

Trampolin-Körperkoordinationstest¹

Geschichte

Seit den 60er Jahren berichten etliche amerikanische und deutsche Autoren über das Trampolin in seinen Möglichkeiten, das Bewegungsgefühl zu verbessern und bei Bewegungsstörungen therapeutisch zu intervenieren (Cratty, Huppertz, Trebes, Böttcher, Honrath, Kiphard, Tepper u.a.).

Die bewegungsdiagnostischen Möglichkeiten des Trampolins wurden von Hünnekens, Kiphard, Kesselmann (63-71) dargelegt.

1963 entwickelte Kiphard und Hünnekens den TKT als klinisches Motodiagnostikum mit 33 items, die 9 Bewegungskategorien zugeordnet wurden:

Gesamtablauf – Haltung – Spannungsgrad – Kraftmaß – Tempo – Gleichgewicht – Seitendifferenz –Haltungsfixation – Extrabewegungen.

Zielsetzung

- Grobauslese (screening) motorisch auffälliger Kinder (Koordinationsschwächen, -Störungen)
- Prüfung der Gesamtkörperkoordination
- Erkennen von:
 - pathologischen, entwicklungsunabhängigen Bewegungsmustern,
 - Beeinträchtigungen sensomotorischer Anpassungsleistungen,
 - Insuffizienzen der statokinetischen Koordination,
 - ganzkörperlicher Fixation,
 - feinen Steuerungs- und Anpassungsschwierigkeiten.

Diagnostische Lupenwirkung

Eine Erstbegegnung mit dem Trampolin erbringt die aussagestärksten Ergebnisse.

Durchführung

Material: großes, gefedertes Sprungtuch.

2 Durchgänge mit einer Dauer von je 1 - 2 Minuten.

Zwei bzw. mehrere Beobachter sitzen etwa 5 m von der Breitseite des Trampolins entfernt an einem Tisch oder stehen hinter einem Sprungkasten.

Sicherung: je eine Hilfestellung pro Trampolinseite.

Auf- und Abstieg mit Hilfe eines entsprechenden Kastenteiles an den Schmalseiten.

Demonstration

Ein Beobachter bzw. Helfer demonstriert den Standsprung. Er springt, ohne seine Richtung zu verändern, fortlaufend in der Sprungtuchmitte. Auf Zuruf des Versuchsleiters dreht er sich jeweils um 90 Grad, bis er sich wieder in der Anfangsposition befindet.

Testanweisung

„Wir wollen einmal sehen, ob ihr in gleicher Weise auf dem Trampolin springen könnt, ohne allzu weit von der Mitte des Sprungtuches abzukommen. Dreht euch erst zur Seite weiter, wenn wir es euch zurufen“.

Wenn der Proband die Anfangsposition wieder erreicht hat, so lautet die bei jedem Kind neu zu wiederholende Anweisung:

„So, nun darfst Du zum Schluß noch einmal 'aufdrehen' und etwas höher springen; aber nur soweit Du Dich in der Luft steuern kannst.“

Die Testprozedur wird wiederholt. Hierzu faltet der Beobachter das Testformular, um den Retest unabhängig von dem Erstergebnis zu protokollieren.

¹ entnommen: E.J.Kiphard: Motopädagogik. S. 54ff

E.J.Kiphard: Bewegungs- und Koordinationsschwächen im Grundschulalter. S. 53ff

Beobachtungsgesichtspunkte

- Kopf zu Rumpf
- Beine zu Becken (Hüftstellung)
- Arme zu Rumpf
- Arm zu Arm
- Beine zu Rumpf
- Bein zu Bein
- Tonusregulierung
- Räumliches, zeitliches, dynamisches Bewegungsverhalten

Auswertung

Test- und Retestergebnisse werden miteinander verglichen. Es zählen nur die zweimal unabhängig voneinander angekreuzten Merkmale. Sie werden durch Unterstreichen im Beobachtungsbogen gekennzeichnet und den Störungsgraden und Störungsbereichen zugeordnet.

Interpretation

Siehe Literatúrauszüge von E.J.Kiphard und B. Richter. Gütekriterien
Die Brauchbarkeit des TKT wurde 73 - 75 auf Anregungen von F. Schilling an verschiedenen Stichproben und in verschiedenen Modifikationen überprüft.

Objektivität / Reliabilität

Intra-, Interraterkoeffizient: $r = 0.55 - 0.93$ mit Stichprobe von $N = 432$, 6-13 Jahre; 7 Beobachter und modifiziertem Beurteilungsbogen; Wehhaus 73, Wehhaus/Lössl 74). Die Beobachtungsschulung anhand eines TKT-Lehrfilms ergab eine wesentliche Verbesserung des Koeffizienten, $r = 0.93$.

Retest-Reliabilität von $r_{tt} = 0.85$ mit Stichprobe von $N = 284$ für das Gesamturteil „unauffällig“ und „auffällig“ (Jahn 75).

Validität

Die Übungseinflüsse sind weitgehend ausgeschaltet.

Die Korrelation vom TKT mit dem Subtest RB vom KTK ergab $r_s = 0.53$ (Wehhaus, Lössl 74).

Zusammenhänge zu feinmotorischen Leistungen konnten ebenfalls nachgewiesen werden.

Die Konstruktvalidierung zu anderen motorischen Tests (LOS KF 18) war gering.

Faktorenanalysen (Wehaus 73) zeigen, daß mit dem TKT etwas anderes gemessen wird als mit den üblichen motorischen Entwicklungstests.

Fünf Faktoren (Wehaus 73, Jahn 75):

- Drehende und zuckende Extrabewegungen
- Instabilität der Körpersenkrechten
- Asymmetrische Seitenbetonungen
- Muskelsteifheit
- Muskelschlaffheit

Es werden augenscheinlich motorische Auffälligkeiten erfaßt, die qualitativ vom normalen Bewegungsverhalten abweichen und die als entwicklungsunabhängige, pathologische Bewegungsmuster anzusehen sind.

Es besteht eine hohe Korrelation zwischen pathologischen Bewegungsmustern, die beim Trampolinspringen auftreten und der Diagnose einer Zerebralschädigung.

Zwischen den einzelnen Bewegungsmerkmalen beim Trampolinspringen besteht eine relativ hohe Korrelation. Die Zuordnung der motorischen Symptommhäufungen zu Störungsgraden und Störungsbereichen resultiert aus Erfahrungswerten, über den Grad der Validität kann keine Aussage getroffen werden.