benötigt, um eine Arbeit des Herz-Kreislaufsystem zu erreichen.
  Verbrennung: Glukose und Fettsäuren.

Bezogen auf den einbezogenen Muskelumfang:

- Allgemeine Ausdauer: mehr als 1/6 der Muskulatur wird eingesetzt
- Lokale Ausdauer: weniger als 1/6 der Muskulatur wird eingesetzt.

Bezogen auf die Sportvielfalt:

- Basis-Ausdauer: Allgemein, gehört zu allen Sportarten.
- Spezifische Ausdauer: Bezogen auf einen spezifischen Sport.

Bezogen auf den Kraftsport:

- Statische Ausdauer: statische Übungen, isometrische Kontraktionen, sinkender Sauerstoff, nervöse Müdigkeit.
- Dynamische Ausdauer: Übung in Bewegung, exzentrische und konzentrische Kontraktionen.

Bezogen auf die Dauer:

- kurze Ausdauer (35 Sekunden bis 2 Minuten).

- mittlere Ausdauer (2 bis 10 Minuten).
- lange Ausdauer (10 Minuten bis mehr als 6 Stunden). Typ I, II, III und IV.

3.2 Entscheidungsparameter

„Die Ausdauerfähigkeit jedes Menschen hängt zunächst von biologischen Gegebenheiten ab. Damit eine intensive, lang andauernde Belastung geleistet werden kann, muss der Körper in den belasteten Muskelgruppen ausreichend Energie bereitstellen. Hier kann durch entsprechendes Training erreicht werden, dass die Stoffwechselabläufe in den Muskelzellen optimal funktionieren und Energievorräte gut ausgeschöpft werden. Andererseits bestimmt das Herz-Kreislaufsystem einschließlich der Atmung die Ausdauerfähigkeit. Dieses System sichert auch bei dauerhaften Belastungen die ausreichende Zufuhr von den für die Energiegewinnung notwendigen Stoffen Glukose und Sauerstoff und sorgt weiterhin für den geregelten Abtransport der Stoffwechselendprodukte Kohlendioxid und Milchsäure. Eine Verbesserung der Ausdauerfähigkeit durch Training bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass der Teilnehmer beim Sport die gleiche Betätigung mit niedriger Herzfrequenz (Pulsschläge) ausführen kann“. (Will, 1996, A 3, S. 5)

4. SCHNELLIGKEIT

„Schnelligkeit bedeutet, eine Bewegung (Einzelbewegung oder Gesamtfortbewegung) in einem minimalen Zeitabschnitt auszuführen. Weiterhin gehört zum Bereich Schnelligkeit zum einen die Fähigkeit, auf einen Reiz in möglichst kürzester Zeit mit einer motorischen Aktion zu reagieren (Reaktionszeit) und zum anderen die Bewegungsfrequenz.“ (Will 1996, A 3, S. 10)

4.1 Arten der Schnelligkeit

„Man spricht im Zusammenhang mit dem zyklischen Bewegungsablauf auch von einer „Grundschnelligkeit“ die in sportlichen Aktivitäten wie z.B.

Kurzstreckensprint, Basketball usw. besonders zum Ausdruck kommt. Betrachtet man eine solche Schnelligkeitsbetonte Bewegung, so lassen sich vier Phasen unterscheiden:

1. Phase der Reaktion (Reaktionsschnelligkeit)
2. Phase der positiven Beschleunigung
3. Phase der gleich bleibenden Geschwindigkeit (Grundschnelligkeit)
4. Phase der negativen Beschleunigung: Diese Phase ist nicht bei allen Bewegungen, bei denen Schnelligkeit im Vordergrund steht, vorhanden.“ (Will, 1996, A3, S. 10)

4.2 Faktoren, welche die Schnelligkeit beeinflussen

- vererbte, entwicklungsbedingte und genetische Faktoren: Geschlecht, Talent, Alter, Sporttechnik,
- sensitive, kognitive und psychische Faktoren: Konzentrations-Aufmerksamkeit, vorhandene Motivation, Annahme der Information zur Bewertung und Verbesserung
- Neuronale Faktoren: Intramuskuläre Koordination, Schnelligkeit des Stimulus.
- Sehnen-Muskel Faktoren: Disposition and Art der Fasern (Weiße Fasern Typ II- sind schneller), Elastizität in den Muskeln und Sehnen.

5. KRAFT

Jeder Mensch benötigt Muskelkraft, damit er sich (seine Körpermasse oder sein Sportgerät) überhaupt bewegen kann. Selbst für die Aufrechterhaltung der Körperposition „Sitzen“ und „Stehen“ wird Muskelkraft aufgewendet im Sinne der Stabilisierung und des Gleichgewichts. (vgl. Will 1996, A 3, S. 7)

5.1 Arten der Stärke

Maximalkraft: Größtmögliche Kraft, die das Nerven-Muskelsystem des Menschen bei optimaler, willkürlicher Kontraktion ausüben kann. Die

Maximalkraft kann differenziert werden in eine „statische“ (isometrische) oder „dynamische“ (isotonische) Stärke. (vgl. Will 1996, A 3, S. 7)

Schnellkraft: Fähigkeit des Menschen, schnell und optimal Kraft zu entwickeln. Die Schnellkraft ist eine dynamische Krafteigenschaft und wird überall dort benötigt, wo der eigene Körper, Körperteile oder ein Sportgerät (z.B. Speer oder Kugel) beschleunigt werden sollen. (vgl. Will 1996, A 3, S. 8)

Kraftausdauer: Fähigkeit, eine möglichst große Kraft langsam und ausdauernd ausführen zu können, ohne dass dabei ein Abfall der Intensität einsetzt. Dabei ist die Ermüdungswiderstandsfähigkeit des Organismus wichtig.

5.2 Kontraktionsformen

- Isotonische Kontraktion: Der Muskel produziert Kraft mit einer Verkürzung.
  Konzentrisch: Sie kommen näher.
  Exzentrisch: Sie bewegen sich weg.
- Isometrische Kontraktion: Die kontraktilen Elemente verkürzen sich und die elastischen Elemente werden gedehnt, so dass man keine Muskelverkürzung sieht.(vgl. Will 1996, A3, S.8)
- Auxotonische Kontraktion: Kombination der isometrischen und isotonischen Kontraktion.

6. BEWEGLICHKEIT / FLEXIBILITÄT

Die beiden Begriffe werden hier synonym mit dem Begriff Gelenkigkeit verwendet. Es ist die Fähigkeit, eine Bewegung mit der optimalen Schwingungsweite aller beteiligten Gelenke willkürlich ausführen zu können. Diese Fähigkeit hängt von den folgenden Faktoren ab: Geschlecht, Alter, Muskelmasse, Dehnfähigkeit der Muskulatur, Sehnen, Haut, Gelenkkapseln, Gelenkstruktur und Zustand, elastische Eigenschaften der Bänder, äußeren Faktoren wie Tageszeit, Wärme usw., Trainingszustand, Muskeltonus, vorherigen Tätigkeiten (z.B. Aufwärmung, Lockerung), muskuläre Ermüdung. (vgl. Will 1996, A 3, S. 11)

6.1 Komponenten der Flexibilität

Mobilität des Drehens: Bewegungsfähigkeit, das jedes Gelenk, welches von Bändern, Sehnen usw. eingefasst ist, besitzt.
Muskuläre Elastizität: Fähigkeit des Muskels in seiner Gesamtheit gestreckt zu werden und in die ursprüngliche Form zurückzukehren.
„Die allgemeine Beweglichkeit verdeutlicht das durchschnittliche Niveau an Bewegungsausmaß in den wichtigsten Gelenksystemen, d. h. in den großen Gelenken wie z.B. Hüfte, Schulter, Wirbelsäule. Während sie hinsichtlich der sportlichen Komponente kaum Bedeutung hat, ist die spezielle Beweglichkeit, die für die Sportart unbedingt erforderliche Beweglichkeit, entscheidend für den sportlichen Erfolg.
Die aktive bzw. passive Form der Beweglichkeit ist analog der aktiven und passiven Dehnung zu sehen. Dies bedeutet einerseits die selbständige, ohne Hilfe durchgeführte Beweglichkeit bzw. andererseits die durch außen (Partner, Geräte oder anderer Widerstand) erreichte Beweglichkeit. Größer ist in jedem Fall die passive Form.“ (Will 1996, A 3, S. 12)

6.2 Entwicklung der Beweglichkeit

Die Flexibilität ist spezifisch für jedes Gelenk und variiert mit dem Aller, Geschlecht und dem Trainingsgrad. Sie ist in der ersten Lebensphase größer, bei Frauen und bei trainierten Menschen
Die grundlegenden physischen Fähigkeiten entwickeln sich und entfalten ihre Kapazitäten bis zum dritten oder vierten Lebensjahrzehnt. Auf der anderen Seite unterliegt die Beweglichkeit einer Regression. Deshalb sollte man früh beginnen, die Beweglichkeit zu fördern, bereits bei Kindern als Teil der Aufwärmübung, Erholungsphasen im Hauptteil oder in der Erholungsphase des Trainings.

7. KOORDINATION

Zusammenwirken des Zentralnervensystems und der Skelettmuskulatur innerhalb eines gezielten Bewegungsablaufes. (vgl. Will 1996, A 3, S. 12)
Koordination bestimmt die Qualität der Bewegung und repräsentiert die Interaktion der Person mit der Umgebung (Raum-Zeit).

7.1 Klassifizierung

„Das Koordinationsvermögen wird in vier Stadien unterschieden:

1. bildhafte Vorstellung durch die Vermittlung
2. eigene Umsetzung in die Praxis einschließlich der Fehlerkorrektur
3. Ausschaltung von Mitbewegungen der Muskelgruppen, die nicht benötigt werden
4. Automatisierung des Bewegungsablaufs

Das Koordinationsvermögen wird dabei durch folgende Analysatoren beeinflusst:

- kinästhetischer Analysator,
- taktiler Analysator,
- statik-dynamischer Analysator,
- optischer Analysator,
- akustischer Analysator.

Um Teilbereiche der Koordination im Sport bewerten oder beurteilen zu können, kann man einzelne Bereiche näher bestimmen, wie zum Beispiel:

- Gesamtkörperkoordination,
- Auge-Hand-Koordination,
- Auge-Fuß-Koordination,
- Statisch und dynamische Gleichgewichtsfähigkeit,
- Grob-, Fein-, Feinstkoordination,
- Doppelkoordination,
- Simultankoordination, u. a..

Als Teilkomponenten der Koordination werden am häufigsten genannt:

- Motorische Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit,
- Differenzierungs- bzw. Steuerungsfähigkeit,
- Reaktionsfähigkeit,
- Gleichgewichtsfähigkeit,
- Rhythmisierungsfähigkeit,
- Kombinations- und Kopplungsfähigkeit, u. a..“ (Will 1996, A 3, S. 13)

8. GLEICHGEWICHTSSINN

Fähigkeit der Kontrolle des Körpers im Raum und die Wiedererlangung der richtigen Haltung nach einem Ungleichgewicht. Es wurde nach einer Reihe von motorischen Funktionsversuchen hinzugefügt.

8.1 Klassifizierung

Statisch: Das Zentrum der Schwerkraft ist in der Körpermitte.
Dynamisch: Das Zentrum der Schwerkraft ist außerhalb der Körpermitte, welches nach der Gleichgewichtsphase wieder zur zurückfindet in die Ausgangssituation.

Es gibt eine Kontroverse über die mögliche Verbesserung des Gleichgewichtssinns. Auf der einen Seite sagt man, dass diese Fähigkeit kaum trainiert werden kann, da sie mit dem Nervensystem verbunden ist. Auf der anderen Seite wird angenommen, dass es möglich ist, die neuronalen Wahrnehmungsfunktionen der Person zu entwickeln.

9. AGILITÄT / BEHÄNDIGKEIT

9.1 Inhalte

Die Behändigkeit ist die Fähigkeit der schnellen und akkuraten Ausübung von Bewegungen mit Spontaneität. Sie wird von verschiedenen Qualitäten und physischen Fähigkeiten zusammengesetzt.

Sie führt zur größeren Sensibilität der rezeptiven Organe. Durch die allgemeine Verbesserung der physischen Fähigkeiten entwickelt sich Schnelligkeit, Beweglichkeit und Behändigkeit.

9.2 Entscheidende Elemente

Informations-Rezeptoren: Exterozeptive Information (Sicht, Gehör, Gefühl) und *Interozeptive (zu einer Rezeptorzelle gehörende-) Information:* (Muskeln, Gelenke).
Ausführende Organe und Entscheidungsträger: auf der modularen Ebene, auf cerebralem und kortikalem Stamm.
Exekutive Systeme: Muskel- und Gelenksystem

Kapitel 6
UMGANG MIT KÖRPERLICH UND GEISTIG BEHINDERTEN MENSCHEN

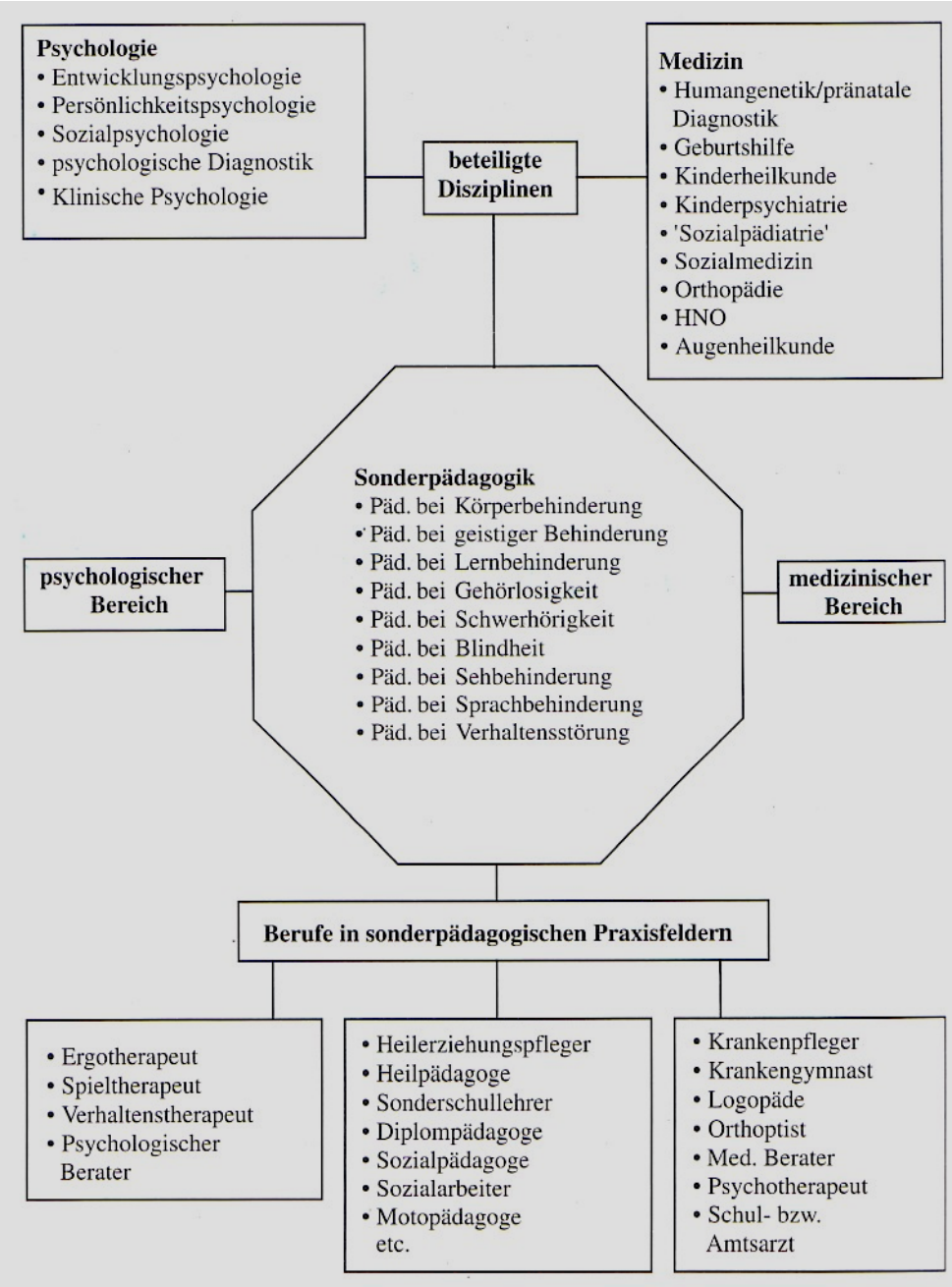
1. EINLEITUNG: Die Zielgruppe – Der behinderte Mensch

In Deutschland leben mehr als 6,5 Millionen schwer behinderte Menschen. Das Betreuen von behinderten Menschen ist nicht einfach, ob im Elternhaus, Wohnheim oder Tagesstätte. Soziale Arbeit mit Behinderten stellt vielfältige Anforderungen und erfordert praxiserfahrene Fachkräfte sowie gut ausgebildete Betreuer.

Unabhängig von der Art der Behinderung weisen behinderte oder chronisch Kranke eine ausgeprägte körperliche Inaktivität mit einer Vielzahl negativer Folgen auf. Die effektive und angemessene Förderung, Betreuung und Pflege von Behinderten kann nur gewährleistet werden, wenn Experten aus unterschiedlichen Disziplinen zusammenarbeiten. Arbeit mit behinderten Menschen ist Teamarbeit von Sonderpädagogen, Medizinern, Psychologen, Therapeuten, Betreuern und Pflegekräften. Aufgrund allgemeiner Finanznöte wird im Bereich der Betreuung oft auf Personal verzichtet bzw. auf „Ehrenämtler“ zurückgegriffen, die zumeist an der Zielgruppe interessiert, aber wenig qualifiziert in psycho-pädagogischer und physiotherapeutischer Hinsicht arbeiten.

Wir greifen die Gruppe der Betreuer heraus, um ihnen eine fachbezogene Ausbildung anzubieten und sie entsprechend auf die Zielgruppe einzustellen:

Berufsfelder rund um die Zielgruppe: Behinderte Menschen.

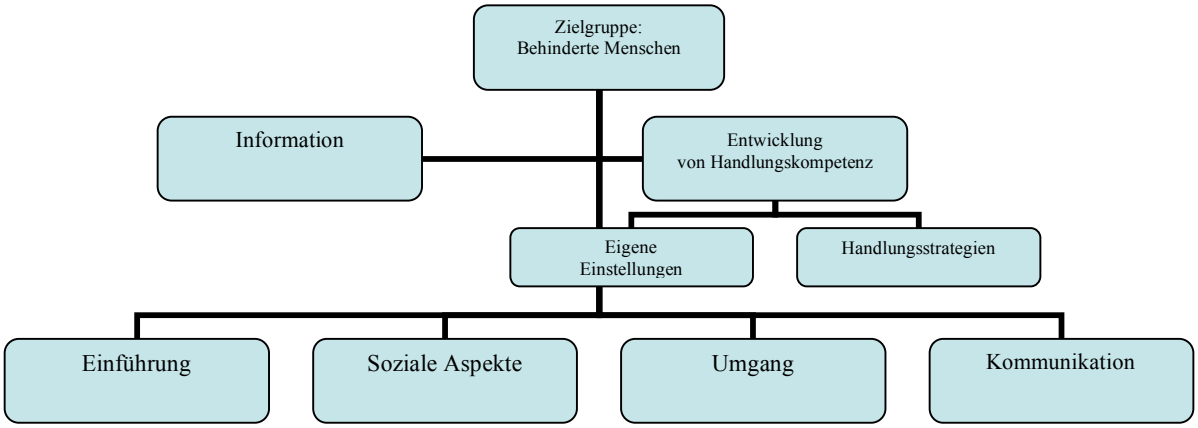


2. UMGANG MIT BEHINDERTEN MENSCHEN

Die pädagogischen Inhalte dieses Kapitels sollen helfen, unterstützende Wege aufzuzeigen. Zu Beginn müssen Definitionsfragen aufgegriffen und psychologische Faktoren zu sozialen und individuellen Aspekten der Person-Umwelt-Interaktion von Menschen mit Behinderungen vorgestellt werden. Eine verständnisvolle und hilfreiche Einführung in den Personenkreis geistig

behinderter Menschen muss als Einstieg in die Betreuungsarbeit vermittelt werden.
Es wird versucht, behinderte Menschen von innen her zu verstehen, wie sie fühlen, denken und handeln. Auf diesem Hintergrund werden Wege der Betreuung behinderter Menschen aufgezeigt. Pädagogisches Wissen ist nützlich, weil es ein Instrument bietet, Menschen in der Entfaltung ihrer Fähigkeiten zu fördern. Betreuer haben oft sehr genaue Vorstellungen, was für den Behinderten richtig und wichtig ist, ohne die Gefühle des Anderen zu hinterfragen. Deshalb sind Kenntnisse wichtig, um das „Anderssein“ anderer Menschen besser zu verstehen. Die Betreuer werden lernen, Wissen als Verständnishilfe einzusetzen und Kenntnisse zu nutzen, um die betreuten Menschen zu fördern, wie es ihrer Eigenart und ihren Bedürfnissen entspricht.

Modulaufbau



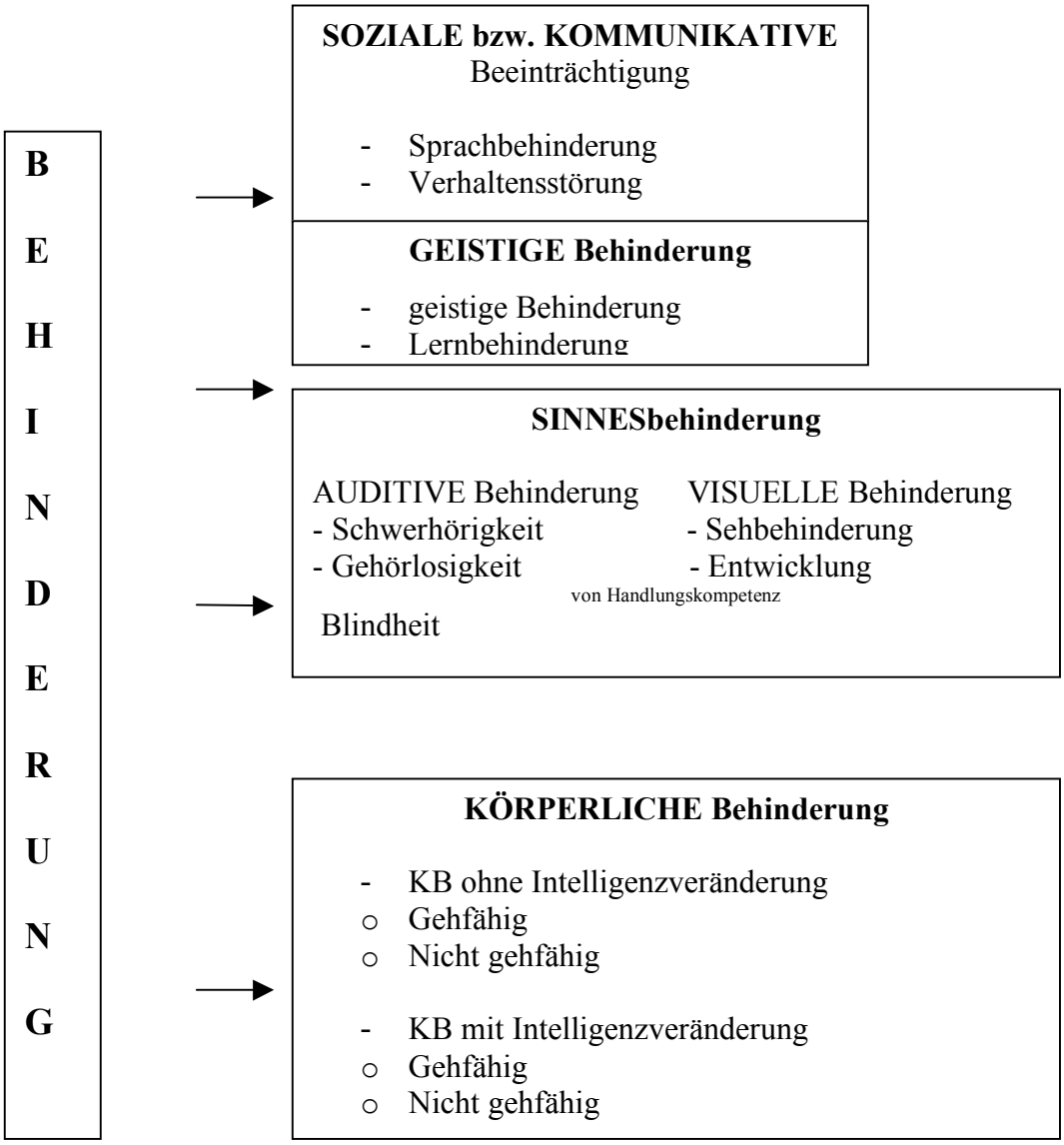
3. DEFINITION VON BEHINDERUNG

Behinderung ist die Folge einer Schädigung wie beispielsweise einer frühkindlichen Hirnschädigung, einer angeborenen Gliedmaßenfehlbildung, des Ausfalls eines Sinnesorgans, die Chronifizierung einer Erkrankung oder Ergebnis eines Unfalls. Die Schädigung kann sowohl im körperlich-biologischen - als auch im geistig-seelischen Bereich auftreten. So ist eine gängige Klassifikation die Unterscheidung in Anfallserkrankungen,

Altersgebrechlichkeiten, Geisteskrankheiten (Psychosen), Hörschädigungen, Intelligenzschädigungen, Körperbehinderungen, langfristige Erkrankungen, Sehschädigungen, Sprachbehinderungen und Verhaltenstörungen (vgl. Bleidick & Hagemeister, 1992, S. 14f.).

Eine weitere Definition besagt:

„Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen so weit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden“. (Bleidick & Hagemeister, 1992, S. 12)



4. DER UMGANG MIT BEHINDERTEN MENSCHEN (nach Marlis Pörtner)

Im Umgang mit behinderten Menschen sollte „Personen zentriert“ gearbeitet werden. Das heißt, man geht nicht von den Vorstellungen aus, wie Menschen sein sollten, sondern davon, wie sie sind und von den Möglichkeiten, die sie besitzen. Der Andere sollte in seiner ganz persönlichen Eigenart ernst genommen werden und man sollte versuchen, seine Ausdrucksweise zu verstehen und ihn dabei unterstützen, eigene Wege zu finden. Personen zentriert heißt, mit dem betroffenen Menschen arbeiten, nicht für sie Probleme zu lösen. Das bedeutet, ihre unterschiedlichen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Ansichten zu berücksichtigen und einzubeziehen und ihnen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Selbstverantwortung zuzutrauen.
Grundvoraussetzung dafür ist, dass in jedem Menschen eine eigenständige, in sich wertvolle Persönlichkeit gesehen wird und die Verschiedenartigkeit der Menschen respektiert wird.
Einem Menschen mit der Einstellung zu begegnen, dass sein Verhalten eine Bedeutung hat, die wir nicht verstehen, ermöglicht einen ganz anderen Zugang zu ihm, als wenn wir ihn einfach als „behindert“ abstempeln.
Allein der Versuch zu verstehen, verändert die Qualität der Beziehung. Menschen so zu begegnen bedeutet: Vorhandene Fähigkeiten zu erkennen und zu unterstützen.

Für diese Betreuungshaltung sind drei Komponenten unerlässlich:
1. Empathie
2. Wertschätzung
3. Kongruenz

1. **Empathie** bedeutet einfühlendes Verstehen. Es ist der Versuch, die Gefühle des anderen genau und sensibel zu erfassen. Dies ist aber nicht gleichzusetzen mit Identifikation. Der andere wird nicht interpretiert und „zugeordnet“, sondern verstanden.
2. **Wertschätzung** bedeutet, den anderen ohne Wertung als Person mit allen Vorteilen und Defiziten zu akzeptieren.

3. **Kongruenz** heißt, sich bewusst zu machen, selber ein Mensch mit situationsabhängigen Gefühlen zu sein. Dabei ist es wichtig, trennen zu können, was man selber in der Betreuungssituation fühlt von dem, was der andere fühlt.

Um in der Betreuungsarbeit sicher aufzutreten müssen **Handlungsgrundlagen** geschaffen werden:

- Gleichgewicht zwischen den Rahmenbedingungen und dem Handlungsspielraum

So wichtig wie der feste Rahmen in der Betreuungsarbeit ist auch der zugelassene Spielraum für eigene Entscheidungen und Initiativen des behinderten Menschen. Nur so kann eine Entwicklung gefördert werden. Der Betreuer muss sich der Grenzen jederzeit bewusst sein und sie in der Arbeit mit Klarheit vertreten können.

- Subjektives Erleben

Wie etwas erlebt wird ist mindestens so wichtig, oft sogar entscheidender, wie die Tatsache, was erlebt wird. Erleben ist immer subjektiv, dies ist ein zentraler Aspekt der Persönlichkeit, ein Schlüssel zum Verstehen.
Generell neigen die Menschen dazu, ihr Wissen, die Normen und oft auch ihr eigenes subjektives Erfahren zum „objektiven“ Maßstab zu machen. Der Betreuer gibt Anweisungen, wie der behinderte Mensch sich verhalten muss, damit er sich besser fühlt…

- Stärken stärken

Nicht was fehlt ist entscheidend, sondern dass etwas vorhanden ist. Das Potential zur Veränderung findet sich in den vorhandenen Ressourcen, nicht in den Defiziten.

- Kleine Schritte

Jeder Schritt, und sei er noch so klein, beweist die Fähigkeit, Schritte zu machen und beinhaltet das Potential für weiteres Vorankommen. Deshalb müssen die Betreuer gerade den kleinen Schritten ganz besondere Beachtung

schenken. Wie Fortschritte gemacht werden, bestimmt ausschließlich der Rhythmus der betreuten Person. Das gilt ganz besonders für Menschen mit geistiger Behinderung. Das Ziel steht dabei nicht im Vordergrund, sondern vielmehr der Weg zu diesem Ziel.

- Selbstverantwortung

Betreuungsziel sollte grundsätzlich sein, die Selbstverantwortung des Behinderten weitgehend zu fördern. Die Möglichkeiten, Verantwortung für sich zu übernehmen, sind bei Menschen, die Betreuung brauchen, naturgemäß eingeschränkt. Leider führt das oft dazu, dass sie ihnen ganz abgenommen wird. Doch es gibt immer irgendeinen Bereich, und sei er noch so klein und unscheinbar, in dem sie Verantwortung übernehmen können. Es ist die Aufgabe der Betreuer, diesen Bereich herauszufinden.
Verantwortung übernehmen heißt, dass man ernst genommen wird und nicht völlig von anderen abhängig ist, was wiederum die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl beeinflusst.

4.1 Verbale und nonverbale Kommunikation im alltäglichen Umgang

- Zuhören und Ernstnehmen

Zuhören ist mehr als Hinhören. Es ist das Hinhören auf Nuancen, auf Hinweise für Veränderung, für eigenständige Impulse, Bedürfnisse oder Wünsche, auf Gefühlsäußerungen und Stimmungen. Zuhören ist unerlässlich damit man besser versteht, wie der andere Mensch empfindet und was er benötigt, aber auch um herauszufinden, wie die Bezugsperson darauf eingehen kann. Ohne Zuhören ist keine zufrieden stellende Betreuung und Förderung möglich. Betreuer müssen zuhören, bevor sie handeln und Maßnahmen treffen können. „Zuhören“ sollte man mit allen Sinnen. Man muss auch auf Reaktionen, Gefühle, Empfindungen achten, die keinen sprachlichen Ausdruck finden.
Das erfordert ebenfalls ‚hinschauen’ – aber nicht im Sinn von ’Verhalten beobachten’, um es dann zu deuten und zu beurteilen, sondern im Sinne von sich einfühlen in die Welt der anderen Person und aufmerksam zu beobachten, wie sie ‚Dinge erlebt’. Ist die Person verspannt oder gelöst, schaut sie ängstlich oder traurig oder fröhlich, sucht sie Nähe oder zieht sie sich lieber zurück? Wie

reagiert sie auf mein Verhalten? Was scheint sie zu mögen, was scheint ihr unangenehm zu sein?

Den anderen Ernstzunehmen ist das allerwichtigste, auch wenn eine Äußerung unverständlich oder eine Verhaltensweise absurd erscheint.
Zum Ernstnehmen gehört auch ein Grundsatz, der eigentlich selbstverständlich ist, aber in der Praxis allzu oft nicht beachtet wird: Niemals über anwesende behinderte Menschen sprechen, sondern mit ihnen sprechen. Die Unsitte, über Menschen zu sprechen, als wenn sie nicht da sind, obwohl sie im gleichen Raum sitzen, ist in der menschlichen Auseinandersetzung in vielen Bereichen anzutreffen.
Gerade Menschen, die sich nicht ausdrücken oder nicht hören können, haben meist ein sehr empfindliches Gefühl, ob und in welcher Stimmung von ihnen die Rede ist. Wie negativ sich diese Erfahrung auf das Selbstwertgefühl auswirkt, lässt sich leicht nachvollziehen.

- <u>Wissen als Verständnishilfe, nicht als Besserwisserei</u>

Bezugspersonen sollen grundsätzlich nicht davon ausgehen, dass sie sicher wissen, wie jemand reagieren wird, unabhängig von den Erfahrungen, die er bisher mit dieser Person gemacht hat.
Sie müssen stets offen bleiben für neue und unbekannte Seiten der Persönlichkeit.

- <u>Subjektives Erleben einbeziehen</u>

Das subjektive Erleben der betroffenen Menschen muss mit einbezogen werden, wenn es um die Schaffung angemessener Bedingungen für ihr Wohlergehen geht. Nur wenn Bezugspersonen aufmerksam dafür sind, wie etwas erlebt wird, können sie sinnvoll handeln.
Meist wirkt es kommunikationsfördernd, wenn Wünsche und Ängste geäußert werden können und anschließend ernst genommen und akzeptiert werden.

- <u>Ermutigen</u>

Behinderte Menschen erfahren im Laufe ihres Lebens viel Entmutigung. So manches, was sie gern möchten, können sie nicht. Sie trauen sich nichts mehr

zu oder sie überschätzen sich und werden erneut entmutigt. Die Betreuer sollten aufmerksam auf jedes Zeichen von Hoffnung und Mut achten, es unterstützen und in dem Moment die Person bestärken.

- Eine Behinderung ist kein „Hingucker“

Bei behinderten Menschen neigt die Umwelt dazu, sich ständig mit dem “Problemverhalten“ zu beschäftigen. Dieses „Auf das Symptom starren“ bewirkt, dass die Person mehr und mehr auf ihre Behinderung reduziert wird.
Die Art der Behinderung, das Ausmaß der Sichtbarkeit beziehungsweise der gesellschaftlich relevanten Funktionsminderleistung bestimmt die Einstellung zum Behinderten. Der Umgang mit einer Körperbehinderung scheint einfacher zu sein als mit einer Behinderung im geistigen oder psychischen Bereich.
Das Verhalten Nichtbehinderter gegenüber Behinderten ist sehr häufig geprägt von Verhaltensunsicherheit und zeigt sich in den für die Begegnung typischen Verhaltensweisen. Das sind Reaktionen wie zum Beispiel das Anstarren oder reduzierter Blickkontakt, Ansprechen in kindlicher Tonlage, diskriminierende Äußerungen, Witze, Spott, Hänseleien oder Aggressivität. Selbst Reaktionsformen die auf den ersten Blick positiv erscheinen, dienen häufig der Abgrenzung wie die Äußerung von Mitleid und aufgedrängte Hilfe oder eine Schein-Akzeptanz. Das höfliche Übersehen der Behinderung ist allerdings nur schwer durchzuhalten.

- Eigenständigkeit unterstützen

Menschen, die weitgehend fremdbestimmt leben müssen, haben meist ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Eigenständigkeit. Da für dieses Bedürfnis wenig Spielraum vorhanden ist, hakt es sich manchmal an Kleinigkeiten fest, die den Betreuern völlig nebensächlich erscheinen, dem betroffenen Menschen aber äußerst wichtig sind.
Eigenständig handeln heißt immer auch Verantwortung für sich zu übernehmen. Diese Verantwortung muss den Behinderten, wo immer es geht, überlassen und vor allem zugetraut werden. Dabei ist es gut, überschaubare Wahlmöglichkeiten anzubieten. Der Unterschied ist groß, ob ein Mensch alles diktiert bekommt oder ob er gewisse Dinge selber beeinflussen kann.

Je eingeschränkter ein behinderter Mensch leben muss, desto anspruchsvoller ist die Herausforderung an die Betreuer herauszufinden, wo ihm dennoch Entscheidungsfreiheit eingeräumt werden kann. Es ist auf ganz verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichem Ausmaß möglich und notwendig, Wahlmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Sie verbessern die Lebensqualität, fördern die Eigenständigkeit und stärken das Selbstwertgefühl. Wahlmöglichkeiten müssen echte Entscheidungsalternativen bieten. Sie dürfen die behinderten Menschen aber nicht überfordern, sondern müssen ihren persönlichen Möglichkeiten angepasst und für sie überschaubar sein.
Wenn behinderte Menschen durch Aufgaben überfordert sind, müssen die Betreuer ihnen Unterstützung anbieten. Anstatt sie in der Situation allein zu lassen sollen sie Hilfestellungen geben, ihnen aber nicht die Aufgabe ganz abnehmen.
So können die Menschen erfahren, dass sie trotz ihrer Behinderung nicht an schweren Aufgaben versagen müssen.
Betreuer müssen die situativen Entscheidungsmöglichkeiten klar einschätzen können.

- <u>Zeit geben</u>

Ein behinderter Mensch braucht Zeit, um die Informationen richtig aufzunehmen und viel Zeit für seine Reaktion. Die Gefühle, die dabei ausgelöst werden, müssen Platz haben und angenommen werden. So können viele Kämpfe, Verweigerungen und Angstreaktionen vermieden werden, die viel Energie und Zeit in Anspruch nehmen. Zu bedenken ist, dass gerade bei behinderten Menschen ganz einfache Situationen, die vom gewohnten Ablauf abweichen, undurchschaubar und beunruhigend sein können. Das führt sie oft in eine tiefe Krise und zu starken Gefühlsausbrüchen. Bei solchen Gefühlsausbrüchen ist es besonders wichtig, einfach da zu sein, mitzufühlen und sie auszuhalten. Dieses Aushalten fällt den Bezugspersonen häufig sehr schwer. Es ist keine leichte Aufgabe für den Betreuer, doch hilft es den betroffenen Menschen in solchen Situationen mehr als alles andere, weil es Raum schafft, die Gefühle zuzulassen. Diese Ausbrüche beurteilen kann keiner. Es ist zumeist ungeklärt, was in dem behinderten Menschen vorgeht. Der Betreuer ist auf einfühlende Vermutungen angewiesen.

- Die Sprache des Gegenübers finden

Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um mit der betreffenden Person in Kontakt zu kommen. Es genügt nicht, dass Betreuer die Sprache derjenigen, die sie betreuen, verstehen, sie müssen sich auch so ausdrücken können, dass sie von ihnen verstanden werden. Die Sprache des Gegenübers finden (nicht nur die verbale, sondern die gesamte Ausdrucksweise) heißt, Dinge anschaulich und sichtbar zu machen und so darzustellen, dass sie für den anderen Menschen begreiflich und nachvollziehbar werden. Nicht immer geht es um die richtigen Worte, sondern oft auch um die richtigen Gesten. Die Sprache des Anderen finden kann auch heißen: Ihn an die Hand nehmen und etwas mit ihm zusammen machen. Der wichtigste Zugang zur Sprache des anderen ist selbstverständlich das gute Zuhören. Auch mit sprach- und gehörlosen Menschen muss man sprechen. Es hilft dem Betreuer, die Situation für sich zu klären, evtl. Spannungen zu durchbrechen und wird möglicherweise auch dem Gegenüber spürbar.

5. DER BEHINDERTE MENSCH IM SPORT (nach Manfred Wegner)

Körperliche Aktivität ist gerade für Menschen mit einer Behinderung im Rahmen der Rehabilitation und Prävention über den Breitensport bis hin zum Leistungssport besonderes wichtig. Die Thematik von Sport und Behinderung ist in der sportpsychologischen Forschung bisher noch wenig untersucht worden. Zwei Problembereiche kennzeichnen die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Behinderung: die Negativsicht von Behinderung und die fehlende Methodenkontrolle. Menschen mit Behinderungen werden eher an ihrem abweichenden Merkmal als an ihren Kompetenzen gemessen. Unter dem Dach des Deutschen Behinderten-Sportverbandes (DBS) betreiben rund 340.000 behinderte Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren in mehr als 3.300 Sportvereinen Rehabilitations-, Breiten- und Leistungssport. Sport ist Hilfe zur Selbsthilfe, mit dem Ziel, die Eigenverantwortlichkeit für die Gesundheit zu stärken. Im Rahmen des Freizeit- und Breitensportes werden zahlreiche unterschiedliche Sportarten angeboten. Bei der Auswahl der Sportart

müssen die Funktionseinschränkungen unter körperlicher Belastung durch die Behinderung und das Belastungsprofil der jeweiligen Sportart berücksichtigt werden

Der Bereich von Sport und Behinderung ist in der Auswirkung auf die Rehabilitation von Behinderten dringend zu untersuchen. Das Problem der wissenschaftlichen Betrachtung von Behinderung ist ähnlich determiniert wie der Alltagsumgang mit Menschen mit Behinderungen: Die einfache Reduktion des Zusammenhangs von körperlicher Schädigung und seelischer „Beschädigung" verengt den Blickwinkel einseitig auf das abweichende Merkmal und versperrt damit den Weg zum Verstehen des Menschen mit einer Behinderung. Empirische Untersuchungen über die Konsequenzen von Behinderung zeigen, dass eine körperliche Schädigung das psychische Gleichgewicht stark erschüttern und große Anpassungsprobleme nach sich ziehen kann. Allerdings haben schon frühzeitig Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur von Menschen mit Behinderungen zeigen können, dass weniger die Behinderung als die individuellen Persönlichkeitsstruktur und der gesellschaftliche Umgang mit der Behinderung ausschlaggebend sind.

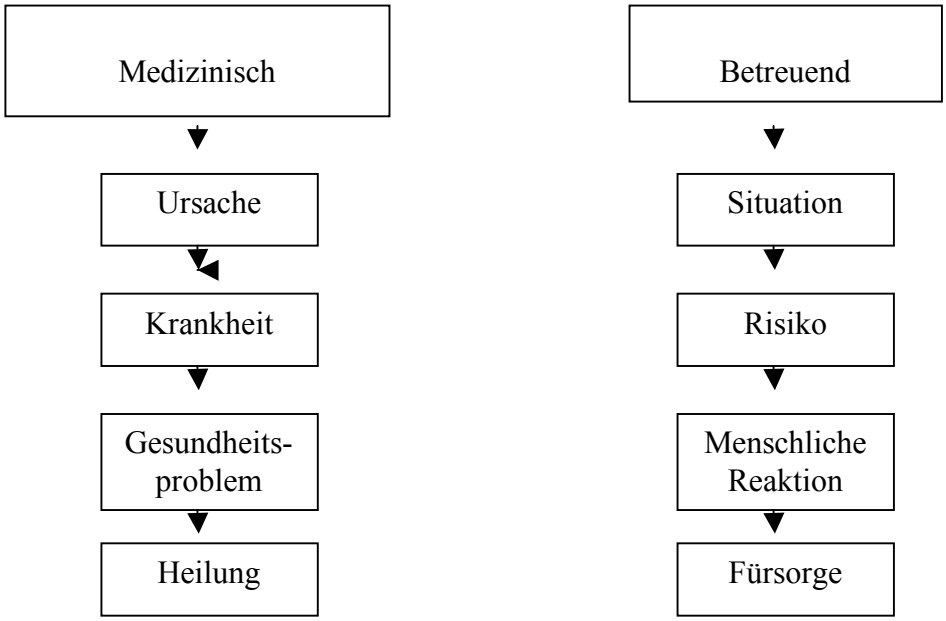
5.1 Sport als Handlungsspielraum

Der Sportbereich ist ein idealer Handlungsraum, um die Selbstverantwortung und Eigenständigkeit des behinderten Menschen zu fördern. Im Sport können die Betreuer die Entwicklungsschritte des behinderten Menschen begleiten, sie bei Misserfolgen ermutigen und vor allem negative Erfahrungen auffangen.

Motivation und Ziele sind dabei die wichtigsten Beweggründe für eine positive Einstellung zum Sport. In ihrer Funktion erfüllen sie Handlungsvorbereitende, Handlungsbegleitende und Handlungsnachbewertende Aufgaben. Im Sport ist leistungsthematisches Handeln mit einem individuellen Anspruchsniveau und für die Person verbindlichen Gütemaßstäben verbunden. Dies gilt auch für die Sportaktivität von Menschen mit Behinderungen. Verhaltensvorhersagen sind allerdings nur schwer möglich und es fehlt die Kontrolle der Wirksamkeit sportlicher Aktivität über die Zeit. Allerdings dürfen die Sporttherapeuten und Betreuer auch hier nicht übersehen, dass nicht nur das Ziel, sondern vor allem der Weg zum Ziel von größter Bedeutung ist.

Kritisch zu beachten ist die behinderungsbedingt veränderte Belastungsreaktion, hinsichtlich der Ermüdung und Regeneration. Medizinische Ursachen sind wichtig, die subjektive Verarbeitung darf aber nicht unberücksichtigt bleiben.
Der Betreuer muss mit Feingefühl die Nuancen wahrnehmen und die Gefühle des Gegenübers verstehen und berücksichtigen:

Vergleich des medizinischen und betreuenden Handlungsmodells:



Nicht selten ändert sich durch den Sport das Selbstkonzept des Behinderten, was gerade im Sport eine entscheidende Rolle spielt. Das Selbstkonzept beschreibt einerseits, wie Menschen sich selbst wahrnehmen, andererseits aber auch idealer weise sein möchten. Es setzt sich aus verschiedenen Bereichen zusammen, die in verschiedenen Situationen verhaltensrelevant werden.
Viele Betroffene definieren ihre Persönlichkeit nicht über ihre Behinderung und betrachten sich somit selbst nicht als behindert. Als Hauptgrund für die Nichtteilnahme an sportlichen Aktivitäten sind weniger die Behinderung als vielmehr Barrieren – faktisch und sozial - in der Umwelt. So können

Selbstbestimmtheit und eigenes Erleben zur Verbesserung der Einstellung zu sich selber führen.

Grundsätzlich kann man festhalten, dass folgende positive Einflussfaktoren durch den Sport begünstigt werden:

- Zugewinn an Bewegungsfähigkeit und funktioneller Unabhängigkeit
- Erfolgserlebnis in der Meisterung besonderer Anforderungen
- Selbstvertrauen
- Selbstkonzept
- Kontrollerfahrung und Aktivierung
- Soziale Akzeptanz

Anhänge

1. ANHANG 1: Der Epileptische Anfall

Epilepsie manifestiert sich in Anfällen. Ein Anfall entsteht durch eine Entladung mehrerer großer Nervenverbände des Gehirns bei fehlender Erregungsbegrenzung.

1.1 Was bei einem Anfall zu tun ist

- Legen Sie die Person auf die Seite. Lockern Sie die Kleidung am Hals.
- Entfernen Sie alle gefährlichen Objekte.
- Legen Sie etwas Weiches neben den Kopf, um Verletzungen zu vermeiden.
- Wenn es länger als 5 Minuten dauert, rufen Sie einen Arzt.

1.2 Was man nicht tun sollte

- Halten Sie die Bewegungen nicht zurück.
- Legen Sie nichts in den Mund, auch wenn sich die Person auf die Zunge gebissen hat.
- Spritzen Sie kein Wasser auf die Person, schütteln und schlagen Sie die Person nicht.
- Geben Sie nichts zu trinken.

2. ANHANG 2 (zu Kapitel 3):Unterstützung für Personen mit schweren Behinderungen

Wenn man über motorische Behinderung spricht und / oder Cerebralparese, dann ist nicht zu leugnen, dass es viele schwere Fälle gibt, bei denen die Personen auf einen Helfer angewiesen sind, um ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen (Essen, Trinken, Anziehen, zur Toilette zu gehen oder ein Bad zu nehmen). Auf diese Verrichtungen sollte der Sportassistent vorbereitet sein,

denn er muss den Sportler während des Trainings auch bei diesen alltäglichen Dingen unterstützen können.

2.1 Kommunikation

Trotz Einschränkungen im motorischen Bereich und oft auch in der Sprache (bei der Cerebralparese) gibt es viele andere Kommunikationsformen:
Alles ist „Sprache“: Gesichtsausdruck, Mimik, Gestik, Geräusche, Blicke, Lachen, Weinen, Körperhaltung, Schrift, Kommunikations-Schaubilder…

- Geben Sie nicht vor, als hätten Sie etwas verstanden, wenn es nicht stimmt. Haben Sie keine Hemmungen, um Wiederholung zu bitten.
- Ermutigen Sie den Gebrauch von Schaubildern, wenn es welche gibt.

2.2 Essen

Schwer betroffene Cerebralparetiker sind nicht in der Lage, ihre Körperbewegungen zu kontrollieren. Es ist oft schwer für sie zu kauen und zu schlucken. Schneiden Sie das Essen in kleine Stücke, falls nötig.

Wenn sie selbständig essen

- Lassen Sie die Person so selbständig essen wie möglich, auch wenn besonderes Geschirr benötigt wird.
- Stellen Sie sicher, dass der Tisch in der Höhe an den Rollstuhl angepasst ist.
- Die Person sollte gut positioniert im Stuhl sitzen (Körper aufrecht und Arme auf dem Tisch, Füße unterstützt).

Wenn sie gefüttert werden müssen

- Der Stuhl muss gebremst sein und dem Helfer gegenüber stehen. Der Helfer sitzt auf der gleichen Höhe wie die behinderte Person, damit sich die Person nicht nach dem Löffel strecken muss.
- Stecken Sie den Löffel in die Mitte des Mundes, auf die Zunge, und ziehen Sie den Löffel gerade wieder heraus, ohne die Zähne zu berühren. Helfen Sie der Person den Mund zu schließen, falls nötig.
- Die Tasse muss an die untere Lippe geführt werden, bis sie die obere Lippe berührt. Benutzen Sie kein Gefäß aus Glas.

○ Respektieren Sie die Zeit, die die Person für das Kauen und Schlucken benötigt.

2.3 Transporte

Transporte sind notwendig, um die täglichen Verrichtungen abhängiger behinderter Menschen zu bewältigen. Der Helfer muss die effektivste Art der Ausübung kennen, um unnötige Anstrengung zu vermeiden.

Grundsätzliches:

- vorherige Vorbereitung der benötigten Ausrüstung für den Transport;
- beachten Sie Sicherheit und Vertrauen;
- achten Sie auf Zeichen von Schmerzen oder Unwohlsein;
- zum Schluss versichern Sie sich, dass die Person bequem und gut positioniert sitzt.

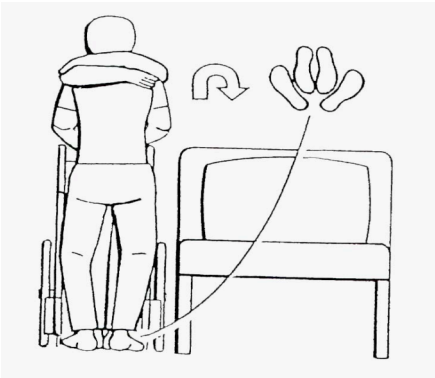
Nun folgen einige Abbildungen, welche die beste Art des Transports erläutern:

Treppen hochsteigen

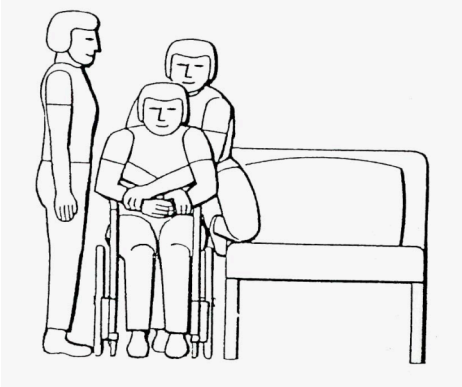
Treppen heruntersteigen – zwei Helfer

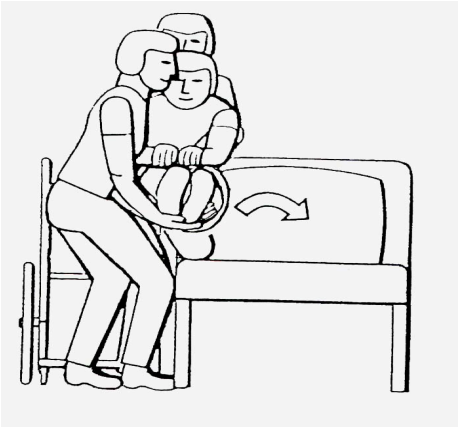
Treppen heruntersteigen

Transfer vom Stuhl ins Bett



Transfer vom Stuhl ins Bett – zwei Helfer





Transfer vom Stuhl zur Toilette

3. ANHANG 3 (zu Kapitel 5): Aufwärmübungen

Das Aufwärmen ist ein wesentlicher Bestandteil der Trainings- oder Physiotherapiestunde. Es schließt zahlreiche Aktivitäten ein, die den Körper für anspruchsvollere Arbeitsschritte vorbereiten, bei denen die Organe ihre Arbeit aufnehmen und ihre Leistung verbessern.

3.1 Ziele

- **Lernen***:* Das Aufwärmen begünstigt den psychologischen Willen, der für den Lernprozess nötig ist. Im erzieherischen Kontext können Aufwärmübungen zur Unterstützung der Erinnerung vorhergegangener Sitzungsinhalte führen. Aufwärmübungen helfen Sportlern bei der Entwicklung besonderer technischer und koordinatorischer Fähigkeiten.
- **Physiologie**: Der Anstieg der Muskel- und Organtemperatur begünstigt die physiologischen Funktionen des Körpers.
- **Nervensystem***:* Aufwärmübungen helfen der neuromuskulären Koordination zwischen den agonistischen und antagonistischen Muskeln. Sie unterstützen die Reaktionsfähigkeit. (wie es auch die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung erhöht) und unterstützt die Bewegungssensibilität (Kinästhesie: Empfindung der Bewegung des Körpers).
- **Psychologie***:* Sie unterstützen die psychologische Vorbereitung für die Anstrengung (steigendes Selbstbewusstsein und Konzentration). Im Wettbewerb wird die Angst vermindert.
- **Leistung***:* Es verbessert die Leistung verschiedener physischer Qualitäten

3.2 Arten des Aufwärmens

Bezogen auf der zur folgenden Aktivität:

- **Physiotherapie Sitzung***:* Das Aufwärmen ist Teil der Sitzung, ein Element des Lernprozesses.

- **Training**: Das Aufwärmen stellt eine physische Vorbereitung für die folgenden Aktivitäten dar.
- **Wettkampf**: Die physische und psychologische Vorbereitung ist wichtiger als der Wettbewerb.
- **Allgemein**: Aufwärmen als allgemeines Training vor dem spezifischen Training.
- **Spezifisch**: Als Stimulation vor der spezifischen Sportaktivität.

Bezogen auf seine Eigenschaften:

- **Statisch**: Aufwärmübungen schließen Bewegung nicht ein.
- **Dynamisch**: Aufwärmübungen schließen Bewegung ein.
- **Gemischt**: Mischung der statischen und dynamischen Methoden.
- **Aufwärmspiele**: Das Aufwärmen basiert auf Spielen.

3.3 Elemente, die zu den Aufwärmübungen gehören

- **Alter***:* Alter begrenzt einige physiologische Aspekte. Kinder und Jugendliche haben einen geringeren Muskeltonus und eine geringere Blut-Zähflüssigkeit (Viskosität) und benötigen deshalb eine kürzere Aufwärmzeit. Das Aufwärmen kann jedoch aus erzieherischen oder psychologischen Aspekten ausgedehnt werden.
- **Sport***:* Die Art des Aufwärmens hängt von den Besonderheiten jeden Sports ab und von den organischen und neuromuskulären Voraussetzungen. Diesen Aspekten soll besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.
- **Physische Kondition**: Je härter das Training, desto länger soll das Aufwärmen dauern und umgekehrt. Der Grad der Müdigkeit kann die Aktivität beeinflussen.
- **Außentemperatur***:* Bei kalten Temperaturen benötigt der Körper mehr Energie um eine optimale Körpertemperatur zu erlangen

BIBLIOGRAPHIE

AARM (1992 Y 2002)

Antunes et al.
Educação Física 11º - Porto Editora

Arnold / Israel / Richter
Sport mit Rollstuhlfahrern

Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A. & Paneth, N. (2005)
Proposed Definition and Classification of Cerebral Palsy. Developmental Medicine and Child Neurology. 47, 571-576.

Beck, Iris
Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen

Blaumeiser, G.
Herausforderung Behindertensport

Bleidick & Hagemeister, 1992

Bompa, T. (1983)
Theory and methodology of trainning . ed Jendal Hunt.Iowa
Matvéiev, L.- (1991) Fundamentos do treino desportivo.Ed Livros horizontes, 1ª edição portuguesa, Lisboa

Cidade, Ruth (2000)
Educação Física e Inclusão: considerações para a prática pedagógica na escola- revista Integração

CIDMM. OMS 1980

CIF. OMS 2001

Ferreira, L. (1998)
Análise do auto conceito e da auto estima nos indivíduos portadores de sequelas de paralisia cerebral. Dissertação de mestrado, Faculdade de ciências do desporto e da educação física, Universidade do Porto

Frank W. Dick
Principios del entrenamiento Deportivo. Paidotribo

Gleeson, M. & Pelosi, T. (1988)
Illustrated Transfer Techniques for Disabled People, Australia

Guillén del Castillo, M. y Linares Girela, D.

Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano, Editorial Médica Panamericana

Gutmann, Sir Ludwig (1977)
Desporto para deficientes físicos 2ºEd-LisboaDGD Antologia desportiva

Gutmann, Sir Ludwig
Sport für Körperbehinderte

Haep, H., (1992)
Neuer Vertrag zur Förderung des Rehabilitationssports. In: Behinderung und Sport,

Hensle, Ulrich u.a.
Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen

Jackson
Klinikai belgyógyászat

Kálmánchey
Gyermekneurológia. Medicina, Budapest 2000

Katona – Siegler
Orvosi rehabilitáció. Medicina, Budapest 1998

Kiss – Mücke – Osztovics
Szindróma atlasz. Medicina, Budapest 2000

Lehmann, René (1984)
O ensino da Natação a deficientes motores- 3º edição

Lopes,R., Ferreira M.(1996)
Desporto-Ensino Secundário10/11/12-Areal Editores. Portugal

Manual de Buenas Prácticas FEAPS

Manual de Educação Física e Desporto- Técnicas e actividades práticas – vol 2

Manual de Socorrismo (2003)
Cruz Vermelha portuguesa – 4º Edição

Marta, L. (1998)
Boccia, estudo piloto sobre o estado do conhecimento das modalidades. Dissertação de mestrado. Faculdade de ciências do desporto e da educação física, Universidade do Porto

Masini, E.F.S. (1994)
O perceber e o relacionar-se com o deficiente Visual. Brasília: Corde

Mc Cracken, Thomas O., Ed. (2000)
Der 3 D Anatomie Atlas, Augsburg

Medicina, Budapest 1999

Miller, F. & Bachrach, S.J. (1995)
Cerebral Palsy: A Complete Guide for Caregiving. Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press.

Pablo Lopes de Vinasfre et al.
Manual de Educação fisica e Desportos vol II Editotial oceano

Pais, S. , Romão, P.
Desporto II-Componente de formação técnica, Porto Editora. Portugal

Pörtner, Marlis
Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen

Revista médica internacional sobre el Síndrome de Down
1998. Noviembre. nº 5. Página 12
1999. Volumen 3. Número 3. Página 47 y 48
2000. Volumen 4. Número 3. Página 34-40
2001. Volumen 5, número 3. pág 41 y 42
2003. Volumen 7. Número 1. Página 10-15

Rheker, Uwe
Integrationssport – Sport ohne Aussonderung

Schind, Volker
Chancen der Integration durch Sport

Serranito, P. (2001)
Fundamentos Biológicos de exercício e da condição Física Manual de apoio aos cursos CEFAD vol II Lisboa ed Xistarca

Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS
Celsa Cáceres Rodríguez. Dpto. de Trabajo Social y Servicios

Varela, A. (1986)
Uma metodologia do ensino da natação para pessoas portadoras de deficiência.Ludens, 49-58

Wegner, Manfred
Sport und Behinderung

Will, Harald; Dahlmanns, Jupp (Red.) (1996)
Handbuch Rehabilitationssport, Hannover

Wilton, D. (1988)
Coaches manual, Ontário Cerebral Palsy Sports Association, Canada

Zaturoff (1997)
Általános belgyógyászati tünetek színes atlasza. Medicina, Budapest

www.athens2004.com

www.bocciainternacional.com

www.cpisra.com

www.dbs-npc.de (Deutscher Behindertensport)

www.deaflympic.com

www.efdeports.com

www.fisb.it

www.ibsa.es

www.inas-fid.org

www.is-od.com

www.handicaspsport.com

www.paralympic.org

www.paralympics.com

www.sportjugend.de

www.wsw.org

www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm