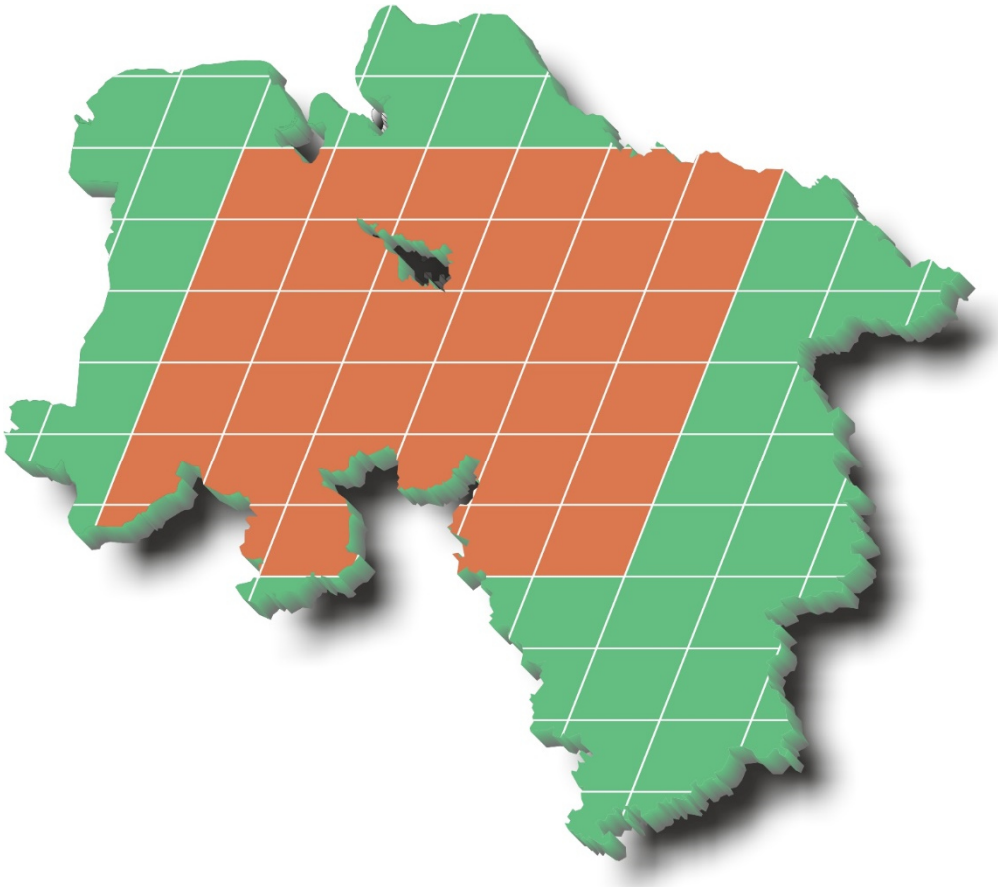
Niedersächsischer Judo-Verband e.V.



NJV Ausbildungsskript ID-Judo

Niedersächsischer Judo-Verband e.V.

Ausbildungsskript für die Anwendung im ID-Judobereich

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 3
Willkommen in Holland! ... 5

Geschichte des ID-Judo ... 6
Erste Ansätze ... 6
Beginn systematischer Arbeit ... 7
Die Wettkampfproblematik ... 8
Entwicklung seit 2000 ... 9
ID-Judo in Niedersachsen ... 9

Was ist eine Behinderung? ... 11
Die gesetzliche Definition ... 11
Die medizinische Definition ... 11
Die Sozialpolitische Definition ... 12
Die Soziologische Definition ... 13
Wie entsteht eine Behinderung? ... 14
Einteilung von Behinderungen ... 15
Körperliche Behinderungen ... 15
Sinnesbeeinträchtigungen ... 18
Sehbehinderung ... 18
Hörbehinderung ... 19
Geistige Behinderungen ... 19
Die Schwierigkeit der Begriffsfindung ... 19
Was ist geistige Behinderung? ... 21
Trisomie 21 - Das Down-Syndrom ... 22
Autismus ... 23
Psychische bzw. seelische Behinderungen ... 24
Lernbehinderungen ... 24
Sprachbehinderungen ... 25
Epilepsie ... 25

Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen ... 28
Fachberatungsstellen und Anlaufstellen in Niedersachsen ... 33

Methodik im ID-Judo ... 37
Planung von Judounterricht ... 37
Analyse ... 37
Zielstellung ... 38
Planung ... 39
Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ... 40

Aufbau einer Übungsstunde 41
Differenzierung 42

Durchführung von Gürtelprüfungen im ID-Judo 43
Grundlagen 43
Prüfberechtigung 43
Prüfungsvorbereitung 43
Prüfungsdurchführung 44
Literaturhinweise 46

Wettkämpfe für Judoka mit Behinderung 47
Anfänge 47
Die Einteilungsproblematik 47
Das Regelwerk 48
Wettkampfvorbereitung und -förderung 50

Freizeitangebot im ID-Judo 51
Warum ein Freizeitangebot? 51
Unterteilung der Freizeitangebote 51
Planung und Organisation 52

Anlagen 54

Anlage 1: Judo mit Behinderten (Martin von den Benken) .....

Anlage 2: Anmerkung des DJB zur Prüfungsordnung im ID-Judo (2015) .....

Anlage 3: Kyu-Prüfungsordnung für ID-Judoka (nicht stehfähig) (2013) .....

Anlage 4: Kyu-Prüfungsordnung für ID-Judoka (stehfähig) (2015) .....

Anlage 5: Dan-Prüfungsordnung für ID-Judoka (2015) .....

Anlage 6: Sport- und Kampfordnungen für ID-Judoka (2018) .....

Anlage 7: Skilltest (2015) .....

Hinweis: Alle Bilder in diesem Skript sind uns freundlicherweise von Dieter Warnecke vom JC Riestedt und anderen Übungsleitern zur Verfügung gestellt worden.

Einleitung

Es wurde Zeit dieses Skript neu aufzuarbeiten. Nachdem es uns in den letzten zehn Jahren bei den Ausbildungen begleitet hat, ist doch einiges im Rahmen des ID-Judo passiert. In den Prüfungsreihen zu den Gürteln ist der erste Dan für ID-Judoka hinzugekommen. Ebenso gibt es neue Erkenntnis in der allgemeinen Arbeit mit Menschen mit einer Beeinträchtigung.
Inklusion ist das neue Zauberwort:
Inklusion bedeutet, dass jeder Mensch ganz natürlich dazu gehört. Egal wie du aussiehst, welche Sprache du sprichst oder ob du eine Behinderung hast. Jeder kann mitmachen. Zum Beispiel: Kinder mit und ohne Behinderung lernen zusammen in der Schule. Wenn jeder Mensch überall dabei sein kann, am Arbeitsplatz, beim Wohnen oder in der Freizeit: Das ist Inklusion.

Inklusion ist ein Menschenrecht

Jeder Mensch hat das Recht darauf, dabei zu sein. In der UN-Behindertenrechtskonvention ist das Recht auf Inklusion festgeschrieben. Die UN-Behindertenrechtskonvention ist ein Vertrag, den viele Länder unterschrieben haben. Auch Deutschland. Doch Deutschland und die anderen Länder müssen noch viel dafür tun, damit der Vertrag eingehalten wird.
(Text aus: *www.aktion-mensch.de/themen-informieren-und-diskutieren/was-ist-inklusion.html*)

Noch zu erwähnen wäre, das 2017 in Köln (NRW) die erste Weltmeisterschaft im ID-Judo stattfindet/stattfand. Ein großes Ereignis, das den Höhepunkt einer kontinuierlichen guten Arbeit überall auf der Welt mit Menschen mit Beeinträchtigung, die gerne Judo machen wollen, darstellt.

Diese (fachspezifische) Ausbildung ist, nachdem der DBS (Deutscher Behindertensport-verband) seine Ausbildungsreihen überarbeitet hat, nicht mehr als Trainer-B-Ausbildung in den Landesverbänden anerkannt. Wir können sie aber, nach Absprache und Kooperation mit dem BSN (Behindertensportverband Niedersachsen), als gültige Trainer –C-Ausbildung im BSN anbieten.

G-Judo wird ID-Judo. ID-Judo; was heißt eigentlich ID-Judo? Übernommen aus dem Internationalen Sprachgebrauch ist der Begriff ID(-Judo) gleichbedeutend mit „intellectual disability“ = „beschränkter Intellekt“ und da wir uns immer weiter auf dem Internationalen Tatami bewegen, ist es zwingend notwendig, auch die entsprechenden Internationalen Begriffe zu benutzen. Anmerkung: Die Wortwahl ist alles andere als optimal und spiegelt nicht unsere Einstellung wieder.

ID-Judo ist das „*etwas andere Judo*“. Wenn es bei einigen Judokas um Wettkampf, Punkte und Siege geht, so ist das für den Einzelnen eine Bestimmung, die er sich selber ausgesucht hat und die er nacheifert. Ebenso die „andere“ Seite, die Faszination der Technik, der Abläufe, der Formen, hat ihre Anhänger. ID-Judo liegt nicht dazwischen, sondern eher „nebenan“. Sicherlich haben wir Wettkämpfer in unseren Reihen, sicherlich haben wir auch Technikbegeisterte unter uns.
Aber in erster Linie geht es uns in Niedersachsen um Integration und Spaß; es geht darum Anreize zu schaffen und die Entwicklung jeden einzelnen zu fördern. Im Mittelpunkt sollte nicht der Sieg, oder die Technik stehen; im Mittelpunkt sollte immer der Mensch stehen.

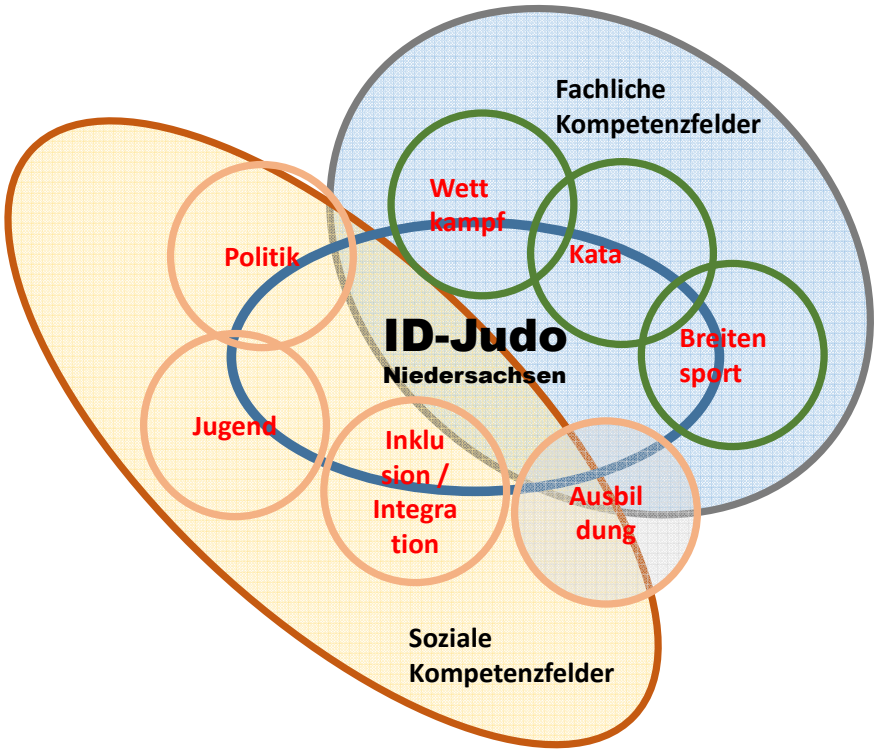
Dieses Skript ist eine Gemeinschaftsarbeit von Übungsleitern, die schon viele Jahre mit ID-Judoka, sei es aus beruflichen Gründen, familiären Gründen, oder auch aus Freude an der Sache arbeiten. Trotzdem wollen wir dieses Skript flexibel halten und sobald sich Änderungen abzeichnen, werden wir nachbessern um aktuell zu sein. Dementsprechend ist es auch notwendig konstruktive Kritik zu äußern, um dieses Skript auf dem Laufenden zu halten.

Seit 2016 ist das ID-Judo in Niedersachsen etwas strukturierter aufgebaut. Die Gedanken dahinter sind relativ einfach: Die Verantwortlichkeiten auf mehreren Schultern zu verteilen.

Das ID-Judo ist so wie folgt aufgeteilt:

Fachliche Kompetenzfelder
- *Wettkampf*
- *Kata*
- *Breitesport allgemein*
- *Fachliche Ausbildung*

Soziale Kompetenzfelder
- *Politik*
- *Jugend*
- *Inklusion / Integration*
- *Überfachliche Ausbildung*



Für die einzelnen Felder sind entsprechend ein oder mehrere Personen verantwortlich. Zusätzlich ist in diesem Kompetenz Team seit Februar 2017 ein(e) aktiven Sprecher(in) integriert. Sie soll die Belange der Teilnehmer im Gremium vertreten. Langfristig gesehen, soll diese jeweilige Person von den Teilnehmern (z.B. auf dem Herbstlehrgang) gewählt werden.

Rolf-Dieter Frey
Behindertensportreferent im NJV

Willkommen in Holland!

Von Emily Perl Kingslev

Ich werde häufig gebeten, die Erfahrung zu beschreiben, ein Kind mit einer Behinderung großzuziehen, um Menschen, die diese einzigartige Erfahrung nicht gemacht haben, zu helfen, besser zu verstehen. Damit sie sich vorstellen können, wie es wäre...es ist so...:

Wenn du ein Kind erwartest ist es, als wenn du eine fabelhafte Reise planst – nach Italien! Du kaufst eine Handvoll Reisebücher und machst wundervolle Pläne, das Kolosseum, Michelangelos David, die Gondeln in Venedig. Vielleicht lernst du einige nützliche Sätze italienisch, alles ist sehr aufregend.

Nach Monaten eifriger und freudiger Erwartung kommt endlich der große Tag, du packst deine Koffer und reist ab. Mehrere Stunden später landet das Flugzeug, die Stewardess kommt rein und sagt:...

… „Willkommen in Holland!“

„HOLLAND staunst du... „was meinen sie mit Holland?? Ich habe Italien gebucht! Ich wollte immer in Italien sein, mein ganzes Leben lang habe ich davon geträumt nach Italien zu kommen!“

„Aber es hat einen Wechsel im Flugplan gegeben. Wir sind in Holland gelandet, und dort musst du bleiben...!“

Das wichtige daran ist, dass sie dich nicht an einen schrecklichen, abscheulichen, schmutzigen Ort voller Seuchen, Hungersnöte und Krankheiten gebracht haben, es ist einfach ein anderer Ort.

Also musst du hinausgehen und dir neue Reiseführer kaufen und du musst eine ganz neue Sprache lernen und du wirst eine ganz neue Gruppe von Menschen kennen lernen, die du sonst nie getroffen hättest.

Es ist einfach ein *a n d e r e r* Ort. Es ist langsamer als Italien. Weniger auffällig als Italien, aber nachdem du eine Weile dort gewesen und wieder zu Atem gekommen bist, schaust du dich um und beginnst zu merken, in Holland gibt es Windmühlen, in Holland gibt es Tulpen, in Holland gibt es sogar Rembrandt...!

Aber alle, die du kennst sind damit beschäftigt, von und nach Italien zu gehen, sie prahlen alle damit, was für eine wunderschöne Zeit sie dort verlebt haben und für den Rest deines Lebens wirst du sagen, ja dorthin hätte ich eigentlich gehen sollen, so hatte ich es geplant...!

Die Trauer darüber wird nie vergehen, denn der Verlust dieses Traumes ist ein sehr bedeutender Verlust.

Aber..., wenn du dein Leben damit verbringst, die Tatsache, dass du nicht nach Italien gelangt bist, zu betrauern, wirst du nie frei sein, dich an den sehr speziellen, wunderschönen Dingen zu erfreuen... in Holland!

(Text Willkommen in Holland: ©1987 Emily Perl Kingsley, alle Rechte vorbehalten, Abdruck mit Genehmigung der Autorin.)

Geschichte des ID-Judo

Erste Ansätze

Schon vor langer Zeit erkannten Ärzte und Pädagogen den hohen Wert des Judosports im Hinblick auf die Körper- und Persönlichkeitsbildung. Vor 1970 wurde dieser Wert aber im Hinblick auf behinderte Menschen nie systematisch erforscht und genutzt. Man hörte nur vereinzelt von Sportkameraden, die trotz einer im Krieg erworbenen Behinderung (Sehschädigung, Amputation) den Judosport ausübten und hier einen wichtigen Beitrag sahen, um im nachsoldatischen Leben wieder Fuß zu fassen.
Seit Beginn der 70er Jahre begannen nun einige Judotrainer, die gemachten positiven Erfahrungen dahingehend zu nutzen, dass sie speziell für bestimmte Zielgruppen den Judosport anboten. Einer der Vorreiter dieser Arbeit war der Wolfsburger Kinderarzt Dr. Khosrow AMIRPOUR, der als medizinischer Leiter des Zentrums für Entwicklungsdiagnostik und soziale Pädiatrie in Wolfsburg Judo für die körperbehinderten Kinder anbot, die als Patienten zu ihm kamen. Mit dem Angebot verfolgte er das Ziel, den Kindern Anreize im Bereich der Koordinationsfähigkeit und Kräftigung zu geben und somit eine interessante Alternative/Ergänzung zur Krankengymnastik zu bieten. Er stellte fest, dass sich bei vielen Kindern der Muskeltonus regulierte, psychosomatische Probleme verschwanden, die Selbstsicherheit stieg und sich die Koordinationsfähigkeit verbesserte.
Adolf GÄRTNER bot im Reha Zentrum Neckargemünd seit 1972 Judo für Körperbehinderte Jugendliche an. Seine Erfahrungen verarbeitete er in einer Examensarbeit, bei der er die Go-Kyo auf ihre Eignung für Armdysmelie geschädigten („Contergankinder“) überprüfte. Dabei ging er so vor, dass er den Betroffenen die entsprechenden Techniken zeigte und sie dann an behindertenspezifischen Lösungen arbeiten ließ. Die Ergebnisse flossen ein in die Entwicklung einer Prüfungsordnung für diese Zielgruppe.
Der Hamburger Judotrainer Reinhard LÖTJE erhielt Ende der 70er Jahre Kontakt zu einer Sonderschule für Sehbehinderte. Für Kinder und Jugendliche dieser Einrichtung hielt er ein Judoangebot innerhalb seines Judovereines vor. Mit einem Helferteam wurden die Schüler in die Vereinstrainingsstätte gebracht. Dort erlebten sie neben geeigneten Spielen auch Gymnastik und eine systematische Einführung in den Judosport. Lötje beobachtet, das im Bereich Mut, Orientierungsfähigkeit und Mobilität ein Zuwachs zu sehen ist. Auch das Selbstbewusstsein wird gestärkt. Nach einem Jahr bestehen 14 seiner Schüler die Prüfung zum gelben Gürtel. Ähnlich Erfahrungen werden in diesen Jahren von verschiedenen Trainern an Blindenschulen gemacht (vgl. beispielsweise Geppert)
Der Schweizer Judotrainer Ricardo BONFRANCHI war in den 70er Jahren einer derjenigen, die entscheidende sportpädagogische Impulse in der Judoszene gesetzt haben. Er arbeitete mit dysmelie geschädigten Jugendlichen, mit verhaltensauffälligen Kindern und als erster mit lern- und geistig behinderten Sonderschülern. Er resümiert seine Arbeit dahin gehend, dass Judo für alle sonderpädagogischen Gruppen wichtige Impulse setzen kann und so zur Entwicklung von körperlicher Leistungsfähigkeit, zum Aufbau regelkonformen Verhaltens und zum Abbau von Aggression beitragen kann.
Ebenfalls seit Ende der 70er Jahre integrierte Lothar CLASSEN behinderte Judoka in seinen Verein JC Grenzach/Wyhlen. Zunächst konzentrierte er sich auf körperbehinderte Judoka, mit denen er auf Grund ihrer mangelnden Stehfähigkeit in einer integrativen Gruppe vorwiegend in der Bodenlage arbeitet. Später kamen dann geistig behinderte Judoka dazu, die er allerdings innerhalb des Vereins in einer eigenen Gruppe betreute. Für Classen stand der Gedanke der Integration im Mittelpunkt der Überlegungen, die er mit Gürtelprüfungen und gemeinsamen Trainings bis hin zur Ausbildung behinderter Judoka zu Übungsleitern erreichen wollte.
Gemeinsam war den ersten Versuchen, Judo auch für Behinderte anzubieten, der pädagogische respektive therapeutische Gedanke: Wie gelingt es, durch dieses Bewegungsangebot, Funktionen, Einstellungen, Dispositionen zu verbessern bzw. behinderungsbedingte Einschränkungen zu mildern? Die Erfahrungen dieser Versuche wurden in sehr persönlich gefärbten Berichten der Öffentlichkeit zur Kenntnis gegeben.

Beginn systematischer Arbeit

Zu Beginn der Anfang 80er Jahre erkannte man, dass die verstreut vorgetragenen Ansätze des ID-Judo zusammengefasst werden müssen und dass außerdem eine Erhebung von Erfahrungen auf diesem Gebiet deutlich systematischer und wissenschaftlicher erfolgen muss.
In der Folge gab es einige Veröffentlichungen, die den Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens genügten und über das Niveau subjektiver Erfahrungsberichte hinaus gingen. Karl RUNKEL untersuchte in seiner Diplomarbeit an der Sporthochschule Köln, ob Kampfsportarten einen Platz im Behindertensport haben. Er zog dazu alle zur Verfügung stehenden Veröffentlichungen zu diesem Thema bei und fasste sie zusammen. Sein Ergebnis: Judo ist den vorliegenden Berichten zu Folge für viele Behinderte eine geeignete Sportart. Allerdings fehlt es an wissenschaftlichen Untersuchungen, die dies stichhaltig untermauern.
An diese Arbeit gingen dann Martin VON DEN BENKEN und Jochen VÖGTLE ebenfalls mit je einer Diplomarbeit an der Sporthochschule Köln. Sie führten gemeinsam einen Judokursus für zerebral bewegungsgestörte Jugendliche durch. Dieser Kurs wurde einerseits didaktisch/methodisch ausgewertet (VON DEN BENKEN), andererseits wurden motorische Aspekte gemessen (VÖGTLE). Ergebnisse: Judo ist für gehfähige Spastiker eine geeignete Sportart. Mit geeigneten methodischen Mitteln (induktives Vorgehen) sind die Sportler in der Lage, Judobewegungen zu adaptieren. Außerdem kann Judo einen Beitrag leisten, dass bestimmte motorische Fähigkeiten, wie beispielsweise die Koordination, verbessert werden. Durch die vielseitige Beanspruchung des gesamten Körpers kann Judo bestimmte Funktionseinschränkungen mildern.
Jürgen INNENMOSER, Wolfgang JANKO und Jochen VÖGTLE legten 1992 das Gutachten ‚Judo als Reha Sport' vor. Sie untersuchten zunächst die Anforderungen, die an behinderungsgerechte Bewegungsangebote gestellt werden und glichen sie mit dem Profil der Sportart Judo ab. Unter Einbeziehung aller vorhandenen Untersuchungen zum Thema erstellten sie Leitlinien für die Durchführungsbedingungen, außerdem Zielbestimmungen und praktische Handreichungen für die Planung und Durchführung von Judokursen für behinderte Menschen. Zum Abschluss ihrer Arbeit kommen sie zu der Überzeugung, „.... dass der Einsatz von Judo zu sport- und bewegungstherapeutischen Zwecken in vielen Fällen und bei einigen Behinderungsarten im Besonderen, geradezu notwendig, in jedem Fall hilfreich ist."
Auch im Bereich der Zusammenfassung der vereinzelten Ansätze tat sich einiges. Der DJB ergriff die Initiative und lud die ihm bekannten Aktiven auf diesem Gebiet 1983 zu einer Konferenz nach Köln ein. Man lernte sich kennen, tauschte Erfahrungen aus und beschloss, dieses Treffen zu institutionalisieren. Es entstand der Arbeitskreis ‚Behindertenjudo' des DJB dessen erster Vorsitzender Adolf Gärtner wurde. Dieser machte es sich zur Aufgabe, bundesweite Maßnahmen zu organisieren und möglichst viele Interessenten für diese Idee zu gewinnen, um ID-Judo flächendeckend anbieten zu können. Im Mittelpunkt standen dabei die jährlich ausgerichteten ‚Sportfeste', bei denen bis zu 250 behinderte Judoka aus dem Bundesgebiet zusammen kamen, um an einem Wochenende gemeinsam Judo zu erleben.
Besonders rasant entwickelte sich das ID-Judo in NRW, wo mit Dr. Wolfgang Janko erstmals ein Beauftragter für Behindertenjudo im Vorstand des Landesverbandes installiert wurde und in Niedersachsen, das mit Martin von den Benken einen Hauptamtlichen einstellte, um das Judo für Behinderte weiter auszubreiten. Zur Ausbreitung des ID-Judo wurden in beiden Verbänden Infoveranstaltungen für Träger der Behindertenarbeit abgehalten, Freizeitmaßnahmen für ID-Judoka angeboten und Kontakte mit dem Behindertensport Verband geknüpft. Vor allem aber wurde Fachübungsleitern aus dem Judobereich die Arbeit mit Behinderten vorgestellt und Interessierte bekamen die Möglichkeit, sich auf diesem Gebiet aus- und fortbilden zu lassen.

Die Wettkampfproblematik

Mit der flächendeckenden Ausbreitung des ID-Judo rückte auch das Ausloten der therapeutischen Potenzen und der pädagogischen Interventionsmöglichkeiten in den Hintergrund. Wichtiger wurde es, ein attraktives und motivierendes Sportangebot für behinderte Menschen zu gestalten. Dazu gehörten neben vielfältigen Trainingsmöglichkeiten und überregionalen Lehrgangsangeboten auch kämpferische Vergleiche. Diese wurde seit Ende der 80er Jahre von den Betroffenen intensiv nachgefragt.
Vorreiter auf diesem Gebiet waren die sehgeschädigten Judoka. Hier fand schon 1987 das erste Turnier in Besancon/Fra. statt, damals noch ohne deutsche Beteiligung. 1988 war Judo bei den Paralympics in Korea Vorführ-Wettbewerb mit 37 Athleten aus 9 Nationen (Deutschland ist auch hier noch nicht dabei), seitdem finden regelmäßig Welt- und Europameisterschaften statt. In Deutschland gibt es zum ersten Mal 1990 Wettkämpfe, 1992 gewinnen deutsche Sportler erste Medaillen bei den Paralympics in Barcelona. Der Niedersachse Klaus Heyer holt hier Bronze im Schwergewicht.
Die Einführung von Wettkämpfen bei sehgeschädigten Judoka ist eine logische Folge der dargestellten Entwicklung, auch weil sie von den Betroffenen gefordert wird. Insofern verläuft sie auch völlig unproblematisch. Einzig die geringe Anzahl der wettkampftreibenden Sehgeschädigten macht den Veranstaltern von Anfang an zu schaffen. Anders sieht die Sache bei den geistig behinderten Judoka aus. Hier gibt es zunächst große Bedenken, da die Signale der Betroffenen nicht so eindeutig sind. Ist ein selektives System, wie der Wettkampfsport in diesem pädagogischen Kontext überhaupt sinnvoll?
Angeregt durch ermutigende Beispiele aus den Niederlanden und Frankreich, veranstaltet der Niedersächsische Judo-Verband erstmals 1994 ein Landesturnier für behinderte Judoka, das in erster Linie von geistig Behinderten wahrgenommen wird. 1999 findet die erste Deutsche Meisterschaft in Gladbeck statt.

23.04.2016 Niedersächsisches Landesturnier im ID-Judo in Holle

Entwicklung seit 2000

Seit Ende der 90 Jahre wurde die Kooperation des Deutschen Judo-Bundes mit dem Deutschen Behindertensport-Verband auf dem Gebiet des ID-Judo verstärkt. Grundsätzlich war nämlich der DBS der Mittelempfänger für Zuschüsse zu internationale Wettkampfmaßnahmen (Paralympics etc.). Insofern wollte er auch Taktgeber auf nationaler Ebene werden. Viele Initiativen und Maßnahmen auf Bundesebene wurden seitdem vom DBS durchgeführt.

Ein weiterer Player kam in dieser Zeit auf das Feld der Anbieter für Sport mit geistig behinderten Menschen: Special Olympics. Erstmals 1998 wurden nationale Spiele in Stuttgart veranstaltet, schon hier war die Sportart Judo dabei. Seit 2002 ist Judo ständige Sportart auch bei den internationalen Spielen von SO. Aktive aus den Judovereinen kooperieren hier mit der neuen Organisation und übernehmen Verantwortung als Kampfrichter, Koordinator oder Helfer bei der Durchführung der Judowettkämpfe.

Seit 2007 gibt es eine Kyu-Prüfungsordnung für Menschen mit Behinderung. Sie gilt für solche Menschen, die bei der herkömmlichen Prüfungsordnung auf Grund ihrer körperlichen oder geistigen Voraussetzungen keine Chance auf Erreichen der Gürtelstufen haben.

2008 entsteht die erste Wettkampfordnung für ID-Judoka, die seit dem maßgeblich für die Durchführung von Meisterschaften ist

Im November 2016 wird von der Mitgliederversammlung des DJB eine Dan-Prüfungsordnung (nur 1. Dan) für ID-Judoka beschlossen.

ID-Judo in Niedersachsen

Niedersachsen gehörte von Anfang an zu den Regionen, die im Bereich des ID-Judo eine führende Rolle innehatte. War es am Anfang Dr. Khosrow Amirpour gewesen, der erste Akzente setzte, so breitete sich der Gedanke zügig über ganz Niedersachsen aus. Unabhängig von einander entstanden bis Mitte der 80er Jahre an unterschiedlichen Orten Judoangebote für behinderte Menschen:

- Im Braunschweiger JC wurde Honner Hornuss durch einen Vortrag von K. Amirpour auf die günstigen Auswirkungen des Judotreibens auf behinderte Menschen aufmerksam. In Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe gründete er in seinem Verein eine Judogruppe für geistig behinderte Erwachsene, die heute noch trainiert.
- Friedhelm Kückelhahn, in einer Person Vorsitzender des JC Osnabrück und Sportlehrer in den beschützenden Werkstätten, führte diese Aufgaben zusammen und gründete zunächst eine Judo-AG, die dann ein Dauerangebot im Judoclub wurde.
- An der Anne-Franck-Sonderschule für Körperbehinderte in Osnabrück leitete der Sonderschullehrer Bernd Eisermann zunächst eine Judo-AG. Dieses Angebot wurde so gut angenommen, dass in Spitzenzeiten bis zu 50 Schüler Judo trieben. Eine Kooperation mit dem Osnabrücker TB führte dazu, dass einzelne Schüler in diesen Verein eintraten und hier in einer Sondergruppe aktiv wurden. Teilweise wurden sie auch in Regelgruppen integriert und nahmen an allen Vereinsaktivitäten teil. Sogar bei Wettkämpfen für Nichtbehinderte und bei überregionalen Lehrgängen wurde gestartet.
- Im Blindenzentrum Hannover bot Michael Kroker eine AG für Schüler der Sonderschule an. Auch hier entstanden in den Jahren mehrere Gruppen, in die später auch sehende Kinder und Jugendliche aufgenommen wurden. Mittlerweile ist diese integrative Judogruppe Mitglied im TK Hannover, trainiert aber immer noch in Räumlichkeiten des Blindenzentrums.
- In Diepholz und Uelzen boten Gisela Haar/Inge Meyer und Dieter Warnecke Judo für geistig behinderte Menschen an. Inge Meyer und Dieter Warnecke leiten ihre Gruppen mit großem Erfolg bis heute.

Mitte der 80er Jahre wurde der Niedersächsische Judo-Verband auf diese Entwicklung aufmerksam. Er stellte daraufhin eine hauptamtliche Lehrkraft befristet ein. Diese hatte die Aufgabe, diese Aktivitäten zu bündeln und auszuloten, ob und wie durch hauptamtliche Betreuung die Beteiligung am Behinderten Judo intensiviert werden kann.
Zunächst wurden daraufhin einige neue Gruppen für ID-Judoka gegründet. In Burgdorf, Hildesheim, Gifhorn, Königslutter und Neuerkerode nahmen behinderte Menschen das Judotraining auf.
Die zweite Maßnahme war, für die behinderten Judoka Niedersachsens überregionale Angebote zu schaffen, um die Trainer und Betreuer zu vernetzen und um den Sportler Trainingshöhepunkte zu bieten. Es startete 1986 der Herbstlehrgang, der für 25 Sportler aus 5 Vereinen eine attraktive Freizeitmaßnahme mit viel Judotraining war. Später kamen integrative Sportfeste dazu, bei den bis zu 1000 Judoka gemeinsam an einem Nachmittag ein Judoevent erlebten.
Schließlich galt es auch, Multiplikatoren auszubilden. Gemeinsam mit dem Behindertensport Verband wurde eine Ausbildung konzipiert, die auf die Fach-Übungsleiter Ausbildung Judo aufbaute und mit einer Lizenz für den Reha Sport abschloss. Viele der Multiplikatoren engagierten sich zumindest vorübergehend, manchmal sogar langfristig im ID-Judo. So entstanden aus diesen Bemühungen Judogruppen beispielsweise in Hannover, Lüneburg, Garbsen, Emden, Norden und Oldenburg. Mittlerweile kann man davon sprechen, dass ID-Judo in Niedersachsen flächendeckend angeboten wird und auch in andere Landesverbände (z.B. Schleswig-Holstein und Berlin) exportiert wurde.
Auch im Bereich der Wettkämpfe für behinderte Menschen kamen die ersten Impulse aus Niedersachsen. Von hier kam nämlich der erste deutsche Teilnehmer an einem Internationalen Turnier für sehgeschädigte Judoka (1989 in Manchester). Klaus Heyer aus Braunschweig war einer der ersten deutschen Medaillengewinner bei den Paralympics (1992 in Barcelona). In Niedersachsen wurde 1992 in Helmstedt erstmals in Deutschland eine Turnierform auch für geistig behinderte Judoka erprobt und hier fand 1994 in Hannover der erste offizielle Landeswettkampf statt.
Stark beeinflusst wurde die Entwicklung im NJV auch von Klaus-Peter Christ, Klaus Ewald und Rolf-Dieter Frey, die nacheinander jeweils für einige Jahre die Federführung im ID-Judo in Niedersachsen inne hatten bzw. haben. In diesen Jahren gelang es, neue Maßnahmen zu platzieren (zwei tolle Tage), die Zusammenarbeit mit den BSN zu intensivieren und eine kaderartige Förderung für ID-Judoka zu installieren. Schließlich wurde auch eine Trainer-Assistenz-Ausbildung für ID-Judoka installiert.
Heute wird das ID-Judo in Niedersachsen von einem 7köpfigen Kompetenzteam koordiniert.

Was ist eine Behinderung?

Der Begriff *Behinderung* ist ein Sammelbegriff für unterschiedlichste Auswirkungen auf den menschlichen Körper, für die es, aufgrund der Verschiedenheiten, an einer einheitlichen Definition mangelt. Im Eigentlich lassen sich meist drei Definitionen abbilden: Die *gesetzliche* Definition, die *medizinische* Definition und die *Sozial(-politische)* Definition. Zur Ergänzung und zum besseren Verständnis dessen, was Behinderung im gesellschaftlichen Kontext ausmacht, wird auch die *soziologische* Betrachtungsweise angeführt.

Die gesetzliche Definition - Das Sozialgesetzbuch

Im gesetzlichen Kontext bietet das *neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX)* den Versuch einer einheitlichen Definition. Nach §2 SGB IX sind „Menschen [...] behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§2 Abs. 1 SGB IX).
Die im Gesetzestext angesprochene beeinträchtigte Teilhabe an der Gesellschaft wird in einem in Zehnergraden abgestuften System, dem Grad der Behinderung angegeben. In der weiteren Beschreibung des SGB IX gelten Menschen mit einer Behinderung als schwerbehindert, wenn der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt (§2 Abs. 2 SGB IX).
In Deutschland gelten circa 9% der Gesamtbevölkerung als behindert. Diese Zahlen beziehen sich auf Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis beantragt haben und somit statistische erfasst wurden. Die Behinderung muss aber nicht in jedem Fall deutlich erkennbar sein. So zählen auch Suchterkrankungen oder einige Beeinträchtigungen der Funktionen von inneren Organen, etwa Diabetes, zu der Kategorie Behinderung.

Die medizinische Definition - Die World Health Organisation

Das Sozialgesetzbuch orientiert sich hier an der Definition der *Word Health Organisation (WHO)*. Die WHO formulierte im Jahre 1980 die *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH-1) und ergänzte diese 2001 mit der überarbeiteten Version ICIDH-2. In der ersten Klassifizierung sollte zwischen der strukturellen *Schädigung* (*Impairment*), der funktionalen *Störung* (*disability*) sowie den damit verbundenen *sozialen Beeinträchtigungen* (*handicap*) unterschieden werden und so getrennte, parallele Einteilungen vorgenommen werden. Mit dieser Einordnung konnte jedoch lediglich eine defizitorientierte Sichtweise abgebildet werden und die Beschreibung positiver Aspekte war nicht möglich. Weitergehend wurden auch wichtige Komponenten im Prozess der sozialen Beeinträchtigung, nämlich äußere (Umwelt) Faktoren und innere, auf die Person bezogene Faktoren, nicht berücksichtigt.
In der Überarbeitung entwickelte sich der erste Ansatz von einer Klassifikation der Folgen von Krankheiten, hin zu einer Einordnung von Komponenten der Gesundheit, die in der ICIDH-2 niedergeschrieben wurden. In dieser fanden sich auch neue Erkenntnisse der Wissenschaft im Bezug auf die beschriebenen Schädigungen.

Folgerichtig wurde die oben beschrieben Struktur aufgelöst und in der *International Classification of Functioning, Disability and Health*, kurz *ICF* (deut. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*) 2001 verabschiedet. Die ICF beschränkt den Blick auf Behinderungen nicht auf die Defizite, sondern möchte das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund stellen. Dabei nennt sie vier Bereiche, die eine Behinderung bedingen können.

Körperfunktionen und Körperstrukturen:	Schädigungen, die die Systeme des Körpers, also Körperfunktionen (bspw. Atmung und Verdauung) und Körperstrukturen (Aufbau des Körpers) betreffen.
Aktivitäten:	Definiert die Aktivitäten, die Menschen auch mit Schädigung und Störungen ausüben können, um ein unabhängiges, selbstbestimmtes Leben im Rahmen ihrer Möglichkeiten führen zu können. Wenn ein Mensch bei der Durchführung von Aufgaben Schwierigkeiten hat, dann wird dies als Beeinträchtigung dieser Aktivität bezeichnet.
Teilhabe:	Beschreibt die soziale Teilhabe am Leben der Gesellschaft und das Zusammenleben mit anderen Menschen in bestimmten Lebenssituationen. Wenn ein Mensch Probleme beim Einbezogensein in Lebenssituationen hat, dann ist seine Teilhabe beeinträchtigt.
Kontextfaktoren:	Bilden die gesellschaftliche Umwelt mit ihren sozialen Systemen mit denen der Mensch kommuniziert, wie personelle Bedingungen, Lebensumstände und Lebenshintergründe, ab. Ob und wie ein Mensch behindert ist oder wird, entscheidet sich auch durch die Umwelt und die wechselseitige Beeinflussung der oben dargestellten Faktoren.

In der Fassung aus dem Jahr 2005 wurde das Wort "handicap" nicht mehr verwendet, sondern die Formulierung "Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gesellschaft" gewählt.

Dennoch bleibt die rein medizinische Sicht auf Zustände und so auch auf Behinderungen eine defizitorientierte Sicht. Aus medizinischer Perspektive ist die Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, welche durch genetische, toxische, physikalische, mikrobiologische Faktoren, wie Sauerstoffmangel, Erkrankungen oder Unfälle, hervorgerufen werden kann, die Ursache einer Behinderung (Bender 2012, S. 19). Diese Herangehensweise bewertet *Behinderung* als Problem einer Person, als Folge oder Merkmal einer Krankheit. Daraus ergibt sich ein medizinischer Handlungsbedarf unter den Aspekten Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung, welche ausschließlich von qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen ist. Dieser defizitorientierte Ansatz rückt die Schädigung und die Unfähigkeit, sowie die notwendige, passiv zu ertragende Hilfe von außen, in den Fokus.
Ein solches, nur medizinisches, Verständnis ist zu überdenken. Stattdessen stellt die Schädigung von Körperstrukturen und -funktionen nur einen Teil der Behinderung dar und lässt keinen Rückschluss auf die Funktionsfähigkeit zu. „Zwei Personen mit derselben Krankheit können ein unterschiedliches Niveau der Funktionsfähigkeit aufweisen, und zwei Personen mit gleichem Niveau der Funktionsfähigkeit haben nicht notwendigerweise das gleiche Gesundheitsproblem.“ (DMDI, 2010, S. 4)
Behinderung muss also als eine wechselseitige Beziehung zwischen körperlichen Schädigungen, eventuell als Folge einer Krankheit oder eines genetischen Defekts, dem persönlichen Umgehen mit dieser Schädigung und der (Erwartungs-)Haltung der Umwelt verstanden werden. Diese Annahme impliziert den Gedanken, dass Menschen mit einer Behinderung keinesfalls eine homogene Gruppe darstellen.

Die Sozialpolitische Definition - Die Behindertenrechtskonvention

Die *Behindertenrechtskonvention* (*BRK*), bzw. das *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* der Vereinten Nationen, enthält im Wesentlichen allgemeingültige Rechte, die bereits in den allgemeinen UN-Menschenrechtskonventionen zu finden sind, erweitert diese jedoch im Speziellen für Menschen mit Behinderungen. Sie wurde im Jahre 2006 von der UNO-Generalversammlung in New York verabschiedet und trat 2009 in Deutschland in Kraft. Das Übereinkommen enthält neben der Präambel 50 Artikel. Im allgemeinen Teil (Artikel 1-9) werden Ziel, Definitionen und Grundsätze der Konvention benannt. Darauf folgen im besonderen Teil (Artikel 10–30) die einzeln aufgeführten Menschenrechte. Weiterhin enthält

die Konvention Regelungen zur Durchführung und Überwachung (ab Artikel 33). Trotz der maßgeblichen Ausrichtung für Menschen mit Behinderungen, fehlt es der BRK tatsächlich an einer Definition von Behinderung selbst. In der Präambel wird allgemein erwähnt, dass „das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der *Wechselwirkung* zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht". Im Sinne des Artikel 1, Satz 2 der Konvention gelten „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können" als „behindert". Die Behindertenrechtskonvention löst sich somit von einem rein personellen Verständnis von Behinderungen und folgert, dass ein Mensch, abgesehen von Schädigungen oder Beeinträchtigungen, im Eigentlichen durch Umweltbedingungen selbst *behindert* wird, wenn diese an der Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

Die Soziologische Definition - Gesellschaft und Behinderung

Wie oben beschrieben, gelten in Deutschland etwa 9% der Bevölkerung als behindert. Als ein „soziologisches Master-Kriterium" bei der alltäglichen Bewertung von „behindert" oder „nicht behindert" durch die Umwelt, scheint die Visibilität, also die Wahrnehmung im Aussehen oder im kommunikativen Verhalten zu sein. Somit gelten einige der in der Statistik erfassten Menschen zwar als behindert, würden diese Begrifflichkeit aber eventuell nicht für ihre Lage verwenden. Um auf die genannten Aspekte zu reagieren, formuliert Kastl folgende Begriffsdefinition:
„Mit Behinderung wird […] eine nicht terminierte, negativ bewertete, körpergebundene Abweichung von situativ, sachlich und sozial generalisierten Wahrnehmungs- und Verhaltensanforderungen [bezeichnet], die das Ergebnis eines schädigenden (pathologischen) Prozesses bzw. schädigender Einwirkung auf das Individuum und dessen/deren Interaktion mit sozialen und außersozialen Lebensbedingungen ist" (Kastl 2010, S. 108).
Diese Definition soll anhand einiger Aspekte erläutert werden. *Nicht terminiert* bedeutet hier, dass die Behinderung nicht vorübergehend ist, also kein Prozess oder Krise, sondern dauerhaft ist. Als *negativ bewertet* gilt die Behinderung und nicht der Mensch; also die negative Bewertung durch die gesellschaftliche Zuschreibung. So kann beispielsweise das Hören von Stimmen in einigen Kulturkreisen als positives Merkmal gelten, welches keine Behinderung ist. Die *Körpergebundenheit* sagt aus, dass die Behinderung den eigenen Körper betrifft, oder mit dem eigenen Körper zusammenhängt und nicht das Resultat einer sozialen Ausgrenzung oder Benachteiligung ist. So ist eine soziale Ausgrenzung, die beispielsweise aufgrund der Hautfarbe geschieht, noch keine Behinderung. Erst, wenn aufgrund der Hautfarbe im Laufe [der] Sozialisation basale in einer Gesellschaft erwartete, kognitive Kompetenzen nicht erworben werden können, kann von einer Behinderung die Rede sein. Nicht aber, wenn lediglich der Zutritt zu einer öffentlichen Einrichtung oder ähnlichem verweigert wird. *Die Abweichung von situativ, sachlich und sozial generalisierten Wahrnehmungs- und Verhaltensanforderungen* soll aufzeigen, dass sich die Behinderung immer auf einen sozialen Kontext, eine Umwelt und die dort vorherrschenden Anforderungen an das Individuum bezieht und damit von dem Begriff der Krankheit getrennt werden muss. *Sozial generalisiert* bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Verhaltensanforderungen nicht spezifische Unbegabtheiten eines einzelnen Individuums, sondern generell die Anforderungen an alle Menschen beschreiben. Je mehr eine Person systematisch von sehr *spezifischen* Anforderungen abweicht, desto weniger sind wir geneigt, von Behinderung zu sprechen. Somit haben Behinderungen auch stets einen direkten Realitätsbezug. Wenn ein Mensch in seiner gegenwärtigen Realität nicht behindert wird, beziehungsweise sich seine Behinderung in der vorherrschenden Umwelt nicht oder nicht sonderlich ausgeprägt zeigt, muss dieser als nicht, oder wenigstens als sehr viel weniger behindert gelten, als in einer anderen Umgebung, in der sich die Behinderung deutlicher äußert. Behinderung muss also als relational angesehen werden. Die Frage: „Ist der „lernbehinderte" Nicht-Schreiber und Nicht-Leser in einer schrift-losen Kultur noch behindert?", verdeutlicht diesen Umstand.

Als letzter Teil der Definition soll noch die Behinderung als *das Ergebnis eines schädigenden (pathologischen) Prozesses bzw. schädigender Einwirkung auf das Individuum und dessen/deren Interaktion mit sozialen und außersozialen Lebensbedingungen* erläutert werden. Dieses soll aussagen, dass Behinderung nicht als reine äußerliche soziale Benachteiligung verstanden werden darf, was oben bereits mit der Körpergebundenheit beschrieben wurde. Auch ist Behinderung keine Krankheit, die geheilt werden könnte. Der Begriff der Schädigung und der des pathologischen Prozesses der Schädigung sollen dies verdeutlichen und müssen von der Behinderung als solcher getrennt werden. Der pathologische Prozess der Schädigung ist ein dynamischer Vorgang, welcher die eigentliche Funktionsstörung hervorruft. Das Zusammenwirken der Umweltbedingungen in Verbindung mit dieser Schädigung macht die Behinderung aus. In dieser Beschreibung von pathologischem Prozess, Schädigung und Behinderung zeigt sich der Versuch der Abgrenzung zu den chronischen Krankheiten. Da bei diesen der pathologische Prozess nicht abgeschlossen ist, muss von Krankheit gesprochen werden. Diese schädigenden, beziehungsweise pathologischen Prozesse können vielfältig sein. Beispielhaft sind hier physische Traumatisierungen und Verletzungen, Missverhältnisse von körpereigenen Strukturen, wie einige Herz-/ Kreislaufsyndrome oder auch Gendefekte, Infektionen durch Viren und Bakterien, umweltbedingte Deprivationen oder Überforderungen, wie Stress oder ähnlichem, sowie die bei der Körpergebundenheit zuvor dargestellten Ausgrenzung von basalen in einer Gesellschaft erwarteten, kognitiven Kompetenzen.

Als zusammenfassende Definition kann wohl die von Ulrich Bleidick gesehen werden, der als Professor am Institut für Behindertenpädagogik der Universität Hamburg den Begriff Behinderung wie folgt beschrieben hat:
„Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden. Behinderung hat damit eine individuelle und eine soziale Seite. Persönliche Lebenserschwerungen liegen etwa dann vor, wenn der Körperbehinderte sich durch die Einschränkung seiner Bewegungsfähigkeit nicht frei bewegen kann und auf Hilfe angewiesen ist; der Gehörlose akustische Signale nicht wahrnimmt und im Straßenverkehr dadurch gefährdet ist; der Blinde sich optisch nicht zu orientieren vermag. Ebenso folgenreich sind die Erschwerungen, die der Behinderte im sozialen Feld erfährt, und die seine Eingliederung in das öffentliche Leben, in die Bildungsinstitutionen, in die Berufs- und Arbeitswelt und in die Familie erschweren“ (Bleidick 1994, S. 650).

Wie bereits erwähnt, besteht also ein enger Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Behinderung und dem Umgang mit dieser Personengruppe. Eine rationalisierte Aussage darüber, was Behinderung ist oder zumindest was sie sein kann, stammt von Renate Walthes:
„Behinderung ist der nicht gelungene Umgang mit Verschiedenheit“ (Walthes 2003 zit. n. Ortland 2008, S. 11) und kann auch als Ausdruck menschlicher Vielfalt verstanden werden.

Wie entsteht eine Behinderung?

Die Ursachen einer Behinderung können sich im Wesentlichen in drei Zeiträumen entwickeln: *pränatal* (vor der Geburt, während der Schwangerschaft), *perinatal* (während der Geburt) und *postnatal* (nach der Geburt).
Pränatal können viele Faktoren eine Ursache für die Schädigung des Ungeborenen bieten, welche später eine Behinderung auslösen können. Einen erheblichen Teil für die Schädigung der Körperstrukturen und -funktionen des Ungeborenen machen Drogen- und Medikamentenkonsum der Mutter aus. Hierzu zählen auch Alkohol- und Tabakgebrauch. Weiter können chronische Krankheit und Infektionen (Viruskrankheiten), Strahlungen (Röntgenstrahlung), Störungen in der Schwangerschaft (Mangelernährung, Dysfunktionen der Gebärmutter), fehlgeschlagene mechanische Schwangerschaftsabbrüche, Blutgruppenunverträglichkeiten (z.B. Rhesusfaktor Unverträglichkeit) sein. Auch genetische Defekte können hier genannt werden, obwohl bei diesen nicht immer klar ist, ob es sich um eine Ursache oder bereits eine Ausprägung einer Schädigung handelt.

Die Geburt eines Kindes ist in der Entwicklung ein kritischer Punkt. Während der Geburt, *perinatal*, können viele Einflüsse auf das Kind einwirken, welche im Verlauf seiner Entwicklung evtl. zu einer Behinderung führen können. So können unter anderem Sauerstoffmangel, oder mechanische Verletzungen, beispielsweise durch den Gebrauch einer Geburtszange oder Saugglocke sowie Geburtstraumata (Hirnblutungen) auftreten. Ebenfalls kann eine Frühgeburt oder auch die zusätzliche Belastung des Organismus durch einen Kaiserschnitt eine Behinderung begünstigen.
Als *postnatale* Ursachen von Behinderung werden sämtliche Faktoren bezeichnet, die nach dem Abschluss des Geburtsvorganges auftreten. So beispielsweise Sauerstoffmangel, Infektionen und entzündliche Krankheiten des zentralen Nervensystems (Hirnhautentzündung), die Auswirkungen einer Frühgeburt oder Kinderkrankheiten. Das Auftreten der Ursachen kann jedoch auch weit nach der Geburt auftreten. So werden beispielsweise auch Hirntumore, Unfälle und Gewalteinwirkungen, Schädel-Hirn-Traumata oder Kriegsverletzungen als postnatale Ursachen bezeichnet.

Einteilung von Behinderungen

Im Wesentlichen wird zwischen *körperlichen, geistigen* und *seelischen* bzw. *psychischen* Behinderungen unterschieden. In einer etwas feineren Unterteilung lassen sich weiter noch *Sinnesbeeinträchtigungen, Lernbehinderungen* und *Sprachbehinderungen* ausdifferenzieren. Die Unterschiede und Auswirkungen sollen im Folgenden herausgestellt werden. Als „Sonderformen“ sollen auch *Autismus* und *Epilepsie* beschrieben werden.

Körperliche Behinderungen

Unter den *körperlichen Behinderungen* werden alle Behinderungen gezählt, die infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparates, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit die Verhaltensmöglichkeiten eines Menschen so beeinträchtigen, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist.
Ulrich Oskamp, Professor für Körperbehindertenpädagogik an der Universität Dortmund, definiert Körperbehinderung folgendermaßen:
„Als körperbehindert gelten Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, deren Bewegungsfähigkeit aufgrund einer Schädigung des Gehirns, der Nerven, der Muskeln oder des Skelettsystems nicht nur vorübergehend beeinträchtigt ist. Neben der Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit der Bewegungsorgane kann die Schädigung als Mitschädigung oder als psychosoziale Folgewirkung das Wahrnehmen, das Denken, das soziale Verhalten, das emotionale empfinden oder die Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen. Dennoch ist die Körperbehinderung nicht als unveränderbar anzusehen. Sie resultiert aus körperlichen, psychischen und sozialen Wechselbeziehungen und wirkt sich, je nach Bewegungsanforderungen und verbliebenen Restfunktionen oder Kompensationsmöglichkeiten, in verschiedenen sozialen Situationen bei jedem Betroffenen anders aus“ (Oskamp 1994. S. 678).

Im Folgenden soll eine Auflistung einiger Diagnosen, die zu körperlichen Behinderungen führen können, einen Einblick in die Vielfalt dieser bieten. Die Anführung beschränkt sich hier auf die häufigsten Schädigungen, die eine Behinderung auslösen können.

Lähmungen, Bewegungsstörungen

Zentral bedingt (ZNS):	– (Infantile) Cerebrale Parese: ▪ Spastische Lähmung ▪ Athetose ▪ Ataxie
Peripher bedingt (z.B. Nervenleitung):	▪ Spina bifida (*Offener Rücken*) ▪ Querschnittslähmung ▪ Kinderlähmung (*Polio*) ▪ Muskelschwund
Schädigungen des Skelettsystems	– Dysmelien (Fehlbildungen der Gliedmaßen)
	– Wachstumsanomalien ▪ z.B. Kleinwuchs ▪ Spaltbildungen z.B. Lippen- Kiefer- Gaumen-Spalte ▪ Wirbelsäulendeformationen
	– Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit)

Frühkindliche zerebrale Bewegungsschädigung (Infantile Cerebrale Parese)

Wird im Volksmund häufig als „Spastiker“ bezeichnet. Ursache für diese oder ähnliche Formen der frühkindlichen Körperbehinderung ist eine pränatal, perinatal oder postnatal erworbene Schädigung eines Teiles des noch nicht ausgereiften frühkindlichen Gehirns, das für willkürliche Bewegungen verantwortlich ist. Man bezeichnet dies als eine *Infantile Cerebrale Parese* (ICP).
Mit achtzig Prozent ist die *Spastische Lähmung* das häufigste auftretende Symptom von mehreren Erscheinungsformen. Die Muskulatur der Hände, Arme, Beine und Füße, oft auch die des Mundes und Gesichts verkrampft sich dabei nicht steuerbar.
Andere Erscheinungsformen sind erkennbar an verzerrten Bewegungen des Kopfes und des Gesichts und „wurmförmigen“ Bewegungen der Arme und Beine *(Athetose)*, wieder andere an unkoordinierten, torkelnd erscheinenden Bewegungsmustern *(Ataxie)*. Häufig gibt es Mischformen.
Die zerebrale Bewegungsschädigung kann sich auf nur eine Gliedmaße *(Monoplegie)* oder auf beide Gliedmaßen *(Diplegie)* auswirken. Auch kann sie das Einbußen der Bewegungsunfähigkeit aller vier Gliedmaßen *(Tetraplegie)* sowie der Sprechorgane *(Dysarthrie)* zur Folge haben. Bei einer Halbseitenlähmung *(Hemiplegie)* sind Arm und Bein einer Körperhälfte betroffen.

Erworbene Bewegungsstörung (Cerebrale Parese)

Tritt eine Schädigung der steuernden Hirnfunktionen im späteren Lebensverlauf auf, so spricht man von einer zerebralen Bewegungsstörung *(Cerebrale Parese, kurz CP)*. Diese ähnelt in ihrer Erscheinung jedoch den frühkindlichen Formen. Ursachen können unter anderem Hirnhautentzündungen, Schädel-Hirn-Verletzungen, Hirntumore, Schlaganfälle sein.
Das *Apallische Syndrom* stellt eine der schwersten Formen der cerebralen Parese dar. Der Zustand gleicht dem eines „wachen Komas“.
Als *Querschnittslähmung* wird die völlige oder teilweise Schädigung eines Rückenmarkquerschnittes mit der Folge einer totalen oder teilweisen Lähmung in den unterhalb der Schädigung gelegenen Körperpartien bezeichnet.

Als eine Ursache, welche pränatal, also vorgeburtlich, auftritt, wird die *Spina bifida* genannt. Dies ist der mangelnde Verschluss des embryonalen Rückrats, der bei der Geburt als Spaltbildung in Form eines offenen Rückens erkennbar ist. Trotz operativer Maßnahmen können die Bereiche unterhalb eines Wirbelspaltes teilweise oder ganz gelähmt bleiben. Häufig ist der Kreislauf der Flüssigkeit gestört, der das Gehirn und das Rückenmark umgibt *(Liquor)*, so dass die Gefahr besteht, dass sich ein „Wasserkopf" *(Hydrocephalus)* bildet. Auch dieser Gefahr kann operativ vorgebeugt werden; ein kleines Ventil reguliert den Liquordruck.
Außer der Lähmung der Gliedmaßen, kann sich eine *Querschnittslähmung* auch auf innere Organe, wie z.B. auf Blase, Darm und Sexualorgane, auswirken.
Weitere Ursachen vollständiger oder teilweiser Querschnittslähmung können auch Viruserkrankungen oder Infektionen des Gehirns bzw. Rückenmarks sein. Bekannt ist hier vor allem die *Spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis).*Es handelt sich um eine Virusinfektion des Rückenmarks oder Stammhirns.
Weiter kann ebenfalls eine *Multiple Sklerose (MS)* zu Lähmungserscheinungen führen. Bei der Multiplen Sklerose handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der Teile der Nervenfasern, die *Myelinschichten*, vom eigenen Immunsystem aufgelöst werden. Genaue Umstände zum Auftreten der Krankheit sind noch nicht bekannt.

Lähmungen als Folge von Muskelerkrankungen

Neben Infektionen und Viruserkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks können auch Schädigungen der Muskulatur Bewegungsstörungen, wie Lähmungen auslösen. Bei der *Progressiven Muskeldystrophie* handelt es sich um eine Muskelerkrankung, die zum Schwund der quergestreiften Muskulatur führt (*Muskelschwund*). Das Muskelgewebe wird zersetzt. Die Krankheit ist erblich, beginnt allerdings erst im Kleinkindalter. Sie wird, in ihren häufigsten Erscheinungsformen (*Duchenne-* und *Becker-Dystrophie*) durch ein mutiertes Gen auf dem X-Chromosom ausgelöst. Wesentlich häufiger sind Jungen betroffen, da das belastete X-Chromosom durch kein gesundes dominiert wird. Der Krankheitsprozess ist von den Beinen zum Schultergürtel hin aufsteigend und mit fortschreitender Lähmung verbunden. Man spricht auch von einer *progredienten* Erkrankung.
Bei einer *Muskelatrophie*, die bei Jungen und Mädchen gleichermaßen vorkommen kann, kommt es zu einer Verringerung und Verkümmerung des Muskelgewebes, z.B. dann, wenn der Muskel nicht mehr arbeitet, weil der zuführende Nerv, bspw. durch eine Infektion, abgestorben ist.

Erklärung/Etymologie der medizinischen Fachbegriffe:

Ataxie	Gestörte Bewegungskoordination
Athetose	Überbeweglichkeit
Dysarthrie	Störung der Sprechweise (Artikulation)
Infantile Cerebrale Parese	infantil: infans (lat.): Kind cerebral: cerebrum (lat.): Gehirn Parese: Motorische Schwäche, unvollständige Lähmung
Dysmelie	Angeborene Fehlbildung an den Gliedmaßen
Dystrophie	Ernährungsstörung (im Gewebe) dys (gr.) Fehler, Störung troph (gr.): die Ernährung betreffend
Hemiplegie	Halbseitige Lähmung plegie (lat.): Lähmung hemi (gr.): halb mono, di, tetra (gr.): eins, zwei, vier
Hydrocephalus	Wasserkopf
progredient	fortschreitend progredere (lat.): voranschreiten
spasmus	Krampf, Verstärkte Muskelspannung
spina bifida	Spina (lat.) Dorn bifida (lat.) gespalten

tonus	Spannung

Ursachen körperlicher Beeinträchtigungen können vielfältig sein und lassen sich im Eigentlichen in die Bereiche der angeborenen, also der prä- und perinatal entwickelten Störungen, und der erworbenen, also postnatalen Schädigungen einteilen.
Angeborene Ursachen können unter anderem die beschrieben Spina bifida, also der embryonal nicht geschlossene Rückenspalt eines Kindes oder auch auf Alkohol-, Drogen-, bzw. Medikamentenmissbrauch in der Schwangerschaft zurückzuführende Entwicklungsstörungen sein. in den 1960er Jahren konnte dies in vielen Fällen als durch das Medikament *Contergan* (Wirkstoff *Thalidomid*) ausgelöst nachgewiesen werden. Perinatal kann ein Sauerstoffmangel, der eine Schädigung des Gehirns zur Folge hat, unter anderem spastische Lähmungen auslösen.
Erworbene Ursachen können Unfälle mit Verlust von Körperteilen oder Schädigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) oder auch Schlaganfälle und Hirnblutungen sein.

Sinnesbeeinträchtigungen

Oftmals werden die Sinnesbeeinträchtigungen zu den körperlichen Behinderungen gezählt. Eine Unterscheidung dieser beiden Behinderungsarten findet sich jedoch in der Behindertenrechtskonvention, die im ersten Artikel zwischen langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder eben Sinnesbeeinträchtigungen unterscheidet, welche die Teilhabe an der Gesellschaft behindern. Als Sinnesbeeinträchtigungen werden allgemein alle Beeinträchtigungen der Sinneswahr-nehmung bezeichnet, die sich auf die Fernsinne, also auf das Sehen und Hören, auswirken.

Sehbehinderung

Bei der Verarbeitung von visuellen Reizen kann es unterschiedliche Störungen geben, die eine Beeinträchtigung hervorrufen können. Von *Sehbehinderung* spricht man erst, wenn das Sehen um einen gewissen Grad beeinträchtigt ist und wenn diese Beeinträchtigung dauerhaft ist. Die vollständige Blindheit, die sich häufig auch in der allgemeinen Sprache wieder findet, ist dabei eher eine Seltenheit und tritt im Eigentlich nur bei einer vollständigen Zerstörung oder Nichtausbildung des Sehnervs oder Verlust der Augen selbst auf. Zur Differenzierung wird nach Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 5 Abstufungen im *ICD-10* unterschieden, die sich am Grad des Sehvermögens (*Visus*) orientieren:

1. *Sehbehinderung:* Ab einem Visus von 0,3, bzw. einem Sehvermögen von 30% wird in Deutschland von Sehbehinderung gesprochen.
2. G*eringgradige Sehbehinderung:* Gegenstandsunterscheidung für Orientierung ausreichend (Sehvermögen 10%; Visus von 0,1 oder weniger)
3. H*ochgradige Sehbehinderung:* Wahrnehmung vager Schatten (Sehvermögen 5% bzw. Visus von 0,05 oder weniger)
4. *Praktische Blindheit:* Wahrnehmung von Lichtschein, d.h. minimaler Sehrest (Visus von 0,02 - gleichbedeutend mit einem Sehvermögen von 2%)
5. *Vollständige Blindheit* (*Amaurose*), keinerlei Lichtwahrnehmung und optische Reizverarbeitung mehr vorhanden

Der fast vollständige oder teilweise Verlust der Sehfähigkeit kann vielerlei Ursachen haben, die sich in angeborene und erworbene Ursachen unterteilen lassen. Eine Angeborene Ursache kann beispielsweise das *erbliche Retinoblastom* sein. Hierbei handelt es sich um einen bösartigen Tumor, der bei Kleinkindern entlang der Sehnerven ins Gehirn wächst. Das erblindete Auge scheint zu schielen. Weitere Ursachen können *Mikrophthalmie*, bei dem einer oder beide Augäpfel verkleinert angelegt bzw. nicht vollständig ausgebildet werden, oder *Anophthalmie*, bei welcher das Auge gänzlich fehlt, sein.
Erworbene Ursachen, die sich erst im späteren Leben ausbilden, unter anderem Netzhautablösungen, können beispielsweise infolge einer Diabetes, einer mechanische Verletzungen oder durch die Schädigung durch Strahlungen, etwa Laser, sein.

Blinde und sehbehinderte Menschen sind in Lernvollzügen, die auf visuellen Eindrücken beruhen, behindert. Sie müssen sich die Informationen, die sehende Personen visuell aufnehmen, vollständig oder überwiegend über andere Wahrnehmungskanäle – insbesondere über das *Gehör* und den *Tastsinn* – aneignen. Das Fehlen des optischen Umweltkontaktes schränkt die Möglichkeiten der zwischenmenschlichen Kommunikation erheblich ein, zudem ist die Mobilität oftmals eingeschränkt und lediglich in der bekannten Umwelt ohne Behinderungen möglich.

Hörbehinderung

Unter Hörbehinderungen werden alle Beeinträchtigungen des auditiven Systems gezählt. Unterschieden wird in Abstufungen, die sich am Verlust des Gehörs gemessen am wahrnehmbaren Dezibelumfang orientieren. Ein Hörverlust von 25 Dezibel bedeutet hier, dass die betroffene Person akustische Signale erst ab einer Lautstärke von mehr als 25 dB wahrnimmt. Dabei wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im *ICD-10* zwischen folgendem differenziert:

- *Geringgradige Schwerhörigkeit:* Die Wahrnehmung akustischer Signale mit niedriger Lautstärke, wie das Ticken einer Uhr, ist eingeschränkt (Hörverlust von etwa 20 dB).
- *Mittelgradige Schwerhörigkeit*: Wahrnehmung von Grundgeräuschen im Alltag ist eingeschränkt (Hörverlust von etwa 40 dB).
- *Hochgradige Schwerhörigkeit:* Wahrnehmung vager Sprachlaute, Gesprächspartner werden bei „normaler“ Lautstärke nicht mehr gehört (Hörverlust von etwa 60 dB).
- *Resthörigkeit:* Wahrnehmung einzelner Geräusche bestimmter Stärke und Frequenz, jedoch sprachtaub im Frequenzbereich der Sprache (Hörverlust von etwa 90 dB)
- *Gehörlosigkeit, Volltaubheit:* Keine auditive Wahrnehmung (nur etwa 0,1% der Gehörlosen sind gänzlich „taub“ und haben keinerlei Wahrnehmung von akustischen Reizen (Hörverlust von mehr als 120 dB)

Der Verlust der Hörfähigkeit kann unterschiedliche Ursachen haben. Auch hier wird zwischen den angeborenen und den erworbenen Ursachen unterschieden. Angeborene Hörbehinderungen können zum Beispiel auf vererbte Taubheiten oder pränatalen Drogen- bzw. Medikamentenschaden zurückzuführen sein. Ebenso kann eine Rötelninfektion der schwangeren Mutter zu Hörbehinderungen führen (*Rötelnembryopathie*).
Nach der Geburt auftretende, erworbene Ursachen können bspw. die Folgen einer Masern-Meningitis oder mechanische Verletzungen der Hörorgane sein. Zudem muss auch eine im Alter auftretende Schwerhörigkeit genannt werden, deren Ursachen auf Alterungsprozesse und Lebenswandel (Nikotin, Lärm, Cholesterinwerte) zurückzuführen sind und etwa ab dem 50. Lebensalter beginnt (*Altersschwerhörigkeit*).
Die teilweise erhebliche Einschränkung der Kommunikation bei einer Gehörlosigkeit kann zu sekundären Folgewirkungen im gesamten psychosozialen Bereich führen. Beispielhaft sind seelische Labilität, stärkere Erregbarkeit, insgesamt erschwerte Persönlichkeitsentwicklung zu nennen. Häufig sind solche Verhaltensweisen als das Ergebnis einer kommunikativ bedingten Fehlentwicklung und –Erziehung anzusehen.

Neben den Fernsinnen können selbstverständlich auch die Nahsinne, also Geschmacks-(Ageusie), Geruchs-(Anosmie) und Tastsinn (Anästhesie) betroffen sein. Diese gelten jedoch, aufgrund ihrer geringeren Auswirkungen auf die Umwelt, als weniger starke Behinderung an der Teilhabe der Gesellschaft.

Geistige Behinderungen

Die Schwierigkeit der Begriffsfindung

Der Begriff *geistige Behinderung* umfasst unterschiedliche Aspekte, Vorstellungen und Assoziationen. Dadurch ergibt sich eine gewisse Unschärfe und Unklarheit über den eigentlichen Inhalt. Geistige Behinderung ist nicht klar definiert und nicht als *allgemeingültige Diagnose* zu

verstehen. Die Vielfältigkeit der Ausprägungen, die dieser Sammelbegriff beschreibt, sollen im Folgenden erläutert werden.

Der Begriff *geistige Behinderung* ist nicht klar abgegrenzt und auch schwierig gewählt, da es sich, im Unterschied zu *sensorischen* oder *motorischen* Schädigungen, nicht um eine einzelne beeinträchtigende Funktion handelt. Es ist eine komplexe Behinderung, die sich auf den gesamten Menschen erstreckt. „Geistig“ ist hier eine Formulierung, die ihren Ursprung in der Elterninitiative *Lebenshilfe für das geistige Kind* aus dem Jahre 1958 hat, aus der die heutige paritätische Einrichtung *Lebenshilfe* entwachsen ist. Eigentlich war der Begriff als Abgrenzung zum *körperlichen* gedacht.
In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ist der Terminus *geistig* weitgehend akzeptiert und beschreibt die komplexen Zusammenhänge auf neurobiologischer Ebene. So ist allgemein anerkannt, dass der *bewusste Geist* durch die Aktivierung der Nervenzellen (*Neuronen*) und der Bildung von Synapsenverbindungen entsteht. Die Verarbeitung von Sinneseindrücken, daraus resultierende Gefühle und die Komplexität des hormonellen Systems im Gehirn, betreffen den gesamten *Geist* und nicht nur den Verstand.
Otto Speck, ein Sonderpädagoge, der wesentlichen Einfluss auf die Geistigbehinderten- und Heilpädagogik hat(te), beschreibt dies wie folgt:
„Was als „Geist“ entsteht, kann als „Inhalt der Aktivität“ des Gehirngewebes, d.h. als Ergebnis der unaufhörlichen, dynamischen Kartierungstätigkeit des Gehirns verstanden werden: Gedanken, Intellekt, Gefühle, Motive, Wahrnehmungen (Klänge, Gerüche, Geschmack), Bewertungen u.Ä. Viele dieser Bilder, die über die Interaktion zwischen Organismus und Objekt entstehen, verändern sich immer wieder (Lernen). Der Mensch braucht diese ständige Gehirnkartierung bzw. diese „geistigen Prozesse“ für das Management und die Steuerung seiner Lebens-prozesse“ (Speck 2016, S. 47).
Eine *geistige* Behinderung kann also als Schädigung der Hirnfunktionen beschrieben werden, die die Aktivität und die Weiterentwicklung des Gehirns und damit auch die geistige Entwicklung beeinträchtigen. Das Ausmaß kann dabei ganz unterschiedlich und individuell sein und verschiedene Ursachen haben. Diese Ursachen können sowohl im Erbgut, als auch als Resultat von Erkrankungen, Verletzungen oder Mangelerscheinungen auftreten.
Eine Einteilung der Beeinträchtigungen, die durch geistige Behinderungen erlebt wird, ist schwierig, da die Erscheinungsformen sehr unterschiedlich sein können. Dies zeigt sich auch in der Begrifflichkeit und Beschreibung, die in den letzten Jahren immer wieder gewechselt hat und doch keine für alle akzeptable Ausdrucksweise hervorgebracht hat. Diese Begriffsvielfalt ist vor allem dadurch entstanden, dass keine stigmatisierende oder besondernde Ausdrucksweise verwendet werden sollte. Anthropologisch und ethisch muss immer davon ausgegangen werden, egal welche Begrifflichkeit verwendet wird, dass Menschen mit Behinderungen Menschen mit gleicher Würde sind. Sie unterscheiden sich lediglich in den Ausprägungen ihrer individuellen Eigenheiten. Dabei können individuelle Unterschiede dazu führen, dass die Eigenständigkeit in einem Maße eingeschränkt ist, dass diese Person auf Hilfe angewiesen ist. Da bei der Gewährung von diesen Hilfen Klarheit über den Sachverhalt bestehen sollte, hat sich der Begriff der „geistigen Behinderung“ (engl. mental retardition) international etabliert.

Als eine Definition kann so angebracht werden, dass unter „geistiger Behinderung“ eine Erscheinungsform menschlicher Eigenart zu verstehen ist, bei der als Folge von bio-organischer Schädigung lebenslang ein (erheblicher) Rückstand der mentalen (geistigen und intellektuellen) Entwicklung zu beobachten ist. Dieser kann sich verschiedenartig auf das Verhalten auswirken und manifestiert sich in einer Beeinträchtigung der Lernfähigkeit, sodass ein spezieller pädagogischer Förderbedarf notwendig wird (Speck 2016, S. 51).

Die Problematik in der Findung eines allgemeingültigen Begriffs liegt darin, dass nicht eine rein psychische oder physische Beeinträchtigung der betroffenen Menschen, wie bspw. die Unfähigkeit zu sehen o.Ä., beschrieben wird, sondern ein solch komplexer Zustand prägnant und ohne Stigmatisierung zusammengefasst werden muss, der weder eine Besonderung darstellt, noch einen negativen Beigeschmack hat. Dieser muss sowohl von der Mehrheit der Betroffenen, als auch den wissenschaftlichen und pädagogischen Fachkräften akzeptiert werden.

Negativbeispiele aus der Vergangenheit gibt es hier genügend. So schlägt sich in Begrifflichkeiten wie *Blödsinn, Idiotie, Schwachsinn, Kretinismus* oder *Geistesschwäche* immer die negative Begutachtung der Betroffenen nieder, die nicht selten auch gezielt exkludieren sollte. Durch die wissenschaftliche Medizin, die im 19. Jahrhundert den *Schwachsinn* und die *Geistesschwäche* zu erforschen versuchte, wurden Betroffene abgewertet. Unterstützung fand dies in biologischen Theorien zur Evolution, die, frei nach Charles Darwin, die Ausleseprozesse und die Dominanz des Stärkeren auch auf den Menschen mit Behinderungen übertrug und so zu einer Minderung des Lebenswertes dieser führte (*Sozial-Darwinismus*). Die ersten Ansätze der *negativen Eugenik*, also der negativ bewerteten Erbanlagen, brachten in den 1860er Jahren auch Begrifflichkeiten wie *Mongolismus* hervor, der von dem Entdecker der Trisomie 21 (*Down-Syndroms*) Langdon Down selbst geprägt wurden. Im Zuge der „goldenen 20er Jahre" zum Anfang des 20. Jahrhunderts wurden, auch aus volkswirtschaftlichen Gründen, Geistesschwäche als „*lebensunwertes Leben*" deklariert. Einen grausamen Höhepunkt fand dies in der Zeit des Nationalsozialismus, in der Menschen mit Behinderungen, vor allem mit geistigen Behinderungen, zwangssterilisiert, interniert und später systematisch getötet wurden.

Der heutzutage gängige Begriff ist *Menschen mit (geistiger) Behinderung*. Dieser scheint in erster Linie etwas negatives auszudrücken und eher defizitorientiert zu sein, soll aber eigentlich, von der historischen Herleitung, zum Ausdruck bringen, dass es sich zunächst einmal um einen Menschen handelt, dessen Behinderung nur einen Teil seiner Selbst ausmacht. Der Begriff hat in der Diskussion den der G*eistigbehinderten* abgelöst, der das Defizit weiter in den Vordergrund gestellt hat. Mit dem „neuen" Begriff soll der pädagogische Ansatz, nämlich das Lern- und Entwicklungspotential des Menschen, in den Fokus gestellt werden und die Behinderung als ein Teil des Individuums, welches ihn mit ausmacht, aber nicht überstrahlt, wahrgenommen werden. In Betracht der historischen Herleitung erfüllt die Begrifflichkeit scheinbar den Auftrag, die komplexen Zusammenhänge in Teilen abzudecken und dennoch nicht die negative Ausrichtung der historischen Begriffe zu übernehmen, im alltäglichen Gebrauch jedoch verliert sich diese Überlegung häufig und gibt nicht immer den eigentlichen Begriffssinn wieder.
Was geistige Behinderung ist, kann also nicht oder nur schwer allgemeingültig und in Kürze beschrieben werden und erklärt sich vor allem nicht aus sich selbst heraus. Es handelt sich vielmehr um eine Umschreibung, die weitgehend in eine soziale Dimension hineinreicht und sowohl gesellschaftlich vorherrschende Einstellungen beinhaltet, was als geistige Behinderung beschrieben wird, als auch die Vorurteile dem gegenüber.

Was ist geistige Behinderung?

Medizinisch betrachtet stellt eine geistige Behinderung die Herabsetzung oder Minderung der maximal erreichbaren Intelligenz dar, die aufgrund einer Schädigung des Gehirns auftritt. Diese *Intelligenzminderungen* werden im Eigentlichen in vier Kategorien zusammengefasst, welche sich auch in der *International Classification of Diseases* (*ICD -10, internationale Klassifikation der Krankheiten*) der Weltgesundheitsorganisation unter den Kennziffern F.70 – F.73 wieder-finden und sich am Intelligenzquotienten (*IQ*) der betroffenen Personen orientiert.

Leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F.70)

In der ersten Kategorie werden Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung und geringem Hilfebedarf gefasst. Der *IQ-Bereich liegt zwischen 50 und 69 Punkten*. Betroffene sind meist in der Lage, sich in angemessener Form sprachlich zu verständigen, Beziehungen aufzunehmen und diese auch zu erhalten. Im Kindesalter kann es in der Schule zu Lernschwierigkeiten kommen, die jedoch häufig durch sonder- und heilpädagogische Förderung ausgeglichen werden und Lesen, Schreiben und im begrenztem Zahlenraum Rechnen erlernt werden kann. Auch im persönlichen und sozialen Bereich können, durch entsprechende Förderung, weitgehende Selbstständigkeit erreicht werden und nach berufsfördernden Maßnahmen kann auch einer entsprechenden Berufstätigkeit nachgegangen werden. Weitere Begleitung, Beratung und Erwachsenenbildung im späteren Lebensverlauf können den erreichten Stand

sichern. Dies gilt auch für bereits geschlossene oder neu aufzunehmende Beziehungen zu anderen Personen.

Mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10 F.71)

Die zweite Kategorie umfasst Menschen mit einer mittelgradiger Intelligenzminderung bzw. Menschen mit mäßiger geistiger Behinderung und mittlerem Hilfebedarf (*IQ Bereich zwischen 35-49 Punkten*). Diese Personengruppe kann sich in einfacher Sprache verständigen und Beziehungen aufnehmen. Ihre Sprache und verwendeten Begriffe sind konkret, fassbar und praxisbezogen. In der Schule erlernen sie Schrift und Umgang mit Zahlen häufig bruchstückhaft oder nicht. Es ist ihnen möglich, sich im einfachen Maße räumlich zu orientieren, die zeitliche Orientierung umfasst etwa den Tagesablauf und bestimmte, sich wiederholende Ereignisse im Jahresablauf. Kinder und junge Erwachsene dieser Gruppe können durch sonder- und heilpädagogische Maßnahmen soweit gefördert werden, dass sie sich im lebenspraktischen Bereich selbst helfen und in einer überschaubaren vertrauten Umgebung zurechtfinden. Im Bezug auf die Gesellschaft haben sie meist allgemeine Umgangsformen erlernt und sind in der Lage, einfache Tätigkeit auszuüben und somit auch einem unterstützten beruflichen Alltag nachzugehen. Da sie jedoch häufig Anleitung und in vielen Lebensbereichen der ständigen Hilfe bedürfen, ist ein gänzlich eigenständiges Leben kaum möglich.

Schwere Intelligenzminderung (ICD-10 F.72)

In die dritte Kategorie fallen Menschen mit schwerer geistigen Behinderung und hohem Hilfebedarf, die einen *IQ zwischen 20 und 34 Punkten* aufweisen. Bei Menschen mit schweren Intelligenzminderungen beschränkt sich der Spracherwerb häufig auf einzelne Worte oder Laute. Im zwischenmenschlichen Kontakt werden Beziehungen häufig mit lebhaften körperlichen Bewegungen aufgenommen. Durch frühzeitig beginnende sonder- und heilpädagogische Förderung können sie einfache Umgangsformen erlernen oder auch einfache Tätigkeiten ausführen. Sie sind jedoch stets auf ergänzende Hilfen angewiesen. Sie bedürfen der Anleitung, der Aufforderung, des Hinweises und des Lobes, um ihre Fertigkeiten anzuwenden und Beziehungen zu halten.

Schwerste Intelligenzminderung (ICD-10 F.73)

Zu den Menschen mit schwersten Intelligenminderungen werden Menschen mit einem *IQ von weniger als 20 Punkten* gezählt. Dies sind Menschen mit schwerster geistiger Behinderung und sehr hohem Hilfebedarf. Aus einem Lehrbuch der Heilerziehungspflege von Thesing und Vogt ist zu entnehmen, dass diese Menschen „sich ausschließlich durch ihren Körper und durch Laute [äußern] und von sich aus keine Beziehung aufnehmen [können]. Sie bedürfen der umfassenden körperlichen Pflege und Hilfe in allen lebenspraktischen Bereichen. Durch Zuwendung, Berührung, Ansprache, Musik kann ihre Wahrnehmung differenziert und erweitert werden, so dass sie auf ihre Umgebung reagieren und auch selbst Bedürfnisse mitzuteilen lernen. Auf diese Weise entsteht eine mitmenschliche Beziehung, die von der betreuenden Person abhängig ist“ (Thesing/ Vogt, 2013, S.195 ff.)

Mit der Begrifflichkeit *Menschen mit einer geistigen Behinderung* werden also eine Vielzahl von Menschen mit verschiedensten Schädigungen in unterschiedlichen Hirnarealen bezeichnet, deren Intelligenz im beschrieben Maße von der Norm abweicht und deren Entwicklung aufgrund dieser Schädigung im Vergleich als abweichend bezeichnet wird.

Trisomie 21 - Das Down-Syndrom

Als häufigste angeborene Form einer geistigen Behinderung gilt das *Down-Syndrom*. Es handelt sich hierbei um einen, erstmal 1866 vom englischen Arzt *Langdon H. Down* beschriebenen Zustand, den dieser in seinen „Beobachtungen zu einer ethnischen Klassifizierung von Schwachsinnigen“ publizierte. In diesen versuchte Down, die damals bekannten Gruppen von geistigen Behinderungen, damals noch Schwachsinnigen, bestimmten Rassen zuzuordnen. Daraus hervor ging „der mongolische Typus der Idiotie“, weshalb die Trisomie 21 früher auch

häufig als *Mongolismus* bezeichnet wurde, da eine gewisse Ähnlichkeit zu Mongolen beschrieben wurde (Speck 2016, S. 23).
Die eigentliche Ursache der Trisomie 21 wurde erst im Jahre 1959 von einer Forschergruppe um *Jérôme Lejeune* herausgefunden. Das Syndrom ist Folge einer nicht vollständig abgeschlossenen Teilung der Chromosomenpaare der Keimzellen, also Ei- bzw. Samenzellen. Die Erbinformation wird während des Teilungsprozesses normalerweise gleichmäßig auf die entstehenden Keimzellen verteilt, sodass diese dann einen einfachen Chromosomensatz von 23 Chromosomen haben. So kann bei einer späteren Befruchtung durch die Verschmelzung von Eizelle und Spermium wieder ein Organismus mit doppeltem Chromosomensatz von 46 Chromosomen entstehen. Bei der Aufteilung der 46 Chromosomen auf die entstehenden Keimzellen kommt es zu einer so genannten *Non-Disjunction*, einer nicht komplett abgeschlossenen Teilung der Chromosomenpaare. Eine neue Zelle besitzt dann insgesamt 24 statt 23 Chromosomen. Verschmilzt diese später bei der Befruchtung mit einer anderen "normalen" Keimzelle, ist das Ergebnis eine *trisome Zelle* - sie beinhaltet drei Exemplare des betreffenden Chromosoms - also insgesamt 47 Chromosomen. Beim Down-Syndrom ist es das Chromosom Nummer 21. Daher stammt auch der heute gängige Name *Trisomie 21*.
Auch wenn die Trisomie 21 als häufigste genetische, bzw. angeborenen Ursache für geistige Behinderungen gilt, ist die geistige Entwicklung stark abhängig von der Förderung im Kindesalter. Somit können Intelligenzminderungen sehr unterschiedlich ausfallen.
Menschen mit Trisomie 21 sind verhältnismäßig klein, haben eine schrägstehende Lidachse am Auge, eine breite Nasenwurzel, einen flachen Hinterkopf, kleine Hände und Finger und nur eine Handfurche in der Handinnenfläche. Da das Vorkommen von trisomen Zellen häufig ein erhöhtes Risiko für organische Schädigungen darstellt, ist ein angeborener Herzfehler bei Menschen mit Trisomie 21 nicht selten.
In Deutschland ist etwa eines von 650 Neugeborenen von der Trisomie 21 betroffen. Ursachen lassen sich vermehrt im Alter der Eltern bei der Zeugung des Kindes feststellen. So ist das Risiko bei Frauen, die nach dem 40. Lebensjahr schwanger werden, erheblich höher, ein Kind mit Trisomie 21 zu gebären. Bei Männern, die nach ihrem 55. Lebensjahr ein Kind zeugen, verhält sich dies ähnlich. Eine pränatale Diagnose kann durch eine Fruchtwasseruntersuchung (*Amniozentese*) festgestellt werden.
Menschen mit Trisomie 21 verfügen im Allgemeinen über eine gesunde Emotionalität und eine außerordentlich hoch entwickelte Fähigkeit, soziale Kontakte zu knüpfen. Selbstverständlich, mühelos, offen und direkt begegnen sie anderen Menschen. Auch gelten sie als Personen, die ihre eigenen Bedürfnisse gut durchsetzen können

Autismus

Der Begriff *Autismus* geht auf das griechische Wort *autos*, was etwa *selbst* oder *selbstbezogen* bedeutet, zurück. Häufig wird darunter ein *in sich zurückgezogen sein* oder *in sich gekehrt leben* verstanden.
Im Eigentlichen gibt es zwei Grundformen des Autismus, die unterschieden werden können: Der *Kanner-Autismus* und der *Asperger-Autismus*, benannt nach dem amerikanischen Psychiater Kanner und dem österreichischen Kinderarzt Asperger. Unabhängig voneinander beschrieben beide in den 1940er Jahren eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Kontaktstörungen zur menschlichen und dinglichen Umwelt.
Kanner beschrieb die schwere, extreme Verlaufsform, den so genannten *frühkindlichen Autismus*. Dieser geht mit einer *Kontaktstörung* einher. Aufgrund dieser kapseln sich Autisten extrem ab, sie können keinen Blickkontakt herstellen, sie entwickeln keine Mimik und Gestik mit Symbolgehalt (*Prinzengesicht*) und zeigen weder im frühkindlichen Verhalten, noch später Neugierverhalten. Weiter zeigen Autisten ein ängstlich-zwanghaftes Bedürfnis nach Gleicherhaltung der Umwelt. Sie haften an ganz bestimmten Ordnungen, deren Änderungen sie häufig als bedrohlich ansehen. Dies zeigt sich oftmals in einer *Objektfixierung*. Häufig lassen sich bei Autisten stereotypen Bewegungen und wiederholende Interaktionen an Objekten, wie das Schaukeln mit dem Oberkörper, das Fächern mit den Fingern sowie das Kreiseln und Wirbeln von bspw. Ringen oder Kugeln beobachten. Diese wiederholenden Körper- und Objektbewegungen werden als lustvoll erlebt und können über lange Zeiträume ausgeübt werden. Teil

dieser Selbststimulation kann auch autoaggressives Verhalten sein. Neue Handlungsmuster lassen sich nur schwer integrieren und imitatives Lernverhalten fehlt meist gänzlich. Aufgrund dessen bleibt die Sprachentwicklung bei vielen Autisten vollständig aus oder ist verzögert. Entwickelt sie sich, wird Sprache häufig nicht zur Kommunikation, sondern aus Freude an Lauten und Wortklängen eingesetzt und zeigt sich oft in Selbstgesprächen oder im Nachsprechen von Wörtern und Sätzen (*Echolalie*). Auch ist häufig eine Neigung zu Affektausbrüchen zu beobachten. Schreien, Lachen, Weinen wechseln rasch, ohne erkennbare Ursache. Zudem sind auch Störungen in der Sensomotorik zu beschreiben, wie das Fehlen von Erschreckensreaktion und gestörte Reflexhandlungen.
Asperger-Autisten zeigen die beschriebenen sozialen und emotionalen Persönlichkeitsstörungen ebenfalls, aber in deutlich milderen Verlaufsformen. Zudem können Menschen mit Asperger-Autismus in soziale Interaktionen treten und bilden bisweilen so genannte *Inselbegabungen*, also außergewöhnliche Leistungen in speziellen Bereichen, aus (Thesing T.; Vogt M. 2013, S.185).

Sozialrechtlich gesehen gelten Formen des Autismus in Deutschland als Behinderung und werden als *Entwicklungsstörungen* klassifiziert, was jedoch von vielen Betroffenen eher abgelehnt wird. Häufig wird deshalb bei abgeschwächten Formen wie dem Asperger-Autismus oder so genannten *autistischen Zügen*, die abgeschwächte Formen oder so kompensierte Symptome beschreiben, die nur eine sehr geringe Beeinträchtigung des Alltages mit sich bringen, auch von *Persönlichkeitsstörungen* gesprochen, da dies als Differentialdiagnose eher zutreffend ist.

Psychische bzw. seelische Behinderungen

Psychische Behinderungen bezeichnen eine Bandbreite an dauerhaften und gravierenden Beeinträchtigung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Teilhabe einer Person, die auf Symptome von psychischen bzw. seelischen Störungen zurückzuführen sind. Dabei wirkt sich die Beeinträchtigung im Wesentlichen auf zwei Ebenen aus. Zum einen die Behinderungen durch eingeschränkte psychische Funktionen aufgrund der Erkrankung selbst, z. B. wegen kognitiver Störungen (Defizite bei Aufmerksamkeit und Handlungsplanung, Denkstörungen, mangelnde Krankheitseinsicht) oder Negativsymptomen. Weitere Beispiele sind Probleme mit der Selbstregulation, der Motivation, der Orientierung und der Wahrnehmung. Und zum anderen Behinderungen, die aus der spezifischen, individuellen Strategie zur Bewältigung einer psychischen Störung resultieren. Hierunter fallen Schwierigkeiten mit der Selbstversorgung, der Kommunikation mit anderen, hinsichtlich von Ausbildungsleistungen oder Arbeitsanforderungen und bezüglich des sicheren Bewegens in der Öffentlichkeit.
Statistisch betrachtet haben Patienten mit *Schizophrenie*, *Zwangsstörung* und *affektiven Psychosen* das größte Risiko einer psychischen Behinderung. Aber auch andere Erkrankungen wie schwere Fälle von *Persönlichkeitsstörungen* oder *ADHS*, die *Folgen von Drogen- und Alkoholabhängigkeit* und *organische Störungen* wie *Demenzen* können zu psychischer Behinderung führen.

Lernbehinderungen

Unter Lernbehinderungen werden häufig sämtliche Beeinträchtigungen im Schulalltag zusammengefasst, die von der „normalen“ Entwicklung für eine Altersspanne abweichen. Der Pädagoge Karl-Heinz Eser beschriebt dies wie folgt: „Lernbehinderung ist ein breites und vielschichtiges Grenzsyndrom (...) zwischen ‚Geistiger Behinderung‘ im engeren Sinne und ‚Normalentwicklung‘, ohne eine qualitativ eigene, eindeutige und klar abgrenzbare Störungskategorie zu bilden - eine Behinderung auf den zweiten Blick“ (Eser, 2015, S.7). Als Lernbehinderungen sind demnach beispielsweise Lese- und Rechtschreibschwächen oder Rechenstörungen zu bezeichnen, die nicht als Folge einer Intelligenzminderung, wie bei der geistigen Behinderung auftreten, sondern andere Hintergründe, wie beispielsweise fehlende Selbstregulation und Handlungskontrolle im Unterricht oder auch eine Diskrepanz zwischen den sprachlichen Kompetenzen und dem Schriftspracherwerb, haben.

Sprachbehinderungen

Als Sprachbehinderungen werden eine Vielzahl von Abweichungen im Spracherwerb, der Fähigkeit, sprachliche Strukturen für die Kommunikation zu verwenden, der Stimme, dem Sprechen und dem Redefluss bezeichnet. Im Spracherwerb wird von Verzögerungen in der Sprachentwicklung gesprochen, wenn ein Kind von unter 36 Monaten mindestens um 6 Monate vom alterstypischen Spracherwerb abweicht. Das Nutzen von sprachlichen Strukturen für die Kommunikation kann durch Ursachen wie *Aphasie*, bei der eine Schädigung der Hemisphäre des Gehirns vorliegt, oder *Mutismus*, welches eher eine soziale Kontaktstörung ist, da die Sprechorgane intakt sind und eher in Verbindung mit Sozialphobien auftritt, beeinträchtigt werden. Der Redefluss kann durch *stottern*, *poltern* (dem überhasteten Sprechen und „Verschlucken“ einzelner Wort und/ oder Satzteile) oder *Dyslalien* (Störung bei der Bildung von Sprechlauten, auch „stammeln“ oder beispielhaft das Lispeln) gestört sein.
Als allgemeine Definition kann man folgendes ansehen: „Sprachbehinderte sind Menschen, die beeinträchtigt sind, ihre Muttersprache in Laut und/ oder Schrift impressiv und/ oder expressiv altersgerecht zu gebrauchen und dadurch in ihrer Persönlichkeits- und Sozialentwicklung sowie der Ausformung und Ausnutzung ihrer Lern- und Leistungsfähigkeit behindert werden." (Knura, 1992, S. 3)

Epilepsie

Als *Epilepsie* (zu Deutsch *Angriff* oder *Überfall*) wird eine Erkrankung bezeichnet, die mit dem Auftreten von mehreren (mindestens zwei im Abstand von 24 Stunden) Anfällen einhergeht, die nicht auf erkennbare Ursachen, wie bspw. einer Entzündung des Gehirns oder eine Kopfverletzung zurückzuführen sind. Dabei kann das Bewusstsein erhalten oder getrübt sein. Einen einmalig aufgetretenen Anfall bezeichnet man als Gelegenheitsanfall, wenn Anfallsauslöser in der Vorgeschichte zu finden sind. Im Kindesalter sind als bekanntes Beispiel Fieberkrämpfe zu nennen, die noch nicht als Epilepsie bezeichnet werden.

Mögliche Auslöser für einen Anfall können u.a. *Schlafmangel, Alkohol* und *Alkoholentzug, Lichtreize* (insbesondere das Flickerlicht, z.B. in Diskotheken), *Fieber* oder auch *Sauerstoffmangel* sein. 4 – 5% aller Menschen erleiden im Laufe ihres Lebens einen Gelegenheitsanfall. Nur 0,5% aller Menschen erkranken an einer Epilepsie. Familiäre Häufungen werden für manche Epilepsiearten beschrieben, eine genaue Vererbungsfolge ist jedoch nicht bekannt. Eine Epilepsie kann sich in jedem Alter manifestieren.

Wie entsteht ein epileptischer Anfall?

Generell kann jedes Gehirn Krampfanfälle produzieren. Im Gehirn spielen sich ständig Vorgänge mit Erregung und Hemmung von Nervenzellbahnen ab, die auf elektrischen Entladungen beruhen. Das Gehirn steuert so vielfältige Körperfunktionen, wie Bewegungen, Atmung, nimmt Gefühle wahr und vieles mehr. Bei der Epilepsie wird die entstehende Erregung im Gehirn nicht oder nur unvollständig gehemmt und breitet sich damit auf andere Nervenfasern aus. Man vermutet ursächlich Störungen im Zellstoffwechsel, wodurch krankhafte Erregungszustände produziert werden.

Klassifikation der Anfallsformen

Seit dem Jahr 2017 werden epileptische Anfälle in Anfälle mit fokalem, generalisiertem und unbekanntem Beginn, dabei jeweils mit den beiden Untergruppen motorisch (mit Bewegungsstörungen) und nicht-motorisch (ohne Bewegungsstörungen) eingeteilt. Zusätzlich bei den fokal beginnenden Anfällen der Angabe, ob eine Störung des Bewusstseins vorliegt oder nicht.

Fokale Anfälle

Andere Ausdrücke für einen *fokalen epileptischen Anfall* sind *Herdanfall* oder früher auch *partieller Anfall* (wird nicht mehr benutzt, weil sie häufiger zu dem Missverständnis eines „teilweisen“ Anfalls Anlass gab). Diese Anfallsform ist dadurch gekennzeichnet, dass sie in einer umschriebenen Region einer Großhirnhälfte beginnt und sich entsprechend bemerkbar macht.

Dabei ist es gleich, ob es im weiteren Verlauf (sekundär) zu einer Ausbreitung auf beide Gehirnhälften kommt (sekundäre Generalisierung). Insbesondere ein Anfallsbeginn mit einer *Aura* (Sinneswahrnehmungen, die einen Anfall ankündigen können) hat einen hohen Aussagewert darüber, in welcher Hirnregion der Anfall seinen Ursprung hat, denn sie ist das Ergebnis einer umschriebenen Aktivierung von Nervenzellverbänden.

einfache fokale Anfälle	(das Bewusstsein ist erhalten)
komplexe fokale Anfälle	(mit Bewusstseinsstörung)
fokale Anfälle mit Entwicklung zu sekundär generalisierten Anfällen	

Generalisierte Anfälle

Ein Anfall wird als *generalisiert* bezeichnet, wenn der Verlauf und die Symptome keine Hinweise auf eine anatomisch begrenzte Lokalisation geben und keine Zeichen eines lokalen (herdförmigen) Beginns zu erkennen sind.

Absencen (Abwesenheit)	Anfälle mit kurzer Bewusstseinspause ohne Sturz, früher auch französisch als *Petit-mal* bezeichnet. Der Betroffene hält in seiner Bewegung inne, „stiert“ vor sich hin und kann keine Aufforderungen ausführen. Teilweise treten sog. Automatismen, also Schmatzen, Kauen oder ähnliche Störungen der mimischen Muskulatur auf. Meist dauert dieser Zustand nur Sekunden und wird vom Betroffenen nicht bemerkt
myoklonische Anfälle	mit einzelnen oder unregelmäßig wiederholten Zuckungen einzelner Muskelgruppen
klonische Anfälle	unwillkürliche, rhythmische Kontraktionen von Muskeln bzw. Muskelgruppen
tonische Anfälle	Versteifung bzw. Verkrampfung einzelner Muskelgruppen oder des ganzen Körpers
tonisch-klonische Anfälle	großer Anfall mit Bewusstseinsverlust, Sturz, Verkrampfung und anschließend rhythmischen Zuckungen beider Arme und Beine, früher auch Konvulsion oder französisch *Grand-mal* genannt.
atonische (astatische) Anfälle	plötzlicher allgemeiner Verlust der normalen Muskelspannung

Es gibt einige Anfallsarten, die an bestimmte Tageszeiten, so z.B. an den Schlaf oder das Aufwachen, gebunden sind. Eine solche Zuordnung kann wichtige Hinweise auf die Anfallsart und deren Behandlung liefern.

Sonderformen epileptischer Anfälle

Status epilepticus	ununterbrochene Folge von Anfällen, zwischen denen der Betroffene das Bewusstsein nicht wiedererlangt oder einen Anfallszustand, der länger als 5 Minuten dauert. Es kann sich dabei sowohl um fokale oder generalisierte Anfälle handeln. Der Status epilepticus ist als lebensbedrohlich anzusehen. Die Sterblichkeit wird mit 25% angegeben. Der Betroffene muss umgehend antiepileptisch und intensivmedizinisch behandelt werden, um diesen Anfallszustand zu unterbrechen. Ggf. muss eine Beatmung erfolgen. Nach ca. 30 min Anfallsdauer tritt eine Hirnsubstanzschädigung ein.

	Als Ursache werden am häufigsten Sauerstoffmangel im Blut, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Hirnblutungen oder eine bekannte Anfallskrankheit verantwortlich gemacht.
Epileptischer Dämmerzustand	Anfallszustand, bei dem der Betroffene scheinbar wach und orientiert erscheint, zum Teil auch geordnete Handlungen ausführt. Den Angehörigen fällt auf, dass er „anders als sonst“ ist. Das Erinnerungsvermögen ist für diesen Zeitraum erloschen.

Literaturhinweise:

[DIMDI] DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (Hrsg.) (2010): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.* World Health Organization. Genf.

[ICD-10-GM] (2004): *International Classification of Diseases (German Modification) - Internationale Klassifikation der Krankheiten (Deutsche Modifikation).* World Health Organization. Genf.

[SGB IX] Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*.

[UN-Behindertenrechtskonvention] *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.*

BENDER, Svenja (2012): *Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung. Perspektiven der Psychoanalytischen Pädagogik*. Psychosozialverlag. Gießen.

ESER, Karl-Heinz (2015): *Lernbehinderung im Spiegel der ICF – Systemische Sicht und Definition*. In: „Lernen fördern“. Heft 2/2015.

BLEIDICK, Ulrich (1999): *Behinderung als pädagogische Aufgabe*. W. Kohlhammer. Stuttgart.

KASTL, Jörg Michael (2010): *Einführung in die Soziologie der Behinderung*. VS Verlag. Wiesbaden.

KNURA, Gerda/ NEUMANN, Berthold (1992): *Pädagogik der Sprachbehinderten.* (Bd. 7). Spiess Volker Verlag. Berlin.

ORTLAND, Barbara (2008): *Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik*. W. Kohlhammer. Stuttgart.

OSKAMP, Ulrich (1994): *Körperbehinderung und chronische Erkrankungen*, In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Jahrgang 45. Heft 10/1994. Berlin

SENCKEL, Barbara (2004): *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung*. 7., völlig überarbeitete Auflage. Beck. München.

SPECK, Otto (2016): *Menschen mit geistiger Behinderung - Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. Ernst Reinhardt Verlag. München.

THESING, Theodor, VOGT, Michael (2013): *Pädagogik und Heilerziehungspflege – Ein Lehrbuch.* Lambertus - Verlag. Freiburg im Breisgau.

Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen

Sexualität begegnet uns in der heutigen Zeit in vielen Formen und scheint allgegenwärtig, beispielsweise in Filmen oder der Werbung. Dennoch hat Sexualität als solche nicht immer nur positiven Aspekte. Der offene Umgang mit der Thematik trägt dazu bei, dass auch über die vorhandenen negativen Seiten der Sexualität gesprochen werden kann und bietet ein Klima, in welchem auch tabuisierte Themen Beachtung finden. So auch der Themenkomplex der *sexualisierten Gewalt*, der im Folgenden näher betrachtet werden soll.
Dass Menschen mit Behinderungen überhaupt sexualisierte Gewalt erleben, wurde lange Zeit tabuisiert und verschwiegen. Sicherlich ist dies damit zu begründen, dass ihnen lange Zeit eine Sexualität generell nicht zugestanden wurde. So wurde die Sexualität bei Menschen mit Behinderungen meist in zwei Extremen beschrieben: Zum einen wurden sie als *asexuelle* Wesen betrachtet, die eben aus dem Grunde der Asexualtität heraus auch nicht in der Lage seien, sexualisierte Gewalt zu erleben, zum anderen als triebgesteuert und nicht in der Lage, ihre Sexualität lustvoll zu kontrollieren und galten vielfach eher als Verursacher von Gewalt. Diese Haltung änderte sich mit fortschreitendem Verständnis über die differenzierten Behinderungsarten und der Lebenswelten von Menschen mit Behinderungen. Heutzutage ist in keiner Weise mehr von den genannten Extremem auszugehen.

In der Fachliteratur wird sexualisierte Gewalt meist in drei Aspekten beschrieben:

1. Eine Person wird von einer anderen als Objekt zur Befriedigung von bestimmten sexuellen Bedürfnissen benutzt. Diese Bedürfnisse sind entweder sexueller Natur und/ oder es sind nicht-sexuelle Bedürfnisse, die in sexualisierter Form ausgelebt werden. Beispielhaft ist hier die Ausübung von Macht zu nennen.
2. Dabei werden vor oder an der Person Handlungen vorgenommen oder von ihr verlangt, die kulturell mit Sexualität assoziiert sind. Dazu zählen nicht nur Handlungen, die im engeren Sinne sexuell sind, wie beispielsweise Berührungen der Geschlechtsorgane oder der Geschlechtsverkehr, sondern auch solche, die in unserer Gesellschaft im weiteren Sinne mit Sexualität in Verbindung gebracht werden, wie zum Beispiel anzügliche Bemerkungen, Nachpfeifen oder das Erstellen von (Nackt-) Fotos.
3. Die Handlungen erfolgen unter Ausnutzung von Ressourcen, wie etwa Machtunterschieden, gegen den Willen der Person (Fegert zit. n. Mattke 2013, S 80).

Da es sich bei der sexualisierten Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen häufig um die Ausnutzung von *Machtunterschieden* und *Abhängigkeiten* innerhalb einer Beziehung handelt, soll noch eine weitere Definition von Aiha Zemp, die als Erste empirische Studien im deutschsprachigen Raum zu dem Thema durchgeführt hat, das Bild von sexualisierter Gewalt enger fassen: „Als sexuelle Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen zu bezeichnen ist eine sexuelle Handlung (…) mit einem abhängigen Menschen, der aufgrund seiner emotionalen, intellektuellen oder physischen Entwicklung nicht in der Lage ist, dieser sexuellen Handlung informiert und frei zuzustimmen. Dabei nützt der Erwachsene, der/die HelferIn die ungleichen Machtverhältnisse zwischen sich und der/dem Abhängigen aus, um (…) sie/ihn zur Kooperation zu überreden oder zu zwingen. Zentral ist dabei die Verpflichtung zur Geheimhaltung, die (…) die abhängige Person zu Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit verurteilt. (Zemp (1996) zit. n. Gerdtz 2003, S. 29)“

Die Folgen der erlebten sexualisierten Gewalt können sehr unterschiedlich sein, sind jedoch nicht abhängig von Behinderungen. Äußerungen können beispielsweise *Essstörungen*, *selbstverletzendes Verhalten* oder Ähnliches sein (Mattke 2013, S. 81). Sexualisierte Gewalt wird stets auch als *Trauma* erlebt. Als ein Trauma wird eine Situation bezeichnet, in denen Menschen von schockierenden Ereignissen überrascht werden, die durch ihr plötzliches Auftreten und ihre Intensität an Bedrohung den Betroffenen in einen innerlich überflutenden Stresszustand versetzen, der die steuernden Hirnfunktionen vorübergehend beeinträchtigt oder außer Gefecht setzt (Mattke 2013, S. 80 f). Durch die Intensität, mit der ein Trauma erlebt wird, wel-

che direkte Auswirkungen auf neuronale Verbindungen und Strukturen im Gehirn der Betroffenen haben kann, darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass Behinderungen, wie geistige oder auch psychische Beeinträchtigungen oder Sprachbehinderungen, ein Resultat von erlebter sexualisierter Gewalt sein können. Im Besonderen, wenn diese in jungen Jahren über einen längeren Zeitraum anhalten. So können, durch die Überflutung mit Stresshormonen, vorhandene synaptische Verbindungen aufgelöst werden und sich neue, differenziertere Netze nur schwer aufbauen. Das Gehirn strukturiert sich letztlich *traumato-plastisch*[1] (Mattke 2013, S. 81).

Um das Ausmaß des Erlebens von sexualisierter Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen deutlich abzubilden, fehlt es leider an repräsentativen Studien. Dennoch gibt es einige Untersuchungen zu diesem Thema, die sich aber häufig auf „überschaubare" Gruppen beziehen und somit nicht immer eine allgemeingültige Aussagekraft besitzen. Im deutschsprachigen Raum, in Österreich, wurden erstmals 1996 Befragungen von Frauen mit überwiegend geistigen Behinderungen zum Erleben sexualisierter Gewalt durchgeführt. Von 116 verwertbaren Aussagen antworteten *74 (63,8 %),* dass sie solches schon erlebt hätten. Zudem gab *jede vierte Frau (26,2 %)* an, mindestens einmal im Leben vergewaltigt worden zu sein (Unterstaller 2009, S. 11).
Eine vergleichbare Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland aus dem Jahr 2013, in der 1561 Frauen im Alter zwischen 16 und 65 Jahren befragt wurden, stellte Ähnliches heraus (BmFSFJ 2013, S. 9 ff). Hier gaben *20 – 34 %* der Befragten ein Erleben im Kindes- und Jugendalter an. Dies ist etwa *2 – 3 Mal höher*, als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung *(10 %).* Am ehesten waren hier Menschen mit Hör- und Sehbeeinträchtigungen betroffen, die zudem oft Angaben zu sexualisierter Gewalt in Einrichtungen, wie Internaten und Schulen machten. Bei den Menschen mit psychischen und körperlichen Behinderungen berichtete etwa jede dritte Frau und bei den geistigen Behinderungen jede vierte Frau vom Erleben sexualisierter Gewalt (BmFSFJ 2013, S. 21 f.).
Nach dem Erleben sexualisierter Gewalt im Erwachsenalter gefragt, berichteten *21 – 43 %* aller Frauen, je nach Untergruppierungen, von Vorkommnissen. Auch hier wurde deutlich, dass die Gruppen der Gehörlosen oder Hörgeschädigten sowie die der psychischen Behinderungen am ehesten gefährdet sind (BmFSFJ 2013, S. 23 ff). Weiter muss bei der Studie auch Beachtung finden, dass eine Dunkelziffer im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung besteht, die aufgrund von fehlenden oder verdrängten Erinnerungen oder aufgrund der Schwierigkeiten beim Verstehen der Fragen oder dem Geben von Antworten nicht in Gänze abgebildet werden kann (BmFSFJ 2013, S. 21).Die Studie zeigt, dass etwa *jede 2. – 3. Frau mit Behinderung* in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erlebt hat.
Zahlen über die *Gesamtbevölkerung* liefert eine Studie vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahre 2004. In dieser wurden 10.000 Frauen zwischen 18 und 85 Jahren zum Erleben von sexualisierter Gewalt befragt. Aus der Studie lässt sich eine Hochrechnung ableiten, nach der *etwa jede 4. Frau* in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erlebt hatte (Unterstaller 2009, S. 11 f.).
Im Vergleich der Studien lässt sich erkennen, dass Frauen mit Behinderungen in ihrem Leben wesentlich häufiger Gewalt in sexualisierter Form ausgesetzt werden, als Frauen ohne Behinderungen.

In Bezug auf Jungen und Männer ist eine ähnliche Häufung anzunehmen, wenn auch die Faktenlage weitaus schwieriger zu beurteilen ist. In einer ersten Studie, die ebenfalls in Österreich im Jahre 1997 durchgeführt wurde, wurden junge Männer in ähnlicher Weise befragt, wie im Jahr zuvor die Frauen. Mit 136 Männern zwischen 18 und 78 Jahren, der Großteil davon Menschen mit geistiger Behinderung, wurden Fragebogeninterviews geführt. *Jeder zweite Mann* gab damals an, dass er schon mindestens einmal in seinem Leben von sexualisierter Gewalt

[1] traumatoplastisch = Automatisieren von Überlebensreaktionen, wie Dissoziation (Abschalten, Wahrnehmungsveränderungen)

betroffen war. Von diesen 58 Männern erhielten die InterviewerInnen 78 Nennungen zu sexueller Belästigung und weitere 116 Nennungen zu sexuellen Gewalthandlungen, von denen sich 8 Nennungen auf Geschlechtsverkehr gegen den eigenen Willen verteilten (Unterstaller 2009, S. 12). Anders, als in der Vergleichsstudie von 1996 der Frauen, wurde diesmal auch, soweit möglich, das Alter erfragt, in dem die sexualisierte Gewalt erlebt wurde. So entfielen bei den Nennungen der 58 Männer mehr als die Hälfte auf die Altersspanne zwischen 15 und 25 Jahren (Unterstaller 2009, S. 13).
Ansätze und Vergleichszahlen liefert eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2004, in denen Männer zum Erleben von Gewalt befragt wurden. Obwohl die Studie repräsentativ angelegt war, kamen nur 266 Interviews zustande, was lediglich einen Anhaltspunkt, jedoch kaum Richtwerte ausdrücken kann. Aus der Studie lässt sich jedoch entnehmen, dass etwa *10 % der Männer der Allgemeinbevölkerung* Formen sexualisierte Gewalt erlebt haben (Unterstaller 2009, S. 13). Auch, wenn bei den Jungen- und Männerstudien aufgrund der fehlenden Repräsentative nur schwer ein Vergleich auszumachen ist, so kann zumindest davon ausgegangen werden, dass auch Jungen und Männer mit einer Behinderung öfter Opfer von sexualisierter Gewalt werden, als Jungen und Männer ohne Behinderungen.

Eine Frage, die sich zwangsläufig stellt, ist die danach, warum Menschen mit Behinderungen häufiger Opfer von sexualisierter Gewalt werden. Diese Frage ist schwer allgemeingültig zu beantworten und kann nur im Ansatz Aufschluss über mögliche Hintergründe geben. Erklärungen könnten die Lebenswelt und die Umweltbedingungen geben. Menschen mit Behinderungen erfahren in ihrem Leben oftmals Zurückweisungen aufgrund von „Defiziten“ und empfinden in einer Zuneigung zunächst auch Positives. Dies gilt selbstverständlich nicht für sexuelle Handlungen, die eventuell gegen den Willen einer Person durchgeführt werden. Weiter sind Menschen mit Behinderungen häufig „Begutachtungen“ von Ärzten, Therapeuten, Pflegern und Eltern ausgesetzt, die einen gewissen „Zugriff“ auf ihren Körper haben. Diese Tatsache kann das Ausprägen eines Schamgefühls und eine positive eigene Körperwahrnehmung hindern und verringert schließlich das eigene Selbstwertgefühl (Mattke 2013, S. 82).
Ein weiterer Erklärungsversuch kann in der Bedeutung von struktureller Gewalt in der Lebenswelt von Menschen mit Behinderungen gefunden werden. Durch Institutionen in der Behindertenhilfe haben Menschen mit Behinderungen vermehrt von klein auf Erfahrungen mit ebendieser gemacht. Strukturelle Gewalt ist hier ein Sammelbegriff für vorherrschende strukturelle Gegebenheiten, die, in diesem Falle, Empfänger verschiedener Hilfesysteme unterdrücken und gegen die sie selbst aus ihrer Position heraus nur wenig unternehmen können. Diese Strukturelle Gewalt kann von Tätern sexualisierter Gewalt ausgenutzt werden, da die Erfahrung von Menschen mit Behinderungen oftmals ist, dass „andere (besser) wissen, was gut für sie ist“ (Bungert 2005, S. 24).
Durch diese Strukturen kann innerhalb von Betreuungsverhältnissen oder auch zwischen Betreuten ein Machtgefälle entstehen, welches sexualisierte Gewalt begünstigt, beziehungsweise häufiger als Ausdruck von eben diesem Machtgefälle Verwendung findet.

Täter bedienen sich hier häufig dem so genannten „*grooming*“ (engl.: vorbereiten), das sich im Eigentlichen in 5 Schritte gliedert. Zunächst wird in einem ersten Schritt das *Vertrauen* des potentiellen Opfers gewonnen und weiter, in einem zweiten Schritt, beispielsweise durch *Bevorzugung* eines Betreuten, gefestigt. Durch die *Isolation* von einer bestehenden Gruppe wird ein „Zusammenhaltgefühl“ zwischen Täter und Opfer erzeugt, welches einen Grundstein für die *Geheimhaltung* oder *Verschwiegenheit* bildet, die in einem vierten Schritt durch *Drohungen* oder *Versprechungen* weiter gesichert wird. Letztlich wird dies im fünften Schritt ausgetestet und ein Täter schaut, wie weit er oder sie bereits *Grenzen überschreiten* kann, ohne Gefahr zu laufen, dass das Opfer die Übergriffe aufzeigt. Diese kleineren Übergriffe können auch scheinbar harmlose Zuneigungsbekundungen wie Streicheln oder Umarmen sein (Mattke 2012, S. 109).

In Wohneinrichtungen, aber auch im Sport bedarf es Strategien zur Auflösung von begünstigender struktureller Gewalt. Diese können direkt an der verursachenden Stelle, eben auf der

strukturellen oder, meist indirekter, auf der individuellen Ebene ansetzen. Auf struktureller Ebene sind dies im Eigentlichen *6 mögliche Bereiche* (Mattke 2013, S. 81 f.):

1. *Personalwahl*
   Bei der Einstellung von neuem, aber auch von bestehendem Personal, wie TrainerInnen oder sonstigen BetreuerInnen, sollte ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis verlangt werden. Etwa ein Drittel aller Hilfeeinrichtungen verlangt dies nicht! Im sportlichen Bereich wird diese Zahl noch beachtlich höher liegen.
2. *Fortbildungen*
   Teilnahmen an Qualifikationsangeboten zum Thema sexualisierter Gewalt für Haupt- und Ehrenamtliche hilft dabei, Fälle von sexualisierter Gewalt frühzeitiger zu erkennen. Zudem erfordert es Sach- und Gesprächskompetenzen, wenn sich Betroffene an die Mitarbeiter wenden. Der Landessportbund Niedersachsen bietet hierzu Fortbildungen an und auch in der NJV-Trainerausbildung findet das Thema vermehrt Einzug.
3. *Aufstellen von Regeln und Verhaltenskodex*
   Pädagogisches Handeln und auch der Judosport zeichnen sich durch ein großes Maß an Nähe aus. Begleitungen auf Freizeiten, Übernachtungen, Randori oder auch schon Begrüßungen sind nur einige Beispiele. Das Nicht-Bagatellisieren solcher Situationen und das Aufstellen eines Verhaltenskodex oder Tatami-/ Hallenregeln etc. können helfen, solche Situationen zu entspannen. Hinzu kommt, dass Menschen mit geistigen Behinderungen häufig über ein verschobenes Empfinden von *Nähe und Distanz* verfügen. Nicht selten ist es, dass sich in einer Gruppe von Betreuten sehr schnell Beziehungen ergeben, die über ein „angemessenes Maß“ an Nähe hinausgehen. Dies zeigt sich auch zu BetreuerInnen und TraineInnen im Sport. Gerade erst kennengelernte Menschen werden bspw. herzlich, wie alte Freunde, in die Arme geschlossen. Weiter zeigt sich eine Nähe/ Distanz-Diskrepanz auch im *Schamgefühl* und der eigenen *Körperwahrnehmung* in den Umkleidekabinen. In diesen trennen sich Frauen und Männer nicht immer aus einem Selbstverständnis der Betreuten heraus. Hier muss von TrainerInnen und BetreuerInnen auf die Trennung der Geschlechter geachtet werden, auch bei der Hilfestellung beim Umziehen. Ebenfalls gilt dies geschlechtshomogen für die Kleiderordnung. So ist, als Beispiel, nicht allen weiblichen Judoka mit einer geistigen Behinderung das Tragen eines Shirts unter der Judojacke wichtig und es bedarf eines Hinweises. Diese Beispiele stellen auch die Wichtigkeit einer Betreuung durch weibliche und männliche Trainer heraus, die sich vor allem für Freizeitmaßnahmen ergibt. Darstellen lässt sich dies anschaulich am Beispiel einer Epileptikerin, die zur Wahrung ihrer Körperhygiene eine Duschbegleitung benötigt, da ein Anfall nicht ausgeschlossen werden kann. Eine weibliche Betreuungsperson ist hier unabdingbar!
4. *Konzepte für den Verdachtsfall*
   Die Verpflichtung zur Meldung von Verdachtsfällen auf zunächst interner Ebene im Verein kann dazu beitragen, Hilflosigkeit vorzubeugen und den Umgang damit zu erleichtern. Eine Meldekette von Trainern zum Vorstand, die zu einer Klärung der Sachlage führt, sollte im Ernstfall auch den NJV einschließen, um evtl. Täter zu registrieren.
5. *Installation von Externen Vertrauenspersonen*
   Das Aufbauen eines Helfernetzwerkes, das von Betroffenen und auch bei Verdachtsfällen von BetreuerInnen genutzt werden kann, kann im Bedarfsfall eine große Hilfe sein.
6. *Angehörigenarbeit*
   Grundlegende Informationen über körperliche und Verhaltensreaktionen auf sexualisierte Gewalt müssen auch Angehörigen vermittelt werden, damit diese nicht ungewollten Täterschutz leisten. Dies übersteigt häufig das Angebot des Judosports, kann jedoch Erwähnung an geeigneter Stelle, wie der Wohneinrichtung, finden.

Während die strukturelle Ebene vermehrt auf die Prävention setzt, kann auf individueller Ebene häufig nur auf die sexualisierte Gewalt reagiert werden. Einrichtungen mit multiprofessionellen und geschulten Teams zur Traumabewältigung, wie Fachberatungsstellen[2] oder

auch Einrichtungen der Behindertenhilfe, können *Sicherheit* spenden und sind gute Anlaufstellen. Zu den Beratungsstellen sei gesagt, dass diese trotz eines breiten und zumeist sehr professionellen Angebots, nicht immer auf Menschen mit Behinderungen eingestellt sind und Barrierefreiheit und/ oder Informationsmaterial in einfacher Sprache nicht immer vorhanden sind.
Die *Selbstbestimmung*, die durch das Erleben von sexualisierter Gewalt genommen wurde, muss wieder erlebbar gemacht werden. Dies bedeutet auch, dass strukturelle Gewalt und Bevormundung, wie das Drängen zur Anzeige bei den Behörden oder das Drängen zum Aufsuchen der oben beschriebenen Beratungsstellen, unterbleiben müssen. Beides sind stets Optionen, die den Betroffenen aufgeführt werden sollten, eine Entscheidung müssen sie jedoch selbst treffen. Durch das Erleben von Traumata durch sexuelle Gewalt wird immer auch die eigene Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmtheit angegriffen, die in der Aufarbeitung nicht übergangen werden darf. Weiter kann auch der Kontakt im Judo dazu beitragen, das eigene Körperempfinden und persönliche Selbstwirksamkeit wieder spürbar zu machen.
Die Grenzen, die uns durch den oftmals rein sportlichen Kontakt zu den Teilnehmern gesteckt sind, sind meist auch Grenzen der Einflussnahme auf individueller Ebene. Durch die professionelle Begleitung von Hilfepersonal, wie beispielsweise Erziehern, Heilerziehungspflegern oder Sozialarbeitern, kann jedoch auch weiteres angeregt werden. So sollte nach dem Erleben von sexualisierter Gewalterfahrung die *Bildung* beziehungsweise die Aufklärung einen gewissen Stellenwert einnehmen. Das Informieren über den eigentlichen Lustaspekt von Sexualität und die Grenzsetzung zwischen Lust und Gewalt müssen, professionell begleitet, erklärt werden. Viele, vor allem ältere Menschen mit Behinderungen, haben keine oder nur unzureichende Aufklärung erlebt. Durch Maßnahmen, wie der Inklusion von Schülern mit Behinderungen und der fortschreitenden Entwicklungen im Förderschulbereich, wandelt sich dies jedoch, sodass jüngere Generationen von Aufklärungsunterricht in Schulen und Beratungsstellen profitieren können.
Generell gilt für alle Angebote, die im individuellen, persönlichen Bereich ansetzen, ein *respektvoller Umgang* mit dem Geschehenen und dem Opfer der Gewalt. Respekt wird Menschen mit Behinderungen oft vorenthalten und sie werden aufgrund der Behinderung entwertet. Hinzu kommt dann die zusätzliche Erniedrigung durch die Gewalterfahrung. Weiter ist eine ressourcenorientierte Herangehensweise selbstverständlich, welche die Stärken der Person in den Vordergrund stellt (Mattke 2013, S. 83 f.).

Fachberatungsstellen und Anlaufstellen in Niedersachsen

Anlaufstelle für Opfer und Fragen sexuellen Missbrauchs und Diskriminierung in Schulen und Tageseinrichtungen für Kinder
(Überregional)

Die Anlaufstelle nimmt Hinweise entgegen - auf Wunsch auch anonym.
Sie kann sowohl von Kindern und Jugendlichen, Eltern, örtlichen Beratungsstellen, Lehrkräften, pädagogischen Fachkräften, als auch von anderen Personen und Stellen, die von Opfern sexueller Gewalt, Übergriffen oder Diskriminierung angesprochen worden sind, eingeschaltet werden - und natürlich auch von Opfern sexueller Gewalt und Übergriffen selbst.
Hotline-Nummer 0511 / 120 - 7120
Die Hotline ist montags bis donnerstags von 08:00 bis 16:00 Uhr und freitags von 08:00 bis 12:00 Uhr besetzt. Außerhalb dieser Zeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet.
Per **E-Mail** ist die Anlaufstelle unter **anlaufstelle@mk.niedersachsen.de** erreichbar.

„Nummer gegen Kummer“: Kinder und Jugendtelefon
(Überregional)
Kostenlose Beratungshotline für allerlei Themengebiete im Jugendbereich. Kann anonym genutzt werden.
Hotline-Nummer 0800 / 111 0 333
montags bis samstags 14 bis 20 Uhr

DRK - Frauenberatungsstelle bei Gewalt Lüchtenberger Weg 6, **26603 Aurich** **Telefon 04941/ 96 43 85** drkfrauenberatung.aurich@t-online.de	*Mädchen- und Frauenzentrum Garbsen e.V.* Planetenring 10, **30823 Garbsen** **Telefon 05131/ 70 77 10** info@frauenzentrum-garbsen.de
Frauen- und Mädchenberatung bei sexueller Gewalt e. V. Goslarsche Straße 88, **38118 Braunschweig** **Telefon 0531/ 233 66 66**	*Frauen-Notruf e.V. Göttingen - Beratungs- und Fachzentrum sexuelle und häusliche Gewalt* Postfach 18 25, **37008 Göttingen** **Telefon 0551/ 446 84**
Lichtblick Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt Bertha-von-Suttner-Allee 4, **21614 Buxtehude** **Telefon 04161/ 71 47 15** lichtblick@awostade.de	*Frauenberatungsstelle Hameln* Wilhelmstraße 6, **31785 Hameln** **Telefon 05151/ 252 99** Frauenberatungsstelle-hameln@t-online.de
Frauennotruf Cloppenburg Mühlenstraße 51, **49661 Cloppenburg** **Telefon 04471/ 93 08 30**	*Violetta e.V.- Verein gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen und jungen Frauen* Seelhorststraße 11, **30175 Hannover** **Telefon 0511/ 85 55 54** info@violetta-hannover.de

PARITÄTISCHER Niedersachsen e.V. Gewaltberatungsstelle Kirchenpauerstraße 1, **27472 Cuxhaven** **Telefon 04721/ 57 93 12**	*Frauenberatung für Betroffene von Gewalt* Marienstraße 63, **30171 Hannover** **Telefon 0511/ 32 32 33** frauenberatung-hannover@t-online.de
Violetta Dannenberg - Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt an Frauen und Mädchen Marschtorstraße 29d, **29451 Dannenberg** **Telefon 05861/ 46 26**	*"Rückenwind" e.V. - Verein gegen sexuellen Missbrauch an Kindern und Frauen* Conringstraße 26, **38350 Helmstedt** **Telefon 05351/ 42 43 98** bgsm-he@t-online.de
Beratungsstelle für Frauen und Mädchen Rathausmarkt 2, **49356 Diepholz** **Telefon 05441/ 992 37 99**	*Wildrose Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt* Andreasplatz 5, **31134 Hildesheim** **Telefon 05121/ 40 20 06** beratungsstelle-wildrose@web.de
Beratungsstelle für Frauen und Mädchen Niedere Straße 23, **37603 Holzminden** **Telefon 05531/ 93 27 21** post@kinderschutzbund-holzminden.de	*Caritasverband für den Landkreis Emsland* Hauptkanal rechts 77, **26871 Papenburg** **Telefon 04961/ 944 10** gmiddendorf@caritas-os.de
DONNA-CLARA - Beratungsstelle für Frauen und Mädchen in Gewaltsituationen Hildesheimer Str. 343, **30880 Laatzen** **Telefon 05102/ 33 00** info@frauenzentrum-laatzen.de	*Heckenrose Peiner Frauenhaus* Wallstraße 31, **31224 Peine** **Telefon 05171/ 155 86** heckenrose.peine@web.de
Ophelia Beratungszentrum für Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrung Ostpassage 9, **30853 Langenhagen** **Telefon 0511/ 724 05 05** info@ophelia-langenhagen.de	*Beratungsstelle für Frauen und Mädchen im Frauenzentrum* Stille Straße 8, **30952 Ronnenberg** **Telefon 0511/ 43 15 31** Birgit.Sommerfeld@ronnenberg.de
Beratungsstelle für Frauen und Mädchen Georgstr. 7A, **29439 Lüchow** **Telefon 05841/ 961 19 89**	*Wildwasser* Bahnhofstraße 1, **27347 Rotenburg/Wümme** **Telefon 04261/ 25 25** b.haase@dw.kirche-rotenburg.de info@wildwasser.de
Frauenberatungsstelle FiF Beußweg 2, **21339 Lüneburg** **Telefon 04131/ 619 50**	*Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt* Berliner Straße 80, **38226 Salzgitter** **Telefon 05341/ 156 00** beratungsstelle.sz@t-online.de

Frauenberatungsstelle Neustadt Beratung und aktive Unterstützung von Frauen für Frauen Leinstraße 34 A, **31535 Neustadt** **Telefon 05032/ 78 98** frauenberatungsstelle-neustadt@t-online.de mail@frauenberatungneustadt.de	*BASTA Mädchen - und Frauenberatungs-zentrum* Am Stadtpark 10, **31655 Stadthagen** **Telefon 05721/ 910 48**
Frauen-und Mädchenberatungsstelle bei Gewalt Von-Philipsborn-Straße 2 a, **31582 Nienburg** **Telefon 05021/ 611 63** frauen-maedchen-beratung@posteo.de	*Beratungsstelle für Frauen und Mädchen* Nienburger Straße 23c, **27232 Sulingen** **Telefon 04271/ 78 76 25**
Frauen für Frauen Beratung und Hilfe Steinmaate 1, **48529 Nordhorn** **Telefon 05921/ 777 79**	*Beratungsstelle für Frauen und Mädchen* Bremer Weg 2, **28857 Syke** **Telefon 04242/ 666 00** beratungsstellen@frauenhaus-diepholz.de
Wildwasser Oldenburg Lindenallee 23, **26122 Oldenburg** **Telefon 0441/ 166 56**	*Frauenberatungsstelle gegen Gewalt an Mädchen und Frauen* Postfach 14 25, **29504 Uelzen** **Telefon 0581/ 389 28 20**
Frauenberatungsstelle Frauen für Frauen Spindelstraße 41, **49074 Osnabrück** **Telefon 0541/ 80 34 05** info@frauenberatung-os.de	*Frauenberatung Verden* Grüne Straße 31, **27283 Verden** **Telefon 04231/ 851 20**
SOLWODI Postfach 3703, **49027 Osnabrück** **Telefon 0541/ 52 81 909**	*SprachLos e. V.* Henry-Wetjen-Platz 4, **28844 Weyhe** **Telefon 0421/ 809 10 05** beratung@sprachlos-ev-beratung.de
Frauen für Frauen Am Schilde 29, **37520 Osterode/Harz** **Telefon 05522/ 92 07 70** frauenfuerfrauen-osterode@t-online.de	"Aufwind" Frauen-und Mädchentelefon des Landkreis Oldenburg Delmenhorster Straße 6, **27793 Wildeshausen** **Telefon 04431/ 856 78** aufwind@oldenburg-kreis.de

Diese Aufstellung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit

Quellenverzeichnis

[BmFSFJ] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse einer quantitativen Befragung. Endbericht. Bielefeld, Frankfurt, Köln, München.

BUNGERT, Petra (2005): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen. Der Schutz Behinderter durch das Sexualstrafrecht. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.

GERDTZ, Maike (2003): *Auch wir dürfen NEIN sagen!: Sexueller Missbrauch von Kindern mit einer geistigen Behinderung; eine Handreichung zur Prävention*. Universitätsverlag Winter. Heidelberg.

MATTKE, Ulrike (2012): *Sexuelle Gewalt in (heil-) pädagogischen Beziehungen. Analysen, Forschungsergebnisse, Prävention.* In: Teilhabe. Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe. Jahrgang 51. Heft 3.2012. S. 109 – 115. Berlin.

MATTKE, Ulrike (2013): *Sexuelle Gewalt und Traumatisierung. Pädagogisch-therapeutische Unterstützung von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung.* In: Teilhabe. Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe. Jahrgang 52. Heft 2.2013. S. 80 – 88. Berlin.

ORTLAND, Barbara (2008): Behinderung und Sexualität, Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. W. Kohlhammer Verlag. Stuttgart

UNTERSTALLER, Adelheid (2009): Zahlen, Fakten, Mutmaßungen. Was wir über sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen mit Behinderungen wissen. In: AMYNA e.V. – Institut zur Prävention von sexuellem Missbrauch (2009): Sexualisierte Gewalt verhindern – Selbstbestimmung ermöglichen. Schutz und Vorbeugung für Mädchen und Jungen mit unterschiedlichen Behinderungen. 2., aktualisierte Auflage. AMYNA. München.

Methodik im ID-Judo

Planung von Judounterricht

Die Schritte, die bei der Planung von ID-Judo zu gehen sind, sind nicht nur bei jeder Trainingsplanung, sondern auch bei allen Planungen einzuhalten. Es sind aber einige Dinge besonders zu beachten, einige Fragen mehr zu stellen. Auf diese soll im Folgenden eingegangen werden.

Analyse

a) Wünsche, Können und Motive der Teilnehmer überprüfen

Bei der Planung von Judotraining für Menschen mit Behinderung ist unbedingt im Vorfeld ins Blickfeld zu nehmen, mit welchen Erwartungen die Teilnehmer zum Training kommen. Mögliche Motive bei ID-Judoka sind:

- bei Gürtelprüfungen weiterkommen,
- bei Wettkämpfen gut abschneiden,
- etwas für die Gesundheit tun,
- fit und kräftig werden,
- spielen, Spaß haben,
- mit den anderen Teilnehmern und mit dem Trainer Zeit verbringen.

Die Motive müssen nicht einzeln vorkommen, Einzelne können auch mehrere Wünsche an das Judotraining haben. Gerade bei ID-Judoka ist die Ermittlung der Motive nicht einfach, weil die Artikulationsfähigkeit nicht immer gegeben ist. Hier muss die Leitungsperson sensibel in die Gruppe hineinhorchen, weil Umfragen und Besprechungen nicht immer befriedigende Ergebnisse erzielen.
Die Ergebnisse der Motivermittlung müssen in Beziehung gesetzt werden zum Könnens-stand der Teilnehmer. Hier weichen Wunsch (‚ich will den schwarzen Gürtel') und Möglichkeit nicht selten weit voneinander ab

b) Materielle und personelle Rahmenbedingungen

Wesentliche Faktoren, die den Ablauf und den Inhalt des Trainings beeinflussen, sind materielle und personelle Rahmenbedingungen.

<u>Materielle Bedingungen</u>

Halle
- -Hallengröße
- -Mattenzahl
- -Auf- und Abbau
- -Hilfsmittel
- -Sportgeräte
- -Musikanlage
- -1. Hilfe

Zeiten
- -Trainingszeit
- -Hallenzeiten
- -Zeitkontingent Trainer
- -Zeitkontingent Tln.

Der Weg zum Training
- -Fahrdienst

-Familie
-Eigenständigkeit
-Betreuer

Personelle Bedingungen

Teilnehmer
-Anzahl
-Alter
-Geschlecht
-Gewicht
-Behinderungsart
-Behinderungsgrad
-Judoerfahrung

Trainer
-Judoerfahrung
-Judoqualifiaktion
-Erfahrung mit Behinderung
-Qualifikation Behinderung
-Kenntnisse 1. Hilfe
-Anzahl der Trainer
-Einbeziehung von Eltern, Helfern

Zielstellung

Bei diesem zweiten Planungsschritt ist es ratsam, zunächst einen Blick in unsere Gesellschaft zu werfen, insbesondere auf die Frage, welche Rolle Menschen mit Behinderung in ihr spielen. Dieser Blick ist die Grundlage für alle Zielsetzungen.
Seit einigen Jahren ist der Begriff Inklusion in aller Munde. Er geht zurück auf die UN-Behindertenrechtskonvention und bedeutet, dass Menschen mit Behinderung die vollständige gesellschaftliche Teilhabe zugesprochen wird. Das gilt natürlich auch bei der sportlichen Betätigung. An dieser Zielstellung haben wir unser Trainerhandeln im ID-Judo auszurichten.
Behinderung ist als eine Möglichkeit der Normalität anzusehen, sozusagen etwas, was jedem passieren könnte und nichts, was außerhalb davon als besonders zu beschreiben, zu etikettieren ist. Vom Arzt (oder oftmals vom Nicht-Behinderten) diagnostizierte „Schädigungen“ (geistig / körperlich) sollen als Möglichkeiten gelten, die ein Mensch in die Gesellschaft mit einbringt.
Bewegung, Spiel und Sport gehören zu den zentralen Lebensäußerungen des Menschen, auch wenn diese in Form von scheinbar unzulänglichen Bewegungsäußerungen erfolgen. Ein Übungsleiter muss in der Lage sein, diese unterschiedlichen Weisen des „In-der-Welt-Seins“ zu ergründen und die mögliche Bedeutung des Bewegungshandelns zu deuten. Er muss seinen Judoschülern zugestehen, dass jede Äußerungen (verbal, nonverbal) für sie persönlich „Sinn machen“. Denn jene Äußerungen entsprechen lediglich dem Bewegungsvermögen des betreffenden Menschen, die absolut in der Lage sind, in Bewegung Spiel und Sport eine ihren Bedingungen entsprechende Bewegungsleistung zu vollbringen.
So ist es nur folgerichtig, dass die Teilnehmer innerhalb von Erwachsenengruppen trotz kognitiver Beeinträchtigungen auch als solche respektvoll zu behandeln sind. Die Beziehung untereinander soll partnerschaftlicher und gleichberechtigter Natur sein und nicht durch Zwang bestimmt sein. Die Wünsche der Teilnehmer sind zu respektieren.

Die konkreten Zielstellungen in einer ID-Judogruppe rekrutieren sich aus folgenden Bereichen:
- Wettkampferfolg, z.B.: „wir wollen im nächsten halben so trainieren, dass wir beim Landesturnier möglichst gut abschneiden“

- Technik/Gürtelprüfung, z.B.: „wir wollen bis zu den Sommerferien alle Techniken für den weiß-gelben Gürtel trainieren, damit wir die entsprechende Prüfung bestehen“
- Gesundheit, z.B.: „die Stärkung des Herz-Kreislaufsystems und der Kraftausdauer steht in unserem Training im Vordergrund“
- Bewegungsfreude, z.B.: „Hauptsache, alle Judoka kommen gern zum Training und haben in unserer Bewegungsstunde viel Spaß“
- Selbstbewusstsein, z.B.: „Jeder Teilnehmer soll mit einem Erfolgserlebnis aus der Stunde gehen“

Es ist ratsam, sich für einen definierten Zeitraum (zum Beispiel ein halbes Jahr) ein möglichst konkretes Ziel zu setzen, das im Anschluss auch überprüft werden kann. Anschließend kann dann ein neues Ziel gefunden oder dasselbe Ziel mit neuen Mitteln angestrebt werden

Planung

Bei der Planung eines Trainingszyklus geht es im Wesentlichen darum, Inhalte zu finden und zu strukturieren, die zur Erreichung der Ziele hilfreich sind. Das sind natürlich in erster Linie Judoinhalte wie Haltegriffe, Fallübungen und Würfe. Dazu kommen aber auch konditionelle Inhalte (wie Kraftübungen, Zirkel oder Gymnastik) und Wissensinhalte (Regeln, Namen, Werte etc.) und Inhalte, die zum sozialen und emotionalen Lernen wichtig sind (Spiele, Übungen, Gespräche etc.)

Beispiele für die oben formulieren Zielstellungen könnten sein:

- Wettkampferfolg: Judoinhalte: Übergang Stand-Boden, Spezialwurfserien, Umdreher gegen die Bank. Konditionelle Inhalte: Kraftzirkel weit vor der Meisterschaft, Ausdauer-Randoris mit hoher Intensität. Wissensinhalte: Wettkampfregeln, Wettkampfkommandos, Aufwärmen vor dem Turnier. Sozial-emotionale Inhalte: Würfe auf die Weichbodenmatte, Anfeuern beim Randori.
- Technik/Gürtelprüfung: Judoinhalte: O-Goshi, O-Soto-Otoshi etc. Wissensinhalte: Namen den Techniken zuordnen können, Judoetikette. Sozial-emotionale Inhalte: Sicherheit durch Üben, Abbau von Nervosität durch Lob, Zuwendung und Wissen des Ablaufs
- Gesundheit: Judoinhalte: Bodentechniken, rollendes Fallen, Würfe ohne Heben, Ausdauer-Randoris mit niedriger Intensität. Konditionelle Inhalte: funktionelles Gymnastikprogramm, Lauf- und Gehübungen, Wissensinhalte: Gesundheit und Gewichtsreduktion. Sozial-emotionale Inhalte: Bewegungsspiele die Spaß machen.
- Bewegungsfreude: Judoinhalte: Würfe und Bodentechniken, die gut und schnell einzuüben sind. Sozial-emotionale Inhalte: Spiel und Kampfesformen, die leicht zu erlernen sind. Wichtig ist immer die aktive Einbeziehung der Teilnehmerwünsche.

Die gefundenen Inhalte sind in eine sinnvolle Reihenfolge zu bringen, damit im Optimalfall das formulierte Ziel in dem definierten Zeitraum erreicht worden ist. Außerdem gilt in dieser Planungsphase, dass auch die Intensität der Belastung auf die Zielgruppe und das Trainingsziel abgestimmt ist. Natürlich sind bei der Planung des Judohalbjahres die Termine von außen (Ferien, Vereinsmaßnahmen, Turniere, Lehrgänge) eine entscheidende Grundlage.

Zu berücksichtigen ist natürlich, dass bei ID-Judoka Besonderheiten in Bezug auf das Lerntempo und die Menge der Informationen und Inhalte gelten.

Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung

Bei der Vorbereitung des Judotrainings gilt es, die einzelne Übungsstunde in ihren Phasen (s.u. Aufbau einer Übungsstunde) durchzustrukturieren, Methoden, Organisations- und Sozialformen zu wählen und ggf. Unterrichtsmaterialien (Musik, Spielmaterial, Stationskarten etc.) zu erstellen und bereit zu halten.
Entsprechend ist das Training durchzuführen. Selbstverständlich ist gerade auch im ID-Judo mit einem hohen Maß an Flexibilität an die Umsetzung der Trainingspläne heranzugehen. Pädagogische Reserven sind bei der Vorbereitung einzuplanen. Häufig müssen aber auch Abstriche beim Trainingsplan gemacht werden, weil einzelne Unterrichtsphasen mehr Zeit in Anspruch nehmen, weil differenziert werden muss oder weil Nachholbedarf bei den Lernvoraussetzungen vorliegt.
Die Nachbereitung ist eine besonders wichtige Planungsphase: Sind die Ziele erreicht worden? Waren die Inhalte angemessen? War die Ansprache und Einbeziehung der Teilnehmer positiv? Was ergibt sich daraus für die weiteren Planungen und Vorbereitungen? Mit diesen Fragen wird ein erfahrener Trainer die wichtigsten Planungen für die nächste Trainingsstunde schon eingeleitet haben.

Zusammenfassend lässt sich die Planung eines halben Judojahres folgendermaßen darstellen:

Analysieren

Motive der Teilnehmer ermitteln

Materielle und personelle Rahmenbedingungen

Ziele setzen

Formulierung eines konkreten Halbjahreszieles

Planen

Geeignete Inhalte zur Erreichung der Ziele finden

Inhalte in eine Reihenfolge bringen

Vorbereiten

Stundenplan erstellen

Methodik

Material

Durchführen

NACHBEREITEN

Nachbereitung des Abgelaufenen geht in die Vorbereitung des nächsten über

Aufbau einer Übungsstunde

Das Training gliedert sich in die folgenden 3 Phasen.

Einleitung
Die Einleitung dient dazu, Geist und Körper der Judoka auf den Hauptteil vorzubereiten. Dazu gehört selbstverständlich, dass der Körper gut aufgewärmt wird. Die Einleitung sollte ca. 25 % der Übungszeit ausmachen und psychisch und physisch auf die Unterrichtsstunde vorbereiten. Geeignete Inhalte im ID-Judo sind:

- Angrüßen
- Besprechung/Kommunikation
- Geh- und Laufübungen
- Laufspiele ohne Konkurrenzdruck
- Gymnastik
- Einsatz von Musik
- Einstellen auf die anderen Gruppenmitglieder (z.B. durch Partnerübungen)
- Lockere Judoübungen (Uchi-Komi, Fallschule etc.)
- (Zwei-)Kampfspiele

Zu Beginn des Aufwärmens werden Übungen ohne Konkurrenz (Laufen, Gymnastik etc.) gemacht, später auch Übungen mit Konkurrenz (Zweikampfspiele etc.)

Hauptteil
Im Hauptteil der Stunde wird das Stundenthema bearbeitet. Stundenthemen können aus der dem Bereich des Technikerwerbs (Erlernen neuer oder Verbesserung bekannter Würfe, Griffe, Kombinationen) oder der Technikanwendung (Bekannte Techniken in Kata oder Randori anwenden) gewonnen werden. Der Hauptteil sollte ca. 60% der Unterrichtszeit einnehmen. Geeignete Inhalte im ID-Judo sind:

a) Fast alle Judowürfe und Haltetechniken
b) Vor- und nachbereitende Übungen zum Erlernen und Verbessern von Techniken
c) Einfache Kombinationen (Übergänge Stand-Boden, Verbindung von Haltegriffen)
d) Judo-Übungsformen (Uchi-Komi, Wurfserien) in angemessenem Umfang
e) Stand- und Bodenrandori
f) Probewettkämpfe
g) Technikvorführung (Kata)

Merke:
Das Prinzip während des Hauptteils lautet immer: Kognition und Koordination vor Kondition, da der schon etwas ermüdete Körper und Geist ist nicht mehr so aufnahme- und leistungsfähig. Nur das Ausführen „sauberer“ und kontrollierter Techniken vermeidet Frustration und vor allem Verletzungen.

Schlussteil
Der Schlussteil dient dazu, Körper und Geist wieder herunter zu fahren, also mit Lockerungsübungen den Körper zu entspannen oder mit Spielen die geistige Anspannung zu lösen. Geeignete Inhalte im ID-Judo sind:

- Auslaufen, Gehen
- Lauf- und Kampfspiele
- Dehnübungen
- Massage, Entspannungsübungen
- Abgrüßen, Kommunikation

Im Bereich des G – Judo können sich diese 3 Phasen in einer Mischform vollziehen. Abhängig von den jeweils gegebenen kognitiven, konditionellen und motivationalen Gegebenheiten der Teilnehmer sind u.U. im Hauptteil kleinere Lockerungseinheiten nötig. So empfehlen sich kürzere Spiel-Einheiten oder „Verschnaufpausen“ zwischendurch, wenn z.B. die Konzentration und/oder die Kondition der Schüler nachlässt.

Differenzierung

Haben wir es im Breitensport und beim Kinderjudo schon mit Gruppen zu tun, in denen sehr unterschiedliche Begabungen, körperliche Gegebenheiten, Motivationen und Erfahrungshorizonte aufeinander treffen, so ist diese Spreizung im ID-Judo noch deutlich größer. Insbesondere was die Kondition, die Konstitution und das Aufnahmevermögen angeht, sind die Unterschiede innerhalb einer Gruppe häufig so groß, dass ein Erlernen und Einüben ein und derselben Sache fast nicht möglich ist. Insofern kommt der Leiter eine ID-Judogruppe um Differenzierung kaum herum.
Grundsätzlich unterscheidet man zwischen äußerer und innerer Differenzierung. Die äußere Differenzierung meint, das Trennen einer Gesamtmenge in unterschiedliche Teilgruppen nach vernünftigen Kriterien. Beispielsweise wird in einem Judoverein Wettkampftraining und Gesundheitstraining angeboten, je nachdem mit welcher Motivation und Intensität der Judosport betrieben wird. Im ID-Judo ist eine äußere Differenzierung nur in den allerwenigsten Vereinen möglich (zum Beispiel in ID-Judo Jugend und ID-Judo Erwachsene), weil weder die Masse der Trainierenden das zulässt, noch die räumlichen und personellen Ressourcen das hergeben.
Daher haben wir in jedem Training mit der inneren Differenzierung zu arbeiten. Das bedeutet, dass in einer Trainingseinheit unterschiedliche Übungsangebote unterbreitet werden, um den Voraussetzungen und Interessen der einzelnen gerecht zu werden und einen optimalen Lernerfolg zu erzielen.

Schon beim Aufwärmen (wie viele Runden laufen, wie oft Gymnastikübungen machen)
Technikvermittlung (wie exakt das Ziel, Zusatzaufgaben adB, mehr Techniken)
Technikanwendung
Prüfungstraining
Kondition
Übungsformen finden, die Differenzierung zulassen. Selbsteinschätzung der Teilnehmer mitnehmen.

Durchführung von Gürtelprüfungen im ID-Judo

Grundlagen

Grundlage für die Graduierung im Bereich der geistig behinderten Judoka (ID-Judoka) ist die Prüfungsordnung (PO) des DJB, die als Anlage beigefügt ist. Seit 2008 gibt es für ID-Judoka eine eigene Kyu-Prüfungsordnung. Sie ist zusätzlich noch einmal in stehfähige Judoka und nicht stehfähige Judoka eingeteilt. Die Prüfungsordnung für nicht stehfähige Judoka endet mit dem Erwerb des 3. Kyu (Grüngurt).
Mehr noch als für Judoka, die die geforderten Prüfungsinhalte aus der PO ohne jegliche Einschränkungen darstellen können, ist für ID-Judoka der Erwerb eines neuen Gürtels ein wichtiger Höhepunkt in ihrem Sportlerleben. Sie erhalten dadurch Motivation zum Weitermachen, Anerkennung für ihren Leistungswillen, ihren Trainingsfleiß und ihr regelmäßiges Training. Ihr Lernerfolg (neue Gürtelfarbe!) wird nach außen sichtbar und kann so einen Beitrag leisten zur Festigung des Selbstwertgefühls.
Grundgedanke bei der Gestaltung der Prüfung ist, dass Prüfungsinhalte und -umfang sowie die Gestaltung und der Ablauf der Prüfung entsprechend den individuellen geistigen und körperlichen Fähigkeiten der zu Prüfenden angepasst werden.

Prüfberechtigung

Trainer einer ID-Judogruppe sollte i. R. ein ausgebildeter ÜL sein. Ist dieser Trainer ebenfalls lizenzierter Prüfer des Landesverbandes, so ist er berechtigt, im Rahmen der PO selbständig auch im ID-Judo Prüfungen abzunehmen. Ist dies nicht der Fall, so hilft der Behindertensportreferent des NJV bei der Suche nach einem geeigneten Prüfer.
Sind die Prüfer nicht mit der zu prüfenden Gruppe oder gar mit dem ID-Judo vertraut, ist eine Beteiligung des ÜL an der Prüfung erforderlich. Er informiert den Prüfer / die Prüfungskommission über die Behinderung, den Kenntnisstand und die judospezifischen Fähigkeiten des / der zu prüfenden ID-Judoka. Es empfiehlt sich, bereits bei der Planung der Prüfung hierzu ein Gespräch zwischen ÜL und Prüfer zu führen.

Prüfungsvorbereitung

Vor Beginn der Prüfungsvorbereitungen sind folgende Bedingungen zu checken:
- Regelmäßiges Training
- Einhaltung der Vorbereitungszeit
- Mindestalter

Zu beachten ist auch, dass zur Prüfung ein gültiger Judo-Pass vorgelegt wird (Ausnahmen s. PO).

Die Vorbereitung der / des ID-Judoka auf und die Durchführung ihrer / seiner Prüfung stellen an den ÜL und den Prüfer besondere Anforderungen. Prüfungsinhalt, -umfang und –form sollen den geistigen und körperlichen Fähigkeiten des ID-Judoka entsprechen, sie/ihn aber auch nicht unterfordern, sondern fördern in jeglicher Hinsicht (Beständigkeit, Lernerfolge in kleinen Schritten erleben, Misserfolge akzeptieren u. a.).
Daher ist es ggf. erforderlich
- Ersatztechniken und –aufgaben anzubieten (z. B. für Einbeintechniken, für Hebel und Würgen)
- Reduzierte Wurftechniken und Fallhöhen
- Auf die Steh- und Gehfähigkeit des ID-Judoka einzugehen, ggf. nur Techniken im Boden
- Grundtechniken vielfältiger anbieten, z. B. Varianten der Hauptgruppen

- Hebel weglassen
- Würgegriffe weglassen

Für ID-Judoka, die einen höheren Gürtel erwerben wollen (z. B. ab 5. Kyu, Orangegurt), bieten sich zur Prüfungsvorbereitung aber besonders die Lehrgänge des NJV. Beim jährlich stattfindenden Herbstlehrgang werden abends Vorbereitungsstunden angeboten. Voraussetzung zur Teilnahme ist aber, dass die Judoka schon im Vereinstraining die Prüfungsinhalte weitestgehend gelernt haben! Die Vorbereitungsstunden sollen mehr der Harmonisierung der unterschiedlichen Kenntnisstände und dem Kennlernen zwischen Judoka und Prüfern dienen. Zum Ende des Lehrgangs wird dann die Prüfung durch lizenzierte Prüfer angeboten.

Prüfungsdurchführung

Genau wie die Vorbereitung soll die Durchführung einer Prüfung den intellektuellen, emotionalen und sozialen Gegebenheiten der Prüfungsgruppe entsprechen. Die Atmosphäre sollte so gestaltet werden, dass den Prüflingen eventuelle Ängste genommen werden und sie so in der Lage gesetzt werden, ihre optimale Leistung zu zeigen. **Auch der zeitliche Rahmen ist entsprechend individuell zu stecken, er sollte 90 Minuten nicht überschreiten. Gegebenenfalls sind stichprobenartig zu prüfen bzw. sind einzelne Prüfungsteile an anderen Tagen vorzuführen.**
Häufig stellt sich die Frage, welche Gürtelstufen ID-Judoka erreichen können. Hier gibt es im Kreis der ÜL des NJV und aus anderen LV, die aktiv ID-Judoka betreuen, sehr unterschiedliche Auffassungen.
Ein Teil zieht einen harten Schnitt, wenn bestimmte Grundtechniken und eine Anzahl von Ersatztechniken auf Grund der geistigen Behinderungen und der ggf. auch vorhandenen motorischen Einschränkungen nicht mehr vorgeführt werden können (z. B. keine Judo-Fallrolle, der Judoka kann selbstständig nur wenige Würfe ausführen, kennt nur einen Haltegriff).
Der andere Teil sieht hier die Anforderungskriterien weicher.

Festzustellen ist, dass die Diskussionen und Ansichten zu den individuellen Anforderungen ein Dauerthema sein werden und dass die Prüfungsanforderungen ständig einer Entwicklung unterliegen.
Hier wird noch einmal darauf hingewiesen, dass sich für die Prüfung von ID-Judoka, die größere Einschränkungen haben, der Judo-Lehrgang des NJV anbietet oder dass bei anderen Prüfungen mehr als ein (fachkundiger) Prüfer die Beurteilung vornimmt. Dieses Vorgehen soll den ID-Judoka auch davor schützen, dass seine Graduierung angezweifelt und im schlimmsten Fall aberkannt wird.

Erfreulich ist die Entwicklung, dass ID-Judoka die Anforderungen zu einem blauen oder sogar braunen Gürtel bewältigen können, wenn sie entsprechend sachkundig trainiert werden. Dieses hat es vor einigen Jahren nicht gegeben und ist ein Indiz für die hervorragende Ausbildungsarbeit des NJV auf diesem Gebiet.

Erster Dan

Eine Sonderstellung nimmt wohl der 1. Dan ein. Seit Nov. 2016 ist auf der Sitzung des DJB (Deutscher Judo Bund) nach mehreren Jahren der vergeblichen Eingabe, endlich ein Beschluss gefasst worden, dass Menschen mit Einschränkungen im Judosport auch einen schwarzen Gürtel (1.Dan) nach bestandener Prüfung tragen dürfen. Der Dan Grad für ID-Judoka ist speziell auf diese Klientel und ihren Fertigkeiten zu geschnitten; gleichwohl ist er trotzdem sehr anspruchsvoll geblieben und nicht jedem ist es vergönnt diese Prüfung zu machen.

Der Dan kann in vier verschiedenen Modulen abgelegt werden.

1. **Modul: Standtechniken**
   Hier soll Technikvielfalt demonstriert werden. Techniken sollen auch aus verschiedenen Bewegungen heraus geworfen werden können. Ein großes Augenmerk gilt auch der Falltechnik; sie ist Inhalt des Dan.
2. **Bodentechnik 1. Teil**
   Hier werden (in Fortführung des 1. Kyu-Grad) die Haltetechniken mit ihren Abarten aus der Bewegung demonstriert. Da schon bei den Kyu Graden keine Hebel und Würgetechniken gefordert werden, so wird es auch im Dan diese nicht geben. Dementsprechend vielfältig sollte das Bodenprogramm sein.
3. **Bodentechnik 2. Teil**
   Im zweiten Teil Boden werden hauptsächlich Angriffe aus diversen Lagen, Übergänge Stand-Boden und natürlich das Bewegen auf der Matte im Randori demonstriert. Im Randori geht es um die Verhaltensweise des ID-Judoka.
4. **Kata**
   Wie bei allen Dan Graden ist die Kata ein besonderer Schwerpunkt. Auch hier wird auf Harmonie mit dem Partner geachtet. Die Kata selber kann nicht zusätzlich in unterschiedlichen Modulen vorgetragen werden. Zwingend erforderlich ist die Nage-no-Kata. Allerdings hat der ID-Judoka z.B. die Möglichkeit einer Schattenkata (Ein anders Paar läuft die Kata vor, der eigentliche Prüfling kann dann besser folgen)

Der Prüfling sollte zusätzlich noch in der Lage sein, die Techniken die er demonstriert, zu benennen und sie in Technikgruppen zuzuweisen.

Grundsätzlich ist der ID-Judo Dan nur auf den in Niedersachsen stattfindenden Integrativen Herbstlehrgang abzulegen. Ausnahmen aufgrund von speziellen Erkrankungen sind mit dem Kompetenz Team abzustimmen.

Da auch ein normaler Judoka, bevor er den Dan macht, einige Lehrgänge besuchen sollte; so ist auch in Niedersachsen für den ID-Judo Dan einiges vorgeschaltet.

1.) Lehrgangsteilnahme der ID-Judo Trainer Assistenz-Ausbildung (Hierbei ist das Feld des Breitensport und des theoretischen Bereichs mit Stundenaufbau, etc. abgedeckt)
2.) Hospitation bei min. zwei Kadertrainingsterminen. (Hier ist der Bereich des Judo-Wettkampfsports abgedeckt)
3.) Einmaliger Helfereinsatz bei einem stattfindenden ID-Judo Event des NJV; z.B. zwei tolle Tage (Hier ist der Bereich von sozialer Arbeit abgedeckt)

Diese Teilnahmen können natürlich jederzeit wiederholt werden.

Literaturhinweise

Eine PO des DJB für Kyu-Grade für Menschen mit einer Behinderung findet der interessierte ÜL auf der Homepage des NJV, des LV NRW und des DJB.
Ebenso ist sie auch als Anhang in diesem Skript mit hinterlegt

Zitat aus der Kyu-Prüfungsordnung „Judo der Behinderten“ des DJB:
Gestaltung der Prüfung
Menschen mit geistiger Behinderung benötigen klare Strukturen mit festen Regeln und Abläufen. Daher ist es unerlässlich, dass der Übungsleiter der Prüfungskandidaten nach Rücksprache mit dem Prüfer die Gestaltung der Prüfung festlegt. Die Gestaltungsmöglichkeiten beziehen sich im Wesentlichen auf den zeitlichen Ablauf der Prüfungsinhalte, Partnerwahl, Kandidatenfolge und Ansprache der Prüflinge. Unberührt von den genannten Gestaltungsmöglichkeiten bleibt jedoch die Leistungsbewertung, die nur von einem prüfungsberechtigten Dan-Träger vorgenommen werden kann.

Demonstration einer Haltetechnik (Integrativer Herbstlehrgang 2016)

Wettkämpfe für Judoka mit Behinderung

Anfänge

Genau wie Judoka ohne Behinderung haben ID-Judoka das Bedürfnis, die erlernten Techniken im Wettstreit zu erproben. Diese Nagelprobe ist es schließlich, um die es in unserer Zweikampfsportart geht. Für behinderte Judoka gab es zunächst nur Möglichkeiten, sich innerhalb des Vereinstrainings zu messen. Bei einer leichten geistigen oder körperlichen Behinderung oder Einschränkung des Sehvermögens konnte man auch –meist chancenlos– bei den Wettkämpfen der Nichtbehinderten teilnehmen.
1987 fand das erste Turnier für sehgeschädigte in Besancon/FRA statt. Von da an wurden nach und nach immer mehr Wettkampfmöglichkeiten für Judoka mit Behinderung geschaffen. Heute haben wir diesbezüglich eine weitreichende Angebotspalette. Diese reicht von regionalen Spaßturnieren bis zu Weltmeisterschaften und paralympischen Spielen.

Die Einteilungsproblematik

Grundsätzlich werden Wettkämpfe für sehgeschädigte Judoka (SG-Judo) angeboten und Wettkämpfe für Judoka mit geistiger Behinderung. Der Bedarf bei Judoka mit anderen (zum Beispiel körperlichen) Behinderungen ist so gering, dass hier die Ausrichtung eigener Turniere nicht möglich ist. Je nach Art und Schwere der Einschränkung können Wettkämpfe der Nichtbehinderten oder Turniere der ID-Judoka wahrgenommen werden.
Um Chancengleichheit herzustellen werden bei Wettkämpfen der Nichtbehinderten Differenzierungen hergestellt, etwa nach männlich/weiblich, jugendlich/erwachsen oder nach Gewicht. Wegen der starken Spreizung der Fähigkeiten und Einschränkungen innerhalb einer Behinderungsart, werden hier nochmals Einteilungen vorgenommen.

Bei Sehgeschädigten unterscheiden wir:
B1: vollkommen Blind, eventuelle Restwerte des Sehens – hell und dunkel Unterscheidung – Auf Behindertenausweis: 100%
B2: kann Schatten sehen, Restwerte vorhanden - Auf Behindertenausweis: ca. 100%
B3: Restsehen noch möglich – Auf Behindertenausweis: ca. 80%
Diese Klassifizierungen werden immer von speziell ausgebildeten Augenärzten auf Grund augenärztlicher Bescheinigungen vorgenommen. Entsprechende Attests müssen regelmäßig erneuert werden.
Allerdings gibt es nicht sehr viele blinde und sehgeschädigte Menschen im wettkampfsportfähigen Alter. Deshalb ist das Starterfeld selbst bei deutschen Meisterschaften so klein, dass immer alle drei Klassen zusammengefasst werden, damit überhaupt Wettkämpfe zustande kommen.

Für das ID-Judo gelten folgende Richtpunkte
Zunächst muss eine geistige Behinderung festgestellt werden. Bei offiziellen Wettkämpfen geschieht dies mit dem DBS-Starterpass, den man über den Behindertensportverband seines Landesverbandes bekommen kann. Dazu muss ein Fragebogen und eine Bescheinigung beigebracht werden. Näheres hierzu auf der Homepage des Deutschen Behindertensportverbandes unter diesem Link: http://www.dbs-npc.de/geistige-behinderung-474.html. Bei inoffiziellen Wettkämpfen, wie beispielsweise beim Landesturnier ID-Judo des NJV, werden solche offiziellen Dokumente nicht verlangt. Man vertraut der Ehrlichkeit der zuständigen Trainer.

Folgende Klassifizierung gilt bei Wettkämpfen der ID-Judoka:
Klasse I: ID-Judoka, die auch mit nicht behinderten Judoka trainieren und Judo-Techniken gut umsetzen können. Das Verständnis der Sportart Judo und das Ziel des Wettbewerbes ist diesen Athleten einsichtig.
Klasse II: ID-Judoka, die Judo-Techniken eingeschränkt umsetzen können und in Behindertengruppen trainieren. Das Verständnis der Sportart Judo und das Ziel des Wettbewerbes ist diesen Athleten im Grundsatz bekannt.
Klasse III: ID-Judoka, die Judo mehr als Spielform ausüben. Das Verständnis der Sportart Judo und das Ziel des Wettbewerbes ist diesen Athleten in der Regel nur eingeschränkt verständlich.
Bei offiziellen Wettkämpfen wird bei der Einteilung nicht nur auf das Fachwissen und die Ehrlichkeit der Trainer vertraut. Es gibt auch einen „Skilltest“, bei dem die motorischen Fähigkeiten der Einzelnen geprüft und beurteilt werden. Der Test und die Erläuterungen dazu befinden sich im Anhang.
Bei inoffiziellen Wettkämpfen, wie beispielsweise beim Landesturnier ID-Judo des NJV, werden vom Veranstalter leistungsnahe Wettkampfgruppen zusammengestellt, die sich nicht zwingend an die Klassifizierung hält, sondern auch Alter und Gewicht mit einbezieht.

Tolle Momente

und …

nicht so tolle Momente

Das Regelwerk

Grundsätzlich kämpft man bei Wettkämpfen der SG Judoka und der ID-Judoka nach den offiziellen Judoregeln der IJF und des DJB. Um auf die Gegebenheiten der Einzelnen besser eingehen zu können, gibt es Ergänzungen in diesem Regelwerk, die in den jeweiligen Wettkampfordnungen niedergelegt sind. Die Wettkampfordnung ID-Judo ist im Anhang beigefügt.
Zusammengefasst sind folgende Regelergänzungen zu beachten:
Für alle Wettkampfklassen im ID-Judo:

- Mindestalter 8 Jahre, Mindestgraduierung 8.Kyu
- Sportärztliches Gesundheitszeugnis nicht älter als 12 Monate
- Verbot der Hebel- und Würgetechniken
- Verbot der Umklammerung des Nackens („Schwitzkasten“)
- Kampfzeit 3 Minuten
- Regelverstöße werden immer erklärt, in den WK 2 und 3 fast nie bestraft.
- Kein Golden Score

ID-Judo, Klasse 1
- Kämpfe beginnen immer im Stand

ID-Judo, Klasse 2
- Verbot aller Selbstfalltechniken außer Tani-Otoshi
- Kämpfe beginnen in der Regel im Stand. Wird von einem Kämpfer der Kampf Ne-Waza beantragt, muss er das ganz Turnier über im Bodenkampf kämpfen

ID-Judo, Klasse 3
- Verbot aller Selbstfalltechniken
- Ne-Waza kann jederzeit gefordert werden

Wettkampfklasse 3
Große Freude über …

… den letzten Platz

Für SG-Judo:
- Die Kämpfer werden vom Kampfrichter in die Startposition geführt
- Hajime erfolgt, nachdem der Griff aufgenommen wurde
- Keine Bestrafung für das Verlassen der Mattenfläche

Für taube und taubblinde Judoka gibt es eine Reihe von Zeichen. Näheres dazu im Regelwerk der International Blind Sports Assosiation (IBSA), das hier herunter geladen werden kann http://www.ibsasport.org/sports/judo/rules/

Wettkampfvorbereitung und -förderung

Um Judoka mit Behinderung an den Wettkampf heranzuführen, ist es zunächst sinnvoll, die Grundtechniken nicht nur solide zu vermitteln, sondern sie auch in Handlungszusammenhänge zu stellen. Techniken sind immer zweckmäßige Lösungen von Problemen, die sich beim Kämpfen mit einem Partner ergeben.
In einem zweiten Schritt muss im Randori die Technik gegen den Widerstand eines Partners durchgesetzt werden. Die kämpferische Auseinandersetzung als Kernpunkt des Judosportes wird hier zunächst spielerisch eingeübt. Die komplexen Situationen, die sich hier ergeben, werden angstfrei angegangen
Schließlich werden beim Erproben von Shiai im Training die kognitiven Grundlagen (Regeln, Kampfkommandos, Etikette etc) erlernt. Es wird der Ehrgeiz geweckt, und die Leistungsbereitschaft gesteigert. Schmerz und Frust werden unwichtiger. Der Umgang mit Sieg und Niederlage ist individuell sehr unterschiedlich, nimmt der eine die Gegebenheiten ohne Umstände hin, ist der andere emotional sehr berührt. Hier muss mit Fingerspitzengefühl und individuell gearbeitet werden.
So vorbereitet gibt es für ID-Judoka bei Wettkämpfen einen freudvollen Einstieg

Jeder Verein kann die Wettkampfbegeisterung in den eigenen Reihen durch vielfältige Aktionen stärken. Insbesondere Besuche bei Trainingseinheiten anderer Vereine (auch mit Judoka ohne Behinderung), Vergleichskämpfe in der Trainingsgruppe oder mit anderen Gruppen des eigenen oder eines fremden Vereins und Besuch von Turnieren im In- und Ausland sind dazu geeignet. Einen reichhaltigen Terminkalender in dieser Richtung weist immer die Hompage des Nordrhein-Westfälischen Judo-Verbandes auf unter dem Link: http://www.nwjv.de/ressorts/behindertensport/termine/

Zur Verstärkung der Wettkampftätigkeit und zur Verbesserung der wettkampfspezifischen Fertigkeiten bietet der Nieders. Judo-Verband Kadertrainings für ID-Judoka an. 6 mal im Jahr sind die wettkampfbegeisterten Judoka des Landes eingeladen, unter der Leitung der Landestrainer zwei Trainingseinheiten zu absolvieren. Hier werden Techniken wettkampfnah erarbeitet, Randoris mit Partner aus unterschiedlichen Vereinen durchgeführt, Wettkämpfe simuliert und konditionelle Impulse gesetzt. Nicht zuletzt die Motivation zum Wettkampf und die Leistungsbereitschaft werden so stimuliert.

Freizeitangebot im ID-Judo

Warum ein Freizeitangebot?

Freizeitangebote im ID-Judo sind wichtig und sinnvoll für die Judoka. Auf dem Herbstlehrgang soll ein Angebot einen Ausgleich zum Judotraining schaffen. Gleichzeitig dient es als Vorbereitung der späteren Vereinsarbeit. Im Verein gibt es verschiedene Möglichkeiten Angebote zu schaffen und durchzuführen (wie z.B.: Sommerfeste, Sportfeste, Ausflüge, 2 tolle Tage, Herbstlehrgang usw.). Diese müssen speziell auf die Teilnehmer mit ihren Fähigkeiten, Fertigkeiten und auch Besonderheiten geplant, organisiert und abgestimmt werden. Neben Spaß, Freude und Entspannung kann ein gut durchgeführtes Freizeitangebot das Sozialverhalten fördern und das Selbstwertgefühl steigern. Ein Freizeitangebot bietet auch die Möglichkeit die Teilnehmer und die verschiedenen Beeinträchtigungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten besser kennen zu lernen. Nicht nur im sportlichen Bereich, im sozial – emotionalen Bereich, sowie im physischen und im psychischen Bereich ist jeder Mensch anders und unterschiedlich.

Unterteilung der Freizeitangebote

Das Freizeitangebot richtet sich bei dem Herbstlehrgang an sehr viele Menschen mit unterschiedlichen Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Von daher ist es sinnvoll eine große Bandbreite an Angeboten in Betracht ziehen zu können. Unterscheiden sollte man in der ersten Planung schon in den verschiedenen Bereichen. (Bewegungsangebot, Kreativangebot, sonstiges Angebot)
Z.B.:

Bewegungsangebot:

- Lauf – Treff
- Spazieren gehen
- Nachtwanderung
- Schwimmen
- Trampolin springen
- Judo – Safari
- Ballspiele
- Ralley
- Bewegungsspiele drinnen / draußen
- Usw.

Kreativangebot:

- Basteln
- Malen
- Töpfern
- Theater spielen
- Karaoke singen
- Musizieren
- Abschlussabend gestalten
- Usw.

Sonstiges Angebot:

- Stadtbesichtigung
- Besuche im Park (Zoo, Tierpark usw.)
- Museumsbesichtigung
- Gesellschaftsspiele
- Rallye

Planung und Organisation

Im Allgemeinen ist es immer wichtig zu klären für welche Zielgruppe man ein Freizeitangebot plant. Bevor es an die genaue Planung geht sollten die wichtigsten Punkte klar sein.

- Für wen ist das Angebot
- Wie viele Teilnehmer habe / brauche ich
- Welche Räumlichkeiten habe / brauche ich
- Ist es ein regelmäßiges oder ein einmaliges Angebot
- Zeitlicher Rahmen
- Material
- Helfer
- Kosten

In der Feinplanung sollte man auf folgende Punkte zusätzlich achten. Es kommt darauf an, was man genau plant.

- Gefahren
- Auf was muss ich sonst noch achten
  (Örtlichkeiten, Öffentlichkeitsarbeit, muss ich wen informieren, Elternbriefe usw.)
- Brauche ich Berechtigungsscheine (DLRG, Trampolinschein usw.)

Bei dem Herbstlehrgang ist die Zielgruppe klar vorgegeben. Im Folgenden werden, nach den Angeboten unterteilt, wichtige Aspekte für die Planung aufgeführt:
Bewegungsangebot:

- Soll die ganze Gruppe teilnehmen oder nur eine begrenzte Teilnehmerzahl
- Wie kann die Gruppe ggf. unterteilt werden
- Wo findet das Angebot statt? In der Halle, draußen, andere Räumlichkeiten
- Ggf. müssen neue Örtlichkeiten geklärt werden z.B. Wege bei einer Nachtwanderung
- Kann jeder Teilnehmer des Lehrgangs mit seiner Behinderung an dem Angebot teilnehmen?
- Soll das Angebot einmalig statt finden oder ist es ein wiederkehrendes Angebot?
- Berechtigungsscheine?
- Material (Taschenlampen -> Nachtwanderung)
- Helfer?

Kreativangebot:

- Soll das Angebot einmalig statt finden oder ist es ein wiederkehrendes Angebot
- Wo findet das Angebot statt? Fester Raum?
- Material (Kopierer, Projektor, usw.)
- Von wem wird das Material besorgt?
- Kann jeder Teilnehmer des Lehrgangs mit seiner Feinmotorik an dem Angebot teilnehmen? Beim Basteln z.B. müssen ggf. Schablonen angefertigt werden, Vorzeichnen, Ausschneiden, Hilfestellung gegeben werden etc.

- Gefahren? Z.B. spitze Scheren, Sekundenkleber, Allergien bei Farben o.ä.
- Kosten? Wer übernimmt diese
- Ist es ein offenes Angebot oder für eine feste Gruppe?
- -> Theater: gibt es eine Aufführung?
- Helfer

Sonstiges Angebot:

- Hin – und Rückfahrt organisieren
- Fahrtzeiten müssen mit eingeplant werden
- Eintrittskarten müssen besorgt werden
- Wer übernimmt die Kosten?
- Beherrscht jeder Teilnehmer den Umgang mit Geld?
- Wer hat einen Schwerbehindertenausweis? (für evtl. Preisnachlass)
- Kann jeder Teilnehmer die Uhr lesen? (Verabredungen an Treffpunkten)
- Kann jeder Teilnehmer rechnen, lesen, schreiben? (Laufzettel bei einer Rallye)
- Ganze Gruppe oder nur eine bestimmte Anzahl?
- Wie kann die Gruppe unterteilt werden?

Anlagen

Anlage 1: **Judo mit Behinderten (Martin von den Benken)**

Anlage 2: **Anmerkung des DJB zur Prüfungsordnung im ID-Judo**

Anlage 3: **Kyu-Prüfungsordnung für ID-Judoka (nicht stehfähig) (2013)**

Anlage 4: **Kyu-Prüfungsordnung für ID-Judoka (stehfähig) (2015)**

Anlage 5: **Dan-Prüfungsordnung für ID-Judoka (2015)**

Anlage 6: **Sport- und Kampfordnungen für ID-Judoka (2018)**

Anlage 7: **Skilltest (2015)**