

*TAT- Universitätslehrgang
„Tiergestützte Therapie und Tiergestützte Fördermaßnahmen“
Veterinärmedizinische Universität Wien
Veterinärplatz 1, 1210 Wien*

**Kann Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren eine Förderhilfe
für Menschen mit Sehbehinderung sein?**

**Kann Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren bei Menschen mit
Sehbehinderung eine Ergänzung zu klassischen Therapien darstellen?**

Elisabeth Emprechtinger

Wien, März 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Anmerkung.....	2
2. Das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren.....	3
2.1 Das Therapeutische Reiten.....	3
<u>2.1.1 Geschichtlicher Überblick.....</u>	<u>3</u>
<u>2.1.2 Drei Arten von Reittherapien.....</u>	<u>3</u>
2.1.2.1 Hipponherapie.....	3
2.1.2.2 Behindertenreitsport.....	5
2.1.2.3 Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren.....	6
2.2 Voraussetzungen.....	8
<u>2.2.1 Ort der Durchführung.....</u>	<u>8</u>
2.2.1.1 Die Reithalle.....	8
2.2.1.2 Im Freien.....	9

<u>2.2.2 Das Therapiepferd.....</u>	<u>9</u>
2.2.2.1 Körperliche Eigenschaften (Exterieur).....	9
2.2.2.1.1 Die Rasse.....	9
2.2.2.1.2 Das Geschlecht.....	10
2.2.2.1.3 Die Größe.....	11
2.2.2.1.4 Der Rücken.....	11
2.2.2.1.5 Die Farbe.....	11
2.2.2.1.6 Die Gangarten und Bewegungsabläufe.....	12
2.2.2.2 Psychische Eigenschaften (Interieur).....	12
2.2.2.2.1 Menschenfreundlichkeit.....	12
2.2.2.2.2 Sozialverhalten.....	13
2.2.2.2.3 Bewegungsfreude.....	13
2.2.2.2.4 Scheufreiheit und Nerv.....	13
2.2.2.2.5 Erziehung und Gehorsam.....	14
2.2.2.2.6 Leistungsbereitschaft und Lernverhalten.....	14
<u>2.2.3 Der Reit- und Voltigierpädagoge.....</u>	<u>14</u>
2.3 Definition.....	15
2.4 Die beiden Grundformen des Mensch-seins zu Pferde.....	15
<u>2.4.1 Das Voltigieren.....</u>	<u>15</u>
<u>2.4.2 Das Reiten.....</u>	<u>16</u>
2.5 Unterschiede zwischen dem Heilpädagogischen Voltigieren (HPV) und dem Heilpädagogischen Reiten (HPR).....	16
2.6 Der Übergang vom HPR zum HPV oder vom HPV zum HPR.....	17

3. Die Sehbehinderung18

3.1 Klassifikation/ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO).....18

3.1.1 Der Nutzen der Klassifikation.....18

3.1.2 International Classification of Disability and Health (ICF)18

3.1.3 Einteilung der Funktionseinschränkungen18

3.1.3.1 Größere einseitige Einschränkung des Sehvermögens.....19

3.1.3.2 Mäßig beidseitige Einschränkung des Sehvermögens.....19

3.1.3.3 Beidseitige Sehbehinderung.....19

3.1.3.4 Hochgradige Sehbehinderung20

3.1.3.5 Blindheit oder Blindheit gleichzustellen.....20

3.2 Die häufigsten Sehschädigungen.....21

3.2.1 Katarakt (Grauer Star).....21

3.2.1.1 Definition.....21

3.2.1.2 Symptomatik.....21

3.2.1.3 Vorkommen.....22

3.2.1.4 Einteilung/ Ursache.....22

3.2.1.5 Umgang mit der Diagnose.....22

3.2.2 Glaukom.....23

3.2.2.1 Definition.....23

3.2.2.2 Folgen.....23

3.2.2.3 Epidemiologie.....24

<u>3.2.3 Retinopathie</u>	25
3.2.3.1 Retinopathie praematurorum.....	25
3.2.3.1.1 Definition.....	25
3.2.3.1.2 Epidemiologie.....	25
3.2.3.1.3 Folgen.....	25
3.2.3.1.4 Einteilung in 5 Stadien.....	26
3.2.3.1.5 Therapie.....	26
3.2.3.1.6 Prognose.....	26
3.2.3.2 Makulopathie.....	26
3.2.3.2.1 Altersbezogene Makulopathie.....	27
3.2.3.2.1.1 Definition.....	27
3.2.3.2.1.2 Symptomatik.....	27
3.2.3.2.1.3 Epidemiologie.....	27
3.2.3.2.1.4 Therapie.....	28
3.2.3.2.1.5 Prognose.....	29
3.2.3.3 Retinopathia pigmentosa.....	29
3.2.3.3.1 Definition.....	29
3.2.3.3.2 Symptomatik.....	30
3.2.3.3.3 Therapie.....	30
3.2.3.3.4 Prognose.....	30
3.3 Ursachen	31

3.4 Der zentrale Dachverband:

„Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband“.....32

3.4.1 Aufgaben.....32

3.4.2 Aufbau.....32

3.4.3 Therapieangebot.....33

3.4.3.1 Rehabilitätstraining.....34

 3.4.3.1.1 Orientierungs- und Mobilitätstraining.....34

 3.4.3.1.2 Training lebenspraktischer Fertigkeiten.....35

3.4.3.2 Sozialberatung.....35

3.4.3.3 Psychotherapie.....35

3.4.3.4 Arbeits- und Technikassistenz.....36

4. Die „Sensorische Integration“.....37

4.1 Definition.....37

4.2 Was bedeutet „Sensorische Integration“?.....37

4.3 Die Begründerin des Konzepts.....38

4.4 Die Rolle des visuellen Systems innerhalb der Sensorischen Integration.....39

4.4.1 Die drei Ebenen der sensorischen Verarbeitung.....39

4.4.2 Das Zusammenspiel der drei Ebenen.....40

4.4.3 Skeffingtons Modell.....	41
4.4.4 Sehbehinderung, Blindheit und Sensorische Integration.....	42
4.4.4.1 Fallbeispiel Dan.....	43
4.4.4.2 Fallbeispiel Michael.....	44
4.4.5 Die Förderung der Sensorischen Integration durch das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren.....	46
4.4.5.1 Übungen zur Förderung.....	47
4.4.5.1.1 Die Kontaktaufnahme zum Pferd.....	47
4.4.5.1.2 Putzen des Pferdes.....	48
4.4.5.1.3 Das Mitlaufen am Pferd auf dem Zirkel.....	48
4.4.5.1.4 Das Aufsteigen.....	49
4.4.5.1.5 Das „Begrüßen“ des Pferdes.....	49
4.4.5.1.6 Das Pferd.....	50
5. Fallbeispiel Andreas P.....	51
5.1 Verlauf der Erkrankung.....	51
5.2 Zu seiner Person.....	52
5.3 Interview mit Fr. Melanie Grüblinger.....	53
5.4 Fazit.....	56
6. Schlusswort.....	57
Lebenslauf	
Literaturverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	

Ich versichere:

- Dass ich die Hausarbeit selbstständig verfasst, andere als angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
- dass ich dieses Hausarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/ einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
- dass diese Arbeit mit der von dem/der BegutachterIn beurteilten Arbeit übereinstimmt.

27.8.2010

Datum

Emprechtinger Elisabeth

Unterschrift

1. Einleitung

Meine persönliche Motivation zu dieser Themenwahl ist daraus entstanden, dass ich ein Praktikum absolvieren durfte, wo es mir möglich war, einen sehbehinderten Menschen beim Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren zu beobachten. Es war äußerst faszinierend für mich, wie gut sich dieser Mensch trotz seiner geringen Sehfähigkeit in seiner Umgebung und vor allem auch auf dem Pferd orientieren konnte. Obwohl man bei unserer heutigen, visuell ausgerichteten Gesellschaft schätzt, dass ca. 70% aller Informationen über das Auge und den damit zusammenhängenden Organen aufgenommen werden.

(vgl. URL: www.polizei-projekte.nrw.de/fhoev_koeln/2007_2008/projekt_behinderung/3.doc [27.8.2010])

Deshalb möchte ich in der vorliegenden Arbeit den Möglichkeiten nachgehen, die einem sehbehinderten Menschen mit Hilfe des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens zur Verfügung stehen. Ein wichtiger Bestandteil dieser Arbeit wird die Beantwortung der Frage sein, ob Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren bei Menschen mit einer Sehbehinderung eine Ergänzung zu klassischen Therapien darstellen kann. Wobei ich als „klassische Therapien“ jene Therapien definiert habe, die der „Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband“ für Menschen mit einer Sehbehinderung anbietet. Dazu zählen das Rehabilitationstraining, welches das Orientierungs- und Mobilitätstraining (O&M) und das Training lebenspraktischer Fertigkeiten (LPF) beinhaltet, die Sozialberatung, die Psychotherapie und die Arbeits- und Technikassistenz.

Im ersten Abschnitt meiner Arbeit möchte ich einen allgemeinen Überblick über das Therapeutische Reiten und im Speziellen über das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren geben. Im weiteren Verlauf werde ich mich mit dem Thema Sehbehinderung theoretisch befassen. Schließlich möchte ich einen Therapieansatz aus der Ergotherapie, die „Sensorische Integration“ von Dr. Anna Jean Ayres, und die Stellung, die das visuelle System innerhalb dieses Ansatzes einnimmt, vorstellen. Ich werde versuchen, die Möglichkeiten zu erläutern, die das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren zur Förderung der Sensorischen Integration bietet. Im Anschluss daran werde ich auf ein konkretes Fallbeispiel genauer eingehen und ein Interview, das ich mit der Therapeutin eines sehbehinderten Klienten durchgeführt habe, anbringen.

1.1 Anmerkung

Aufgrund der vereinfachten Lesefreundlichkeit wurde die folgende Arbeit in der männlichen Form verfasst, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

2. Das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren

2.1 Das Therapeutische Reiten

2.1.1 Geschichtlicher Überblick

Das Pferd wird schon seit langer Zeit zur Behandlung unterschiedlicher Leiden eingesetzt. Bereits im Altertum lassen sich erste Anfänge des therapeutischen Reitens erkennen. Hippokrates sprach bereits von dem „heilsamen Rhythmus“, der sich vom Pferd auf den Reiter überträgt. Er bezeichnete das Reiten als „Exercitia universalis“ (allumfassende Übung). Das Exercitium des Reitens taucht in medizinischen Plänen des 16.-18. Jahrhunderts immer wieder als wirksame Heilmethode auf, wobei sie hauptsächlich als gesundheitserhaltende und prophylaktische Maßnahme betrachtet wird. Therapeutisches Reiten bei Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung als Heilmethode zu verwenden ist eine Form der neueren Zeit. (vgl. Bausenwein, 1984, 125)

2.1.2 Drei Arten von Reittherapien

Der Begriff „Therapeutisches Reiten“ wird kategorisch in drei Bereiche eingeteilt. Nach den Bestimmungen des Deutschen Kuratoriums für Therapeutisches Reiten (DKThR) wird unterschieden in Hipponotherapie, Behindertenreitsport und Heilpädagogisches Reiten, wobei deren Grenzen oftmals fließend sind. (vgl. Ihm, 2004, 38)

2.1.2.1 Hipponotherapie

Hipponotherapie ist eine Ganzbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage auf dem Pferd, welche sich der Bewegung des Pferderumpfes als therapeutisches Medium bedient. Sie wird von speziell ausgebildeten Physiotherapeut(inn)en durchgeführt.

Dem heutigen Vorsteher der Universitätsklinik Basel, Prof. Dr. med. H. R. KAESER, wird die Einführung der Bezeichnung „Hipponotherapie“ in die medizinische Fachterminologie

zugeschrieben. 1966 ließ er erstmals eine Multiple-Sklerose-Patientin von einer Physiotherapeutin gezielt auf dem Pferd behandeln. „Hippos“ bedeutet auf Griechisch „Pferd“. Dieser Terminus „Hippotherapie“ hat sich in allen deutschsprachigen Ländern durchgesetzt. Außerdem gewinnt er im europäischen Ausland zunehmend an Bedeutung und in Übersee findet er immer mehr Eingang in die Fachsprache, aufgrund der zahlreichen internationalen Kongresse über therapeutisches Reiten. (vgl. Riesser in Sonderhefte des DKThR, 1996, 5-11)

Zielgruppen:

- Kranke und/ oder behinderte Menschen, die eine medizinische Behandlung benötigen
- Vorwiegend auf körperliche Erkrankungen ausgerichtet

Indikationen/ Zielsetzungen:

- Multiple Sklerose
- Spinale Lähmungen
- Gliedmaßenmissbildungen
- Haltungsschäden
- Bestimmte psychiatrische Erkrankungen
- Cerebrale Bewegungsstörungen
- Querschnittslähmungen und noch vieles mehr (vgl. Hoffmann, 1999, 73)

Die physiotherapeutischen Wirkungen des Bewegt-Werdens auf dem in der Gangart „Schritt“ gehenden Pferdes, gehen von den dreidimensionalen, rhythmischen Schwingungen seines Rumpfes aus. Das Pferd in der Gangart „Schritt“ überträgt auf den auf dem Rücken sitzenden Menschen ein Bewegungsmuster, das den menschlichen Gangbewegungen

entspricht. Somit werden hier Gehbehinderten und Gehunfähigen Bewegungserfahrungen vermittelt, die ihnen die konventionelle Physiotherapie nicht bieten kann. Ein weiterer Faktor, der die Hippotherapie von jeder anderen physiotherapeutischen Behandlungsmethode unterscheidet, ist die psychische Motivation des Patienten, die durch den lebenden „Übungspartner“ Pferd ausgelöst wird. (vgl. Riesser in Sonderhefte des DKThR, 1996, 5-11)

2.1.2.2 Behindertenreitsport

Zielgruppen:

- alle behinderten oder auch kranken Menschen, denen es möglich ist, selbstständig auf dem Pferd zu sitzen und auf dieses einzuwirken (in einzelnen Fällen auch mit bestimmten Hilfsmitteln)

Indikationen/ Zielsetzungen:

- Freizeitgestaltung
- Integration des Kranken oder Behinderten
- Förderung der Persönlichkeit
- Erhaltung bzw. Steigerung der persönlichen Fitness
- Rehabilitation

Behindertenreitsport wird im Allgemeinen als sportliche Disziplin und zur Rehabilitation als Breiten-, Freizeit-, und teilweise als Leistungssport für Menschen mit Behinderung eingesetzt. Durch diesen Bereich des Therapeutischen Reitens werden Menschen mit Behinderung Tore geöffnet, die zuvor nur nichtbehinderten Menschen geöffnet waren. Somit wird es auch behinderten Menschen ermöglicht, sich sportlich zu betätigen. Außerdem wird einem Menschen, der im Rollstuhl sitzt, die Möglichkeit geboten, Beweglichkeit durch die vier Beine, die ihm das Pferd leiht, zu erlangen oder einem blinden Reiter kann das Pferd mit

seinen Augen helfen, zu sehen. Durch verschiedene integrative Turniere und Schauführungen im Behindertenreitsport wird immer wieder gezeigt, zu welchen außergewöhnlichen Leistungen Menschen mit Behinderung fähig sind. Außerdem wurde die Sportart „Reiten“ als Testdisziplin bei den „Paralympics“ in Atlanta/USA bereits 1996 erstmals zugelassen. (vgl. Hoffmann, 1999, 76-78)

2.1.2.3 Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren

Zielgruppen:

Im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren (HPVR) können - je nach Zielsetzung - die verschiedensten Menschengruppen angesprochen werden. Diese sind z.B.:

- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung
- Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten
- Kinder und Jugendliche mit autistischen Syndromen
- Menschen mit Mehrfachbehinderungen,
- Kinder, welche eine Frühförderung im Bereich der sensorischen Integration benötigen,
- Menschen mit Behinderungen im Wahrnehmungsbereich (z.B. Sehbehinderung, blinde Menschen, Menschen mit Hörbehinderung, gehörlose Menschen),
- Menschen mit Suchtproblematiken
- Menschen in psychischen Problemsituationen wie z.B. Mädchen und Frauen, welche von familiärer Gewalt betroffen sind
- Menschen mit eingeschränkter Vitalität (z.B. nach oder während einer schweren Krankheit).

(vgl. URL: <http://www.therapie-mit-pferden.de/grundlagen.htm> [25.8.2010])

Indikationen/ Zielsetzungen:

- Umgang mit Ängsten
- Bildung und Aufbau von Vertrauen
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Förderung bei Konzentrationsstörungen
- Umgang mit Antipathien
- Aggressivitätsabbau
- Einstellung auf einen oder mehrere Partner
- Ablauf von gruppendynamischen Prozessen kennenlernen

Dieser Teil des Therapeutischen Reitens ist im Bereich der Pädagogik, der Psychologie und auch in einigen Bereichen der Psychiatrie anzutreffen. Das Pferd als „lebendes Medium“ kann bei sachgemäßem Einsatz häufig bessere Ergebnisse erzielen als herkömmliche Therapien. Es dient als „Medium“ für die Initiation von positiven Verhaltensänderungen beim Patienten. Zum Beispiel können sehr ängstliche Menschen im Umgang mit dem Pferd positive Erfahrungen sammeln und somit Vertrauen zum Pferd und in der Folge auch zu anderen Menschen aufbauen. Das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren wird sowohl in Einzel- als auch in Gruppeneinheiten durchgeführt. (vgl. Hoffmann 1999, 74-76)

Kontraindikationen:

Wie auch bei anderen Therapiearten gibt es auch im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren Kontraindikationen, die vor Therapiebeginn mit dem Patienten abgeklärt werden müssen. Deshalb sollte immer bevor eine Person mit Hilfe des Pferdes gefördert wird, eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung schriftlich vorgewiesen werden.

Gründe, die eine Förderung über das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren generell verbieten, sind:

- Allergien, die in Berührung mit Pferden auftreten
- Anfallsleiden
- Sehr schwergewichtige Personen (Zumutung für Pferd und Helfer)
- Personen mit Downsyndrom, die mit einer Atlaswirbeldysplasie behaftet sind.

(vgl. Kröger, 2005: 68)

2.2 Voraussetzungen

2.2.1 Der Ort der Durchführung

2.2.1.1 Die Reithalle

Damit das Therapiepferd beim Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren in einem Zirkel von 13 Metern longiert werden kann und gleichzeitig ausreichend Sicherheitsabstand zur Begrenzung besteht, muss mindestens eine Fläche mit einem Durchmesser von 18 Metern vorhanden sein. Da feste Begrenzungen in einer Reithalle den Vorteil haben, dass sie dem Klienten besonders zu Beginn der Therapie mehr Sicherheit bieten, findet das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten meistens in einer Reithalle mit einer Fläche von ca. 20 x 40 Metern statt. Sollte es nicht anders zu regeln sein, könnte eventuell noch ein zweiter Klient longiert werden bzw. eine zweite Voltigiergruppe in der Reithalle üben. Zu beachten ist hier, dass die beiden Plätze durch Begrenzungen (z. B. durch Cavalettis) voneinander getrennt sein müssen, damit die Pferde nicht die Möglichkeit haben, nach außen auszuweichen und damit für die Klienten zur offenen Seite eine klar erkennbare Begrenzung sichtbar ist. Und natürlich sollte sich kein Reiter in der Bahn befinden. Der Boden der Reithalle darf weder zu tief, noch zu fest sein, da ein zu tiefer Boden das Pferd und die

Klienten zu schnell ermüdet und ein zu harter Boden führt zu einer erhöhten Unfallgefahr im Falle eines Sturzes vom Pferd oder ebenso beim Rutschen oder Springen vom Pferd. Außerdem muss der Boden eben und trittfest sein und darf nicht zu glatt sein. (vgl. Kaune, 1999,59)

2.2.1.2 Im Freien

Da das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten im Freien einem Menschen mit Behinderung eine Abwechslung und neue Umwelterfahrungen bietet, ist es durchaus sinnvoll bei schönem Wetter die Therapie ins Freie zu verlegen. Wichtig ist dabei jedoch, dass das Pferd geländesicher ist, d. h. es soll wesensstark sein, gelassen und an das Gelände gewöhnt sein. (vgl. Kaune, 1999,59)

2.2.2 Das Therapiepferd

2.2.2.1 Körperliche Eigenschaften (Exterieur)

Die perfekten anatomischen Bedingungen eines Therapiepferdes kann man nicht genau festlegen. Das Therapiepferd wird nicht speziell dafür gezüchtet und es kann nicht als Zuchtziel einer Rasse definiert werden, somit ist es nicht möglich eine bestimmte Rasse beziehungsweise eine bestimmte Pferdegröße zu definieren, die sich besonders dafür eignet. Das Therapiepferd braucht kein besonderes Brandzeichen und keine glorreichen Abstammungspapiere. Viel wichtiger ist, dass es für uns und unsere Therapiearbeit geeignet ist. Die Auswahl des Therapiepferdes ist auf jedem Fall davon abhängig, mit welchen Klienten der jeweilige Therapeut arbeitet. Um jedem Klient das richtige Pferd anbieten zu können, ist es sicherlich von Vorteil, mit Tieren unterschiedlicher Rassen und Größen zu arbeiten. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.1.1 Die Rasse

Obwohl ich erwähnt habe, dass es DAS „Therapiepferd“ nicht gibt, werde ich trotzdem einige Pferderassen anführen, die sich bis jetzt im Therapiebereich gut bewährt haben.

Der Isländer: Ursprünglich kommen die als temperamentvoll, anspruchslos und hart bekannten Islandponys, wie der Name schon sagt, von der Insel Island. Ihr Stockmaßbereich

beträgt ca. von 1,25 Meter bis 1,40 Meter Größe. Trotz der geringen Größe ist der Isländer ein sehr robust gebautes Pony, das ohne Probleme auch schwere Erwachsene tragen kann. In der Regel sind die Isländer keine „Dreigänger“, sondern „Fünfgänger“. Das heißt, sie können nicht nur die herkömmlichen Gangarten wie Schritt, Trab und Galopp, sondern sie haben zusätzlich noch den Tölt und den Paß, welche sie durch spezielles Training erlernen. Daraus ergeben sich für den Klienten andere Sitzgefühle, zum Beispiel löst der Tölt des Isländers eine angenehm, rotierende Bewegung im Beckenbereich des Reiters aus, anstatt der sonstigen Auf- und Abbewegung. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

Das Fjordpferd oder der Norweger: Es zählt zu den ältesten Pferderassen Europas. Das Fjordpferd, mit einem Stockmaßbereich von ca. 1,34 Metern bis zu 1,48 Metern, wurde ursprünglich in Norwegen als Gebirgspony gezüchtet und somit eignete es sich besonders gut für den Einsatz als Arbeits- und Tragtier. Heutzutage wird es als ideales Allroundpony geschätzt. Außerdem wird es als robust, trittsicher, leistungsbereit, ausdauernd und als ein mit natürlichen Instinkten ausgestattetes Pony, beschrieben. Wichtig zu wissen ist, dass Fjordpferde erst in einem Alter von vier bis fünf Jahren voll ausgewachsen sind und somit zu den spätreifen Pferderassen zählen. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

Der Haflinger: Die Noriker und die Araber trugen wesentlich zur Entstehung dieser Rasse bei. Die Haflinger stammen aus dem Bergdorf Hafling, das in der Nähe von Meran in Südtirol liegt, ab. Früher wurde der Haflinger zum Tragen von schweren Lasten im Gebirge und im Ackerbau eingesetzt. Heute findet er in allen Bereichen des Pferdesports Verwendung. Aufgrund seiner Körpergröße mit einem Stockmaßbereich von ca. 1,34 Metern bis 1,48 Metern, ist er in der Therapie sowohl für Kinder und Jugendliche, als auch für Erwachsene geeignet. Außerdem ist er robust zu halten und in der Fütterung genügsam. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.1.2 Das Geschlecht

Nun stellt sich die Frage, ob sich Stuten, Wallache oder Hengste besser für die Therapie eignen. Laut Fr. HOFFMANN ist die Entscheidung, eine Stute oder einen Wallach für den Behinderten- Bereich einzusetzen, nicht das Wesentliche. Allerdings rät sie davon ab, einen Hengst für die Therapie einzusetzen, da es auf den meisten Anlagen nicht möglich ist, einen Hengst artgerecht zu halten. Ein Hengst im Therapiebereich sollte wirklich nur dann verwendet werden, wenn absolut alles passt. Das heißt, er muss eine Bezugsperson haben, die

von ihm als Herdenchef anerkannt wird und die ihn konsequent betreut, trainiert und ausbildet. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.1.3 Die Größe

Dennoch ist bei der Auswahl des richtigen Therapiepferdes ein gewisses betriebswirtschaftliches Denken notwendig. Zu empfehlen sind Pferde mit einem Stockmaßbereich von 1,45 - 1,55 Meter, da sie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen für die Therapie geeignet sind. Aber auch hier ist wieder die Klientel zu beachten, mit dem der jeweilige Therapeut arbeitet. Arbeitet der Therapeut mit kleinen Kindern, ist ein Pony von geringerer Größe zu empfehlen, für erwachsene Reiter sind jedoch Großpferde von Vorteil. Der Therapeut im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren wird wahrscheinlich ein anderes Pferd wählen als der Hippotherapeut. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.1.4 Der Rücken

Da die Klienten nur mit einer Therapiedecke oder einem Voltigierpad als Unterlage auf dem Pferd reiten, sind beim Rücken des Therapiepferdes einige Dinge zu beachten. Das Rückgrat sollte nicht vorstehend sein, der Widerrist sollte nicht zu hoch sein und dafür gut bemuskelt, da der Reiter ohne Sattel auf dem Pferd sitzt. Besonders wichtig ist es, bei der Auswahl des richtigen Pferdes, darauf zu achten, dass man ein Pferd im Rechteckformat wählt. Gemeint ist hier ein entsprechendes Längen- und Breitenverhältnis von Rumpf und Gliedmaßen, wobei der Hals und der Kopf nicht miteinbezogen werden, und die Betonung auf dem Rücken liegt. Dadurch, dass Pferde im Quadratformat einen strammeren Rücken haben, sind sie für Menschen mit einer Behinderung häufig unangenehm zu reiten und neigen zu Taktfehlern. Ein breiter Rücken des Pferdes kann für Menschen mit einer Behinderung, die häufig eine geringere Spreizfähigkeit in den Beinen haben, von Nachteil sein, daher sollte das Pferd nicht zu tonnig sein. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.1.5 Die Farbe

Die Farbe des Pferdes ist besonders bei Kindern von Bedeutung. Kinder lieben großteils Pferde mit hellen oder bunten Farben. Außerdem mögen Kinder zum Beispiel gerne zebraähnliche Zeichnungen an den Beinen, den Aalstrich, eine lange Mähne oder einen langen Schweif. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.1.6 Die Gangarten und Bewegungsabläufe

Obwohl im Heilpädagogischen Reiten auch Trab und Galopp notwendig sind, ist die wichtigste Gangart für das Therapiepferd Schritt. Somit ist beim Kauf eines Pferdes darauf zu achten, dass der Schritt taktmäßig, raumgreifend und fleißig ist bei schreitender Bewegung und, dass das Pferd eine natürliche Gehfreude hat. Die Gangarten Schritt und Galopp sollen nicht furchterregend auf den Klienten wirken, daher ist es von Bedeutung, dass das Pferd in sich ausbalanciert ist. Da es in der Therapie zu falschen Gewichtsverlagerungen des Klienten kommen kann, muss das Pferd in der Lage sein, diese auszubalancieren und dabei selbst nicht aus dem Rhythmus zu kommen. Das Pferd soll einen weichen Trab und Galopp haben und den Menschen mit Behinderung in der Bewegung gut mitnehmen. Eine leichte Bergauftendenz ist bei Therapiepferden von Vorteil. Außerdem ist es wichtig, dass das Pferd auch im Galopp nicht auf der Vorderhand galoppiert. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.2 Psychische Eigenschaften (Interieur)

Ein Therapiepferd darf sowohl in den körperlichen Eigenschaften, dem Exterieur, als auch im Verhalten, dem Interieur, keine groben Mängel aufweisen.

2.2.2.2.1 Menschenfreundlichkeit

Große Menschenfreundlichkeit muss ein Therapiepferd aufweisen. Der Mensch muss vom Pferd als Herdenchef anerkannt werden, dem es in jeder Situation voll und ganz vertrauen kann und von dem es beschützt wird. Da Pferde ein sehr gutes Gedächtnis haben, sollten sie auf keinen Fall während der Aufzucht, bei der Haltung oder der Ausbildung böse Erfahrungen mit Menschen gemacht haben. Es gibt einen alten Grundsatz „Das Auge des Pferdes ist der Spiegel der Seele“, der auch in unserer heutigen Zeit nicht zu verachten ist. Pferde mit sehr viel Weiß in den Augen wirken oft bedrohlich auf den Klienten, außerdem sind sie häufig schwierig im Umgang. Wogegen ein gutes gleichmütiges Wesen oftmals ein großes, dunkles, ruhig blickendes Auge hat. Klarer Weise sind Verhaltensweisen des Pferdes, die dem Klienten Schaden zufügen, gefährlich. Ein Therapiepferd darf auf keinen Fall unkontrollierte Bewegungen zeigen, wie zum Beispiel Scheuen, Schlagen mit dem Kopf oder Herumtänzeln. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.2 Sozialverhalten

Wächst ein Pferd vollkommen natürlich in seiner Herde auf, wird sein Sozialverhalten normal ausgebildet sein. Das wären die besten Voraussetzungen für ein im Interieur gesundes Therapiepferd. Bereits die ersten Lebensstage sind sehr entscheidend für die Psyche des Pferdes, denn das Fohlen lernt bereits durch den starken Nachahmungstrieb Verhaltensweisen von seiner Mutter und von anderen Tieren der Herde. Außerdem haben Fohlen ein besonderes Merkvermögen und eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber allen sozialen Signalen. Unterordnung, sogenannte „gute Manieren“ und die Pflicht, sich an gewisse Regeln zu halten, lernt das Pferd von klein auf innerhalb seiner Herde und daraus entwickelt sich das entsprechend gesunde Selbstgefühl. Ein Therapiepferd sollte niemals allein aufgezogen werden, da allein aufgezogene Pferde, aufgrund des fehlenden Kontaktes zu anderen Tieren, oftmals eine gestörte Psyche entwickeln. Später ist es kaum mehr möglich, solche Lernprozesse aus dieser prägenden Zeit nachzuholen. Damit das Pferd in der Therapie seelisch ausgeglichen ist und sich sicher fühlt, ist es wichtig, dass es tagsüber Kontakt mit anderen Pferden hat. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.3 Bewegungsfreude

Da das Pferd ein Lauftier ist, ist der Bewegungsdrang etwas ganz Natürliches. Ein Pferd, das in seinem Tempo zu langsam ist und kaum vorwärts geht, ist für den Therapieeinsatz ebenso wenig verwendbar, wie ein Pferd, das in seinem Tempo kaum zu bremsen ist. Das optimale Therapiepferd sollte zügig vorwärtsgehen, in seinem Tempo regulierbar sein und das nicht nur für seinen Besitzer und Ausbildner, sondern auch für die Klienten. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.4 Scheufreiheit und Nerv

Für die Therapie ist es wichtig, Pferde zu verwenden, die mutig und neugierig sind, die auf Unbekanntes zugehen und es beschnuppern, belecken und beknabbern wollen. Ungeeignet sind Tiere, die vor allem Unbekanntem und Neuem in ihrer Umgebung Angst haben und sofort einen Satz zur Seite machen. Da das Pferd ein Flucht- und Lauftier ist, ist es seine natürliche Art, vor unbekanntem Dingen in der Umgebung zu scheuen. In der freien Wildbahn war dieses Verhalten notwendig, um das eigene Überleben zu sichern. Selbst unsere gezüchteten Pferde, für die dieses Verhalten eher hinderlich als förderlich ist, haben dieses Verhalten noch in sich. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.2.5 Erziehung und Gehorsam

Wenn das Pferd artgerecht aufgezogen wird, hat es von seiner Herde bereits eine Grundlagenerziehung erhalten. Wenn die Mutterstute dem Menschen respektvoll und gehorsam gegenüber ist, wird das Fohlen sie nachahmen und das Selbe tun. Im Training und im Umgang mit dem Pferd ist es besonders wichtig, einen „roten Faden“ zu haben. Wenn man dem Pferd an einem Tag gewisse Dinge erlaubt und es ihm am nächsten Tag verbietet, braucht man sich nicht wundern, wenn es einem nicht gehorcht. Wichtig ist auch, dass es eine klare Rangordnung gibt zwischen Mensch und Pferd. Natürlich muss der Ranghöhere der Mensch sein in der kleinen Herde. Das Pferd muss spüren, dass sich der Mensch in seiner Sache vollkommen sicher ist. Nur so kann das Pferd seinem Herdenchef vertrauen, dass es von ihm bei Gefahr beschützt wird. Somit wird es sich vertrauensvoll unterordnen und in der Therapiesituation und im Training das Beste geben. Relativ ungeeignet sind Tiere, die starke Alphatiere sind, die die Rangordnung ständig aufs Neue austesten wollen und daher regelmäßig Reibereien verursachen. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.2.2.6 Leistungsbereitschaft und Lernverhalten

Das Therapiepferd sollte über ein gewisses Maß an Intelligenz verfügen, es sollte relativ rasch in seinem Lernprozess sein, damit nicht jede Übung ständig wiederholt werden muss, bis sie im Kopf des Pferdes verankert ist. Jedoch muss man dabei immer beachten, dass nicht nur positive Erfahrungen, sondern auch negative Ereignisse, abgespeichert werden. Da jedes Tier ein Individuum ist und in verschiedenen Situationen unterschiedlich reagiert, ist es nun Aufgabe des Ausbildners herauszufinden, welche Art von Training für das jeweilige Tier am Besten ist bzw. welcher „Lerntyp“ das jeweilige Pferd ist. Beobachtet man die Ausstrahlung eines Pferdes, bemerkt man häufig, dass jene Pferde, die eine gute Ausbildung und ein gutes Training genossen haben, oft viel selbstbewusster wirken als andere. Manchmal können diese Tiere sogar einen arroganten Eindruck beim Menschen hinterlassen. (vgl Hoffmann, 1999, 8-14)

2.2.3 Der Reit- und Voltigierpädagoge

Die berufliche Voraussetzung ist der Nachweis einer abgeschlossenen Ausbildung in einem sonder-, sozial- oder heilpädagogischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Beruf

(u. a. Lehrer aller Sonderschulformen, Sonder-, Heil- oder Sozialpädagoge, Sozialarbeiter, Psychologe, Psychotherapeut, Sonderkindergärtner, Sondererzieher). (vgl. Hauser in Gäng, 2003,30)

In Österreich ist der Ausbildungsträger für Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten das Österreichische Kuratorium für Therapeutisches Reiten. Außerdem ist in Deutschland und der Schweiz das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten als eine wirkungsvolle Fördermaßnahme anerkannt, auch diese Länder bieten einen Ausbildungslehrgang zum Reit- und Voltigierpädagogen an. (vgl. Ringbeck in Gäng,2003, 16, Hauser in Gäng,2003, 30)

2.3 Definition

„Unter dem Begriff Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten werden pädagogische, psychologische, psychotherapeutische, rehabilitative und soziointegrative Angebote mit Hilfe des Pferdes bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit verschiedenen Behinderungen und Störungen zusammengefasst. Dabei steht nicht die reitsportliche Ausbildung, sondern die individuelle Förderung über das Medium Pferd im Vordergrund, d.h. vor allem eine günstige Beeinflussung der Motorik, der Wahrnehmung, des Lernens, des Befindens und des Verhaltens.“ (Kröger, 2005, 18)

2.4 Die beiden Grundformen des „Mensch-Seins zu Pferde“

2.4.1 Das Voltigieren

Seinen Ursprung fand es im Mittelalter bei den Ritterspielen. Zu dieser Zeit handelte es sich um turnerische und akrobatische Übungen auf dem ungesattelten Pferd, das sich im Schritt oder Galopp fortbewegte, oder auch auf dem hölzernen Turnpferd. Das Element der besonderen Geschicklichkeit und des spielerisch Leichten, d. h. der Anmut und die Ästhetik, und das besondere Vertrauen zum Pferd bzw. die besondere Vertrautheit mit dem Pferd prägt das Voltigieren durch die Geschichte hindurch. Heute wird das Voltigierpferd an der Longe geführt. Die wettkampfsportliche Beurteilung des Voltigierens basiert vor allem auf Aspekten des Bewegungsflusses und der Bewegungsharmonie. Als Möglichkeit zur Formbewegung und

genauso zur Ausdrucksbewegung weist das Voltigieren eine Verwandtschaft zum Tanz auf. (vgl Kröger, 2005, 19-20)

2.4.2 Das Reiten

Auch das Reiten wurde durch die Kultivierung der Bewegungselemente in der Reitkunst schon früh mit der Nähe des Tanzes in Verbindung gesetzt.

ISENBART schreibt in seinem Buch „Das Königreich des Pferdes“ (1983, 127): Die Reiterei stößt vor an die Grenzen der Kunst, in der ein Kunstwerk entsteht, das in jedem Augenblick neu geschaffen werden muss, denn es hat Bestand nur für den Augenblick. Die Natur schreibt die Gesetze dieser Kunst. Denn was die Natur dem Pferd an Kraft und Freiheit der Bewegung mitgab, das soll es wieder gewinnen unter dem Gewicht des Menschen. Kein Sklave soll ihn tragen. Ein Tänzer soll schweben unter ihm.“ (vgl Kröger, 2005, 19-20)

Aufgrund dieser bedeutsamen, unverwechselbaren Bestandteile des Bewegungsdialogs, die spürbar und sichtbar durch das Bewegungserlebnis auf dem Pferd werden, kann die Arbeit auf dem Pferd pädagogisch und therapeutisch nutzbar gemacht werden. (vgl Kröger, 2005, 19-20)

2.5 Unterschiede zwischen dem Heilpädagogischem Voltigieren (HPV) und dem Heilpädagogischem Reiten (HPR)

In der Führung des Therapiepferdes liegt ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Formen der Heilpädagogischen Arbeit, nämlich dem Heilpädagogischem Reiten und dem Heilpädagogischem Voltigieren. Die Führung des Pferdes erfolgt über die Longe, die beim Voltigieren in der Hand des Voltigierpädagogen liegt und beim Reiten in der Hand des Reiters selbst. (vgl. Arbeitskreis für Therapeutisches Reiten in Therapeutisches Reiten 2002, 23-25)

Es finden also nicht nur Sitz- und Voltigierübungen an der Longe oder auf dem geführten Pferd oder das Handpferdereiten statt, sondern auch eigenständiges Reiten. Außerdem werden in der heilpädagogischen Arbeit Übungen an und mit einem Pferd verwendet, wie beispielsweise die Führarbeit im Trailparcour oder nach der Tellington-Jones Methode. (vgl. Arbeitskreis für Therapeutisches Reiten in Therapeutisches Reiten 2002, 23-25)

2.6 Der Übergang vom HPV zum HPR oder vom HPR zum HPV

- Für manche Klienten ist es sinnvoller die Therapie mit dem Heilpädagogischen Voltigieren zu beginnen und anschließend mit dem Heilpädagogischen Reiten fortzusetzen, wogegen für andere Personen die umgekehrte Reihenfolge zielführender ist. Mit welcher Form der heilpädagogischen Arbeit die Therapie begonnen wird, hängt von der Persönlichkeit des Klienten ab. Die Übergänge von einer Erfahrungsmodalität zur anderen (z.B. mit oder auf dem Pferd, vom Voltigieren zum Reiten etc) sind in diesen Prozessen sehr kritische Punkte, da man einen Klienten mit neuen Aufgaben überfordern kann. (vgl. Arbeitskreis für Therapeutisches Reiten in Therapeutisches Reiten 2002, 23-25)
- Da der Klient beim Heilpädagogischen Reiten selbstständig reitet, wird die aktuelle Situation des Klienten und auch seine Persönlichkeits- und Bewegungsentwicklung sichtbar. Hierbei dient das Pferd vor allem als Medium der Selbsterfahrung (Übertragungs- und Spiegelungsprozesse) und des Erlebens von Selbstwirksamkeit (Handlungssteuerung). Wichtig beim Übergang vom Voltigieren zum Reiten ist es, dem Klienten im Rahmen des Heilpädagogischen Voltigierens genügend Zeit zu geben, um sich an das Pferd und seine Bewegungsmuster, und die damit verbundenen Bewegungs- und Körpererfahrungen auf dem Pferd, zu gewöhnen. Wird ein Klient zu früh mit dem selbstständigen Reiten konfrontiert, kann es sein, dass er mit großer Enttäuschung darauf reagiert und sich nur schwer zu weiteren Aufgaben motivieren lässt. Daher ist es von großer Bedeutung, dass man mit dem Heilpädagogischen Reiten erst beginnt, wenn der Klient den Punkt erreicht hat, wo er im Dialog mit einem Lebewesen tatsächlich Verantwortung für sich selbst und das Pferd übernehmen kann. (vgl. Arbeitskreis für Therapeutisches Reiten in Therapeutisches Reiten 2002, 23-25)
- Außerdem gibt es Zielgruppen, bei denen die Therapie wirkungsvoller ist, wenn sie mit dem Heilpädagogischen Reiten beginnen und erst zu einem späteren Zeitpunkt zum Heilpädagogischen Voltigieren übergehen. Bei dieser Klientel ist das Erleben von Selbstwirksamkeit und der Bezug zur Realität im Handeln von so zentraler Bedeutung, dass es zielführender ist mit dem selbstständigen Reiten zu beginnen. (vgl. Arbeitskreis für Therapeutisches Reiten in Therapeutisches Reiten 2002, 23-25)

3. Die Sehbehinderung

3.1 Klassifikation/ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)

3.1.1 Der Nutzen der Klassifikation

Durch die Klassifikation von beobachteten Phänomenen, wird versucht, einheitliche Bezeichnungen und eine einheitliche Sprache für diese zu finden. Der Vergleich, die Auftretenswahrscheinlichkeit und die Struktur von Schädigungen können aufgrund der Klassifikationen ermittelt werden, das heißt, es können Statistiken erstellt werden. (vgl. Walthes, 2005, 50)

3.1.2 International Classification of Disability and Health (ICF)

Da heute eine Fülle von Definitionen und Klassifikationen für Blindheit und Sehbehinderung im medizinischen, pädagogischen sowie im sozial-rechtlichen Bereich vorhanden sind und diese ebenfalls von Land zu Land variieren, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 mit dem sogenannten International Classification, Disability and Health (ICF) einen erneuten Versuch gestartet, die vielen Begriffe, die in unterschiedlichen Bereichen und Ländern verwendet werden, zu systematisieren und dadurch eine einheitliche Klassifikation für das Gesundheitswesen zu schaffen. Die WHO wendet sich mit ihrer Definition gegen ein defizitorientiertes Verständnis von Behinderung. (vgl. Walthes 2005, 46)

3.1.3 Einteilung der Funktionseinschränkungen

Um diese Art der Einteilung verständlich zu machen, muss vorweg ein Begriff, der Visus = Sehschärfe, geklärt werden:

Eine Formel zur Visusberechnung (Berechnung der Sehschärfe) ist durch die Angabe der Normalentfernung möglich.

Visus = Testentfernung: Normalentfernung

Jene Entfernung bei der ein Sehzeichen von einer bestimmten Größe mit einem Visus von 1,0 gerade noch erkannt werden kann bezeichnet die Normalentfernung. Eine Person, die zum Beispiel ein Sehzeichen auf 30 cm (Testentfernung) erkennt, das normalerweise auf die Distanz von 100 cm (Normalentfernung) erkannt wird, hat einen Visus von 0,3. (vgl. Walthes 2005, 51)

3.1.3.1 Größere einseitige Einschränkung des Sehvermögens =

Sehschärfe des besseren Auges 1,0; Sehschärfe des schlechteren Auges kleiner oder gleich 0,3

- Verlust des beidäugigen, stereoskopischen Sehens
- Daher unzureichende Tiefenlokalisierung und Positionierungsschwierigkeiten, Akkordarbeit an Maschinen oder Tätigkeiten auf Gerüsten sind z. B. nicht mehr möglich.

3.1.3.2 Mäßige beidseitige Einschränkung des Sehvermögens =

Visus beider Augen zwischen 0,7 und 0,4

- Signifikante Einschränkung bei allen manuellen Tätigkeiten
- Besondere Beeinträchtigung bei Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die optische Kontrolle. Feinhandwerkliche Arbeiten sind z.B. nicht mehr möglich.

3.1.3.3 Beidseitige Sehbehinderung =

Visus des ersten Auges: 0,3- 0,006; zweites Auge kleiner oder gleich 0,3

- Beeinträchtigung der Orientierungsfähigkeit (Führen eines PKW ist nicht mehr möglich)
- Daher vergleichsweise geringes Spektrum an Berufsmöglichkeiten
- Beeinträchtigung sozialer Kontakte
- Bei Kindern ist der Besuch einer Sehbehindertenschule erforderlich. Je nach Berufstätigkeit und sozialem Umfeld ist die Situation des einzelnen Patienten mit

Sehbehinderung unterschiedlich, in vielem jedoch der vom Erblindeten vergleichbar. Da die Einschränkung des Sehvermögens von der Umwelt nicht ohne weiteres bemerkt wird, resultieren daraus häufig zwischenmenschliche Probleme.

3.1.3.4 Hochgradige Sehbehinderung =

Visus des ersten Auges 0,05- 0,03; zweites Auge kleiner oder gleich 0,05

- Berufliche Möglichkeiten ähnlich eingeschränkt wie bei Erblindeten bei etwas größerer Mobilität
- Elektronische Sehhilfen (z.B. Lesecomputer) können helfen, den verbleibenden Sehrest optimal zu nutzen.

3.1.3.5 Blindheit oder Blindheit gleichzustellen =

Besseres Auge: Visus kleiner oder gleich 1/50

- Verlust des optischen Umweltkontaktes
- Mobilität nur in vertrauter Umgebung
- In fremder Umgebung Abhängigkeit von Begleitpersonen
- Bei Kindern ist der Besuch einer Blindenschule notwendig
- Im medizinischen Sinne bedeutet Blindheit, dass keinerlei Lichtwahrnehmung erfolgt. Gemäß Bundessozialhilfegesetz (BSGH §24) gelten auch Personen als blind, deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder die vergleichbare Störungen des Gesichtsfeldes haben (vgl. Lang 2008, 529- 530)

Da diese Art der Einteilung überwiegend auf Visusmessungen beruht und etwa ein bis zwei weitere Sehfunktionen beinhaltet, spricht man hier von einer medizinisch-sozialrechtlich orientierten Klassifikation. Sie bezieht sich hauptsächlich auf Kriterien der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes und lässt somit alle anderen Funktionen der visuellen Wahrnehmung außer Acht, daher ist sie für rehabilitative und pädagogische Zusammenhänge weniger hilfreich. (vgl. Walthes, 2005, 51)

3.2 Die häufigsten Sehschädigungen

Die häufigsten Sehschädigungen in den Industrieländern sind Erkrankungen der Retina (30 %), Glaukom (11%), Erkrankungen des Sehnervs (9%), Katarakt (9%), Uveitis (5%), andere (36%). (vgl. Lang 2008, 529)

Ich möchte Ihnen in diesem Teil meiner Arbeit einige der häufigsten Sehschädigungen und Störungen der visuellen Wahrnehmung detaillierter erläutern:

3.2.1 Katarakt (Grauer Star)

3.2.1.1 Definition

Ein Katarakt liegt vor, wenn die Durchsichtigkeit der Linse so stark vermindert ist, dass die Sicht des Patienten beeinträchtigt ist. Das Wort Katarakt (man sagt: die Katarakt) ist dem Griechischen entnommen und heißt in der Übersetzung „Wasserfall“ (gr. katarrhaktes= herabstürzend), weil man früher glaubte, dass die Katarakt eine geronnene Flüssigkeit sei, die sich (vom Gehirn her kommend) vor die Linse ergossen habe. Das deutsche Wort „Star“ kommt vom stieren Blick der Sehbehinderten, dem Starren. (vgl. Lang 2008, 162)

3.2.1.2 Symptomatik

Die Entwicklung der Katarakt und ihrer Symptomatik ist im Allgemeinen ein schleichender Vorgang. Sehverschlechterung, unscharfes Sehen, verzerrtes Sehen, Blendung, „Alles Grau in Grau“ sehen, monokulare Doppelbilder, veränderte Farbwahrnehmung usw. stellen die verschiedenen Symptome eines Grauen Stars dar. Diese werden von den verschiedenen Personen individuell sehr unterschiedlich empfunden und stellen sich bei den verschiedenen Trübungsformen unterschiedlich stark ausgeprägt dar. (vgl. Walthes 2005, 68)

3.2.1.3 Vorkommen

Der Graue Star bezeichnet eine Linsentrübung und stellt mit insgesamt 30 % weltweit die größte Gruppe der Erblindungsursachen vor allem in den afrikanischen und den asiatischen Ländern dar. (vgl. Walthes 2005, 68)

3.2.1.4 Einteilung/ Ursache

Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Zum einen kann die Ursache hereditär sein, in den Industrienationen treten häufig auch altersbedingte Katarakte auf, wobei in den afrikanischen und asiatischen Entwicklungsländern zusätzlich ernährungs- und stoffwechselbedingte Katarakte vorkommen. (vgl. Walthes 2005, 68)

Die Einteilung erfolgt nach dem Zeitpunkt des Auftretens, d. h. ob der Katarakt angeboren oder erworben ist, nach dem Reifegrad und der Morphologie. (vgl. Lang 2008, 162)

3.2.1.5 Umgang mit der Diagnose

Man sollte dem Patienten gegenüber nur dann von einer Katarakt sprechen, wenn man gleichzeitig zu einer Operation rät, da die meisten Patienten die Diagnose grauer Star oder Katarakt stets mit einer Operation verbinden und dadurch sehr beunruhigt werden. Daher ist es wichtig, bei einer noch nicht stark ausgeprägten Katarakt, bei der der Patient gut mit seiner Sehverschlechterung zurechtkommt, immer von einer Linsentrübung zu sprechen. (vgl. Lang, 2008, 162)

Abbildung 1: Kataraktsymptomatik

a Optisches Bild ohne Katarakt



b Optisches Bild mit Katarakt: Grauschleicher und teilweiser Bildverlust,

veränderte Farbwahrnehmung



3.2.2 Glaukom

3.2.2.1 Definition

Glaukom (Grüner Star) fasst eine Anzahl ätiologisch unterschiedlicher Krankheiten zusammen, denen eine Optikoneuropathie gemeinsam ist mit charakteristischem Papillenbefund und besonderen Mustern von Gesichtsfelddefekten, die häufig, aber nicht ausschließlich mit einem erhöhten Augeninnendruck einhergeht. Dies führt letztendlich zur Erblindung des Auges. (vgl. Lang 2008, 225)

Primär spricht man von einem Glaukom, wenn es nicht die Folge einer anderen Augenerkrankung ist, sekundär, wenn es in Folge einer anderen Augenerkrankung oder als unerwünschte Nebenwirkung von Heilmaßnahmen und Medikamenten auftritt. (vgl. Lang 2008, 225)

3.2.2.2 Folgen

Der Augeninnendruck erhöht sich, der üblicherweise zwischen 15 und 18 mm hg liegt, aufgrund einer Fehlbildung des Kammerwinkels und der Kammerwasserzirkulation. Mögliche Folgen daraus sind Hornhautschädigungen und Schädigungen der Papille.

Das Problem ist, dass die Schädigungen häufig schon eingesetzt haben, bevor die Erhöhung des Augeninnendrucks bemerkt wird (außer es liegt ein sehr schmerzhafter Glaukomanfall vor). (vgl. Walthes 2005, 68)

3.2.2.3 Epidemiologie

In den Industrieländern ist der Grüne Star die zweithäufigste Erblindungsursache nach dem Diabetes mellitus. 15 - 20 % aller erblindeten Personen haben ihr Augenlicht durch ein Glaukom verloren. An einem erhöhten Augeninnendruck leiden rund 10 % der über 40 jährigen Menschen. Es leiden etwa 10 % der bei Augenärzten behandelten Patienten unter einem Glaukom. (vgl. Lang, 2008, 225)

800 000 Menschen in Deutschland sind bereits an einem Glaukom erkrankt, welches vom Augenarzt erkannt wurde, wobei 80 000 Menschen mit Erblindung rechnen müssen, wenn das Glaukom nicht rechtzeitig diagnostiziert und therapiert wird. (vgl. Lang, 2008, 225)

Abbildung 2: Glaukomsymptomatik: Optisches Bild mit Glaukom



3.2.3 Retinopathie

Retinopathien sind Netzhauterkrankungen und stellen eine weitere Gruppe der Schädigungen des Auges dar. Man unterscheidet einige sehr typische Schädigungsgruppen: die Frühgeborenenretinopathie (Retinopathia praematurorum), Makulopathien und Retinopathia Pigmentosa. (vgl. Lang 2005, 326)

3.2.3.1 Retinopathie praematurorum

3.2.3.1.1 Definition

Netzhauterkrankung, die auf eine Störung der normalen Entwicklung der Netzhautgefäße bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g beruht. (vgl. Lang 2005, 326)

3.2.3.1.2 Epidemiologie

Besonders gefährdet für diese Erkrankung sind Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1000 g. Eine Retinopathie praematurorum kann trotz optimaler Überwachung des Sauerstoffpartialdrucks nicht immer verhindert werden. Die Erkrankung ist insgesamt selten. (vgl. Lang 2005, 326)

3.2.3.1.3 Folgen

Es kommt zu einer Störung der normalen Entwicklung der Netzhautgefäße mit Vasoobliteration und dadurch zur Vasoproliferation. Ursache dafür ist die Frühgeburt und die damit verbundene Sauerstoffexposition. Folgen sind schließlich Glaskörperblutungen, Netzhautablösungen und im späten Narbenstadium die retrolentale Fibroplasie (es verbacken die Gefäße und das Bindegewebe mit der abgelösten Netzhaut). (vgl. Lang 2005, 326)

3.2.3.1.4 Einteilung in 5 Stadien

Stadium 1: eine deutliche Demarkationslinie zwischen durchbluteten und nichtdurchbluteten Bereichen der Netzhaut (bildet sich meist zurück);

Stadium 2: Statt einer Linie bildet sich eine Leiste (ebenfalls Rückbildung);

Stadium 3: trübende Gefäßneubildungen in den Glaskörper;

Stadium 4: nachgeburtliche Gewebestrukturen führen zur Ablösung der Netzhaut;

Stadium 5: totale Netzhautablösung und weitgehende Eintrübung des Glaskörpers, Gefahr der Entwicklung eines Sekundärglaukoms (Gruber/Hammer 2000)

3.2.3.1.5 Therapie

Im Stadium 3 wird eine Laser- oder Kryokoagulation der Netzhaut im Bereich der nicht perfundierten Netzhaut durchgeführt. Eine chirurgische Therapie ist in den Stadien 4 und 5 nur selten erfolgreich. Besonders wichtig ist die Früherkennung, daher sind Vorsorgeuntersuchungen von großer Bedeutung. (vgl. Lang 2005, 327)

3.2.3.1.6 Prognose

Bei 85% der Kinder im Stadium 1 und 2 heilt die Frühgeborenenretinopathie spontan aus. (vgl. Lang 2005, 327)

3.2.3.2 Makulopathie

Makulopathie oder auch Makuladegeneration genannt können in verschiedenen Formen auftreten, die häufigste Form ist die altersbezogene Makuladegeneration. Jedoch können auch im Kindesalter Formen der Makulopathie auftreten (Stagardtsche Erkrankung, Zapfendystrophie) (vgl. Lang, 2005, 337)

3.2.3.2.1 Altersbezogene Makulopathie

3.2.3.2.1.1 Definiton

Fortschreitende Degeneration der Makula in höherem Lebensalter (vgl. Lang, 2005, 337)

Makula ist die medizinische Bezeichnung für die Netzhautmitte, die Stelle des schärfsten Sehens. Auf der Makula wird immer das abgebildet, was wir gerade fixieren. (vgl. URL: <http://www.adc-celle.de/makuladegeneration.html> [20.8.2010])

3.2.3.2.1.2 Symptomatik

Die Symptome treten schleichend auf, die Patienten bemerken eine langsame Sehverschlechterung. Lediglich bei der neovaskulären Form, die immer in Verbindung mit einem Makulaödem auftritt, kommt es zu einem plötzlichen Visusverlust, zu einem Verzerrtsehen (Metamorphopsien) und zur Mikro- und Makroskopie. Außerdem kann es zur Einschränkung des Farbsehens und zum Verlust von Kontrastsensitivität führen. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

3.2.3.2.1.3 Epidemiologie

Jenseits des 65. Lebensjahres ist die altersbezogene Makuladegeneration die häufigste Ursache für Erblindung. 11 - 18,5% der Bevölkerung, die das 85. Lebensjahr überschritten haben, erkranken an der altersbezogenen Makuladegeneration. Wobei Männer und Frauen gleichermaßen betroffen sind. Schwarze hingegen erkranken deutlich seltener. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

3.2.3.2.1.4 Therapie

Medikamentöse Therapie:

Es gibt einige Studien, die belegen, dass gewisse Stoffe die Progredienz der Erkrankung aufhalten, jedoch gibt es bis heute keine sicher wirksamen Medikamente für diese Erkrankung. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

Lasertherapie:

Im späten Stadium der altersbezogenen Makulopathie besteht die Möglichkeit die Gefäße mit einem thermischen Laser zu veröden und so die erkrankte Membran zu deaktivieren. Der Nachteil dieser Therapie ist, dass bei 39 - 76 % der Patienten innerhalb von 2 Jahren nach der Lasertherapie ein Rezidiv auftritt. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

Photodynamische Therapie (PDT):

Diese Methode kann wie die Lasertherapie ebenfalls nur im späteren Stadium der Erkrankung angewendet werden. Sie wird in einem 2-stufigen Verfahren durchgeführt:

Zunächst werden die Pupillen mittels bestimmten Augentropfen erweitert, um den bei der Therapie eingesetzten Laser später besser ansetzen zu können. Es wird ein Zugang über eine Armvene gelegt, durch den eine Infusion mit einem Markierungsmittel (Verteporfin, Visudyne) gegeben wird. Dieses verteilt sich im Körper und somit auch in den von der Makuladegeneration betroffenen Bereichen des Auges. Im nächsten Schritt, etwa fünfzehn Minuten nach erfolgter Infusion, werden die Augen mit einem leichten Betäubungsmittel beträufelt. Eine Spaltlampe und ein so genanntes Kontaktglas werden auf das Auge des Patienten gesetzt und die von der Makuladegeneration betroffene Stelle am Augenhintergrund wird mit einem Rotlicht Laser bestrahlt. Der Laser ruft in Verbindung mit dem Markierungsmittel eine chemische Reaktion hervor. Der Farbstoff gibt Sauerstoffradikale ab, welche die pathologisch gebildeten Gefäße der Makula verschließen, um ein weiteres Austreten von Flüssigkeiten zu verhindern.

Ziel dieser Behandlung ist das progrediente Fortschreiten einzudämmen und dadurch einer Visusverschlechterung entgegenzuwirken. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

3.2.3.2.1.5 Prognose

Findet keine Therapie statt, ist der Verlauf mit Sicherheit chronisch und es kommt zu einer progredienten Sehverschlechterung. 40 Prozent der Patienten entwickeln diese altersbezogene Makuladegeneration auch am Partnerauge. Bei 80 % der Patienten kann man das Restsehvermögen optimal ausnützen, indem man vergrößernde Sehhilfen verwendet. Wodurch der Patient zumindest vorübergehend seine Lesefähigkeit zurückgewinnt. Im Wesentlichen versteht man unter vergrößernden Sehhilfen beleuchtete Leselupen, Lupenbrillen und Bildschirmlesegeräte. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

Abbildung 3: Altersbedingte Makuladegenerationsymptomatik. Optisches Bild bei einer altersbedingten Makuladegeneration



3.2.3.3 Retinopathia pigmentosa

3.2.3.3.1 Definition

Unter diesem Begriff wird eine heterogene Gruppe von Netzhauterkrankungen zusammengefasst, die zu progressivem Sehverlust, Gesichtsfeldausfällen und Nachtblindheit führen. Der Name rührt daher, dass diese Erkrankungen u. a. zur

Ablagerung von Pigment führen, die bei der klassischen Form von der Peripherie bis zum Zentrum der Netzhaut fortschreitet. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

3.2.3.3.2 Symptomatik

Die Retinopathia pigmentosa wird vererbt. Das Manifestationsalter ist abhängig vom Vererbungsmodus. Blendung, Nachtblindheit, fortschreitende Gesichtsausfälle, Virusreduktion und Farbsinnesstörungen sind die ersten Symptome. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

3.2.3.3.3 Therapie

Die Ursache kann nicht therapiert werden. Eine bessere Ausnützung des Restsehvermögens ermöglichen Kantenfilterbrillen (filtern bestimmte Wellenlängen heraus) und vergrößernde Sehhilfen. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

3.2.3.3.4 Prognose

Die Retinopathia pigmentosa führt bei schweren Fällen zur Erblindung. Die Krankheit verläuft chronisch progredient. Je nach Variante verläuft sie unterschiedlich. (vgl. Lang 2005, 337- 341)

Abbildung 4: Seheindruck eines Normalsichtigen



Abbildung 5: Retinopathia Pigmentosa:

Durch ein Absterben der Stäbchen in der Netzhaut engt sich das Gesichtsfeld zunehmend zu einem röhrenförmigen Gesichtsfeld ein. Retinopathia Pigmentosa kann bis zur Blindheit führen.



3.3 Ursachen

Mit zunehmender Häufigkeit sind die Ursachen einer Sehbehinderung in den Industrieländern auf Zivilisationsschäden zurückzuführen. An erster Stelle stehen dabei:

- Diabetes mellitus
- Arterielle Hypertonie
- Altersbedingte Makulopathie

Sie führen zu Erkrankungen der Retina (Netzhaut) und sind zu 30% Ursache einer Erblindung. An 2. Stelle der Erblindungsursachen steht das Glaukom (ca. 11% der Patienten).

Weitere Ursachen für eine Beeinträchtigung des Sehvermögens sind:

- Katarakt (Trübungen der Linse)
- Uveitis
- Unfälle
- Erbkrankheiten

5% aller Schwerstbehinderten sind dies aufgrund von Erblindung und Sehbehinderung (vgl. Lang 2008, 529)

3.4 Der zentrale Dachverband: „Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband (ÖBSV)“

3.4.1 Aufgaben

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband (ÖBSV) versteht sich als Selbsthilfeorganisation blinder und sehbehinderter Menschen. Seine Hauptaufgabe besteht darin, die Interessen seiner Mitglieder in allen Bereichen des öffentlichen Lebens zu vertreten und vor allem die schulische, berufliche und gesellschaftliche Integration zu erreichen sowie Diskriminierungen mit allem Nachdruck entgegen zu wirken. Aus diesem Grund unterstützt der ÖBSV alle Personen und Institutionen, die sich in diesem Sinne für blinde und sehbehinderte Menschen einsetzen und tätig sind. (vgl. URL: <http://www.oebstv.at/zentralbereich/index.php> [20.8.2010])

3.4.2 Aufbau

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband hat seinen Sitz in Wien, arbeitet jedoch nach dem Prinzip der Aufgabenverteilung. Während im Zentralbereich Einrichtungen zu finden sind, deren Arbeit sich auf das gesamte Bundesgebiet erstreckt, bieten die einzelnen Landesgruppen ihre Leistungen vor allem den Mitgliedern an, die im Einzugsgebiet wohnhaft sind. Der ÖBSV besteht aus sieben autonomen Landesverbänden Wien-Niederösterreich-

Burgenland, Oberösterreich, Steiermark, Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg. Der Präsident des ÖBSV wird alle vier Jahre von den Delegierten dieser Landesverbände gewählt. Derzeit ist Herr Mag. Gerhard Höllerer der amtierende Präsident des ÖBSV.

(vgl. URL: <http://www.oebsv.at/zentralbereich/index.php> [20.8.2010])

Fachgruppen und Gremien bilden einen weiteren Teil des Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverbandes. Diese arbeiten ebenfalls bundesweit, jedoch haben sie häufig ihre Vertreter innerhalb der Landesektionen, um Informationen besser verteilen zu können. Dieser Bereich hat die Aufgabe, Informationen zu berufsbezogenen Themen ebenso wie zur Freizeitgestaltung anzubieten. Verkehrsangelegenheiten, Esperanto, technische Hilfen für Beruf und Alltag, Schach, aber auch Aktivitäten für die Jugend und eine Sportgruppe ergänzen außerdem die Themenvielfalt. Außerdem ist der ÖBSV an den unterschiedlichsten Projekten beteiligt. Dieser Bereich gewinnt immer mehr an Bedeutung.

(vgl. URL: <http://www.oebsv.at/zentralbereich/index.php> [20.8.2010])

Der ÖBSV ist Mitglied der Europäischen Blindenunion (EBU) und der Weltblinden Union (WBU) und damit international in das Blinden- und Sehbehindertenwesen eingebunden.

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband basiert auf dem Gedanken der Selbsthilfe, deshalb sind neben den Mitarbeitern im Team vor allem auch die vielen ehrenamtlich tätigen Mitglieder und freiwilligen Helfer von besonderer Bedeutung, die durch unermüdlichen Einsatz dafür sorgen, dass Mitglieder und Interessenten Rat und Hilfe bekommen. (vgl. URL: <http://www.oebsv.at/zentralbereich/index.php> [20.8.2010])

3.4.3 Therapieangebot

Rehabilitationstraining, welches aus dem Orientierung- und Mobilitätstraining (O&M) und dem Training Lebenspraktischer Fertigkeiten (LPF) besteht, Sozialberatung, Psychotherapie und Arbeits- und Technikassistenten werden vom ÖBSV als Therapiemethoden für blinde und sehbehinderte Menschen angeboten.

3.4.3.1 Rehabilitationstraining

Damit sich blinde und sehbehinderte Menschen sicher und selbstständig in der Öffentlichkeit und zu Hause fortbewegen können, bietet der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband ein Rehabilitationstraining an. Dieses Training hat zum Ziel, die Selbstständigkeit im Alltagsleben des sehgeschädigten Menschen zu erhöhen. Die betroffene Person lernt dabei seine Sinneseindrücke zu verarbeiten, neuen Situationen entgegenzugehen und Lösungsstrategien zu entwickeln.

Das Training wird in zwei Bereichen angeboten, es gibt das Orientierungs- & Mobilitätstraining (O&M) und das Training Lebenspraktischer Fertigkeiten (LPF).

Das Training wird von qualifizierten RehabilitationstrainerInnen angeboten, die speziell dafür ausgebildet wurden, und nach dem Motto unterrichten: „Immer so wenig Hilfestellung wie möglich und so viel wie nötig geben“

Bevor die Schulung beginnt, ist ein kostenloser Beratungstermin notwendig, um die persönlichen Bedürfnisse, Vorkenntnisse und Fähigkeiten abzuklären. In den meisten Fällen findet die Schulung am jeweiligen Wohn-, Schul- oder Arbeitsort statt. Es gibt Einzelunterricht. Die Kosten für das Rehabilitationstraining und die Möglichkeit finanzieller Zuschüsse werden immer individuell bestimmt.

3.4.3.1.1 Orientierungs- und Mobilitätstraining (O&M)

Um sich in bekannter und fremder Umgebung weitgehend ohne fremde Hilfe bewegen zu können, ist es notwendig, spezielle Techniken zu erlernen. Eine Schulung mit dem weißen Langstock hilft Blinden und Sehbehinderten, sicher am Straßenverkehr teilzunehmen.

Sehgeschädigte Menschen erfassen die Umwelt in völlig anderer Weise als Sehende. Das Training umfasst deshalb weit mehr als die reine Vermittlung der Stocktechniken. Es werden Methoden erlernt, mit deren Hilfe das Restsehvermögen und die anderen Sinne besser genutzt werden. Wichtig ist auch das Training von situationsbezogenem Handeln in der Öffentlichkeit, damit sehgeschädigte Menschen auch in unerwarteten Momenten sicher an ihr Ziel kommen. (vgl. URL: <http://www.braille.at/braille/service/mobilitaetstraining> [20.8.2010])

3.4.3.1.2 Training lebenspraktischer Fertigkeiten (LPF)

Blinde und sehbehinderte Menschen werden darin geschult, „selbstverständliche“ Handgriffe und Fertigkeiten zu erledigen. Dazu gehört z. B. eine sichere Maniküre, putzen, das Bedienen von Elektrogeräten, kochen, bügeln, nähen, der Umgang mit Geld, etc.

Im Training werden auch die vorhandenen Sinne und die optimale Nutzung eines möglichen Sehrestes geschult und gemeinsam Strategien zur Bewältigung von Alltagssituationen erarbeitet. Die neu erlernten Fähigkeiten und Methoden sowie die gezielte Anwendung von Hilfsmitteln bieten mehr Sicherheit und Selbständigkeit im Alltag. (vgl. URL: <http://www.braille.at/braille/service/training> [20.8.2010])

3.4.3.2 Sozialberatung

In persönlichen Gesprächen informieren SozialarbeiterInnen Mitglieder und Interessierte über blindenspezifische und soziale Belange. Orientiert an den persönlichen Bedürfnissen der KlientInnen vereinbaren die SozialarbeiterInnen auch Besuche zu Hause oder beispielsweise im Krankenhaus.

Hilfe gibt es zum einen in rechtlichen Belangen. Klienten werden über Rechtsansprüche informiert und bekommen Unterstützung bei deren Durchsetzung. Außerdem wird den blinden und sehbehinderten Menschen bei behördlichen Angelegenheiten Beratung und Hilfe geboten. Die Sozialarbeiterinnen arbeiten eng mit den anderen Fachkräften wie den Orientierungs- und Mobilitätstrainerinnen, der LPF-Trainerin, Arbeits- und Technikassistenten, etc zusammen. Außerdem übernehmen im Einzelfall engagierte Zivildienstler Begleit- und Botendienste oder lesen den blinden oder sehbehinderten Menschen etwas vor. (vgl. URL: <http://www.braille.at/braille/service/sozialberatung> [20.8.2010])

3.4.3.3 Psychotherapie

Wie jeder von uns sind auch sehbehinderte und blinde Menschen, sowie deren Angehörige mit Problemen im Alltag, in Beziehungen oder am Arbeitsplatz konfrontiert. Darüber hinaus ergeben sich aber auch zusätzliche Belastungen, Krisen und Hindernisse, die in direktem Zusammenhang mit der Behinderung stehen. Ein Hauptziel in der Psychotherapie ist es, Entlastung zu erreichen, Krisen zu entschärfen, Probleme anders anzugehen und neue Lösungen zu finden.

Die Therapie kann eine wertvolle Unterstützung dabei sein, unter kompetenter Anleitung ein realistisches Selbstbild zu erarbeiten, sich bisher noch nicht entdeckte und auch durch die Behinderung neu entwickelte Fähigkeiten bewusst zu machen und diese zu nutzen.

Um blinden und sehbehinderten Menschen und deren Angehörigen in belastenden Situationen den Zugang zu kompetenter Beratung und Begleitung zu erleichtern, bietet der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband seinen Mitgliedern ein kostenloses, unverbindliches Erstgespräch bei einer Psychotherapeutin an. Die Beratung und Psychotherapie wird für EinzelklientInnen, Paare, Familien, Teilfamilien und Gruppen, für sehbehinderte und blinde Menschen und deren Angehörige angeboten. Die Dauer der Behandlung, die Inhalte, das Stundenausmaß und der Zeitabstand zwischen den Sitzungen richten sich nach den jeweiligen Bedürfnissen der KlientInnen. (vgl. URL: <http://www.braille.at/braille/service/psychotherapie> [20.8.2010])

3.4.3.4 Arbeits- und Technikassistenz

Den meisten Menschen ist es ein wichtiges Bedürfnis eigenes Geld zu verdienen und nicht nur von der Unterstützung der öffentlichen Hand abhängig zu sein, daher hat Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Aber gerade Personen mit einer Behinderung haben es schwer, einen Arbeitsplatz zu finden, da sie immer noch gegen mannigfaltige Vorurteile zu kämpfen haben.

Um dieser Ausgrenzung vorzubeugen und betroffenen Arbeitssuchenden den Einstieg ins Berufsleben zu erleichtern, hat das Bundessozialamt in Zusammenarbeit mit dem AMS, den Ländern und mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds eine Einrichtung geschaffen: die Arbeitsassistenz.

Die Aufgabe dieser Einrichtung ist eine umfassende Hilfe für betroffene Personen und deren Angehörige, Arbeitgeber und Kollegen.

Die Arbeitsassistenz bietet Beratung, Information und Unterstützung in allen berufsrelevanten bzw. arbeits- und sozialrechtlichen Fragen, von der Hilfe bei der Berufswahl oder bei einer konkreten Bewerbung bis hin zur behinderungsspezifischen Ausstattung des Arbeitsplatzes. Auch im Falle eines drohenden Arbeitsplatzverlustes bietet die Arbeitsassistenz unterstützende und vermittelnde Maßnahmen, mit dem Ziel, die Stelle zu erhalten. Hilfe wird also sowohl vor dem Einstieg in das Arbeits- und Berufsleben geboten, als auch für Personen die bereits im Arbeitsprozess stehen. Außerdem wird jenen Betrieben, die eine blinde oder

sehbehinderte Person einstellen vom Österreichischen Blinden- und Sehbehindertenverband umfassende Hilfe geboten. (vgl. URL: <http://www.oebstv.at/zentralbereich/assistentz.php> [20.8.2010])

4. Die “Sensorische Integration”

4.1 Definition

„Sensorisch“: (Med.) die Sinnesorgane, die Aufnahme von Sinnesempfindungen betreffend. (vgl. Duden Fremdwörterbuch 2007, 947)

„Integration“: (lat.; „Wiederherstellung eines Ganzen“): (Wieder)herstellung einer Einheit (aus Differenziertem); Vervollständigung, Einbeziehung, Eingliederung in ein größeres Ganzes, Zustand in dem sich etwas befindet, nachdem es integriert worden ist. (vgl. Duden Fremdwörterbuch 2007, 464)

4.2 Was bedeutet “Sensorische Integration”?

„Sensorische Integration ist der Prozess des Ordnen und Verarbeitens sinnlicher Eindrücke, so dass das Gehirn eine brauchbare Körperreaktion und ebenso sinnvolle Wahrnehmungen, Gefühlsreaktionen und Gedanken erzeugen kann. Die Sensorische Integration sortiert, ordnet und vereint alle sinnlichen Eindrücke des Individuums zu einer vollständigen und umfassenden Hirnfunktion“ (Ayres, 1984).

Die Sensorische Integration kann verstanden werden als Interaktion und Koordination von Funktionen und Prozessen im Gehirn und auch zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Die Anpassungsreaktionen machen Lernen und Erfahrung möglich, sie bilden die Grundlage

für die Entwicklung und Reifung des Gehirns. Die Anpassungsreaktionen können auch erklärt werden als Assoziation zwischen den Sinnen, die die Grundlage für alle integrativen Prozesse im Gehirn bildet. Die Assoziation der Sinne findet auf jeder Stufe des Gehirns statt, wobei die Funktionen des höheren Niveaus von denen der niedrigeren abhängig sind. Die elementaren Sinnesinformationen, die auf dem niederen Niveau im Gehirn verarbeitet werden, kommen aus dem Vestibularsystem (Gleichgewichtsorgan), dem Tastsinn und der Propriozeption (Eigenwahrnehmung und Tiefensensibilität aus Muskeln und Gelenken) (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 40)

4.3 Die Begründerin des Konzepts

Dr. Anna Jean Ayres entwickelte das Konzept der "Sensorischen Integration". Sie ist als Ergotherapeutin und Wissenschaftlerin tätig. Sie hatte selbst in ihrer Kindheit „versteckte Störungen“ zu bewältigen, welche zweifelsohne ihre Berufswahl, ihre Arbeitsweise und ihre Forschung beeinflussten. In ihren wissenschaftlichen Studien untersuchte sie die versteckten Störungen, die Lernen und Verhalten beeinträchtigen können und eignete sich so Wissen über die neurophysiologischen Grundlagen des Verhaltens an. Außerdem beschäftigte sie sich intensiv mit den Gebieten Neurologie, Psychologie, Ontogenese und Phylogenese. Sie entwickelte mit Hilfe ihrer exzellenten analytischen Fähigkeiten eine detaillierte Testreihe zur Untersuchung und Dokumentation versteckter Störungen. Schließlich gestaltete Dr. Anna Jean Ayres Strategien und Materialien zur Bewältigung dieser Störungen. (Roley 2004, 4-5)

Das Konzept der Sensorischen Integration wurde auf dem Gebiet der Ergotherapie entwickelt und ist nach wie vor perfekt auf diesen Anwendungsbereich zugeschnitten. Die Philosophie der Sensorischen Integration unterscheidet sich deutlich von anderen Konzepten und Therapieansätzen in der Ergotherapie. Die Arbeitsweise von Dr. Ayres ist Ausdruck einer Philosophie des Mitgefühls und des Respekts vor dem Streben des Patienten, sein Nervensystem durch selbstmotivierte Interaktionen mit Umwelt zu entwickeln. (Roley 2004, 4-5)

4.4 Die Rolle des visuellen Systems innerhalb der Sensorischen Integration

4.4.1 Die drei Ebenen der sensorischen Verarbeitung

Das Sehen spielt für die Entwicklung der Wahrnehmung eine entscheidende Rolle. Dr. Ayres spricht von 3 Ebenen der sensorischen Verarbeitung die Individuen mit räumlicher und zeitlicher Information versorgen: Interozeption, Propriozeption, Exterozeption

1. Interozeption

Dieses System ist wichtig für die Entwicklung einer Vorstellung davon, wie man sich in seinem Körper fühlt. Anhand von diesem System kann das Individuum, den Ort von Empfindungen in Eingeweiden und Organen bestimmen. Somit geschieht die Orientierung auf das Innere durch das interozeptive System, welche dem Erkennen von Hunger, Müdigkeit, Harn- und Stuhldrang, Krankheit, dem Lokalisieren von Schmerzen und Unterscheiden subtiler innerer Empfindungen dient.

Die große Bedeutung des visuellen Systems in der Interozeption liegt in den Lichtzyklen, die visuell wahrgenommen werden, und einen wichtigen Einfluss auf die täglichen, monatlichen und jährlichen Rhythmen des Menschen haben. (vgl. Roley 2004, 344-346)

2. Propriozeption

Die vestibuläre und die propriozeptive Modalität umfassen die Propriozeption. Die Propriozeption in Verbindung mit den visuellen Sinneseindrücken sind essenziell wichtig für die Bildung des Körperschemas, die Bewegungsdosierung bezüglich Richtung und Kraft, die Haltungskontrolle, Stabilität und Orientierung, den Erwerb von Wissen über Körperbewegungen, das Zusammenspiel zwischen Körperteilen in Ruhe und in Bewegung. (vgl. Roley 2004, 344-346)

Das visuelle System spielt eine entscheidende Bedeutung im vestibulär-propriozeptiven System. Es bildet zusammen mit dem propriozeptiven System, aufgrund ihrer Orientierungs-, Lokalisierungs- und Blickfolgefunktionen, die Grundlage für die posturale Kontrolle und spielt somit in der Haltungs- und Bewegungskontrolle eine essentielle Bedeutung. (vgl. Roley 2004, 344-346)

3. Exterozeption

Diese Ebene der sensorischen Verarbeitung umfasst in erster Linie die visuellen und auditiven Aspekte. Gehör und Sehen sind die einzigen Sinne, deren Reichweite weit über die Grenzen des Körpers hinausgeht. Exterozeptive Erfahrungen sind notwendig, damit das Individuum sich selbst im Raum, im Bezug zu anderen oder im Bezug zu Objekten im Raum orientieren kann und gleichzeitig liefern sie wesentliche, präzise Informationen über Inhalt und Zusammenhang laufender Interaktionen in der Umwelt. (vgl. Roley 2004, 344-346)

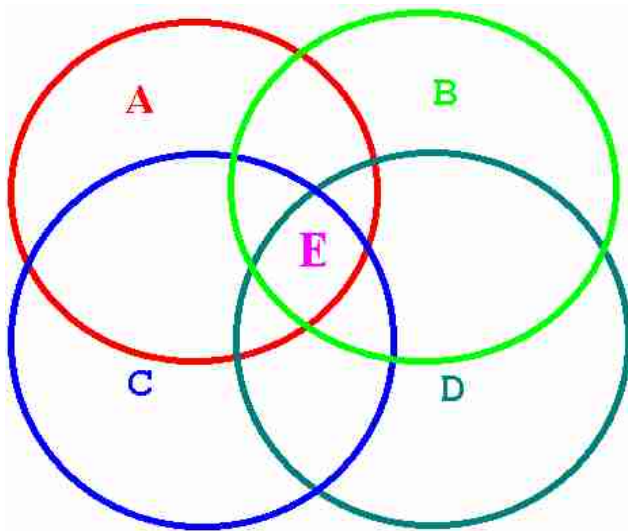
4.4.2 Das Zusammenspiel der 3 Ebenen

Die Kombination der sensorischen Information aller 3 Ebenen ergibt ein Gefühl für die eigenen Körpergrenzen und die äußere Welt und ist daher besonders wichtig für die Entwicklung eines Selbstkonzeptes. Wobei das vestibulär-propriozeptive System Informationen über die Position des Körpers im Raum in Bezug zur Schwerkraft liefert, ist das Individuum durch das exterozeptive System in der Lage, seine eigene Körperposition in Bezug zu statischen und bewegten Umgebungen zuerkennen. Dieses Wissen über die eigenen Grenzen, die eigene Position und die eigene Bewegung ist notwendig um Wahrnehmungen der physikalischen Realität in einen räumlichen Zusammenhang zu stellen. Raum ist der Hintergrund für Handlungsfolgen eines Individuums, somit beginnt ein Individuum, bei dem die Kombination der sensorischen Information aller Ebenen erfolgreich verläuft, mit der Planung der Aktivitäten, die es durchführen will, was wiederum für die Entwicklung eines Selbstkonzeptes von essentieller Wichtigkeit ist. (vgl. Roley 2004, 344-346)

4.4.3 Skeffingtons Modell

Um die Visualität, also „Das Sehen“ anschaulich zu machen, eignet sich das vereinfachte Modell von Skeffington mit den vier Kreisen der visuellen Teilbereiche. (vgl. Roley 2004, 347)

Abbildung 5: Modell Skeffington



- A) Augenbewegungen zur Klärung des eigenen Standortes - wo bin ich? Orientierung, mit der Schwerkraft zurechtzukommen, um sich zu bewegen.
- B) Fixation auf den Punkt des Interesses - wo ist es? Durch die Konvergenz der Augen (Betätigung der äußeren Augenmuskeln) ist die Standortbestimmung des betrachteten Gegenstandes möglich, Zentrierung: die Fähigkeit, Objekte im Raum zu lokalisieren.
- C) Scharfstellen des betrachteten Gegenstandes zur Erkennung - was ist es? Betätigung der Akkommodationsmuskulatur, Identifikation: die Fähigkeit, auf Information zu fokussieren, Details zu verfeinern und zu diskriminieren und diese Information im Gehirn abzuspeichern.

- D) Visualisation - sich ein Bild machen - wie ist es? Vermischung mit sprechen, hören, fühlen, schmecken; Fähigkeit, durch Sprache und Gestik zu kommunizieren und das Hören zu verwenden.
- E) Gesamtheit der visuellen Wahrnehmung, das eigentliche „Sehen“, als Ergebnis des Zusammenwirkens aller beteiligten Einzelfunktionen A-D.

Skeffington (1963) erkannte, dass das visuelle System mehr ist als lediglich Licht, das aus der physikalischen Umgebung kommt und ins Auge eintritt. Wie in seinem Modell dargestellt, ist er der Meinung, dass der visuelle Prozess eine Verflechtung von Gehör, Propriozeption, Kinästhesie und Körpergefühl mit dem Sehen darstellt. Seiner Meinung nach kann das Sehen weder von der Gesamtperson noch von einem der anderen sensorischen Systeme abgespalten werden, da es in die gesamten menschlichen Wahrnehmungsprozesse integriert ist. (vgl. Roley 2004, 347)

„In Skeffingtons Modell wird offensichtlich, dass die visuelle Kognition nicht nur aus dem Sehen allein resultiert, sondern vielmehr aus der Kombination der visuellen Fähigkeiten mit all den anderen sensorischen Modalitäten, besonders mit dem Gehör, dem taktilen, propriozeptiven und vestibulären System.“ (vgl. Roley 2004, 347)

4.4.4 Sehbehinderung, Blindheit und Sensorische Integration

Schwierigkeiten bei der Fein- und Grobmotorik, der sensorischen Modulation, der Praxie (Ayres nannte Praxie „den neurologischen Prozess durch den die Kognition die Bewegung steuert“), der Sprache und den sozialen und kognitiven Fähigkeiten liegen oftmals bei Personen mit einer Sehbehinderung zusätzlich vor. Es wird häufig davon ausgegangen, dass diese Defizite mit der Sehbehinderung in Kontext stehen. Vergleicht man jedoch Beobachtungen von prinzipiell normal entwickelten blinden Menschen, zeigt sich eine große Schwankungsbreite in ihren funktionellen Fähigkeiten. Besonders wichtig ist es, aus Perspektive der Sensorischen Integrationstheorie die multisensorische Vernetzung bei Ausfall eines einzelnen Systems heranzuziehen. (vgl. Roley 2004, 11)

„Fehlt das Sehvermögen oder ist es schwach oder verzerrt, kompensiert das Gehirn das visuelle Defizit durch eine Umverteilung des neuralen Gewebes, das normalerweise für visuelle Informationen vorgesehen ist (Kraemer 1929)“.

Obwohl visuelle Beeinträchtigungen und Blindheit, also eine Beeinträchtigung bzw. ein Ausfall des kompletten visuellen Systems, Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben darstellen, kann anhand von 2 Fallbeispielen, die ich Ihnen im Folgenden vorstellen werde, gezeigt werden, dass es durch den effektiven Gebrauch der anderen sensorischen Systeme möglich ist, den Sehverlust zu kompensieren. Dadurch ist es Personen mit visuellen Defiziten, also Personen mit einer Sensorischen Integrationsstörung, möglich, eine Sensorische Integration zu erreichen und somit eine unabhängige und kompetente Persönlichkeit zu entwickeln. (vgl. Roley 2004, 348)

4.4.4.1 Fallbeispiel Dan

Dan hat kein Sehvermögen mehr, da seine Augen kurz nach der Geburt aufgrund eines Retinoblastoms entfernt wurden. Dan ist trotz dieser Tatsache in der Lage, die anderen sensorischen Systeme so effektiv zu gebrauchen, um den Sehverlust zu kompensieren und somit an der Welt der Sehenden, trotz des Fehlens visueller Informationen, teilzunehmen. Er verwendet das auditive System, um sich in seiner Umgebung zurechtzufinden. Anhand der Echolokation, einer Technik, die es ihm ermöglicht, durch eine Serie von Pfiffen und Klicks die Größe von Objekten und die Entfernung zwischen Objekten zu schätzen, ist es Dan möglich, über das auditive Feedback Informationen über den dreidimensionalen Raum in naher und weiter Distanz zu erhalten. Der Klang wird reflektiert und Dan kann relativ flott navigieren, sogar auf dem Fahrrad. Das vestibuläre System ermöglicht ihm, zu erkennen, wo die Schwerkraft auf ihn einwirkt und ob er sich in aufrechter Position befindet. Eine rasche Anpassung der Muskeln und Gliedmaßen, um die Balance zu halten und zu verhindern, erreicht er durch die Nutzung der Propriozeption. Essentiell wichtig um diese komplexe Aktivität ohne das visuelle System ausführen zu können, sind seine kognitiven und praktischen Fähigkeiten, die die Aufmerksamkeit unterstützen. (vgl. Roley 2004, 348)

Dan fährt mit dem Fahrrad, ist unabhängig, hat viele Hobbies und Interessen und keine Angst davor, neue Dinge auszuprobieren. Er erlebt sich selbst nicht als stärker behindert als ein Brillenträger. Jedoch ist er der Meinung, dass sein Gehirn bereits sehr früh begonnen hat, durch neuroplastische Veränderungen den Verlust der visuellen Wahrnehmung zu kompensieren. (vgl. Roley 2004, 348)

Statt des Sehens benützt Dan andere sensorische Informationsquellen, um seine Kompetenzen zu entwickeln, zu erweitern und zu erhalten. Aufgrund seiner adäquaten sensorischen Integration ist Dan durch seinen Sehverlust nicht funktionell behindert. Er selbst ist der Ansicht, dass ihm seine Fähigkeiten, alle anderen sensorischen Informationen zu integrieren, ermöglichen, alles zu tun, was er tun möchte. (vgl. Roley 2004, 350)

4.4.4.2 Fallbeispiel Michael

Michael ist ein Jugendlicher mit Zerebralparese, der aufgrund einer Frühgeborenen Retinopathie sein Augenlicht verloren hat. Er kann nicht wie Dan, seine Sehfähigkeitsdefizit durch den Einsatz anderer sensorischer Systeme kompensieren, da er Defizite im neuromotorischen und im kognitiven System aufweist. Im Gegensatz zu Dan handelt es sich bei Michael um eine funktionelle Behinderung. Routinemäßige Arbeiten des alltäglichen Lebens bereiten Michael große Schwierigkeiten:

- Es ist ihm nicht möglich, selbstständig eine Getränkedose, Chipstüte oder Tür zu öffnen.
- Er ist nicht in der Lage, sich selbstständig auf eine Schaukel zu setzen bzw. von dieser wieder herunterzukommen.
- Er kann sich nicht selbstständig anziehen und hat mangelhafte Tischmanieren, d. h. er isst mit den Händen und stopft ohne abzubeißen, ganze Bröckchen in den Mund.

Michael verfügt über gute soziale Fähigkeiten, er ist ein liebenswerter Junge, der allgemein sehr beliebt ist. Jedoch ist er sehr ängstlich und von seinen Betreuern stark abhängig.

Die Befunderhebung im Rahmen der sensorisch-integrativen Ergotherapie ergab, dass Michael eine große Unsicherheit bei Bewegungen zeigt, die aus seinen grundlegenden Defiziten in der Haltungskontrolle resultiert. Er kann seine Bewegungen nicht durch propriozeptives Feedback kontrollieren und reagiert deshalb mit Überempfindlichkeit und einer verlangsamten Informationsverarbeitung auf propriozeptive Reize. Somit führen diese Defizite zu einer Einschränkung des vestibulären Systems und in der Folge zu einer erschwerten posturalen Kontrolle wie Schwierigkeiten mit der Haltungsanpassung und Richt- und Gleichgewichtsreaktionen. Er weist Defizite in der Praxis auf, er führte nur gewohnte Handlungen aus, er initiierte keine neuen Bewegungen, er konnte sich nicht mehr an Dinge erinnern, die er schon einmal durchgeführt hatte und er versuchte es auch nicht, komplexen Handlungssequenzen zu folgen. (vgl. Roley 2004, 351-353)

Die Therapieziele:

1. Steigerung der räumlichen Wahrnehmung und des Wohlbefindens bei Bewegung durch den Raum:

Durch das Tragen von schwerem Schuhwerk, das beim Aufsetzen laute Geräusche verursacht und die Verwendung eines „Klickers“, den er in der Hand hält, erzeugt er Feedback von seinen eigenen Bewegungen. Diese Art des auditiven Feedbacks funktioniert gut bei Michael. Da Michael völlig von seinem Betreuer abhängig war, musste er zu Therapiebeginn alle Aktivitäten auf langsame und kinästhetische Weise lernen. Hatte er die Bewegungsabläufe erlernt, dann musste er sie häufig üben, um die Bewegungsgeschwindigkeit zu optimieren. Das Therapieziel war erst dann erreicht, wenn Michael seine Aktivitäten rasch ausführen konnte. (vgl. Roley 2004, 351-353)

2. Steigerung der taktilen Diskrimination zur Verbesserung der Handhabung von Objekten:

Um dieses Ziel zu erreichen, wo es darum ging, dass Michael lernte, sich an spezifischen taktilen Oberflächen und Merkmalen zu orientieren, musste er beispielsweise sein Butterbrot mit dem Messer aufstreichen und nicht wie zuvor mit der Hand in die Butter greifen. Außerdem lernte er die Wasserhöhe im Glas zu schätzen, während er eingoss, den Schlüssel einhändig ins Schlüsselloch zu finden und das Schloss zu öffnen. (vgl. Roley 2004, 351-353)

3. Verbesserung der bilateralen Integration zum koordinierten Einsatz seiner Hände:

Essentiell wichtig bei diesem Ziel ist, dass Michael ein globales Bewusstsein von seinem Körper im Raum erlangte, um gleichzeitig den Bezug der einzelnen Körperabschnitte zueinander ermitteln zu können. Wenn Michael zum Beispiel eine Getränkedose öffnen möchte, muss er wissen, wo im Raum sich seine beiden Hände befinden und wie die Raumlage der Getränkedose ist. Außerdem muss er propriozeptiv seinen Krafteinsatz dosieren, um beim Öffnen der Getränkedose keine Flüssigkeit zu verschütten. (vgl. Roley 2004, 351-353)

4. Verbesserung der automatischen Richt- und Gleichgewichtsreaktionen:

Michael war nicht in der Lage, das Gewicht zu verlagern und gleichzeitig das Gleichgewicht zu halten. Es war ihm nicht möglich, einen Randstein erfolgreich zu bewältigen, da er beim Anheben des Beines Schwierigkeiten hatte, das Gleichgewicht zu halten. In der Therapie war es von großer Bedeutung, lineare Bewegungen auf schaukelnden Geräten durchzuführen, um gleichzeitig gegensteuernde posturale Ausgleichsbewegungen auszulösen, und Gewichtsverlagerungen und das Halten des Gleichgewichts im Sitzen zu trainieren. (vgl. Roley 2004, 351-353)

5. Steigerung der Handkraft:

Michael konnte seine Finger nicht isoliert bewegen, seine Greifmuster waren undifferenziert, weil er keine funktionellen Bewegungen mit seiner Hand ausführte, z. B. das Öffnen einer Türklinke. In der Therapie wurde die Greifhaltung verbessert, indem Michael jeweils über 10 Sekunden an einem Trapez schwang, gleichzeitig seine Füße vom Boden abhob und die Daumen im Oppositionsgriff sein Körpergewicht halten mussten. So begann er seine Handkraft zu entwickeln und dieser zu vertrauen. (vgl. Roley 2004, 351-353)

4.4.5 Die Förderung der Sensorischen Integration durch das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren

Im weiteren Verlauf meiner Arbeit werde ich versuchen, Aspekte des Therapieprogramms der Sensorischen Integration nach Dr. Jean Ayres in Bezug zu Inhalten des Heilpädagogischen Voltigierens und Reitens zusetzen:

Besonders positiv wirken sich Übungen zur sensorischen Integration aus, wenn sie auf Basis von guter Motivation und Freude stattfinden, deshalb eignet sich der Übungspartner Pferd sehr gut. Aufgrund der Freude an den Übungen, wird in den Synapsen Transmittersubstanz

ausgeschüttet und die Bahnung in den Nervensträngen wird positiv beeinflusst. An dieser Stelle möchte ich noch einmal auf die Wichtigkeit der therapeutischen Arbeit mit einem Lebewesen als Medium aufmerksam machen und den enormen Vorteil, den der Einsatz eines Tieres/ Pferdes in der Therapie bieten kann, unterstreichen. Der Patient kann durch das Pferd, welches zahlreiche sensorische Erfahrungen bietet, ein verbessertes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden erleben. Das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten ist hervorragend dafür geeignet, die Sensorische Integration mit Hilfe des Mediums „Pferd“ zu entwickeln. (vgl. Hauser in Sonderhefte des DKThR 2005, 53-55)

Der Umgang mit dem Pferd bietet eine außerordentlich gute Möglichkeit für einen ganzheitlichen Therapieansatz. Aufgrund der verschiedenartigen Wahrnehmungsprozesse sensorischer Art, die der Umgang mit dem Pferd und die Bewegungen auf dem Pferd bieten, werden große Anforderungen an den Patienten gestellt. Das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren fördert nicht nur die Entwicklung der Sensorischen Integration, sondern auch die psychisch- soziale Entwicklung des Patienten wird durch den Umgang mit dem Pferd vorangetrieben. Diese emotionalen und sozialen Komponenten im Heilpädagogischen Voltigieren und Reiten sind wiederum mitverantwortlich für die Bereitschaft des Patienten die gebotenen Wahrnehmungsimpulse zu integrieren. An dieser Stelle soll noch einmal der ganzheitliche Therapieansatz, der durch die Therapie mit dem Pferd geboten wird, hervorgehoben werden. (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 43-46)

4.4.5.1 Übungen zur Förderung

Im folgenden Teil meiner Arbeit soll anhand einiger Inhalte bzw. Beispiele verdeutlicht werden, welche vielfältigen Möglichkeiten der Förderung bzw. Therapie für Patienten mit einer Sensorischen Integrationsstörung beim Heilpädagogischen Voltigieren und Reiten geboten werden kann. Es sollten die Effekte dargestellt werden, die das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten auf die Sensorische Integration hat:

4.4.5.1.1 Die Kontaktaufnahme zum Pferd

Durch das Berühren der Beschaffenheit des Fells, der Mähne und des Schweifs können harte und weiche Partien unterschieden werden und die Körpertemperatur kann gefühlt werden. Die

Kontaktaufnahme zum Pferd bietet eine Reihe von taktilen Wahrnehmungsimpulsen. (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 43-46)

4.4.5.1.2 Putzen des Pferdes

Neben den taktilen Reizen bietet das Putzen des Pferdes eine gute Möglichkeit zu propriozeptiver Stimulation an. Zum Beispiel durch die Druckempfindung in der Handinnenfläche während dem Bürsten oder Striegeln des Pferdes. Personen mit einer sensorischen Unterstimulation werden versuchen, einen möglichst starken Druck auszuüben, während Personen mit einer Überstimulation versuchen werden, den Druck möglichst gering zu halten. Während des Putzens des Pferdes muss sich der Patient strecken und dehnen, um alle Körperpartien des Pferdes zu erreichen, wodurch er propriozeptive Informationen aus Muskeln und Gelenken erhält.

Außerdem wird während des Putzens des Pferdes die Koordination der beiden Körperhälften und der beiden Hände und die Bewegungsplanung, welche in engem Zusammenhang mit der Raumorientierung steht, trainiert. Verliert ein Patient während des Striegeln immer wieder die Richtung, kann man davon ausgehen, dass seine Bewegungsplanung mangelhaft ist. Ist dies der Fall, soll zunächst nur mit dem Striegeln des Pferdes gearbeitet werden, damit über die propriozeptiven Wahrnehmungsimpulse die grundlegenden sensorischen Wahrnehmungsprozesse angeregt werden, auf denen schließlich Körperkoordination, Raumorientierung und Bewegungsplanung aufbauen können. (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 43-46)

4.4.5.1.3 Das Mitlaufen am Pferd auf dem Zirkel

Eine gute Raumorientierung und Bewegungsplanung des Patienten wird beim Einlaufen in den Zirkel zum Longenführer und von dort zum Pferd gefordert. Beim Heranlaufen an das Pferd muss außerdem der Muskeltonus reguliert werden und eine differenzierte Bewegungsplanung, die sich auf Schnelligkeit und Richtung der Bewegung bezieht, muss vorhanden sein. Darüber hinaus müssen beim Erreichen des Pferdes die taktilen und propriozeptiven Reize eingeordnet werden. Beim Mitlaufen am Pferd im Schritt, Trab und Galopp ist ebenfalls Bewegungsplanung notwendig, wobei diese möglicherweise weniger gefordert wird als beim Heranlaufen an das Pferd, da das Pferd dem Patienten über propriozeptive Impulse in Armen und Schultern den Rhythmus vorgibt.

Es gibt vielseitige Möglichkeiten zur Förderung der Sensorischen Integration. Je nach Stärke der Störung der sensorischen Integration bzw. je nach Therapiedauer sollte jedoch die Aufgabenstellung individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden. (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 43-46)

4.4.5.1.4 Das Aufsteigen

Beim Aufsteigen auf das Pferd muss eine hohe Energie aufgewendet werden, um den Muskeltonus zu erhöhen, damit die nötige Sprung- und Stützkraft aufgewendet werden kann. Viele Menschen mögen die vestibuläre Stimulation, die sie vom Pferderücken bekommen. Jedoch Patienten mit einem übererregbaren Vestibularsystem und einer Schwerkraftunsicherheit haben häufig Angst, den Boden unter den Füßen zu verlieren. Daher sollte zum Beispiel eine Bank oder ein Hocker neben das Pferd gestellt werden, damit die Entfernung vom Boden beim Aufstieg schrittweise vor sich gehen kann. Außerdem kann sich der Patient zunächst in Bauchlage auf das Pferd legen und eine Hilfsperson kann dabei seine Arme halten. Diese Unterteilung der Handlungsabläufe ermöglicht dem Patienten eine bessere Einordnung der vestibulären Wahrnehmungsimpulse und eine Erleichterung der Bewegungsplanung. (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 43-46)

4.4.5.1.5 Das „Begrüßen“ des Pferdes

Sobald der Patient einigermaßen im Gleichgewicht auf dem Pferd sitzt findet das „Begrüßen des Pferdes“ je nach Vermögen im Halten oder im Schritt statt. Dabei klopft der Patient mit der rechten Hand auf die linke Halsseite des Pferdes und zählt laut mit. Danach erfolgt dasselbe mit der linken Hand. Anhand dieser Übung wird Bewegungsplanung, Raumorientierung, Links- Rechtsunterscheidung und das Kreuzen der Körpermittellinie trainiert. Außerdem ist eine intakte Haltungskontrolle im Oberkörper Voraussetzung, um diese Übung korrekt durchführen zu können. Ist jedoch die Propriozeption mangelhaft, d. h. keine oder ungenügende Information über die Haltung bzw. den Sitz auf dem Pferd erfolgt, dann kann der Patient vom Pferd rutschen, ohne es zu bemerken. Ein weiteres Begrüßungsritual ist das Nach-Vorne-Legen des Patienten auf den Pferdehals. Der Patient beugt den Oberkörper nach vorne und umfasst dabei mit seinen Armen den Hals des Pferdes. Bei dieser Übung findet eine sensorische Integration des Tastsinns, des Gleichgewichtsinns und der Eigenwahrnehmung statt. Wird das Pferd während des Ausführens der Übung dazu

angehalten, sich im Schritt vorwärtszubewegen, werden diese drei Sinneswahrnehmungen durch die Bewegungsimpulse des Pferdes zusätzlich intensiviert. (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 43-46)

4.4.5.1.6 Das Pferd

In einer derartig komplexen Form kann das Pferd in der Therapie durch kein anderes „Übungsgerät“ ersetzt werden. Das Pferd bietet mit seinen dreidimensionalen Schwingungsimpulsen eine Vielfalt an sensorischen Impulsen für den Patienten. Wie aus dem zuvor Beschriebenen deutlich wird, hat das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten erhebliche Vorteile in der Behandlung von Menschen mit einer Sensorischen Integrationsstörung. Die drei Gangarten Schritt, Trab und Galopp des Pferdes kommen im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren noch hinzu, die durch verschiedene Spezifizierungen von Weite der Schritte und Sprünge, Hubhöhe, Geschwindigkeit, Zentrifugalkraft und Rhythmus sehr differenzierte Wahrnehmungsimpulse bieten. Essentiell wichtig zu erwähnen ist auch, dass kein kognitives Einstellen auf die Bewegung möglich ist, da keine Bewegung des Pferdes der nächsten gleicht. Die Bewegungen des Pferdes sind nie gleich, sondern lediglich ähnlich. Der Galopp scheint aufgrund seiner Schaukelbewegung einen besonderen Vorteil zu bieten, da die Bewegungsimpulse vom Menschen als sehr angenehm empfunden werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Heilpädagogischen Voltigieren und Reiten ist der Umgang mit dem Pferd als sozialem Lebewesen. Dadurch können die Patienten psychosoziales Verhalten erlernen und dieses später auf den Umgang mit anderen Menschen übertragen.

Beim Heilpädagogischen Voltigieren und Reiten kommt es zur Förderung der Sensorischen Integration von taktilen, vestibulären und propriozeptiven Wahrnehmungsimpulsen, wodurch die Basis für Bewegungsplanung und für kognitive Leistungen entsteht. (vgl. Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 43-46)

5. Fallbeispiel Andreas P.

5.1 Verlauf der Erkrankung

Laut eines Befundes der Landeskinderklinik Linz von 1995 leidet Andreas an einer erheblichen Sehbehinderung mit kompletter Amaurose (Blindheit) links, rechts ist ein Restsehen vorhanden. Die übrigen Sinnesorgane scheinen intakt zu sein, das Hörvermögen ist sehr gut.

Andreas' Wesen ist gekennzeichnet durch eine komplette Antriebsstörung. Er setzt wenig Initiativen und verhält sich passiv. (vgl. Befund der Landeskinderklinik Linz, 1995)

Andreas entstammt einer Zwillingsgeburt, er ist der erstgeborene Zwilling mit einem Geburtsgewicht von 1.500 Gramm und einer Größe von 47 cm. Die motorische und sprachliche Entwicklung verliefen zunächst unauffällig. Im zweiten Lebensmonat wurde eine Leistenoperation durchgeführt. Nach Angaben der Kindesmutter sei er dann verändert gewesen, hätte nicht mehr nachgeblickt, weshalb sie diese Störung auf einen Narkosezwischenfall zurückführt. Das rechte Auge habe sich nicht mehr entsprechend entwickelt, es sei eine blutige Flüssigkeit herausgekommen, man habe ihr keine Auskunft erteilt und man weiß nicht, ob es sich um ein Trauma gehandelt hat oder ob nicht doch in Verbindung mit der Frühgeburtlichkeit ein angeborener Defekt vorhanden ist. Sein Zwillingsbruder hingegen entwickelte sich gesund. (vgl. Befund der Landeskinderklinik Linz, 1995)

Im heilpädagogischen Kindergarten, den Andreas besuchte, gab es schon Verhaltensauffälligkeiten. Er war in der Gruppe Schwerstbehinderter, er hatte Kontaktstörungen, war teilweise auch destruktiv und gegenüber anderen Kindern mit aggressiven Handlungen besetzt. (vgl. Befund der Landeskinderklinik Linz, 1995)

Im Laufe seines Lebens erlitt Andreas außerdem mehrere epileptische Anfälle, den ersten im Alter von vier Jahren. Damals wurde ein Neurologe kontaktiert und eine Medikation verabreicht. Da diese sehr stark gewesen sei, hätte die Mutter diese wieder abgesetzt. Danach

sei es noch zwei Mal zu epileptischen Anfällen gekommen. Bis 2004 gab es dann jedoch keine weiteren Anfälle. (Arztbrief Abteilung für Neurologie, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, 24. 6. 2004).

2004 und 2006 litt Andreas wiederum an epileptischen Anfällen, weshalb es zu stationären Aufenthalten in der neurologischen Abteilung im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz kam. (Arztbrief Abteilung für Neurologie, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, 24. 6. 2004)

5.2 Zu seiner Person

Laut den Angaben seiner Reittherapeutin Fr. Melanie Grüblinger:

- kann Andreas die Umrisse seiner Umgebung erkennen und sich dadurch in seiner Umgebung orientieren. Die Therapeutin berichtet, dass er sich im Reitstall regelmäßig ein Coca Cola beim Automaten herunterlässt, obwohl er solche Zeichen normalerweise nicht erkennen kann. Sie vermutet, dass er instinktiv den richtigen Knopf wählt.
- mochte Andreas früher taktile Berührungen nicht so gern, deshalb hat er an vielen Dingen gerochen, um sich über einen anderen Sinn Informationen über seine Umwelt zu verschaffen, was er auch heute noch teilweise macht.
- hat er große Angst vor Ärzten und Operationen und lässt sich aus diesem Grund nicht am Auge operieren. Die Therapeutin meinte, dass es für ihn psychisch eine Überforderung sein könnte, wenn er nach einer Operation plötzlich viel besser sehen könnte als zuvor.
- waren die Therapien, die Andreas, bevor er zum Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren kam, wenig erfolgreich, da er Probleme mit den Therapeuten hatte. Die einzige Therapie, die neben dem Heilpädagogischem Reiten und Voltigieren, noch funktioniert, ist eine Gesprächstherapie bei der Pro Mente, da er sich der Psychologin gegenüber sehr öffnen kann.
- ist Andreas sehr gut in die Gesellschaft integriert, da er Mitglied verschiedener Verbände ist (Blindenverband etc.). Er nimmt regelmäßig an Ausflügen und Urlauben teil, die der Blindenverband organisiert. Er genießt diese sehr, da er sich gerne in der Gesellschaft anderer

Menschen befindet. Es bereitet ihm große Freude, in Gesellschaft von anderen Leuten gelegentlich ein Bier zu trinken. Sein Bruder nimmt ihn hin und wieder zum Fortgehen mit. Die Freunde seines Bruders sind sehr nett zu ihm, jedoch ist er meist wenig in die Gespräche integriert. Dennoch fühlt sich Andreas sehr wohl in der Umgebung seines Bruders und dessen Freunden.

5.3 Interview mit Fr. Melanie Grüblinger

- **Seit wann nimmt Andreas P. am Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren teil?**

Zirka 2 Jahre. Er war vorher schon da, aber seit 2 Jahren habe ich ihn. Die Therapie findet in Einzeltherapie statt.

- **In welchen Intervallen finden die Therapieeinheiten mit Andreas P. statt?**

Er kommt alle 2 Wochen, wo er selbstständig mit dem Bus zur Therapie fährt.

- **Wie lange dauert eine Therapieeinheit?**

Eine halbe Stunde.

- **Hat Andreas P. aufgrund seiner Sehbehinderung Einschränkungen in seinem alltäglichen Leben? Wenn ja, welche Art von Einschränkungen sind das?**

Der Andi kann sich sehr gut zurechtfinden. Er kennt sich in Ried im Innkreis super aus und er kommt auch alleine herum. Er ist leicht ängstlich durch die Einschränkung. Er will von zu Hause nicht weg, was oft Thema ist. Aber im Großen und Ganzen ist er sehr selbstständig. Auch was zu Hause betrifft, holt er sich das Essen selbst.

- **Denken Sie, dass das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren eine Förderhilfe für Andreas P. ist, um mit diesen Einschränkungen in seinem alltäglichen Leben besser umgehen zu können? Wenden Sie hierfür spezielle Übungen, Methoden oder Förderprogramme an? Wenn ja, wie sehen diese aus?**

Für Andreas ist es ganz, ganz wichtig, dass er reden kann, weil mit der Familie zu Hause macht er das ganz wenig. Er öffnet sich recht gut und spricht über die Sachen, die ihn halt beschäftigen. Durch seine Körpergröße, er hat sehr viel Gewicht, ist es ganz gut, wenn er die Bewegungen machen kann, wenn wir Übungen durchführen, die seinen Rücken wieder ein bisschen stabilisieren und kräftigende Übungen, wo wir dann auch oft über das Essverhalten sprechen und solche Dinge. Es ist bei ihm weniger die Wahrnehmung, schon auch über das Spüren, aber hauptsächlich geht es darum, dass er seine Seele losreden kann oder ausreden kann.

- **Haben Sie ein Hauptziel, das Sie in der Therapie mit Andreas P. verfolgen oder verfolgen Sie mehrere Ziele, die Ihnen gleichermaßen wichtig sind, parallel? Wie sehen diese Ziele aus?**

Die Ziele sind schon parallel, weil wie ich vorher schon ein wenig ausführlicher erklärt habe, decken sich die ganzen Sachen, die ihn beschäftigen und es geht ja um mehrere Dinge, wie der Auszug von zu Hause, wie er in der Gesellschaft angesehen wird, ist ein Thema, sein Gewichtsproblem ist ein Thema. Das sind mehrere Dinge, die wir eben praktisch machen und auch theoretisch durchbesprechen und auch immer wieder verfolgen. Also dass er Aufgaben hat für zu Hause, die ich dann auch verfolge.

- **Ist das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren die einzige Therapie an der Andreas P. regelmäßig teilnimmt, oder gibt es noch andere Therapien, die Andreas P. regelmäßig besucht? (regelmäßig= 2-4 mal monatlich)**

Er geht noch zusätzlich meines Wissens nach zur Pro mente zur Psychologin und ansonsten arbeitet er am Nachmittag immer bei der Pro mente und am Vormittag hilft er im Pflegeheim mit, aber sonst wüsste ich nichts.

- **Was denken Sie ist das Besondere an Ihrer Therapie bzw. welche Veränderungen können durch das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren an Andreas P. hervorgerufen werden, welche mit anderen Therapieformen schwieriger (d.h. über einen längeren Zeitrahmen hinweg oder/ und mit einer geringeren Intensität) erzielt werden können?**

Also, sein Selbstbewusstsein hat sich auf jeden Fall schon gesteigert. Einfach auch durch die Erfolge, die er hat. Er traut sich durch sein Körpergewicht nicht wirklich viel zu und auf dem Therapiepferd, der Lara, schafft er sehr, sehr viele Sachen, wo das Selbstbewusstsein gesteigert wird. Wir übertragen, durch das viele Reden, das auch immer in den Alltag, wo ich das dann auch immer rückfrage beim nächsten Mal. Wo er auf jeden Fall eine Steigerung hat. Selbstbewusstsein ist schon das Größte für ihn und dass er sich einfach selbst mehr zutraut, das hängt zusammen.

- **Inwiefern unterscheidet sich das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren bei Menschen mit einer Sehbehinderung von der Therapie mit Menschen anderer Behinderungen?**

Ich mache nicht so einen großen Unterschied, es gibt schon Sachen, wo ich anderen etwas lesen lasse, z.B. Zahlen lesen lasse, was ich mit ihm nicht mache. Da geht es mehr über das Fühlen und über das Spüren. Aber sonst mache ich da eigentlich keine Unterschiede, weil am Pferd ist größtenteils Spüren das Thema. Mit anderen Kindern machen wir oft was mit verbundenen Augen, also insofern geht's da um die Wahrnehmung.

5.4 Fazit

Laut den Angaben von Fr. Melanie Grüblinger kann Andreas P. von den Therapieeinheiten im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren profitieren. Es kann sich einerseits den Ballast von der Seele reden, wodurch es ihm schließlich leichter fällt, sich auf die Übungen bzw. auf andere Dinge in seinem Leben zu konzentrieren, und andererseits ist es für ihn eine Schulung der Wahrnehmung, was wie bereits oben erwähnt laut Therapieansatz von Dr. Jean A. Ayres der „Sensorischen Integration“ für die Entwicklung von Menschen mit Defiziten im visuellen System von großer Wichtigkeit ist.

6. Schlusswort

Aufgrund der intensiven Beschäftigung mit dem Thema des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens für Menschen mit einer Sehbehinderung, bin ich zu dem Schluss gelangt, dass Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren eine wunderbare Förderhilfe für Menschen mit Defiziten im visuellen Bereich darstellt.

Die Persönlichkeitsbereiche Wahrnehmung, Orientierung (sowohl Körper- als auch Raumorientierung), Motorik, Kognition, Emotion, Selbsterfahrung und Sozialverhalten sollten bei sehbehinderten Menschen besonders gefördert werden, da diese wesentlich zu deren Persönlichkeitsentwicklung beitragen. In jedem dieser Bereiche kann durch das Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren eine Förderung ausgelöst werden. (Luhmann in Sonderhefte des DKThR 2005, 70-74)

Bei Menschen mit visuellen Defiziten sind die Vorstellungen von der Umwelt und dadurch das Lernen, das über visuelle Wahrnehmung laufen müsste, beeinträchtigt. Die Wahrnehmungsförderung ist bei diesen Menschen eines der zentralsten Themen, vor allem sollten jene Bereiche der Wahrnehmung gefördert werden, die intakt sind. Von enormer Bedeutung sind für Menschen mit einer Sehbehinderung Übungen, die im taktilen oder akustischen Bereich oder auch im Bereich der Bewegungswahrnehmung liegen. (Luhmann in Sonderhefte des DKThR 2005, 70-74)

Eine gestörte sensorische Entwicklung kann zu Koordinations- und Haltungsschwächen führen. Mit Hilfe des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens besteht die Möglichkeit, diese motorischen Defizite deutlich zu verbessern. (Luhmann in Sonderhefte des DKThR 2005, 70-74)

Das Therapeutische Reiten ermöglicht es Menschen mit Defiziten im sensorischen Bereich eine Sensorische Integration von taktilen, vestibulären und propriozeptiven Wahrnehmungsimpulsen zu entwickeln, was wiederum die Basis für eine funktionierende Bewegungsplanung bildet. (Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 40-46)

Das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren stellt definitiv eine Ergänzung zu klassischen Therapiemaßnahmen, die bei sehbehinderten Menschen Verwendung finden, dar.

Das Pferd, als lebendes Wesen, bietet viele einzigartige Vorteile, die durch keine andere Therapiemethode ersetzt werden können. Seine dreidimensionalen Schwingungsimpulse bieten eine Reihe von sensorischen Impulsen, welche durch kein anderes „Übungsgerät“ in einer solch komplexen Form erzeugt werden können. (Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 40-46)

Außerdem möchte ich noch einmal auf die drei Gangarten des Pferdes hinweisen, die ebenfalls eine Vielzahl von unterschiedlichen Wahrnehmungsimpulsen, durch die unterschiedliche Spezifizierung von Weite der Schritte, der Geschwindigkeit und dem Rhythmus, beim Menschen auslösen. (Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 40-46)

Es sei auch anzumerken, dass in der Therapie mit einem Lebewesen, dem Pferd, kein Bewegungsimpuls dem anderen gleicht. Es wird nie gleiches sondern immer nur ähnliches wiederholt, wodurch es beim Patienten niemals zu einem kognitiven Einstellen auf die Bewegung kommt. (Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 40-46)

Um noch einmal auf die Wichtigkeit der therapeutischen Arbeit mit einem Lebewesen als Medium aufmerksam zu machen und deren enormen Vorteil zu verdeutlichen, sei darauf hingewiesen, dass das Pferd als soziales Lebewesen Freude und gute Motivation in der Therapie vermittelt. Aufgrund der Freude an den Übungen, wird in den Synapsen Transmittersubstanz ausgeschüttet und die Bahnung in den Nervensträngen wird positiv beeinflusst, was schließlich die Sensorische Integration des Patienten positiv beeinflusst. (Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 40-46)

Durch meine Arbeit möchte ich Ihnen verdeutlichen, dass das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren eine ganzheitliche Therapiemethode darstellt, welche Sensorische Integration beim Menschen ermöglichen kann.

Da das Gehirn bei schwachem Sehvermögen dieses Defizit durch eine Umverteilung des neuralen Gewebes kompensiert, kann bei Menschen mit einer Sehbehinderung ebenfalls eine sinnvolle Sensorische Integration stattfinden, indem sie effektiven Gebrauch von ihren intakten sensorischen Systemen machen. Daher ist die Förderung des taktilen, des akustischen

und des vestibulären Bereichs bei Menschen mit visuellen Defiziten von so enormer Bedeutung. Wie oben bereits erwähnt können genau diese Bereiche durch Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren besonders sehr effizient gefördert werden kann. (Delius in Sonderhefte des DKThR 2005, 40-46)

Für die Zukunft des Therapeutischen Reitens mit sehbehinderten Menschen wäre es sehr wünschenswert, dass möglichst viele empirische Untersuchungen durchgeführt werden, die die vielen Erfolge, die durch die Arbeit mit dem Pferd bei Menschen mit visuellen Defiziten erreicht werden, wissenschaftlich belegen.

LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Elisabeth Emprechtinger
Geburtsdatum:	01. September 1988
Geburtsort:	Ried im Innkreis
Familienstand:	Ledig
Familie:	
Vater:	Georg Emprechtinger, Unternehmer
Mutter:	Audrey Emprechtinger, Lehrerin
Geschwister:	Stefan Emprechtinger, geboren 1990

AUSBILDUNG

Seit Oktober 2009	<u>Berufsfachschule für Physiotherapie</u> Rotthalmünster
Oktober 2008 bis Oktober 2010	<u>Veterinärmedizinische Universität Wien</u> 2-jähriger Universitätslehrgang: Ausbildung zur Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen (Ausbildung in Wochenendmodulen)
Oktober 2007 bis Juli 2008	<u>Universität Wien</u> Studium der internationalen Entwicklung
Oktober 2006 bis Juli 2007	<u>Universität Wien</u> Studium der Ernährungswissenschaften
September 2002 bis Juni 2006	<u>Bundesoberstufenrealgymnasium Ried</u>
September 1999 bis Juni 2002	<u>Sporthauptschule Ried</u>
September 1998 bis Juni 1999	<u>Brucknerhauptschule Ried</u>
September 1994 bis Juni 1998:	<u>Stiftervolksschule in Ried</u>

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten (2002): Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten. Definition und Standortbestimmung des AK HPV/R des DKThR. In: Therapeutisches Reiten 2/02, 29. Jahrgang. Verlag: DKThR, Warendorf.

Augen Diagnostik Center Celle o.J.: Altersbedingte Makuladegeneration. Online im WWW unter URL: <http://www.adc-celle.de/makuladegeneration.html> [20.8.2010]

Bausenwein, Inge (1984): Sport mit Zerebralparetikern. 1. Auflage. Köln: Bundesinstitut für Sportwissenschaft. Verlag Karl Hofmann, 7060 Schörndorf

Delius, Franziska (2005): Möglichkeiten zur Förderung der sensorischen Integration durch das Heilpädagogische Voltigieren bei Kindern mit Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen. In: Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten- Grundlagen, Sonderhefte des DKThR, 3. unveränderte Auflage. Verlag: DKThR Warendorf.

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband o.J.: Training lebenspraktischer Fertigkeiten. Online im WWW unter URL: <http://www.braille.at/braille/service/training> [20.8.2010]

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband o.J.: Sozialberatung. Online im WWW unter URL: <http://www.braille.at/braille/service/sozialberatung> [20.8.2010]

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband o.J.: Psychotherapie. Online im WWW unter URL: <http://www.braille.at/braille/service/psychotherapie> [20.8.2010]

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband o.J.: Arbeits- und Technikassistenten. Online im WWW unter URL: <http://www.oebsv.at/zentralbereich/assistenten.php> [20.8.2010]

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband o.J.: Zentralbereich. Online im WWW unter URL: <http://www.oebsv.at/zentralbereich/index.php> [20.8.2010]

Duden. Das Fremdwörterbuch (2007): Band 5, 9. Auflage. Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, Mannheim.

Hauser, Gundula (2005): Besondere Berücksichtigung der sensorischen Integration für Kinder mit MCD beim Heilpädagogischen Voltigieren/Reiten. In: Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten- Grundlagen, Sonderhefte des DKThR, 3. unveränderte Auflage. Verlag: DKThR Warendorf.

Hauser, Gundula (2003): Ausbildungsübersicht: Österreich. In: Gäng, Marianne. Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren. Verlag: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München

Der Österreichische Blinden- und Sehbehindertenverband o.J.: Orientierungs- und Mobilitätstraining. Online im WWW unter URL: <http://www.braille.at/braille/service/mobilitaetstraining> [20.8.2010]

Hoffmann, Sonja (1999): Das Therapiepferd. Ausbildung, Auswahl, Einsatzmöglichkeiten. Kretschmar Verlag, Münster

Ihm, Vanessa (2004): Heilpädagogisches Reiten und Entwicklungsförderung. Theoretische Hintergründe und Fallbeispiele. Verlag Freimut & Selbst, Berlin

Kaune, Wilhelm (1999): Das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten mit geistig behinderten Menschen. 3. Auflage. FN-Verlag der reiterlichen Vereinigung, Warendorf.

Kröger, Antonius (2005): Partnerschaftliches miteinander umgehen. FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH, Warendorf.

Lang, Gerhard K. (2008): Augenheilkunde. 4. Auflage. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

Luhmann, Veronika (2005): Förderungsmöglichkeiten für mehrfachbehinderte Blinde durch den Umgang mit dem Pferd. In: Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten- Grundlagen, Sonderhefte des DKThR, 3.

unveränderte Auflage. Verlag: DKThR Warendorf.

Riesser, Hajo (1996): Hippotherapie. In: Hippotherapie, Sonderheft des DKThR, 1996, Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten, Warendorf.

Ringbeck, Bernhard (2003): Vorbemerkung. In: Gäng, Marianne. Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren. Verlag: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München

Schleehauf, Konstanze (2003): Grundlagenreferat zum Heilpädagogischen Voltigieren und Reiten, Online im WWW unter URL: <http://www.therapie-mit-pferden.de/grundlagen.htm> [25.8.2010]

Smith Roley, Susanne (2004): Sensorische Integration. Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen. Springer-Verlag, Berlin.

Sohlbach, Iris; Burgdörfer, Judith; Lang, Juliane o.J.: Blindheit und Sehbehinderung, Online im WWW unter URL: www.polizei-projekte.nrw.de/fhoev_koeln/2007_2008/projekt_behinderung/3.doc [27.8.2010]

Walthes, Renate (2005): Einführung in die Blinden- und Sehbehindertepädagogik. 2.Auflage. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

http://www.bing.com/images/search?q=grauer+star&FORM=BIFD#focal=02019167c0fb9cc4958e390099607aef&furl=http%3A%2F%2Fwww.blickpunkt-karlsruhe.de%2Fbilder%2FKarlsruhe_Schloss_Grauer_Star.jpg

Abbildung 2:

http://www.planet-wissen.de/natur_technik/sinne/sehen/krankheiten.jsp

Abbildung 3:

<http://www.doktorbest.de/papers/wds/gf1.jpg>

Abbildung 4:

http://www.eschenbach-optik.com/de/index.php?id=480&no_cache=1&type=1

Abbildung 5:

<http://www.werkstetter.de/navigation/brosch/brosch.htm>