



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„(Das) Leben mit einer körperlichen Behinderung
unter besonderer Berücksichtigung
des Bildungsaspektes. Eine Untersuchung in Anlehnung
an das Projekt Quali-Tydes“

verfasst von

Carina Danspeckgruber BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreut von: Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer

Danksagung

Für das Interesse und die Annahme meines Themas sowie die kompetente Beratung und Betreuung danke ich Herrn Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer und auch Herrn Mag. Tobias Buchner für die zahlreichen Anregungen und die Begleitung während der gesamten Masterarbeit.

Ebenso möchte ich mich bei den Interviewpartnern, welche sich zur Teilnahme an dieser Studie bereit erklärt und mir in den Interviews viel Vertrauen entgegengebracht haben, bedanken.

Ein großer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, welche mich immer wieder motiviert und an mich geglaubt haben.

Diese Arbeit widme ich in Dankbarkeit meinen Eltern, welche mich während meines gesamten Studiums großzügig unterstützt und begleitet haben.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Carina Danspeckgruber, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe. Die wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen wurden als solche kenntlich gemacht.

17. August 2014, Carina Danspeckgruber BA

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	vii
1 Geschichte und Entwicklung der Pädagogik für Menschen mit einer körperlichen Behinderung	1
1.1 "Heilpädagogik" des 19. Jahrhunderts - Der Mensch als Mängelwesen	1
1.2 Heilpädagogik des 20. Jahrhunderts	4
1.3 Heilpädagogik des 21. Jahrhunderts	5
2 Der Begriff der körperlichen Behinderung ...	10
2.1 ... im Rechtssystem	10
2.2 ... in der Pädagogik	11
2.3 ... in der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)	12
2.4 ... in den Disability Studies	16
3 Formen, Ursachen und Maßnahmen einer körperlichen Behinderung	19
3.1 Formen körperlicher Schädigung	19
3.1.1 Cerebrale Bewegungsstörung	20
3.1.2 Spina bifida	22
3.1.3 Muskeldystrophie	23
3.1.4 Poliomyelitis	23
3.1.5 Niereninsuffizienz	24
3.1.6 Weitere Formen	24
3.2 Ursachen körperlicher Schädigung	25
3.2.1 Beginn der Ursachenforschung	25
3.2.2 Schädigung von Gehirn und Rückenmark	26
3.2.3 Schädigung von Muskulatur und Knochengerüst	27

3.2.4	Schädigung durch chronische Krankheit und Fehlfunktion von Organen	28
3.3	Pädagogische Maßnahmen	29
3.3.1	Frühförderung	29
3.3.2	Schulische Förderung	30
3.3.3	Nach- und außerschulische Förderung	32
3.3.4	Persönliche Assistenz	33
4	Bildung als Grundbegriff der Erziehungs- und Bildungswissenschaft	35
4.1	Recht auf Bildung	35
4.2	Entstehung und Entwicklung der Bildungsidee	36
4.3	Zur fachsprachlichen Differenzierung: Bildung - Erziehung	38
4.4	Studieren mit einer Behinderung	39
5	Das Projekt "Quali-Tydes" - Qualitative tracking with young disabled people in European States	42
5.1	Allgemeine Daten	42
5.2	Ziele und Zielgruppe	43
5.3	Ablauf	43
6	Die individuell-biographisch-soziale Betrachtungsweise von Behinderung nach Mark Priestley	45
6.1	Behinderung und Gesellschaft	46
6.2	Priestley's "generationaler" Lebenslaufansatz	46
6.2.1	Geburt	47
6.2.2	Kindheit	48
6.2.3	Jugend	49
6.2.4	Erwachsenenalter	50
6.2.5	Hohes Alter und Tod	52
7	Qualitative Forschung	53
7.1	Historische Entwicklung	53
7.2	Qualitative Befragung als Datenerhebungsmethode	54
7.2.1	Das narrative Interview	55
7.2.2	Sekundäranalyse von Datenmaterial	56

7.2.3 Biographieforschung als <i>ein</i> Forschungsansatz	57
7.3 Kennzeichen qualitativer Forschung	58
8 Auswertung der Interviews	59
8.1 Forschungsdesign	59
8.1.1 Forschungsansatz und Fragestellung	59
8.1.2 Stichprobe und Interviewablauf	60
8.1.3 Interviewleitfaden	61
8.2 Auswertungsmethode	62
8.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse	62
8.2.2 Kategoriensystem	63
8.3 Auswertung der Interviewdaten	65
8.3.1 Fallvignetten	65
8.3.2 Datenanalyse	67
9 Ergebnisse und Ausblick	97
A Kurzfassung	100
B Abstract	101
C Interviewtranskripte	102
D Lebenslauf	103
Literaturverzeichnis	104

Einleitung

Nach dem Schulabschluss stellt sich für viele junge Leute die Frage: studieren oder arbeiten? Beides weist Vor- und Nachteile auf und muss individuell nach den Wünschen und Fähigkeiten einer Person festgelegt werden. Vor allem für Menschen mit einer Behinderung stellt dies eine große Herausforderung dar und bedarf genauer Planung und Unterstützung.

Das Thema "Studieren" hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen und die Zahl der Studierenden steigt weiter an. Ein Studium eröffnet einerseits zahlreiche Karriereoptionen und Aufstiegschancen sowie bessere Verdienstmöglichkeiten, andererseits sind damit Selbstständigkeit und Unabhängigkeit verbunden. Sowohl Menschen mit aber auch ohne Behinderung haben ein Recht auf Bildung, wodurch zu mehr Integration und Chancengleichheit in der Gesellschaft beigetragen wird.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind die Ressourcen, welche das Absolvieren eines Studiums von Menschen mit einer körperlichen Behinderung ermöglicht haben, von besonderem Interesse. Ziel ist es zum einen darzustellen, welche Bedingungen und Ressourcen zur Absolvierung eines Studiums beigetragen haben und zum anderen, welche Wendepunkte im Leben eines Menschen hierfür entscheidend waren. Für die Darstellung des Forschungsinteresses sowie die Beantwortung der sich daraus ergebenden Fragestellung wurde eine qualitative Befragung als Datenerhebungsmethode gewählt. Das aus den Interviews gewonnene Datenmaterial wird anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen, um die Daten bestmöglich erfassen und die Forschungsfrage entsprechend beantworten zu können.

Einleitend wird die geschichtliche Entwicklung der Pädagogik für Menschen mit einer Behinderung, beginnend vom 19. bis ins 21. Jahrhundert, dargestellt, um dem Leser den Weg, den Menschen mit einer Behinderung zurückgelegt haben, aufzuzeigen und darzustellen, sowie welche Beachtung sie in unterschiedlichen Zeitabschnitten erlangten.

Das darauf folgende Kapitel stellt eine inhaltliche Einführung des Begriffs der körperlichen Behinderung dar. Der Begriff wird je nach Disziplin unterschiedlich definiert, weshalb keine einheitliche Auffassung vorliegt. Folglich wird in diesem Kapitel der Begriff einer Betrachtung im Rechtssystem, in der Pädagogik sowie in der medizinischen Klassifikation der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) und der Disability Studies erläutert.

Um das Ausmaß und die Art der Behinderung der Interviewten besser verstehen zu können, folgt im nächsten Kapitel die Darstellung von Formen, Ursachen und Maßnahmen einer körperlichen Behinderung. Eine Behinderung ist ein augenscheinliches Merkmal einer Person und darf an dieser Stelle - trotz des bildungswissenschaftlichen und pädagogischen

Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit - nicht außer Acht gelassen werden. Im Anschluss werden diverse Förderungen und Unterstützungen aufgezeigt, welche eine Veränderung wie auch Verbesserung im Leben von Menschen mit einer Behinderung hervorrufen können, beginnend im Kleinkindalter mit Frühförderung, danach mit schulischer Förderung, Unterstützungsmöglichkeiten nach und außerhalb der Schule sowie Hilfestellung im Rahmen der persönlichen Assistenz.

Danach folgt die Auseinandersetzung mit dem Bildungsbegriff. Vor allem im Rahmen eines selbstbestimmten und unabhängigen Lebensstils wird (Aus-)Bildung ein hoher Stellenwert eingeräumt. An dieser Stelle wird der Bogen zwischen der vorhin erwähnten medizinischen zur bildungswissenschaftlichen Betrachtungsweise gespannt. Es folgt eine Darstellung der Entstehung und Entwicklung der Bildungsidee sowie der Bedeutung des Rechts auf Bildung. Da die Begriffe "Bildung" und "Erziehung" oftmals synonym verwendet werden, erfolgt in einem nächsten Kapitel die fachsprachliche Differenzierung der beiden Begriffe sowie anschließend die Darstellung des Themas "Studieren mit einer Behinderung". Die Absolvierung eines Studiums stellt für viele Menschen - vor allem mit einer Behinderung - eine große Herausforderung dar. An der Universität Wien werden jährlich Erhebungen durchgeführt, welche Daten und Fakten zu diesem Thema erfassen und verschriftlichen. In Anlehnung an diese Erhebungen wurde dieses Kapitel aufgebaut und liefert somit einen guten Überblick über Probleme bzw. Schwierigkeiten, mit welchen Menschen mit einer Behinderung im Laufe ihres Studiums konfrontiert sind sowie auch Maßnahmen zur Verbesserung dieser.

Der empirische Teil dieser Arbeit ist angelehnt an das Projekt Quali-Tydes (Qualitative tracking with young disabled people in European States), bei welchem individuelle Lebensgeschichten erfasst und international verglichen werden. Inspiriert durch dieses Projekt gestaltet sich auch die vorliegende Arbeit. Somit erfolgen an dieser Stelle allgemeine Daten und Informationen, die Erläuterung der Ziele und der Zielgruppe sowie der genaue Ablauf des Projektes. Die spezielle Form des Interviewverfahrens sowie die Leitfadengestaltung werden für die vorliegende Arbeit weitestgehend aufgegriffen und übernommen. Anschließend wird das Konzept von Mark Priestley, einem britischen Soziologen, sowie seine theoretischen Überlegungen dargestellt. Er geht von einer individuell-sozialen Betrachtungsweise des Menschen aus und stellt dar, in welcher Form Menschen mit Behinderung von der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Priestley setzt sich mit der Beziehung zwischen Behinderung und Lebenslauf auseinander, er definiert hierfür sechs Lebensabschnitte und gibt Aufschluss darüber, welchen Einfluss eine Behinderung auf Personen unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Generationen hat. Aufgrund der Erforschung individueller Lebensgeschichten stellt dies einen passenden theoretischen Rahmen dar. Die Auffassungen Priestley's bilden den Grundbaustein der Arbeit und verstehen sich als erstes Kennenlernen seiner Ansichten, um in einem weiteren Schritt sein Konzept als Kategoriensystem für die Inhaltsanalyse verwenden zu können sowie einen umfassenden Blick auf Menschen mit einer Behinderung im gesamten Lebenslauf zu werfen.

Im Folgenden wird das qualitative Verfahren als Forschungsmethode dargestellt. Es folgt eine nähere Erläuterung des verwendeten narrativen Interviews als qualitative Datenerhebungsmethode sowie die Darstellung der Sekundäranalyse von Datenmaterial, welche für die vorliegende Arbeit zum Teil zutrifft.

Anhand der Interviews werden individuelle Biographien von Menschen mit einer körper-

lichen Behinderung, welche ein Studium absolvierten, erfasst. Die Auswertung der Daten erfolgt mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse. Um diese durchführen zu können, müssen vorab Kategorien gebildet werden. Hierfür wurden vier Schlüsselkonzepte von Priestley sowie eine ergänzende Kategorie, welche sich für das Projekt Quali-Tydes als hilfreich erwiesen hat und auch bei anderen Autoren Anwendung findet, herangezogen. Als sogenannte Unterkategorien dienen Themenbereiche, welche sich aus den Interviews ergaben (zum Beispiel Bildung, Arbeit, Familie, usw.). Des Weiteren werden die Abläufe der Interviews und der Interviewleitfaden skizziert sowie vor der eigentlichen Datenanalyse sogenannte Fallvignetten der interviewten Personen angefertigt.

Im letzten Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse dargestellt, es erfolgt eine konkrete Beantwortung der Forschungsfrage und ein Ausblick über mögliche zukünftige Entwicklungen.

In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund der leichteren Lesbarkeit des Textes die männliche Form gewählt. Frauen und Männer werden jedoch im Text gleichermaßen angesprochen.

Zudem wird abwechselnd von "Menschen mit Behinderung", "behinderten Menschen" und "Behinderten" die Rede sein, da diese Begriffe von verschiedenen Autoren - vor allem im historischen Kontext - unterschiedlich verwendet werden.

Kapitel 1

Geschichte und Entwicklung der Pädagogik für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

Die Geschichte der Heilpädagogik für behinderte Kinder hat ihre Wurzeln im Altertum, erste Bemühungen diese zu erziehen entstanden erst im Zeitalter der Aufklärung "(...)" und erreichten die Kinder je nach Behinderungsart in mehreren historischen Schüben" (Bleidick und Antor 2006, 88f). Ausgehend vom 19. bis ins heutige 21. Jahrhundert wird in folgenden Kapiteln die Geschichte und Entwicklung der Betrachtung des Menschen mit Behinderung dargestellt.

1.1 "Heilpädagogik" des 19. Jahrhunderts - Der Mensch als Mängelwesen

”Es ist normal verschieden zu sein” (v. Weizsäcker 1993, Online).

Das von Reinhard von Weizsäcker, einem ehemaligen deutschen Bundespräsidenten, stammende Zitat hat - vor allem im Behindertenbereich - Beachtung gefunden. Er ist der Meinung, dass es keine "Norm für das Menschsein" gibt. Einige Menschen weisen eine körperliche oder geistige Behinderung auf, andere wiederum sind "Menschen ohne Humor, ewige Pessimisten, unsoziale oder sogar gewalttätige Männer und Frauen" (v. Weizsäcker 1993, Online). Die Auffassung, dass in erster Linie Menschen mit Behinderungen ein Anders- oder Abnormalsein aufweisen ist dennoch stark verbreitet und sie werden oft aufgrund dessen als "Mängelwesen", als "nicht normal" bezeichnet. Unvollkommenheit gehört schon seit jeher zum Wesen des Menschseins, bereits bei alten Skelettfunden wurden körperliche Schädigungen und Deformationen gefunden. Die Geschichte reicht weit zurück, Menschen mit Behinderung gab es schon immer, der Umgang

mit ihnen reicht von Ablehnung und Tötung über Faszination und Neugier, bis hin zu sozialer Fürsorge. Vor allem im 19. und bis Mitte des 20. Jahrhunderts war das Verhalten Menschen mit einer Behinderung gegenüber wenig bis kaum von Fürsorge geprägt. Im Gegenteil, sie wurden von der Gesellschaft ausgeschlossen, abgelehnt und als "abnormal" betrachtet. Viele Menschen mit einer körperlichen Behinderung wurden aufgrund ihrer augenscheinlichen Abnormalität wie Aussätzige behandelt und von der Gesellschaft ausgeschlossen. Trotz der großen Ablehnung lösten diese Menschen aber auch Faszination und Neugier aus. Einige von ihnen erlangten eine besondere Position und wurden auf Märkten sozusagen "ausgestellt". Sie wurden gehalten wie in einem Zoo, von Menschen bestaunt und angestarrt oder waren als zu belustigende Narren bei Höfen tätig (Leyendecker 2006, 14f). Sie nahmen ihr Schicksal hin und versuchten damit so gut wie möglich umzugehen.

Mit Beginn der Aufklärung hat sich das Blatt jedoch gewendet. Menschen mit körperlicher Behinderung betrachteten sich nicht mehr als "Opfer", sondern nahmen ihr Schicksal als Herausforderung an. Im Zuge dessen entwickelten sich verschiedene Wissenschaftsdisziplinen, wie zum Beispiel die Orthopädie. Das erste orthopädische Institut wurde 1780 von Venel, einem Schweizer Arzt, gegründet. Hier wurden erstmals Korrekturen körperlicher Fehl- oder Missbildungen durchgeführt, um einen "Ausgleich des körperlichen Schadens" zu schaffen (Leyendecker 2006, 15). Mittels Bandagen, Schienen und anderen Korrekturmethoden versuchte er körperliche Gebrechen zu korrigieren bzw. zu heilen. Diese Maßnahmen beanspruchten viel Zeit und der Aufenthalt am Institut dauerte oft Jahre. Er kümmerte sich im Zuge dessen nicht nur um den medizinischen Aspekt, sondern auch um die Pflege, Erziehung und Unterricht von Kindern. Weiters entwickelten sich im 19. Jahrhundert sogenannte "Krüppelheime". Es wurde 1832 von Kurz eine Industrie- und Handwerkerschule in München gegründet, in welcher "krüppelhafte Knaben" eine Ausbildung absolvierten, um ihre Existenz zu sichern. 1848 wurde in Kopenhagen eine Einrichtung eröffnet, welche sich sowohl medizinische Hilfe als auch schulische und berufliche Förderung zum Ziel gemacht hatte. Ein sogenanntes "Vollkrüppelheim" entstand 1886 von Pastor Hoppe in Potsdam. Neben medizinischer, schulischer und beruflicher Förderung war hier auch eine Vollversorgung im Heim gewährleistet. Dieses Heim war Vorbild für die Gründung weiterer "Krüppelheime". Das Hauptanliegen der Arbeit in solchen Heimen bestand aus ärztlicher Behandlung, Schule, Berufsausbildung und die Dauerversorgung im Heim. Das Wort "Krüppel" findet im heutigen Sprachgebrauch keine Verwendung mehr, da dieser Begriff von den Betroffenen als diskriminierend empfunden wurde. Bis Mitte des 20. Jahrhunderts war dieser Begriff im Sprachgebrauch noch üblich, die Betroffenen selbst forderten eine Ablösung des stigmatisierenden Begriffs (Leyendecker 2006, 16f). Einen Überblick über die Entwicklung des Begriffs der körperlichen Behinderung und die heutige Bezeichnung erhält man im nächsten Kapitel (siehe 1.2).

Welche Besonderheit bzw. Eigenartigkeit Menschen mit einer körperlichen Behinderung zu dieser Zeit aufwiesen, wird anhand des Beispiels des Cretinismus sichtbar. Helferich (1850) schrieb, dass Menschen mit einer körperlichen Verkümmерung eine eigene Menschenart darstellten, welche "Cretinen" genannt wurden. "Cretin" bedeutet "elendes Geschöpf" und Cretinismus wurde mit "angeborener Blödsinn" tituliert. Helferich schrieb dem Cretinismus die Eigenschaft des Auffälligseins zu; alles was zu dieser Zeit als auffällig wahrgenommen wurde, wurde als Cretinismus bezeichnet. Woher der Cretinismus

genau kam, war im 19. Jahrhundert noch unklar, dennoch wurden erste Überlegungen diesbezüglich angestellt. Als Ursache wurde alles was den Menschen schwächt und ihn in seiner Lebenstätigkeit einschränkte, bezeichnet. Dies konnte zum Beispiel ein Jodmangel der Mutter während der Schwangerschaft sein. Der Cretinismus kam nur endemisch, d.h. in bestimmten Regionen (vermehrt in den untersten Alptälern) vor, wo schlechte klimatische und hygienische Bedingungen herrschten. Auch Foderé (1796) schrieb den Cretinen "nichts mehr Menschliches zu". Sie wiesen sowohl körperliche Auffälligkeiten - wie zum Beispiel einen Kropf, große Hände und einen überproportional großen Kopf - als auch persönliche Verhaltensmerkmale auf. Cretinen seien immer müde und langsam, haben einen starren Blick und wurden als wollüstig und unrein bezeichnet. Sowohl an den Cretinen selbst, als auch an den Umweltbedingungen könnten Vorkehrungen getroffen werden, um dem Cretinismus ein Ende zu setzen. Die Feuchtigkeit in den Tälern musste bekämpft werden, alle Wohnungen sollten so eingerichtet sein "daß sie den Zutritt der Winde und der Sonne offen stehen, und die Kinder täglich allmählich der Sonne auszusetzen" (Foderé 1796, 202). Weiters schlug er als Maßnahme vor, Kinder bis zum siebten oder achten Lebensjahr in das Gebirge zu schicken, da dort trockene Luft herrschte. Die Kinder sollten reinlich und sauber gehalten werden und ihnen sollte stärkendes Essen gegeben werden. Die Zufuhr von Feuchtigkeit in den Körper - zum Beispiel in Form von Obst - sollte vermieden werden und körperliche Ertüchtigung und Stärkung wurde empfohlen, um den Körper gegen die Feuchtigkeit abzustumpfen. Körperliche Ertüchtigungen, Gewalt, sowie kalte Bäder für Kinder um deren Muskeln zu stärken, wurden als Maßnahmen zur Abstumpfung gegen die Feuchtigkeit verwendet (Foderé 1796, 205ff). Laut Helferich wird den Cretinen die Tätigkeit der Entwicklung und Ausbildung der Seele abgesprochen. Sie besitzen eine Seele, tragen sozusagen die zu entwickelnden Keime in sich, aber können diese nicht (zumindest nicht ohne Hilfe) zum Sprießen und Gedeihen bringen. Somit besitzt die Seele eine Entwicklungsfähigkeit, sie ist ein "unter Umständen sich Ausbildendes, in immer höherer Vollkommenheit Werdendes" (Helferich 1850, 67). Durch die Zuschreibung der potenziellen Entwicklung der Seele erschienen pädagogische Maßnahmen sinnvoll. Durch Sinnesübungen und Tätigkeiten sollte die Entwicklung der Seele der Cretinen angekurbelt und gestärkt werden. Bei den Cretinen waren die Sinne Gehör und Gesicht stärker ausgebildet, der Gefühls-, Geschmacks- und Geruchssinn weniger stark entwickelt. Die Aufgabe der Pädagogik ist es,

"die Tätigkeiten der Seele nach den verschiedenen Richtungen zu entwickeln, sie fähiger und kräftiger zu machen, die unbestimmte Anlage umzuwandeln in eine bestimmte Kraft, den armen Geist zu bereichern durch Aufnahme von wissenswürdigem Stoff und die Anbahnung der Weiterentwicklung der Kraft durch zweckmäßige Verarbeitung dieses Stoffes" (Helferich 1850, 77).

Im Gegensatz zu Helferich schreibt Dr. Massei den Cretinen keine Möglichkeit der Entwicklung und einen Mangel an Vernunft zu. Ihnen fehlt es an menschlichem Verstand, sie sind nicht in der Lage Tätigkeiten auszuführen (Helferich 1850, 74). Dennoch sei auf die potenzielle Möglichkeit der Erziehung und Bildung von Cretinen hingewiesen, um ihre Lage zu verbessern. Foderé (1796, 214) ist der Meinung, dass der "vollkommene Cretinismus" unheilbar, aber verbesserungswürdig ist. Auch Helferich, der einen individuell-theoretischen Blick ins Auge fasst, geht von einer prinzipiellen Veränderbarkeit und Ver-

besserung des Seelenlebens aus und betrachtet Cretinen "als Menschen (...) wie wir" (Helferich 1850, 79).

1.2 Heilpädagogik des 20. Jahrhunderts

Den heftigsten Einbruch erlangte die Heilpädagogik Mitte des 20. Jahrhunderts während der NS-Zeit, in der Massenmorde und Zwangssterilisationen an Menschen mit Behinderung durchgeführt worden sind. Somit wurde die Weitergabe von "genetisch geschädigten Material", wie körperliche und geistige Schädigungen, wie sie zu dieser Zeit definiert wurden, verhindert und durch Euthanasiemaßnahmen "lebensunwertes" Leben ausgelöscht (Leyendecker 2006, 14f). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde bereits von der "Vermeidung der Weitergabe von Schädigungen" gesprochen, welche durch Eugenik ("Erbhygiene") ferngehalten werden sollten. Ziel war es, das Erbgut zu pflegen und "starke Rassen" zu erhalten und "weniger lebensfähige Rassen" zu vernichten. Somit wurde das Lebensrecht von Menschen mit Behinderung in Frage gestellt, das eugenische Denken verschärfte sich und "führte im NS-Staat schrittweise und schleichend zur Euthanasie" (Biewer 2009, 22). Mit der Machtergreifung der Nazis wurde das Gesetz der "Zwangsterilisationen bei Erbkrankheiten" eingeführt, zu denen auch der "angeborene Schwachsinn" gehörte. Unter diesen "staatlichen rassenhygienische[n] Maßnahmen" wurde die Anzahl der Sterilisationen auf ca. 350.000 geschätzt. Die sogenannte "Rassenpflege", wie Staemmler (1933, 6) sie nennt, betonte den biologischen Aspekt des Menschen und ging von einem Zusammenhang von Genen, Erbgut und Anlagen einer Rasse aus. Die Anlagen definierten sich als Erbmasse, welche von den Eltern an die Kinder vererbt wurde, wobei hier nur gutes und vollwertiges Erbgut an die Nachkommen weitergegeben werden sollte. In diesem Zusammenhang versteht sich "Rassenpflege" als Auslese der schlechten Erbmasse; "[d]as Gute wird erhalten, das Schlechte vernichtet oder von der Fortpflanzung ferngehalten" (Staemmler 1933, 18).

In Bezug auf die Pädagogik wurde in der Schule zwischen Begabten und Unbegabten unterschieden, wobei nur die Begabten eine Förderung und Geld für eine Ausbildung erhielten (Staemmler 1933, 15f). Die Aufrechterhaltung der Rasse betrachtete der nationalsozialistische Staat als oberste Aufgabe. Die Ausweitung eugenischer Maßnahmen führte schlussendlich gegen Ende des Jahres 1939 zur Euthanasie, ein staatliches Massenmordprogramm. Ermordet wurden psychisch Kranke, körperlich und geistig behinderte Menschen sowie Häftlinge aus Konzentrationslagern (Biewer 2009, 22ff). Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, wird an dieser Stelle darauf nicht näher eingegangen.

Im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts wurden fortlaufend heilpädagogische Einrichtungen gegründet und auch im fachlichen Bereich waren starke Entwicklungen zu erkennen. Die wichtigsten österreichischen Vertreter der Heilpädagogik waren Theodor Heller (1869-1938) und Hans Asperger (1906-1980) (Biewer 2009, 26).

Mit Beginn der 80er Jahre erfolgte eine Änderung der Betrachtung des Menschen mit Behinderung. Anstelle der Auffassung des Menschen mit Behinderung als Mängelwesen trat ein mehr oder weniger integrativer Ansatz ein, welcher nicht nur "das System professioneller Hilfen" erweiterte, sondern auch im Wissenschaftsbereich entscheidende Veränderungen bewirkte (Biewer 2009, 27). Bleidick (1983, 467f) definiert Menschen mit

Behinderung als erziehungsbedürftig, denn dadurch wird er erst zum Menschen. Die Erziehbarkeit eines jeden Menschen wurde vorausgesetzt und ein individualistischer Bildungsgedanke wurde sowohl bei nicht Behinderten, als auch bei Menschen mit einer Behinderung angestrebt. Hier wurde deutlich, dass der Blick auf Gemeinsames gelegt und weniger die Andersartigkeit betont wurde, wodurch sich Zugehörigkeit statt Ausgrenzung an dieser Stelle abzeichnete. Dennoch sah sich der Mensch mit Behinderung zwischen "zwei Welten: der der Behinderten und der der Nichtbehinderten." Der Mensch mit Behinderung wurde als solcher definiert (defizitäre Sicht) und durch Erziehung wurde er zum "nichtbehinderten" Menschen (integrative Sicht). "In der Dialektik von der eigenen Welt des Behinderten, die es zu respektieren gilt, und seiner Zugehörigkeit zur Welt der Nichtbehinderten, auf die er letztlich zu erziehen ist, liegt das Grundverhältnis der Pädagogik der Behinderten" (Bleidick 1983, 475). Das Leben in "zwei Welten" lässt sich einerseits beschreiben als psychisch krank und körperlich beeinträchtigt, andererseits ein ganzheitlicher und vollkommener Mensch zu sein (Bleidick 1983, 474). Anhand dieser Auffassung Bleidick's ließen sich erste annähernd integrative Züge erkennen, welche immer weiter gedacht und entwickelt wurden und im 21. Jahrhundert ihren Höhepunkt erreichten. Ausgehend von der Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Heilpädagogik immer mehr als pädagogische, weniger als medizinische Disziplin betrachtet.

1.3 Heilpädagogik des 21. Jahrhunderts

Bereits bei Felkendorff (2003, 25) lässt sich eine sozialwissenschaftlich-integrative Be- trachtung erkennen. Aus soziologischer Sicht spricht er von dem Problembegriff "Behinderung", da diese Zuschreibung eine stigmatisierende und diskriminierende Wirkung auf die betroffenen Personen hat. Die Verwendung des Behinderungsbegriffs bringt negative Folgen mit sich und Bedarf laut Felkendorff einer Neuerung bzw. Umbenennung. Er plädiert für den "Verzicht auf eine eigenständige Behinderungsdefinition", den Ersatz des Behinderungsbegriffs durch einen anderen (z.B. anstatt behinderter Mensch - Mensch mit Behinderung), der Verwendung des Begriffs von anderen Instanzen oder der "ersatz-losen Aufhebung" (Felkendorff 2003, 27). Aufgrund der im Text zahlreich diskutierter Instanzen lässt sich insgesamt festhalten, dass der Begriff der Behinderung zwar nicht ganz vermieden werden kann, aber eine "ideologie- und vorurteilsfreie" Definition angestrebt werden soll. Mit anderen Worten: "Nicht von *dem Körperbehinderten* zu spre- chen, sondern ihm etwas von der Stigmatisierung zu nehmen, indem zuvorderst von Men- schen, Kindern, Personen gesprochen wird, die u.a. auch eine Körperschädigung haben" (Leyendecker 2006, 18). Der Behinderungsbegriff wird in vielen Bereichen unterschied- lich diskutiert und definiert, aber weist dennoch in manchen Bereichen die Gemeinsam- keit einer "sinnvollen Kategorie für die Beschreibung gesellschaftlicher Wirklichkeit" auf (Felkendorff 2003, 50). Hier lässt sich die Notwendig- und Wichtigkeit einer sozialen Betrachtungsweise von Behinderung erkennen, in welcher der Mensch mit Behinderung erst durch die Gesellschaft zu diesem wird. Der Mensch kommt nicht behindert zur Welt, sondern wird erst durch soziale Reaktionen und Zuschreibungen zu einem Menschen mit Behinderung. Folglich ist "Behinderung (...) kein absolutes, sondern ein relationales, in Interaktion zugeschriebenes Merkmal" (Felkendorff 2003, 43).

Der individuell-subjektive Blick zeichnet sich auch bei Kobi (2004, 25) ab. Der Ausgangspunkt pädagogischen Handelns ist das Subjekt selbst, muss als solches ernst genommen werden und bildet somit den Mittelpunkt der Erziehung und Pädagogik. Erziehung wird laut Kobi (2004, 25f) als Praxis, Pädagogik als zugehörige Theorie bezeichnet. Er distanziert sich von einer objektiven Sichtweise und plädiert für die Überwindung des Unterschieds von Subjekt und Objekt. Erziehung funktioniert nur durch Beziehungen, sie ist "(...) ein Beziehungsmodus menschlicher Subjekte" (Kobi 2004, 31). Vor allem die Erziehung eines behinderten Kindes ist aus heilpädagogischer Sicht besonders wichtig, wobei immer das Subjekt und nicht die Behinderung im Vordergrund steht. Nicht der Defekt macht die Behinderung aus, sondern wie die Gesellschaft diese definiert und wie sich der Betroffene selbst wahrnimmt mit seiner Behinderung (Kobi 2004, 34). Wie bereits in vergangenen Kapiteln erwähnt, wird der Mensch mit Behinderung oft objektiviert. Vor allem im 19., teilweise auch im 20. Jahrhundert wurde auf die Befindlichkeit dieser Personen kein Wert gelegt und sie wurden als "Ding" und nicht als Mensch behandelt. Sie wurden auf ihren Defekt reduziert, als wertlos erklärt und in entsprechenden Institutionen als "Behandlungsgut" untergebracht (Kobi 2004, 39). Der Mensch wurde hier beraubt in seiner Individualität, Freiheit und Mündigkeit. Kobi wendet sich stark von dieser objektiven Sichtweise ab und entwirft eine auf das Individuum bezogene, integrative Theorie in Bezug auf Menschen mit Behinderung. Anhand des folgenden Zitats wird der Unterschied zwischen objektiver und subjektiver Perspektive deutlich: "Die objektivierende Gegenstandszuwendung erforscht das Sein; die subjektivierende Personenzuwendung erkundigt sich nach dem Befinden" (Kobi 2004, 64).

Haeberlin (2005) spricht in seinem Werk "Grundlagen der Heilpädagogik" von einer "wertgeleiteten Pädagogik". Menschen mit Behinderung erfahren oft eine Bedrohung der Würde und des Rechts auf Leben (Haeberlin 2005, 26). Haeberlin betont das Lebensrecht eines jeden Menschen, auch das von Menschen mit Behinderung und nimmt somit ebenfalls eine individuell-soziale Betrachtungsweise ein. Sowohl Kobi als auch Haeberlin vertreten die Meinung, dass der Mensch nicht behindert ist, sondern durch die Gesellschaft behindert wird. Die wertgeleitete Pädagogik geht davon aus, dass jeder Mensch Werte und Moral besitzt. In diesem Zusammenhang muss Denken und Handeln von folgenden Werten geleitet sein: Menschenwürde (Respekt, Haltung, Umgang und Austausch mit anderen Personen), Unverletzlichkeit (keine körperliche Verletzung) und Gleichwertigkeit (Haeberlin 2005, 33).

Eine entgegengesetzte, medizinisch-biologische Theorie nimmt Speck (2008) ein. Wie aus den Auffassungen der vorangegangenen Autoren zu entnehmen ist, hat der biologische Aspekt einer Behinderung im 21. Jahrhundert an Bedeutung verloren. Speck's Überlegungen hingegen konzentrieren sich auf die Biologie bzw. Genetik des Menschen, bei welchen die Behinderung ihren Ausgang in der "Schädigung des Organismus" findet (Speck 2008, 127). Die pädagogischen Phänomene lassen sich nicht ausschließlich sozialwissenschaftlich erklären, sondern unterliegen biologischen Aspekten oder werden vom Gehirn gesteuert. Die Entwicklung eines Kindes hängt somit von der genetischen Ausstattung ab und wird nur geringfügig von der Erziehung beeinflusst. Dem Gehirn wird dabei eine entscheidende Bedeutung beigemessen, da es unsere Gedanken lenkt und somit keinen freien Willen zulässt. Ehe wir Denken und Handeln, entscheidet das Gehirn bevor es uns bewusst wird (Speck 2008, 136f). Vor allem das Interesse an der Humangenetik - welche ein Teil der Biologie ist - hat seit dem Jahr 2000 an Bedeutung gewonnen. Auf-

grund der enormen medizinischen Entwicklung ist es heutzutage möglich, ein "Kind nach Wunsch" zu bekommen. "Was gentechnologisch bereits jetzt möglich ist, ist die Verhinderung krankheitsbehafteten Lebens durch die so genannte Präimplantationsdiagnostik (PID)" (Speck 2008, 133). Somit können Embryonen bei einer künstlichen Befruchtung, bevor sie sich in der Gebärmutter einnisteten, auf Defekte untersucht und bei Schädigung als unbrauchbar aussortiert werden. Die rechtliche Lage der Durchführung einer PID ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt und stark umstritten (Speck 2008, 135f). Um die Gesetzeslage an dieser Stelle näher auszuführen, würde erstens den Rahmen sprengen und zweitens ist dies für das Thema der Arbeit un wesentlich. Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge lassen immer öfter Eltern pränatale Vorsorgeuntersuchungen durchführen. Die Ultraschalluntersuchung ist seit den 60er Jahren eine beliebte und gängige Untersuchungsmethode zur Feststellung des Geschlechts des Kindes sowie möglichen Komplikationen während der Schwangerschaft. Darüber hinaus können auch erste Auffälligkeiten - wie zum Beispiel eine verdickte Nackentransparenz (Hinweis auf Down-Syndrom, auch Trisomie 21 genannt) - festgestellt werden. Um eine weitere Abklärung frühzeitiger genetischer Defekte zu schaffen, können diverse andere vorgeburtliche Untersuchungen durchgeführt werden (siehe dazu Rohde und Wassermann 2009). Natürlich gibt es auch Krankheiten, welche während der Schwangerschaft nicht festgestellt werden können und sich erst nach der Geburt zeigen. Wird während der Schwangerschaft eine schwere körperliche oder geistige Behinderung des Ungeborenen festgestellt, besteht auch die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches. Trotz der fortschrittlichen medizinischen Entwicklung bleibt die Frage nach moralischen und ethischen Handlungen und Entscheidungen bestehen. Dank der Pränatalmedizin wird einerseits das Leben von vielen Ungeborenen mittels pränataler Maßnahmen gerettet, andererseits werden Eltern über Auffälligkeiten des Fötus informiert, was vermehrt zu Schwangerschaftsabbrüchen führt (Rohde und Wassermann 2009, 31ff). Es ist eine "Gratwanderung, bei der viel Menschlichkeit auf dem Spiele steht" (Speck 2008, 135).

In Bezug auf eine "sonderschulorientierte Pädagogik" beschreibt Biewer (2009) in seinem Buch "neue Formen der Klassifizierung" und Kategorisierung. Dargestellt werden unterschiedliche Modelle wie zum Beispiel das medizinische Modell ICD-10 (internationale Klassifikation von Krankheiten), die dazugehörige ergänzende Version ICIDH sowie die Neufassung ICIDH-2, welche nach Überarbeitung den Namen ICF trägt. Diese Klassifikationen werden im 2. Kapitel unter Punkt 2.3 näher behandelt, wo der Begriff der körperlichen Behinderung aus medizinischer Sicht betrachtet wird.

Ein anderes Modell stammt von der OECD (Organisation for Co-operation and Development), welche versucht hat, Schüler mit "special educational needs" länderübergreifend miteinander zu vergleichen. Anhand des Vergleichs unterschiedlicher Modelle und verschiedenster Länder hat die OECD eine eigene Unterteilung vorgenommen, um das Material vergleichbar zu machen. Dadurch soll der Begriff "special educational needs" verabschiedet und "eine stärkere Anbindung an das Umfeld der International Standard Classification of Education (ISCED) der UNESCO" angestrebt werden (Biewer 2009, 59). Folgende länderübergreifende Kategorien wurden festgelegt: Unter Kategorie A ("disabilities") fallen jene Schüler, welche eine Behinderung mit organischer Ursache aufweisen. Dies können Schädigungen im "sensorischen, motorischen oder neurologischen Bereich" sein. Kategorie B ("learning difficulties") definiert den Bereich der Lern- und Verhaltensstörungen und mit Kategorie C ("disadvantages") sind "soziale, kulturelle und sprachliche

Benachteiligungen" gemeint. Aufgrund der Zunahme des Inklusionsgedankens wurde somit für den länderübergreifenden Vergleich der Begriff "special educational needs" verabschiedet und durch die drei genannten Kategorien ersetzt bzw. ausgeweitet (Biewer 2009, 60).

Für den Bereich der Sonderpädagogik sind vor allem sonderpädagogische Kategorien von Bedeutung, welche aufgrund der "Schulstrukturentwicklung in Deutschland in den 1950er und 1960er Jahren" eingeführt wurden und einen entscheidenden Beitrag zur "Gliederung des Sonderschulwesens" beigetragen haben. Unterschieden wird zwischen "Blindheit, Sehbehinderung, Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit, Lernbehinderung, geistige Behinderung, Verhaltensbehinderung oder Verhaltensstörung, Körperbehinderung und Sprachbehinderung" (Biewer 2009, 42). Zwischen 1977 und 1991 haben verschiedenste Autoren Bücher zu den genannten Kategorien herausgegeben. Sie scheinen zwar veraltet, geben aber trotzdem "nach wie vor einen guten Überblick über die Strukturierung wissenschaftlicher wie praktischer Arbeitsfelder" (Biewer 2009, 43). Für die neun sonderpädagogischen Bereiche gab es jeweils auch Schulen für das Pflichtschulalter, wie zum Beispiel Schulen für Sprachbehinderte, geistig und körperlich Behinderte oder Lernbehinderte. Seit den 80er Jahren wurde der Behinderungsbegriff im schulpädagogischen Bereich ersetzt durch "sonderpädagogischer Förderbedarf", welcher auch heute noch im Sonderschulwesen Gebrauch findet (Biewer 2009, 43f).

Wie bereits erwähnt, sind Bezeichnungen - wie zum Beispiel "körperbehindert" - vor Jahrzehnten noch üblich gewesen, heute tritt man diesen Begriffen feinfühliger gegenüber. Es besteht Sorge über die stigmatisierende Wirkung solcher Zuschreibungen und es wurde versucht, weniger abwertende Begriffe wie "Mensch mit einer körperlichen Behinderung" einzuführen. Fraglich an dieser Umbenennung von Begriffen (...) ist, dass sie sich nur allzu oft keinem konsistenten Begriffssystem zuordnen lassen und Missverständnisse im öffentlichen wie auch im fachlichen Diskurs Tür und Tor öffnen" (Biewer 2009, 73). Biewer hält abschließend fest, dass Kategorisierungen und Klassifizierungen in der heutigen Zeit weniger gebräuchlich sind, es fehlen aber entsprechende Alternativen. Die "begriffliche Weiterentwicklung von pädagogischen Klassifizierungssystemen (...)" ist daher eine ebenso notwendige wie auch anspruchsvolle Aufgabe für die Zukunft" (Biewer 2009, 75). Eine aktuelle und inklusive Betrachtungsweise lässt sich bei Terzi (2010) erkennen. Sie wirft in ihrem Buch einen neuen Blick auf den sonderpädagogischen Förderbedarf, welcher angelehnt ist an den "capability approach" von Amartya Sen. Zur Evaluation des Wohlbefindens können Aspekte wie zum Beispiel Armut oder Ungleichheit herangezogen werden, welche von besonderem Interesse für Kinder mit "special needs" sind (Terzi 2010, 143f). Der "capability approach" - auch Verwirklichungschancenansatz, Befähigungsansatz oder Fähigkeitenansatz genannt - entstand in den 1980er Jahren durch seine Hauptinitiatoren Amartya Sen, einem Wirtschaftswissenschaftler und Philosophen und Martha Nussbaum, ebenfalls Philosophin. Die Idee des Ansatzes ist keine neue, bereits bei Aristoteles lassen sich Ansätze davon erkennen. Dieser kann somit als Überarbeitung und Weiterentwicklung älterer Ansätze betrachtet werden (Babic et al. 2011, 7).

Im Zentrum steht die Frage, was ein Mensch benötigt, um ein gutes Leben zu führen und wie dies anhand der Fähigkeiten eines Menschen verwirklicht werden kann. Anders als bei den bisherigen Theorien gibt es keine Kategorisierungen und der Mensch steht mit seinen individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten sowie mit den sozialen und kulturellen Besonderheiten im Mittelpunkt. Unterschieden wird jedoch zwischen "capabili-

ties" und "functionings". Ersteres sind die möglichen Funktionen, welcher einer Person zur Verfügung stehen und zweiteres sind die tatsächlich erreichten Funktionen. Diese können als Ziel eines jeden Menschen angesehen werden, welche vom Individuum selbst bestimmt werden können. Anhand eines Beispiels wird der Unterschied deutlicher: Um eine Funktion - zum Beispiel mobil zu sein - zu erreichen, müssen bestimmte Ressourcen oder Mittel zur Verfügung stehen (ein Fahrrad). Um diese entsprechend nutzen zu können, muss man in der Lage bzw. befähigt sein, Rad fahren zu können. Hinsichtlich des sonderpädagogischen Förderbedarfs kann Folgendes festgehalten werden: "In particular, the concept of capability for functionings is especially apt to express children's differences in learning, and provides an alternative framework for re-conceptualizing disability and special educational needs" (Terzi 2010, 144). Der Mensch als Ganzes mit seinen individuellen Fähigkeiten wird in den Blick genommen und das "Anderssein" stößt auf Anerkennung und nicht auf Abwertung oder Ablehnung. Terzi geht folglich davon aus, dass das Konzept der Bildungsfreiheit im "capability approach" zustande kommen könnte. "Der Befähigungsansatz konzentriert sich auf das Menschenleben und nicht auf irgendwelche für sich stehenden zweckdienlichen Daten, etwa die Einkommensquellen oder Verbrauchsgüter, über die eine Person verfügt (...)" (Sen 2012, 261). Der "capability approach" bildet sozusagen einen theoretischen Rahmen um einzelne Aspekte des Wohlergehens zu beurteilen. Er dient der Evaluierung von Ungerechtigkeit, mit dem Ziel zu mehr sozialer Gerechtigkeit beizutragen, welche anhand des Indikators der Freiheit gemessen wird (Sen 2012, 259). Freiheit meint das selbstständige Wählen "(...)" zwischen verschiedenen Lebensstilen und Lebensweisen (...)"". Mit anderen Worten: Die Art und Weise wie man leben möchte selbst zu bestimmen (Sen 2012, 255). Dieser inklusive Blick ist besonders für Menschen mit Behinderung von großer Bedeutung, da sie in einem höheren Maße als weniger eigenständige Individuen wahrgenommen und Entscheidungen für oder über sie getroffen werden ohne sie miteinzubeziehen. In diesem Zusammenhang gewinnen die Menschenrechte immer mehr an Bedeutung, denn im Zentrum steht das Wohlbefinden aller Menschen.

Das 21. Jahrhundert ist geprägt von zahlreichen positiven Veränderungen, der Fortschritt der Technik hat sich weiterentwickelt und auch die Betrachtung des Menschen mit Behinderung erfreut sich eines zuversichtlichen und erfolgreichen Wandels.

Kapitel 2

Der Begriff der körperlichen Behinderung ...

”Der Status der Behinderung verleiht Schutz und Hilfe; zugleich aber bedroht er mit Stigmatisierung und Aussonderung” (Bleidick und Antor 2006, 81).

Behinderung wird von verschiedenen Perspektiven betrachtet. Es besteht keine allgemein gültige Definition von Behinderung, da jede Disziplin andere Betrachtungsweisen heranzieht und für sich auf unterschiedliche Aspekte Wert legt. Somit bestehen ”zwischen den einzelnen Fachgebieten und innerhalb von Fächern zum Teil große Unterschiede im Verständnis von Behinderung” (Biewer 2009, 39). Die folgenden Sichtweisen geben einen allgemeinen Überblick über die unterschiedlichen und teilweise auch gemeinsamen Ansichten einzelner Disziplinen.

2.1 ... im Rechtssystem

Aus rechtlicher Sicht bestehen unterschiedliche Definitionen von Behinderung, wobei in nachfolgenden Ausführungen das Augenmerk auf die österreichische Gesetzeslage gelegt wird. Hier lassen sich in verschiedenen Gesetzen (z.B. Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, Familienlastenausgleichsgesetz, Behinderteneinstellungsgesetz) unterschiedliche Behinderungsbegriffe erkennen.

In § 3 des Bundesgesetzes über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz - BGStG) wird Behinderung definiert als

”Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten” (BGBl 2005, 2).

Ähnliches gilt auch für den Bereich Arbeit in Bezug auf das Behinderteneinstellungsge-
setz (BEinstG). Hier wird Behinderung identisch beschrieben wie im BGStG, lediglich
eine kleine Änderung lässt sich erkennen. An die Stelle der "Teilhabe am Leben in der
Gesellschaft" tritt "(...) die Teilhabe am Arbeitsleben (...)" (ju§line Österreich o.J., Onli-
ne).

Aus diesen Definitionen ist erkennbar, dass sie auf ein nicht der Norm entsprechendes
Verhalten hinweisen und Behinderung als Schädigung definiert wird. Aus sozialrechtli-
cher Sicht wird Behinderung in erster Linie als Zuschreibung bzw. Etikett einer Person
definiert, "(...) das von kulturellen Erwartungshaltungen sowie von Institutionen sozia-
ler Kontrolle zugeschrieben wird" (Bleidick und Antor 2006, 80). Dies lässt sich an den
vorherigen Definitionen in verschiedenen Bereichen erkennen. Beispiel: Im Bereich Ar-
beit wird gesetzlich definiert, wer den Status einer beruflichen Behinderung aufweist. Das
Gleiche gilt auch für die Sonderschule, wo ein sonderpädagogischer Förderbedarf von der
Schulverwaltung zugeschrieben wird. Kritisch betrachtet dies die Pädagogik, welche Wert
auf eine differenzielle Betrachtung legt (Bleidick und Antor 2006, 80).

2.2 ... in der Pädagogik

Wie bereits erwähnt, wird eine derartige Attribuierung - wie aus rechtlicher Sicht - von
der Pädagogik kritisch betrachtet. Der Mensch wird durch seine Behinderung definiert
und das, obwohl er eine Vielzahl an Merkmalen aufweist wie zum Beispiel Geschlecht,
Größe oder Hautfarbe. "Wenn man von einem 'Behinderten' spricht, hebt man einen
Aspekt seines Menschseins als typisierende Eigenschaft mit totalitärem Anspruch her-
aus" (Bleidick und Antor 2006, 80). Für den pädagogischen Bereich ist es wichtig, nicht
nur von der Schädigung auszugehen, sondern "(...) zwischen Schädigung und Behinde-
rung oder zwischen somatischer Schädigung, Beeinträchtigung des Verhaltens und Be-
hinderung der Selbstverwirklichung bzw. Einschränkung der sozialen Teilhabe zu unter-
scheiden" (Leyendecker 2006, 22). Für den pädagogischen - und hier vor allem für den
schulpädagogischen - Bereich stammt eine umfassende Definition körperlicher Behinde-
rung vom Deutschen Bildungsrat aus dem Jahre 1974 von Franz Schönberger:

Körperbehindert ist, wer infolge einer Schädigung der Stütz- und Bewegungsorgane in
seiner Daseinsgestaltung so stark beeinträchtigt ist, dass er jene Verhaltensweisen, die
von Mitgliedern seiner wichtigsten Bezugsgruppen in der Regel erwartet werden, nicht
oder nur unter außergewöhnlichen individuellen und sozialen Bedingungen erlernen
bzw. zeigen kann und daher zu einer langfristigen schädigungsspezifisch-individuellen
Interpretation wichtiger sozialer Rollen finden muss" (Schönberger 1974, 209).

Das Konstrukt Behinderung erfährt in der Pädagogik eine differenzielle und genauere
Betrachtung. Anstelle einer allgemeinen Definition von Behinderung werden verschie-
dene Teilespekte und Eigenschaften eines Menschen betrachtet. Eine jüngere Definition
stammt von Leyendecker aus dem Jahr 2005, welche durchaus Ähnlichkeit zu der Defi-
nition von Schönberger 1974 aufweist. Es liegt bei einer Person eine Körperbehinderung

vor, wenn sie "infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit so in ihren Verhaltensmöglichkeiten beeinträchtigt ist, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Integration erschwert ist" (Leyendecker 2005, 21). Durch den Aspekt der Selbstverwirklichung gewinnt der "Empowerment-Gedanke" an Bedeutung. Der Begriff Empowerment stammt aus den USA, welcher durch Bürgerrechtsbewegungen der schwarzen Minderheitsbevölkerung geprägt wurde und "für andere Gruppen in gesellschaftlich marginaler Position [wie zum Beispiel] für die Independent-Living-Bewegung von Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen (...)" an Bedeutung gewonnen hat. Empowerment wird mit "Selbstbefähigung", "Selbstermächtigung" oder "Selbstbemächtigung" übersetzt, wobei diese Begriffe einer ausführlicheren Untersuchung bedürfen (siehe dazu Theunissen und Plaute 2002). An dieser Stelle sei auf den Empowerment-Gedanken - welcher in der Definition von Leyendecker ersichtlich ist - verwiesen, auf eine genauere Ausführung wird jedoch verzichtet.

2.3 ... in der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Vorerst ist festzuhalten, "dass die medizinischen Klassifizierungen zunächst nichts über Auswirkungen auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit, die subjektiven Lebenserschwerungen und über Chancen und Risiken der Persönlichkeitsentwicklung aussagen" (Bleidick und Antor 2006, 139f). Klassifizierungen im Bereich der Medizin spielen bis heute eine wichtige Rolle, erfahren aber seit dem 19. Jahrhundert Veränderungen und Erweiterungen um soziale Aspekte. Trotz der medizinischen Herkunft dieses Modells eröffnet sie eine transdisziplinäre Sicht und findet in verschiedenen Disziplinen Anwendung (Biewer 2009, 73).

Bereits im Jahre 1992 wurde der Vorläufer bzw. die Erstfassung einer medizinischen Klassifikation der WHO (World Health Organisation - Weltgesundheitsorganisation) in englischer Version veröffentlicht, die sogenannte ICD ("International Classification of Diseases and Related Health Problems"), eine Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Biewer 2009, 35). Sie existiert in vielerlei Ausführungen für unterschiedliche Anwendergruppen; die aktuelle Ausgabe wurde 2014 herausgegeben. Die ICD besteht in 10. Revision und wird aufgrund dessen auch ICD-10 genannt (ausführlicher dazu DIMDI 2013). Sie dient als weltweit bekannte Diagnoseklassifikation in der Medizin und umfasst insgesamt 22 Kapiteln. Anhand von Zahlen- und Buchstabenkombinationen werden diagnostische Unterteilungen vorgenommen, welche eine leichtere Zuordnung von Krankheiten oder anderen Gesundheitsproblemen ermöglichen. Folglich lässt sich eine Krankheit - und deren Ausprägung - einem bestimmten Zahlen- und Buchstabencode zuteilen (Biewer 2009, 35).

Die WHO entwickelte 1980 das sogenannte ICIDH ("International Classification of Impairment, Disability and Handicap") - ein Modell zur Klassifikation von Krankheiten und Behinderungen -, welches als Ergänzung des ICD ("International Classification of De-

seases and Related Health Problems") verstanden wird (Biewer 2009, 61). Die ICIDH unterscheidet zwischen Schädigung ("impairment"), Behinderung ("disability") und Beeinträchtigung ("handicap") und beschreibt Behinderung nicht als Ursache, sondern als Folge von Schädigungen bzw. Krankheiten. Schädigungen betreffen Organe oder Funktionen des Menschen, Beeinträchtigungen Fähigkeiten oder Handlungen die eine Person aufgrund ihrer Schädigung nicht ausführen kann und Benachteiligungen können sich folglich z.B. in den Bereichen Familie oder Beruf ergeben (Bleidick und Antor 2006, 79). "Während die ICD die Klassifizierung von Krankheiten zum Ziel hatte, ging es bei der ICIDH um die Beschreibung von Behinderungen als Krankheitsfolgephänomene". Aufgrund dessen wird die ICIDH - wie auch die ICF - als "bio-psycho-soziales Modell" bezeichnet und gehört somit zur "Familie medizinischer Klassifikationen" von Krankheiten und Behinderungen (Biewer 2009, 61). 1993 kündigte die WHO Veränderungen der ICD-10 und ICIDH an, da sie "in einigen Bereichen nicht mehr kompatibel seien." Es entstand eine Neufassung, welche "auf eine breitere Anwendbarkeit, eine Erleichterung der Verwendung in Praxisfeldern und eine Sensibilisierung gegenüber kulturellen Unterschieden hinarbeiten [sollte]" (Biewer 2009, 62). Dies wurde 2001 unter dem Namen ICIDH-2 veröffentlicht und kurz darauf umbenannt in ICF. Ihren Ursprung hat dieses Modell im medizinisch-diagnostischen Bereich, dennoch betrachtet sie den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen und kann somit auch als transdisziplinäre Betrachtungsweise herangezogen werden.

Anstelle der ICIDH - welche somit an Gültigkeit verlor - tritt nun die ICF, auf deutsch übersetzt "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. "Trotz des Entstehens des Modells aus der Medizin (...) erhebt [sie] den Anspruch, mit ihrer Systematik eine gemeinsame Terminologie für verschiedene Fachgebiete bereit zu stellen" (Biewer 2009, 63). In dieser Klassifikation werden nicht nur wie in der ICIDH "Krankheitsfolgephänomene", sondern auch Gesundheitskomponenten erfasst. Anstatt einer Orientierung an Defiziten "soll nun eine Orientierung an sozialen Faktoren erfolgen" und mögliche Einschränkungen und Hindernisse bei der Entfaltung der Persönlichkeit und sozialen Teilhabe sollen festgestellt werden (Bleidick und Antor 2006, 138f). Dieses Modell ist der Lebenswirklichkeit der betroffenen Personen besser angepasst, da der gesamte Lebenshintergrund mitberücksichtigt wird. Trotz der Ressourcenorientierung sei auch kritisch angemerkt, dass die ICF dennoch ein starkes medizinisches Gewicht hat. Medizinische und pädagogische Aufgabenfelder überschneiden sich teilweise, wodurch mittels ICF zwar eine Ressource, aber keine völlig freie Defizitorientierung entstanden ist. "Auch wenn in der ICF eine Verbindung von körperlichen, personellen und sozialen Faktoren propagiert wird, so setzt doch die Ausarbeitung deutlich fachspezifische Schwerpunkte und verweist damit auf den Ursprung in einer Organisation des Gesundheitswesens" (Biewer 2009, 73). Dennoch kann die ICF in pädagogischen Kontexten angewendet werden, da es in der Heilpädagogik noch "kein vergleichbar differenziertes Klassifikationssystem" gibt. Die ICF ist "für eine transdisziplinäre Anwendung konzipiert"; gleichartige Ausarbeitungen, speziell für den pädagogischen Bereich, stehen am Beginn (Biewer 2009, 72).

Allgemein soll die ICF die Reduktion auf bestimmte Phänomene aus der Welt schaffen und den Blick auf verschiedene Felder des Könnens lenken. Wie bereits erwähnt, ist eine völlig defizitfreie Sicht auf den Menschen mit Behinderung unumgänglich, da ansonsten keine sonder- oder heilpädagogische Hilfe notwendig wäre. Generell verfolgt die ICF

das Ziel, "in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen" (Rentsch 2005, 17). Die Anwendung der ICF betrifft verschiedene Aspekte der Gesundheit eines Menschen und betrachtet nicht die Folgen einer Krankheit oder Behinderung, sondern nimmt eine unabhängige Position mit Blick auf die Gesundheit ein. Dieses Klassifikationsmodell soll eine weltweite Kommunikationsbasis in verschiedenen Disziplinen und Bereichen darstellen. Ziel ist es, eine gemeinsame wissenschaftliche Grundlage der Auffassung von Gesundheit und somit internationale Datenvergleiche zu haben (Rentsch 2005, 18). Anwendung findet das Modell bei allen Menschen, nicht nur bei Menschen mit Behinderung. Basierend auf Aspekten der Gesundheit des Menschen und teilweise auf Komponenten des Wohlbefindens - welche im Modell erwähnt werden - findet dies bei jeder Person Anwendung (WHO 2005, 13).

Nun zum Aufbau der Klassifikation. Sie besteht allgemein aus zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltet Komponenten der *Funktionsfähigkeit und Behinderung* und der zweite Teil beschäftigt sich mit *Kontextfaktoren*. Diese beiden Teile bestehen wiederum aus zwei Bereichen. Der Bereich Funktionsfähigkeit und Behinderung besteht zum einen aus der Komponente des Körpers (Funktionen von Körpersystemen und -strukturen) und zum anderen aus der Komponente der Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation). Diese Elemente können verwendet werden um Probleme aufzuzeigen, was unter dem Begriff Behinderung fällt. Werden hingegen neutrale Aspekte oder Aspekte des Gesundheitszustandes beschrieben, wird von Funktionsfähigkeit gesprochen (WHO 2005, 14). Unter Körperfunktionen versteht man die "physiologischen Funktionen von Körpersystemen" wie zum Beispiel Gehen, Sprechen oder unsere Sinne". Voraussetzung für diese Funktionen sind die Körperstrukturen, welche die "anatomischen Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile" darstellen (Rentsch 2005, 19). Von einer Schädigung wird gesprochen, wenn eine erhebliche Abweichung, Verlust oder Defekt der Körperfunktion oder -struktur vorhanden ist. "Schädigungen werden hier unabhängig von ihrer Ätiologie und Entwicklung betrachtet (...)" und können je unterschiedliche Formen annehmen. Sie können "vorübergehend oder dauerhaft, progressiv, regressiv oder statisch sein, [nachlassend] oder kontinuierlich". Aus medizinischer Perspektive stellt eine Schädigung eine Abweichung von "allgemein anerkannten Standards (...) des Zustands des Körpers und seiner Funktionen" dar und ist somit Teil des Ausdrucks eines gesundheitlichen Problems (WHO 2005, 18). Von Bedeutung ist die Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen in Zusammenhang mit der Kategorie der Aktivitäten und Teilhabe sowie die Berücksichtigung der Wechselwirkung dessen mit den Umweltfaktoren (Beispiel: Wechselwirkung zwischen Licht und Sehen oder Bodenbeschaffenheit und Körperbalance) (WHO 2005, 19). Die Komponente der Aktivität versteht sich als das Tätigsein des Menschen bei der Durchführung einer Handlung; hat dieser Schwierigkeiten diese durchzuführen, liegt eine Beeinträchtigung der Aktivität vor. Partizipation ist die Teilhabe bzw. "das Einbezogensein in eine Lebenssituation". Wird diese als Problem wahrgenommen, ist von einer Beeinträchtigung der Partizipation die Rede (WHO 2005, 19). Bezogen auf die Aktivität und Teilhabe wird in einer Liste zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit unterschieden, welche darauf abzielt, "das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann, zu beurteilen" (WHO 2005, 20). Wie bereits erwähnt, stellen die Kontextfaktoren - neben der Funktionsfähigkeit und Behinderung - den zweiten Teil der ICF dar. Diese

setzen sich zusammen aus Umweltfaktoren, welche in Wechselwirkung mit allen Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung stehen und personenbezogenen Faktoren, welche in der ICF nicht berücksichtigt werden. Bei den Kontextfaktoren wird der gesamte Lebenshintergrund einer Person betrachtet, welche Einfluss auf den Gesundheitszustand haben können. Die Umweltfaktoren "bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten" (Rentsch 2005, 24). Diese können sich auf einer individuellen (wie z.B. Arbeitsplatz, Treffen mit Familie und Freunden oder im häuslichen Bereich) und einer gesellschaftlichen (wie Dienstleistungen, Vorschriften, gemeinschaftliche Aktivitäten) Ebene abspielen (WHO 2005, 22). Aufgrund der Wechselwirkung der Umweltfaktoren "mit den Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten und Partizipation", wird Behinderung wie folgt definiert:

"Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen das Individuum lebt, andererseits" (WHO 2005, 22).

Personenbezogene Faktoren werden in der ICF nicht berücksichtigt, stellen aber eine wichtige Komponente dar, da sie den speziellen Hintergrund des Menschen umfassen. Hierzu zählen sozioökonomische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erziehung, Gewohnheiten, sozialer Hintergrund, ethnische Zugehörigkeit uvm. Diese umfassen alle Merkmale, die auf der Ebene der Behinderung eine Rolle spielen (WHO 2005, 22). Zusammenfassend: Die ICF versucht ein medizinisches mit einem sozialen Modell von Behinderung zu vereinen. Das medizinische Modell betrachtet den Menschen mit Behinderung als versorgungsbedürftig, weil aufgrund "einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem" ein Bedarf besteht. Der Mensch benötigt medizinische Versorgung um geheilt zu werden, sich der Gesellschaft anzupassen oder sein Verhalten zu ändern. Die medizinische Behandlung bzw. Versorgung steht im Mittelpunkt dieses Modells (WHO 2005, 24).

Ein weiteres medizinisches Klassifikationsmodell ist das DSM ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"), ein "diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen". Für die vorliegende Arbeit sind psychische Störungen nicht relevant, es ist ausschließlich in Zusammenhang mit dem ICD-10 erwähnenswert. Das DSM stellt eine Ergänzung bzw. Ersatz für einzelne Teile des ICD-10 dar und dient als "korrespondierende[r] Diagnoseschlüssel". "Das ICD ist weniger forschungs- und verhaltensorientiert als das DSM und klassifiziert neben psychischen Störungen auch körperliche Erkrankungen (...)" (Gerrig und Zimbardo 2008, 553). 1952 wurde die erste englische Fassung (DSM-I) von der amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung veröffentlicht, die aktuellste deutsche Version besteht in vierter Bearbeitung (DSM-IV) und wurde 2003 unter Revision (DSM-IV TR - TR steht für Textrevision) erstellt. Das DSM-Modell ist weltweit bekannt und vor allem in Bezug auf das 5. Kapitel der ICD-10 konkreter und ausführlicher. Es konzentriert sich primär auf Symptome und Verläufe von Störungen und betrachtet den Menschen als defizitär aufgrund seiner Krankheit oder Störung (ausführlicher dazu Gerrig und Zimbardo 2008). Die beschriebenen Klassifikationen und Modelle betrachten Behinderung als individuelles medizinisches Problem einer Person, deren Körper dauer-

haft geschädigt bzw. behindert ist. Um dieses Problem zu beheben werden ausschließlich pflegerische Maßnahmen und speziell auf die Schädigung bzw. Behinderung zugeschnittene Hilfsmittel angeboten.

2.4 ... in den Disability Studies

Während aus medizinischer Sicht eine Behinderung primär ein persönliches Problem darstellt, wird aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht Behinderung als kollektives, von der Gesellschaft verursachtes Problem definiert, "das mit der Tatsache zusammenhängt, dass das gesellschaftliche Umfeld (kulturell, institutionell, baulich usw.), in dem sich eine Person mit einem dauerhaften Gesundheitsproblem bewegt, ihr nicht erlaubt, ein voll integriertes soziales Leben zu führen" (Gazareth 2009, 6). Dies können zum Beispiel bauliche Barrieren für Rollstuhlfahrer oder schriftliche Informationen, welche für blinde Personen nicht wahrnehmbar sind, sein. Die Sozialwissenschaften zielen darauf ab, Behinderungen und Beeinträchtigungen in ihren gesellschaftlichen Bedingungs- und Wirkungszusammenhängen zu erfassen. Somit nimmt die Gesellschaft einen entscheidenden Stellenwert in der soziologischen Betrachtung ein und stellt die Hauptursache einer Behinderung des Menschen dar. Aufgrund individueller und gesellschaftlicher Dynamiken betrachtet sie Behinderung von einem sozialen Standpunkt aus, infolge dessen ein Modell entwickelt wurde unter dem Namen "social model of disability" (soziales Modell von Behinderung). Die Soziologie kritisierte die medizinische und wandte sich der sozialen Betrachtung des Menschen zu, in welcher die Gesellschaft als externe Ursache der Behinderung von Menschen angesehen wird. Nicht durch die gesundheitliche Beeinträchtigung, sondern durch die Gesellschaft wird eine Person behindert. "Hierbei ist 'Behinderung' kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden" (WHO 2005, 25). Nicht der Einzelne muss sich ändern, sondern die Gesellschaft, um "die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation [Teilhabe] der Menschen mit Behinderung in allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist" (WHO 2005, 25).

Der Ursprung des Ansatzes stammt aus den 60er Jahren aufgrund von Bürger- und Menschenrechtsbewegungen. Angesichts dessen gab es "politische Diskussionen" und die Aktivisten Paul Hunt und Vic Finkelstein (ebenfalls mit einer körperlichen Behinderung) gründeten in den 70er Jahren in Großbritannien die sogenannte UPIAS (Union of Physically Impaired Against Segregation), "eine in den Folgejahren maßgebliche politische Organisation körperbehinderter Menschen" (Kastl 2010, 49). Auch Mark Priestley, ein britischer Soziologe, beschreibt das soziale Modell von Behinderung wie folgt: "Social model approaches to disability focus on explaining the social processes and forces that cause people with perceived impairments to become disabled, as a minority group in society" (Priestley 2003, 14). Behinderung wird als soziale Konstruktion, nicht als persönliches Merkmal beschrieben. Das Modell beschreibt soziale Prozesse und wie Menschen durch die Gesellschaft behindert werden, da sie in erster Linie Angehörige einer unterdrückten Minderheit sind. Im Jahr 1983 beeinflusste der Akademiker Mike Oliver den Begriff des sozialen Modells von Behinderung. Er unterschied zwischen "impairment" (Beeinträchtigung) und "disability" (Behinderung). Eine Beeinträchtigung ist laut

Oliver auf eine körperlich-anatomische Schädigung zurückzuführen, unter Behinderung versteht er eine "Aktivitätseinschränkung und ein damit verbundener generell nachteiliger gesellschaftlicher Status" (Kastl 2010, 49). Eine Behinderung hat ihren Ursprung also nicht aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, sondern die Gesellschaft schafft Barrieren, die Menschen an ihrer Partizipation hindern. Somit nimmt Oliver eine soziale Sichtweise ein und definiert die Gesellschaft als beeinträchtigenden Faktor eines Menschen mit Behinderung. Behinderung bedeutet Benachteiligung und stellt eine Form von sozialer Unterdrückung dar. In der Gesellschaft kommt Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer Schädigung wenig bzw. gar keine Bedeutung zu und sie werden aufgrund dessen an der Teilhabe sozialer Aktivitäten ausgeschlossen. Auf Basis dieser Sichtweise Oliver's wurde das theoretische Fundament der Disability Studies gelegt (Waldschmidt und Schneider 2007, 57). Sie sind in den 80er Jahren in Großbritannien und den USA als "interdisziplinäre Forschungsrichtung" entstanden und versuchten "(...) sozial- und kulturwissenschaftliche Lücken im Behinderungsdiskurs zu füllen" (Waldschmidt und Schneider 2007, 12). Die Disability Studies zielen darauf ab, den Forschungsgegenstand "Behinderung" aus seiner Randposition zu entfernen und ihn in die Mitte des Forschungsinteresses zu stellen. Die Auffassungen von Behinderung unterschiedlicher Disziplinen sollen unter einem Dach zusammengefasst und unter dem Blick der Disability Studies betrachtet werden, um ein "neues Profil" des Behinderungsbegriffs zu erlangen. Disability Studies stellen das "Verhältnis von Individuum, Gesellschaft und Kultur" dar und begreifen Behinderung als soziales, kulturelles und historisches Konstrukt (Waldschmidt und Schneider 2007, 12f). Sie streben keine Behandlung bzw. Rehabilitation von Behinderung, sondern eine soziale, politische und kulturelle Veränderung eingeschränkter Gegebenheiten an. Ab dem Jahr 2000 haben sich die Disability Studies auch in Deutschland etabliert. Ausschlaggebend dafür waren zwei Tagungen: ("Der (im)perfekte Mensch" aus dem Jahr 2001 und 2002 "PhantomSchmerz"). 2002 wurde erstmals eine bundesweite Arbeitsgemeinschaft gegründet, 2003 gab es eine Sommeruniversität in Bremen und es folgten Lehrtätigkeiten, Vorlesungen und Tagungen an verschiedenen Hochschulen. Auch Fachzeitschriften veröffentlichten Artikel zum Thema "Disability Studies" (Waldschmidt und Schneider 2007, 14). Ziel der Disability Studies ist ein kulturwissenschaftlicher Perspektivenwechsel, bei welchem Behinderung - im Vergleich zum medizinischen und sozialen Modell - neu gedacht wird. Behinderung ist das Ergebnis von Stigmatisierung und soll durch individuelle und gesellschaftliche Akzeptanz zu mehr Anerkennung führen. Auch für die Soziologie haben die Disability Studies an Bedeutung gewonnen, da sie "Behinderung nicht nur aus dem anwendungsorientierten Blickwinkel, sondern aus einer grundlagen- und gesellschaftstheoretischen Sicht (...) beleuchten" (Waldschmidt und Schneider 2007, 15).

In Bezug auf das soziale Modell von Behinderung ist noch erwähnenswert, dass das 2009 in Kraft getretene "Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen" (kurz Behindertenrechtskonvention oder UN-Konvention) sich an diesem Modell orientierte. So heißt es im Präambel Artikel 1:

"Zu den Menschen mit einer Behinderung zählen 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" (BGBI 2008, Online).

Wie beim sozialen Modell von Behinderung, liegt auch hier die Betrachtung nicht bei den körperlichen und psychischen Defiziten, sondern darauf, wie die Gesellschaft damit umgeht. Die Konvention ist ein internationaler Vertrag, in welchem sich Staaten mit ihrer Unterzeichnung verpflichten, die Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen zu fördern. Es werden keine neuen, sondern bereits bestehende Rechte, speziell für Menschen mit Behinderung, konkretisiert. "Das Vertragswerk stellt einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Rechte von weltweit rund 650 Millionen behinderter Menschen dar" (BMAS 2011, Online).

Dennoch ist abschließend festzuhalten, dass es kein entweder/oder gibt. Behinderung ist sowohl eine physische wie auch soziale Konstruktion. Vor allem in Bezug auf eine körperliche Behinderung lässt sich das eine nicht vom anderen ausschließen. Eine körperliche Behinderung ist ein bestimmtes Merkmal bzw. augenscheinliche Tatsache eines Menschen, wie die Gesellschaft damit umgeht hingegen verschieden. "Insofern muss Behinderung immer auch als soziales Handlungsproblem (oder auch eines nicht bestehenden Handlungsproblems!) analysiert werden, in das soziale Konstruktionen, soziale Reaktionen, aber eben auch die Physis des Sozialen und die Sozialität der Physis gleichermaßen eingehen" (Kastl 2010, 128).

Kapitel 3

Formen, Ursachen und Maßnahmen einer körperlichen Behinderung

Behinderung ist ein bestimmtes Merkmal bzw. Bestandteil eines Menschen - was ist damit genau gemeint? Im Folgenden werden verschiedene Erscheinungsformen und deren Ursachen beschrieben sowie pädagogische Maßnahmen zur Unterstützung und Hilfeleistung eines Menschen mit Behinderung. Die unterschiedlichen Formen und Ursachen einer Behinderung entspringen dem medizinischen Bereich und dienen als Feststellung der Rahmenbedingungen. Trotz des medizinischen Bezugs können Diagnosen "auch als Konzepte der Entscheidungsvorbereitung betrachtet werden, die Fehlentscheidungen vorbeugen sollen" (Biewer 2009, 81). Das letzte Unterkapitel beschäftigt sich mit pädagogischen Maßnahmen einer körperlichen Behinderung, um den Betroffenen "ein normorientiertes gesellschaftliches Zusammenleben" zu ermöglichen. Hierbei handelt es sich weniger um die Umsetzung von Normen, sondern um das Bemühen, "den Spielraum normativer Orientierung zu erweitern" (Leyendecker 2006, 52f).

Vorweg ein kurzer Überblick über den Krankheits- bzw. Behinderungsbegriff. Eine Person gilt als chronisch krank bzw. behindert, wenn "eine Krankheit (...) nicht heilbar, aber auch (...) nicht tödlich [ist]". Somit lässt sich je nach "Ausmaß der Symptomatik und dem Verbleiben von Funktionseinschränkungen (...)" eine chronische Krankheit oder Behinderung feststellen (Bleidick und Antor 2006, 320). In diesem Sinne ist Behinderung das Ergebnis eines langen und schweren Krankheitsverlaufes.

3.1 Formen körperlicher Schädigung

"Die mit Abstand häufigsten dauerhaften Beeinträchtigungen sind Probleme mit der Beweglichkeit". Rund 13 % der österreichischen Bevölkerung leiden darunter (Leitner und Baldaszti 2008, 11).

Zu den häufigsten körperlichen Schädigungen zählen cerebrale Bewegungsstörungen (bis zu 20 %), gefolgt von Spina bifida (0,5 - 1 %), Muskeldystrophie (0,3 - 0,6 %), Poliomyelitis (0,01 %) und Niereninsuffizienz (0,005 %) (Leyendecker 2006, 24).

Bleidick und Antor (2006, 141) unterscheiden weitere Schädigungsformen: durch Unfall bedingte Querschnittslähmung oder Hirnschädigung, Kleinwuchs, Rheuma, AIDS, Adipositas, Hautkrankheiten, Ent- bzw. Fehlstellungen oder schwere Organfehler.

3.1.1 Cerebrale Bewegungsstörung

Bis zu 20 % der Menschen mit einer körperlichen Behinderung weisen cerebrale Bewegungsstörungen auf, wobei hierzu sowohl minimale als auch schwerwiegendere Störungen zählen. Wie bereits in Kapitel 2.3 erwähnt, werden Behinderungen bzw. Schädigungen aus medizinischer Sicht klassifiziert in ICD-10. Hier werden in Kapitel VI unter "Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome" (G80-G83) folgende Klassifikationen getroffen: G80.- Infantile Zerebralparese, G80.0 Spastische tetraplegische Zerebralparese, G80.1 Spastische diplegische Zerebralparese, G80.2 Infantile hemiplegische Zerebralparese, G80.3 Dyskinetische Zerebralparese, G80.4 Ataktische Zerebralparese, G80.8 Sonstige infantile Zerebralparese und G80.9 Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet (DIMDI 2013, Online). Frühkindliche cerebrale Bewegungsstörungen (infantile Cerebralparesen) sind bleibende Haltungs- und Bewegungsstörungen infolge einer Störung, welche eingetreten ist, bevor das Gehirn seine Reifung abgeschlossen hat. Eine frühkindliche Hirnschädigung führt zu einer Behinderung und somit zu Störungen des Nervensystems und der Muskulatur. Gekennzeichnet sind frühkindliche Bewegungsstörungen "durch abnormale Muskelspannung und gestörte Koordination von Bewegungsabläufen sowie veränderte Ausdrucksbewegungen" (Leyendecker 2006, 27).

Störungen lassen sich unterteilen in: spastische Lähmungen, Athetose, Ataxie (Tetra-, Di-, Para- und Hemiparesen). Die Bezeichnung "Paresen" wird laut Duden (Online) beschrieben als "leichte Lähmung" bzw. "motorische Schwäche". Spastische Paresen sind charakterisiert durch erhöhte Muskelspannung, zeichnen sich infolge durch verkrampte Bewegungsabläufe aus, bis hin zu langsamer oder völliger Bewegungsunfähigkeit (eingeschränkter Bewegungsumfang). Athetotische Syndrome zeigen sich anhand eines schwankenden, unwillkürlichen Muskeltonus. Aufgrund von Schädigungen der Muskulatur kommt es zu eigenwilligen, "unwillkürlich ausfahrende[n] und ruckartige[n] Bewegungen" sowie zu Fehlbildungen der Haltung. Ataxie bezeichnet eine Störung des Gleichgewichts und der Bewegungscoordination aufgrund "niedrige[r] Muskelspannung" und einem Mangel an Bewegungssteuerung. Von ataktischen Symptomen können unterschiedliche Körperteile betroffen sein. Sind alle 4 Extremitäten (Arme, Beine) als auch Rumpf, Kopf und Hals betroffen, spricht man von einer Tetraparesie. Diparesen betreffen ebenfalls die 4 Extremitäten mit Schwerpunkt "des Beckengürtels und der Beine". Hier betrifft die Behinderung die untere Körperhälfte, die Arme sind meist weniger betroffen. Sind beide Beine jedoch keine Arme von einer Lähmung betroffen, wird diese als Paraparesie bezeichnet. Ist nur eine Körperseite von einer Behinderung betroffen, spricht man von einer Hemiparesie (Leyendecker 2006, 27). In Zusammenhang mit cerebralen Bewegungsstörungen treten auch häufig "Störungen der Wahrnehmung und Kognition" sowie Anfallsleiden auf (Lechta 2002, 96). Anfallsleiden sind gekennzeichnet durch plötzlich auftretende Zuckungen infolge anfallsartiger "Störungen der Hirntätigkeit durch elektrische Entladungen" (Leyendecker 2006, 28). Auch "Sprachstörungen" und "sensorische Behinderungen" können in Verbindung mit Bewegungsstörungen auftreten (Leyendecker 2006, 27).

An dieser Stelle erfolgt - aufgrund der häufigen Verbindung von cerebralen Bewegungsstörungen mit anderen Beeinträchtigungen bzw. Störungen - ein Exkurs zum Thema Sprachstörungen und sensorische Behinderungen.

Exkurs: Sprachliche und sensorische Beeinträchtigung

”[Die] Sprachentwicklung ist einerseits durch die motorische Beeinträchtigung selbst (aufgrund des dialektischen Zusammenhangs zwischen Sprache und Motorik), andererseits durch die breite Skala weiterer Folgen der Cerebralparese (CP) determiniert” (Lechta 2002, 96). Wie bereits erwähnt, weisen Menschen mit einer cerebralen Bewegungsstörung eine Beeinträchtigung der Motorik auf, welche sowohl den Bereich der Grob- als auch der Feinmotorik betrifft. Grobmotorische Störungen lassen sich an der spastischen, ruckartigen und unkontrollierten Bewegung erkennen; bei feinmotorischen Störungen treten unter anderem Probleme mit differenzierten Greifbewegungen auf (Leyendecker 2006, 31f).

Bei Hirnschädigungen können neben Bewegungsstörungen auch andere Areale betroffen sein, welche als Begleiterscheinung einer körperlichen Behinderung auftreten. In Kombination mit motorischen Störungen weisen Menschen mit einer körperlichen Behinderung häufig auch sprachliche und sensorische Beeinträchtigungen unterschiedlicher Ausprägung auf. Sie ”(...) können in den verbalen und nonverbalen wie auch stimmlichen und nicht-stimmlichen Kommunikationsformen beeinträchtigt sein” (Leyendecker 2006, 38). Die Sprache wird als verbal und stimmliche, Schrift und Symbolsprache als verbal und nicht-stimmliche Kommunikationsform bezeichnet. Eine nonverbale stimmliche Kommunikation stellen Laut- und Gefühlsäußerungen dar, als nicht-stimmliche nonverbale Formen werden zum Beispiel Mimik, Gestik und Gebärdensprache beschrieben (Leyendecker 2006, 38). Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigung und der ”Unfähigkeit, artikuliert zu sprechen (...) [wird es für den] Betroffenen schwer wenn nicht unmöglich, sich mitzuteilen und zu kommunizieren” (Leyendecker 2006, 39). Das ständige Nicht-Verständen-Werden löst Frustrationen bei dem Betroffenen aus und hat Konsequenzen auf die Entwicklung seiner Persönlichkeit. Aus diesem Grund ist es wichtig, entsprechende unterstützende Kommunikationsmittel zu finden, um einen Austausch mit der Umwelt zu ermöglichen. Körpereigene Formen können zum Beispiel Gebärdensprache, Fingeralphabet, bestimmte Blick- und Zeigebewegungen sowie Pantomimik und Gestik sein. Weiters gibt es auch extern benützbare Kommunikationsformen wie Tafeln oder Sprachcomputer. Mit diesen Mitteln wird versucht ”die Mauer des Schweigens [auf Seiten des Betroffenen] und Nicht-Verstehens [auf Seiten des Zuhörers]” zu durchbrechen (Leyendecker 2006, 39). Bei vielen Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind neben der sprachlichen ”auch die sensorischen Aufnahmemöglichkeiten in Form von Sinnesbehinderungen eingeschränkt (...)” (Leyendecker 2006, 33). Zu den sensorischen Behinderungen zählt die visuelle und auditive Wahrnehmung, welche aufgrund einer Beeinträchtigung als Seh- oder Hörschädigung definiert wird. Sehbeeinträchtigungen betreffen Kurz- oder Weitsichtigkeit und können mittels Brille gut behandelt werden. Als sehbehindert gilt jemand, ”der trotz Brille oder Kontaktlinse weit weniger als der normal sehende Mensch sehen kann” (Hülshoff 2005, 191). Eine visuelle Schädigung (impairment) kann zu Funktions-einschränkungen (disabilities) führen und in sozialer Interaktion eine Behinderung (handicap) zur Folge haben (Hülshoff 2005, 192f). Sehbehinderungen können unterschiedliche Ursachen haben. Sie können vererbt und daher ”als genetisch bedingte Fehlfunktion” auftreten oder auch aufgrund einer plötzlich auftretenden Infektion (z.B. durch Röteln)

ausgelöst werden. Sowohl "Blutungen in die Netzhaut" als auch der Druck von Tumoren auf die "Sehbahnen und visuelle Rindenfelder" können eine Schädigung verursachen. Weiters können traumatische Erfahrungen Auswirkungen auf die Wahrnehmung und das Sehvermögen haben (Hülshoff 2005, 194f).

Motorische, sprachliche und visuelle Schädigungen können sich gegenseitig verstärken oder abschwächen. Ausgehend von einer körperlichen Schädigung der cerebralen Bewegungsstörung sind die Begleiterscheinungen (sprachlich und/oder visuell) ebenso bedeutsam wie auch die motorische Beeinträchtigung (ausführlicher dazu Kallenbach 2006).

3.1.2 Spina bifida

Spina bifida ist eine Erkrankung der Wirbelsäule eines ungeborenen Kindes, welche sich etwa in der 4. Schwangerschaftswoche entwickelt. Die Schädigung tritt ein, wenn sich bei der Entwicklung des Embryos die Neuralrinne nicht zu einem Neuralrohr schließt und somit eine Wirbelsäulenspalte entsteht. Spina bifida kann unterschiedliche Ausprägungen haben und sich entsprechend differenziert auswirken. Aufgrund der Schädigung "sind Veränderungen des Gehirns (...), des Rückenmarks (...) und der Rückenmarkshäute (...) möglich", welche Schweregrade unterschiedlichster Art aufweisen (Haupt 2006, 179). Leichte Symptome betreffen Störungen des Nervensystems, bei schwerwiegenderen Fällen kann Rückenmark oder Körperflüssigkeit nach außen treten. Des Weiteren kann das Rückenmark eine Anomalie aufweisen oder "unterhalb der Fehlbildung vollständige sensible und motorische Lähmungen mit Blasen- und Mastdarmlähmung, Lähmung der Beine und Rollstuhlabhängigkeit" auftreten (Haupt 2006, 180). Die Auswirkungen der Schädigungen auf den Körper können unvollständig bzw. in abgeschwächter Form auftreten und betreffen meist nicht die ganze Bandbreite der dargestellten Symptome. Operationen an Rücken und Kopf sind meist direkt nach der Geburt (bei schweren Fällen) oder möglichst früh (bei leichteren Fällen) erforderlich. Darüber hinaus können auch Fuß- und Beinfehlstellungen, Hüftprobleme oder Probleme bei der Aufrichtung des Körpers auftreten und einige Betroffene leiden zusätzlich unter Epilepsie (10-15 %) (Haupt 2006, 180). Die ICD-10 nimmt eine Klassifikation vor, bei welcher zwischen Spina bifida occulta (Q76.0) und Spina bifida aperta (Q05.-) unterschieden wird, welche unter die Kategorie "angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien" fallen (DIMDI 2013, Online). Spina bifida occulta zeichnet sich durch eine Spaltung des Wirbelbogens aus, welche äußerlich nicht sichtbar ist und in den meisten Fällen keine gesundheitlichen Probleme hervorruft. Im Gegensatz dazu ist Spina bifida aperta eine sichtbare Schädigung, bei welcher sowohl ein zweigespaltener Wirbelbogen (Spina bifida occulta) als auch zystenartige Wucherungen des Rückenmarks nach außen treten (Hacke 2010, 93). Je nach Ausprägung der Wucherung werden drei Formen unterschieden: Meningozele, Meningomyelozie und Myelozie. Ersteres wird als "Vorfall der Rückenmarkshäute durch den Wirbelspalt mit Liquoransammlung" bezeichnet. In der Spaltbildung sind somit die Hirnhäute einbezogen und es kommt zu Ansammlungen von Körperflüssigkeiten an der Wirbelsäule, welche sich blasenartig nach außen wölben und operativ entfernt werden können. Bei zweiterer liegt eine Spaltbildung in der Wirbelsäule vor, bei welcher Wölbungen "von Rückenmarkshäuten und Rückenmark entweder freiliegend oder mit Haut überdeckt und mit Liquoransammlung" auftreten. Bei dieser Form der Spina bifida

können sich Nervenstränge in der Auswölbung befinden, welche durch das offen liegen Schutz verlieren und somit Schädigungen zur Folge haben. Die schwerste Form der Spina bifida wird als Myelozele bezeichnet und zeichnet sich durch sichtbare Wölbungen von völlig freiliegendem Rückenmark - und auch der Nervenstränge - aus (Haupt 2006, 180). In den 60er Jahren verstarben viele Kinder mit der Diagnose Spina bifida aufgrund fehlender bzw. mangelnder Behandlung. Angesichts der enormen Entwicklung können in der heutigen Zeit ca. 80 % der Betroffenen mit Erfolg behandelt werden "auch wenn lebenslang sorgfältige Behandlung notwendig bleibt" (Haupt 2006, 182).

3.1.3 Muskeldystrophie

G71.0 lautet die Klassifikation der ICD-10 einer Muskeldystrophie (DIMDI 2013, Online). Auch hier werden je nach Ausprägung und Verlauf verschiedene Formen unterschieden. Muskeldystrophie ist eine vererbbarer, durch Mutationen in den Genen ausgelöste Schädigung der Muskulatur, welche sich durch fortschreitende Muskelschwäche bzw. Muskelschwund auszeichnet. Trotz des geschädigten Erbguts muss die Krankheit nicht unbedingt ausbrechen bzw. kann auch erst im Erwachsenenalter sich bemerkbar machen. Tritt die Krankheit in der Kindheit auf, verläuft diese meist schwerer. Diese erblich bedingte Erkrankung befällt das Muskelgewebe und zeichnet sich durch Funktionsausfälle aus. Bereits im Kindesalter können erste Symptome auftreten (vermehrtes Stürzen oder Stolpern), welche je nach Verlauf der Erkrankung leichtere oder schwerwiegendere Schädigungen zur Folge haben. Aufgrund des langsam progressiven Verlaufs zeigen sich erstmals leichte Gehbehinderungen und eine Schwäche in den Armen, bis hin zur völligen Funktionsunfähigkeit der Muskeln. In diesen Fällen sind die Betroffenen meist auf einen Rollstuhl angewiesen (Sieb und Schrank 2009, 49). Eine der schwersten Formen der Muskeldystrophie wird Typ Duchenne (DMD) genannt. Dies ist eine geschlechtsgebundene Erkrankung, da in der Regel nur Knaben davon betroffen sind. Diese Form zeigt sich im Alter zwischen 3 und 5 Jahren, es kommt bereits bis zum 13. Lebensjahr zum Verlust der Gehfähigkeit und durch den fortschreitenden Muskelschwund führt dies "schon im jugendlichen Alter oder im jungen Erwachsenenalter zum Tod". Andere Formen der Muskeldystrophie beeinträchtigen das Lebensalter kaum und sind weniger aggressiv (Leyendecker 2006, 26).

3.1.4 Poliomyelitis

Poliomyelitis, auf Deutsch Kinderlähmung, bezeichnet eine Schädigung des Rückenmarks. Sie "befällt vornehmlich die Vorderhornzellen des Rückenmarks von Kindern im 2. bis 10. Lebensjahr" und zeichnet sich durch spannungs- und kraftlose Lähmungserscheinungen aus. "Die Virusinfektion befällt nur die motorischen, nicht die sensiblen Anteile der Rückenmarksnerven". Poliomyelitis ist eine Infektionskrankheit, welche früher endemisch auftrat und heute aufgrund erfolgreicher Impfungen verhindert werden kann und daher kaum noch existiert (Leyendecker 2006, 25).

Angesichts dessen wird an dieser Stelle nicht näher auf die Krankheit eingegangen.

3.1.5 Niereninsuffizienz

Laut ICD-10 werden verschiedene Stadien von Nierenkrankheiten unterschieden, wobei Stadium 1 - klassifiziert als N18.1 - eine erhöhte Risikobereitschaft an einer Niereninsuffizienz zu erkranken darstellt und Stadium 5 - klassifiziert als N18.5 - die schwerste Form der Erkrankung aufzeigt. Die Kategorie N18.9 stellt eine chronische Nierenerkrankung, welche nicht näher bezeichnet wird, dar (DIMDI 2013, Online). Bei einer chronischen Nierenerkrankung handelt es sich um einen fortschreitenden Abbau der Nierenfunktion, bis - in schwerwiegenden Fällen - zum völligen Nierenversagen. Körperliche Schädigungen sind die Folge einer Niereninsuffizienz, welche sowohl angeboren als auch plötzlich auftretend sein kann (Leyendecker 2006, 30). "Insuffizienz" bedeutet "Schwäche" und kommt aus dem Lateinischen. Weisen die Nieren eine Schwäche auf, d.h. arbeiten sie nicht korrekt oder gar nicht mehr, spricht man von einer Niereninsuffizienz. "Mögliche Ursachen einer Niereninsuffizienz sind z.B. langjährige Hypertonie (Bluthochdruck), Missbrauch von Medikamenten oder Drogen, Immunerkrankungen etc.", sowie "(...) eine bestehende Zuckerkrankheit" (Edelmann-Walt 2007, 3).

3.1.6 Weitere Formen

Neben den bereits erwähnten Formen einer körperlichen Behinderung gibt es auch Schädigungen, welche zum Beispiel durch einen Unfall verursacht worden sind. Dazu zählen Schädel-Hirn-Trauma oder Querschnittslähmungen. Ein Schädel-Hirn-Trauma kann "verschiedene vegetative, sensible, perzeptive, motorische und sprachliche Störungen sowie Anfallsleiden" aufgrund von Unfällen, Hirntumoren oder Hirnblutungen zur Folge haben (Leyendecker 2006, 27). Querschnittslähmungen können angeboren oder aufgrund von Erkrankungen oder eines Unfalls erworben werden. Je nachdem welche Körperregion betroffen ist, "kommt es zu motorischen Ausfällen bzw. Lähmungen (...) sowie zu Störungen des Urogenitaltraktes und des Mastdarms" (Leyendecker 2006, 28).

Eine weitere Form der körperlichen Behinderung stellt die Kleinwüchsigkeit dar. Diese Form der Wachstumsstörung kann genetische oder hormonelle Ursachen haben und zeichnet sich durch eine Körpergröße unter 1,50 m aus. Missbildungen der Gliedmaßen, Gliedmaßenverlust oder Glasknochenkrankheit stellen weitere Formen der Körperschädigungen dar. Die sogenannte "Contergan-Katastrophe" wurde weltweit als Arzneimittelskandal bekannt. Der im Medikament Contergan enthaltende Wirkstoff Thalidomid führte zu Schädigungen des Wachstums von Föten während der Schwangerschaft. Durch diesen Stoff wurde die Entwicklung der Gliedmaßen gehemmt und es kam zu Missbildungen unterschiedlicher Art (Teilfehlbildungen bis völliges Fehlen von Extremitäten) (Leyendecker 2006, 26 und 29). Gliedmaßenabtrennungen aufgrund von schweren Unfällen, Gefäßleiden und bösartigen Tumoren können ebenfalls eine körperliche Behinderung zur Folge haben. Die bereits erwähnte Glasknochenkrankheit zeichnet sich durch abnormale Knochenbrüchigkeit und Verbiegungen der Extremitäten aus. Die Betroffenen haben Knochen wie Glas, sind dadurch extrem anfällig für Brüche, "die zu Verkrümmungen und schiefen Zusammenwachsen gebrochener Knochen" führt (Leyendecker 2006, 26).

Darüber hinaus können auch Hautkrankheiten oder Schädigungen der Haut (z.B. durch

Verbrennungen) oder Krebserkrankungen "schwere Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes" zur Folge haben und zu körperlichen Einschränkungen bzw. Behinderungen führen. Rheumatische Erkrankungen, welche zumeist sehr schmerhaft sind, können ebenfalls die Beweglichkeit der Gelenke, Sehnen und Muskeln beeinträchtigen und die Mobilität erschweren (Leyendecker 2006, 30). Adipositas (Fettsucht) und AIDS werden ebenso als Krankheiten bezeichnet, welche zu körperlichen Defiziten führen. Das ICD-10 klassifiziert unter Kategorie B20 "Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]", welche durch eine HIV-Infektion ausgelöst worden sind. Die unterschiedlichen Formen der Fettsucht werden unter E66 "Adipositas" kategorisiert, welche die Beweglichkeit enorm einschränken und somit auch eine körperliche Behinderung zur Folge haben können (DIMDI 2013, Online).

3.2 Ursachen körperlicher Schädigung

Nach den Ursachen einer körperlichen Behinderung, welche als zentrales Merkmal eine motorische Beeinträchtigung aufweisen, lassen sich drei große Gruppen unterscheiden: "Schädigung von Gehirn und Rückenmark, Schädigung der Muskulatur und des Knochengerüsts [sowie] Schädigung durch chronische Krankheiten oder Fehlfunktionen innerer Organe" (Bleidick und Antor 2006, 139). Die motorische Störung kann bereits nach der Geburt eintreten oder sich im Laufe des Lebens - zum Beispiel durch Krankheit, Unfall etc. - entwickeln. Störungen können somit vor der Geburt einwirkende Ursachen haben, während der Geburt auftreten oder durch "ein plötzliches, unvorhergesehene und schicksalhaft hereinbrechendes Ereignis" im Laufe des Lebens erworben werden (Hülshoff 2005, 249).

3.2.1 Beginn der Ursachenforschung

Noch vor dem 19. Jahrhundert war es für Menschen unvorstellbar, woher eine körperliche Behinderung ihren Ursprung hat bzw. wie sich diese erklären lässt. Sie zogen mystische und magische Erklärungen heran, um sich die Ursächlichkeit zu erklären. Sie waren der Überzeugung der Teufel habe hier seine Finger im Spiel gehabt; Menschen mit körperlichen Behinderungen seien Kinder des Teufels. Die Meinung, dass der Teufel Kinder aus seinen Liebschaften unter das Volk gemischt hat, war weit verbreitet. Sogenannte "Mißgeburten" wurden vom Teufel anstatt eines nicht behinderten Kindes untergeschoben (Leyendecker 2006, 18). Früher wurden viele Körperbehinderungen durch Epidemien(z.B. Poliomyelitis), Kinderarbeit und Mangelernährung ausgelöst. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts "begann eine systematische medizinische Einordnung, symptomatische Beschreibung und Ursachenforschung". Durch die heute verbesserte medizinische Versorgung und der Einführung von Früherkennungsprogrammen können körperliche Behinderungen frühzeitig festgestellt und behandelt werden. Im Vergleich zu früher, wo behinderte Kinder kaum überlebt haben, sind die Überlebenschancen durch diese Entwicklungen enorm gestiegen (Leyendecker 2006, 18f). So wurde in den 50er Jahren ei-

ne Schutzimpfung gegen Kinderlähmung eingeführt und erstmals eine Verschlussoperation der Wirbelsäulenspalte (Spina bifida) durchgeführt, welche "seit den 60er Jahren in der klinischen Praxis regelmäßig praktiziert wird" (Leyendecker 2006, 19). Durch die verbesserte prä- und perinatale Betreuung konnte die Häufigkeit von Behinderungen gesenkt werden. "Gleichzeitig gab die Neugeborenenintensivpflege vielen Kindern eine verbesserte Lebensqualität, auf der anderen Seite erhöhten sich durch intensivmedizinische Maßnahmen aber auch die Überlebenschancen für früher nicht lebensfähige Kinder" (Leyendecker 2006, 19).

Diese vorwiegend medizinische Erklärung verfolgt die Erforschung von Ursachen, den Verlauf sowie mögliche Behandlungsmethoden einer Krankheit. Diese greifen jedoch als alleiniges Modell zur Ursachenklärung einer körperlichen Behinderung zu kurz. Darüber hinaus können zum Beispiel evolutionsbiologische, psychosomatische, biopsychosoziale oder soziologische Krankheitsmodelle zur Entstehung von Krankheiten herangezogen werden (siehe Hülshoff 2005). Auf diese kann hier allerdings nicht detaillierter eingegangen werden.

3.2.2 Schädigung von Gehirn und Rückenmark

Die größte Gruppe der Schädigungen von Gehirn und Rückenmark bilden die cerebralen Bewegungsstörungen (siehe Kapitel 3.1.1). Die Ursachen können sowohl prä-, peri- oder postnatal auftreten. Eine vorgeburtliche Schädigung des ungeborenen Kindes kann aufgrund von Komplikationen während der Schwangerschaft, durch Infektionen, Verletzungen oder Blutungen ausgelöst werden. Kommt es während der Geburt zu einem Atemstillstand, zu Sauerstoffmangel im Blut, zu Komplikationen der Nabelschnur oder zu Hirnblutungen des Kindes, kann dies ursächlich für eine Schädigung des Gehirns sein. Auch nach der Geburt können zum Beispiel Infektionen, Gehirnhautentzündung oder Kopfverletzungen auftreten, welche zu einer Schädigung führen (Kallenbach 2006, 62). Diese vor-, während und nachgeburtlichen Formen der Erkrankung werden als "Infantile Cerebralparese (ICP) bzw. frühkindliche cerebrale Bewegungsstörungen" bezeichnet. Hier "handelt es sich meistens um Folgezustände frühkindlicher Hirnschäden, die durch den Zusatz (infantil) gekennzeichnet werden" (Kallenbach 2006, 61). Darüber hinaus können Schädigungen auch zu einem späteren Zeitpunkt eintreten, wie etwa durch entzündliche Erkrankungen des Gehirns, durch Tumore oder Hirnblutungen sowie durch Unfallverletzungen. Der Kategorie "Schädigung des Gehirns" lassen sich folgende Erkrankungen zuordnen: infantile Zerebralparese, Schädel-Hirn-Trauma, Zerebrale Anfallsleiden sowie minimale zerebrale Bewegungsstörungen oder Teilleistungsstörungen (Leyendecker 2006, 27f). Zu den "Schädigungen des Rückenmarks" zählen Poliomyelitis und Querschnittslähmung, bei welcher das Rückenmark, die Rückenmarkshäute und auch das Gehirn betroffen sein können. In einigen Fällen weist nicht nur das Rückenmark, sondern auch das Gehirn Veränderungen auf (Haupt 2006, 179).

In der Phase, in der sich das kindliche Gehirn entwickelt, ist enorm anfällig für Störungen. Nicht nur während der Schwangerschaft (intrauterin), sondern auch danach "können (...) 'Störungen' zu einer Verletzlichkeit (Vulnerabilität) neuronaler Subsysteme führen". Das Gehirn ist vor allem im ersten Lebensjahr eines Kindes in einem höheren Maße anfällig für Störungen, welche sich "negativ auf die Entwicklung des kindlichen Gehirns und seine

Funktionen auswirken". Diese Schädigungen betreffen meist nicht nur den motorischen, sondern auch den sprachlichen, sensorischen, kognitiven und emotionalen Bereich und können in diesen Arealen Schädigungen hervorrufen (Hülshoff 2005, 33).

3.2.3 Schädigung von Muskulatur und Knochengerüst

Die bereits erwähnte Muskeldystrophie wird als Schädigung der Muskulatur bezeichnet. Die Ursachen sind meist genetisch bedingt, welche unterschiedliche Verläufe und Formen aufweisen. Die Erkrankung kann, muss aber nicht in Erscheinung treten bzw. kann leichtere und schwerere Ausprägungen annehmen (Leyendecker 2006, 26).

Zu den Erkrankungen des Knochengerüsts zählen Missbildungen (Dysmelien) oder das Fehlen von Gliedmaßen, die sogenannte Glasknochenkrankheit, Fehlstellungen bzw. Versteifungen der Gelenke sowie Fehlstellungen der Wirbelsäule und Kleinwüchsigkeit. Dysmelien wurden vor Jahren durch die Gabe eines schädigenden Medikaments während der Schwangerschaft ausgelöst. Diese "toxisch-medikamentöse Einwirkung" auf das Ungeborene wurde als "Contergan-Katastrophe" bekannt und hatte schwere Missbildungen zur Folge (Teilfehlbildungen bis hin zu völligem Fehlen von Gliedmaßen). Sind bestimmte Gliedmaßen von Tumoren oder Gefäßleiden befallen, durch schwere Verletzungen nicht mehr funktionstüchtig oder abgetrennt worden, so spricht man von einer Amputation der Extremitäten (Leyendecker 2006, 29). Die Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta) "(...) geht mit einer generalisierten verminderten Knochendichte einher", aufgrund dessen die Knochen wenig belastbar, brüchig und kalkarm sind. Dies ist ebenfalls eine genetisch bedingte Erkrankung, bei welcher verschiedene Typen und Ausprägungen unterschieden werden. Bei leichteren Formen ist die Lebenserwartung kaum eingeschränkt, schwerwiegendere Erkrankungen können bereits nach dem 1. Lebensjahr zum Tod führen. Die Betroffenen sind von abnormen Frakturen, Deformationen und Verkrümmungen der Knochen betroffen und auf Hilfe von Ärzten und Orthopäden angewiesen (Allmeroth 2012, 260). Unter Arthrogrypose wird eine angeborene Versteifung oder Fehlstellung der Gelenke verstanden und zeichnet sich durch meist schmerzhafte Bewegungseinschränkungen aus. Die Ursache ist unklar, aber meist angeboren. Fehlstellungen der Wirbelsäule sind ebenfalls meist angeboren, können aber "(...) auch durch Erkrankungen und Haltungsschwächen hervorgerufen" werden (Leyendecker 2006, 26). Als kleinwüchsig werden Menschen bezeichnet, bei denen ab einer bestimmten Körpergröße - Männer unter 166 cm, Frauen unter 152 cm - das Wachstum beendet ist. Diese Wachstumsstörung kann unterschiedliche Ursachen haben. Zum einen kann sie genetisch vererbt oder durch chronische Erkrankungen auftreten, zum anderen kann eine Frühgeburt oder ein vermindertes Wachstum des Kindes während der Schwangerschaft zu einem Kleinwuchs führen. Wichtig ist zu erwähnen, dass Kleinwüchsigkeit nicht ausschließlich krankhaft verlaufen muss. Sie stellt, wie jede andere Form, eine Veränderung bzw. Schädigung des Knochengerüsts dar und kann in einigen Fällen - vor allem bei schwerwiegenderen Ausprägungen - zu einer körperlichen Behinderung führen (Sigenthaler 2005, 84).

3.2.4 Schädigung durch chronische Krankheit und Fehlfunktion von Organen

Die folgende Gruppe der Schädigungen - welche eine körperliche Beeinträchtigung zur Folge hat - umfasst chronische Erkrankungen, Fehlfunktionen der Organe sowie der Haut. Rheumatische Erkrankungen betreffen den Bewegungsapparat und sind Erkrankungen "(...)" welche nicht durch Knochenbrüche verursacht sind". Von Rheuma können Gelenke, Sehnen, Bänder, Knochen, Muskeln und auch Organe befallen sein und schmerzhafte Bewegungen auslösen. Das Wort Rheuma kommt aus dem Griechischen und bedeutet "fließen", womit der fließende Schmerz beschrieben wird. Die Ursachen sind vielfältig, drei Gruppen sollen hier genannt werden: degenerativ-rheumatische Erkrankungen (z.B. Arthrose), entzündlich-rheumatische Erkrankungen (z.B. Arthritis) und Weichteilrheumatismus. Erstere umfasst Erkrankungen, welche durch Abnützungen der Gelenke auftreten. Somit ist die Arthrose eine Erkrankung des Gelenkkorpels mit zugrunde liegendem "(...)" Ungleichgewicht zwischen Belastung und Belastungsfähigkeit eines Gelenkes". Im Gegensatz dazu ist die Arthritis eine entzündliche Gelenkerkrankung. Beim Weichteilrheumatismus sind Sehnen, Bänder oder Muskeln betroffen, welche schmerzhafte Bewegungen und Beeinträchtigungen zur Folge haben (Andreae et al. 2006, 190). Mukoviszidose ist eine angeborene Erkrankung, welche sich schädigend auf die Organe auswirkt. Durch die zähflüssige Sekretbildung der Schleimdrüsen kommt es zu Funktionsstörungen der betroffenen Organe und folglich zu körperlichen Einschränkungen (Leyendecker 2006, 30). Hämophilie ist eine Erkrankung des Blutes, welche genetisch bedingt bzw. vererbar ist und vorwiegend bei Männer auftritt. Durch den Mangel an Gerinnungsfaktoren im Blut kommt es bei schweren Fällen zu plötzlich auftretenden und lang anhaltenden "Haut-, Gelenk- oder Muskelblutungen", welche Bewegungseinschränkungen zur Folge haben. Spontane Blutungen treten bei mittelschweren und leichteren Formen der Erkrankung weniger auf, "(...)" können aber zum Teil auch Stunden oder Tage nach einem Trauma oder einer Operation massiv nachbluten". Bei leichteren Formen kann die Erkrankung auch erst im Erwachsenenalter ausbrechen, wie etwa durch Operationen oder durch "die Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern" (z.B. Aspirin) (Sigenthaler 2005, 465). Weitere Schädigungen der Organe - teilweise mit chronischem Verlauf - sind Nierenleiden, Fehlbildungen des Herzens oder Herzerkrankungen sowie Erkrankungen der Haut. Chronische Nierenleiden stellen eine erworbene oder angeborene Schädigung dar und führen zu einem Verlust der Nierenfunktion. Die häufigsten Ursachen dafür sind Diabetes oder Bluthochdruck. Vor allem im Alter können Gefäßschäden ursächlich für eine chronische Nierenerkrankung sein. Die Erkrankung entwickelt sich über Jahre, Symptome bleiben meist unbemerkt bzw. werden zufällig (zum Beispiel durch Blutabnahme) festgestellt. In einem fortgeschrittenem Stadium treten sogenannte "urämische Symptome" aufgrund von Organschädigungen auf. Es kommt zu einer "(...)" Anhäufung harnpflichtiger Substanzen und Wasser im Körper", d.h. zu einer Harnvergiftung und folglich zu Schädigungen der Organe (Andreae et al. 2006, 334). Eine weitere Schädigung von Organen stellt die des Herzens dar. Sowohl Fehlbildungen als auch Erkrankungen des Herzens können angeboren oder im Laufe des Lebens erworben werden. Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Herzerkrankungen wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen. Wie das Herz, weist auch die Haut eine Fülle an Erkrankungen auf. Als traumatische Schädigungen werden zum Beispiel Verbrennungen der Haut bezeichnet, Schuppen-

flechten und Neurodermitis zählen zu den bekanntesten Hautkrankheiten. Die verschiedenen Erkrankungen und Schädigungen der Haut "können zu schweren Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes" und in manchen Fällen zu Bewegungseinschränkungen führen (Leyendecker 2006, 30).

3.3 Pädagogische Maßnahmen

Je früher ein Förderbedarf festgestellt wird, umso besser und wirksamer sind pädagogische Maßnahmen. Hier geht es darum, "(...) in die Entwicklung planmäßig einzugreifen und Funktionen anzuregen, zu üben und zu lernen, die ein nichtbehindertes Kleinkind unter Anregung seiner Eltern mehr oder weniger spontan entwickelt" (Leyendecker 2006, 44). Vor allem Menschen mit einer Behinderung bedürfen einer speziellen, auf sie zugeschnittenen Förderung, um eine bestmögliche Entwicklung sicherzustellen. Hinsichtlich des Alters eines Menschen mit Behinderung lassen sich verschiedene Angebote unterscheiden, welche im Folgenden dargestellt werden.

3.3.1 Frühförderung

Frühförderung stellt ein Hilfsangebot für Kinder von 0 bis 6 Jahren und deren Eltern sowie Erziehungsberechtigten dar. Das Förderangebot umfasst pädagogische, psychologische und medizinische Maßnahmen, die für die Entwicklung des Kindes von Geburt bis ins Volksschulalter unterstützend und begleitend sind, wenn diesbezüglich Auffälligkeiten bestehen. Das Angebot reicht von der Diagnostik über Therapie und Förderung bis hin zu der Arbeit mit den Eltern und diversen Vernetzungsarbeiten mit anderen Einrichtungen (Hütter 2007, 55). Die Wurzeln der Frühförderung liegen in den 60er Jahren. Aus der Arbeit mit Beratungsstellen für Kinder mit Behinderung hat sich die Frühförderung entwickelt und stellt somit ein relativ neues Konzept dar (Biewer 2009, 200). Prinzipiell liegt es in der Verantwortung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eine Frühförderung in die Wege zu leiten. Die entsprechenden Stellen können von ihnen aufgesucht werden, wenn sie sich um die geistige oder körperliche Entwicklung ihres Kindes Sorgen machen. Neben den regionalen Anlaufstellen, d.h. der ambulanten Therapie, gibt es auch die Möglichkeit einer mobilen Frühförderung. Ist eine ambulante Therapie aus diversen Gründen nicht möglich, kann eine mobile Betreuung in Form von Hausbesuchen in Anspruch genommen werden (Thurmair und Naggl 2010, 55). Das Kind wird im Elternhaus aufgesucht und es finden "(...) regelmäßig Beratungen der Eltern sowie pädagogische und therapeutische Arbeit mit dem Kind in der natürlichen Lebensumgebung des Kindes" statt". Die ambulante Therapie wird in Einrichtungen durchgeführt, welche von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ausgesucht werden. Dort werden sowohl für sie - meist in Form von Beratungen - als auch für das Kind diagnostische und therapeutische Maßnahmen angeboten (Biewer 2009, 201). Das Angebot können nicht nur die an einer Behinderung betroffenen Kinder, sondern auch deren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten in Anspruch nehmen.

”Unter Berücksichtigung ihres präventiven wie auch Hilfe-Auftrags gilt die Aufmerksamkeit der Frühförderung besonders Säuglingen und Frühgeborenen mit Entwicklungsrisiken, mehrfach behinderten Kindern, Kindern mit Verhaltensbesonderheiten und Lern- und Leistungsstörungen, entwicklungsgefährdeten Kindern aus sozial benachteiligten Familien und auch verunsicherten Eltern und Familien” (Thurmair und Naggl 2010, 19).

Frühförderung verfolgt das Ziel, Behinderten oder von Behinderung bedrohten Personen eine Förderung angedeihen zu lassen, um sich bestmöglich entwickeln zu können. Das Einbezogensein der Eltern ist besonders wichtig, um nach Beendigung der Frühförderung ihrem Kind eine effektive Förderung zu ermöglichen (Hütter 2007, 63). Frühförderung verfolgt das Konzept der frühestmöglichen Erkennung und Förderung einer drohenden Behinderung, da das Gehirn in den ersten Lebensjahren eine größere ”Plastizität und Kompensationsfähigkeit“ aufweist und sich somit durch Anregungen eine bestmögliche neurologische und psychische Entwicklung abbilden lässt (Leyendecker 2006, 46). Die vorhin beschriebene Wirbelsäulenerkrankung Spina bifida sowie das Risiko an einer Muskeldystrophie zu erkranken, kann bereits vor der Geburt im Mutterleib festgestellt werden. Durch den medizinischen Fortschritt der letzten Jahre können durch Vorsorgeuntersuchungen mögliche Schädigungen sehr bald erkannt und behandelt werden. Cerebrale Bewegungsstörungen sind auf den ersten Blick nicht sichtbar, können sich aber durch eine komplizierte Schwangerschaft oder Geburt und einer schlaffen oder verkrampten Haltung des Kindes auszeichnen (Leyendecker 2006, 44f). Neben der körperlichen ist vor allem auch die emotionale und soziale Förderung und Anregung von Bedeutung. In einem ”lebendigen Miteinander“ soll auf die Bedürfnisse des Kindes, die Ideen der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten als Experten sowie auf die unterstützenden Informationen und Anregungen der Therapeuten eingegangen werden. ”Denn - und das ist besonders wichtig - sind für den Erfolg von Fördermaßnahmen weniger die spezifischen Techniken und Methoden relevant, sondern die emotional-sozialen Faktoren ausschlaggebend“ (Leyendecker 2006, 46).

3.3.2 Schulische Förderung

Ein pädagogischer bzw. sonderpädagogischer Förderbedarf zielt auf die Unterstützung in Lern- und Lebensbereichen eines Menschen mit Behinderung ab, um bei der Realisierung von angestrebten Zielen und Wünschen des Betroffenen behilflich zu sein. Darunter versteht man

”(...) pädagogische Handlungen bzw. Qualitäten, die gemäß eines impliziten oder expliziten Förderkonzepts auf die Anregung und Begleitung einer an Bildungszielen orientierten, für wertvoll gehaltenen Veränderung individueller Handlungsmöglichkeiten von Menschen in ihren Lebensgemeinschaften und an den sozialen Folgen von Benachteiligungen und Behinderungen ausgerichtet sind“ (Bleidick und Antor 2006, 84).

Menschen mit einer Behinderung sind in einem höheren Maße auf pädagogische, - vor allem auf sonderpädagogische, Förderung angewiesen und brauchen in vielen Lebensbereichen mehr Unterstützung und Begleitung als ein Mensch ohne Beeinträchtigung. Auch Menschen mit einer körperlichen Behinderung haben das Recht auf Bildung. Angesichts dessen wurde eine Schulform gegründet, die sogenannte Sonderschule. Früher wurden trotz der Schulpflicht viele Kinder mit einer körperlichen Behinderung vom Unterricht in der Regelschule befreit, weil sie entweder mit dem Lehrstoff überfordert waren, von den Mitschülern als Außenseiter behandelt oder sie als nicht bildungsfähig betrachtet wurden (Kunert 1972). Aufgrund dessen entstand von Seiten der Eltern und Pädagogen die Forderung zur Errichtung besonderer Schulen für die Betroffenen, in welcher Kinder mit Bewegungseinschränkungen, emotionalen, kognitiven und sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen aufgenommen und gefördert werden. Angesichts einer meist mehrfachen Behinderung der Kinder dient ein interdisziplinäres Team von Fachkräften zur Abdeckung der unterschiedlichen Förderbedürfnisse. Neben der individuellen Abstimmung des Unterrichts und der Lernumwelt für den Schüler, wird auch auf bauliche Besonderheiten geachtet (z.B. breite Türen und Rampen für Rollstuhlfahrer, Aufzüge, behindertengerechte Ausstattung der Räume sowie technische Hilfen und spezielles Lernmaterial). Wie bereits in Kapitel 1.3 erwähnt, gab es früher in Bezug auf die Art der Behinderung spezielle Schulen, wie zum Beispiel eine Schule für Sprachbehinderte, geistig- oder körperlich Behinderte wie auch einen gesonderten Bereich für Schwerstbehinderte. Diese Schulen verstehen ”(...) sich nur solange als eine besonders notwendige Institution, wie eine angemessene Förderung in anderen Schulen nicht gewährleistet werden kann“ (Leyendecker 2006, 47f). Früher waren die Sonderschulen gut besucht, da die Integration von Kindern mit einer körperlichen Behinderung wenig bis kaum vorstell- und umsetzbar war. Sie erlangen auch heute noch an Bedeutung, obwohl die Entwicklung dahin geht, dass Menschen mit einer Behinderung in der Regelschule integriert werden. Hierfür müssen bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden wie zum Beispiel eine geringe Mitschüleranzahl, ein zusätzlicher Lehrer bzw. Stützkraft sowie die individuelle Anpassung der Ziele an die Lerngeschwindigkeit des Kindes. Damit sind hohe pädagogische Anforderungen eines individuellen, detaillierten und flexiblen Unterrichts gestellt (Leyendecker 2006, 49). Obwohl im Zuge der Entwicklung zunehmend ein integrativer Unterricht angestrebt wird, scheitert dies meist ”(...) an den Schulen zugebilligten materiellen und personellen Ressourcen, sodass die verfügbaren Ressourcen in aktuellen Verfahren zur Bestimmung des Förderbedarfs antizipiert werden und das Förderkonzept bereits in seiner Entstehung beeinflussen“ (Bleidick und Antor 2006, 86). Die integrative Idee ist relativ neu, wird positiv aber auch kritisch betrachtet und scheitert meist an der Umsetzung. Zu den wichtigsten Voraussetzungen zählen die Ressourcen einer Schule; ”(...) sie müssen begründet, finanziert und dort wirksam werden, wo sie gebraucht werden“ (Bleidick und Antor 2006, 87). Vor allem Muth (1986, 27) plädiert für den gemeinsamen Unterricht von behinderten und nicht behinderten Kindern, da Kinder mit einer Behinderung nur menschenwürdig angenommen werden, wenn sie in der Gemeinschaft der Nichtbehinderten integriert sind. Hier lässt sich erkennen, dass bereits in den 80er Jahren Ideen der Unterrichtung aller Kinder bestanden. Es gab zahlreiche integrative Schulmodelle, an einer völligen Umsetzung von Integrationsklassen fehlt es aber bis heute. 1970 entstand in München unter Anregung des Mediziners Theodor Hellbrügge das erste integrative Schulmodell, in Österreich 1984 in Oberwart im Burgenland. Von Jahr zu Jahr entstanden weitere Integrationsmo-

delle an verschiedenen Schulen. Insbesondere in Österreich haben sich diese rasch entwickelt. Nicht selten wurden Kinder mit schweren Behinderungen (geistige Behinderungen) von diesen ausgeschlossen, da die Integration als "(...) wenig aussichtsreiches Unterfangen" betrachtet wurde. Kinder mit weniger schweren Behinderungen (Sprach-, Lern- oder Körperbehinderungen) hingegen wurden als leichter integrierbar angesehen. Die Entwicklung der Integrationsmodelle hat sich über Jahre rasch ausgebreitet, wobei integrative Modelle vor allem in den östlichen Bundesländern Österreichs überwiegen und westlich die Sonderschulstrukturen dominieren (Biewer 2009, 209ff). Zu den didaktischen Aufgaben zählen neben der Bereitstellung von speziellem Lernmaterial Konzepte der freien Arbeit, projektbezogener Unterricht sowie die wöchentliche Planung von Aufgaben (Graumann 2002). Integrationsmodelle haben ihren Ursprung in der Reformpädagogik, welche sich an den Bedürfnissen und Interessen des Kindes orientieren und "(...) Lernen als eine aktiv[e], kreativ[e], die Selbstständigkeit fördernd[e], lebensverbunden[e] und 'natürlich[e]' Tätigkeit" verstehen (Eichelberger et al. 2008, 19). Nähere Ausführungen zum Thema Bildung werden im 4. Kapitel dargestellt.

3.3.3 Nach- und außerschulische Förderung

Die *nachschulische Förderung* betrifft vor allem den Bereich der beruflichen Bildung sowie die Integration und Teilhabe am Arbeitsleben. Der Übergang von der Schule in den Beruf stellt für viele Menschen eine große Herausforderung dar und Bedarf vor allem bei Menschen mit einer Behinderung an spezieller Förderung und Unterstützung. Eine berufliche Tätigkeit - besonders Beziehungen, welche hier aufgebaut werden - bestimmen die Identität eines Erwachsenen und definieren dessen Position in der Gesellschaft. Arbeitsstätten sind somit für die Herstellung von Kontakten enorm wichtig. Dennoch stellt sich die Vermittlung von Menschen mit Behinderung als schwierig, teilweise sogar als unmöglich heraus. Aufgrund dessen "wurden verschiedene Hilfesysteme zur Unterstützung des Zugangs zum Arbeitsmarkt, aber auch Formen geschützter Beschäftigungsverhältnisse geschaffen" (Biewer 2009, 215). Für Menschen mit Behinderung bzw. Einschränkung, welche auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sind, gibt es sogenannte geschützte Werkstätten. Diese stellen eine Art "Ersatzarbeitsmarkt" dar, um den Menschen eine Beschäftigung und geregelte Tagesstruktur zu ermöglichen. Darüber hinaus können auch Berufsvorbereitungsmaßnahmen, diverse Kurse oder innerbetriebliche Ausbildungen und Förderungen in Anspruch genommen werden (Biewer 2009, 215ff). Als Hilfe zur beruflichen Integration im Arbeitsleben kann das Modell der Arbeitsassistenz unterstützend sein, welches sich unter anderem aus einem "Verbundsystem von Praktika, Lohnkostenförderung und Job-Coaching" zusammensetzt (Biewer 2009, 217). Das Modell verfolgt somit das Ziel der Vermittlung von Menschen mit Behinderung an Betriebe sowie die Sicherung eines Arbeitsplatzes.

Als *außerschulische Förderung* können die Bereiche Freizeit und Wohnen definiert werden, welche im Prozess des Erwachsenwerdens zunehmend an Bedeutung gewinnen und ein eigenständiges Leben ermöglichen. Freizeit bedeutet Abstand und Auszeit von der Arbeit sowie "Zeit, die für selbstbestimmtes Tun zur Verfügung steht" (Leyendecker 2006, 49). Dies können Freizeitinteressen aller Art sein, wie zum Beispiel sportliche Aktivitäten, diverse Unternehmungen und Ausflüge, Kino- oder Theaterbesuche uvm. Um

diese Aktivitäten realisieren zu können, spricht Leyendecker (2006, 50) von einer "Normalisierung" der Mobilität von Menschen mit Behinderung. Darunter versteht er "die selbstbewußte Artikulation von Bedürfnissen, die Organisation von Alltagshilfen, von Fahrtendiensten, mobilen Helfern usw". Die Freizeitangebote können - je nach Bedürfnis des Betroffenen - von ihm selbst, als auch mit Hilfe von anderen Personen organisiert werden. Der Bereich Wohnen stellt für viele Menschen eine besondere Herausforderung dar. Die erste eigene Wohnung, unabhängig und selbstständig zu sein, ist im Prozess des Erwachsenwerdens von zentraler Bedeutung. Um auch Menschen mit Behinderung ein Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen, können diverse Hilfen und Förderungen von Nöten sein. Um primäre Bedürfnisse wie Pflege und Versorgung zu gewährleisten, können Hilfeleistungen und Dienste (z.B. pflegerische Angebote, Begleitung beim Einkaufen) in Anspruch genommen werden. "Die Verselbstständigung kann schrittweise vom Wohnen im Elternhaus, dem Probewohnen in einer Wohngruppe, betreuten Wohnformen bis hin zum selbstständigen Wohnen führen" (Leyendecker 2006, 51).

3.3.4 Persönliche Assistenz

Persönliche Assistenz für Menschen mit Behinderung bedeutet Hilfe und Unterstützung in allen Bereichen des täglichen Lebens. Sie stellt ein Betreuungsangebot dar, welches vom Betroffenen hinsichtlich Art und Ausmaß der Betreuung festgelegt werden kann. Vor allem Menschen mit einer körperlichen Behinderung brauchen oft Hilfe bei der Körperpflege, im Haushalt oder der Mobilität. Die Leistungen können je nach Art der Behinderung variieren und umfassen neben körperlicher und häuslicher Hilfe auch die Assistenz in der Schule oder am Arbeitsplatz. Assistenten können von den Betroffenen frei gewählt werden und bestimmen wann, wo und in welchem Ausmaß eine Assistenzleistung benötigt wird. Sie fungieren sozusagen als Arbeitgeber, haben Entscheidungsmacht über ihr Leben, können so ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern und im Zuge der Assistenz verwirklichen. Auf den Punkt gebracht: "Persönliche Assistenz bedeutet für behinderte Menschen, Abläufe des Alltags, die sie selbst nicht oder nur schwer ausführen können, durch die Hilfe anderer Personen selbstbestimmt erledigen zu lassen" (Franz 2002, 37).

Dieses Modell ist eine moderne und neue Form der Unterstützung für Menschen mit Behinderung, um ein selbstbestimmtes - von Fremdeinwirkung geschütztes - Leben führen und ihren Alltag nach ihren Wünschen und Vorstellungen organisieren und gestalten zu können (Franz 2002, 37ff).

Im Zuge dessen sind vier Kompetenzen erwähnenswert, welche von Seiten des Menschen mit Behinderung im Assistenzmodell von enormer Bedeutung sind. Die Rede ist von der Personalkompetenz, der Anleitungskompetenz, der Finanzkompetenz und der Organisationskompetenz. Erst wenn diese vier Kompetenzen von Seiten des Assistenznehmers gegeben sind, kann von einem selbstbestimmten Leben gesprochen werden.

Unter *Personalkompetenz* wird die Entscheidungsmacht des Assistenznehmers verstanden. Der Betroffene ist Experte in eigener Sache, sucht sich den Assistenten selbstständig aus, führt Bewerbungsgespräche und kann den Assistenten auch wieder kündigen. Er ist sozusagen selbst für die Assistenz verantwortlich und bestimmt wen er einstellen möchte. Ist diese Herausforderung für den Betroffenen jedoch zu groß, kann eine Assistenzgenossenschaft mit Teilaufgaben beauftragt werden (Franz 2002, 41). Die *Anleitungskom-*

petenz ermöglicht dem Assistenznehmer den genauen Betreuungsauftrag festzulegen und zu bestimmen. Gemäß seinen Bedürfnissen und Wünschen leitet der Assistenznehmer den Assistenten an und bestimmt so die genauen Tätigkeiten. Der Betroffene soll nicht bevormundet werden, sondern seine individuellen Bedürfnisse und Anliegen ernst genommen und dahingehend auch unterstützt werden (Franz 2002, 41). Aufgrund der selbstbestimmten Verantwortung des Assistenznehmers von Seiten des Personals und des Betreuungsauftrags, fallen die Finanzen ebenfalls in seinen Kompetenzbereich. Er ist für die Bezahlung - mit all den Rechten und Pflichten eines Arbeitgebers - des Assistenten verantwortlich, muss diesen entsprechend der geleisteten Arbeit entlohnern und übernimmt somit eine *Finanzkompetenz* (Franz 2002, 42). Der Assistenznehmer ist ebenso für die gesamte Organisation der Assistenz verantwortlich. Ort, Zeit und Umfang der Unterstützung werden von ihm selbst festgelegt, er organisiert den Ablauf und gestaltet den Dienstplan nach seinen Bedürfnissen. Hiermit übernimmt er eine selbstständige Organisationskompetenz der gesamten Assistenzleistung, welche somit nach seinen Wünschen organisiert und gestaltet werden kann (Franz 2002, 42).

Zusammenfassend zielt das Modell der persönlichen Assistenz auf eine selbstbestimmte Lebensführung von Menschen mit Behinderung ab, mit der Möglichkeit das Leben nach den eigenen Bedürfnissen und Wünschen gestalten zu können. Die Unterstützung kann in vielen Lebensbereichen (z.B. in der Arbeit, Schule, Ausbildung, Haushalt und Pflege) hilfreich sein und den Betroffenen ein Gefühl von Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Freiheit und Autonomie geben.

Kapitel 4

Bildung als Grundbegriff der Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Wie bereits im Rahmen der persönlichen Assistenz erwähnt (Kapitel 3.3.4), soll es Menschen mit einer Behinderung ermöglicht werden, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Dies ist unter anderem im Bildungsbereich von großer Bedeutung und Bedarf bei einigen Menschen mit Beeinträchtigung an Unterstützung und Hilfeleistung. Im Folgenden wird der Bildungsbegriff sowie das Thema "Studieren mit einer Behinderung" näher erläutert, wodurch ein bildungswissenschaftlicher Bezug hergestellt wird. Aufgrund der Auseinandersetzung bezüglich einer körperlichen Behinderung im Hinblick auf die Absolvierung eines Studiums, ist der Bildungsbegriff von zentraler Bedeutung. Dieser sehr aspektreiche und weitgefächerte Begriff wird in den folgenden Kapiteln näher behandelt.

4.1 Recht auf Bildung

"Bildungsrecht ist im tieferen Sinne *Lebensrecht*" (Bleidick und Antor 2006, 25).

Dieses Zitat von Bleidick bringt das Recht auf Bildung treffend auf den Punkt. Da sich der Mensch von Geburt an ständig weiterentwickelt, gehört auch das Bildungsrecht zu diesem Prozess, enthält somit einen normativen Anspruch und kennzeichnet dessen Wichtigkeit im Leben eines Menschen. Lebens- und Bildungsrecht gehören unweigerlich zusammen und sind gekennzeichnet durch gegenseitige Abhängigkeit. "Wer das eine fordert, muss auch das andere zur Norm geben" (Bleidick und Antor 2006, 25). In Artikel 24 des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes wird das Recht auf Bildung von Menschen mit Behinderung zugesichert. Im Zuge der Chancengleichheit gilt es, dieses Recht ohne Diskriminierung zu verwirklichen und lebenslanges Lernen zu erzielen. Entsprechend den Möglichkeiten und Fähigkeiten des Menschen mit Behinderung soll ein integratives Bildungssystem geschaffen und somit eine Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht werden. Ziel ist es, die Fähigkeiten und Begabungen eines Menschen zur Entfaltung zu bringen und sie nicht aufgrund ihrer Behinderung vom Bildungssystem auszuschließen.

Hierbei sollen - falls nötig - Unterstützungsmaßnahmen (z.B. persönliche Assistenz) und Lehr- und Lernmittel angeboten werden, um eine bestmögliche und erfolgreiche Bildung zu gewährleisten (BGBI 2008, 1436ff).

Bleidick und Antor (2006, 24) geht von einer "Wenn-dann-Folgerung" aus.

"Nur wenn Menschen Gelegenheit zum Lernen erhalten, wenn förderliche Bedingungen für einen erfolgreichen Bildungserwerb bereitgestellt werden, kann das Ziel menschlicher Entwicklung überhaupt ins Auge gefasst werden. Erziehung und Bildung sind dann nichts anderes als die Zurverfügungstellung von Entfaltungsmöglichkeiten".

In diesem Zusammenhang ist Bildung nicht gleich Unterricht, sondern beinhaltet Aspekte der Pflege, Erziehung und Förderung.

Anhand des Gesetzes und der Betrachtungsweise Bleidick's zeichnet sich ein integratives und gleichberechtigtes Bildungskonzept ab. In der Theorie lässt sich dies einfach darstellen, in der Praxis jedoch oft schwierig umsetzen. Besucht ein Kind mit Behinderung eine Regelschule, ist dies mit großem organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden und bringt (leider) meist für die Ökonomie keinen Nutzen. Eine "rechtlich hinreichend abgestützte und ausreichende Finanzierung" ist hier von besonderer Bedeutung, da sonst ein wesentliches Menschenrecht bedroht ist. In vielfacher Weise wird im Rahmen der Chancengleichheit von integrativer Beschulung gesprochen. Kinder mit und ohne Behinderung sollen gemeinsam, aber je nach individuellen Bedürfnissen und Interessen, unterrichtet werden. Dennoch werden heute noch viele Kinder mit Behinderung in sonderpädagogischen Bildungseinrichtungen unterrichtet, da für einen integrativen Unterricht meist die erforderlichen Unterstützungen fehlen (Abgottsporn et al. 2004, D-23ff).

4.2 Entstehung und Entwicklung der Bildungsidee

Ursprünglich stammt der Bildungsbegriff aus dem antiken Griechenland, der einen "Formungsprozess" des Menschen von außen beschreibt. Dieser Prozess ist angelehnt an die Arbeit des Bildhauers, der aus einem ungeformten Material eine bestimmte Figur gestaltet. Auch bei Menschen wird von dessen Formung und Bildung gesprochen. "Begriffshistorisch gesehen meinte Bildung also Formung und Gestaltung des heranwachsenden Subjektes und zwar von außen - sei es nach den Maßstäben der Götter, sei es nach den Direktiven kirchlicher und weltlicher Herrscher" (Bernhard 2006, 51). Im 18. Jahrhundert kam neben diesem religiösen Begriff von Bildung ein "pädagogisch-aufklärerischer" hinzu. Das Wort Bildung wurde aus dem religiösen Kontext gelöst, erfuhr dadurch eine Verweltlichung und nimmt in erster Linie Bezug auf "(...) die Herstellung des tätig-intellektuellen Subjektvermögens des Menschen". Die Formung bzw. Bildung des Menschen basiert nicht mehr auf einem göttlichen Vorhaben, sondern bezeichnet die Fähigkeit und Tätigkeit des Menschen selbst (Bernhard 2006, 51).

Der Bildungsbegriff weist eine jahrhundertealte Tradition auf, wird in unterschiedlichen Kontexten und Disziplinen differenziert betrachtet und erfreut sich aufgrund dessen vieler Theorien und Betrachtungsweisen. Im pädagogischen Denken hat Johann Friedrich

Herbart im 18. Jahrhundert den Begriff der "Bildsamkeit" geprägt und zu einem Grundbegriff der Pädagogik gemacht. Die Auffassungen führten dazu, dass auch Menschen mit Behinderung als bildsam angesehen wurden und somit im pflegerischen und schulischen Kontext an Bedeutung gewonnen haben. Durch den Begriff der Bildsamkeit wurden Bildungsprozesse angeregt und es "bedurfte einer normativen Grundsatzentscheidung gesellschaftlicher Gruppen, auch solchen Kindern Bildung zuzugestehen, die zuvor von institutionellen Bildungsangeboten ausgeschlossen waren" (Biewer 2009, 78). Bildung richtet sich seit Herbart's Prägung dieses Begriffs auf die Kategorie der Bildsamkeit und erlangte in unterschiedlichen Kontexten an Bedeutung. Eine die in der Neuzeit bekannteste Methode von Bildungsprozessen ist die basale Stimulation bei Menschen mit schweren Behinderungen von Andreas Fröhlich. Durch deren eingeschränkten Aktivitätsmöglichkeiten bedarf es an spezieller individueller Förderung durch Therapeuten, welche grundlegende Anregungen (z.B. durch Wärme, Druck, Bewegung oder Vibration) bei Menschen mit Behinderung initiieren (ausführlicher dazu Fröhlich 1998).

Wie bereits erwähnt, löst sich der pädagogische Bildungsbegriff von religiösen Vorstellungen ab und wird als "(...) Werk des Menschen selbst" verstanden. Bildung vollzieht sich von Mensch zu Mensch und beinhaltet sowohl die Bildung des Individuums als auch der Gesellschaft in einem aufklärerischen Sinn. Folglich haben sich verschiedenste Bildungsbegriffe in unterschiedlichen Kontexten entwickelt, welche zur Prägung dessen beigetragen haben, welche an dieser Stelle nicht näher erläutert werden.

Nun eine Auflistung der bedeutendsten und einflussreichsten Vertreter, welche den Bildungsbegriff geprägt haben: Meister Eckhard, Immanuel Kant, Jean-Jacques Rousseau, Wilhelm von Humboldt, Friedrich Schiller, Johann Gottfried Herder, Johann Heinrich Pestalozzi, Friedrich Schleiermacher, Wolfgang Klafki u.a. (ausführlicher dazu Bernhard 2006, Bleidick und Antor 2006, 51ff, 18ff).

Im schulischen Bereich hat unter anderem Venel (Kapitel 1.1) mit seinem orthopädischen Institut die Körperbehindertenpädagogik in Bezug auf Bildung und Erziehung geprägt. Im Jahre 1832 gründete Kurz sogenannte "Industrie- und Arbeitsschulen", in welcher Mädchen und Jungen mit Behinderung "berufliche und allgemein bildende Kenntnisse [erlernen], die ihnen den Platz in der Gesellschaft sichern sollten" (Lelgemann 2010, 23). Es kam nach und nach zur Entstehung spezieller Heime für Menschen mit körperlichen Behinderungen, in welchen "(...) orthopädische, pädagogische und beruflich-rehabilitative Angebote (...) zur Verfügung gestellt wurden (Lelgemann 2010, 24). Eines dieser "Vollkrüppelheime", welches 1886 von Pastor Hoppe in Potsdam gegründet wurde, wurde bereits in Kapitel 1.1 näher erläutert. In solchen Einrichtungen stand nicht nur die Erwerbstätigkeit und Pflege von Menschen mit körperlichen Behinderungen im Vordergrund, sondern unter anderem auch Bildung in Form von Unterricht. In diesem Zusammenhang ist Hans Würzt als erster Pädagoge, der ein didaktisches Konzept erfolgreich umsetzte, erwähnenswert. Er führte gemeinsam mit Konrad Alexander Theodor Biesalski das Oscar-Helene-Heim in Berlin und plädierte für die Selbstständigkeit und Entfaltung körperbehinderter Kinder (Lelgemann 2010, 26). Aufgrund der zahlreichen Entwicklungen im Bildungsbereich ist festzuhalten, dass der "Ausbildungsbereich (...) bis in die dreißiger Jahre hinein ein Angebot aller Schulen für Körperbehinderte gewesen zu sein [scheint]" (Lelgemann 2010, 27). Eine Weiterentwicklung von Bildungsangeboten fand erst nach dem Nationalsozialismus statt, wurde in den 60er Jahren systematisch angegangen und es folgten diverse Schulen und Einrichtungen für Kinder mit unterschiedlichen

Arten von Behinderung. Die Erweiterung des Sonderschulwesens, Lehrstühle sowie Professuren ”(...) führten zu einer intensiver geführten Diskussion pädagogischer, didaktisch-methodischer und struktureller Aspekte” in den 60er und 70er Jahren (Lelgemann 2010, 28). In der heutigen Zeit existieren sowohl Sonderschulen als auch integrative Angebote für Schüler mit körperlicher Behinderung. Trotz des vermehrten Besuchs von Sonder-schulen ist die Tendenz integrativ beschulter Kinder steigend (Lelgemann 2010, 31).

4.3 Zur fachsprachlichen Differenzierung: Bildung - Erziehung

Im Folgenden werden in Anlehnung an Bernhard (2006) die Unterschiede zwischen Bildung und Erziehung dargestellt. In der Alltagssprache werden die beiden Begriffe oftmals synonym verwendet, was an manchen Punkten legitim erscheint, da sie auch Gemeinsamkeiten aufweisen. Beide Begriffe werden in Zusammenhang mit der Subjektwerdung des Menschen verwendet, beziehen sich jedoch meist auf unterschiedliche Altersstufen. Somit kann Bildung mehr oder weniger dem Erwachsenenalter und Erziehung dem Kindesalter zugeordnet werden. Aufgrund ihrer ”wechselseitigen Verschränkung” und dessen Bezug auf die Subjektwerdung, können sie nur zu Analysezwecken differenziert betrachtet werden. ”Mit Blick auf die pädagogische Vermessung des Feldes der Subjektwerdung ist diese begriffliche Differenzierung jedoch nützlich, weil sie unterschiedliche Gestaltungsperspektiven freizulegen vermag, die mit Bildung und Erziehung jeweils spezifisch verknüpft sind” (Bernhard 2006, 49). Vor allem in Bezug auf die Aufgaben von Bildung und Erziehung ist eine Trennung auszuschließen. Durch Erziehung sollen dem Individuum von Geburt an die gesellschaftlichen Erfahrungen mitgegeben werden, welche im Laufe des Lebens durch Bildung erweitert werden und zur Entfaltung der Persönlichkeit (Subjektwerdung) führt. Erziehung bezeichnet einen Vorgang, welcher ”(...) sich weitgehend [auf die] Einpassung der heranwachsenden Generation in einen konkreten gesellschaftlichen Zusammenhang präsentiert” (Bernhard 1997, 65). Im Rahmen der Erziehung lernen Kinder ”pädagogische Regeln und erzieherische Standards”, welche fremdbestimmt von außen auf sie einwirken und vom Kind übernommen werden. Bildung hingegen zielt auf ein bewusstes, selbstbestimmtes Tun ab und ”(...) ermöglicht nun, was nicht in der Macht der Erziehung steht”. Mit der Erziehung wird sozusagen der Grundbaustein gelegt, durch Bildung wird die Persönlichkeit weiterentwickelt und dadurch ”(...) das rationale Subjektvermögen des Menschen aktualisiert”. Im Erziehungsprozess nimmt das Kind eine passive Rolle ein (Objektstatus), in welcher Erfahrungen und Regeln von anderen Menschen auf das Kind treffen. Bildung bezeichnet eine aktive und selbstbestimmte Rolle des Menschen (Subjektstatus), mit der Möglichkeit ”(...) aus den vorrationalen Stadien seiner Genese herauszutreten und sich selbst in der Wirklichkeit zu reflektieren” (Bernhard 1997, 65). Aufgrund pädagogischer Maßnahmen von außen erlangt das Kind einen Objektstatus, welcher sich im Bildungsprozess zunehmend zu einem Subjektstatus entwickelt. Sozusagen: Von Fremd- zu Selbstbestimmung.

Ein weiterer Unterschied zwischen Bildung und Erziehung ist deren ”Grundtendenz”. Erziehung ist auf die gesellschaftliche Eingliederung ausgelegt, Bildung auf selbstbestimm-

te Lebensgestaltung. Beide Begriffe haben im Laufe des Lebens eine unterschiedliche Wirkung (Bernhard 2006, 50). Zu Beginn des Lebens steht die Erziehung im Zentrum, sie wird - je nachdem wie lange ein Kind auf grundlegende Erziehung angewiesen ist - allmählich ergänzt durch bildungstheoretische Aspekte, wodurch die Wirkung der Erziehung nachlässt und ”(...) Bildungsvorgänge zur Grundlage eigenverantwortlichen Handelns“ werden (Bernhard 2006, 51).

4.4 Studieren mit einer Behinderung

Nachfolgend wird näher auf das Thema Bildung und hier vor allem auf berufliche Bildung im Rahmen eines Studiums eingegangen. Wie bereits erwähnt, nimmt Bildung einen zentralen Stellenwert im Leben eines Menschen ein und prägt dessen Persönlichkeit. Im Gegensatz zu einer Allgemeinbildung ist die ”(...) berufliche Bildung auf die Qualifikation für ein bestimmtes Arbeitsgebiet orientiert (...), also auf die Herausbildung eines spezifischen Arbeitsvermögens (...)“ (Bernhard 2006, 78). Allgemeinbildung hingegen orientiert sich an grundlegenden Fertigkeiten, welche selbstständiges und mündiges Handeln in der Gesellschaft ermöglichen. Im weiteren Verlauf der Arbeit ist nicht die allgemeine, sondern berufliche Bildung von Bedeutung. Ein Studium an einer Universität, Hochschule, Fachhochschule oder Akademie ermöglicht Menschen in einen bestimmten Bereich zu Lernen und Forschen. Durch das erworbene Wissen werden sie zu Experten in einem bestimmten Arbeitsfeld und erreichen somit dort eine berufliche Qualifikation. Vor allem für Menschen mit Behinderung stellt dies eine große Herausforderung dar und bedarf in vielen Fällen an zusätzlicher Unterstützung und Hilfe im Studienalltag. Im Rahmen der Chancengleichheit muss ihnen - ebenso wie gesunden Menschen - barrierefreies Studieren ermöglicht und zugänglich gemacht werden. Entwicklungen in diesem Bereich - wie zum Beispiel an der Universität Wien - wurden zum Teil erfolgreich umgesetzt, an einem weiteren Ausbau von Servicemaßnahmen und Studienbedingungen für Studierende mit Behinderung wird laufend gearbeitet.

An der Universität Wien werden seit dem Jahr 2009 Jahresberichte über Veränderungen und Entwicklungen im Bereich ”Studieren mit einer Behinderung“ verfasst. Des Weiteren existieren Statistiken darüber, wie viele Studierende mit einer Behinderung an der Universität inskribiert sind und ob bzw. wie viele Personen Beratungen in Anspruch nahmen (siehe Virthbauer o.J., Online). Von 2009 bis 2012 haben sich auf der Universität Wien etwa 500 Studierende mit Behinderung oder Krankheit inskribiert, welche vom Studienbeitrag befreit sind; 53 % davon sind weiblichen Geschlechts. Insgesamt machen Studierende mit einer Behinderung etwa 1 % der gesamten Studienpopulation aus. Es ist jedoch anzunehmen, dass die tatsächliche Zahl höher liegt. Anhand des Jahresberichtes von 2012 ist zu entnehmen, dass die Wahl der Studienrichtungen behinderter und nichtbehinderter Studierender nahezu identisch ist. Im Wintersemester 2012/13 haben sich Studierende mit einer Behinderung für folgende Studienfächer inskribiert: 16 % Rechtswissenschaften, 14 % Psychologie, 9 % Geschichte, 8 % Philosophie, 6 % Theater-, Film- und Mediawissenschaft (Virthbauer 2013, 6). Birgit Virthbauer, Behindertenbeauftragte der Universität Wien, führte im Jahr 2012 386 und im Jahr zuvor 372 Beratungen durch. Davon nützten 56 % weibliche und 44 % männliche Studierende das Beratungsangebot. Den

größten Anteil an Beratungen nahmen Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen (18 %), gefolgt von Studierenden mit Lernbeeinträchtigungen (14 %) sowie 13 % mit Sehbehinderungen, ebenfalls 13 % mit grobmotorischen Einschränkungen und 12 % mit chronischen Erkrankungen in Anspruch. Einen kleinen Prozentsatz machen Studierende mit Hörschädigungen, akuten Erkrankungen und sonstigen Beeinträchtigungen aus (Virthbauer 2013, 7). In den Jahresberichten der Universität Wien werden Daten, Fakten, Entwicklungen, Veränderungen und Maßnahmen veröffentlicht, welche an der Universität realisiert wurden. Ausschlaggebend dafür ist ein an der Universität verfasster Entwicklungsplan, welcher Studierenden mit, aber auch ohne Behinderung Chancengleichheit ermöglichen soll und gemeinsame Grundsätze festlegt. "Für die Universität sind das Engagement aller ihrer Angehörigen und deren Verbundenheit mit der Universität ein entscheidender Erfolgsfaktor. Sie bekennt sich zur Chancengleichheit und tritt gegen direkte und indirekte Diskriminierungen auf" (Rektorat 2012, 5).

Laut der im Jahr 2011 veröffentlichten Sozialerhebung über Studierende mit Behinderung und chronischen Krankheiten, fühlen sich 12 % der Studierenden in Österreich in ihrem Studium beeinträchtigt. Bei der Erhebung zwei Jahre zuvor lag der Anteil noch höher. Dies lässt sich vermutlich auf Entwicklungen und Veränderungen, bezogen auf ein inklusiveres Bildungswesen, zurückführen. Des Weiteren steigt der Anteil beeinträchtigter Studierenden mit zunehmendem Alter; 10 % der jüngeren und etwa 15 % der älteren Studierenden geben studienerschwerende Bedingungen an. Österreichweit studieren mehr Frauen als Männer. Bei beiden Gruppen liegt das durchschnittliche Alter des Studienbeginns etwas höher als bei Studierenden mit keiner Beeinträchtigung (Zaussinger et al. 2012, 11ff). Darüber hinaus brauchen Menschen mit Beeinträchtigung meist länger für die Absolvierung eines Studiums. Gründe dafür können Studienunterbrechungen sowie die Studiergeschwindigkeit an sich sein, welche größtenteils von medizinischen und gesundheitlichen Gründen abhängig sind. Weiters können finanzielle und berufliche Gründe sowie Pflege von Angehörigen, Schwangerschaft und Praktika für eine Studienunterbrechung ausschlaggebend sein (Zaussinger et al. 2012, 55f).

"Da die Mehrheit jener, die finanzielle Schwierigkeiten nennt, gleichzeitig berufliche Gründe als Unterbrechungsgrund angibt, kann davon ausgegangen werden, dass die betreffenden Studierenden ihre bestehende Erwerbstätigkeit ausweiten oder eine neue Erwerbstätigkeit aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten aufgenommen haben"

(Zaussinger et al. 2012, 55).

Allgemein zeigt sich, dass Studierende mit Beeinträchtigung in vielen Studienaspekten (z.B. Vermittlung von Kompetenzen, Bezug zur Praxis, Angebot an Lehrveranstaltungen, bauliche Zustände, Ausstattung und Verfügbarkeit von Lern- und Gruppenplätzen, technische Ausstattung, Beziehung der Studierenden miteinander) weniger zufrieden sind als andere Studierende (Zaussinger et al. 2012, 58ff).

Im Folgenden wird - in Anlehnung an die "Studierenden Sozialerhebung" - dargestellt, mit welchen Schwierigkeiten und Problemen Studierende mit einer Beeinträchtigung im Studienalltag konfrontiert sind und welche Maßnahmen zur Verbesserung angeboten bzw. hilfreich sein können. Insgesamt sind etwa 80 % der Studierenden mit Schwierigkeiten aufgrund ihrer Beeinträchtigung im Studium konfrontiert. Als häufigstes Problem geben 35 % der Befragten unvorhersehbare Studienunterbrechungen aufgrund gesund-

heitlicher Probleme an, Prüfungsmodalitäten und Studienorganisation stellen für ca. ein Drittel ebenfalls beeinträchtigende Faktoren dar. Bei all den erwähnten Schwierigkeiten ist jeweils die Art der Behinderung ausschlaggebend. Aufgrund dessen sind zum Beispiel für Menschen mit körperlichen Behinderungen oder Sehbeeinträchtigungen bauliche Gegebenheiten von Bedeutung, für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eher Lehr- und Lernmethoden sowie die Organisation des Studiums (Zaussinger et al. 2012, 65ff). Im Hinblick auf Schwierigkeiten und Probleme, welche im Laufe des Studiums bei Menschen mit Behinderung auftreten können, verzögert sich in vielen Fällen auch deren Studienzeit. "Studierende mit Bewegungs-, Seh- oder Hör-/ Sprachbeeinträchtigung sind die Gruppen, die derartige Probleme am häufigsten angeben" (Zaussinger et al. 2012, 70). Zur Verbesserung bzw. Erleichterung des Studiums werden unterschiedliche Maßnahmen genannt. "Dabei sagen 39 %, Veränderungen in der Studienorganisation würden ihnen den Studienalltag erleichtern, fast ein Drittel wünscht sich den Ausbau von Fernstudienelementen und einem Viertel würden veränderte Förderbestimmungen helfen". Dies ist ebenso von Person zu Person und je nach Behinderungsart verschieden. Zum Beispiel Menschen mit Hör- und/oder Sprechbeeinträchtigung legen mehr Wert auf Hilfsmittel und "barrierefrei zugängliche Internetseiten", welche ihnen das Lernen erleichtern würden (Zaussinger et al. 2012, 71).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Studierende mit Behinderung oder Beeinträchtigung vermehrt mit Schwierigkeiten und Problemen im Studienalltag konfrontiert sind. Aufgrund des eingangs beschriebenen Rechts auf Bildung, gilt es an den Hochschulen und Universitäten erforderliche Maßnahmen zu setzen und Voraussetzungen zu schaffen, damit auch Menschen mit Behinderung die Chance einer höheren Berufsausbildung und somit einer individuellen Zukunftsplanung ermöglicht wird. "Inklusive Bildung als Bildung im Sinne der Menschenrechte erfüllt die vier Strukturelemente Availability (Verfügbarkeit), Access (Zugänglichkeit und Barrierefreiheit), Acceptability (Annehmbarkeit) und Adaptability (Adaptierbarkeit)" (Motakef 2006, 16).

Kapitel 5

Das Projekt "Quali-Tydes" - Qualitative tracking with young disabled people in European States

In Anlehnung der vorliegenden Forschungsarbeit an das europäische Projekt "Quali-Tydes" wird dieses im Folgenden näher erläutert. "Quali-Tydes" ist die Abkürzung für "Qualitative tracking with young disabled people in European States" und kann auf Deutsch übersetzt werden als qualitatives Forschen mit Menschen mit Behinderung in europäischen Ländern oder wie Buchner (2011) dies abkürzt: "Mein Leben".

5.1 Allgemeine Daten

Grundsätzlich zielt das Projekt darauf ab, zu untersuchen "wie und ob Gesetze und politische Leitlinien im realen Leben von jungen Menschen mit Behinderung sich bisher niedergeschlagen haben bzw. ob sie auch im Moment Auswirkungen haben" (Buchner 2011, Online). Wie bereits mehrmals erwähnt, gewinnt das Thema Inklusion immer mehr an Bedeutung, infolge dessen wurden zahlreiche politische Leitlinien und Gesetze (z.B. Behindertengleichstellungsgesetz) entwickelt. Sie haben die gleichberechtigte Teilhabe und Chancengleichheit aller Menschen zum Ziel und ermöglichen dadurch ein inklusives Miteinander. Basierend auf diesem Grundgedanken wurde das Projekt "Quali-Tydes" entwickelt, um individuelle Lebensgeschichten junger Menschen mit Behinderung zu erforschen und in einen internationalen Zusammenhang zu bringen. Die europäische Partnerschaft besteht zwischen den Universitäten Wien, Prag, Madrid und Dublin, wobei in jedem der Länder etwa 24 Lebensgeschichten von jungen Personen mit Behinderung gesammelt werden. In Wien steht das Projekt unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Gottfried Biewer, Leiter des Arbeitsbereichs Heilpädagogik und Inklusive Pädagogik und stellvertretender Vorstand des Instituts für Bildungswissenschaft sowie Mag. Tobias Buchner, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Bildungswissenschaft im Arbeitsbereich Heilpädagogik und Inklusive Pädagogik. Gemeinsam sind sie für das europäische Pro-

pekt tätig, welches von Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF Österreich) und der Europäischen Stiftung für Wissenschaft (European Science Foundation) gefördert wird. Im Rahmen der zunehmenden Betrachtung des Menschen mit Behinderung als eigenständiges und selbstbestimmtes Individuum, stehen die Erfahrungen dieser im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Das Projekt startete am 01.09.2010 und endet mit 30.09.2014, hat also eine Laufzeit von vier Jahren (Buchner 2011, Online).

5.2 Ziele und Zielgruppe

Die Zielgruppe umfasst sowohl weibliche als auch männliche Teilnehmer, welche in den 1980er Jahren geboren wurden, sich also im Alter zwischen 19 und 29 befinden. Die Stichprobe soll eine möglichst heterogene Gruppe bilden, welche in Interviews aufgefordert werden, ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Aufgrund dessen wurde eine gleiche Anzahl an weiblichen und männlichen Teilnehmern, aus ländlichen und städtischen Gebieten sowie unterschiedliche Arten von Schädigung bzw. Behinderung (Menschen mit körperlicher und intellektueller Behinderung sowie sehbehinderte Menschen) herangezogen. Wie bereits erwähnt, werden in jedem Land etwa 24 Interviews mit jungen Personen mit Behinderung geführt. Diese finden für Österreich in den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Wien statt, wobei hier eine gleichmäßige Aufteilung der Interviews auf die Bundesländer angestrebt wird (je Bundesland 6 Interviews). Die Teilnehmer wurden über Behinderten- und Selbstvertretungsorganisationen ermittelt, ihnen wurde der Ablauf des Projektes vorgestellt und sie wurden gefragt, ob Interesse an der Teilnahme besteht. Ziel ist zum einen die Wirkungen anhand der unmittelbaren Lebenserfahrungen der Teilnehmer zu untersuchen und zum anderen zu prüfen ”(...) inwiefern qualitative biographische Fallstudien im Bereich des Monitoring der Implementierung von Policies eingesetzt werden können - eine Fragestellung, welche angesichts der Ratifizierung der UN-Konvention aber auch weitere Policies auf EU-Ebene zunehmend an Bedeutung gewinnt“ (FWF o.J., Online). Die Meinungen und Erfahrungen der Teilnehmer bilden den Mittelpunkt des Projektes und es soll dargestellt werden, ”(...) was Menschen mit Behinderung geholfen hat und was noch verändert werden muss, damit sie die gleichen Chancen und Möglichkeiten haben wie alle BürgerInnen unserer Gesellschaft“. Daraüber hinaus werden die Ergebnisse Organisationen und ”politischen Entscheidungsträgern“ präsentiert, um damit zur Umsetzung von Gesetzen für Menschen mit Behinderung beizutragen (Buchner 2011, Online).

5.3 Ablauf

Prinzipiell bestehen die Interviews aus drei Phasen: Zu Beginn (erste Phase) wird mit jedem Teilnehmer ein Lebenslaufinterview geführt, bei welchem biographisch-individuelle Lebensgeschichten der Personen im Zentrum stehen. Sie werden aufgefordert über ihr bisheriges Leben (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) und damit verbundene Erlebnisse (z.B. in der Schule, Arbeit, Wohnen, Freizeit, Studium, usw.) zu erzählen. Ein Jahr später

(zweite Phase) werden die Teilnehmer erneut über ihre Lebensgeschichte befragt und was sich seit dem letzten Interview ereignet hat. Wiederum ein Jahr später (dritte Phase) folgt eine nochmalige Befragung was sich im Leben der Teilnehmer verändert hat. Es gilt zu erforschen, was Menschen mit Behinderung in ihrem Leben geholfen hat, mit welchen Barrieren und Hindernissen sie konfrontiert waren, wie sie die verschiedenen Lebensabschnitte erlebt und welchen Einfluss die Familie, Freunde und Partnerschaften dabei gehabt haben (Buchner 2011, Online). Über einen Zeitraum von drei Jahren werden biographische Daten von jungen Menschen mit Behinderung gesammelt und in Anlehnung an Atkinson's Ansatz des "Life History Research" erarbeitet. Alle Interviews verstehen sich als qualitative Datenerhebungsmethode mit Fokus auf einer narrativen Vorgehensweise (ausführlicher Kapitel 7.2). Hierbei wird mit einer zu Beginn gestellten Eingangsfrage von Seiten des Interviewers begonnen, welche als Erzählaufruforderung für den Interviewten verstanden werden kann. Aufgrund der offenen Fragestellung hat der Interviewte genügend Zeit über sein Leben zu erzählen. Gelangt dieser an jenen Punkt, an dem er nichts mehr zu erzählen hat, folgt der sogenannte Nachfrageteil. Hier werden spezielle Themen angesprochen, welche im Interview zu wenig oder kaum behandelt wurden, jedoch für den Interviewer von Bedeutung sind (Bortz und Döring 2006, 316).

"Die Forscher werden die Ergebnisse des Projektes zur Publikation in nationalen als auch internationalen akademischen Journals einreichen, zudem werden Outcomes auf (a) zahlreichen bedeutenden Konferenzen, als auch (b) Stakeholdern im politischen Bereich (auf Ebene des Bundes und der Länder) und (c) Behinderten- als auch Selbstvertretungsorganisationen präsentiert" (FWF o.J., Online).

Die Ergebnisse bleiben somit nicht nur an der Universität, sondern werden auch an Organisationen und Politiker weitergeleitet, um einen Beitrag zur Verbesserung von Gesetzen und politischen Leitlinien für Menschen mit Behinderung zu leisten und somit zu mehr Chancengleichheit beizutragen.

Kapitel 6

Die individuell-biographisch-soziale Betrachtungsweise von Behinderung nach Mark Priestley

Wie in Kapitel 2.4 angeführt, wird aus soziologischer Sicht die Gesellschaft für die Behinderung eines Menschen verantwortlich gemacht. Es existieren bauliche sowie institutionelle Barrieren, welche von Mensch mit einer Behinderung als Hindernis wahrgenommen werden und die Teilhabe an der Gesellschaft dadurch erschweren bzw. unmöglich machen. Auch Mark Priestley, ein britischer Soziologe, sieht die Gesellschaft als behindernden Faktor an und betrachtet den Menschen mit Behinderung in dessen Verhältnis. Das Individuum wird zum Gegenstand seiner Untersuchungen und er versucht darzustellen, in welcher Weise diese Menschen von der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Ausgehend davon, dass Menschen mit Behinderung jeden Alters von Benachteiligungen betroffen sein können, erfolgt Priestley's individuelle Betrachtung über die verschiedenen Lebensabschnitte wie Geburt, Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, hohes Alter und Tod (Priestley 2003).

Bevor auf Priestley's Forschungsinteressen und Konzepte näher eingegangen wird, nun ein kurzer Überblick über seine aktuellen Tätigkeiten und Forschungsfelder. Er wurde 1963 in Großbritannien geboren und ist derzeit Professor für Behindertenpolitik und Leiter einer soziologischen und sozialpolitischen Schule. Priestley ist auch als wissenschaftlicher Direktor der europäischen Kommission des akademischen Netzwerks (ANED) tätig und Administrator des internationalen Online-Diskussionsforum "Disability Research". Sein Forschungsinteresse umfasst internationale - vor allem europäische - Perspektiven zum Thema Behinderung und Staatstätigkeiten bzw. öffentliche Ordnung. Vor allem Forschung, welche soziale, politische und ökonomische Ungleichheiten in Bezug auf politische Forderungen für Menschen mit Behinderung aufweisen, sind für ihn von zentraler Bedeutung. Infolge dessen stehen Methoden, welche die fortschreitende Erkenntnis der Rechte für Menschen mit Behinderung - in unterschiedlichen Kontexten - festlegen im Mittelpunkt seines Interesses" (Uni 2014, Online).

6.1 Behinderung und Gesellschaft

Priestley's Theorien sind angelehnt an das soziale Modell von Behinderung, in welchem nicht das Individuum, sondern gesellschaftliche Prozesse als Ursache von Behinderung angesehen werden. "The implication is that disability, as social disadvantage, is produced by social and cultural processes, and that its effects may be reduced or eliminated by building a more inclusive society" (Priestley 2003, 3). In Bezug auf die Gesellschaft und individueller Lebensgeschichten spielt auch die Politik bzw. politische Leitlinien und Gesetze eine wichtige Rolle. Diese haben Einfluss auf das Leben von Menschen mit Behinderung, bestimmen bis zu einem gewissen Grad ihre Entfaltungsmöglichkeiten und können somit auch als ein gesellschaftlich behindernder Faktor betrachtet werden. Durch bestimmte, von der Gesellschaft festgelegte soziale Strukturen werden Menschen mit Behinderung oft benachteiligt und ausgegrenzt. Die Gesellschaft ist eine isolierte Gruppe, in welcher Menschen mit Behinderung eine unterdrückte Minderheit darstellen. Basierend auf diesen Überlegungen wurde das soziale Modell von Behinderung entwickelt, welches sich im weiteren Verlauf der Arbeit als roter Faden durchzieht. "Rather, the primary purpose is to reveal and challenge the network of social relations, institutions and barriers that inhibit the full participation and equality of disabled people in society" (Shah und Priestley 2010a, 14f).

Um diesen Zusammenhang von beeinträchtigenden sozialen Beziehungen, Institutionen und Barrieren in der Gesellschaft darzustellen, plädiert Priestley (2003) für die Betrachtung individuell-biographischer Lebensgeschichten, welche im Folgenden näher beschrieben werden.

6.2 Priestley's "generationaler" Lebenslaufansatz

Wie auch im Projekt "Quali-Tydes" liegt das Interesse von Mark Priestley ebenfalls in biographischen Erfahrungen von Menschen mit Behinderung. Beide wenden sich dem Erleben von Individuen zu, sammeln dadurch individuelle Lebenserfahrungen und bringen diese in einen sozialen, generationsübergreifenden Zusammenhang. Das Interesse liegt somit auf einem "(...) Verständnis und eine[r] Erklärung individueller und gesellschaftlicher Dynamik gleichermaßen" (Sackmann und Wingens 2001, 11).

"In particular, it is about the way in which contemporary societies organize the relationship between disability and the life course, and how this affects people of different ages and generations" (Priestley 2003, 2).

Priestley's "Life Course Approach" stellt dar, wie die heutige Gesellschaft die Beziehung zwischen Behinderung und Lebenslauf organisiert und infolge dessen, welchen Einfluss dies auf Personen unterschiedlichen Alters und über Generationen hinweg hat. "Using a life course as an conceptual framework is a productive approach, because it forces us to consider a wider range of issues, affecting people at all points of life, rather than focusing on those that are relevant only to a minority" (Priestley 2003, 4). Im Folgenden wird dies anhand der einzelnen Lebensabschnitte dargestellt.

6.2.1 Geburt

Wie bereits in Kapitel 3.2 erwähnt, können Schädigungen bzw. Behinderungen bereits vor, während oder nach der Geburt auftreten. Um vorgeburtliche Schädigungen festzustellen, können diverse Untersuchungen durchgeführt werden. Einerseits können Dank moderner Methoden frühzeitig Behinderungen festgestellt und die Eltern informiert werden, um sich auf diese Situation vorbereiten zu können. Andererseits steigt auch die Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen, da viele Eltern mit der Diagnose überfordert sind und sich ein "gesundes" Kind wünschen (siehe auch 1.3).

Somit stellt sich die Frage nach dem Recht auf Leben, welches bei noch Ungeborenen nicht nur von der Entscheidung der Eltern, sondern auch von Ärzten, der Politik und Gesetzgeber abhängig ist. Kurz: Eine Entscheidung zwischen Leben und Tod. "Parents, medical practitioners, policy makers and legislators are all involved in making decisions about who may be born" (Priestley 2003, 36). Dieser Prozess ist somit nicht nur ein persönlicher Entschluss, sondern hängt mit Staatsinteressen und professionellen Diskursen zusammen. All diese Faktoren tragen zur Entscheidung bei, ob ein Kind geboren wird oder nicht. Dies hängt vor allem davon ab, ob bzw. welches Wissen und Akzeptanz - auf persönlicher und professioneller Ebene - gegenüber Behinderung besteht. Obwohl die genetischen und medizinischen Technologien sehr fortgeschritten sind und vermehrt in Anspruch genommen werden, dürfen moralische und ethische Argumente nicht außer Acht gelassen werden. Es stellt sich die Frage, ob es richtig ist, ein Leben zu beenden aufgrund einer Behinderung oder ein Leben zu beginnen trotz Behinderung (Priestley 2003, 36f).

Vor allem für den Staat sind Menschen mit Behinderung mit erhöhten Kosten verbunden. Sie benötigen mehr finanzielle Unterstützung (z.B. für Therapien), tragen wirtschaftlich wenig bis kaum zur Erhaltung des Staates bei und werden aufgrund dessen als wertlose und unwichtige Bürger betrachtet. Entgegen dieser Ansicht stellt sich das Modell von Behinderung, welches diesbezüglich entscheidend an Bedeutung gewinnt. "However (...) social models of disability challenge the reasoning that underpins these assumptions, suggesting that oppression and disadvantage result primarily from *social* rather than *biological* causes" (Priestley 2003, 39). Nicht die biologische Differenz definiert Behinderung, sondern die Unfähigkeit der Gesellschaft damit umzugehen.

Anfang des 20. Jahrhunderts spielte die Eugenik eine entscheidende Rolle (siehe Kapitel 1.2). Die Erhaltung "ungeschädigter und funktionsfähiger" Erbanlagen des Volkes und die Vernichtung von Menschen mit "geschädigten und defekten" Erbanlagen war weit verbreitet. Dies führte während der NS-Zeit zur Ermordung von Menschen mit Behinderung, da ihnen kein Lebensrecht zugesprochen wurde. Diese "Auswahl" geschah nicht auf individueller, sondern auf staatlicher Ebene. Solche Massenprogramme waren während der NS-Zeit stark verbreitet, finden in der Gegenwart jedoch keine bzw. kaum noch Anwendung. "Birth decisions, in richer technological societies at least, are now more likely to be based on individual attitudes than mass state-sponsored programmes" (Priestley 2003, 44). Ein Beispiel für eine individuell-eugenische Entscheidung stellt die Abtreibung des noch Ungeborenen dar. Dies wird jedoch ebenfalls vom Staat beeinflusst, da dieser Gesetze festlegt, bis zu welchem Schwangerschaftsmonat bzw. ob überhaupt eine Abtreibung durchgeführt werden darf. Somit werden individuelle Entscheidungen von staatlicher und medizinischer Seite getroffen und entscheiden über das Leben eines

Menschen (Priestley 2003, 46ff). "Although selective abortion decisions in consumer societies are perhaps the most obvious example of personal eugenics, involving parents in individual risk negotiations, they are rarely 'free' choices" (Priestley 2003, 49).

6.2.2 Kindheit

Priestley (2003) definiert als weitere generationale Kategorie die Kindheit; genaue Altersbegrenzungen hierfür legt er nicht fest. Dies lässt sich dadurch erklären, weil aus soziologischer Perspektive die Übergänge von einem Lebensabschnitt in den nächsten als fließend bezeichnet werden. Der Übergang von der Kindheit in die Jugendphase lässt sich anhand einiger Riten und Umbrüche erkennen, ist jedoch individuell verschieden und kann nicht genau auf ein bestimmtes Alter beschränkt werden. So kann aus christlicher Perspektive das Ende der Kindheit mit der Firmung festgelegt werden bzw. der Übergang in die Jugendphase mit Heirat, Familiengründung und Erwerbstätigkeit. Heute verlaufen solche Übergangsrituale jedoch fließend und verlieren an Bedeutung. Somit findet ein kontinuierlicher, sich entwickelnder Übergang der verschiedenen Lebensabschnitte statt (Kratschmar 2011, 2). Aufgrund dieser soziologischen Betrachtung werden auch in den folgenden Kapiteln keine Altersbegrenzungen festgelegt.

Prinzipiell kann Kindheit als sozial strukturiertes Konstrukt betrachtet werden. Sie existiert als Minderheitengruppe, welche in Beziehung zu anderen Menschen jeden Alters steht und den Anspruch erhebt, Staatsbürger und Mensch zu sein (Priestley 2003, 63). Während der Kindheit erlebt das Kind viele Stationen des Aufwachsens in Richtung Erwachsenwerden. Hierbei wird von der Gesellschaft bestimmt, welches Verhalten als "normal" bzw. "nicht normal" bezeichnet wird.

"It is then the perceived norms and competences of *adulthood* that define the goals and milestones of normal child development" (Priestley 2003, 66). Bei Menschen mit Behinderung werden diese Abweichungen von Entwicklungsnormen deutlich, wodurch sie meist eine andere Behandlung als nicht behinderte Kinder erfahren. In der Regel werden sie auch als entwicklungsverzögert wahrgenommen, was sich an physischen (Körpergröße, Bewegung und Koordination), sprachlichen und kognitiven Merkmalen erkennen lässt. Diese festgelegten Normen bestimmen die Behandlung, Ausbildung (siehe Kapitel 4) und das allgemeine Wohlergehen des Kindes. Kinder mit einer Behinderung werden zu Subjekten, welche unter ständiger Aufsicht, Kontrolle und Disziplin stehen. Beispiele hierfür sind die institutionelle Pflege, das Sonderschulwesen, medizinische Behandlungen sowie vorgeburtliche Untersuchungen und Abtreibungen. Diskurse über eine "normale" Entwicklung eines Kindes sind hier von Bedeutung, weil sie unmittelbar Kinder mit einer Behinderung betreffen. Genau diese weichen meist von der Norm ab und sind in einem hohen Maße davon betroffen (Priestley 2003, 65). Somit ist die Kategorie Kindheit in Bezug auf Behinderung nicht nur biologisch bestimmt, sondern auch kulturell und sozial konstruiert. Dies lässt sich unter anderem in Zusammenhang mit der Abhängigkeit eines Kindes mit Behinderung von den Erwachsenen erklären, da es auf finanzielle Unterstützung, spezielle Schulung und Fördermaßnahmen angewiesen ist. "In the case of disabled children this is significant, since their dependency has been constructed as both longer lasting and qualitatively different from that of other children" (Priestley 2003, 72). 1989 wurde ein Übereinkommen (UNCRC - United Nations Convention on the Rights of

a Child) unterzeichnet, welches die Rechte eines Kindes festlegt. Dies ist ein internationaler Menschenrechtsvertrag, welcher Kinder und Jugendliche eine Reihe von Rechten gewährt. "The UNCRC asserts a range of human rights for all children, and sets out service standards against which states may be judged, including rights to survival, development, protection and social participation" (Priestley 2003, 77). Dieses Übereinkommen bildet eine wertvolle Basis, um Rechte für Kinder darzustellen und zu überprüfen.

6.2.3 Jugend

Der Beginn der Jugendphase lässt sich sowohl biologisch als auch psychisch, sozial und kulturell feststellen. Aus biologischer Perspektive beginnt die Jugend mit der Entwicklung der geschlechtlichen Reife sowie damit einhergehender Partnerschaften und der Persönlichkeitsentwicklung. Um diese entwickeln zu können, wird vieles ausprobiert, Freunde gewinnen zunehmend an Bedeutung und bestimmte Einstellungen und Werthaltungen werden übernommen. Das Interesse am "gesellschaftliche[n] Organisationsgefüge" steigt, die Jugendlichen suchen sich dort einen Platz und werden somit zu einem Mitglied der Gesellschaft. Im Laufe der Jugendphase wird eine Ausbildung angestrebt und gegen Ende ein Beruf erlernt, welcher es den Jugendlichen ermöglicht "(...) eigenständig ökonomisch zu handeln" (Kratschmar 2011, 1). Das Thema Bildung ist im Jugendalter von großer Bedeutung. Darauf wird in diesem Kapitel jedoch nicht näher eingegangen (siehe Kapitel 4). Im Vergleich zu früher weist die Jugendphase heute wesentliche Unterschiede auf. Laut "6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich" aus dem Jahr 2011 lässt sich dies wie folgt zusammenfassen: "Die heutige Jugendphase präsentiert sich schillernd, dauert länger und ist gegenüber der Kindheits- und Erwachsenenphase nicht eindeutig abgrenzbar. Die gesellschaftlichen Lebenswelten werden durch ihre Vielfältigkeit und Flexibilität immer ähnlicher" (Kratschmar 2011, 2).

Prinzipiell kann die Jugend als Phase der Selbstständigkeit, beruflichen und familiären Verantwortung sowie finanziellen Unabhängigkeit betrachtet werden. Eigenverantwortung und Selbstbestimmung gewinnen an Bedeutung und ermöglichen einen freie Wahl des Lebensstils. Die genaue Altersbegrenzung der Jugendphase ist hier ebenfalls von geringer Bedeutung, da Jugendliche unterschiedlichen Alters in verschiedenen Gesellschaften zu einem individuellen Zeitpunkt Verantwortung übernehmen. "It is then the timing, duration and social organization of these transitions that characterize much of what we understand by the term 'youth'" (Priestley 2003, 89).

Für Menschen mit Behinderung ist das Erlangen des Erwachsenenstatus mit vielen Barrieren verbunden. Vor allem in Bezug auf die Umsetzung von bestimmten Freizeitan geboten und in Sachen Mode bzw. Ausdruck der weiblichen und männlichen Attraktivität sind Menschen mit Behinderung benachteiligt. Weiters haben sie mehr Probleme mit gleichaltrigen Freundschaften zu schließen sowie ein eigenständiges Leben zu führen (Priestley 2003, 90f). Der Körper spielt im Leben eines Jugendlichen eine große Rolle. Er ist Ausdruck der Identität und Schönheit und symbolisiert Selbstdisziplin, Energie und Willenskraft. Aufgrund normativ festgelegter Eigenschaften (wie zum Beispiel aus Medien, Modekonzernen usw.) eines "normalen und schönen" Körpers, welche meist über physische Merkmale festgelegt werden, fühlen sich Menschen mit einer - vor allem körperlichen - Behinderung benachteiligt. Somit fällt die Repräsentation "behinderter

Körper" als schön und begehrenswert schwer, da erneut die Gesellschaft festlegt, was als "normal und schön" gilt (Priestley 2003, 95). "Within this context, disability activists and disability culture have begun to redefine aesthetic norms in order to challenge the oppression of aesthetic power relationships" (Priestley 2003, 96).

Das Thema Sexualität spielt vor allem im Jugendalter eine wichtige Rolle. Menschen mit einer körperlichen Behinderung leiden oft unter sexueller Dysfunktion und können aufgrund dessen ihre Sexualität wenig bis kaum ausleben. Bei denen die sexuelle Funktion nicht beeinträchtigt ist (meist bei Menschen mit geistiger Behinderung), fällt es oft schwer Partner zu finden. Von Seiten der Gesellschaft können Maßnahmen veranlasst werden, um die Sexualität bei Menschen mit Behinderung zu verhindern. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden in den USA - und hier vor allem bei Mädchen - zahlreiche Zwangssterilisationen durchgeführt. Ähnlich wie bei den bereits erwähnten Ermordungen von Menschen mit Behinderung, wollte das Volk nur das Weiterbestehen "guten" Erbmaterials. Diesem Modell folgten nach und nach weitere Länder, unter anderem auch Deutschland. Mit der Einführung von Behindertengleichstellungsgesetzen wurden Zwangssterilisationen in einigen Ländern verboten, in manchen bestehen sie nach wie vor (Priestley 2003, 98ff).

Menschen mit Behinderung haben ebenfalls das Recht ihre Sexualität auszuleben, obwohl das Thema oft tabuisiert und marginalisiert wird. Eine entscheidende Veränderung hierfür stellen Gesetze für Menschen mit Behinderung dar, welche Benachteiligungen beseitigen und Gleichberechtigung herstellen (siehe (ju§line Österreich o.J.); (BGBI 2008); (BMAS 2011)). Der Weg zum Erwachsenenalter ist für viele Menschen mit Behinderung ein sehr anstrengender und mühevoller. Nicht nur individuell-körperliche Probleme, sondern auch diverse Verwirklichungsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Der Erwachsenenstatus ist unter anderem durch ein eigenes Haus, Arbeit und Kinder gekennzeichnet. Menschen mit Behinderung werden ebenfalls auf dem Weg zum Erwachsenen begleitet und gefördert (siehe Kapitel 3.3), sind jedoch mit Barrieren und Ungleichheiten in einem höheren Maße konfrontiert als nicht behinderte Jugendliche.

6.2.4 Erwachsenenalter

Das Erwachsenenalter zeichnet sich - vor allem in industrialisierten westlichen Ländern - durch Unabhängigkeit, Kompetenz und Autonomie aus. Im Gegensatz dazu weisen die Kindheit, die Jugend, das höhere Alter sowie die Kategorie Behinderung wenig bis kaum dieser Eigenschaften auf. Unabhängigkeit und Autonomie stellen soziale Konstrukte dar, welche von der Gesellschaft festgelegt werden und somit das Erwachsenensein mit bestimmten Eigenschaften versehen. Kompetenz hingegen ist kein von außen festgelegtes Merkmal, sondern wird durch den Austausch und Kontakt in sozialen Netzwerken und Beziehungen erlangt (Priestley 2003, 140f).

Unabhängigkeit kann vielfach betrachtet werden und unterschiedliche Bedeutungen annehmen.

"For example, independence may be associated with the physical and cognitive functioning of the adult body, with an autonomous sense of adult self-identity, with cultural constructions of adult individualism, or with the successful transcendence of structural dependency upon others" (Priestley 2003, 119).

Für Menschen mit Behinderung sind die Möglichkeiten der Unabhängigkeit meist erheblich eingeschränkt, da sie in vielen Bereichen des Lebens Unterstützung brauchen und somit auf Hilfe angewiesen sind. Unabhängigkeit ist historisch und kulturell bedingt. Ihre Bedeutung variiert und stellt heute etwas anderes dar als noch vor 100 Jahren. Die individuell gegenwärtige Kultur legt den Rahmen fest, was unter Unabhängigkeit verstanden wird (Priestley 2003, 119). All diese Definitionen und Erläuterungen bilden das "Normale" ab, welche - wie bereits erwähnt - sozial konstruiert werden. Aufgrund dessen haben sich Behindertenbewegungen das Ziel gesetzt, Neudeinitionen vorzunehmen. Diese sollen weniger auf körperliche Funktionen bezüglich Unabhängigkeit gerichtet sein, sondern freie Wahl- und Kontrollmöglichkeiten beinhalten (Priestley 2003, 120). Dies betrifft zum Beispiel persönliche Assistenz, welche als unterstützende Maßnahme im Alltag dient und dem Assistenznehmer freie Wahl über Ausmaß und Art der Betreuung ermöglicht (siehe Kapitel 3.3.4).

Ein weiteres Thema im Leben eines Erwachsenen ist das der Kindererziehung bzw. Elternschaft. "Thinking about parenting exposes the gendered nature of modern adulthoods, and shows how disabled people continue to be obstructed in their claims to parental rights and responsibilities" (Priestley 2003, 124). Die Elternschaft ist eng mit dem Konzept der Kompetenz verbunden. Menschen mit Behinderung, welche sich für ein Kind entscheiden, müssen dazu erst in der Lage sein dies zu bewältigen. Vor allem bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung stellt sich dies als schwierig heraus. Sind sie nicht in der Lage ein Kind zu erziehen, können Maßnahmen wie zum Beispiel Sterilisation oder Abtreibung in Erwägung gezogen werden. Menschen mit einer körperlichen Behinderung hingegen können durchaus in der Lage sein ein Kind zu erziehen und wenn nötig, persönliche Assistenz und/oder spezielle unterstützende Maßnahmen in Anspruch nehmen. Es existieren zahlreiche Diskussionen über "ideale" Elternschaft und erneut legt die Gesellschaft hierfür Kriterien fest (Priestley 2003, 125ff). "In particular, state and professional interventions in the reproductive lives of disabled people reveal powerful discourses of incompetence and dependency, which are both culturally constructed and socially produced" (Priestley 2003, 127). Trotz vermehrten Bemühungen zur Umsetzung von sozialen Modellen von Behinderung der letzten Jahre, gelang dies in der Praxis nicht immer. Ziel ist es, "to promote independent living solutions that challenge discriminatory attitudes and policies and that recognize parenting as a significant adult status role, particularly for disabled mothers" (Priestley 2003, 131).

Das Thema Arbeit bzw. Erwerbstätigkeit nimmt einen wichtigen Stellenwert im Leben eines Erwachsenen ein. In der heutigen modernen Gesellschaften kommen jedoch Zweifel auf, ob Erwerbstätigkeit tatsächlich als *die* Schlüsselqualifikation des Erwachsenenlebens definiert werden kann. Menschen mit Behinderung - vor allem Frauen - sind vermehrt von Arbeitslosigkeit, Unterbeschäftigung und Unterbezahlung betroffen. Gründe dafür können die negative Einstellung der Arbeitgeber gegenüber Menschen mit Behinderung sein, eingeschränkter bzw. ungleicher Zugang zu Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten, das Fehlen angemessener Unterstützung und Betreuung sowie beeinträchtigende Faktoren am Arbeitsplatz. "Employment is also significant in the construction of disability as a social category, since 'ability to work' is the primary criterion that states use to define who is disabled" (Priestley 2003, 133). Hier lässt sich erneut das Festlegen von Normen und Kriterien von Seiten des Staates bzw. der Gesellschaft erkennen. Das soziale Modell von Behinderung zieht sich durch alle Lebensabschnitte und verdeutlicht so-

mit, welch großen Stellenwert die Gesellschaft im Leben einzelner Menschen einnimmt. "Thus, actions to increase employment opportunities for disabled adults have been increasingly promoted by policy makers and disabled activists alike, on both economic and social grounds" (Priestley 2003, 135).

6.2.5 Hohes Alter und Tod

Hohes Alter und Behinderung weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Durch zunehmendes Alter verschlechtert sich der körperliche Zustand eines Menschen, das Ende der Erwerbstätigkeit tritt ein, es kommt zu einer Zunahme der Abhängigkeit von anderen Personen und einer vermehrten Verletzlichkeit. Behinderung weist die selben bzw. ähnlichen Merkmale auf, weshalb ältere Menschen meist ebenso als behindert bzw. beeinträchtigt betrachtet werden. "Since bodily ageing is closely correlated with impairment, the parallel significance of old age and disability is accentuated by the ageing of world population" (Priestley 2003, 143).

Hohes Alter und Behinderung stellen soziale Kategorien dar, welche das Merkmal der Abhängigkeit aufweisen. Somit sind sie sich ähnlicher als andere Lebensabschnitte, welche durch Unabhängig- und Selbstständigkeit gekennzeichnet sind. "Indeed, it is quite common for 'older and disabled people' to be regarded as a single category in policy making and social care" (Priestley 2003, 146).

Das Thema "älter werden" lässt sich auch von einer körperlichen Perspektive betrachten. Einige Beeinträchtigungen lassen sich aus zunehmenden Alter erschließen und werden als "normale" Alterserscheinungen angesehen. Wenn eine Beeinträchtigung in früheren Lebensabschnitten (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) auftritt, wird diese als "abnormal" bzw. Unterbrechung des "normalen" Lebenslaufs bezeichnet. Diese Betrachtungsweise hat Auswirkungen auf generationale Verhandlungen sowie das Denken über Behinderung (Priestley 2003, 163f).

In den letzten Jahren entstanden einige Entwicklungen und auch neue Denkansätze in Richtung Unabhängigkeit, welche sich mehr und mehr von der Abhängigkeit - vor allem im Erwachsenenalter - distanzierten und sich folglich positiv auf das hohe Alter auswirken. "Movements for 'independent living' and 'active aging' have made increasingly successful claims at the margins of independent adulthood, while distancing themselves further and further from negative imagery of dependency in deep old age" (Priestley 2003, 164).

Mit dem Tod sind nicht nur ältere, sondern Menschen jeden Alters konfrontiert. Wie eingangs erwähnt (siehe Kapitel 6.2.1), kann durch Abtreibung bzw. Schwangerschaftsabbruch ein Leben bereits sehr früh verhindert werden. Die Tötung von Menschen mit Behinderung war während der NS-Zeit ebenfalls eine gängige Methode, "lebensunwertes Leben" zu verabschieden (siehe Kapitel 1.2). Neben diesen Maßnahmen gibt es (natürlich) auch die Möglichkeit eines natürlichen Todes. Es existieren zahlreiche Diskussionen zum Thema "Sterben und Tod", welche an dieser Stelle nicht näher behandelt werden. "In this context, the normalization of life expectancy and increased consumer involvement in dying illustrate the construction of certain kinds of death as 'good', 'natural', 'timely', 'merciful' and so on" (Priestley 2003, 166).

Kapitel 7

Qualitative Forschung

Qualitative Forschung zeichnet sich durch die Erfassung von verbalem Datenmaterial sowie dessen Interpretation aus. Sie erhebt den Anspruch, Lebenswelten aus der Sicht von handelnden Menschen zu beschreiben, um soziale Wirklichkeiten der beteiligten Subjekte abzubilden. Aus den individuell gewonnenen Daten wird ein allgemeiner Schluss gezogen bzw. verallgemeinerte Aussagen abgeleitet. Dieses Vorgehen wird als induktiv bzw. Induktionsschluss bezeichnet; vom Einzelnen zum Allgemeinen. Qualitative Forschung ist somit eine beschreibende Methode, welche das Erleben von Einzelfällen untersucht und dieses interpretativ und verallgemeinernd darstellt (Flick 2000, 9f).

7.1 Historische Entwicklung

Prinzipiell entwickelte sich der qualitative Ansatz aus der Kritik am quantitativen Vorgehen, welches zunehmend hinsichtlich Standards und Kriterien hinterfragt wurde und in vielen Bereichen eine negative Bilanz zu verzeichnen hatte. Mit dem quantitativen Ansatz konnten zum Beispiel keine "subjekt- und situationsspezifischen Aussagen" gewonnen werden, welches sich qualitative Forschung zum Ziel setzte (Flick 2000, 11f).

Die Naturwissenschaften existierten im Vergleich zu den Sozialwissenschaften bereits früher. Aufgrund dessen haben sich die Sozialwissenschaften an der "naturwissenschaftlichen Methodologie" orientiert und so ihre Erkenntnisse gewonnen. Dies setzte jedoch Quantifizierung voraus, wodurch Daten in großen Mengen erzeugt wurden. "Erkenntnistheoretisch fundiert wurde diese Vorgehensweise durch den Positivismus des Wiener Kreises in den 20er Jahren und durch den kritischen Rationalismus von Popper" (Bortz und Döring 2006, 302). Mit der Entwicklung von Taschenrechnern und Computern in den 70er Jahren wurden große Datensätze erfassbar und quantifizierbar. Somit dominierte zu Beginn der historischen Entwicklung vorerst der quantitative Ansatz.

Seit dem 19. Jahrhundert werden die Phänomenologie und die Hermeneutik als methodische Alternativen verwendet. Der Begriff Hermeneutik kommt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie "die Kunst der Auslegung von Texten" (Kron 1999, 208). Sie wird zur Deutung und Interpretation von Texten verwendet und verläuft zirkelartig. Durch die-

ses Deuten von Inhalten werden schrittweise mehr und mehr Feinheiten herausgearbeitet, wodurch am Ende ein Gesamtverständnis des Textes erzielt wird. Diese Methode kann als Vorgänger der qualitativen Inhaltsanalyse betrachtet werden (Kron 1999, 211). Das Wort Phänomenologie stammt ebenfalls aus dem Griechischen und bedeutet "das Erscheinen-de". Ausgangspunkt der Phänomenologie ist die Lebenswelt von Personen, welche es zu erfassen gilt. Das Gegebene soll sinnlich beobachtet und möglichst wertfrei beurteilt werden (Kron 1999, 189f).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde von der Universität in Chicago - beeinflusst vom Pragmatismus - der "(...) symbolische Interaktionismus und die Ethnomethodologie als einflussreichste Theorie- und Forschungsrichtungen hervor[gerufen]" (Bortz und Döring 2006, 304). Der symbolische Interaktionismus ist eine soziologische Theorie, welche davon ausgeht, "(...) dass das Verhalten der Menschen weniger von objektiven Umweltmerkmalen geprägt ist als vielmehr von subjektiven Bedeutungen, die Menschen den Objekten und Personen ihrer Umwelt zuweisen (...)" (Bortz und Döring 2006, 304). Die Ethnomethodologie beschäftigt sich mit der Sinngebung von Menschen hinsichtlich bestimmter Verhaltensweisen. Prozesse von Beobachtung und Kommunikation stehen im Zentrum, welche auf Sinndarstellung abzielen. Scheinbare Selbstverständlichkeiten des Alltags (z.B. Grüßen oder Fragen) werden analysiert und auf ihren Sinn geprüft. Somit kann die Ethnomethodologie als "Theorie des Handelns" bezeichnet werden (Kneer und Schroer 2009, 87).

Als einer der Kontrahenten des Positivismusstreits ist Max Weber zu nennen. Er war der Auffassung, "(...) dass wissenschaftliche Erkenntnis wertfrei sei, also lediglich Handlungsmöglichkeiten vorgebe, ohne sie als gut oder schlecht zu bewerten (...)" (Bortz und Döring 2006, 305). Diese Position Weber's wurde von Seiten des Neonormatismus stark kritisiert (Werturteilsstreit), weshalb folglich in den 60er Jahren eine erneute heftige Auseinandersetzung mit dem Thema Werte in der Wissenschaft geführt wurde (Positivismusstreit). "Kennzeichnend für den Positivismusstreit waren weitreichende Missverständnisse und persönliche Animositäten zwischen den Disputanten" (Bortz und Döring 2006, 306). Aus all diesen Auffassungen und Entwicklungen etablierte sich die qualitative Forschung als eigene Disziplin, welche in den 80er Jahren im deutschsprachigem Raum an Bedeutung gewann (Lamnek 2002, 157).

7.2 Qualitative Befragung als Datenerhebungsmethode

Wie bereits eingangs erwähnt, eignen sich unter anderem Interviews für die Erfassung und Auswertung qualitativer Daten. Durch Befragungen "ermittelt man die subjektive Sichtweise von Akteuren über vergangene Ereignisse, Zukunftspläne, Meinungen, gesundheitliche Beschwerden, Beziehungsprobleme, Erfahrungen in der Arbeitswelt, etc" (Bortz und Döring 2006, 308). Meist werden von Seiten des Interviewers offene Fragen gestellt, um dem Interviewten ein freies und offenes Antworten zu ermöglichen. Das Gespräch läuft wenig bis kaum standardisiert ab und stellt aufgrund dessen eine flexible und wenig strukturierte Befragungstechnik dar (Bortz und Döring 2006, 308f).

Es existiert eine Vielzahl an verschiedenen Formen qualitativer Interviews. Im Folgenden wird näher auf das sogenannte narrative Interview eingegangen, da dieses als Basis für die vorliegende Arbeit dient.

7.2.1 Das narrative Interview

Das narrative Interview wurde im Wesentlichen von Fritz Schütze, einem deutschen Soziologen, entwickelt. Diese Art von Interview ist eine der beliebtesten Methoden der qualitativen Sozialforschung und wird vor allem in der biographischen Forschung angewendet. Ziel ist es, subjektive Erfahrungen eines Menschen im Kontext des gesamten Lebenslaufs zu erfassen und dessen eigene Perspektive darzustellen (Lamnek 2002, 180).

Nun zum genauen Ablauf eines narrativen Interviews, welches prinzipiell aus zwei Teilen besteht: der Erzählphase und dem Nachfrageteil. Zu Beginn des Interviews wird ein sogenannter "Erzählstimulus" von Seiten des Interviewers gegeben, der den Interviewten auffordert über sein Leben bzw. entscheidende Wendepunkte seines Lebens zu erzählen. Ein Beispiel für eine Eingangsfrage könnte folgende sein: "Nun erzählen Sie mir doch bitte Ihre Lebensgeschichte". Diese Eingangsfrage findet vor allem in der Biographieforschung Anwendung, welche eine Stegreiferzählung anstrebt und den Verlauf des Interviews offen lässt. "Dieser Stimulus aus der Biographieforschung ist sehr offen gehalten und nimmt weder die Setzung eines Anfangs- oder Endpunktes, noch eine thematische Eingrenzung oder eine Beschränkung auf eine bestimmte Lebensphase vor" (Küsters 2009, 44). Während der Erzählung soll der Interviewte möglichst nicht unterbrochen werden, auftauchende Fragen können zu einem späteren Zeitpunkt in der Nachfragephase geklärt werden. Nach dieser ersten Stegreiferzählung folgt der sogenannte Nachfrageteil. Wurde auf bestimmte Themen wenig bis kaum eingegangen, welche der Interviewer als wichtig erachtet, besteht im Nachfrageteil die Möglichkeit diese anzusprechen (Lamnek 2002, 181).

Das narrative Interview widerfährt oft Kritik hinsichtlich unzureichender Datenerfassung. Aufgrund des freien Erzählens könnten wichtige Daten nicht erwähnt werden oder ganz fehlen. Dies scheint jedoch unbegründet, da der Nachfrageteil als wichtiger Bestandteil des narrativen Interviews betrachtet wird. "Auch gibt es die Möglichkeit, nach der Ersterzählung und den diese betreffenden immanenten Nachfragen eine Art zweiten Erzählstimulus nach einem bisher unerzählten Teilprozess zu stellen" (Küsters 2009, 47).

Nun zu einigen Rahmenbedingungen bzw. organisatorischen Fragen. Personen aus dem eigenen Bekannten- oder Verwandtenkreis sollten nach Möglichkeit nicht befragt werden. Bestimmte Sachverhalte oder Ereignisse werden meist nicht bzw. nicht ausführlich erzählt, weil davon ausgegangen wird, dass der Interviewer über diese bereits Bescheid weiß. Ist der passende Interviewpartner gefunden, kommt in den meisten Fällen der Erstkontakt telefonisch zustande. Hier stellt man sich und sein Forschungsvorhaben vor, "(...) erklärt, wie und von wem man auf den Gesprächspartner verwiesen worden ist und bittet um ein Gespräch" (Küsters 2009, 49). Bereits am Telefon soll absolute Anonymität und Vertraulichkeit im Umgang mit den Daten zugesichert werden. Da eine Aufnahme des Interviews auf Ton notwendig ist, soll dies auch im Vorhinein angekündigt werden, um eventuelle Unsicherheiten zum Zeitpunkt des Interviews zu vermeiden. Weiters soll ein passender Ort für das Interview (meist die Wohnung des Interviewten) und der genaue Zeitpunkt fixiert werden. Im Durchschnitt sollten für das Interview etwa zwei Stunden eingeplant werden (Küsters 2009, 50).

Um ein erfolgreiches Interview zu führen, müssen bestimmte Arbeitsschritte Beachtung finden, welche im Folgenden näher dargestellt werden. Zu Beginn erfolgt eine inhaltliche Planung, um den Interviewrahmen festzulegen. Vorerst ist das Thema der Befragung

festzulegen sowie eine Auswahl der Interviewpartner zu treffen. Anschließend erfolgt die Wahl der geeigneten Befragungstechnik sowie die Ausarbeitung eines Interviewleitfadens. Im Weiteren müssen organisatorische Maßnahmen, wie der Termin des Interviews und die Zusammenstellung des Interviewmaterials (Leitfaden, Aufnahmegerät, Anonymitätserklärung) getroffen werden. Wurden all diese Vorbereitungen realisiert, kann die eigentliche Gesprächsführung beginnen. Die Aufgabe des Interviewers besteht in der Schaffung einer entspannten Atmosphäre, wie etwa zu Beginn durch gegenseitiges Vorstellen, das Vorbereiten des Aufnahmegerätes und eventuelle Instruktionen zum Ablauf des Interviews. Bei der Durchführung des Interviews ist von Seiten des Interviewers auf den Fluss des Gesprächs zu achten, sowie „wenn dieses ins Stocken gerät durch Nachfragen wieder anzuregen. Durch diese Steuerung des Gesprächsverlaufs soll eine angemessene Dauer des Interviews eingehalten werden. Das Ende des Interviews ist durch das Abschalten des Aufnahmegerätes gekennzeichnet. Bei der Verabschiedung wird darauf verwiesen, dass das erhobene Material bzw. die Ergebnisse der Untersuchung übermittelt werden können sowie bei auftauchenden Fragen neuerlich Kontakt aufgenommen wird. Unmittelbar nach dem Interview empfiehlt es sich Notizen über das Gespräch zu machen. Diese sollen die Gesprächssituation bzw. Atmosphäre wiedergeben und einen umfassenden Überblick des Interviews geben (Bortz und Döring 2006, 310f).

Im letzten Schritt muss das aufgezeichnete Interview verschriftlicht (transkribiert) werden. Diese Phase nimmt viel Zeit in Anspruch und erfordert genaues Arbeiten. „In sprachanalytischen Zusammenhängen richtet sich das Interesse häufig darauf, ein Höchstmaß an erzielbarer Genauigkeit bei der Klassifikation von Äußerungen, Pausen und in ihrer Darstellung zu erzielen“ (Flick 2000, 192).

Wurden die Daten erhoben, wie zum Beispiel durch ein narratives Interview, erfolgt im Anschluss die Auswertung des Materials. Für die Auswertung qualitativer Daten eignen sich zum Beispiel Globalauswertungen, die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, die Grounded Theory sowie sprachwissenschaftliche Auswertungsmethoden (Bortz und Döring 2006, 331ff). „Qualitative Auswertungsverfahren interpretieren verbales bzw. nicht numerisches Material und gehen dabei in intersubjektiv nachvollziehbaren Arbeitsschritten vor“ (Bortz und Döring 2006, 331).

7.2.2 Sekundäranalyse von Datenmaterial

Als Alternative zur Erhebung eigener Daten kann eine Sekundäranalyse von bereits erhobenem Datenmaterial durchgeführt werden. Hier erfolgt die Auswertung vorhandener Daten anhand neuer Methoden und neuer Fragestellungen. An das „alte“ Material wird sozusagen eine neue Forschungsfrage gestellt. „Mit Sekundäranalyse wird eine Vorgehensweise bezeichnet, bei der ein bereits vorhandenes Datenmaterial, unabhängig von den Untersuchungszielen der Primärerhebung, mit eigenständiger Problemstellung erneut ausgewertet wird“ (Kopp und Schäfers 2010, 190). Die Primärdaten müssen jedoch vollständig vorhanden sein und die neue Fragestellung muss sich mit dem bereits erhobenen Material abdecken. „Beispielsweise kann man biographische Interviews, in denen ohne irgendwelche Einschränkungen die gesamte Lebensgeschichte des Informanten erfragt wurde, für eine Vielzahl biographianalytischer Fragestellungen heranziehen“ (Küsters 2009, 69). Eine Überprüfung sowie genaue Information über das ursprüngliche

Datenmaterial ist hier von besonderer Bedeutung, um eine adäquate Zweitnutzung zu ermöglichen. Die Sekundäranalyse beansprucht demnach nicht weniger Kenntnisse und Sorgfalt als die primäre Forschung und setzt eine genaue Auseinandersetzung mit den vorliegenden Daten voraus.

Der Vorteil von Sekundäranalysen besteht in der Einsparung von Zeit und Kosten, da keine eigene Erhebung notwendig ist sowie der Wegfall von organisatorischen Vor- und Nachbereitungen. Als problematisch beschreibt Kopp und Schäfers (2010, 190) die Beschaffung von inhaltlich und methodisch passendem Datenmaterial für eine "neue" Verwendung und in dessen Zusammenhang auch die Konformität der Daten und der Fragestellung. All dies muss genau überprüft und beachtet werden.

Für die vorliegende Arbeit wurde zum einen auf Daten einer früheren Untersuchung (Projekt Quali-Tydes) zurückgegriffen und zum anderen neue Daten erhoben. Somit setzt sich das Datenmaterial aus Primär- und Sekundärdaten zusammen.

7.2.3 Biographieforschung als *ein* Forschungsansatz

Wie oben angeführt, ist das narrative Interview eng mit der Biographieforschung verbunden. Vor allem für die biographische Forschung stellt das narrative Interview eine geeignete und sehr beliebte Form der Datenerhebung dar (Lamnek 2002, 180).

Da eine "vollständige Lebenserzählung" angestrebt wird, erweist sich eine narrative Gesprächsführung für die Erfassung subjektiver Erfahrungen und Zusammenhänge als sinnvoll, "um die Datenbasis nicht im Vorhinein künstlich zu verengen" (Küsters 2009, 46). Es empfiehlt sich sozusagen eine offene und keine starre Gesprächsführung, da der Interviewte somit selbst den Verlauf der Erzählung gestalten und diesen lenken kann.

Lebensgeschichten dienen zur Erklärung des Erlebten und Verhalten von Menschen und geben somit subjektive Erfahrungen wieder. Dennoch sind nicht nur einzelne Biographien, sondern auch der Vergleich dieser von Bedeutung. Vergleiche von biographischen Daten einzelner Individuen können "(...)" zur Erklärung personenbezogener und gesellschaftlicher Phänomene (...) herangezogen werden. Wie bereits mehrmals erwähnt, legt die Gesellschaft Werte und Normen fest, was unter einem "normalen" Lebenslauf zu verstehen ist, wodurch sich folglich Rückschlüsse auf das soziale System ziehen lassen können (Bortz und Döring 2006, 347). Der biographische Ansatz ist zwar in der Soziologie angesiedelt, gewinnt jedoch in allen Bereichen der Sozialwissenschaften zunehmend an Bedeutung.

Zusammenfassend wird unter Biographieforschung die Erhebung und Auswertung von lebensgeschichtlichen Dokumenten verstanden, welche in Form von ganzen Lebensgeschichten oder Bereichen bzw. Ausschnitten der Biographie ermittelt werden können (Flick 2000, 116).

7.3 Kennzeichen qualitativer Forschung

Prinzipiell kann von drei wesentlichen Kennzeichen qualitativer Forschung ausgegangen werden, welche sich grundlegend von quantitativen Verfahren unterscheiden. Erstens ist entscheidend, ”(...) ob die verwendeten Methoden dem untersuchten Gegenstand ange- messen ausgewählt und angewendet wurden” (Flick 2000, 14). Ein weiteres Kennzeichen ist die Vielschichtigkeit und unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten. Wie bereits erwähnt, beschäftigt sich qualitative Forschung mit dem individuellen Erleben von Menschen. Anders als bei quantitativen Verfahren werden ”Zusammenhänge (...) im konkreten Kontext des Falls beschrieben und aus ihm erklärt” (Flick 2000, 15). Somit kann es zu kei- ner konkreten Verallgemeinerung von Aussagen kommen, da damit subjektive Erfahrun- gen und Erlebnisse verbunden sind. Die Berücksichtigung und Analyse von individuell unterschiedlichen Perspektiven ist hier von besonderer Bedeutung. Das dritte Kennzei- chen beinhaltet die Reflexion des Forschers und der Forschung selbst. Hier wird ”(...) die Kommunikation des Forschers mit dem jeweiligen Feld und den Beteiligten zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis, statt sie als Störvariable soweit wie möglich ausschließen zu wollen” (Flick 2000, 15).

Für die Datenanalyse sind folgende zwei Kriterien zu beachten: interne und externe Vali- dität. Zur Validierung von Interpretationsergebnissen können die innere und äußere Gültig- keit herangezogen werden, wobei beide Kriterien meist nur schwer zu erfüllen sind. In- terne Validität ist gegeben, wenn sich die Gesamtinterpretation plausibel aus den Daten ableiten lässt. Eine Untersuchung kann als extern valide bezeichnet werden, ”(...) wenn das in einer Stichprobenuntersuchung gefundene Ergebnis auf andere Personen, Situa- tionen oder Zeitpunkte generalisierbar werden kann” (Bortz und Döring 2006, 53). Mit anderen Worten: inwiefern Ergebnisse auf die Realität übertragbar sind.

Bei der qualitativen Forschung fällt es meist schwer, allgemein gültige Aussagen zu treffen, da in der Regel die Stichprobengröße geringer ist als bei quantitativen Erhebungen. Somit wird weniger von einer rationalen, als von einer beispielhaften Verallgemeinerung ausgegangen (Bortz und Döring 2006, 335).

Kapitel 8

Auswertung der Interviews

Nachfolgend wird dargestellt, wie sich das Forschungssetting der vorliegenden Arbeit gestaltet und in welchem Zusammenhang dies mit der Forschungsfrage steht. Anschließend folgt die Erläuterung der Methode der Datenanalyse sowie die Auswertung der Interviewdaten.

8.1 Forschungsdesign

8.1.1 Forschungsansatz und Fragestellung

Ausgangspunkt der Arbeit ist das Projekt Quali-Tydes, welches bereits in Kapitel 5 beschrieben wurde. Bei diesem Projekt wurden biographische Interviews mit Menschen mit Behinderung geführt und anschließend hinsichtlich bestimmter Teilespekte ausgewertet. Die Vorgangsweise der vorliegenden Arbeit gestaltet sich ähnlich.

Basierend auf dem Vorgehen des Projektes sowie den theoretischen Auffassungen des Lebenslaufansatzes von Priestley setzt sich das Forschungsdesign zusammen. Bei beiden stehen individuelle Lebensgeschichten im Mittelpunkt, wodurch ein ganzheitlicher Blick auf alle Lebensabschnitte (Geburt, Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, hohes Alter und Tod) geworfen wird (siehe Kapitel 6). Besonders berücksichtigt in diesem Zusammenhang werden Menschen mit einer körperlichen Behinderung. Hierfür wurden biographische Interviews geführt, welche eine narrative Gesprächsstruktur aufweisen (siehe Kapitel 7.2). Diese Methode der Datenerhebung erweist sich für die Erfassung von lebensgeschichtlichen Daten als passend und sinnvoll, da subjektive Erfahrungen von Menschen mit einer körperlichen Behinderung sowie freies Erzählen der gesamten Lebensgeschichte im Zentrum stehen und somit ideal erfasst werden können.

Dennoch würde die Darstellung des gesamten Lebenslaufs zu unpräzise und umfangreich sein. Aufgrund dessen erfolgt eine Eingrenzung auf den Aspekt der Bildung von Menschen mit einer körperlichen Behinderung, wodurch sich das Hauptanliegen dieser Arbeit und folgende Forschungsfrage ergibt:

Welche Ressourcen haben es Menschen mit einer körperlichen Behinderung ermöglicht ein Studium zu absolvieren und welche wesentlichen Wendepunkte in ihrem Leben waren hierfür entscheidend?

Mit dieser Fragestellung ist die Darstellung *eines* Aspektes der gesamten Lebensgeschichte verbunden. Der theoretische Hintergrund zum Thema Bildung wurde bereits in Kapitel 4 näher erläutert. Diesbezüglich wurde das Recht auf Bildung eines jeden Menschen, die Entwicklung des Bildungsbegriffs sowie das Thema "Studieren mit einer Behinderung" dargestellt.

Um die in der Fragestellung erwähnten Ressourcen und Wendepunkte im Leben eines Menschen mit körperlicher Behinderung zu eruieren, welche zur Absolvierung eines Studiums beigetragen haben, wird zum einen die Inhaltsanalyse nach Mayring sowie zum anderen als Ergänzung dazu ein mögliches Analysekonzept von Priestley herangezogen (siehe Kapitel 8.2).

8.1.2 Stichprobe und Interviewablauf

Insgesamt wurden drei Menschen mit einer körperlichen Behinderung, welche ein Studium absolviert haben, befragt. Alle Teilnehmer sind männlich, was sich jedoch zufällig ergeben hat und keiner speziellen Auswahl unterzogen wurde. Eine Person, welche bereits am Projekt Quali-Tydes teilgenommen hat, hat sich für die vorliegende Arbeit bereit erklärt, sein Interview für eine sogenannte Zweitauswertung zur Verfügung zu stellen. Die anderen beiden Personen wurden befragt, das Interview aufgenommen und anschließend für die Auswertung transkribiert. Somit entstanden drei Lebensgeschichten, anhand welcher untersucht wurde, welche Ressourcen und wesentlichen Wendepunkte es Menschen mit einer körperlichen Behinderung ermöglicht haben ein Studium zu absolvieren.

Wie bereits erläutert, wurden zwei Interviews für diese Arbeit geführt. Über eine Bekannte wurde mir die erste Kontaktaufnahme mit den beiden (potenziellen) Interviewpartnern ermöglicht. Der Erstkontakt mit den Interviewpartnern erfolgte bei beiden telefonisch, bei welchem erste Informationen ausgetauscht wurden. Es war zu klären, ob die Interviewten folgende Kriterien aufweisen: eine körperliche Behinderung (einschließlich Sinnesbehinderung) und die Absolvierung eines Studiums. Weiters wurden sie darüber informiert, worum es sich bei den Interviews handelt und welche Absicht mit diesen verfolgt wird. Hierfür wurden beiden Interviewpartnern Informationsmaterialien zur vorliegenden Forschungsarbeit per Mail geschickt sowie das Vorlegen der fertigen Arbeit zugesichert. Um die Anonymität der Interviewpartner zu bewahren, werden sämtliche persönliche Angaben im Interview mit frei erfundenen Kürzeln versehen. Die aus dem Interview erhobenen Daten werden anonym und vertraulich behandelt, es werden weder Namen noch andere Daten in ihrer genannten Form verwendet. Aus Datenschutzgründen stellt dies einen wesentlichen Punkt in der Erhebung und Auswertung von persönlichen Daten dar. Hierfür wurde eine Anonymitätserklärung sowie eine Einwilligung zur Verwendung der erhobenen Daten im Rahmen der Forschungsarbeit angefertigt und bei Gesprächsbeginn den Interviewten vorgelegt. Diese Erklärung wurde sowohl vom Interviewer als auch vom Interviewpartner unterschrieben und jedem ein Exemplar ausgehändigt.

Bei der Durchführung der Interviews wurde darauf geachtet, eine angenehme und ruhige Atmosphäre zu schaffen, um den Erzählfluss der Befragten nicht zu stören. Beide Interviews wurden an einem ruhigen Ort - in der jeweiligen Wohnung des Interviewten - geführt. Zu Beginn wurde nochmals das Anliegen der Forschungsarbeit besprochen sowie Informationen zum Interview (Aufzeichnung auf Tonband, Dauer, usw.) gegeben. Da es sich um Lebensgeschichten handelt, wurden Unterbrechungen von Seiten des Interviewers weitgehend vermieden bzw. wenn noch Fragen zu bestimmten Themenbereichen bestehen, diese erst am Ende erfragt. Diese einführenden Informationen erwiesen sich als positiv, um ein erstes Kennenlernen und Orientieren zu ermöglichen, wodurch sich eine lockere Gesprächsatmosphäre ergab. Beide Interviews verliefen ruhig und ungestört. Bei der Verabschiedung wurde nochmals das Zukommen der Forschungsarbeit zugesichert sowie eine eventuelle Nachbetreuung (z.B. telefonischer Kontakt bei auftauchenden Fragen) angeboten. Als Dankeschön für den Zeitaufwand und der Bereiterklärung zur Durchführung des Interviews wurde beiden Interviewpartnern ein kleines Geschenk überreicht.

8.1.3 Interviewleitfaden

Wie soeben beschrieben, wurden im methodischen Teil dieser Arbeit qualitative Befragungen, genauer narrative Interviews, geführt. Der Interviewleitfaden setzt sich zusammen aus einer Eingangsfrage, welche als Erzählstimulus dient sowie einzelner Nachfragen. Die Eingangsfrage lautet wie folgt:

- "Erzählen Sie mir doch bitte mal Ihre Lebensgeschichte".

Der Interviewte wird dadurch zu einer Stegreiferzählung persönlicher Erlebnisse aufgefordert und erhält keinerlei standardisierte bzw. exakt festgelegte Fragen. Der genaue Ablauf eines narrativ-biographischen Interviews wurde bereits in Kapitel 7.2 dargestellt. Wurden während des Interviews wichtige Informationen, welche für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind, nicht erwähnt, konnten diese im Nachfrageteil ermittelt werden. Hierbei wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Wie kam es zu der Behinderung und wie wurde diese von der Gesellschaft, Familie, Freunde, usw. wahrgenommen?
- Was hat Ihnen in Ihrem Leben geholfen, was hat sie behindert, gab es Unterstützungsmöglichkeiten?
- Welche Förderungen oder Maßnahmen wurden in Anspruch genommen? Frühförderung, schulische Förderung, außerschulische und nachschulische Förderung, persönliche Assistenz, usw.?
- Wie kam es zu einem Studium? Welche Ressourcen/Wendepunkte waren ausschlaggebend, wodurch wurde ein Studium überhaupt erst möglich? Welche Mittel waren fördernd/hemmend? Gab es Barrieren/Unterstützungen und welche?

- Wie wurden die verschiedenen Lebensabschnitte erlebt? Wie wurde die Zeit der Bildung bzw. Ausbildung, Erwerbstätigkeit, usw. erlebt?
- Inwiefern haben gesellschaftliche Veränderungen, wie zum Beispiel auf dem Arbeitsmarkt, Technologien, Gesetze und Rechte, usw. Einfluss auf Ihr Leben?

Diese Art von Interviews werden als Lebensgeschichten bezeichnet, als Versuch das Leben in seiner Fülle etwas fassbarer und verstehbarer zu machen. Auf diese Weise werden relevante Themengebiete abgedeckt, um eine adäquate Beantwortung der Fragestellung zu erreichen.

8.2 Auswertungsmethode

8.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Idee der qualitativen Inhaltsanalyse entstand erstmals in den 20er Jahren in den USA und wurde um 1980 in Deutschland, vor allem durch Philipp Mayring entwickelt (Gläser und Laudel 2010, 197). Als Basis dieser Auswertungsmethode dienen Texte, in welchen die Daten enthalten sind. "Wenn man eine qualitative Inhaltsanalyse durchführt, dann entnimmt man den Texten diese Daten, das heißt, man extrahiert Rohdaten, bereitet diese Daten auf und wertet sie aus" (Gläser und Laudel 2010, 199).

Für die Aufbereitung bzw. Extraktion der Daten können drei verschiedene Konzepte des Interpretierens herangezogen werden: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Sie kennzeichnen die Analyseschritte der Kategorienbildung, welche für die qualitative Inhaltsanalyse von besonderer Bedeutung sind. Die Inhaltsanalyse zählt zu den codierend vorgehenden Verfahren, welche trotz Interpretationsspielraum und Bedeutungsfülle einen wissenschaftlichen Anspruch erhebt. Schritt für Schritt wird das Material methodisch in Einheiten zerlegt und bearbeitet. Von zentraler Bedeutung ist das Bilden von Kategorien, welche anhand des Materials entwickelt werden.

Mayring (2010, 63ff) beschreibt die drei Techniken des Interpretierens wie folgt:

- Zusammenfassung: Hierbei wird das Material auf das Wesentliche reduziert, sodass jedoch bedeutende Inhalte erhalten bleiben. Es entsteht somit eine Art Kurztext, der ein Abbild des ursprünglichen Textes darstellen soll.
- Explikation: Ziel dieser Analyse ist es, zu bestimmten fraglichen Textteilen zusätzliches Material hinzuzuziehen, um diese verständlicher zu machen. Dabei steht die Klärung von unverständlichen Textteilen im Vordergrund, welche durch eine enge oder weite Explikation (Kontextanalyse) erfolgen kann. Erstere versteht sich als das Hinzuziehen von anderen Textabschnitten des Materials, Zweitere als das Herantragen von zusätzlichen, über den ursprünglichen Text hinausgehenden Quellen.
- Strukturierung: Durch die Strukturierung sollen bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert werden. Ziel ist die Erstellung eines Kategoriensystems, wobei

zu jeder Kategorie bestimmte Textstellen zugeordnet werden damit die Struktur des Materials erfasst und übersichtlich dargestellt werden kann. Hier wird zwischen vier Strukturierungsvarianten unterschieden: formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung.

Anhand ausgewählter Ordnungspunkte wird bei der formalen Strukturierung die innere Struktur erfasst. Die inhaltliche Strukturierung versucht bestimmte Themen aus dem Material zu filtern und diese zusammenzufassen. Werden bestimmte Charakteristika aus dem Material erfasst und beschrieben, ist von einer typisierenden Strukturierung die Rede. Die skalierende Strukturierung setzt zu bestimmten Dimensionen Skalenpunkte fest und beurteilt das Material diesbezüglich.

Für die vorliegende Arbeit ist die *inhaltliche Strukturierung* von Bedeutung, da für die Auswertung der Interviewdaten diese Form der Durchführung gewählt wurde. Hierbei werden Hauptkategorien (siehe Kapitel 8.2.2) sowie Unterkategorien, welche sich aus bestimmten Themen, Inhalten und Aspekten des Interviews ergeben, festgelegt.

8.2.2 Kategoriensystem

Als Hauptkategorien können die vier Schlüsselkonzepte von Mark Priestley und Sonali Shah (Shah und Priestley 2010b, 160) herangezogen werden. Diese Konzepte des Lebenslaufs lauten wie folgt:

- "Trajectories" (Trajekte bzw. Verläufe)
- "Pathways" (Pfade bzw. Laufbahnen)
- "Turning points" (Wendepunkte)
- "Resources and capital" (Ressourcen und Hilfsmittel)
- Ergänzung: "Transitions" (Übergänge)

Das Konzept der "Transitions" findet bei Priestley und Shah keine Anwendung, stellt jedoch für die vorliegende Arbeit eine Ergänzung der Konzepte dar. Die "Transitions" haben sich für die Datenanalyse des Projektes Quali-Tydes als sinnvoll erwiesen und finden auch bei anderen Autoren Anwendung (siehe Elder et al. 2006).

Nachfolgend wird dargestellt, was konkret unter den fünf Konzepten verstanden wird.

Mit **"Trajectories"** ist der Verlauf des Lebens gemeint. Hier gibt es spezifische Elemente wie zum Beispiel Bildung, Arbeit oder Familie, welche zur Analyse, in welche Richtung das Leben verläuft, herangezogen werden (Shah und Priestley 2010b, 160). Die einzelnen Bereiche lassen sich wiederum unterteilen, wie zum Beispiel der Bereich Bildung in Kindergarten, Schule und Universität. Darüber hinaus können sich einzelne Trajekte (Bildung, Arbeit, usw.) gegenseitig beeinflussen. Je nachdem wie das Bildungstrajekt

oder auch das Familientrajekt verläuft, beeinflusst dies das Arbeitstrajekt. Weiters kann sich die Verlaufskurve unterschiedlich schnell erstrecken. Beispiel: Ein langsamer Verlauf wäre, wenn z.B. ein Lehrer seinen Beruf sein ganzes Leben ausübt. Ein schnelles Trajekt hingegen wäre, wenn z.B. ein Praktikant danach eine fixe Anstellung bekommt und binnen weniger Jahre große Sprünge auf der Karriereleiter macht. Die Summe aller Trajekte wird als Lebenslauftrajekt bezeichnet. Die Unterteilung in kleinere Trajekte ist besonders wichtig, um Biographien besser vergleichen zu können (Elder 1985).

Während sich "Trajectories" auf die Entwicklung eines Individuums beziehen, sind "**Pathways**" auf eine größere Gruppe fokussiert bzw. durch soziale Institutionen konstruiert. Nicht das Individuum, sondern die Fallstruktur in Bezug auf eine bestimmte Gruppe (z.B. Kinder mit Behinderung in einer Sonderschule, Jugendliche/Erwachsene in einer geschützten Werkstatt) ist hier von Interesse. "Individuals choose the paths they follow, yet choices are always constrained by the opportunities structured by social institutions and culture" (Elder et al. 2006, 8).

Unter "**Turning points**" werden entscheidende Wendepunkte im Leben eines Menschen verstanden. Beispiele: Ein Kind muss in ein Heim bzw. zu einer Pflegefamilie oder von der Regelschule in eine Sonderschule (Sackmann und Wingens 2001, 23).

Als "**Resources and capital**" werden diejenigen Hilfsmittel bezeichnet, welche einem Menschen eine Veränderung in seinem Leben ermöglichen. Hierfür sind sowohl ökonomische, soziale und kulturelle Mittel von Bedeutung. Die familiären Ressourcen sind hier von großer Wichtigkeit, da davon zum Beispiel die Bildungssituation sowie die Ermöglichung spezieller Angebote für Menschen mit Behinderung abhängt. Verfügen Eltern über finanzielle Mittel, können sie ihrem Kind zum Beispiel den Besuch einer Privatschule ermöglichen oder verschiedenste, oft sehr teure Therapieangebote zukommen lassen (Shah und Priestley 2010b, 160).

Das Konzept der "**Transitions**" wurde zwar nicht von Priestley und Shah entwickelt, fand aber bei Elder Anwendung und stellt einen wichtigen Bestandteil der Analyse von Lebensläufen dar. Beispiele hierfür können der Auszug aus dem Elternhaus, das Elternwerden oder das Ende der Erwerbstätigkeit (Pension) sein. "Transitions" stellen Übergänge im Lebenslauf, welche die Richtung und Geschwindigkeit, in welcher sich Trajekte bewegen, dar. Beispiel Bildungstrajekt: Dieses kann größere Übergänge (Kindergarten - Volkschule) oder kleine Übergänge (1. Klasse - 2. Klasse) umfassen. Übergänge zeichnen sich durch ihre Prozesshaftigkeit aus, da Veränderungen im Lebenslauf nicht nur punktuell verlaufen, sondern eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Übergänge in frühen Jahren haben Auswirkungen auf die Gestaltung und infolge den Verlauf des Lebens. "Transitions often involve changes in status or identity, both personally and socially, and thus open up opportunities for behavioral change" (Elder et al. 2006, 8).

Diese fünf Konzepte spiegeln die "Beschaffenheit des Lebens" wieder und vermitteln die Bewegungen und Veränderungen, welche sich über die Zeit hinweg im Leben eines Menschen biographisch ergeben (Elder et al. 2006, 8).

Das Konzept der "Pathways" findet in dieser Auswertung keine Anwendung, da hierfür die Stichprobengröße zu klein ist und sich somit keine Aussagen über bestimmte Typologien oder Fallstrukturen ergeben.

Zusammenfassend orientiert sich die nachfolgende Datenanalyse an vier Konzepten: "Trajectories", "Transitions", "Turning points" und "Resources and capital". Mit Hilfe dieses

Kategoriensystems werden wichtige Aspekte, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen, aus dem Material gefiltert und dargestellt.

8.3 Auswertung der Interviewdaten

Wie erwähnt, können drei Formen des Interpretierens (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) von Textmaterial unterschieden werden. Bei der vorliegenden Arbeit werden zu Beginn sogenannte Fallvignetten der einzelnen Interviews erstellt, welche als eine Art Zusammenfassung im Sinne Mayring's betrachtet werden können. In Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit werden diese unter besonderer Berücksichtigung des Bildungsaspektes und des Krankheitsverlaufes erfasst. Anhand der Interviews wird ersichtlich, dass diese beiden Punkte im Zentrum des Erzählens stehen und somit den Schwerpunkt der Arbeit bilden. Sie geben einen ersten Einblick in die Bildungsgeschichte und den Verlauf der Erkrankung der Interviewten und bilden den Ausgangspunkt für die Beantwortung der Fragestellung. Anschließend folgt die eigentliche Auswertung der Interviewdaten in Anlehnung an die vorhin beschriebene Methode der inhaltlichen Strukturierung. Die Explikation findet an dieser Stelle keine Anwendung.

”Die Inhaltsanalyse ist kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein und auf die spezifische Fragestellung hin konstruiert werden“ (Mayring 2010, 49).

8.3.1 Fallvignetten

Interview 1

Person A ist männlich und 1974 geboren (40 Jahre alt). Er besuchte die Volksschule, die Hauptschule und anschließend den polytechnischen Lehrgang für die Ausbildung zum Koch. Diesen konnte er nur drei Monate besuchen, da er einen Unfall hatte. Im Alter von vierzehn Jahren stürzte er beim Wandern ab, wodurch er eine Querschnittslähmung erlitt. Aufgrund dessen erfolgte ein zweimonatiger Krankenhausaufenthalt sowie eine halbjährige Rehabilitation. Danach besuchte er eine Handelsakademie, welche ein Behindertenprojekt anbot. Dieses Projekt setzte sich aus integrativem Unterricht (Menschen mit und ohne Behinderung) und einer Unterbringung von Menschen mit Behinderung aus allen österreichischen Bundesländern am Ausbildungsort zusammen. Nach fünfjähriger Ausbildung absolvierte er die Matura und studierte anschließend Medizin. Er unterbrach jedoch sein Studium nach vier Jahren und hatte drei Jahre auf geringfügiger Basis diverse Jobs. Danach hat er sein Studium wieder aufgenommen, erfolgreich abgeschlossen und daraufhin fünf Jahre in der medizinischen Bibliothek als geringfügig Beschäftigter gearbeitet. Im Anschluss hatte er drei Jahre als Turnusarzt in einem Krankenhaus gearbeitet und im Alter von 39 Jahren dort als Allgemeinmediziner abgeschlossen. Derzeit absolviert er die Facharztausbildung für Radiologie, welche insgesamt fünf Jahre dauert und mit einer Facharztprüfung abschließt.

Dauer des Interviews: 00:58:19

Interview 2

Person B ist männlich und 1987 geboren (27 Jahre alt). Im Alter von nur 7 Jahren erhielt er die Diagnose Leukämie. Es folgte ein zweijähriger Aufenthalt im Krankenhaus einschließlich diverser Therapien und schlussendlich hat er den Krebs erfolgreich besiegt. Während dieser Zeit wurde er in einer Heilstättenschule im Krankenhaus unterrichtet bzw. hat nach der Entlassung zu Hause den Unterrichtsstoff aufgearbeitet. Die Volksschule besuchte er also bis zur zweiten Klasse und stieg dann, nach seiner Genesung, wieder in der vierten Klasse ein. Nach der Volksschule besuchte er ein Privatgymnasium.

Einige Monate nach seinem Wechsel auf das Gymnasium zeigten sich körperliche Auffälligkeiten, weshalb er ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Es bestand der Verdacht eines Rückfalls, es folgten zahlreiche Untersuchungen und drei Tage später fiel er ins Koma. Schließlich wurde eine Gehirn- und Rückenmarksentzündung festgestellt, welche aufsteigende Lähmungserscheinungen zur Folge hatte. Lange Zeit wusste man nicht wie weit der Querschnitt fortgeschritten war bzw. wenn man ihn aus dem Koma holt, welche Schäden sich zeigen würden. Er wurde letztendlich aus dem Koma geholt und es diagnostizierte sich ein Querschnitt bis etwa auf "Brustwarzenhöhe" (im Bereich des 3. und 4. Brustwirbels). Anschließend besuchte er im Alter von 11 Jahren für drei Monate ein Rehabilitationszentrum, in welchem er auch unterrichtet wurde. Aufgrund dessen, dass er bereits sehr jung auf einen Rollstuhl angewiesen war, hat sich seine Wirbelsäule nicht richtig entwickelt. Er erlitt eine Wirbelsäulenverkrümmung, welche aufgrund einer dadurch entstandenen gesundheitlichen Gefährdung operativ begradigt werden musste. Während seiner Ausbildung zum Rettungssanitäter im Alter von 17 Jahren hatte er einen Unfall mit dem Rollstuhl, wodurch ihm seine Implantate in der Wirbelsäule "herausgerissen" wurden. Aufgrund seines Querschnitts hatte er nach dem Unfall keine Schmerzen und die Wirbelsäulenproblematik wurde erst bei einer Routinekontrolle festgestellt. Bei dem Unfall hat er sich den Lendenwirbel zertrümmert, welcher sich durch die Dauerbelastung nach und nach aufgelöst hat. In einer mehrstündigen Operation erhielt er einen Ersatzwirbel, welcher zuvor künstlich aufgebaut wurde. Durch die ständige Belastung der Wirbelsäule ist einige Jahre später das Implantat erneut gebrochen. Dadurch, dass sich das Implantat nicht verknöcherte, ist es gebrochen und hatte eine erneute Entzündung hervorgerufen. Es folgte ein mehrmonatiger Krankenaufenthalt.

Nach dem Gymnasium besuchte er eine Handelsakademie und anschließend studierte er an der Fachhochschule Betriebswirtschaft, was er erfolgreich abgeschlossen hat. Danach war er als Funktionär beim österreichischen Bogensportverband tätig und arbeitete seit seinem letzten Krankenaufenthalt in einer Behindertenanwaltschaft. Im März 2012 hat er in das Bundessozialamt gewechselt, wo er als Projektmitarbeiter beschäftigt ist und seit wenigen Monaten ist er zusätzlich als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei einem Forschungsprojekt tätig. Somit hat er derzeit zwei Dienststellen, welche insgesamt eine 45-Stunden-Woche ergeben.

Dauer des Interviews: 1:25:31

Interview 3

Person C ist männlich und 1984 geboren (30 Jahre alt). Er hat die Volksschule und anschließend die Unter- und Oberstufe eines Gymnasiums absolviert. Bereits im Alter von 7 Jahren kam es zu einer Sehbehinderung. Er hatte seit seiner Geburt an beiden Augen eine starke Seheinschränkung, welche im Laufe der Zeit zu einer Netzhautablösung

führte. Durch diese Ablösung wurde die Netzhaut nicht mehr versorgt und starb nach und nach ab. Trotz Operation waren die Folgen fatal: am linken Auge beinahe blind (Erkennen von hell und dunkel, aber keine Farben oder genaue Formen), am rechten Auge ein Sehvermögen von 30 Prozent. Nach Abschluss des Gymnasiums begann er an einer pädagogischen Hochschule die Fächer Mathematik, Physik, Chemie und Informatik zu studieren, um den Berufswunsch des Hauptschullehrers im Sonder schulbereich zu verwirklichen. Im Frühjahr 2006 hat er das Studium an der pädagogischen Hochschule abgeschlossen und zeitgleich das Soziologiestudium mit dem Schwerpunkt Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaft begonnen. Derzeit schreibt er seine Diplomarbeit und ist geringfügig tätig bei einer Firma im Bereich Modellbau.

Dauer des Interviews: 1:35:28

8.3.2 Datenanalyse

Im Folgenden werden nun die Aussagen der Interviewpartner der vorhin beschriebenen Kategorien (siehe Kapitel 8.2.2) zugeordnet und zusammengefasst. Diese werden mit Zitaten aus den Interviews untermauert, um eine bestmögliche Transparenz zu gewährleisten.

Kategorie 1: Trajectories

Für die Darstellung der Lebenslauftrajekte (Gesamtheit aller Trajekte) werden folgende Unterpunkte festgelegt, welche sich aus den drei Interviews ergeben:

- Bildung
- Arbeit
- Familie, Freunde und Bekannte
- Freizeit
- Wohnen
- Beziehung und Partnerschaft
- Krankheitsverlauf

Die nachfolgende Darstellung verdeutlicht den Verlauf des Lebens der drei Interviewpartner in Bezug auf bestimmte Kategorien (Unterpunkte), wodurch ein Gesamtüberblick über die einzelnen Biographien erzielt wird.

Der Verlauf des Lebens ("Trajectories") setzt sich aus einzelnen Übergängen ("Transitions") sowie Wendepunkten ("Turning points") zusammen (Sackmann und Wingens 2001, 20f).

Bildung

Interview 1:

Das Thema Bildung nimmt bei Person A einen hohen Stellenwert ein. Der Wunsch berufstätig zu werden bestand bereits von klein auf und verstärkte sich nochmals nach seinem Unfall. Seiner Meinung nach ist es schwierig mit einer körperlichen Behinderung eine Arbeit zu bekommen, weshalb eine gute Ausbildung und ein abgeschlossenes Studium für ihn immer mehr an Bedeutung gewonnen haben.

”jo des wichtigste is das ma wos obgschließt halt a Ausbildung fertig mocht” (Zeile 56)

”mit am obschlossenen Studium steigen deine Jobchancen umso mehr, ma is einföch unabhängiger” (Zeile 60-61)

”Weil du host einföch mit am obschlossenen Studium host einföch viel viel mehr Möglichkeiten (.) du das Arbeitsspektrum weitet sich einföch” (Zeile 63-64)

Im Folgenden wird der Bildungsweg von Person A anhand eines Zitates dargestellt:

”Volksschule Hauptschule in B(O) (...) den polytechnischen Lehrgang gmocht (.) drei Monate hob daun mein Unfall ghobt (...) daun hob i Rehabilitation ghobt (...) daun bin i noch F(O) gaungen hob durtn de A(I) gmocht (...) daun hob i de Matura gmocht (//) daun hob i midn Medizinstudium augfaungen (...) bin daun (//) noch G(O) gezogen (...) hob des Studium einmal unterbrochen (...) daun noch insgesamt fünf Jahre auf der medizinischen Bibliothek in G(O) gearbeitet (...) daun hob i mi halt beworben für die den Turnus (/) bin daun in H(O) gnommen woan (...) hob den voriges Joa obgschlossen (...) moch jetzt a Facharztausbildung für Radiologie (...) wär da nächste Schritt das man zum Oberarzt ernannt wird” (Zeile 4-24)

Während seiner Ausbildung hat sich die Idee fixiert, dass er Medizin studieren möchte. Person A wollte unabhängig sein und hat sich aufgrund dessen für ein Studium entschlossen. Seine Motivationsgründe waren das breit gefächerte Arbeitsfeld eines Mediziners (Arbeitsmediziner, Kurarzt, Stationsarzt, zusätzliche Ausbildungen für chinesische Medizin, Akupunktur, usw.) sowie der gute Verdienst. Die Erwerbsmöglichkeiten sind bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung eingeschränkt und reduzieren sich meist auf eine Art Bürojob. In diesem Bereich wollte Person A jedoch nicht tätig sein.

”is ma ziemlich schnö kloa woan das des nix is für mi (...) Im Büro sitzen ((laacht)) uund daun irgendwaan im Laufe der Ausbildung hod sich sozusagen die Idee fixiert das i Medizin studieren geh (//) jo wos i daun a schließlich gmocht hob” (Zeile 50-53)

Person A wollte ursprünglich Koch werden und hat deshalb den polytechnischen Lehrgang absolviert. Aufgrund seines Unfalls drei Monate nach Beginn der Ausbildung musste er sich beruflich neu orientieren.

”Najo danoch des woa einföch auch ein Neustart sozusagen (...) sozusagen grod in da Pubertät drinnen Pubertät a schlimme Zeit daun kumt des a noch dazu” (Zeile 29-33)

"es hod sich halt, mein Leben hod sich halt komplett geändert (.) i wollt eigentlich wos aundares mochn, wollt Koch werden" (Zeile 277-278)

Aufgrund der Entscheidung eine Handelsakademie zu besuchen, musste er seine Heimat verlassen.

"so ein Behindertenprojekt hods damals gem (.) so mit Behindertenheim und integrierter Schule" (Zeile 9-10)

"und so bist hoid einföch wegkommen und du bist hoid einföch in a große Stod kommen (.) ah wos für ein LANDEI für mi einföch a Kulturschock gwesn is am Anfang" (Zeile 293-294)

"Ahm hob ned vor ghobt den Ort zu verlassen so bald mal und (.) des is hoid alles anders glaufn" (Zeile 280)

"daun is ma des mid F(O) RECHT gut kommen weil i erstens moi von zu Hause weg das war auch gut" (Zeile 287-288)

Zu Beginn fiel Person A der Wechsel vom Land in die Stadt schwer, er hat sich aber schnell zurecht gefunden und betrachtet dies heute als einen Schritt in Richtung Selbstständigkeit.

Das Bildungstrajekt lässt sich bei Person A unterteilen in Volksschule, Hauptschule, (polytechnischer Lehrgang), Handelsakademie und Studium. Ein entscheidender Wendepunkt im Bildungstrajekt fand durch seinen Unfall statt. Nach der Hauptschule besuchte er für drei Monate den polytechnischen Lehrgang für die Ausbildung zum Koch, was er jedoch aufgrund seines Unfalls nicht mehr ausüben konnte. Aufgrund dessen hat er sich für eine berufsbildende höhere Schule sowie anschließend für das Medizinstudium entschieden. Bei Person A lässt sich - trotz kurzer, beruflicher Unterbrechung während des Studiums - ein schneller Bildungsverlauf erkennen. Hier fand eine gegenseitige Beeinflussung des Bildungs- und Arbeitstrajektes statt.

Interview 2:

Person B ist bereits sehr früh in eine Krabbelstube gekommen.

"Oiso mei Mutter woa nur ein Jahr äh dahoam (...) i hob (.) äh Krabbelstube äh Kindergarten äh durchgmocht" (Zeile 25-27)

Im Alter von 7 Jahren wurde bei ihm Leukämie diagnostiziert, sein körperlicher Zustand war kritisch und er konnte daher über einen längeren Zeitraum die Volksschule nicht besuchen.

"Jo (//) i hob damals ah (//) natürlich durch de Leukämie zwei Schuljahre ned im Schulgebäude (.) oiso ned in da eigentlichen Schule verbracht (...) hob die Jahre oba ned nachgeholt sondern i hob de in da Heilstättenschule des hoast im Krankenhaus (...) Beziehungsweise daun de Zeit wo i daheim woa (.) äh mehr oder weniger ois lernen von da

“Schule hob i des daun daham gmocht (...) und hod tadellos funktioniert” (Zeile 195-209)

“weil i jo damals gsogt hob i wü de Schule ned wiederholen, i wü de Klasse ned wiederholen (.) jetzt hob i natürlich des a nu (.) ned nur de Therapien ghobt sondern den Unterricht a nu” (Zeile 325-327)

Nach Beendigung der Volksschule besuchte er ein Privatgymnasium und im Anschluss eine Handelsakademie, welche er mit Matura abgeschlossen hat, danach begann er das Studium der Betriebswirtschaft.

“i hob daun noch da vierten im Gymnasium bin i gewechselt in die E(I) (.) äh in L(O) und hob dort de E(I) abgeschlossen und bin daun in die Fachhochschule (.) und hob dort Betriebswirtschaft studiert, hob in da mittleren hob des Betriebswirtschaftsstudium auch abgeschlossen” (Zeile 584-587)

In der Handelsakademie hatte er sehr gute Lehrer, wovon er auch später in seinem Studium profitierte. Nicht nur der Unterricht, sondern auch seine Einstellung zum Lernen verschafften ihm einen Vorteil während seiner Ausbildung.

“do hod ma wos glernt in da E(I) (.) oiso do hob i wirklich guade Lehrer ghobt” (Zeile 748)

“Ja (.) i bin ima mit dem Zugang auf wos, besonders wauns ums Lernen gaunga is, wenn ich etwas verstehe brauch is nima lernen (.) und des woa in allen Dingen mein Ansatz (.) i hob alles versucht zu verstehen (.) weil is daun nima lerna hob brauchen” (Zeile 763-765)

Im Alter von 17 Jahren hat er zusätzlich noch die Ausbildung zum Rettungssanitäter absolviert.

Die Studienzeit war für Person B sehr anstrengend, da er das Studium in sechs anstatt der Regelstudienzeit von acht Semestern abgeschlossen hat.

“de Besonderheit wos vielleicht woa woa des, das i äh achtsemestriges Studium in sechs Semester gmocht hob” (Zeile 711-712)

“des hoast i woa von Montag bis Freitag Mittag ois Vollzeitstudent (.) drittes Semester (.) do (...) Und von Freitag Mittag bis Samstag am Abend ois berufsbegleitender Student im ersten Semester (...) Des gleiche daun zweites, viertes Semester (.) erst daun ob fünften Semester woa i daun nur mehr regulär äh fünftes Semester Vollzeitstudent” (Zeile 730-736)

“Des woa heftig, jo (.) oba es woa machbar und und hod super funktioniert (.) muas i a rückblickend sogn” (Zeile 740)

In Bezug auf seine körperliche Behinderung hatte Person B während des Studiums, vor allem unter seinen Freunden und Bekannten, keine Probleme. Er stieß auf absolute Toleranz und wurde von allen akzeptiert.

“des woa eigentlich durchs komplette Studium durch das eigentlich der Rollstuhl in der Hinsicht NIE Thema woa” (Zeile 698-699)

Der Bildungsverlauf bei Person B lässt sich wie folgt unterteilen: Volksschule, Gymnasium, Handelsakademie, Studium. Bereits in der Volksschule kam es zu krankheitsbedingten Unterbrechungen, wodurch er nicht nur in der Volks-, sondern während der Krankenhausphase auch in einer Heilstättenschule unterrichtet wurde. Während der Ausbildung im Gymnasium zeigten sich wiederholt Anzeichen einer Erkrankung, es folgte erneut ein Krankenhausaufenthalt und er wurde auch hier außerhalb der Schule unterrichtet. Bei Person B zeigt sich ebenfalls ein schneller Verlauf des Bildungstrajektes, da durch die Erkrankung weder Unterbrechungen noch Abbrüche des Bildungsverlaufes erfolgten.

Interview 3:

Person C ist es ein besonderes Anliegen, sich für sich selbst und auch für andere Menschen mit Behinderung einzusetzen. Seiner Meinung nach stehen die Chancen hierfür mit einem abgeschlossenen Studium besser, da dieses mehr Möglichkeiten eröffnet sich in der Öffentlichkeit für die Rechte und Wünsche von Menschen mit einer Behinderung zu engagieren.

“Mit einem Pflichtschulabschluss und in einer Behindertenwerkstätte untergebracht (...) Kann ich sicher weniger erreichen für Andere und für mich selber (...) Als mit einem Uniabschluss und einer Forschung in einem bestimmten Gebiet” (Zeile 2005-2010)

“Ja ich wär auch der Erste in unserer Familie, der einen akademischen Abschluss dann macht” (Zeile 2185)

Person C ging in den Kindergarten und anschließend in die Volksschule, in welcher es in der zweiten Klasse zu einer Sehbehinderung kam.

“Ich bin in den Kindergarten gegangen aber an viel kann ich mich nicht erinnern (...) bin sozusagen in der Stadt in die Volksschule gegangen (...) es kam dann im siebten Lebensjahr zu einer Sehbehinderung” (Zeile 23-28)

Die Volksschule sowie im Anschluss auch die Unter- und Oberstufe des Gymnasiums hat er trotz Sehbehinderung erfolgreich abgeschlossen.

“ich bin auch nach der Gschicht weiterhin in die Regelschule gegangen, hab die Volksschule absolviert. Bin dann ins Gymnasium übergetreten, Unterstufe Oberstufe (Zeile 96-98)

“hab ich das Gymnasium jetzt ohne sonderliche Förderung oder Nachhilfe etc. jetzt speziell behindertenpolitisch Maßnahmen geschafft” (Zeile 166-168)

“Ja also prinzipiell, na es war nie an Notendruck da” (Zeile 1231)

Person C beschreibt seine Schullaufbahn als eine nicht ganz ”normale”.

“Ich bin sehr gut durchgekommen, aber es war vielleicht nicht die normale Schullaufbahn (...) Das erste ist eine geringe Bewusstseinsbildung meinerseits” (Zeile 100-104)

Er hat sich teilweise geschämt zu sagen, dass er an der Tafel nichts lesen kann und in vielen Fällen auch Mimik und Gestik des Lehrers nicht erkannte.

"Tss das zunicken zu erkennen ist natürlich ein Problem (...) meine Reaktion darauf, ich hab meine Mitarbeit eingeschränkt (...) Anstatt zu sagen, bitte nennen Sie mich beim Namen, ich seh es nicht, wenn Sie mir zunicken" (Zeile 151-156)

Aufgrund dessen hat sich die Mitarbeit im Gymnasium reduziert und folglich auch die Noten um ein bis zwei Grade verschlechtert.

"in der Volksschule hab ich viel und gern mitgearbeitet (...) Gymnasium nicht mehr so, man man freundet sich ja an sozusagen damit" (Zeile 163-165)

"gut ja beim Elternsprechtag hats dann immer geheißen ich arbeite nicht mit (.) ähm das hat mir vielleicht auch manche Note um einen Grad verschlechtert" (Zeile 159-160)

Nach dem Gymnasium wollte Person C Lehrer werden und besuchte deshalb eine Pädagogische Hochschule.

"nach dem Gymnasium hab ich in C(O) mit der Pädak begonnen (...) Ich wollte Lehrer werden (.) Hauptschullehrer. Mit dem späteren Ausblick auf Lehrer im Sonderschulbehindertenwesen" (Zeile 192-196)

Die Noten haben sich im Laufe des Studiums gebessert. Einerseits lag dies an den vermehrt mündlichen Prüfungen, andererseits an der veränderten Einstellung von Person C. Er wollte nicht länger den Status des Behinderten haben, sondern als Mensch wie jeder andere wahrgenommen und behandelt werden. Ihm war wichtig, dass seine Leistung beachtet und dementsprechend benotet wird sowie seine Anliegen ernst genommen werden.

"mein Notenschnitt ist aus irgendam Grund dann an der Pädak und Uni besser geworden" (Zeile 1272-1273)

"wenn ich mir anseh, dass ich bei schriftlichen Prüfungsleistungen doch eher um ein Grad schlechter abschneid, als bei mündlichen" (Zeile 1299-1300)

"Tatsächlich habe ich aber auch dort vorne nicht von der Tafel lesen können (...) Phhh und ich hab es mich aber nicht wahrsagen getraut (.) Mhhh ich muss wirklich sagen getraut" (Zeile 114-117)

"Wurde mir angeboten für meine Sehbehinderung zu kompensieren eine bessere Note zu vergeben, in Mathematik (...) was ich abgelehnt hab" (Zeile 233-236)

"Es war da so in meinem dritten Semester, war so der Gedanke, na ja ich soll mir was anderes suchen (.) ähm das Ganze ist aber nie wirklich an mich herangedrungen, weil schon meine Praxisbetreuer gesagt haben, der kommt so gut damit zurecht" (Zeile 255-257)

"Ich hab herumgedrückt und anstatt zu sagen, ich hab dann irgendwann gesagt, ich kann

“ich sehe es nicht (...) Und es war kein Problem” (Zeile 281-284)

“Also einerseits das etwas tun für die eigene Situation (...) Andererseits, dieses irgendwie erfahren, da draußen sind Dinge (.) die mich irgendwie diskriminieren” (Zeile 385-390)

Der Beruf des Lehrers hat für Person C im Laufe seines Studiums mehr und mehr an Bedeutung verloren. Er hat das Studium dennoch abgeschlossen und zeitgleich an der Universität Soziologie zu studieren begonnen.

“Und bei näherer Betrachtung fand ich die Soziologie eigentlich eine gute Ergänzung zur Pädagogik” (Zeile 423-424)

Er interessierte sich des Weiteren für Rechtsfragen. Auf dem Maturaball seines ehemaligen Gymnasiums hat er einen Freund getroffen, welcher Jus studiert. Der Austausch mit dem Kollegen über das Studium hat dazu geführt, dass er den Gedanken Jus zu studieren verworfen hat. Als Alternative wählte er den rechts-, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Zweig im Soziologiestudium.

“Na ja und da steckt die Rechtswissenschaft drinnen, in Form von Wahlpflichtfächern etc. (.) das war dann mein Ding” (Zeile 537-538)

Wie bei Person A und B ist auch bei Person C die Behinderung kein Thema. Das Studium sowie auch die Anfahrt dorthin stellen kein Problem dar.

“Nein, also meine Behinderung war da kein Thema (.) das heißt ich hab also mit der Uni angefangen, parallel mit der Pädak abgeschlossen, bin von B(O) nach C(O) gependelt und hab in E(O) gelebt, also genau in der Mitte” (Zeile 549-551)

Ein entscheidender Wendepunkt für Person C war der Wechsel von der Pädak (Pädagogische Hochschule) auf die Universität. An der Pädak gibt es Klassen mit kleinen Gruppen sowie einen strukturierten Ablauf. An der Universität studieren mehr Menschen, die Lehrveranstaltungen sind überfüllt und die Organisation ist einem selbst überlassen.

“Ähmm dann ist es auf der Uni losgegangen eigentlich jo relativ normal. Es waaaar dann doch für mich am Anfang bisl, bin ich mir isoliert vorgekommen (...) Auf der Pädak ja doch die kleine Gruppe, wo jeder jeden kennt. Uni großes Massenstudium (Zeile 553-556)

“Das war für mich eher mehr der Überlebenskampf (.) und ich möcht das wirklich so beschreiben” (Zeile 584-585)

Aufgrund vieler negativer Erfahrungen an der Universität hat Person C angefangen sich für Menschen mit Behinderung einzusetzen. Er möchte auf Barrieren und Stigmatisierungen von Menschen mit einer Behinderung aufmerksam machen und somit zu mehr Toleranz und Veränderung beitragen.

“Natürlich die Erlebnisse, wo ich gsagt hab es ist zu dunkel für mich, die ham dazu beigetragen, dass ich mich schon jo auf der Uni engagiere” (Zeile 737-738)

"Gabs diesen vor dem Hauptgebäude diese riesige Demonstration (...) Leute Leute Leute. Und es war finster natürlich am Abend (...) Das war für mich ein Horrorerlebnis" (Zeile 1755-1756, 1762, 1766)

"Ähm jooo barrierefrei is toll is nötig is super. Und dann wird eine Powerpointpräsentation abgezogn. Schriftgröße zwölf, damit mehr Info drauf is" (Zeile 1804-1805)

"Das Projekt war, wie auf der Straße ddie Verkehrsstreifen (.) für Fußgänger am Gehweg Streifen zu machen (...) Die Sehbehinderten helfen sollten (...) Das war sozusagen das Erste wo ich sag, ich wurde politisiert (...) Mit meiner Behinderung" (Zeile 307-308, 313, 328-330)

"inspiriert durch meinen Soziologieprofessor hab ich dann bei der Studentenanwaltschaft bei der damaligen angerufen und gefragt, ob das denn sein könne (...) Das war so eine Erfahrung, wo ich mir gedacht habe ich kann eigentlich was bewirken" (Zeile 491-492, 502)

"Ich bin dann in die Studienvertretung, oder eigentlich in die Basisgruppe gekommen (.) ähm das ist sozusagen ein Zusammenschluss von Menschen, die sich halt fürs Studium (...) Oder fürs Studium per se, für Studierende engagieren wollen" (Zeile 657-661)

"Und das war wirklich so der Punkt wo ich durchaus das Selbstbewusstsein gehabt, ich wär dort mit der Behindertenbeauftragten, der Frau A(Pw) (...) Angetanzt, wenn sie einverstanden gwenen wär, oder irgendwas recht radikales unternommen hätte" (Zeile 1389-1393)

Die Entscheidung auf die Universität zu gehen war für Person C von enormer Bedeutung. Nicht nur das Interesse am Studium selbst, sondern auch das Engagement und Interesse sich für einen selbst und andere einzusetzen, haben bei ihm zu mehr Durchsetzungsvermögen und Autonomie geführt.

"Ich mein eine wichtige Entscheidung war, dass ich auf die Uni gegangen bin, dass ich nach K(O) gegangen bin für die Zeit" (Zeile 2060-2061)

"Phhh ich denke auch eine wichtige Entscheidung war, dass ich mich wirklich bewusst dafür entschieden hab in dem Bereich jetzt auch in irgendeiner Weise etwas zu tun dafür oder damit" (Zeile 2065-2066)

"Die Uni hat mir einige Probleme gezeigt, wie ich sie mit den Lehrveranstaltungen und so gezeigt hat (...) Die Uni hat auch ein etwas sehr, hat etwas wirklich etwas wahnsinnig befreiendes, emanzipierendes, einfach dieses gedarenlos, wenn du ein Problem hast, dann tu was dagegen. Such dir deine Gruppe, mach eine Aktion (Zeile 1717-1722)

"Ich mein, natürlich die Uni war oder ist, ich mein jetzt is sie bald vorbei, ja war auch eine schöne Zeit" (Zeile 1714-1715)

Das Bildungstrajekt von Person C setzt sich aus Volksschule, Unter- und Oberstufe des Gymnasiums, das Studium an der Pädagogischen Hochschule sowie das Soziologiestudi-

um zusammen. Trotz des Auftretens einer Sehbehinderung im Alter von 7 Jahren absolvierte Person C alle Bildungseinrichtungen ohne unterstützende Maßnahmen. Somit kann auch hier ein schneller Bildungsverlauf - ohne Unterbrechungen und Hilfeleistungen - festgestellt werden.

Arbeit

Interview 1:

Wie bereits erwähnt, hat Person A die Turnusausbildung absolviert sowie im Anschluss die Ausbildung zum radiologischen Arzt begonnen. Trotz einiger Herausforderungen fühlt er sich aufgrund seiner Behinderung in seinem Job nicht eingeschränkt und von seinen Kollegen akzeptiert. Er hat weder mit Kollegen noch mit Patienten negative Erfahrungen gemacht. Sehr viele Leute sprechen ihn aufgrund seiner Behinderung an, sind neugierig und zeigen Interesse.

"ahm woa a Herausforderung oba des hod sehr gut in H(O) funktioniert äh die Kollegen woan olle sehr nett, man hat sich zusammengesprochen (.) des is halt so wie vieles, man muss halt einföch zusammensetzen äh reden mit ollen Beteiligten oiso ned nur mit Ärzten, man muss dann mitn Pflegepersonal sprechen, wie ma des löst" (Zeile 332-335)

"oiso i fühl mi ned irgendwie äh in meiner Arbeit eingeschränkt aufgrund meiner Behinderung" (Zeile 339)

"Und i glaub meine Arbeitskollegen akzeptieren mi a oiso (2s) de san alle ned irgendwie jetzt so puh komisch oder oder anders" (Zeile 342-343)

"oiso i hob des (.) Maß wos (.) als Allgemeinmediziner gefordert wird hob i erfüllt" (Zeile 374-375)

Das vorhin beschriebene Bildungstrajekt hat folglich das Arbeitstrajekt von Person A beeinflusst, demnach der Beruf des Arztes realisiert werden konnte. Der derzeitige Verlauf gestaltet sich als langsam, da Person A seinen Beruf seit Ende des Studiums ausübt. Dies ist jedoch aufgrund des jungen Alters nicht außergewöhnlich. Wie sich der weitere Verlauf gestaltet bleibt offen.

Interview 2:

Person B hatte bereits einige Arbeitsstellen und war auch ehrenamtlich tätig. Zur Zeit hat er zwei Jobs und ist in seiner Freizeit als Tänzer aktiv.

"beim Jugend-Rotkreuz und daun beim Roten Kreuz und hob ois Rollstuhlfahrer äh meine Sanitäterausbildung mochn diirfen und hob a beim Roten Kreuz in der Leitstelle gearbeitet (.) ois freiwilliger Mitarbeiter (2s) und (.) jo woa daun eben nu Jugendbeauftragter in der Gemeinde oiso woa überall" (Zeile 436-439)

"Des Joa laung hob i äh in A(O) äh in österreichischen Bogensportverband ois Funktionär gearbeitet" (Zeile 594)

”Jo und hob daun woa daun in da F(I) tätig (...) und bin daun äh letztes oiso 2012 im März daun ins G(I) gewechselt” (Zeile 608-610)

”und seit Februar (.) jetzt dieses Jahr bin i zusätzlich nu wissenschaftlicher Mitarbeiter am H(I) des is des I(I)” (Zeile 627-628)

”oiso fünfunddreißig Stunden im G(I), zehn Stunden am H(I), nebenbei nu äh Tänzer” (Zeile 651)

Bei Person B zeigt sich ein häufiger Wechsel an Arbeitsstellen, wodurch sich trotz seines jungen Alters ein schneller Verlauf des Arbeitstrajektes abbildet. Im Kindes- und Jugendalter war er ehrenamtlich tätig und setzte sich sowohl in der Gemeinde, als auch im sportlichen Bereich für andere Menschen ein. Durch das Erlernen von betriebswirtschaftlichen Kenntnissen während des Studiums konnte er seinen Berufswunsch realisieren.

Interview 3:

Wie bereits beschrieben, hat Person C die Pädak absolviert. Die Ausbildung zum Lehrer hat für ihn an Interesse verloren, weshalb er ein Soziologiestudium begonnen hat. Nebenbei hat er sein Hobby, den Modellsport, zum Beruf gemacht bzw. als Einnahmequelle genutzt, wo er auch jetzt noch tätig ist. Seine Ziele für die Zukunft sind vorerst der Abschluss des Studiums sowie weiterhin die Arbeit im Bereich Modellsport.

”nach der Pädak ähm irgendwie hab ich mir, na ja zugetraut nicht ganz, aber ich fands einfach sehr viel Aufwand Lehrer zu sein (Zeile 393-394)

”na ja der Regellehrberuf ist für mich unattraktiv geworden” (Zeile 410)

”bin ja jetzt schon geringfügig tätig bei einer Firma in B(O) im Bereich Modellsport (...) Vielleicht dort das Ganze ein bisschen ausbauen” (Zeile 2201-2204)

Person C befindet sich noch in Ausbildung, weshalb der gewünschte Beruf noch nicht ausgeübt werden kann. Bei Person C lässt sich erkennen, dass das Freizeittrajekt das Arbeitstrajekt beeinflusst hat. Der Modellsport war zu Beginn ein Hobby und wurde später zum Beruf. Bis dato zeichnet sich ein langsamer Verlauf des Arbeitsbereiches ab. Gründe hierfür könnten die noch andauernde Bildungssituation sowie das junge Alter von Person C sein.

Familie, Freunde und Bekannte

Interview 1:

”Oiso des soziale Umfeld woa für mi nie a Thema, oiso das i do Probleme ghobt hätt (.) oiso des (//) wia san bei de Sochn wos ma gmocht haum eigentlich ima unterstützt woan” (Zeile 150-151)

Person A wurde sowohl vor als auch nach seiner Behinderung von seinen Eltern, Freunden und Bekannten in allen Lebensbereichen unterstützt. Sowohl die Eltern, welche ihm das

Studium ermöglicht haben, als auch Freunde, welche jederzeit Unterstützung anboten, trugen zur Aufrechterhaltung des sozialen Umfelds bei. Nach seinem Unfall gab es vorerst Berührungsängste von Seiten der Freunde, welche sich aber schnell wieder gelegt haben. Auch die Nachbarn haben sich zu Beginn vorsichtig an die Situation herangetastet.

"wenn ma plötzlich a Behinderung hat und daun ah nach Hause kommt und dann durch'n Ort fährt wo jeder einem kennt oiso ahm do haum sich schon manche Leute komisch verhalten" (Zeile 202-204)

"i woa sehr schnell sehr schnell integriert a wida in die Dorfgemeinschaft" (Zeile 225-226)

Trotz einiger anfänglicher Berührungsängste bildet sich bei Person A ein schneller Verlauf des Familientrajektes ab. Er bekam Unterstützung sowohl von Seiten der Familie als auch von Freunden und Bekannten. Vor allem während der Studienzeit und bei seiner Arbeitsstelle war er auf Hilfe von seinen Eltern und Kollegen angewiesen. Somit zeigt sich ein Zusammenhang von Bildungs-, Arbeits- und Familientrajekt. Sie beeinflussen sich gegenseitig und stehen in Beziehung zueinander.

Interview 2:

Die Unterstützung durch die Eltern nimmt auch bei Person B einen hohen Stellenwert ein.

"besonders durch meine Eltern einföch de Unterstützung in allen (.) Bereichen eigentlich ghobt hob äh wie gsogt einföch des (.) des Leben ah Leben lassen, das heißt äh des is a mir gaunz wichtig" (Zeile 8-9)

Nicht nur die Eltern, sondern auch Verwandte und Bekannte haben sich vor und nach Erleiden der Behinderung um Person B gekümmert. Im Kleinkindalter hat eine Tante die Betreuung übernommen, während und nach seiner Erkrankung ein Bekannter, welcher aufgrund des guten Verhältnisses als Firmate von Person B ausgewählt wurde.

"Oiso moi Mutter woa nur ein Jahr äh dahoam (...) wia haum hoid daun im Familienverbund hauma a Tante ghobt de daun a Zeit laung regelmäßig mehr oder weniger auf mi aufgepasst hod" (Zeile 25-28)

"Klar woas (.) äh a (.) schlimme Zeit für meine Eltern a (.) woa des natürlich jo (.) ahm (//) auf da anderen Seite woas oba a wirklich guad das ma siagt, okay wer is wirklich äh wer steht hinter einem, wer unterstützt einen (...) a Bekannter (...) der hod uns de gaunze Zeit unterstützt, der woa seit eigentlich seit der Leukämie egal wos danach ois kommen is (.) der woa ima do (...) und neben meine Eltern ana der wichtigsten Menschen in meinem Leben" (Zeile 151-159)

Sowohl finanziell als auch mental wurde Person B von seinen Eltern unterstützt und gestärkt. Weiters wurden auch andere Familienmitglieder und ein Bekannter in die Betreuung miteinbezogen. Wie bei Person A lässt sich auch bei Person B ein Zusammenhang von Bildungs-, Arbeits- und Familientrajekt erkennen. Die Ausbildung wäre ohne die Hilfe seiner Eltern sowie des Bekannten nicht möglich gewesen.

Interview 3:

Durch die Unterstützung der Eltern ist es auch Person C gelungen eine Ausbildung und anschließend ein Studium zu absolvieren. Der Wunsch eine Ausbildung zu machen war von Seiten der Mutter besonders groß.

“Meine Eltern sicherlich, die mir meine Erziehung doch mitgegeben haben. Zu schauen, dass ich es irgendwie schaffe” (Zeile 1998-1999)

“Ja meine Mutter wollte immer, dass ich mehr erreiche als sie, weil sie hat, sie wurde irgendwie in die Hauptschule gedrängt” (Zeile 2177-2178)

Trotz einiger Schwierigkeiten und Barrieren während der Schul- und Studienzeit hat er seine Ziele und Pläne verwirklichen können und neue Freundschaften geschlossen. Während der Studienzeit an der Universität konnte Person C weniger Kontakte knüpfen, was er jedoch nicht auf seine Behinderung zurückführt.

“vom Unileben sozusagen von den Unikontakten, ich hatte sehr viel Kontakt noch zur Pädak. Ähm (//) Kolleginnen, Freunden, dann eine Freundin aus der Schulzeit von mir war auf der Uni zur damaligen Zeit. Die hat mir sehr sehr geholfen mich in B(O) zu orientieren (...) Nur sozusagen vom Soziologiestudium selbst hab ich eigentlich relativ wenig Freundschaften und Kontakte mitgenommen” (Zeile 649-657)

“Ja also ich würd jetzt nicht sagen, wenn ich in der wenn ich wenig Kontakt zu Anderen hatte, dass das vielleicht mit meiner Behinderung oder nur mit meiner Behinderung zu tun hat” (Zeile 178-180)

Der Verlauf der Ausbildung steht in Zusammenhang mit dem Familientrajekt. Vor allem die Mutter setzte sich für seine Ausbildung ein und unterstützte ihn dahingehend.

Freizeit

Interview 1:

Person A war in seiner Kindheit ein sehr sportlicher Mensch. Aufgrund der Nähe des Wohnortes zu einem Skigebiet war er mehrmals in der Woche dort anzutreffen bzw. allgemein in der freien Natur unterwegs.

“zu meiner damaligen Zeit wie i groß woan bin oder wie i Kind gwesen bin hods des gaunze Computerzeitalter noch nicht gegeben und des Fernsehschaun woa jo a nu ned so” (Zeile 245-246)

“Und (.) ja und wenn de Hausaufgaben gmocht woan (.) daun woa ma eigentlich de gaunze Zeit draußen” (Zeile 268)

“Eigentlich woa i ima sportlich unterwegs oiso hob ima irgendetwas getan” (Zeile 651)

Durch den Unfall beim Wandern konnte Person A viele Sportarten nicht mehr ausüben. Im Besonderen sehnte er sich nach Bergsteigen und Klettern, was für ihn einerseits möglich

wäre, andererseits jedoch mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist.

"jo hod mi am Anfang sicha gstört des woa ma a ned recht wei weil i selber sehr viel Ski gfoan bin, Wandern, Klettern, Fußball spielen" (Zeile 610-611)

"des einzige wos mi wos wos ma obgeht des is einföch der Berg gehen, im Sommer wo aufi geh oda Klettern gehen und so (...) wo i einföch sogn, kaun jo do (.) do is ma de Behinderung im Weg sozusagen" (Zeile 623-629)

Auch während des Studiums konnte er gemeinsam mit seinen Freunden nicht an allen Aktivitäten teilnehmen.

"alles hob i a ned mitmachen können wos meine Freunde gmocht haum (...) do hob i schau Einschränkungen ghobt" (Zeile 606-608)

Er hat sich seine Freizeit teilweise anders gestalten müssen. Dennoch ging er - vor allem während der Studienzeit - mit seinen Freunden fort, besuchte diverse Feste und Konzerte und verbrachte gemeinsame Abende mit ihnen.

"Es is halt des Studium, des fortgehn und wo is de nächste Feier und äh gema Fußball schaun, dama ned Fußball schaun oder geh ma auf des Konzert (.) oiso eh des wos (.) oiso jeder Jugendliche mit dem ma hoid konfrontiert is, des is hoid für mi daun a so gwesn" (Zeile 596-598)

Schwimmen, Rennrolli fahren und Tischtennis spielen sind für Person A, neben vielen anderen Sportmöglichkeiten für Menschen mit einer Behinderung, von besonderer Bedeutung. Immer wieder übte er diese Sportarten aus, in letzter Zeit aufgrund beruflicher und räumlicher Veränderungen jedoch weniger. Dennoch möchte er sich in Zukunft wieder vermehrt sportlich betätigen sowie nach wie vor regelmäßig fortgehen und sich mit Freunden treffen. Soziale Kontakte stellen für Person A kein Problem dar.

"i mecht jetzt wieder anfangen mit Sport (.) oiso i bin viel Schwimmen gaunga äh Rennrolli foan hob i gmocht (//) so viel draußen, hob Tischtennis gspüt immer wieder" (Zeile 641-642)

"Jo oba sunst (.) oiso (//) geh halt regelmäßig furt oda triff mi mid Freunde und so oiso" (Zeile 659)

Die Freizeitgestaltung von Person A ist sportlich geprägt. Sowohl vor als auch nach seiner Behinderung war er sportlich aktiv und hat viele Aktivitäten ausprobiert, aufgrund dessen sich ein schneller Verlauf des Freizeitprojektes erkennen lässt. Die Freizeitgestaltung zeichnet sich durch Wendepunkte ("Turning points") aus, welche sich größtenteils durch seine Behinderung ergeben und eine Veränderung bewirkt haben.

Interview 2:

Person B ist ebenfalls sehr sportlich. Er war in seiner Kindheit sehr viel im Freien unterwegs, genoss die Natur und interessierte sich besonders für Ballsport.

”äh für mi woa eigentlich, wie gsogt draußen, in der Natur (//) ähm Sport, besonders Ballsport woa für mi oiso ob da ersten Minute eigentlich jo (.) sehr sehr präsent” (Zeile 42-44)

Auch nach seiner Krebserkrankung war es für Person B enorm wichtig sich in der Natur aufzuhalten.

”und wia san hoid doch waun ma (.) mehr oder weniger ham kuma bin, hauma hoid de Sochn gmocht, mia san (.) im Schneesturm mid fort null Leukos oiso Abwehrkräfte (.) äh (.) jo beim Schneesturm spazieren gaunga, san kneippen gaunga, haum wirklich im Dreck gespielt jo (.) mid fost kane Abwehrkräfte (.) äh es woa oba für de Psyche irrsinnig wichtig” (Zeile 183-186)

Nach einer langen Krankenhausphase hat er sich erstmals neu orientieren müssen, hat diverse Rollstuhlsportarten ausprobiert und fand schlussendlich Interesse am Ski fahren.

”Und jo, i sog moi wie sich des ganze so a bissl eingespielt hod ähm hob i eigentlich daun so immer de ganzen Sportarten ausprobiert und bin daun eigentlich zum Ski foan gekommen (...) oiso i woa total toll oiso wirklich es woa MEI Sportart eigentlich des Skialpin” (Zeile 384-389)

”von da sportlichen Seite hob i eben schau gsogt das i von 2001 weg bis 2004 im Skiteam woa, zwei Joa davon im Nationalteam (.) daneben hob i eigentlich jede andere Rollstuhlsportart auch ausprobiert” (Zeile 484-486)

Aufgrund des hohen Risikos einer erneuten Wirbelsäulenverletzung beim Ski fahren, wurde er gezwungen sich eine andere Sportart zu suchen. Er hat beinahe alle Sportarten ausprobiert und ist im Zuge dessen zum Tanzen gekommen. Seine Mutter besuchte mit ihm einen Tanzkurs, die Trainerin erkannte sein Talent und ermutigte ihn diesen Sport leistungsmäßig zu betreiben.

”äh des is mei Überzeugung, das GENAU DREI Sportarten gibt (.) die im Rollstuhl nicht möglich sind (...) Weitsprung, Hochsprung und Stabhochsprung (...) Alle anderen Sportarten san in einer abgeänderten Art und Weise (.) möglich” (Zeile 496-501)

”Und bin daun eigentlich (.) durch Zufall ähm (//) zu der Sportart gekommen die i jetzt leistungsmäßig betreib (//) äh des is des Rollstuhltanzen” (Zeile 524-525)

” i bin vom Typ her, i bin a Leistungssportler des hoast Wettkampftyp” (Zeile 537-538)

Person B ist davon überzeugt, dass jeder Mensch mit einer Behinderung den richtigen Sport für sich finden kann. Sein Anliegen war es, dass der Behindertensport mehr an Bedeutung gewinnt und veranstaltete aufgrund dessen zwei Initiativen.

”eigentlich zwei große große Aktivitäten de i gmocht hob (//) wos mir darum gegangen is ähm den Behindertensport a bissl (.) mehr ins Rampenlicht zu bringen oder den Leuten näher zu bringen” (Zeile 841-843)

Zum einen organisierte er während der Schulzeit für die gesamte Klasse einen Ausflug zur alpinen Skimeisterschaft und zum anderen trat er mit seiner Tanzpartnerin bei einer Talentshow im Fernsehen auf.

Die Freizeit verbrachte Person B größtenteils in der freien Natur. Vor seiner Behinderung spielte er Fußball und war viel draußen unterwegs. Nach seiner Behinderung probierte er zahlreiche Behindertensportarten aus und kam dadurch zum Ski fahren sowie zum Tanzen. Hier lässt sich ebenfalls ein schneller Verlauf des Freizeittrajektes erkennen.

Interview 3:

Modellsport und Fotografie sind für Person C von besonderem Interesse. Beim Modellsport werden Automodelle zusammengebaut und es findet ein Austausch mit Gleichgesinnten statt. Daher hat er auch eine Webseite gegründet, welche gut besucht ist. Durch diese Seite bzw. den Austausch mit anderen Leuten kam er auf die Idee, die Modelle zu fotografieren. Somit konnte er beide Hobbys miteinander verbinden.

“Ich kann Ihnen erzählen, dass ich das Hobby zur Fotografie entdeckt hab (...) ich in meiner Freizeit dem Hobby Modellsport nachgeh. Automodellsport” (Zeile 717-718, 745-746)

“Ja Technik hat mich auch interessiert, dann gründ ich halt eben einen Website über Modellsport (.) das ist jetzt eine nette Community, ein Forum, sozusagen Menschen diskutieren phhh übern Modellbau bin ich auch zur Fotografie gekommen (...) Und mein Steckenpferd damals, weil ich irgendwie mir die Fotografie gelegen hat, als Hobby, waren halt gute Fotos von den Modellen” (Zeile 921-931)

Von besonderer Bedeutung ist für ihn Folgendes:

“Das sind alles Dinge, das das hat überhaupt nichts mit Sehbehinderung zu tun” (Zeile 756)

Auch mit der Sehbehinderung kann er seine Interessen ausüben und seine Fähigkeiten nutzen bzw. umsetzen.

Neben dem Modellsport interessiert er sich auch für das Reisen. Früher wäre Reisen für ihn unvorstellbar gewesen. Aufgrund der starken Sehbeeinträchtigung hätte er sich in einem fremden Land aufgrund Reizüberflutungen nicht orientieren können. Diese Angst nimmt ihm heute ein Navigationsgerät ab, welches er seit kurzem besitzt und für ihn von enormer Wichtigkeit ist.

“wobei ich mir im Moment halt eben wieder andere Dinge such, also es kommt dann das Reisen dazu” (Zeile 978-979)

“Phhh das Reisen war etwas was ich mir nie (...) was ich mir nie vorgestellt habe einmal zu können (...) ist für mich mit meiner Sehbehinderung ein Problem” (Zeile 996-1000)

“Bis ich im, vor einem Jahr (//) begonnen hab mit Navigationsgeräten zu experimentieren” (Zeile 1005-1006)

Person C möchte in Zukunft sein Hobby zum Modellsport ausbauen und in diesem Bereich auch beruflich tätig sein. Hier lässt sich ein Zusammenhang von Freizeit- und Arbeitstrajekt erkennen, da das eine das andere beeinflusst. Aufgrund dessen zeigt sich bei Person C ein langsamer Verlauf des Freizeittrajektes.

Wohnen

Interview 1:

Person A berichtete großteils über die Wohnsituation während des Studiums. Er hat in einem Studentenheim, einer Wohngemeinschaft sowie auch alleine gewohnt. Alle Wohnungen waren nicht behindertengerecht ausgestattet, was jedoch für ihn kein Problem darstellte. Bestimmte Barrieren wurden mit einfachsten Mitteln gelöst. Er ist in seinem Leben mehrmals umgezogen und hat deshalb eine gewisse Routine im Umgang mit Barrieren entwickelt.

"I hob a Studentenheim gwohnt oiso hob olles durchgmocht, hob WG gwohnt, hob Studentenheim gwohnt, zum Schluss hob i auch alleine gwohnt (.) oiso i hob schon (//) ich bin sehr oft in meinem Leben umgezogen und ah und da eine gewisse Routine entwickelt" (Zeile 565-567)

"in da WG woas so das des obere de Wohnungskollegen ghobt haum und das de unteren Kasterl i (.) oiso des woa einföch, man hat das so organisatorisch gelöst ja" (Zeile 548-549)

"Wohngemeinschaften oder Studentenheim (.) wos jo nix schlechtes is weil des wieder ein Miteinander is und (//) jo und (//) i glaub grod wennst a Behinderung host is des glaub i (//) a sehr guter Weg (//) ahm (2s) sozusagen mit der Gesellschaft wieder in (//) Kontakt zu kuma oda a normales Leben zu führen" (Zeile 582-585)

Spezielle behindertengerechte Umbauten zu tätigen waren für ihn keine Option, da er sich an die Gegebenheiten angepasst hat. Er hat sich arrangiert und ist damit gut zurecht gekommen.

"natürlich a a Geldfrage, waun ma daun verdient daun, daun setzt ma einföch de Prioritäten anders und (.) in meiner Studienzeit is ma des wurscht gwesen wo i (.) oiso des woan hoid irgendwelche (//) Studentenbuden" (Zeile 553-555)

"hm oba des (.) des is der NORMALE ERWACHSEN WERDEN wenn man ah studieren geht, i glaub des hod nix jetzt mit (.) Behinderung zu tun, des mocht jeder einföch durch" (Zeile 561-563)

In seiner eigenen Wohnung waren für ihn jedoch der Umbau des Bades und der Küche von besonderer Bedeutung. Die Küche wurde auf seine Höhe angepasst damit vom Rollstuhl aus alle Kästen erreichbar sind. Weiters wurde ein geräumiges, behindertengerechtes Bad geschaffen.

"oiso Küche woa sozusagen (.) ahm (.) des woa behindertengerecht zu planen und des Bad" (Zeile 526-527)

Der Bereich Wohnen zeichnet sich bei Person A durch Übergänge ("Transitions") und Wendepunkte ("Turning points") aus, welche von ihm durchwegs positiv wahrgenommen wurden. Die mehrmaligen Umzüge stellten für ihn kein Problem dar, im Gegenteil, er betrachtete dies als das "normale" Leben und Erwachsenwerden. Das Wohntrajekt ist somit gekennzeichnet durch einen schnellen Verlauf, welches unter Einfluss des Bildungstrajektes steht, da die Wohnverhältnisse der Ausbildungssituation angepasst wurden.

Interview 2:

Person B berichtete über seine aktuelle Wohnsituation. Nach seinem Studium musste er aufgrund eines Jobangebotes umziehen und seine Heimat verlassen.

"bin seit Februar 2011 in I(O) (...) Bin noch I(O) gezogen und hab a Wohnung gefunden (.) am O(O) im P(O)" (Zeile 604-606)

Bei Person B zeigt sich ein langsamer Verlauf des Wohntrajektes, da er seit dem Auszug aus dem Elternhaus in einer Wohnung wohnt und ansonsten keine Wohnungswechsel stattgefunden haben. Der Umzug nach I(O) war bedingt durch ein Jobangebot, weshalb sich ein Zusammenhang von Bildungs- und Wohntrajekt feststellen lässt.

Interview 3:

Wie bereits erwähnt, hat Person C an der Pädak studiert. Da sich diese Hochschulen meist nur in größeren Städten befinden, musste er sich für ein Leben in der Stadt entscheiden.

"Ich komm in B(O) nicht zurecht (...) Ähm C(O) war da ja eine logistisch gute Alternative (...) war wirklich eine schöne Zeit" (Zeile 1706-1712)

Seine derzeitige Wohnsituation beschreibt er wie folgt:

"Ich wohne jetzt wieder bei meinen Eltern ja. Wieder ja, weil in H(O) hab ich in eine Wohnung gehabt mit meiner Freundin äh Exfreundin" (Zeile 2229-2230)

Bei Person C lässt sich ebenfalls ein langsamer Verlauf des Wohntrajektes erkennen. Der Umzug nach C(O) stand in Verbindung mit seiner Ausbildung und er lebte dort zusammen mit seiner Freundin in einer gemeinsamen Wohnung. Die Beziehung wurde beendet und Person C lebt derzeit wieder bei seinen Eltern. Die Wohnsituation steht somit in Zusammenhang mit dem Bildungs- und Beziehungstrajekt.

Beziehung und Partnerschaft

Interview 1:

Das Thema Beziehung und Partnerschaft wurde von Person A im Interview nicht erwähnt.

Interview 2:

Person B beschreibt das Beziehungsthema ausführlich. Ihm ist es ein besonderes Anliegen dies anzusprechen, da es auch für Menschen mit Behinderung von großer Bedeutung ist.

“Beziehungsthema is natürlich für Menschen mit Behinderungen a irrsinnig [schwieriges (...) Ma sogt einfoch, okay auch des Kapitel is (//) jetzt ned gestorben nur weil ma im Rollstuhl sitzt” (Zeile 891, 936)

“is a irrsinnig äh sog i moi schwieriges Thema (...) mit irrsinnig viel Ängsten verbunden” (Zeile 893-894)

Infolge dessen war es auch für Person B schwierig eine Partnerin zu finden. Für Menschen mit einer Behinderung stellt die Suche eine große Herausforderung dar, welche durchaus auch mit Ängsten verbunden ist. Dennoch weiß er darauf hin, nicht aufzugeben, offen zu sein und viel auszuprobieren. Nur so kann auf die Bedürfnisse beider Partner eingegangen werden und eine Beziehung funktionieren.

“bei mir is a doch relativ äh lang gedauert hod bis i mei erste Beziehung in dem Sinn wirklich ghobt hob weil einfoch als Rollstuhlfahrer, besonders wenn ma davor oiso waun ma so jung in Rollstuhl is hod ma damit einfoch gewisse Problematik (...) Ähm (2s) trotzdem muas ma sogn, jo (.) es funktioniert genauso” (Zeile 894-899)

“natürlich muas ma a wida einfoch sehr viel experimentieren und sehr viel ausprobieren das gewisse Dinge einfoch funktionieren” (Zeile 899-900)

“i hob jetzt mei zweite Beziehung ähm und do is, lauft do genauso ob wie in jeder anderen Beziehung (...) ma muas nur bei gewissen Dingen einfoch jo anders vorgehen (...) Anpassungsfähigkeit, Experimentierfreudigkeit” (Zeile 917-927)

“Oba es is denk i es is a gaunz a wichtiges Thema fürs Selbstbewusstsein von Menschen mit Behinderungen” (Zeile 933-934)

In Bezug auf die schwierige Beziehungssituation für Menschen mit einer Behinderung, lässt sich bei Person B ein schneller Verlauf des Beziehungstrajektes erkennen. Der aufgeschlossene und interessierte Umgang mit diesem Thema hat bei ihm zu mehr Selbstbewusstsein geführt. Durch Ausprobieren und Experimentieren wurden ihm viele Möglichkeiten eröffnet und trugen zu einer gewöhnlichen Beziehungsgestaltung bei.

Interview 3:

Wie oben angeführt, hatte Person C mit seiner Freundin eine gemeinsame Wohnung. Es kam jedoch zu einer Trennung, weshalb er wieder bei seinen Eltern wohnt. Er bleibt dennoch optimistisch und offen für Neues.

“Jaaa privat seit kurzem wieder Single (.) also von daher gibts vielleicht auch noch viele Möglichkeiten” (Zeile 2208-2209)

Person C erwähnte im Interview eine Beziehung, welche vor kurzem beendet wurde. Das Beziehungsthema wurde nicht näher erläutert, aufgrund dessen ein langsamer Verlauf des Trajektes erkennbar ist.

Krankheitsverlauf

Interview 1:

Wie bereits aus der Fallvignette zu entnehmen ist, hat Person A aufgrund eines Wanderunfalls im Alter von 14 Jahren eine Behinderung erlitten. Die Rede ist hier von einer sogenannten erworbenen Behinderung, welche durch den Absturz ausgelöst wurde. Die Erstdiagnose lautete "kompletter Querschnitt", welche nach genauerer Untersuchung auf "inkompletter Querschnitt" revidiert wurde. Erstere stellt die Durchtrennung des Rückenmarks dar, unter Zweiterer wird nicht die komplette, sondern teilweise Beschädigung des Rückenmarks verstanden (Kallenbach 2006, 206).

"hob daun mein Unfall ghobt (.) beim Wandern bin i obgstürzt (.) seit dem inkomplette Querschnittlähmung" (Zeile 6-7)

"hob ma de Lendenwirbelsäule verletzt und das Rückenmark (//) und Erstdiagnose woa kompletter Querschnitt (/) uund (//) JO is hoid eine eine eine ernüchternde Diagnose sozusagen goi (.) sehr jung gwesen damals noch vierzehn beim Unfall (2s) ah ((räuspert sich)) sozusagen grod in da Pubertät drinnen Pubertät a schlimme Zeit daun kumt des a noch dazu" (Zeile 29-33)

Nach seinem Krankenhausaufenthalt fand eine mehrmonatige Rehabilitation statt. Die Zeit nach dem Unfall war für Person A sehr schwierig, die Verarbeitung der Erlebnisse dauerte Jahre und er hat Schritt für Schritt gelernt damit umzugehen.

"also zuerst woa i daun Rehabilitation daun amoi (.) de erste Zeit natürlich sehr sehr niedergeschmettert gewesen ahm hod natürlich a Zeit laung gedauert bis man das äh wie ma so schön sagt verarbeitet (.) des is einfoch a Lernprozess sicherlich nicht abgeschlossen innerhalb von Wochen des dauert Jahre" (Zeile 35-38)

"is einfoch jetzt so lange her, is (//) dreiundzwanzig Jahre her oiso oda vierundzwanzig Joa schon oiso (.) vielleicht hod mi des früher mehr gstört (.) ah des oba mid da Zeit lernst einfoch damit umzugehn beziehungsweise man man vielleicht registier is einfoch nima so" (Zeile 449-452)

"do hod sich mein Leben sehr schnell wieder normalisiert zu dem wie's vorher gwesen is"
(Zeile 228)

Der Unfall bzw. die damit einhergehende Behinderung stellte für Person A einen entscheidenden Wendepunkt ("Turning point") in seinem Leben dar. Dieses prägende Ereignis stellte sein Leben auf den Kopf, es folgte eine schwere Zeit und über Jahre lernte er damit umzugehen.

Interview 2:

Person B blickt auf eine lange Krankheitsgeschichte zurück. Im Alter von 7 Jahren erkrankte er an einer sehr aggressiven Form von Leukämie, welche er erfolgreich bekämpft hat. Durch die starke Chemotherapie wurde sein Immunsystem enorm geschwächt, auf-

grund dessen er besonders anfällig für Viruserkrankungen war. Durch einen Herpesvirus kam es zu einer Gehirn- und Rückenmarksentzündung, welche aufsteigende Lähmungserscheinungen zur Folge hatten.

”woa jo bis zu an gewissen Grad Dauergast im Kinderspital” (Zeile 13)

”und daun woa eben äh des woa am ersten Dezember vierundneunzig, woa daun de Diagnose (.) Leukämie” (Zeile 89)

”im Juni sechsundneunzig woas daun (.) austherapiert, daun hods geheißen (...) geheilt” (Zeile 215-217)

”Ahm mir san daun an meinem Geburtstag äh ins Krankenhaus gfoan im Februar achtundneunzig (2s) und ähm (//) do woa daun der Verdacht auf an Rückfall” (Zeile 241-242)

”Ähm (//) und am dritten Tog bin i daun komatiert (...) und daun auf die Intensivstation (.) und do haums daun eine Gehirn und Rückenmarksentzündung festgestellt” (Zeile 252-260)

”irgendwaun haums mi daun einfoch in künstlichen Tiefschlaf daun ah weiter behalten (.) äh woa daun (//) das a aufsteigende Lähmung woa und das ima gewandert is de Lähmung” (Zeile 278-280)

”Und de Ärzte haum daun irgendwaun gsogt, okay sie versuchen das mi zurückholen (...) bin daun tatsächlich wieder aufgewacht” (Zeile 287-290)

Durch diese Entzündung erlitt Person B eine ”komplette Querschnittslähmung”, welche sich auf ”Brustwarzenhöhe” manifestierte. ”Die Störungen betreffen dann ebenso die gesamte Muskulatur und Wahrnehmung unterhalb der Schädigungsstelle (...)” (Kallenbach 2006, 206), wodurch folglich ein Rollstuhl benötigt wurde.

”Ob da Höhe von de Brustwarzen is de Lähmung” (Zeile 299)

Als besonders beeinträchtigend und schwerwiegend erlebte er die Harn- und Stuhlinkontinenz, da sich ”(...) Blase und Darm ungesteuert und unerwünscht entleeren” (Kallenbach 2006, 203).

”die Problematik mit Harn- und Stuhlinkontinenz (...) des is eigentlich wirklich des schlimme an einer, an so einer Behinderung” (Zeile 349-351)

Person B war bereits in jungen Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen. Die Wirbelsäule war zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausgewachsen, wodurch sie sich aufgrund von Haltungsschäden verkrümmte und dies zu einer Fehlstellung führte. Diese Verbiegung der Wirbelsäule, in der Fachsprache Skoliose genannt, wurde durch das Einsetzen von Implantaten behoben (Kallenbach 2006, 29). Einige Zeit später wurden diese durch einen Sturz aus ihrer Verankerung gelöst. Aufgrund fehlender Schmerzen durch seine Behinderung hat dies Person B lange Zeit nicht bemerkt. Bei einer Routineuntersuchung wurde festgestellt, dass nicht nur die Implantate beschädigt sind, sondern ein Wirbel fehlte. In-

folge dessen war eine nochmalige Operation nötig, bei welcher erneut Implantate und ein künstlich aufgebauter Wirbel eingesetzt wurden. Durch den ständigen Druck auf die Wirbelsäule und Implantate sind ihm diese ein zweites Mal gebrochen.

”do woa daun de Operation notwendig (.) eine Wirbelsäulenfusion nennt ma des (.) oiso Implantate de Wirbelsäule (.) und hob daun noch da Operation an Unfall gehabt (.) des hoast i bin ausn Rollstuhl gefallen und hob ma des rausgerissen” (Zeile 404-406)

”des hod daun auch (.) gehalten bis im November 2010 (...) Bis des gaunze wieder gebrochen is [oba desmoi nur de Implantate” (Zeile 462-464)

Person B weist einen langen Krankheitsverlauf auf, welcher sich durch zwei wesentliche Wendepunkte (”Turning points”) auszeichnete; zum einen die Diagnose Leukämie und zum anderen die Gehirn- und Rückenmarksentzündung, welche zu einer Querschnittslähmung führte. Darüber hinaus folgten weitere Krankenhausaufenthalte aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden und Unfällen, welche sozusagen als ”kleinere” und neben den Hauptwendepunkten als weniger einschneidende Erlebnisse betrachtet werden können. Infolgedessen lässt sich ein schneller Verlauf des Krankheitstrajektes erkennen.

Interview 3:

Person C leidet an einer Sehbeeinträchtigung (15 Dioptrin an beiden Augen). Durch die hohe Spannung der Netzhaut kam es im Laufe der Zeit zu Rissen, welche zu einer Netzhautablösung führten. Seheindrücke waren noch vorhanden, dennoch bestand eine eingeschränkte und verschwommene Sicht. Folglich war eine Operation an beiden Augen nötig; am rechten Auge bestand ein Sehvermögen von 30 %, am linken Auge lediglich eine hell-dunkel Wahrnehmung.

”das war bei mir beim linken Auge schon weiter fortgeschritten (...) Im Nachhinein wie gesagt zu fortgeschritten. Am rechten Auge hats ma noch ein äh Sehvermögen von 30 Prozent äh beschert” (Zeile 70-73)

”Es war da so in meinem dritten Semester, war so der Gedanke, na ja ich soll mir was anderes suchen (.) ähm das Ganze ist aber nie wirklich an mich herangedrungen” (Zeile 255-256)

Im Sommer 2006 kam es plötzlich zu einem Unfall. Person C wurde von einem Motorradfahrer angefahren. Körperlich war er relativ unversehrt, psychisch hat es einige Spuren hinterlassen. Dies war für ihn ein sehr prägendes und tiefgreifendes Erlebnis. Zwei Jahre lang hatte er Angst vor Straßenüberquerungen und fühlte sich unwohl dabei. Demnach hatte er angefangen Blindenschleifen zu tragen, welche ihn vom Vertrauensgrundsatz des Straßenverkehrs ausschlossen.

”Dann im (//) Frühjahr (//) im im ähm im Sommer schon 2006 ähm plötzlich eine kleine Zäsur (...) Und bin aufm Weg dorthin von einem Motorradfahrer äh angefahren worden (...) Jedenfalls das Erlebnis war für mich ein sehr einschneidendes (...) Ich hab mich eine große Zeit lang und zwar Jahre danach nicht mehr über die Straße gehen getraut” (Zeile 590, 597, 604, 621-622)

"es waren keine bleibende Verletzungen (.) aber es war psychisch für mich ein riesiges Problem für mich" (Zeile 616-617)

Im Laufe der Zeit fühlte er sich unwohl mit den Schleifen und "zu sehr gekennzeichnet".

"ich hab dann meine Blindenschleifen, die haben mich dann schon mehr stigmatisiert als gekennzeichnet (...) drum trag ich auch keine Blindenschleifen jetzt mehr" (Zeile 1829-1830, 1839-1840)

Die Sehbeeinträchtigung stellte für Person C eine Einschränkung in vielen Lebensbereichen dar und kann als ein einschneidendes Erlebnis ("Turning point") betrachtet werden. Durch einen Unfall kam es erneut zu einem entscheidenden Wendepunkt im Leben von Person C, welcher zwar keine körperlichen Verletzungen nach sich zog, aber dennoch psychisch seine Spuren hinterließ. Person C fühlte sich seit diesem Zeitpunkt unsicher auf der Straße und hatte Angst. Somit lässt sich ein Zusammenhang von Krankheits- und Freizeitprojekt erkennen. Aufgrund des Unfalls wurde Person C in seinem Alltag insofern eingeschränkt, dass er sich weder getraut hat eine Straße zu überqueren noch eine Reise anzutreten.

Kategorie 2: Resources and capital

Ressourcen stellen wichtige Hilfsmittel im Leben eines Menschen dar. Diese beinhalten sowohl soziales, ökonomisches und kulturelles Kapital als auch familiäre Ressourcen, Dienstleistungen und soziale Netzwerke. Zusammenfassend sind damit alle Mittel gemeint, welche eine Veränderung im Leben eines Menschen ermöglichen (Shah und Priestley 2010b, 160). Im Folgenden werden diese Ressourcen anhand ausgewählter Aspekte, welche sich aus den Interviews ergaben, dargestellt.

Interview 1:

Für Person A stellt die **Familie** eine wichtige Ressource dar. Sowohl vor, während und auch nach dem Studium wurde er von seinen Eltern finanziell und persönlich unterstützt.

"Natürlich brauchst du Familie a, weil alleine studieren des (.) funktioniert in den seltensten Fällen net weil du brauchst jo a finanzielles Background a (.) ah de hob i ghobt de Unterstützung und a de die Zustimmung das i des moch" (Zeile 145-147)

"Weil (.) in der Phase es einfach wichtig gwesen is das i zur Selbstständigkeit erzogen worden bin" (Zeile 290)

"wichtig is de Familie ois Rückhalt wos ma hod seine Freunde" (Zeile 40-41)

Nicht nur seine Familie, sondern auch seine **Freunde** waren für ihn eine Stütze. Bei baulichen Barrieren konnte er auf die Hilfe seiner Studienkollegen zählen.

"oba äh wie gsogt mit meine Studienkollegen is des alles gaunga (.) man hat sich hoid daun zaumgraufn de haum ma hoid daun gholfn dann über die Stufen" (Zeile 98-99)

"jo alles wos ned erreichbar gwen is hob i hoid (.) so gestellt das es für mi erreichbar is und des obere is hoid frei geblieben beziehungsweise in da WG woas so das des obere de Wohnungskollegen ghobt haum und das de unteren Kasterl i (.) oiso des woa einfoch, man hat das so organisatorisch gelöst" (Zeile 547-550)

Aufgrund eines Wohnortwechsels während dem Studium hatten sich für ihn die baulichen Barrieren verringert.

"jo und in G(O) woas daun viel besser (.) do woa eigentlich olles schau (//) mit Lift erreichbar" (Zeile 118)

Nach seinem Medizinstudium arbeitete er als Turnusarzt. Auch in dieser Zeit machte er durchwegs positive Erfahrungen mit **Arbeitskollegen und Patienten**. Diverse Barrieren, sowohl bauliche als auch organisatorische, wurden mit einfachen Mittel gelöst.

"die Kollegen woan olle sehr nett, man hat sich zusammengesprochen" (Zeile 333-334)

"Do haums mi einfoch auf an Barhocker raufgsitzt oiso auf an auf an (.) auf an OP-Stuhl (...) De sind hoch genug und des hod gepasst uund äh jo do hob i so assistiert (...) Des is von da Höhe her gaungen und jo (.) oba do gibt's viele Möglichkeiten" (Zeile 356-360)

"Natürlich is ma des Landeskrankenhaus H(O) do a entgegen kommen und hod ma hoid nur so viele chirurgische Zeiten geben wie (.) notwendig oiso nicht mehr" (Zeile 377-378)

"oba auf Ablehnung wär i jetzt nirgendswo getroffen oiso das jemand jetzt mit gegenüber aufgrund meiner Behinderung sagt, najo na mid dem will i nix zum tun haum oda (.) oda das geht nicht und (.) oiso überhaupt ned" (Zeile 401-403)

Vor allem im **Freizeitbereich** haben sich seiner Meinung nach viele positive Entwicklungen ergeben. Besonders in der Rollstuhltechnik, im Bereich der Sportgeräte für Menschen mit Behinderung und im öffentlichen Bereich stellte er große Fortschritte fest.

"wos de Rollstuhltechnik betrifft (...) Do hod sich jo in den letzten pff dreißig Jahren ja wirklich rasant entwickelt" (Zeile 673-675)

"jo und in der Zeit wo i in Rollstuhl kommen bin sozusagen, haums begonnen wirklich ah die Rollstühle zu designen (...) in der breiten Öffentlichkeit nima auf wegschaun ah getrimmt is sondern das de Leute hinschaun, woa he cool wos host du do für ein Gerät" (Zeile 676-680)

"ois Rollstuhlfahrer kaunst a Ski foan geh, Langlaufen geh es gibt die (...) Ah geeigneten (//) ah Hilfsmittel dazu oda oda Sportgeräte song ma so, goi (.) des woa ma damals alles zu teuer, des hob i ma ned leisten können weil daun hätt i mir sogn müssen, okay i her mim Studium auf und geh arbeiten das i ma solche Sachen leisten kann und des woas ma eigentlich nie wert" (Zeile 615-619)

"des hod sich so (.) so ins Positive entwickelt ja ah (2s) das (.) Menschen mit Behinderung immer mehr in die Gesellschaft rein drängen, in den Freizeitsport, ins Fortgehn und ein-

foch dadurch äh positive Nebeneffekt von der Gesellschaft a (//) immer mehr akzeptiert wird" (Zeile 715-718)

"Des is des hod sich sicherlich zum Positiven entwickelt sicha auch das ahm (//) die öffentliche Hand ah drauf aus is wirklich zu schaun das die öffentlichen Verkehrsmittel behindertengerecht sind, das die neuen Bauten beziehungsweise wenn etwas umgebaut wird in öffentlicher Hand das dort auch äh barrierefreier Zugang is" (Zeile 720-723)

Um den Alltag besser bewältigen zu können nahm Person A einige **bauliche Veränderungen** vor. Er hatte sich sein Auto, welches vom Staat finanziell unterstützt wurde, sowie seine Wohnung behindertengerecht umbauen lassen.

"wie gsogt i hob mei Auto ned wirklich großartig umbaun lossn müssen weil i jo den Rollstuhl selber rein und raus geben kaun (...) es wird dann natürlich auch teilweise finanziert und unterstützt, muss es auch wei sunst unfinanzierbar wird aber (//) i hob eigentlich nur die Umbauung die billigste Variante und mid dem kum i gaunz guad zurecht" (Zeile 489-493)

"oiso Küche woa sozusogen (.) ahm (.) des woa behindertengerecht zu planen und des Bad" (Zeile 527-528)

"es is schon eine eine Fließbandküche oba (.) von einem Tischler installieren lossn der sein Handwerk versteht und einfoch auf meine Höhe adaptiert des gaunze" (Zeile 500-501)

"jo des Bad hob i natürlich a umbaun lossn, oiso a größer" (Zeile 521)

Interview 2:

Person B betonte im Interview mehrmals die Wichtigkeit der **Eltern** in seinem Leben. Sie haben ihn in allen Lebensbereichen unterstützt und zur Selbstständigkeit erzogen.

"Und des woa einfoch irrsinnig irrsinnig wichtig (//) ahm die Unterstützung und den Rückhalt zu haben" (Zeile 376)

"i bin davon überzeugt ähm (//) das ma des so viel Lebensenergie und Lebenskraft gegeben hod a, das daun wieder weiter gegangen is (.) natürlich a meine Eltern de ständig do woan und mi unterstützt haum" (Zeile 119-121)

"i bin von Anfang an äh oiso i hob selber den Anspruch an mich beziehungsweise haum des a meine Eltern äh haum mi darin sehr unterstützt und und äh a eben durchs Rehazentrum in G(O) (.) i woa ima drauf aus oder bin darauf aus (.) so selbstständig wie nur möglich, jo (.) zu sein und auf niemanden angewiesen zu sein" (Zeile 660-663)

"wie gsogt ohne de Unterstützung von meine Eltern wär des natürlich ned möglich gewesen (.) das de so hinter mir gestanden san" (Zeile 213-214)

Neben seinen Eltern ist ein **Bekannter** der Familie einer der wichtigsten Menschen in

seinem Leben. Vor allem während der Krankheitsphasen stand dieser Person B zur Seite und unterstützte ihn, welcher später auch sein Firmate wurde.

”a Bekannter (...) der hod uns de gaunze Zeit unterstützt, der woa seit eigentlich seit der Leukämie egal wos danach ois kommen is (.) der woa ima do (...) und neben meine Eltern ana der wichtigsten Menschen in meinem Leben” (Zeile 154-159)

”eben der Bekannte, der einföch ima do woa, der wirklich ah weil meine Eltern einföch, oiso an der Situation hod se nix geändert ghobt weil meine Eltern haum jo trotzdem damits mein Leben finanzieren können arbeiten müssen” (Zeile 359-361)

Aufgrund der Erkrankung von Person B war nach dem Krankenhaus eine Rehabilitation notwendig. Die Möglichkeiten und Ansprüche waren bei einer Behinderung durch Krankheit geringer als bei einer durch einen Unfall erlittenen Behinderung. Ein Bekannter arbeitete bei der Allgemeinen Unfallversicherung, welcher ihm den Aufenthalt in einer Reha-Einrichtung ermöglichte. Den Therapiealltag beschreibt er als heftig und streng, wovon er davon profitierte.

”wia haum Gott sei Dank jemand Bekannte ghobt der in da AUVA gearbeitet hod, der und des do ermöglicht hod (.) das i daun in G(O) (.) ah in H(O) (.) ah des Rehazentrum besuchen hob dürfen” (Zeile 305-307)

”woa damals von der Therapie, vom Ansatz und von de Therapien her (//) sog i moi so, ähm (.) Bootcamp mäßig (...) oiso für mi woas absolut des richtige (...) hob durt eigentlich alles mitbekommen, alles gelernt wo i sog des brauch i äh irgendwo das ma überlebensfähig is (.) is jetzt absolut übertrieben, na wie gsogt de Grundfertigkeiten” (Zeile 314-315, 321-322, 329-331)

Während seiner Krankenhausaufenthalte konnte er auf viele Ressourcen zurückgreifen, welche Freude und Zuversicht in sein Leben brachten. Die folgenden Zitate stellen diese **Erlebnisse** dar.

”i kauns eigentlich sogar relativ äh auf einen Punkt festmachen, eigentlich i sog amoi an zwei Punkten (.) äh da erste Punkt (...) wia haum damals zwei Katzen ghobt, äh die die irrsinnig wichtig woan und de einföch a (.) jo doch a Beziehung, ähm (.) und i woa da erste Onkologiepatient der sich de Katzen behalten hod dürfen (...) Ahm wie gsogt des woa sicha a Moment oda ah Teil davon einföch von der Psyche her ((räuspert sich)) des andere woa vierundneunzig woa damals Austria Salzburg woa (.) im Fußball ziemlich gut, bis ins Europacupfinale (.) und mein Idol, mein größtes Idol hod mi damals im Krankenhaus besucht” (Zeile 105-114)

”Des Positive, de (.) jo de Gemeinschaft durt a bis zu an gewissen Grad (.) äh durch de Unterstützung der der Kinderkrebshilfe, de Ausflüge, de Veranstaltungen wos ma gmocht haum” (Zeile 130-131)

”mia san (.) im Schneesturm mid fort null Leukos oiso Abwehrkräfte (.) äh (.) jo beim Schneesturm spazieren gaunga, san Kneipen gaunga, haum wirklich im Dreck gespielt jo (.) mid fost kane Abwehrkräfte (.) äh es woa ova für de Psyche irrsinnig wichtig” (Zeile 184-186)

"des heißt natürlich hods schlimme Zeiten a geben oba i erinnert mi (//) eigentlich an diese ned wirklich (.) i erinnert mi an de schönen Sochn, den Spaß wos ma ghobt haum, den Blödsinn wos ma getrieben haum, auf da Station mit Schwestern und in de Familien mit de Patienten, Onkologiepatienten untereinander (.) ahm (//) des is des wos mir in Erinnerung geblieben is" (Zeile 125-128)

Auch während seiner Ausbildung konnte er auf die Unterstützung und Hilfe von **Kollegen, Lehrern und seinen Eltern** zählen. Seine schnelle Auffassungsgabe sowie der gute Unterricht erleichterten ihm auch später das Studium.

"hob i glaub i eine sehr schnelle Auffassungsgabe zu haben, bedingt durch des das i hob natürlich schau in da Volksschule und daun im Gymnasium (.) sehr vieles in sehr kurzer Zeit (.) nachlernen müssen (...) i woa eigentlich ima im Unterricht sehr aufmerksam (.) des hoast i hob ima mitgearbeitet (...) und des hod ma natürlich ima geholfen" (Zeile 752-754, 759-760, 793)

"i hob sehr gute BWL und Rechnungswesenlehrer ghobt (.) weil i hob, des woa für mi so ein einschneidendes oder so a AHA-Erlebnis (.) i hob (//) äh bei einer Klausur im fünften Semester (...) in dem Sinn nix lernen müssen (.) weil i des gaunze in da E(I) gelernt hob und anwenden hob können" (Zeile 741-745)

"jo meine Eltern haum mid mir gelernt und wie gsogt im Studium äh in da Heilstätten-schule woan de Lehrer do de einen unterstützt haum" (Zeile 809-810)

Während der Studienzeit war er eher mit **baulichen** als mit sozialen **Barrieren** konfrontiert, wobei diese auch ohne größere Probleme umgangen werden konnten.

"es woa im Studium irrsinnig äh (.) irrsinnig tolle Unterstützung, Kommitment beziehungsweise gaunz a tolle Normalität (.) da Rollstuhl woa nie des Thema (...) Es is ima nur um die Person gegangen, um die Leistung gegangen (.) und des woa total wos tolles" (Zeile 686-687, 701)

"wenn mi jemand frogt Studium mit Behinderung, Schwierigkeiten oda soiche Sochn, i hob nie wos ghobt (.) erstens woa des Gebäude i sog moi zu 70/80 Prozent äh barrierefrei (.) ähm de anderen 20 Prozent wos ned barrierefrei woan woa entweder durch Hilfe organisiert im Studiengang oder ma hod daun mid da Administration geredet das ma (.) diese Räumlichkeiten irgendwie umgeht" (Zeile 702-706)

In finanzieller Hinsicht wurde Person B durch **Förderungen und Zuschüsse** - großteils vom Staat - unterstützt.

"die Förderungen die einem zustehen (.) i sog moi in finanzieller Hinsicht (.) äh klar die, so lange i daheim woa die Familienbeihilfe, erhöhte Familienbeihilfe de ma gekriegt haum (...) Pflegegeld (...) Mobilitätszuschuss (.) den i krieg ah den kriegt ma oba erst waun ma arbeitet (...) daun hob i Förderungen gekriegt fürn Umbau vom Auto (...) Unterstützungen gekriegt für (//) für ein Sportgerät (.) des is mehr oder weniger gespendet worden" (Zeile 819-828)

Das Thema **Beziehung und Partnerschaft** war bzw. ist für Person B besonders bedeutsam. Trotz vieler Schwierigkeiten besteht die Möglichkeit Hilfe - zum Beispiel in Form von Beratungen - in Anspruch zu nehmen. Dies betrachtet er als wertvolle Ressource.

"Beziehungsthema is natürlich für Menschen mit Behinderungen a irrsinnig [schwieriges (...) Gewisse Dinge muas ma hoid, Hilfsmittelchen oder Sonstiges nutzen (...) wichtig das ma a offen damit umgeht wie gsogt das ma a die Unterstützung daun auch [] sucht wo ma sogt, okay wo gibt's Beratungen in der Hinsicht" (Zeile 891, 940, 944-945)

Interview 3:

Soziale Ressourcen erwähnte Person C im Interview kaum. Er hatte während der Schulzeit einen besten Freund, ansonsten wenig Kontakt zu anderen Mitschülern.

"vom sozialen Umfeld her muss ich sagen, hatte ich einen besten Freund (...) Und sonst eigentlich wenig Kontakt zu den anderen Leuten der Klasse" (Zeile 171-174)

An der Pädagogischen Hochschule hatte er keine Probleme mit sozialen Kontakten, da dort der Unterricht in kleinen Gruppen stattfand und dies die Kontaktaufnahme begünstigte.

"das was ich erwähnt habe im Gymnasium, dass ich wenig Kontakt hatte, war in der Pädak überhaupt kein Problem (...) Wir waren eine sehr kleine Gruppe, das hats für mich vielleicht begünstigt" (Zeile 206-209)

Aufgrund der Sehbehinderung ist seine Sicht eingeschränkt. In den meisten Fällen reicht eine Brille zum Lesen von Druckschrift.

"Ahmmm (//) als Sehvermögen das zu lesen in den meisten Fällen reicht mit Brillen normale Druckschrift" (Zeile 82-83)

Person C konnte auf einige **schulische Ressourcen** zurückgreifen. Ihm wurde der "reguläre" Schulbesuch durch auf ihn adaptierte Unterrichtsmaterialien ermöglicht, wodurch er die Schule ohne spezielle Förderung absolvierte.

"Mein Vater hat mit dem Direktor geredet, ob das eh kein Problem wär (.) mhmm der Direktor hat gsagt, ja die Unterstützung gibts (...) Als Unterstützung meinte man halt damals ja Zettel wärn halt größer kopiert" (Zeile 1189-1192)

"ja dennoch sozusagen hab ich das Gymnasium jetzt ohne sonderliche Förderung oder Nachhilfe etc. jetzt speziell behindertenpolitisch Maßnahmen geschafft" (Zeile 166-168)

Im Laufe des **Studiums** wurden ihm viele Möglichkeiten eröffnet. Während er sich in der Schule noch geschämt hatte sich zu Wort zu melden, wenn er zum Beispiel etwas nicht lesen konnte, wurde er im Laufe der Zeit mutiger und aufgeschlossener.

"Ich hab gesagt, dass ich sehbehindert bin und ob ich vielleicht diese Prüfungsausgabe in Papierform, das heißt die Fragen in Papierform bekommen könnte (...) Professor hat

gesagt ja ja natürlich kein Problem (...) Und eine Kollegin zur Seite gestellt, die nach 30 Sekunden umblättert" (Zeile 1358-1359, 1364, 1397)

Weiters hatte er einige **Projekte und Initiativen** geplant, welche zu mehr Akzeptanz gegenüber Menschen mit Behinderung führten. Person C ist es ein Anliegen, sich für sich selbst und andere einzusetzen. Die nachfolgenden Zitate sollen dies verdeutlichen.

"es war 2004 (.) ähm ein Projekt der Sonnen, das logischerweise nicht existiert hat. Das nannte ich Guidelines Austria (...) Das Projekt war, wie auf der Straße die Verkehrsstreifen (.) für Fußgänger am Gehweg Streifen zu machen (...) Die Sehbehinderten helfen sollten" (Zeile 304-313)

"Das sind dann auch soo Barrierefreiprojekte gekommen. Das heißt, dass wir am Institut ne ne Fotodokumentation gemacht haben, was alles nicht barrierefrei wäre" (Zeile 683-685)

"der Plan war sozusagen über Gebäudeschwächen also (...) auch Bewusstseinsbildung zu schaffen bisl, nämlich einerseits die Schwächen die unbarriere Freiheiten im Gebäude (.) aufzuzeigen (...) Andererseits ähm durch diese Barrieren Bewusstsein zu schaffen" (Zeile 1678-1685)

"Also einerseits das etwas tun für die eigene Situation (...) Andererseits, dieses irgendwie erfahren, da draußen sind Dinge (.) die mich irgendwie diskriminieren" (Zeile 385-390)

"also das sind alles Dinge (.) die doch zu einer hochgradigen Politisierung (.) dieser Materie beigetragen haben" (Zeile 742-743)

Wie bereits erwähnt, studierte Person C Soziologie mit Schwerpunkt Recht-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaft. Beeinflusst wurde er dahingehend von seinem damaligen Soziologieprofessor an der Pädagogischen Hochschule.

"das Recht hat mich sehr interessiert durch meinen damaligen Soziologie Professor an der pädagogischen Akademie, also in das in die Richtung sehr sehr beeinflusst (...) In der Soziologie hats damals zwei Zweige gegeben (...) und den rechts-, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Zweig. Das Diplomstudium, das ich jetzt studier" (Zeile 449-451, 531-535)

Als besonders wichtige Ressource während des Studiums betrachtete Person C die der Literaturrecherche im Internet für das Schreiben von Arbeiten.

"Ich bin dann auch in der Literaturrecherche recht kreativ geworden (...) na ja dahingehend jetzt, dass ich mich nicht so mobil sehe (...) Von allen möglichen Bibliotheken in B(O) Bücher besorgen könnte. Mit dem Navi vielleicht jetzt schon, aber da fehlt mir auch irgendwie die Lust dazu (...) aber das ist für mich vielleicht eher ein Problem, dass ich mit meiner Sehbehinderung in Verbindung bringen würde als mit anderen Dingen" (Zeile 1441-1447, 1459-1460)

"Ähm ja letztlich was war die Lösung? Ja C(I) Books" (Zeile 1492)

”Das macht ja C(I) Books sehr komfortabl, das gibt mir die Textstellen aus, dass ist für mich perfekt (...) das ist im Prinzip das perfekte Service, das sie einem Sehbehinderten machen (Zeile 1544-1548)

Wie bereits beschrieben, hatte Person C ein besonders einschneidendes Erlebnis als er von einem Motorradfahrer angefahren wurde. Aufgrund dessen hat er einerseits begonnen eine Blindenschleife zu tragen, andererseits angefangen mit Navigationsgeräten zu experimentieren. Dies stellt für ihn eine wichtige **technische Ressourcen** dar, welche ihm das Leben erleichterte.

”hab ich begonnen mit Blindenschleife spazieren zu gehen (...) Die mich ja vom Vertrauensgrundsatz des Strassenverkehrs ausnehmen. Ich bin berechtigt die zu Tragen (...) Also mannn arrangiert sich seine Welt selbst so ein bisl” (Zeile 632-635, 647)

”Und seit dem ich dieses Navigationsgerät verwende phhhh ähhh komm ich eigentlich überall hin. Also diess das Navigationsgerät nimmt mir den Stress der Orientierung ab. Das heißt ich konzentrier mich nur noch auf die Gefahren in meinem Zweimeterfeld (...) Und von daher ja auch das Reisen irgendwie für mich entdeckt hab” (Zeile 1016-1019, 1029-1030)

”Also dies is auch eher durch die neue Technik ermöglicht worden” (Zeile 2027)

Weiters hatte Person C immer ein kleines Fernrohr bei sich, um zum Beispiel Anzeigen auf weit entfernter Monitore (z.B. Anzeigetafeln an Bahnhöfen) lesen zu können.

”so ein kleines ähm Fernrohr (...) Is ganz gut um zu die Monitore (...) also von diesen Zugabfahrts ähm (//) Tafeln zu lesen. Weil die nicht in Augenhöhe sind, das heißt ich kann nicht beliebig nahe herangehen” (Zeile 1902-1909)

”Es is einerseits eine sehr kontraproduktive Sache, so dieses anpassen an die Welt, aber andererseits ist es auch eine sehr gute Einstellung, weil man nicht immer auf eine Welt trifft, die willig ist sich anzupassen” (Zeile 2001-2003)

Vor allem an diversen Bahnhöfen traf Person C auf keine Barrierefreiheit, obwohl diese als solche gekennzeichnet sind. Um darauf hinzuweisen, nahm er Kontakt mit dem Bundessozialamt auf.

”Ich hab ein Jahr zuvor schon der F(I) eine Mail geschrieben, damit ich mich vorbereiten konnte, wo sie mir vielleicht, ob sie mir sagen können, wie der Zugang ist ungefähr (...) Damit ich mich darauf einstellen kann (...) Die Mail wurde glaub ich ein dreiviertel Jahr nicht beantwortet” (Zeile 1923-1928)

”also ich hab dann nochmal ein Mail hingschrieben, wo die Barrierefreiheit is (...) na ja und dann hab ich mich beim Bundessozialamt schon angemeldet (...) Für ein Schlichtungsverfahren (...) Ja tatsächlich wars dann so, das Blindenleitsystem wurde dann inschalliert recht zügig. Das war dann für mich eine Lösung, die geklappt hat (...) Natürlich solche Dinge bestärken einen drinnen” (Zeile 1941-1945, 1958, 1972)

Trotz seiner Behinderung verbindet er damit auch Vorteile. Ohne Behinderung wäre er wahrscheinlich nicht auf sein Diplomarbeitsthema gekommen und er hätte das Bundesheer absolvieren müssen.

“ich wär nicht auf das Diplomarbeitsthema vielleicht gekommen, hätt ich nicht selbst diese Behinderung vielleicht (...) Das sind tolle Gespräche (.) mit anderen Personen (...) ich hab mas Bundesheer erspart” (Zeile 2128-2129, 2137)

“Also ich hab jetzt zum Zugang zu meiner Diplomarbeit mit Menschen gesprochen, die erzählen mir genau das Selbe (...) Also nicht mehr jo ich bin der Einzige, der das sieht (.) ihr seids alle so dumm” (Zeile 1811-1814)

“Ich mein ich hab Spaß daran so wies jetzt is (...) das eröffnet Perspektiven (...) Die ich einfach toll finde und genieße (Zeile 2094, 2121-2123)

“Natürlich wo ma als Betroffener dann auch andere Weltperspektiven bekommt, also abseits auch, nicht nur die wissenschaftliche, sondern auch die persönliche Perspektive, also das sind alles sehr schöne Momente eigentlich” (Zeile 2133-2135)

Kapitel 9

Ergebnisse und Ausblick

Im vorigen Kapitel wurde der gesamte Lebenslauf der drei Interviewpartner dargestellt. Dieser wurde in kleine Abschnitte unterteilt, um alle Lebensbereiche adäquat erfassen zu können. Im Folgenden wird anhand der gewonnenen Erkenntnisse dargestellt, welche Ressourcen und entscheidenden Wendepunkte zur Absolvierung eines Studiums bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung beigetragen haben. Wie bereits erwähnt, wurde hierfür folgende Fragestellung formuliert:

Welche Ressourcen haben es Menschen mit einer körperlichen Behinderung ermöglicht ein Studium zu absolvieren und welche wesentlichen Wendepunkte in ihrem Leben waren hierfür entscheidend?

Im weiteren Verlauf werden einzelne Ressourcen und Wendepunkte erläutert, welche zur Absolvierung eines Studiums beigetragen haben. Aufgrund der ausführlichen Darstellung der Daten im vorherigen Kapitel, erfolgt nun ein kurzer, zusammenfassender Überblick der Ergebnisse sowie abschließend ein Ausblick.

Im Allgemeinen kann zwischen externen Hilfen und Unterstützungen sowie persönlichen Ressourcen der Betroffenen unterschieden werden.

Externe Ressourcen:

Die **Eltern** stellen bei allen Betroffenen eine wichtige Ressource dar und nehmen in deren Leben einen hohen Stellenwert ein. Ohne die finanzielle und auch mentale Unterstützung und Hilfe der Eltern wäre die Absolvierung eines Studiums unmöglich gewesen. Die Familie bietet Rückhalt, regt zu Selbstständig- und Unabhängigkeit an und gewährt Hilfe in allen Lebenslagen. Vor allem durch ihre Vorbildwirkung als Bezugspersonen vermitteln sie ihren Kindern Werte und Einstellungen, welche sich positiv auf die Entwicklung auswirken. Diese Übertragung leistet einen entscheidenden Beitrag in der Persönlichkeitsentwicklung und trägt zu Entscheidungsfindungen bei. Menschen mit und auch ohne Behinderung orientieren sich durch das tägliche Zusammenleben mit ihren Eltern an deren Werten, durch welche sie geprägt werden. Die Werteerziehung kann somit

als wichtiger Faktor für künftige Entscheidungen betrachtet werden.

Nicht nur die Familie, sondern auch **Kollegen und Freunde** stellen eine wichtige Ressource während des Studiums dar. Vor allem für Menschen mit einer körperlichen Behinderung stellen bauliche Barrieren eine große Herausforderung dar. Sowohl Studienkollegen als auch Freunde unterstützen die Betroffenen dahingehend, bieten Hilfe an und sind um organisatorische Lösungen bemüht. Sie haben auch nach dem Erwerb der Behinderung der Betroffenen den Kontakt nicht abgebrochen, haben stets ihre Hilfe angeboten und das Leben "so normal wie möglich" weitergelebt. Unter Freunden wurden organisatorische und bauliche Vorkehrungen sowie Entscheidungen getroffen, um den Menschen mit Behinderung im täglichen Alltag zu integrieren und nicht auszugrenzen.

Lehrer und Professoren zählen zu weiteren Ressourcen im Leben der Betroffenen. Diese profitierten von gutem Unterricht, welcher sich auch positiv auf das Studium auswirkte. Weiters sind sie bestrebt organisatorische und technische Lösungen anzubieten, um angemessene Lernbedingungen für Menschen mit einer körperlichen Behinderung zu schaffen. Die Lehrenden sind den Betroffenen bezüglich Lehr- und Lernmaterial entgegengekommen und haben sich um Alternativen bemüht.

Als eine der wichtigsten **technischen Ressource** kann der Rollstuhl betrachtet werden. Für Menschen mit einer körperlichen Behinderung ist er von enormer Bedeutung und in vielen Fällen unverzichtbar. Die Rollstuhltechnik ist bereits weit fortgeschritten und entwickelt sich ständig weiter, aufgrund dessen immer wieder neue Modelle und Designs entworfen werden. Auch Sportgeräte für Menschen mit Behinderung stellen eine wichtige Ressource dar. Diese ermöglichen ihnen trotz Behinderung Sport zu betreiben und sich zu emanzipieren, wodurch Gleichstellung und Unabhängigkeit angestrebt wird. Wie Person C erwähnte, trug er aufgrund einer Sehbehinderung eine Blindenschleife, um im Straßenverkehr besser gesehen zu werden. Weiters benutzte er ein Navigationsgerät, welches ihm mehr Orientierung und Sicherheit im Alltag verschaffte sowie ein Fernrohr, um weit entfernte und schlecht lesbare Anzeigetafeln wahrnehmen zu können.

Nicht nur technische, sondern auch **bauliche Gegebenheiten** haben zu Erleichterungen im Studium beigetragen. Als wichtigste Ressource kann hier der Lift erachtet werden. Dieser erleichtert die Fortbewegung und ist vor allem für Menschen mit einer körperlichen Behinderung von großer Bedeutung. Leider verfügen noch nicht alle Institute über einen behindertengerechten Zugang, welcher jedoch laufend adaptiert wird. Absolute Barrierefreiheit existiert in den seltensten Fällen, was jedoch für die Betroffenen meist kein Problem darstellt. In diesem Zusammenhang sprechen sie von der Wichtigkeit einer Mischung aus persönlicher Anpassungsfähigkeit und externen Hilfen, um bestimmte Barrieren überwinden zu können.

Zusammenfassend kann bei den externen Hilfen zwischen sozialen, technischen und baulichen Ressourcen unterschieden werden, wovon alle drei Interviewpartner während des Studiums profitierten und dieses grundsätzlich erst ermöglichte.

Persönliche Ressourcen:

Die Diagnose einer körperlichen Behinderung war für alle drei Betroffenen vorerst ein sehr belastendes und erschütterndes Ereignis. Die neue Situation verlangte einerseits von den Eltern und Freunden viel Einfühlungsvermögen und vorsichtiges Herantasten, andererseits auch von den Betroffenen selbst viel Ausdauer und Geduld im Umgang mit

der Behinderung. Die durchwegs positive Einstellung der Betroffenen nicht aufzugeben, hat zur Verbesserung der Lebenssituation beigetragen. Es wurden diverse behindertengerechte Sportarten ausprobiert, mit technischen Hilfsmitteln experimentiert sowie passende Wohnmöglichkeiten gefunden und realisiert. Die Wünsche und Vorstellungen konnten durch die hoffnungs- und lebensfrohe Einstellung der Betroffenen umgesetzt werden. Mit anderen Worten: *"einfoch des (.) des Leben ah Leben lassen"* (Interview 2, Zeile 9). Um ein unabhängiges Leben zu führen haben sich alle drei Betroffenen für ein Studium entschieden, welches sowohl finanzielle als auch persönliche Gründe hat. Sowohl das Interesse an der Studienrichtung selbst als auch die Einstellung, mit einer höheren Ausbildung für sich und andere Menschen mehr zu erreichen, haben zu dessen Entscheidung beigetragen.

Abschließend ist festzuhalten, dass sowohl externe als auch persönliche Ressourcen zur Absolvierung eines Studiums beigetragen haben. Diese stehen in einem engen Zusammenhang, ermöglichen den Betroffenen die Realisierung ihres Berufswunsches und trugen somit zu mehr Chancengleichheit und Akzeptanz von Menschen mit Behinderung bei. Trotz enormer Schwierigkeiten haben die Betroffenen es gewagt ein Studium zu absolvieren. Der Weg dort hin erfordert eine geeignete Anpassung der Lehr-, Lern- und Lebensmöglichkeiten der Menschen mit Behinderung, welcher durch ein Komplettpaket an externen und persönlichen Ressourcen ermöglicht wurde. Denn, wie bereits erwähnt, *"Bildungsrecht ist im tieferen Sinne Lebensrecht"* (Bleidick und Antor 2006).

Um an dieser Stelle abzuschließen, nun ein kurzer Ausblick über zukünftige Entwicklungen. Für die vorliegende Arbeit wurden zur Datenerfassung und Ergebnisdarstellung drei Interviews ausgewählt. Um ein aussagekräftigeres Ergebnis zu erlangen, scheint eine größere Stichprobe (Menschen unterschiedlichen Alters und verschiedener Studienrichtungen) von Vorteil zu sein - dies hätte jedoch den Rahmen der Arbeit gesprengt. Interessant in diesem Zusammenhang wäre, ob bei dieser "größeren" Untersuchung ähnliche Ergebnisse erzielt werden oder andere Aspekte auftauchen würden. In diesem Zusammenhang wäre auch eine Auswertung der "Pathways" möglich, wodurch aufgrund der größeren Stichprobe bestimmte Fallstrukturen skizziert werden könnten.

Die Masterarbeit soll Menschen mit Behinderung Mut machen nicht aufzugeben, trotz der Beeinträchtigung und auftauchenden Schwierigkeiten, das Thema Bildung nicht aus den Augen zu verlieren und an sich selbst zu glauben. Die Betroffenen zeigen, dass auch mit Behinderung ein "normales" Leben geführt werden kann.

Anhang A

Kurzfassung

Im Jahre 2010 startete ein internationales Projekt namens "Quali-Tydes". Anhand von Lebensgeschichten wird die Wirksamkeit und Auswirkung von politischen Leitlinien und Gesetzen für junge Menschen mit Behinderung erforscht. In Anlehnung an dieses Projekt sowie der Feststellung, dass nur ein Bruchteil von Studienabgängern mit Behinderung sich tatsächlich im Universitätsgebäude aufhalten, entsteht das Forschungsinteresse und die sich daraus ergebende Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit. Als Zielgruppe werden somit Menschen mit einer körperlichen Behinderung festgelegt, welche ein Studium absolviert haben. Einige aus dieser Gruppe werden als Stichprobe festgelegt und die gewonnenen Daten aus den Interviews einer Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse unterzogen. Es werden sowohl eigene Befragungen durch narrative Interviews geführt, als auch Sekundärdaten aus dem Projekt verwendet. Eine Besonderheit stellt die Auswertung der Daten dar, welche aus einer Kombination der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und den Schlüsselkonzepten von Mark Priestley besteht. Priestley's Konzepte verstehen sich nicht als anerkannte, wissenschaftliche Methode der Datenauswertung, erweisen sich jedoch in Verbindung mit dieser Arbeit als adäquat und zielführend. Anhand dieser Methode wird festgestellt, welche Ressourcen und entscheidenden Wendepunkte zur Absolvierung eines Studiums bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung beigetragen haben. Bildung und Ausbildung spielen im Leben eines jeden Menschen eine wichtige Rolle. Ein hoher Bildungsstand ermöglicht nicht nur bessere Verdienstmöglichkeiten, sondern bringt die Fähigkeiten und Begabungen eines Menschen zur Entfaltung und fördert dadurch lebenslanges Lernen. Angesichts der Datenauswertung wird festgestellt, dass ein Studium für Menschen mit einer Behinderung eine große Herausforderung darstellt und diverser Unterstützungen bedarf. Externe Hilfen wie zum Beispiel durch Eltern, Freunde und Lehrende sind hier von großer Bedeutung. Speziell für Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind barrierefreie Zugänge sowie technische Ressourcen unerlässlich. Doch nicht nur Unterstützungen von außen haben zur Absolvierung eines Studiums beigetragen, insbesondere die positive Einstellung, Geduld und Ausdauer der Betroffenen selbst haben hierfür einen entscheidenden Beitrag geleistet.

Anhang B

Abstract

Back in 2010 an international project called "Quali-Tydes" was initiated. The purpose of this project is to research the effectiveness and impact of political guidelines and laws on young disabled adults. This project and the fact, that most of graduated disabled students are rarely noticed at university locations arouses much interest for the author and was the main cause for the research question of the present thesis. The target group is composed of any physically disabled people who graduated university. Some of these people are selected as a representative subset to interview them according to the research question. The gathered data of those interviews will be evaluated by qualitative content analysis. Primary data by narrative interviews, as well as secondary data from the project are used. The data analysis is characteristic for this thesis, which is a combination of qualitative content analysis by Mayring and the key concepts of Mark Priestley. Priestley's concepts are not scientifically approved methods for data analysis, but they are an appropriate and productive way to detect the findings of the present thesis. On the basis of this combination of methods it will be explored what resources and turning points in the life of physically disabled people are crucial to graduate university. Education and schooling is very important for everybody's life. A good educational background offers a higher income and in fact it develops and fosters the individual capabilities and aptitudes for lifetime learning. According to the data analysis it will be asserted that studies constitute a great challenge for physically disabled people and illustrate various demand on support. External aids like parents, friends and lecturer are there for very important. Especially technical resources and barrier-free access are the most essential supporting for physically disabled people. Not just external resources are crucial to graduate university, but particularly the attitude, patience and endurance of these people themselves have enabled a field of study.

Anhang C

Interviewtranskripte

Die für die vorliegende Arbeit durchgeführten Interviews befinden sich in Form von Transkripten auf einer CD-ROM, welche aus Gründen der Identitätswahrung bei Univ.-Prof. Dr. Gottfried Biewer aufbewahrt wird.

Anhang D

Lebenslauf

Name: Carina Danspeckgruber, BA

Geburtsdatum: 03.11.1988

Geburtsort: Vöcklabruck

Schulbildung:

1995-1999 Volksschule Alt-Lenzing

1999-2003 Bundesgymnasium Vöcklabruck

2003-2008 Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe Vöcklabruck

2008-2011 Bachelorstudium der Erziehungswissenschaft an der Universität Salzburg

2011-2014 Masterstudium der Bildungswissenschaft an der Universität Wien mit Schwerpunkt "Heilpädagogik und Inklusive Pädagogik"

Berufspraxis:

2009 Ferialarbeit im Behindertendorf in Altenhof a.H.

2010 Pflichtpraktikum im Landeskrankenhaus Vöcklabruck im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde (Kinderpsychosomatik)

2011 Ferialarbeit bei Pro Mente in Vöcklabruck in einer intensiv teilbetreuten Wohngemeinschaft

2012 Ferialarbeit bei Pro Mente in Vöcklabruck in einer teilbetreuten Wohngemeinschaft und in der mobilen Betreuung und Hilfe

seit 2013 Fixanstellung bei Pro Mente in Vöcklabruck in der mobilen Betreuung als Mitarbeiterin zur Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung von Menschen mit psychischen und sozialen Problemen

Literaturverzeichnis

- Abgottspont, D., Birbaum, E., Detreköy, C., Eisserle, G., Lauper, H., Nendaz, P. und Walter-Müller, P. (2004), *Standards im sonderpädagogischen Angebot (obligatorische Bildungsstufe). Bericht zur 1. Projektphase: Begründung, Leitprinzipien und Kriteriensystem*, Biel: Schüler AG.
- Allmeroth, M. (2012), *Kompendium für die Heilpraktikerprüfung* (5. Aufl.), Stuttgart: Karl F. Haug Verlag.
- Andreae, S., v. Hayek, D. und Weninger, J. (2006), *Krankheitslehre* (2. Aufl.), Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Babic, B., Bauer, R., Posch, C. und Sedmak, C. (2011), *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bernhard, A. (1997), Bildung, in 'Bernhard, Armin & Rothermel, Lutz (Hrsg.): Handbuch Kritische Pädagogik. Eine Einführung in die Erziehungs- und Bildungswissenschaft', Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 62-74.
- Bernhard, A. (2006), *Pädagogisches Denken. Einführung in die allgemeinen Grundlagen der Erziehungs- und Bildungswissenschaft*, Hohengehren: Schneider Verlag.
- BGBI (2005), *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich - Teil 1, 82. Bundesgesetz*, Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- BGBI (2008), 'Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen- Teil 2, Nr.35'. Online abrufbar unter: <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf> (Stand: 14.02.2014).
- Biewer, G. (2009), *Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik*, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Bleidick, U. (1983), *Pädagogik der Behinderten. Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher* (4.Aufl.), Berlin-Charlottenburg: Carl Marhold.
- Bleidick, U. und Antor, G. (2006), *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2. Aufl.), Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- BMAS (2011), 'Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen'. Online abrufbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 14.02.2014).
- Bortz, J. und Döring, N. (2006), *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.), Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Buchner, T. (2011), 'Informationen zum Projekt "Mein Leben"'. Online abrufbar unter: <http://quali-tydes.univie.ac.at/country-information/austria/> (Stand: 28.03.2014).
- DIMDI (2013), 'Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification'. Online abrufbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2013/systematik/> (Stand: 09.02.2014).
- Edelmann-Walt, S. (2007), *Gut leben mit chronischer Niereninsuffizienz. Der Patientenbegleiter*, München: Urban & Fischer Verlag.
- Eichelberger, H., Laner, C., Kohlberg, W. D., Stary, E. und Stary, C. (2008), *Reformpädagogik goes eLearning. Neue Wege zur Selbstbestimmung von virtuellem Wissenstransfer und individualisiertem Wissenserwerb*, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Elder, G. H. J. (1985), Perspectives on the life course, in 'Elder, Glen H. Jr. (Hrsg.): Life course dynamics', Ithaka: Cornell University Press, 23-49.
- Elder, G. H. J., Johnson, M. K. und Crosnoe, R. (2006), The emergence and development of life course theory, in 'Mortimer, J. T. & Shanahan, M. J. (Hrsg.): Handbook of the Life Course', New York: Springer, 3-19.
- Felkendorff, K. (2003), Ausweitung der Behinderungszone: Neuere Behinderbegriffe und ihre Folgen, in 'Cloerkes, Günther (Hrsg.): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen', Wien: Edition Steinbauer, 25-52.
- Flick, U. (2000), *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (5. Aufl.), Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Foderé, F. E. (1796), *Über den Kropf und den Cretinismus*, Berlin: C. F. Himberg.
- Franz, A. (2002), *Selbstbestimmt Leben mit persönlicher Assistenz - Eine alternative Lebensform behinderter Frauen.*, Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Fröhlich, A. (1998), *Basale Stimulation. Das Konzept*, Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben Verlag.
- FWF (o.J.), Kurzbeschreibung des Projekts. EUROCORES_ECRP V 2009_Quali-TYDES, Technical report, FWF - Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung. Online abrufbar unter: <http://www.fwf.ac.at/de/abstracts/abstract.asp?L=D&PROJ=I343> (Stand: 29.03.2014).

- Gazareth, P. (2009), *Behindern hat viele Gesichter. Definitionen und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderungen*, Neuchatel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Gerrig, R. J. und Zimbardo, P. G. (2008), *Psychologie (18. Aufl.)*, München: Pearson Education.
- Gläser, J. und Laudel, G. (2010), *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (4. Aufl.)*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Graumann, O. (2002), *Gemeinsamer Unterricht in heterogenen Gruppen. Von lernbehindert bis hochbegabt*, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Hacke, W. (2010), *Neurologie (13. Aufl.)*, Heidelberg: Springer Verlag.
- Haeberlin, U. (2005), *Grundlagen der Heilpädagogik*, Stuttgart: UTB-Verlag.
- Haupt, U. (2006), Kinder mit Spina bifida, in 'Kallenbach, Kurt (Hrsg.): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen uns pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen (2. Aufl.)', Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 179-195.
- Helperich, J. H. (1850), *Das Leben der Cretinen*, Stuttgart: J. B. Müller.
- Hülshoff, T. (2005), *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik*, München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hütter, S. (2007), *Türkische Migrant/inn/enfamilien als Klientel der interdisziplinären Frühförderung und Familienbegleitung in NÖ. Empirische Ergebnisse über die Situation von türkischen Migrant/inn/enfamilien aus der Sicht von Mitarbeiter/inn/en der Frühförderung*, Universität Wien: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- ju§line Österreich (o.J.), 'Behinderteneinstellungsgesetz - §3 BEinstG Behinderung'. Online abrufbar unter: https://www.jusline.at/3_Behinderung_BEinstG.html (Stand: 07.02.2014).
- Kallenbach, K. (2006), Infantile Cerebralparese (ICP) - frühkindliche cerebrale Bewegungsstörungen, in 'Kallenbach, Kurt (Hrsg.): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen uns pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen (2. Aufl.)', Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 59-90.
- Kastl, J. M. (2010), *Einführung in die Soziologie der Behinderung (1. Aufl.)*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kneer, G. und Schroer, M. (2009), *Handbuch Soziologische Theorien*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kobi, E. E. (2004), *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken (6. Aufl.)*, Berlin: BHP-Verlag.
- Kopp, J. und Schäfers, B. (2010), *Grundbegriffe der Soziologie (10. Aufl.)*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kratschmar, A. (2011), 6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich - auf einen Blick, Technical report, Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. Online abrufbar unter: http://bmwa.cms.apa.at/cms/content/attachments/9/3/7/CH0618/CMS1315399155765/sechster_jugendbericht_auf_einen_blick.pdf (Stand: 17.04.2014).
- Kron, F. W. (1999), *Wissenschaftstheorie für Pädagogen*, München und Basel: Reinhardt Verlag.
- Küsters, I. (2009), *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen* (2. Aufl.), Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kunert, S. (1972), Prinzipien der Unterrichts- und Erziehungsarbeit bei Körperbehinderten, in 'Bläsig, Wilhelm & Jansen, Gerd W. & Schmidt, Martin Heinrich (Hrsg.): Die Körperbehindertenschule', Berlin: Marhold Verlag, 43-60.
- Lamnek, S. (2002), Qualitative interviews, in 'König, E. & Zedler, P. (Hrsg.): Qualitative Forschung', Weinheim und Basel: Juventa Verlag, 157-193.
- Lechta, V. (2002), *Symptomatische Sprachstörungen. Sprachstörungen bei Kindern mit Behinderung und sprachheilpädagogischer Behandlung*, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.
- Leitner, B. und Baldaszti, E. (2008), *Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen - 4. Quartal 2007*, Wien: Statistik Austria.
- Lelgemann, R. (2010), *Körperbehindertenpädagogik. Didaktik und Unterricht*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Leyendecker, C. (2005), *Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Leyendecker, C. (2006), Geschädigter Körper ≠ behindertes Selbst oder: "In erster linie bin ich Mensch". Eine Einführung zum Verständnis und ein systematischer Überblick zu Körperschädigungen und Behinderungen., in 'Kallenbach, Kurt (Hrsg.): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen uns pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen (2. Aufl.)', Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 13-57.
- Mayring, P. (2010), *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.), Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Motakef, M. (2006), *Das Menschenrecht auf Bildung und der Schutz vor Diskriminierung*, Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Muth, J. (1986), *Integration von Behinderten. Über die Gemeinsamkeiten im Bildungswesen*, Essen: Neue Deutsche Schule Verlag.
- Priestley, M. (2003), *Disability - A Life Course Approach*, Oxford: Polity Press.

Rektorat (2012), 'Universität Wien 2015 - Entwicklungsplan'. Online abrufbar unter: http://public.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/public/pdf/Entwicklungsplan_interaktiv.pdf (Stand: 26.03.2014).

Rentsch, H. P. (2005), Grundlagen der "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF), in 'Tesak, Jürgen (Hrsg.): ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag', Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 17-41.

Rohde, A. und Wassermann, K. (2009), *Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung*, Stuttgart: Schattauer GmbH.

Sackmann, R. und Wingens, M. (2001), Theoretische Konzepte des Lebenslaufs: Übergang, Sequenz und Verlauf., in 'Sackmann, Reinholt & Wingens, Matthias (Hrsg.): Strukturen des Lebenslaufs: Übergang, Sequenz, Verlauf', Weinheim: Juventa Verlag, 11-50.

Schönberger, F. (1974), Körperbehinderte, in 'Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): Verhaltengestörte, Sprachbehinderte, Körperbehinderte. Sonderpädagogik 4, Gutachten und Studien der Bildungskommission', Stuttgart: Klett Verlag.

Sen, A. (2012), *Die Idee der Gerechtigkeit*, München: C.H. Beck.

Shah, S. und Priestley, M. (2010a), *Disability and Social Change. Private Lives and Public Policies*, Bristol: Polity Press.

Shah, S. und Priestley, M. (2010b), *Home and away: the changing impact of educational policies on disabled children's experience of family and friendship*, Research Papers in Education, 25(2), 155-175.

Sieb, J. P. und Schrank, B. (2009), *Neuromuskuläre Erkrankungen*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Sigenthaler, W. (2005), *Sigenthalers Differenzialdiagnose. Innere Krankheiten - vom Symptom zur Diagnose* (19. Aufl.), Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Speck, O. (2008), *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung* (6. Aufl.), München: Ernst Reinhard Verlag.

Staemmler, M. (1933), *Rassenpflege und Schule*, München: J. F. Lehmanns.

Terzi, L. (2010), Afterword: Difference, equality and the ideal of inclusion in education, in 'Warnock, Mary & Norwich, Brahm (Hrsg.): Special Educational Needs - A New Look', London: MPG Books Group, 143-164.

Theunissen, C. und Plaute, W. (2002), *Handbuch Empowerment und Heilpädagogik*, Freiburg: Lambertus Verlag.

- Thurmail, M. und Naggl, M. (2010), *Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld*, München: Ernst Reinhard Verlag.
- Uni (2014), Professor Mark Priestley, Technical report, University of Leeds. Online abrufbar unter: <http://www.sociology.leeds.ac.uk/people/staff/priestley> (Stand: 05.04.2014).
- v. Weizsäcker, R. (1993), 'Ansprache von Bundespräsident Richard von Weizsäcker bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte'. Online abrufbar unter: http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Richard-von-Weizsaecker/Reden/1993/07/19930701_Rede.html (Stand: 25.01.2014).
- Virthbauer, B. (2013), 'Studieren mit Behinderung an der Universität Wien - Jahresbericht 2012'. Online abrufbar unter: https://barrierefrei.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/bar_frei_lernen/Jahresbericht_12_Jahresbericht_barrierefrei.pdf (Stand: 26.03.2014).
- Virthbauer, B. (o.J.), 'Jahresberichte'. Online abrufbar unter: <https://barrierefrei.univie.ac.at/services/publ-downl/jahresberichte/> (Stand: 24.03.2014).
- Waldschmidt, A. und Schneider, W. (2007), *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*, Bielefeld: transcript Verlag.
- WHO, D. . (2005), *Internationale Klassifikation der Funktionsbeeinträchtigung, Behinderung und Gesundheit. Deutsche Übersetzung*, Neu-Isenburg: MMI.
- Zaussinger, S., Wejwar, P., Unger, M. und Laimer, A. (2012), *Studierende mit Behinderung/chronischen Erkrankungen. Teil 1 der Zusatzstudie im Rahmen Studierenden-Sozialerhebung 2011*, Wien: Institute for Advanced Studies (IHS).