



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Urlaub trotz Pflegeabhängigkeit.

Das Erleben von Urlaub von Menschen mit
körperlicher Behinderung“

Verfasserin

Brigitte Spittau

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

MMag. Dr. Ferdinand Holub

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere,

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

Datum: _____

Unterschrift: _____

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt den Interviewpartnern, die sich die Zeit genommen haben mit mir über ihre Urlaubserfahrungen zu sprechen und mir dadurch einen Einblick in ihr Erleben ermöglicht haben.

Weiters möchte ich mich besonders bei meinen Eltern bedanken, die mich während meiner gesamten Studienzzeit bestmöglich unterstützt haben.

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechterspezifische Formulierung verzichtet. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Zusammenfassung

Hintergrund: In unserer Gesellschaft kommt Urlaub und Reisen eine immer größere Bedeutung zu. Bis vor einiger Zeit galt es als eine Seltenheit, dass Menschen mit Behinderung am allgemeinen Urlaubsgeschehen teilnehmen. Die Nachfrage an Urlaubsmöglichkeiten von Seiten beeinträchtigter Personen ist allerdings in letzter Zeit gestiegen und auch in Zukunft kann mit einer Zunahme gerechnet werden. Besonders für körperbehinderte Menschen existieren im Urlaub unterschiedliche Barrieren und nachteilige Gegebenheiten, die ihnen die Teilnahme daran erschweren. Wie auch der aktuelle Forschungsstand bestätigt, gibt es vor allem im Inland ein großes Defizit an wissenschaftlichen Arbeiten, welche das Thema Urlaub für Menschen mit körperlicher Behinderung behandeln. Infolgedessen scheint die Auseinandersetzung mit dieser Thematik, vor allem aus der Sicht der Betroffenen, aufschlussreich.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, wie Menschen mit körperlicher Behinderung Urlaub (trotz ihrer Pflegeabhängigkeit) erleben und welche positiven Effekte damit in Verbindung stehen. In erster Linie soll ein Beitrag zum Verständnis der Bedeutung von Urlaub bzw. Reisen für Menschen mit körperlicher Behinderung geleistet, auf die Aktualität der Thematik hingewiesen und die verschiedenen Problembereiche dargestellt werden.

Methode: Im Rahmen dieser Arbeit wurden zehn Interviews, mittels halbstandardisiertem Interviewleitfaden mit mobilitätsbeeinträchtigten Personen, welche Reiseerfahrung aufweisen (davon acht Rollstuhlfahrer), durchgeführt und anhand der Methode der zirkulären Dekonstruktion ausgewertet.

Erkenntnisse: Die Abwechslung vom Alltag, die Erholung und das „Schöpfen von neuer Kraft“ werden von körperbehinderten Urlaubern als Effekte von Urlaub verstanden, die sich positiv auf das alltägliche Leben auswirken. Jene Erfahrungen dienen auch wieder als Motivatoren für weitere Reisen. Eine aufwändige Angelegenheit stellt die Organisation des Urlaubs im Vorhinein dar, da zu den üblichen Vorbereitungen noch zusätzliche hinzukommen. In Bezug auf die Organisation kommt der eigenständigen Überprüfung von Angeboten am meisten Bedeutung zu. Grund dafür sind Probleme in Hinblick auf falsche bzw. mangelhafte Informationen, die Urlauber mit Handikap erhalten. Aufgrund der unterschiedlichen Barrieren, auf welche die Betroffenen im Urlaub stoßen, ist die

Anwendung von Bewältigungsstrategien notwendig. Diese lassen sich in drei Kategorien einteilen. Einerseits kommt die Anpassung an Gegebenheiten und andererseits die Anwendung von Handlungsalternativen zum Einsatz. Können diese beiden Strategien nicht angewendet werden, ist ein persönlicher Verzicht unumgänglich. Außerdem spielt die Selbst- bzw. Mitbestimmung im Urlaub eine wesentliche Rolle. Am negativsten nehmen körperbehinderte Urlauber das Verhalten von manchen Mitmenschen wahr, das von Vorurteilen oder Stigmatisierungen geprägt ist.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen Annahmen bereits vorhandener Untersuchungen und bilden eine Ausgangslage für weitere Forschungsarbeiten in diesem Bereich. Urlaub bietet Menschen mit Beeinträchtigung Abwechslung vom alltäglichen Leben und von den oft damit verbundenen Unannehmlichkeiten. Dieser Aspekt weist auf die Wichtigkeit der Publizität und der weiteren Auseinandersetzung mit dieser Thematik hin. Anhand der Ergebnisse aus der bereits existierenden Literatur und der gewonnenen Erkenntnisse können Bereiche identifiziert werden, an denen in Zukunft angesetzt werden sollte, um beeinträchtigten Menschen die Teilnahme am Urlaubsgeschehen zu erleichtern. Defizite existieren in erster Linie in der Gestaltung von Informationsmedien, in der Richtigkeit von Informationen, im Wissen über Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse und in barrierefrei gestalteten Angeboten.

Abstract

Background: In our society holidays are becoming more and more important. Recently it was uncommon that people with disabilities participated in the tourism industry. However, there is a growing demand for holidays for handicapped people. Also, in future times, there can be an expected increase of impaired tourists. Particularly, physically disabled individuals undergo a lot of different constraints and harmful circumstances, which can prevent them from participating in holidays. As literature reviews confirm, there is a big lack of empirical research, which is concerned with aspects of holidays for handicapped people. For this reason, it is of enormous importance to study this issue, mainly from the perspective of those who are affected.

Aim: The aim of this study was to examine how impaired individuals experience holiday despite their dependence on care and the positive effects arising therefrom. Moreover, another purpose is to contribute to understanding the meaning of holiday for people with physical disabilities, to suggest the timeliness of the topic and to describe problem areas.

Method: Within this research, ten people with physical handicaps (including eight wheelchair users), who already had holiday experiences, were interviewed via semi-structured questions. The interviews were analyzed by the method of circular deconstruction.

Results: The change from everyday life, recreation and "creation of new energy" are positive effects that result from taking holidays and have a positive impact on the daily life of physically disabled persons. These results are also motivating further travel. The organization in advance is a complex matter, because there are a lot of additional preparations necessary. Most work has to be done by examining the offers. Reasons for the need of the review are that false and inadequate information is often given to impaired travelers. Due to many different constraints people with disabilities are experiencing in their holidays, the use of coping strategies is necessary. These can be divided into three categories. On the one hand there is the adaption to certain circumstances and on the other hand there is the use of different alternatives of taking actions. If neither of these coping strategies can take place, personal losses are inevitable. Moreover, the self- or co-determination plays an essential role during vacation. Besides, the worst

experiences of physically handicapped people come from the behavior of other people, which is characterized by prejudice or stigma.

Conclusion: These results confirm assumptions of previous studies and provide a starting point for further studies in this area. People with disabilities benefit from holidays because of the variation from everyday life and the often associated troubles. For this reason, the importance of publicity and further discussion towards this issue is beneficial. Based on the pre-existing and obtained findings, areas are identified which should be given more attention in future research to enable improvements for those who are affected. Primarily, there are deficits in the design of information media, in the accuracy of information, in the knowledge about people with disabilities and their needs and in barrier-free offers.

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	1
1.1	Hintergrund und Problemstellung	1
1.2	Ziel der Arbeit	2
1.3	Forschungsfrage	3
2.	BEHINDERUNG ALLGEMEIN.....	3
2.1	Historischer Exkurs: Die Stellung von Menschen mit Behinderung im Laufe der Geschichte	4
2.1.1	Körperbehinderte als Monströsitäten/Bälge	5
2.1.2	Körperbehinderte im Nationalsozialismus.....	5
2.1.3	Körperbehinderte als Krüppel.....	6
2.2	Paradigmen zu Behinderung	6
2.2.1	Das personorientierte Paradigma	7
2.2.2	Das interaktionistische Paradigma	8
2.2.3	Das systemtheoretische Paradigma	8
2.2.4	Das gesellschaftstheoretische Paradigma	9
2.3	Modelle von Behinderung	9
2.3.1	Medizinisches Modell	9
2.3.2	Soziales Modell.....	9
2.3.3	Disability Studies: Kritik an Modellen	10
2.3.4	Kulturelles Modell.....	11
2.4	Definition von Behinderung nach WHO	13
2.5	Zur Lage in Österreich	18
2.6	Körperbehinderung	20
2.6.1	Definitionen von Körperbehinderung	20
2.6.2	Erscheinungsformen und Ursachen von Körperbehinderungen	22
3.	BEDEUTUNG VON URLAUB BZW. REISEN IN DER GESELLSCHAFT	26
3.1	Definition Urlaub	26
3.2	Historischer Exkurs: Historische Einleitung zum Thema Reisen und Urlaub	27
3.3	Entwicklung des Tourismus in Österreich.....	29
3.4	Reisemotive.....	30
3.4.1	Reisemotive nach Opaschowski.....	31
3.4.2	Reisemotive nach Crompton	33
3.5	Touristische Verhaltensmuster	33
3.6	Effekte und Auswirkungen von Urlaub/Reisen	34
4.	MENSCHEN MIT BEHINDERUNG UND TOURISMUS	39
4.1	Forschungsstand	39
4.2	Menschen mit Behinderung als touristische Konsumenten	41
4.2.1	Einteilung in Marktsegmente	42
4.2.2	Reisemotive.....	43
4.2.3	Reiseverhalten und Einfluss des Schweregrads der Behinderung auf das Reiseverhalten.....	45
4.3	Der Prozess des Reiseaktivwerdens	46
4.3.1	Prozess des Reiseaktivwerdens und –bleibens	46

4.3.2	Persönliche Faktoren und Kontext der Behinderung	50
4.3.3	Umwelt-/Reisekontext	52
4.4	Barrieren	53
4.4.1	Interne Barrieren	54
4.4.2	Externe Barrieren	55
4.4.3	Bewältigungsstrategien von Barrieren	56
4.5	Positive und negative Auswirkungen von Urlaub	59
5.	PFLEGE UND BETREUUNG WÄHREND DEM URLAUB	61
5.1	Pflege und Körperbehinderung	61
5.2	Pflegeabhängigkeit	62
5.3	Ein Ansatz - Persönliche Assistenz als Begleitung während Reisen	63
5.4	Mögliche Probleme mit persönlicher Assistenz	64
6.	METHODIK	66
6.1	Der qualitative Forschungsansatz	66
6.2	Die dreizehn Säulen qualitativen Denkens nach Mayring	66
6.3	Stichprobengrundlage	69
6.3.1	Auswahlkriterien	69
6.3.2	Rekrutierung der Interviewpartner	69
6.3.3	Rechtliche und ethische Aspekte	69
6.3.4	Beschreibung der Teilnehmer	70
6.4	Datenerhebung	71
6.5	Aufbereitungsverfahren – kommentierte Transkription	71
6.6	Auswertungsmethode – Zirkuläres Dekonstruieren	72
6.6.1	Erste Auswertungsphase: Das Einzelinterview	72
6.6.2	Zweite Auswertungsphase: Systematischer Vergleich	73
6.7	Gütekriterien qualitativer Forschung	74
7.	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	77
7.1	Bedeutung von Urlaub	78
7.1.1	Selbstverständlichkeit versus unerwartetes Erlebnis	78
7.1.2	Abwechslung vom Alltag	79
7.1.3	Neues Kennenlernen und gemeinsames Erleben	80
7.1.4	Sich erholen und neue Kraft schöpfen	81
7.1.5	Gespaltene Gefühle nach dem Urlaub	82
7.1.6	Bedeutung von Selbst- bzw. Mitbestimmung	83
7.2	Organisation – eine aufwändige Aufgabe	84
7.2.1	Finanzielle Lage als Ausgangspunkt für Urlaubsüberlegungen	84
7.2.2	Organisation von Begleitern	86
7.2.3	Organisatorische Notwendigkeiten betreffend des gesundheitlichen Zustands	87
7.2.4	Eigenständige Überprüfung der Angebote	87
7.2.5	Zusätzliche individuelle Besorgungen	88
7.2.6	Organisation der An- und Abreise	89

7.3 Probleme mit Informationen und Defizite im Wissen über behindertenspezifische Aspekte	89
7.3.1 Ungeeignete, nicht barrierefreie Informationsmedien	90
7.3.2 Falsche Informationen über behindertengerechte Unterkünfte und Angebote	91
7.3.3 Fehlendes Wissen über Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse	93
7.3.4 Falsche Annahmen über behindertengerechte Angebote	93
7.4 Barrieren – „Wirklich barrierefrei ist nichts“	94
7.4.1 Barrieren in Unterkünften	95
7.4.2 Weitere Barrieren im Urlaub	96
7.5 Bewältigungsstrategien	97
7.5.1 Anpassung an Gegebenheiten	98
7.5.2 Handlungsalternativen	99
7.5.3 Persönlicher Verzicht	100
7.6 Begleiter – „die Chemie muss stimmen“	101
7.6.1 Erfahrene versus unerfahrene Betreuer	102
7.6.2 Bekannte versus unbekannte Betreuer	103
7.6.3 Sicherheit durch Nähe zum Begleiter	104
7.7 Die Rolle der Pflege	105
7.7.1 Pflege – individuell verstanden	105
7.7.2 Pflege als Normalität	106
7.7.3 Kein Verzicht versus Anpassung an Gegebenheiten	106
7.7.4 „Professionelle Pflege“ im Urlaub	107
7.8 Erfahrungen mit Mitmenschen	109
7.8.1 Mehr positive Erfahrungen im Urlaub	109
7.8.2 Erfahrung von Stigma/Vorurteil	110
7.9 An- und Abreise zum Urlaubsort	111
7.9.1 „Das Fliegen funktioniert eigentlich recht gut“	111
7.9.2 Angst vor Beschädigung des Rollstuhls	111
8. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	112
9. AUSBLICK	117
10. LITERATURVERZEICHNIS	119
11. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	125
12. CURRICULUM VITAE	127

1. EINLEITUNG

1.1 Hintergrund und Problemstellung

Urlaube und Reisen stellen in unserer Gesellschaft wichtige Ausgleichsmöglichkeiten zum alltäglichen Arbeitsleben dar. Während in vergangenen Zeiten Reisen („Sommerfrische“) ein Privileg weniger wohlhabender Menschen war und eher als eine Ausnahme galt, kommt Urlaub in der heutigen Zeit eine immer größere Bedeutung zu. Heutzutage umfasst Reisen bzw. sich eine Auszeit vom Alltag zu nehmen für viele Personen eine Selbstverständlichkeit, die aus dem Leben nicht mehr wegzudenken ist.

Urlaub bedeutet für viele ein Gegenkonstrukt zum Alltag, das bedeutet, dass dieser Urlaub das Gegenteil zum alltäglichen Leben darstellen sollte. Erholung bzw. Entspannung ist für die meisten Menschen das vorherrschende Motiv, eine Reise zu unternehmen. Viele Leute haben das Bedürfnis, sich im Urlaub zu regenerieren und es „sich gut gehen“ zu lassen, um dann wieder mit „neuer Kraft“ in das Arbeitsleben bzw. in die gewohnte Routine starten zu können.

Das Anliegen nach Urlaub und Erholungsreisen stellt auch für Menschen mit Behinderung eine immer aktueller werdende Thematik dar. Vor einigen Jahren galt es eher noch als Ausnahme, dass Menschen mit Behinderung regelmäßig verreisten. Fast ausnahmslos dominierten Kuraufenthalte, Reha-Maßnahmen und – vielfach kritisierte – „Sonnenzüge“ von caritativen Organisationen. Die Teilnahme von beeinträchtigten Personen am Urlaubsgeschehen hat sich jedoch zum Positiven verändert und wird in Zukunft die „Normalität“ sein. Der Anteil dieser Personengruppe im Tourismussektor ist steigend. Um dieser Nachfrage jedoch gerecht werden zu können, sind dringend neue wissenschaftliche Erkenntnisse notwendig.

Vor allem bei körperbehinderten Urlaubern ergeben sich im Laufe einer Reise unterschiedliche Problematiken. Viele Barrieren hindern die Betroffenen noch immer daran, am Urlaubsgeschehen teilzunehmen, bzw. führen zum unfreiwilligen

Verzicht auf bestimmte Aktivitäten. Im Speziellen betroffen sind Rollstuhlfahrer, da es für diese Personengruppe viele Erschwernisse gibt, die Menschen ohne Mobilitäts- bzw. Gehbeeinträchtigungen oft gar nicht bewusst wahrnehmen.

Auch der aktuelle Forschungsstand bestätigt, dass dieser Thematik bis jetzt zu wenig Aufmerksamkeit zugekommen ist. Vor allem im deutschsprachigen Raum herrschen große Defizite, da über Urlaub für beeinträchtigte Personen fast gar keine wissenschaftlichen Arbeiten aufzufinden sind. Die meiste Literatur bezieht sich auf quantitative Angelegenheiten, qualitative Themenbereiche werden vollkommen außer Acht gelassen.

Aus diesem Grund scheint es aufschlussreich, die betroffene Personengruppe selbst über ihre Erfahrungen und Bedürfnisse, aber auch Lösungsstrategien in Bezug auf Urlaub zu befragen.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist in erster Linie, einen Beitrag zum Verständnis der Bedeutung von Urlaub bzw. Reisen für Menschen mit körperlicher Behinderung zu leisten, auf die Aktualität der Thematik hinzuweisen und die verschiedenen Problembereiche darzustellen.

Mittels qualitativer Interviews werden die Experten selbst, also Menschen mit körperlicher Behinderung und Reiseerfahrung, über das Erleben von Urlaub aus ihrer persönlichen Sicht befragt. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stehen die Erfahrungen und Erlebnisse der Betroffenen und in weiterer Folge sowohl die Probleme als auch die positiven Effekte, die in Verbindung mit Urlaub stehen. Diese Aussagen sollen in einen systematischen Zusammenhang gebracht werden, um damit praktische Konsequenzen (z.B. Vermeidung von Schwachstellen) zu ziehen.

Bewusst werden in dieser Arbeit die Betroffenen selbst als Experten zur Urlaubsthematik befragt, da diese Personengruppe vermehrt fordert, in die Urlaubsplanungen mit einbezogen zu werden, da niemand sonst um die jeweiligen Bedürfnisse bzw. Problematiken Bescheid weiß und relevante Auskunft geben kann.

Außerdem bildet das Wissen über das Erleben von Urlaub aus Sicht der Betroffenen eine Ausgangslage für weitere Forschungsarbeiten.

Überdies soll auch die Pflegeethematik von Menschen mit körperlicher Behinderung im Urlaub in dieser Arbeit behandelt werden, da auch auf diesem Bereich große Lücken bestehen, die es zu überwinden gilt.

1.3 Forschungsfrage

Die Grundlage für diese Arbeit bildet folgende Forschungsfrage:

„Wie erleben Menschen mit körperlicher Behinderung Urlaub bzw. Reisen trotz ihrer Pflegeabhängigkeit und welche positiven Effekte entstehen daraus für sie?“

2. BEHINDERUNG ALLGEMEIN

In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt in der Erklärung des Begriffs Behinderung und die damit in Zusammenhang stehenden Determinanten. Zu Beginn werden einige Beispiele über die Stellung von Menschen mit Behinderung in verschiedenen Zeitabschnitten gegeben und verschiedene in der Vergangenheit benützte Begriffe erläutert. In Anschluss daran folgt die Darstellung und Diskussion der wichtigsten vorherrschenden Paradigmen und Modelle zu Behinderung. Da es keine allgemeingültige Definition von Behinderung gibt, möchte ich zuerst die Definition nach der WHO und dann einige Definitionen der österreichischen Gesetze vorstellen. Ansatzweise soll auch auf die Lage und Anzahl der Menschen mit Behinderung in Österreich eingegangen werden. Am Ende dieses Kapitels kommen unterschiedliche Denkansätze zum Begriff Körperbehinderung und die Erscheinungsformen und Ursachen von Körperbehinderung zur Darstellung.

2.1 Historischer Exkurs: Die Stellung von Menschen mit Behinderung im Laufe der Geschichte

Im Rückblick der Geschichte schwankte die Wahrnehmung der Nichtbehinderten von Menschen mit körperlichen Behinderungen zwischen Faszination und Schrecken, Neugier und Abstoßung, nüchterner Betrachtung und Mitleid. In gewissen Phasen duldete die Gesellschaft ihr Dasein, in anderen wurde diese Menschengruppe jedoch mit der Auferlegung von Sonderrollen, Wegschließung, Verbannung und sogar Vernichtung konfrontiert. Die verschiedenen Reaktionen sind auf historische und intellektuelle Einflüsse und Voraussetzungen zurückzuführen. Dadurch bekamen die Körper die Rolle von metaphysischen, moralischen, ästhetischen, emotionalen, politischen oder wissenschaftlichen Bedeutungsträgern. (Vgl. Dederich, 2009, S.4f)

Diese zwiespältigen Einstellungen gegenüber Menschen mit körperlichen Behinderungen kommen im antiken Mythos Ödipus sehr stark zur Geltung. Übersetzt steht der Name für Klumpfuß. Der Mythos behandelt das Schicksal eines körperbehinderten Kindes, das nach seiner Geburt ausgesetzt wurde, überlebte und später einige Schwierigkeiten im Leben meistern musste. Vieles konnte Ödipus heldenhaft bewältigen, bei anderen Sachen scheiterte er jedoch tragisch. (Vgl. Kallenbach, 2000, S.14)

Sowohl in der Frühgeschichte als auch in der Antike zählten Körperbehinderte zu den Ausgestoßenen. Einerseits rief die körperliche Andersartigkeit das Gefühl der Ablehnung hervor. Nicht selten kam es soweit, dass körperbehinderte Kinder sofort nach der Geburt ausgesetzt wurden. Andererseits erweckten sie auch Neugier. Aus diesem Grund wurden Menschen mit körperlicher Behinderung auf Jahrmärkten zur Schau gestellt und dienten bei Hofe als Narren zur Belustigung. Körperbehinderte Menschen waren jahrhundertlang diesem Schicksal ausgeliefert.

Vor allem im jüdisch-christlichen Kulturkreis machte sich die Auffassung breit, dass körperliche Schädigungen Strafen für Sünden seien. Sowohl die Griechen als auch die Römer praktizierten die Aussetzung und Tötung von Kindern mit Gebrechen. (Vgl. Hedderich, 2006, S.34)

2.1.1 Körperbehinderte als Monströsitäten/Bälge

Im 16. Jahrhundert wurden Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen teilweise als Monstren bezeichnet. (Vgl. Mürner, 2003, S.34) Der Begriff stammt vom lateinischen „monstrum“ (Mahnzeichen) und „monstrare“ (zeigen, bezeichnen) und hat folgende Bedeutungen: Ungeheuer, großer unförmiger Gegenstand, Riesiges, Missbildung und Missgeburt. In dieser Zeit war ein missgebildetes Neugeborenes ein Zeichen für Gottlosigkeit und Undankbarkeit. Es fand eine Verknüpfung zwischen körperlicher Missgestalt und moralischer Verfehlung statt. (Vgl. Dederich, 2009, S.6) Es existierten auch andere Vorstellungen und Bezeichnungen. So dominierte die Erklärung, dass körpergeschädigte Kinder Wechselbälge seien. Hier glaubten die Menschen eine Verbindung zum Teufel zu sehen. Angeblich sollte er das eigentliche Kind ausgetauscht und das körperbehinderte den Eltern untergeschoben haben. Eine andere Erklärung besagte, dass es sich hierbei um Kinder handeln solle, die aus einer Liaison mit dem Teufel entstanden sind. (Vgl. Kallenbach, 2000, S.18)

Erst in der Epoche der Aufklärung kam es zur Auflösung dieser Verknüpfung und der Entmythologisierung der körperbehinderten Menschen. Ab dem 17. Jahrhundert versuchte man die Ursache für Körperbehinderungen mittels der Naturwissenschaft zu begreifen. Der von der Norm abweichende Körper wurde demnach nicht mehr moralischen bzw. religiösen Verfehlungen zugeschrieben. (Vgl. Dederich, 2009, S. 6f) Der Mensch erkannte, dass er sein Leben nicht nur als Schicksal auffassen musste, sondern dass es formbar war. Nach dieser Phase entwickelten sich viele wissenschaftliche Disziplinen, deren Hauptaufgabe in der Erforschung und Veränderung der menschlichen Lebensbedingungen bestand. Für Menschen mit Körperbehinderungen war es vorerst die Orthopädie, die die Korrektur körperlicher Schädigungen zum Ziel hatte. (Vgl. Kallenbach, 2000, S.15)

2.1.2 Körperbehinderte im Nationalsozialismus

Die wohl drastischste Form einer Abwertung aller, die nicht in die Ideologie der Nationalsozialisten passten, stellte die Rassen- und Behindertenpolitik im Nationalsozialismus dar. Es wurde die Vielfalt menschlicher Seinsweisen extrem hierarchisiert und in ein System von gesellschaftlichem Ein- und Ausschluss eingeordnet. Der Nationalsozialismus erklärte Menschen mit Behinderungen zu

„unwertem Leben“, was ihre Vernichtung legitimierte und sogar als moralisch akzeptabel erschien. (Vgl. Dederich, 2009, S.5)

2.1.3 Körperbehinderte als Krüppel

Im deutschsprachigen Raum galt der Terminus „Krüppel“ als ein weitverbreiteter Begriff für Körperbehinderte. Das Wort Krüppel ist mittelhochdeutsch und bedeutet Gekrümmter. Über Jahrhunderte hinweg wurden Menschen mit Körperbehinderungen so genannt und auch Einrichtungen danach bezeichnet. So gab es beispielsweise die Krüppelschule und das Krüppelheim. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts kam dieser Terminus zur Verwendung. Die Betroffenen verlangten jedoch einen nicht stigmatisierenden und diskriminierenden Begriff. Otto Perl verwendete in seinem 1919 gegründeten Selbsthilfebund zum ersten Mal die neue Bezeichnung „der körperlich Behinderten“, die später vereinfacht in „Körperbehinderte“ umgewandelt wurde. Ob nun von Krüppel oder Körperbehinderten die Rede ist, handelt es sich in beiden Fällen um die Relativierung einer Person auf dieses Etikett bzw. diese Bezeichnung. Aus diesem Grund kam es in letzter Zeit wieder vermehrt zum Versuch, die Person selbst in den Vordergrund zu stellen. Verwendet werden Bezeichnungen wie beispielsweise Menschen mit Körperbehinderungen oder Mobilitätsbeeinträchtigungen. (Vgl. Kallenbach, 2000, S.17)

2.2 Paradigmen zu Behinderung

Ein Paradigma ist ein *„Denkmuster, das das wissenschaftliche Weltbild, die Weltsicht einer Zeit prägt“*. (Duden, 2000, S.985) Paradigmen haben genug Befürworter, sollten jedoch trotzdem offen genug sein, um auf neue Problemlösungen zu stoßen. Unter diesem Aspekt betrachtet, können ihnen im Laufe der Zeit Veränderungen widerfahren und Umgestaltungen stattfinden. (Vgl. Cloerkes, 2001, S.9) Paradigmen stellen Zugangsweisen zum umfassenden Phänomen Behinderung dar. Sie können auch als Perspektiven bezeichnet werden, bei denen Vollständigkeit nicht im Vordergrund steht, die untereinander nicht klar abgrenzbar sind und die jeweils für sich einzelne Theorien mittlerer Reichweite verkörpern. Da Behinderung stark von Mehrdimensionalität geprägt ist,

existieren auch vielfältige Perspektiven, die das Phänomen von unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten. Aus diesem Grund ist es unmöglich zu sagen, was Behinderung ist. Möglich ist nur zu bestimmen, was von lebensweltorientierten Überzeugungsmustern für Behindertsein aufgefasst wird. Im Bereich der Behindertenpädagogik kam es innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte zur Paradigmendiskussion, die auf ein starkes Bedürfnis nach Orientierung in Zeiten der Formenvielfalt zurückzuführen ist. Einerseits gibt es strikte Gegner der Paradigmen-einteilung im Allgemeinen und andererseits alternative Differenzierungen. Somit existiert keine allgemeingültige paradigmatische Einteilung, sondern viele verschiedene, die nebenher bestehen. (Vgl. Bleidick, 1999, S.19-24)

Anfang des 21. Jahrhunderts sind in sozialstaatlichen Gesellschaften auch verschiedene Paradigmen von Behinderung vorhanden, die auf unterschiedlichen theoretischen Ansätzen basieren. Im deutschsprachigen Raum sind die vier Paradigmen nach Bleidick (1976) am geläufigsten. (Vgl. Maschke, 2008, S.31f) Im folgenden Abschnitt werden diese dargestellt und erläutert.

2.2.1 Das personorientierte Paradigma

Das personorientierte Paradigma wird auch noch als medizinisches Modell, ätiologisches oder individuumzentriertes Paradigma bezeichnet. Obwohl diese Sichtweise als überholt gilt, ist sie in der Praxis am weitesten verbreitet. (Vgl. Cloerkes, 2001, S.9) Behinderung stellt hierbei einen medizinisch fassbaren Sachverhalt dar und wird als medizinische und individuelle Kategorie eingeordnet. Behinderung gilt als eine stabile, individuelle Eigenschaft, die im Bezug auf die Medizin naturwissenschaftlich objektivierbar erfasst werden kann. (Vgl. Maschke, 2008, S.32) Somit bedeutet Behindertsein ein persönliches, überwiegend unabänderliches und aus diesem Grund hinzunehmendes Schicksal. (Vgl. Cloerkes, 2001, S.9) Das medizinische Modell liegt einem einfachen kausalem Schema zugrunde: *„Aus einer biologisch mehr oder minder nachweisbaren, zumindest aber immer wahrscheinlichen und postulierten organischen oder funktionellen Schädigung resultieren Krankheit und Behinderung als unausweichliche Folgebeeinträchtigungen.“* (Wellendorf nach Bleidick, 1999, S.28)

Behinderung stellt somit eine Folgeerscheinung nach z.B. einem durchlaufenen Krankheitsprozess dar.

2.2.2 Das interaktionistische Paradigma

Bei dieser Sichtweise basiert Behinderung auf der Zuschreibung von Erwartungshaltungen durch die anderen und stellt keinen vorgegebenen Zustand dar. Menschen mit Behinderung weichen von bestimmten Normen ab, sind demnach „anders“. Weiters resultiert Behinderung aus sozialen Reaktionen, denn der behinderte Mensch ist Typisierungen, Etikettierungen und Stigmatisierungen ausgesetzt. Behindertsein kann aus diesem Grund als Zwangsstatus bezeichnet werden. (Vgl. Cloerkes, 2001, S.9) Goffman beschreibt das Stigma auf folgende Weise, die besonders auf Behinderung im interaktionistischen Verständnis zutreffend ist: *„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden... Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten.“* (Goffman nach Bleidick, 1999, S.41)

2.2.3 Das systemtheoretische Paradigma

Durch das System Schule kommt es zur Erzeugung Behinderter, weil es „normal“ von „abweichend“ unterscheidet. Geregelt wird dies durch die bürokratische Organisation. Den Menschen, die in einem Organisationssystem leben, wird es mittels Systeme erleichtert sich zurechtzufinden, da die Systeme ihnen einen Bezugsrahmen für geplantes Handeln zur Verfügung stellen. Aus diesem Grund existieren Sonderschulen, da beispielsweise ein behindertes Kind in einen besonderen Systemteil von Schule eingegliedert ist. (Vgl. Bleidick, 1999, S.55) Behinderung wird in diesem Kontext als Ergebnis der Qualifikations- und Selektionsfunktion des Bildungs- und Ausbildungssystems verstanden. Für die notwendige Ausdifferenzierung und Sicherstellung von Leistung kommt „Behinderung“ eine Entlastungsfunktion zu. (Vgl. Maschke, 2008, S.32) Im Bezug auf das allgemeine Schulwesen stellen Sonderschulen die erwähnte Entlastungsfunktion dar. (Vgl. Cloerkes, 2001, S.9)

2.2.4 Das gesellschaftstheoretische Paradigma

Das gesellschaftstheoretische Paradigma wird auch noch als politökonomisches oder materialistisches Paradigma bezeichnet. Behinderung stellt in dieser Sichtweise ein Produkt der Gesellschaft dar und kann nur mittels Produktions- und Klassenverhältnisse einer Gesellschaft erfasst werden. Somit spiegelt Behinderung ein typisches Merkmal von kapitalistischen Gesellschaftssystemen wider. Beispielsweise hat die Schule für Menschen mit Behinderung ihren Stellenwert dadurch, weil sie behinderte Menschen für schlecht bezahlte Beschäftigungen produziert. (Vgl. Cloerkes, 2001, S.10)

2.3 Modelle von Behinderung

Die Begriffe Modell und Paradigma stehen in engem Zusammenhang. Das Paradigma legt die Sichtweise fest, wohingegen das Modell die Handlungsweise bestimmt. (ebd. S.12) Häufig wird die Einteilung in das Medical Model of Impairment (personenzentriertes Handlungsmodell) und das Social Model of Impairment ((sozial-)politisches Handlungsmodell) verwendet. (Vgl. Maschke, 2008, S.34)

2.3.1 Medizinisches Modell

Dieses Modell ist dem biomedizinischen Modell gleichzusetzen. Hierbei wird Behinderung als ein Problem einer Person verstanden, dessen Ursache in einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem liegt. Das Problem muss medizinisch „gelöst“ werden, beispielsweise durch eine individuelle Behandlung von Fachleuten. Ziele des Managements von Behinderung stellen Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung des Menschen dar. (Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.34)

2.3.2 Soziales Modell

Hierbei resultiert Behinderung aus Interaktionen. Aus diesem Grund kann Behinderung nicht objektiv messbar gemacht, sondern ausschließlich als soziale Reaktion in einem spezifischen historischen und räumlichen Kontext erfasst

werden. Somit gilt Behinderung als dynamischer Prozess. (Vgl. Maschke, 2008, S.34) Behinderung stellt ein insbesondere durch die Gesellschaft verursachtes Problem dar, das bedeutet, dass Behinderung kein Merkmal einer Person ist, sondern ein komplexes Netzwerk von Bedingungen umfasst, die hauptsächlich vom gesellschaftlichen Umfeld produziert werden. (Vgl. Bucher/Rentsch, 2006, S.31) Der Kerngedanke des sozialen Modells definiert Behinderung nicht als Ergebnis medizinischer Pathologie, sondern als Produkt sozialer Organisation. Die Ursachen der Behinderung sind nicht gesundheitliche Beeinträchtigungen, sondern das soziale System, welches für die Errichtung von Barrieren gegen ihre Partizipation verantwortlich zu machen ist. Im Gegensatz zum medizinischen Modell bringt das soziale Modell Behinderung in Zusammenhang mit sozialer Unterdrückung und Diskriminierung. Weiters macht es Behinderung zum sozialen Problem, das wohlfahrtsstaatliche Unterstützung und gemeinschaftliche Aktion benötigt. In diesem Modell gelten Menschen mit Behinderung nicht als passive Empfänger von Sozialleistungen, sondern als mündige Bürger, die Fähigkeiten der Selbstbestimmung und demokratischen Partizipation besitzen. Betrachtet man das soziale Modell von einem politischen Standpunkt aus, erhält Behindertenpolitik den Rang von Bürgerrechts- und Menschenrechtspolitik und wird somit Aufgabe des Verfassungsstaates. (Vgl. Waldschmidt, 2005, S.18f)

2.3.3 Disability Studies: Kritik an Modellen

Die interdisziplinäre Forschungsrichtung Disability Studies¹ ist jedoch mit der Einteilung dieser beiden Modelle nicht einverstanden und übt diesbezüglich Kritik.

¹ In den 1980er Jahren kam es in den USA und Großbritannien zur Gründung der interdisziplinären Forschungsrichtung Disability Studies. Ins Leben gerufen wurden die Disability Studies meistens von selbst behinderten Wissenschaftlern. Die Disability Studies haben zwei allgemeine Zielsetzungen. In erster Linie geht es um die Befreiung des Themas Behinderung aus seiner Randlage, um es in den Mittelpunkt eines interdisziplinären, theoretisch und methodologisch anspruchsvollen Forschungsprogramms zu stellen. Bei den Disability Studies handelt es sich um eine Querschnittsdisziplin, die die einzelnen Forschungsarbeiten zu Behinderung von unterschiedlichsten Wissenschaftsdisziplinen, denen dort jedoch wenig Beachtung zugekommen ist, zusammenfügt. Dadurch wird den Arbeiten ein neues Profil geschenkt und Behinderung zu einem spannenden, interdisziplinären Gegenstand. Weiters ist ein Anliegen der Disability Studies, dem medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-fördernden Paradigma ein Gegenstück zu entwickeln. Disability Studies gewinnen seit einiger Zeit auch im deutschsprachigen Raum vermehrtes Interesse und beginnen sich zu etablieren. Es lässt sich die Schlussfolgerung aufstellen, dass im deutschsprachigen

Einen Schwachpunkt, den sowohl das medizinische als auch das soziale Modell gemeinsam haben, ist die Vorstellung, dass Behinderung in erster Linie als Problem wahrgenommen wird, das in weiterer Folge nach einer Lösung bedarf. Es sind zwar die empfohlenen Lösungsstrategien verschieden, aber die Problemorientierung ist in beiden Fällen gegeben. Hauptsächlich steht das Anliegen Behandlungsprogramme, Versorgungssysteme, Sozialleistungen und Nachteilsausgleiche bereitzustellen, im Vordergrund. Damit soll - laut dem medizinischen Modell - dem einzelnen ermöglicht werden, reibungslos seinen gesellschaftlichen Pflichten nachkommen zu können und - laut dem sozialen Modell - soziale Teilhabe, Selbstbestimmung und Anerkennung zu erfahren und auszuüben. Im Endeffekt liegen beiden Modellen operative Strategien bzw. anwendungsorientierte Programme zu Grunde, mit den Zielen Lösungsansätze für etwas, das angeblich stört und aus diesem Grund behoben werden soll, auszuarbeiten.

Unter anderem wegen der zuvor erwähnten Kritikpunkte, schlagen die Disability Studies eine Ergänzung des individuellen und sozialen Ansatzes durch ein kulturelles Behinderungsmodell vor.

2.3.4 Kulturelles Modell

Wird Behinderung aus kulturwissenschaftlicher Sicht betrachtet, reicht es nicht, Behinderung als individuelles Schicksal oder diskriminierte Randgruppenstellung wahrzunehmen. Der Fokus der Analyse soll auf die im Allgemeinen nicht hinterfragte Normalität gelegt werden und nicht ausschließlich auf Behinderung. Diese kulturwissenschaftliche Sichtweise sieht behinderte und nicht-behinderte Menschen nicht als strikt getrennte Gruppierungen, sondern als *„einander bedingende, interaktiv hergestellte und strukturell verankerte Komplementaritäten.“* (Waldschmidt, 2005, S.25)

Diese Sicht betont, dass die Identität von behinderten und nicht-behinderten Menschen von kulturellen Prägungen beeinflusst ist. Als Grundlage werden jedoch die Erfahrungen aller Gesellschaftsmitglieder herangezogen. Die

Raum schon seit einiger Zeit Disability Studies betrieben wurden, jedoch bis vor kurzem nicht unter dem Namen. (Vgl. Waldschmidt, 2005, S.9-15)

kulturwissenschaftliche Anschauung dreht also die Perspektive um, indem sie die Mehrheitsgesellschaft zum eigentlichen Untersuchungsgegenstand macht. Dem kulturellen Modell nach zu schließen, reichen Sozialleistungen und Bürgerrechte allein nicht aus, um zu Anerkennung und Teilhabe zu gelangen. Erst wenn Menschen mit Behinderung als integraler Bestandteil der Gesellschaft angenommen werden und nicht nur als zu integrierende Minorität, kann individuelle und gesellschaftliche Akzeptanz stattfinden. (Vgl. Waldschmidt, 2005, S.24-27)

	Individuelles Modell	Soziales Modell	Kulturelles Modell
Theorie der ...	Persönlichen Tragödie	Sozialen Unterdrückung	De-Konstruktion
Behinderung als Ergebnis von ...	Vorurteilen	Diskriminierung	Stigmatisierung
Behinderung =	Persönliches Problem	Soziales Problem	(Nicht)Behinderung = kulturelles Deutungsmuster
	Individuelle Identität	Kollektive Identität	Kulturelle Identität
Lösungsansatz:	Individuelle Behandlung	Soziale Aktion	Handlungsansatz: Individuelle und gesellschaftliche Akzeptanz
Lösungsmodus:	Medikalisierung	Selbsthilfe	Handlungsmodus: Vielfalt
	Professionelle Dominanz	Individuelle und kollektive Verantwortlichkeit	Individuelle und kollektive Verantwortlichkeit
Ausgangspunkt:	Expertise der Experten	Erfahrungen der Betroffenen	Erfahrungen aller Mitglieder einer Kultur
	Fürsorge (care) als Sozialleistung	(Bürger)Rechte als Anspruch	Kulturelle Repräsentation als Zielsetzung
	Kontrolle der Leistungsempfänger	Wahlmöglichkeiten der Bürger	Anerkennung der Gesellschaftsmitglieder
Politikbereich (policy)	Politikbereich (policy)	Politik (politics)	Diskurs und Praxis
Zielsetzung:	Individuelle Anpassung	Sozialer Wandel	Kultureller Wandel

Tabelle 1: Vergleich von individuellem, sozialem und kulturellem Modell
(Tabelle modifiziert übernommen aus Barnes et al., 1999, S.30 in: Waldschmidt 2005, S.26)

2.4 Definition von Behinderung nach WHO

Eine wichtige und verbreitete Definition von Behinderung liefert die WHO. Sie teilt Behinderung in Impairment (Schädigung einer körperlichen Struktur oder Funktion), Disability (Funktionsbeeinträchtigung aufgrund der Schädigung) und Handicap (Behinderung im Sinne sozialer Benachteiligung, die aus der Schädigung oder Funktionsbeeinträchtigung resultiert) ein. Diese Einteilung stammt aus der ersten Fassung der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ aus dem Jahre 1980. (Vgl. Kallenbach, 2000, S.20f) Diese defizitorientierte Definition wurde jedoch oft kritisiert, da die Konzepte nicht ausführlich genug erschienen und negative und stigmatisierende Termini verwendeten. Aus diesem Grund kam es 1993 zu der Entscheidung die Klassifikation neu zu überarbeiten. Die veränderte Version wurde vorläufig als ICIDH-2 bezeichnet, welche ein anderes Verständnis von Menschen mit Behinderungen aufweist. (Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.175) Der Begriff Impairment blieb erhalten, doch es kam zu einer Veränderung der anderen beiden Elemente. Disability wurde durch Activity (Limitation) und Handicap durch Partizipation (Restriction) ersetzt. Activity beschreibt die Möglichkeit, wie ein Mensch mit Schädigung ein aktives Verhalten zeigen und sich verwirklichen kann. Partizipation bedeutet die Möglichkeit der sozialen Teilnahme bzw. der Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion. (Vgl. Kallenbach, 2000, S.20f)

ICIDH-2 hebt den gesellschaftlichen Kontext, in dem Menschen mit Behinderung leben, und zusätzlich ihre positiven Gelegenheiten zu aktiver sowie selbstbestimmter Teilhabe zum Ziel, hervor. Außerdem spielt die Bedeutung der Einstellungen gegenüber beeinträchtigten Menschen eine große Rolle. Bei dieser Klassifikation steht der Behinderungsbegriff nicht mehr direkt im Mittelpunkt, sondern es kommt auch zur Berücksichtigung von Kontextfaktoren. (Vgl. Cloerkes, 2001, S.5)

2001 wurde am Ende der Überarbeitungen beschlossen, die Kürzung von ICIDH-2 in ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und

Gesundheit) zu ändern. (Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.178)

Die folgende Abbildung stellt die zentralen Unterschiede in tabellarischer Form vor:

	ICIDH	ICF
Konzept	kein übergreifendes Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell	Krankheitsfolgenmodell	bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung	Defizitorientiert: Es werden Behinderungen klassifiziert.	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung	formaler Oberbegriff zu Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen; keine explizite Bezugnahme auf Kontextfaktoren	formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
Grundlegende Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung • Fähigkeitsstörung • (soziale) Beeinträchtigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und –strukturen: Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) • Aktivitäten: Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität

		<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation [Teilhabe]: Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation
Soziale Beeinträchtigung	Attribut einer Person	Partizipation und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren	bleiben unberücksichtigt	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzepts und werden klassifiziert
personbezogene (persönliche) Faktoren	werden höchstens implizit berücksichtigt	werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert
Anwendungsbereich	nur im gesundheitlichen Kontext	

Tabelle 2: Zentrale Unterschiede von ICIDH und ICF

(Tabelle modifiziert übernommen aus Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.5)

Die ICF beschreibt Situationen in Hinblick auf menschliche Funktionsfähigkeit und ihren Beeinträchtigungen und hilft somit als Organisationsrahmen dieser Informationen. Weiters strukturiert sie diese auf zweckmäßige und leicht zugängliche Art, die auch die gegenseitigen Beziehungen mit einbezieht. (Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.13)

Die ICF ist hierarchisch aufgebaut. Die Informationen werden in zwei Teile eingeordnet. Der eine Teil behandelt die Funktionsfähigkeit und Behinderung, der andere die jeweiligen Kontextfaktoren. Die Teile wiederum sind in verschiedene Komponenten gegliedert, die jedoch unabhängig voneinander klassifiziert sind.

Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

Die Funktionsfähigkeit und Behinderung werden in die Komponenten des Körpers und die Komponenten der Aktivitäten und Partizipation eingeteilt.

Körperfunktionen und –strukturen beschreiben die Körperkomponente.

- **Körperfunktionen:** stellen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich psychologischer Funktionen dar.
- **Körperstrukturen:** bezeichnen die anatomischen Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und deren Bestandteile.

Schädigung: Darunter versteht man die Beeinträchtigung(en) sowohl der Körperfunktion als auch –struktur, wie beispielsweise eine erhebliche Abweichung von gewissen, allgemein anerkannten Standards hinsichtlich des biomedizinischen Zustands des Körpers und seinen Funktionen oder einen Verlust.

- **Aktivität:** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen.
- **Partizipation (Teilhabe):** stellt das Einbezogenensein in eine Lebenssituation dar. Dies inkludiert Eigenständigkeit bis zu einem bestimmten Grad und die Fähigkeit, die eigene Lebenssituation unter Kontrolle zu haben, auch wenn die Aktivitäten nicht ausschließlich selbst durchgeführt werden. Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung der Aktivitäten haben kann. Unter Beeinträchtigung der Partizipation versteht man Probleme, die ein Mensch in seinem sozio-kulturellen Umfeld erfahren kann. (Vgl. Bucher/Rentsch, 2006, S.18ff)

Bei den Komponenten Aktivität und Partizipation existieren Domänen, die alle Lebensbereiche umfassen. Dies sind Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Anforderungen und Aufgaben, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktion und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche sowie gemeinschaftliches-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Diese Domänen werden mittels des Beurteilungsmerkmals Leistung und Leistungsfähigkeit genauer bestimmt. (Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.19f)

Teil 2: Kontextfaktoren

Mit Hilfe der Kontextfaktoren wird der gesamte Lebenshintergrund eines Menschen dargestellt. Sie werden unterteilt in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren.

- **Umweltfaktoren:** erzeugen die soziale, materielle und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen sowohl leben als auch ihr Leben gestalten. Diese Faktoren befinden sich außerhalb des Individuums und können entweder einen positiven oder negativen Einfluss auf dessen Leistungsfähigkeit zur Bewältigung von Aufgaben und Handlungen oder dessen Körperfunktionen und –strukturen und dessen Leistung als Mitglied der Gesellschaft haben. Außerdem gliedern sich die Umweltfaktoren in die Ebene des Individuums und die Ebene der Gesellschaft. Die Ebene des Individuums beinhaltet die persönliche Umgebung eines Menschen, z.B. den häuslichen Bereich, Arbeitsplatz oder Schule, physikalische und materielle Gegebenheiten der Umwelt und persönliche Kontakte zu Mitmenschen. Die Ebene der Gesellschaft umfasst soziale Strukturen, Dienstleistungen, Vorschriften, Gesetze, formelle und informelle Regelungen usw.
- **Personenbezogene Faktoren:** beziehen sich auf die Lebensführung eines Menschen und den jeweiligen Hintergrund des Lebens und umfassen Gegebenheiten, die nicht mit dem Gesundheitsproblem oder -zustand in Verbindung stehen. Beispiele dafür sind Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Erziehung, sozialer Hintergrund, Bildung, Beruf, Verhaltensmuster usw. Personenbezogene Faktoren wurden in der ICF nicht klassifiziert.

Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren stehen mit den Komponenten der Körperfunktion und –struktur sowie der Aktivität und Partizipation in einer wechselwirksamen Beziehung. (Vgl. Bucher/Rentsch, 2006, S.23f)

„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. Wegen dieser Beziehungen können verschiedene Umweltkonstellationen sehr unterschiedliche Einflüsse auf denselben Menschen mit einem Gesundheitsproblem haben.“ (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.22)

2.5 Zur Lage in Österreich

Viele Bundes- und Landesgesetze haben Rechtsnormen zum Inhalt, die für Menschen mit Behinderung eine große Rolle spielen. All diesen Gesetzen liegen verschiedene Zielsetzungen zu Grunde, was wiederum zu zahlreichen unterschiedlichen Definitionen des Begriffs Behinderung führt. (Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S.11)

Folgende Definitionen des Begriffs Behinderung finden sich im österreichischen Recht:

Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG, BGBl. I Nr. 82/2005) in Österreich definiert Behinderung wie folgt:

„§ 3. Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.“ (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S.11)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG, BGBl. Nr. 189/1955) definiert Behinderung folgendermaßen:

*„§ 300. (2) Versicherte gelten als **behindert** im Sinne des Abs.1, wenn sie infolge eines Leidens oder Gebrechens ohne Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation die besonderen Voraussetzungen für eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, ausgenommen eine Knappschaftspension, wahrscheinlich erfüllen oder in absehbarer Zeit erfüllen werden; vorwiegend altersbedingte Leiden und Gebrechen gelten nicht als Leiden und Gebrechen im Sinne dieses Absatzes. (ebd. S.12)*

In Österreich existieren auch auf Landesebene verschiedene Definitionen von Behinderung. Als Beispiel sei das Wiener Behindertengesetz angeführt.

Das Wiener Behindertengesetz (WBHG, LGBl. Nr. 16/1986) teilt den Personenkreis folgendermaßen ein:

„§1a. (1) Als Behinderte im Sinne dieses Gesetzes gelten Personen, die infolge eines Leidens oder Gebrechens in ihrer Fähigkeit, eine angemessene Erziehung und Schulbildung zu erhalten oder einen Erwerb zu erlangen oder beizubehalten, dauernd wesentlich beeinträchtigt sind.“ (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S.13)

Es ist schwierig genau festzulegen, wie viele Menschen in Österreich konkret von einer körperlichen Behinderung betroffen sind. Menschen mit Behinderung unterscheiden sich anhand vieler verschiedener Dimensionen und stellen daher eine äußerst heterogene Gruppe dar. Es gibt häufig nur für eine Gruppe behinderter Menschen genaue Zahlen durch Hochrechnungen. Eine weitere Problematik bezüglich einer exakten Erfassung besteht in der Überschneidung der unterschiedlichen Kategorien von Behinderung, weil einzelne Personen zugleich mehreren angehören können. (Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S.14)

Um aktuelle Daten über die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich zu generieren, wurde die Statistik Austria vom Sozialministerium beauftragt, eine Befragung zum Thema „Menschen mit Beeinträchtigungen“ von Oktober 2007 bis Februar 2008 durchzuführen. Daran teilgenommen haben 8.195 zufällig ausgewählte Personen. Befragt wurden jedoch nur Personen in Privathaushalten. Somit fallen Betroffene in Anstaltshaushalten aus der Befragung heraus. Das hat zur Folge, dass die Anzahl der schwer beeinträchtigten Personen nicht richtig geschätzt werden kann.

Laut dieser Untersuchung sind Probleme mit der Beweglichkeit die häufigsten dauerhaften Beeinträchtigungen. In Österreich sind davon rund eine Million bzw. 13% der Gesamtbevölkerung betroffen. Ungefähr 6,1% der Bevölkerung haben dauerhafte Bewegungsbeeinträchtigungen mittlerer Stärke, 4,3% schwerwiegende

und 2,7% leichte. Etwa 50 000 Personen, das sind 0,6% der Bevölkerung, müssen einen Rollstuhl benutzen. Am häufigsten kommen Bewegungseinschränkungen bei Personen im Alter von 60 und mehr Jahren vor. (Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S.14-18)

2.6 Körperbehinderung

2.6.1 Definitionen von Körperbehinderung

Ein Definitionsversuch von Körperbehinderung aus pädagogischer Sichtweise von Schönberger 1974:

„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 nach Kallenbach, 2000, S.22)

Diese Definition beinhaltet sowohl somatische Schädigungen, funktionelle Verhaltensbeeinträchtigungen sowie Behinderungen der Selbstverwirklichung und der sozialen Teilnahme. Eine weitere Definition von Körperbehinderung nach Leyendecker 1992:

„Als körperbehindert wird eine Person bezeichnet, die 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 Interaktion erschwert ist.“ (Leyendecker nach Kallenbach, 2000, S.22)

Körperliche Behinderungen stellen keinen statischen Sachverhalt dar. Entweder können sie angeboren sein oder infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung entstehen. Mithilfe von medizinischen Behandlungen können sie behoben oder gemildert werden. Es gibt jedoch auch fortschreitende Krankheitsprozesse, bei denen von Verschlechterungen ausgegangen werden kann. Behinderung setzt

sich stets aus einem komplexen Prozess von Ursachen und Folgen, unmittelbaren Auswirkungen, individuellem Schicksal und sozialen Konsequenzen zusammen.
(Vgl. Fürstler/Hausmann, 2000, S.129)

2.6.2 Erscheinungsformen und Ursachen von Körperbehinderungen

Schädigung von Gehirn und Rückenmark		
Klassifikation	Erscheinungsformen	Ursachen
Infantile Cerebralparesen (frühkindliche cerebrale Bewegungsstörung)	<p>Allgemein gekennzeichnet durch abnorme Muskelspannung und gestörte Koordination von Bewegungsabläufen sowie veränderte Ausdrucksbewegungen</p> <p><u>Einteilung in:</u></p> <p>-Spastische Paresen: erhöhter Muskeltonus („Krampflähmung“), veränderte Haltungs- und Bewegungsmuster, eingeschränkter Bewegungsradius</p> <p>-Athetotische Syndrome: schwankender Muskeltonus, unwillkürlich ausführende und ruckartige Bewegungen; Haltungsanomalien</p> <p>-Ataktische Syndrome: niedrige Muskelspannung, mangelnde Bewegungssteuerung (Unsicherheiten bezüglich Bewegungsausmaß und -richtung), gestörte Gleichgewichtsreaktionen</p> <p><u>Einteilung nach betroffenen Körperteilen:</u></p> <p>-Tetraplegien: gesamter Körper ist betroffen (Arme, Beine, Rumpf, Hals, Kopf)</p> <p>-Diplegien: alle vier Extremitäten mit stärkerer Beteiligung des Beckengürtels und der Beine</p>	<p>Prä-, peri- oder postnatale Schädigungen des unreifen Gehirns durch z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infektionen während Schwangerschaft - Sauerstoffmangel und Gehirnblutungen bei schwieriger Geburt - Entzündliche Erkrankungen des Gehirns und der Hirnhäute

	<p>-Paraplegien: Lähmungen der Beine ohne nennenswerte Armbeteiligung</p> <p>-Hemiplegien: eine Körperseite</p> <p>Cerebrale Bewegungsstörungen treten häufig als Mischformen und Mehrfachbehinderung auf: Sprechstörungen (Dysarthrie, Anarthrie), Anfallsleiden, Wahrnehmungs- und Hörstörungen</p>	
Schädel-Hirn-Trauma	Verschiedene vegetative, sensible, perzeptive, motorische und sprachliche Störungen sowie Anfallsleiden; Die cerebralen Bewegungsstörungen zeigen klinisch entsprechende Bilder wie bei der infantilen Cerebralparese	Unfall, Hirntumore
Cerebrale Anfallsleiden (Epilepsien)	Anfallsartige Störungen der Hirntätigkeit durch elektrische Entladungen	Erhöhte Krampfbereitschaft, Störungen der Hirnentwicklung, Hirnschädigung infolge Geburtskomplikationen, entzündliche Hirnerkrankungen, Hirntumore, Unfallverletzungen
Minimale cerebrale Bewegungsstörungen (Minimale Cerebrale Dysfunktion bzw. Teilleistungsstörungen)	Leichte Auffälligkeiten grob- und feinmotorischer Bewegungen, Koordination und Handlungsplanung; Wahrnehmungsstörungen, motorische Störung, Konzentrationsstörungen und Hyperaktivität, Entwicklungsstörungen des Sprechens, der Sprache, der motorischen und schulischen Fertigkeiten	Unterschiedlich bzw. ungeklärt, leichte Hirnschädigung, Stoffwechselstörung, sozial bedingte Entwicklungsbeeinträchtigung, Dysfunktion von Prozessen der Aufmerksamkeit und Verhaltenssteuerung
Poliomyelitis anterior (Spinale „Kinderlähmung“)	Schlaaffe Lähmungen verschiedenen Ausmaßes ohne Sensibilitätsstörungen	Das Poliovirus befällt hauptsächlich die Vorderhornzellen des Rückenmarks von Kindern im 2. bis 10. Lebensjahr

<p>Querschnitts-lähmungen - angeboren infolge einer Spina bifida</p> <p>- erworben infolge traumatischer Schädigungen oder Erkrankungen</p>	<p>Motorische und sensible Lähmungen der Beine sowie Blasen- und Mastdarmstörungen; häufig verbunden mit Hydrocephalus (Wasserkopf)</p> <p>Je nach Ort und Ausmaß der Rückenmarksschädigung: motorische Ausfälle in entsprechenden Körperregionen sowie Störungen des Urogenitaltraktes und des Mastdarms</p> <p>Unterschieden in: Tetra-, Di-, Paraplegien</p>	<p>Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, mangelhafter Verschluss des Rückenmarks (unklare Ursache)</p> <p>Unfallverletzungen, entzündliche Erkrankungen und Tumore</p>
Schädigung von Muskulatur und Knochengestüst		
Klassifikation	Erscheinungsformen	Ursachen
<p>Progressive Muskeldystrophien</p>	<p>Verschiedene Formen unterschiedlich fortschreitenden Muskelschwundes; es kommt zu progredienten Funktionsausfällen; Lebenserwartung in vielen Fällen herabgesetzt</p>	<p>Genetisch bedingt; dominante und rezessive Erbgänge</p>
<p>Dysmelie</p>	<p>Fehlbildungen oder Fehlen von Gliedmaßen</p>	<p>u.a. toxisch-medikamentöse Einwirkungen („Contergan“); Genmutationen, Strahleneinwirkungen</p>
<p>Amputation</p>	<p>Teilweise oder vollständige Gliedmaßenabtrennung</p>	<p>Nach schweren Verletzungen, Gefäßleiden, bösartigen Tumoren etc.</p>
<p>Schädigungen des Skelettsystems</p>	<p>z.B. Osteogenesis imperfecta (Glasknochen): abnorme Knochenbrüchigkeit und Verbiegungen der Extremitäten</p>	<p>Genetisch bedingt, Frühform rezessiv, Spätform dominant vererbt; unklare Ursache; angeboren</p>
<p>Fehlstellungen der Wirbelsäule</p>	<p>-Skoliose: seitliche Verbiegung -Kyphose: Verkrümmung nach hinten -Lordose: Verkrümmung nach vorn</p>	<p>Teilweise angeboren oder Sekundärfolgen bei Halbseitenlähmung, Beckenschiefstand, Muskelschwund, Haltungsschäden</p>
<p>Kleinwüchsigkeit</p>	<p>Stillstand des Längenwachstums unter 150cm</p>	<p>Genetisch, hormonell</p>

Schädigung durch chronische Krankheit oder Fehlfunktion von Organen		
Klassifikation	Erscheinungsformen	Ursachen
Körperliche Schädigungen als Primär- und Sekundärfolge chronischer Erkrankungen, der Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut	-Rheumatische Erkrankungen: verschiedene schmerzhafte, Bewegung und Allgemeinbefinden beeinträchtigende Erkrankungen der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder	Verschieden
	-Hämophilie: Mangel an Gerinnungsfaktoren im Blut; führt u.a. zu inneren Blutungen z.B. in Gelenkkapseln, was wiederum zu Bewegungseinschränkungen führt	Genetisch bedingt, rezessiv vererbt
	-Chronische Nierenleiden	Angeborene Fehlbildung oder erworbene Schädigung
	-Fehlbildungen des Herzens und Herzkrankheiten	Angeboren, erworben
	-Verschiedene Hauterkrankungen oder traumatische Schädigungen der Haut (Verbrennungen)	Verschieden, erworben
-Manche Krebserkrankungen führen zu schweren Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes und Bewegungseinschränkungen	Unklar	

Tabelle 3: Erscheinungsformen und Ursachen von Körperbehinderungen
 (Tabelle modifiziert übernommen aus Kallenbach, 2000, S.26ff; Hedderich, 2006, S.30ff)

3. BEDEUTUNG VON URLAUB BZW. REISEN IN DER GESELLSCHAFT

In diesem Kapitel soll auf die Thematik von Urlaub bzw. Reisen in der Gesellschaft allgemein eingegangen werden. Aspekte wie Bedeutung, Stellenwert und Entwicklung von Reisen stehen im Mittelpunkt. Zuerst wird Urlaub definiert, die Entstehung historisch beleuchtet und die touristische Entwicklung in Österreich dargestellt. Anschließend folgen Reisemotive und touristische Verhaltensmuster. Zum Schluss sollen mögliche therapeutische Effekte und Auswirkungen von Reisen aufgezeigt werden.

3.1 Definition Urlaub

Das deutsche Wort Urlaub kommt vom Wort „erlauben“, das zur Wortgruppe „lieb“ gehört, mit der eigentlichen Bedeutung „für lieb halten, gutheißen“. In der mittelhochdeutschen Zeit verwendete man „urloup“, wenn man die Erlaubnis wegzugehen von einem Höherstehenden erhalten wollte. (Vgl. Opaschowski, 2002, S.18)

„Urlaub ist zunächst einmal eine natürliche Angelegenheit, eine zweckmäßige und sinnvolle Pause zur Entspannung und Erholung“. (Wilken, 2002, S.7) Die geplante Urlaubspause kann als spätzivilisatorische Errungenschaft bezeichnet werden, die bewusst kulturell gestaltet werden muss. Diese kulturelle Gestaltung des Urlaubs ist beeinflusst von den eigenen Möglichkeiten und Zielsetzungen und den jeweils vorhandenen äußeren Lebensbedingungen. Trotzdem haben Menschen die Erwartung, dass ein gelungener Urlaub zum seelischen und sozialen Wohlbefinden beiträgt. (Vgl. Wilken, 2002, S.7)

Weiters erscheint es von großer Relevanz den Wandel von Urlaub bzw. Reisen in der Gesellschaft zu betrachten. *„Urlaub, Reisen und Ferienmachen sind heute Bedürfnisse, deren Befriedigung im Rahmen des allgemeinen gesellschaftlichen Lebensstandards zu einem unverzichtbaren Teil individueller Lebensqualität geworden ist.“* (Wilken, 2002, S.130)

In früherer Zeit stellte Urlaub noch ein Vorrecht weniger dar, doch im Laufe des vergangenen Jahrhunderts hat er sich aufgrund der Technisierung, Industrialisierung und sozialpolitischer Entwicklung, zu einem elementaren Lebensstil für die meisten entfaltet. (Vgl. Wilken, 2002, S.130)

3.2 Historischer Exkurs: Historische Einleitung zum Thema Reisen und Urlaub

Im Laufe der letzten Jahrzehnte verzeichnete der Tourismusbereich einen gewaltigen Aufschwung. Aus unserer Erlebnisgesellschaft ist das Reisen nicht mehr wegzudenken und auch für die Zukunft sind keine anderswertigen Entwicklungen zu erwarten. Das Reisen könnte noch an Bedeutung gewinnen. Bei zunehmender Freizeit wäre mehr Platz für Reisen und dadurch die Möglichkeit noch mehr von positiven Effekten im Hinblick auf die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu profitieren. In Zukunft kann die frei verfügbare Zeit als Basis von Lebensqualität und Gesundheit eine äußerst wichtige Rolle spielen. (Vgl. Graf, 2002, S.17)

Ein Blick auf die historische Vergangenheit des Reisens ist unumgänglich, um ein Verständnis der Motive und Entwicklungstendenzen im momentanen Tourismus zu erhalten. (Vgl. Opaschowski, 2002, S.29) Reisen im historischen Kontext betrachtet, steht sehr stark mit der Zunahme des Handels in Verbindung. Händler und Kaufleute dürften die erste Personengruppe gewesen sein, die durchs Land reiste, um ihre Güter und Erzeugnisse zu verkaufen und Handelsbeziehungen zu knüpfen. Reisen waren jedoch auch eine Notwendigkeit, um an kulturellen bzw. religiösen Feiern teilzunehmen. Im Zeitabschnitt des Mittelalters wurden Reisen in erster Linie aus religiösen bzw. kriegerischen Gründen, wie beispielsweise Wallfahrten oder Kreuzzüge, unternommen. (Vgl. Breidenbach, 2002, S.52) In den folgenden Jahrhunderten begannen auch Schüler und Studenten ins Ausland zu reisen, um berühmte Lehrer aufzusuchen und sich somit die neuesten Kenntnisse der Zeit zu verschaffen. Es wurde zur allgemeinen Gewohnheit nach Paris, Oxford oder anderen hervorragenden Bildungsstätten zu wandern. Oft ging es beim Reisen jedoch nicht nur darum das eigene Wissen zu vermehren und sich

weiterzubilden, sondern vielmehr darum das Reisen zu genießen, Lebenserfahrung zu sammeln und die eigene Persönlichkeit zu gestalten. (Vgl. Opaschowski, 2002, S.29ff)

In der frühen Neuzeit standen Reisemotive wie Bildungs-, Entdecker-, Gesundheits- und Kurmotive im Vordergrund. In Europa können die Bildungsreisen der jungen Adelligen im 17. und 18. Jahrhundert als Frühform des Tourismus angesehen werden. (Vgl. Breidenbach, 2002, S.52) Diese Reiseart nannte sich „Kavalierstour“ und diente der Einführung junger Adeliger in die Welt der Aristokratie. Offiziell galt diese Tour als Ende des adeligen Bildungsweges, in der Realität wurde sie jedoch oft als Vergnügungsfahrt wahrgenommen. Weiters fanden in der frühen Neuzeit Gelehrtenreisen statt, bei denen akademisch geschulte Personen, wie Theologen, Lehrer, Ärzte und Professoren Reisen unternahmen und im Anschluss daran ihr neues Wissen in Form von Büchern der Öffentlichkeit präsentierten. Ein zusätzlicher Vorreiter des heutigen modernen Tourismus sind die Natur- und Badereisen in Europa in der Romantik. Die möglichst unberührte Natur erschien als ausgesprochen ästhetisch und darüber hinaus wurde ihr eine heilende Wirkung nachgesagt. Ende des 18. Jahrhunderts kam der Badeaufenthalt in inländischen Kurorten in Mode. Zuerst war diese Urlaubsform fast nur für Aristokraten erschwinglich, es dauerte jedoch nicht lange, bis das begüterte Bürgertum nachrückte. (Vgl. Graf, 2002, S.23f) Schließlich schafften die Industrielle Revolution und der Ausbau der Verkehrsinfrastruktur grundlegende Bedingungen für die Verbreitung des Reisetourismus. Es entstanden neue Formen des Tourismus, aufgrund einiger begünstigender Faktoren, wie beispielsweise die Erfindung der Dampfmaschine, der Aufbau eines Eisenbahn- und Nachrichtenwesens oder die Entwicklung der Hotellerie. Somit bekam das Reisen den Stellenwert eines attraktiven gesellschaftlichen Ereignisses, dessen wichtigste Eigenschaften Komfort und Luxus bildeten. (Vgl. Breidenbach, 2002, S.53)

In den letzten 50 Jahren hat das Reisen im Bereich der Freizeit am meisten an Bedeutung gewonnen. Der (Massen-)Tourismus kann als größte Massenbewegung der Menschheitsgeschichte bezeichnet werden. (Vgl. Prahl, 2002, S.234) Ein wichtiger Schritt hin in diese Richtung kam 1920 mit der Einführung des Urlaubsanspruchs für Arbeiter. Ohne der Erlaubnis einer

Jahresfreizeit unter der Fortzahlung der Gehälter wäre es vermutlich nicht zu dieser weiten Verbreitung des Tourismus gekommen. (Vgl. Kolland, 2006, S.255) In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts konnte ein stetiger Zuwachs der Reiseintensität festgestellt werden. Der Tourismussektor ist einer der wenigen Wirtschaftszweige, der auch in Krisenzeiten einen kontinuierlichen Zuwachs verzeichnet. Aus diesem Grund stellt der Tourismus wirtschaftlich gesehen die Zukunftsbranche des 21. Jahrhunderts dar. (Vgl. Prahl, 2002, S.234)

3.3 Entwicklung des Tourismus in Österreich

Auch in Österreich weisen die Statistiken auf die Zunahme der touristischen Aktivität der Inländer hin, wie folgende Tabelle von Reisegewohnheiten der österreichischen Bevölkerung im Zeitraum von 1990 bis 2008 erkennen lässt. Hinzugezogen wurden ausschließlich Urlaubsreisen mit vier oder mehr Nächtingungen.

		1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Reisende in 1000		3.42	3.52	3.82	3.95	3.86	4.28	3.85	3.60	3.59	3.74	4.32	4.09	4.29
Reiseintensität in %		44,6	44,5	48,2	49,7	55,5	53,6	48,0	53,9	53,7	55,1	62,8	58,9	61,4
Durchgeführte Reisen in 1000		5.17	5.53	5.89	6.31	6.91	6.60	6.12	8.02	7.84	7.47	8.75	8.69	8.57
Davon	In-land in %	43	45	37	37	33	36	36	37	35	36	37	36	38
	Aus-land in %	57	55	63	63	67	64	64	63	65	64	63	64	62

Tabelle 4: Reisegewohnheiten der Inländer von 1990-2008
(Tabelle modifiziert übernommen aus Statistik Austria, 2009a)

Bereits der Vergleich des Reiseverhaltens der Inländer im Zeitraum von 1990 bis 2008 zeigt ein kontinuierliches Wachstum. Insgesamt ergibt das einen Zuwachs von ungefähr 25% in der Zeitspanne von achtzehn Jahren.

2007 machten 5,1 Millionen Inländer (ab fünfzehn Jahren) mindestens eine Urlaubsreise im In- oder Ausland. Das ergibt eine Reisetilnahme von beinahe

73,4%, wobei die Altersgruppe der 35- bis 44- Jährigen am häufigsten Reisen unternahm (Reiseteilnahme von 81,8%), im Gegensatz zu den Personen ab 65 Jahren, die eher seltener auf Urlaub fuhren (Reiseteilnahme von 54,4%). Von den insgesamt 5,1 Millionen reisefreudigen Inländern verbrachten knapp mehr als die Hälfte ihren Urlaub im Inland. Österreich stellte gerade bei Kurzurlaube eine beliebte Urlaubsdestination dar. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Inlandsaufenthalten lag bei 4,0 Tagen. Im Ausland verbrachten die inländischen Reisenden hingegen durchschnittlich 7,7 Tage.

Als Hauptreisezeit zeigte sich der Zeitraum von Juli bis September (37,5% aller Urlaubsreisen). Die zweitstärkste Periode wurde von Anfang April bis einschließlich Ende Juni verzeichnet (25,7% aller Urlaubsreisen). Als beliebteste ausländische Reisedestination galt Italien (20,7%), gefolgt von Deutschland (13,1%), Kroatien (11,2%) und Spanien (5,6%). (Vgl. Statistik Austria, 2009b) Bereits im Jahr 2008 konnte man einen Anstieg der Reiseintensität um 2,5 Prozentpunkte für Haupturlaubsreisen feststellen. Die Zahl der durchgeführten Haupturlaubsreisen betrug insgesamt 8,6 Millionen, wobei 5,3 im Ausland und 3,2 Millionen im Inland durchgeführt wurden. (Vgl. Statistik Austria, 2009c, S.1)

3.4 Reisemotive

„Unverändertes Hauptmotiv des Reisens ist seit Jahren die psychische Hygiene, die Erholung in einer Welt, die als Gegenalltag empfunden wird.“ (Krippendorf nach Graf, 2002, S.123)

Im Allgemeinen bestehen zwei Motivationsbereiche nebeneinander, die zur Entscheidung zu einem Urlaub beitragen. Unterschieden wird zwischen „weg von ...“ und „hin zu...“. Nicht immer sind solch Motive explizit feststellbar. (Vgl. Prahl, 2002, S. 241) Auch das Zitat von Krippendorf unterstreicht die zuvor erwähnten Motivationsbereiche. Weg von der Alltagswelt hin zu einer Welt, wo Erholung stattfinden kann.

„Die Suche nach etwas“

Wenn eine Urlaubsentscheidung gefällt wird, kommt der positiven Erwartungsvorstellung eine nur sehr geringe Rolle zu. Nicht viele Menschen, die vor einem Urlaub stehen, haben wirklich konkrete Bedürfnisse und Wünsche. Es

existieren Gefühle wie Neugier, Interesse und Offenheit. Worauf sich Menschen im Konkreten freuen bzw. was sie mit Neugier erfüllt, kann meist nicht formuliert werden. Es besteht der große Wunsch nach dem Anderen, Exotischen bzw. dem Neuen, wie z.B. das Kennenlernen neuer Gegenden, Leuten, Erfahrungen. Wichtig ist, dass der Urlaub zum Gegenpol des Alltags wird. (Vgl. Opaschowski, 2002, S.67f)

„Die Flucht vor etwas“

Das stärkste Urlaubsmotiv ist die Flucht aus dem Alltag. *„Das `zentrale Motiv` der touristischen Reise – der zweckfreien `Freizeitreise` - sei vielmehr ein (je verschieden gestalteter) Distanzgewinn zu den (je verschieden geprägten) Alltagswelten.“* (Scheuch, 1977, S.145)

Dafür verantwortlich ist einerseits das oft empfundene „Leiden“ im Alltag und andererseits die Unfähigkeit sich Urlaub vorzustellen. Für viele Menschen spielt Urlaub deshalb eine so große Rolle, weil er als Anti-Konstruktion zum Alltag aufgefasst wird. Ohne Alltag hätte Urlaub keinen so hohen Stellenwert. Somit sind sowohl Urlaub als auch Alltag unbedingt notwendig, um ein natürliches Ausgleichssystem zu bewirken. Der Urlaub greift die vorherrschenden Bedürfnisse und negativen Bedingungen des alltäglichen Lebens auf und bietet Ausgleichsmöglichkeiten. (Vgl. Opaschowski, 2002, S.68)

Zur Thematik von konkreten Urlaubsmotiven gibt es bereits mehrere Untersuchungen und Ansätze. Reisemotive und Reiseerfahrungen sind jedoch nicht allein für sich zu interpretieren. Sie sind vielmehr ein Produkt von gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen, aber auch von individuellen Lebensumständen der Urlauber. Weiters spielen sowohl Marketingvorgehen von Anbietern in der Tourismusbranche als auch Modetrends bezüglich der Reisemotive eine Rolle. (Vgl. Breidenbach, 2002, S.67f)

3.4.1 Reisemotive nach Opaschowski

Opaschowski ist der Meinung, dass sich aus dem Haupturlaubsmotiv Erholung viele verschiedene Motive herausgebildet haben. Das mehrdimensionale Motivbündel besteht aus einer Variation von Sonne, Ruhe und Natur, außerdem Kontrast, Kultur, Kontakt und Komfort sowie Spaß, Freiheit und Aktivität.

- **Motiv Ruhe:** Die Urlauber haben das starke Verlangen zur Ruhe zu kommen, keinem Stress ausgesetzt zu sein, ihre „Seele“ und Nerven zu beruhigen, auszuschlafen, alles in Ruhe angehen zu lassen, nicht gestört zu werden, etc.
- **Motiv Sonne:** Mit Sonne wird Süden, Sommer, Wärme, Wasser, Strand und Sonnenbad verbunden. Gutes Wetter zu haben ist eine wichtige Voraussetzung für einen gelungenen Urlaub.
- **Motiv Kontrast:** Urlaub soll einen Kontrast zum alltäglichen Leben darstellen. Urlauber sind hier auf der Suche nach dem Neuen, Anderen, Fremden und Außergewöhnlichen.
- **Motiv Natur:** Urlauber haben den Wunsch nach idyllischer Landschaft und freier unberührter Natur.
- **Motiv Freiheit:** Im Urlaub wird eine gesteigerte Spontanität erwartet. Urlauber legen großen Wert darauf, in der Gestaltung des Urlaubs frei und unabhängig zu sein. Es besteht kein Interesse sich an spezielle Programme bzw. Pläne zu halten.
- **Motiv Kontakt:** Kontakt wird nach innen und nach außen gesucht. Auf der einen Seite ist das Zusammensein mit der eigenen Familie gewünscht, auf der anderen Seite jedoch auch der Kontakt zu anderen Menschen. Die Urlaubszeit stellt eine selektive Kontaktzeit dar, das heißt, es geht hauptsächlich um zwanglose und unverbindliche Kontakte.
- **Motiv Spaß:** Im Gegensatz zum ernsten und harten Alltag, soll der Urlaub Spaß bereiten. Spaß ist jedoch eine sehr individuelle Variable und ist je nach Auffassung sehr unterschiedlich.
- **Motiv Komfort:** Reisen sollen möglichst bequem und komfortabel sein. Urlauber haben den starken Wunsch sich in ihrer neuen Umgebung wohl und geborgen zu fühlen. In der heutigen Zeit ist Komfort oft schon eine selbstverständliche Voraussetzung.
- **Motiv Kultur:** Viele Menschen möchten in ihrem Urlaub ihren kulturellen Interessen nachgehen.
- **Motiv Aktivität:** Für manche Urlauber steht Aktivität im Vordergrund, mit dem Wunsch, im Urlaub die Trägheit und Bequemlichkeit des Alltags hinter sich zu lassen.

Diese Hierarchie der Urlaubsmotive ändert sich jedoch im Laufe verschiedener Lebensabschnitte. Unter den einzelnen Altersgruppen variieren die Urlaubsmotive sehr stark. Einen wichtigen Einfluss auf die Rangliste der Motive stellt auch der Familienstand dar. (Vgl. Opaschowski, 2002, S.91-96)

3.4.2 Reisemotive nach Crompton

Anschließend noch eine andere Darstellung von Reisemotiven. Nach Crompton, der 1979 im amerikanischen Raum eine Untersuchung zu dieser Thematik durchführte, ergaben sich folgende Reisemotive:

Flucht aus einer als irdisch und banal wahrgenommenen Umgebung, Selbsterforschung und -erweiterung, Entspannung, Prestige, Regression, Verbesserung von Verwandtschaftsbeziehungen und Erleichterung sozialer Interaktion. (Vgl. Graf, 2002, S.47)

3.5 Touristische Verhaltensmuster

Obwohl Urlauber verschiedene Reisemotive und Interessensgebiete mitbringen, konnten mittels Untersuchungen touristische Verhaltensmuster erkannt werden. Zunächst kam es zur Beobachtung von der Reproduktion von Alltagsstrukturen. Der Urlaub gilt zwar als Gegen-Konstruktion zum Alltag, dennoch können alltägliche Gewohnheiten, Bedürfnisse und Verhaltensweisen nicht vollkommen abgelegt werden. Häufig ist das der Grund dafür, dass Urlauber während ihrer Reise trotzdem wieder ihrem üblichen Alltagstrott verfallen. Im Gegensatz dazu existiert ebenfalls die Möglichkeit, dass die Urlauber ein Sonderverhalten aufweisen, das für die Mitmenschen zumeist unangenehm wirkt. Durch die untypische Situation im Urlaub wendet der Urlauber Verhaltensweisen an, die im familiären oder Arbeitsumfeld als ungewöhnlich eingestuft werden würden. Ein weiteres Anzeichen für eine typische touristische Verhaltensweise stellt die Suche nach der Bestätigung der Vorstellungen dar. Hierbei handelt es sich um Vorstellungen, die die Urlauber beispielsweise vom Reiseziel haben. Der Urlaub soll so verlaufen, wie es den Urlaubern im Vorfeld auch versprochen worden ist und wie sie es erwarten. Diese einseitige Einstellung führt zu Verslossenheit

gegenüber Neuem wie z.B. der fremden Umgebung. (Vgl. Breidenbach, 2002, S.69)

3.6 Effekte und Auswirkungen von Urlaub/Reisen

Zur Thematik Reisen und dem damit verbundenen Erholungswert und psychotherapeutischen Nutzen gibt es bislang nur vereinzelt Untersuchungen. (Vgl. Graf, 2002, S.123) Obwohl der Forschungsstand bescheiden ist, wird weitgehend von „gesunden Reisen“ und „erholsamen Urlauben“ gesprochen bzw. geschrieben. Diese Annahme ist zwar weit verbreitet und erscheint glaubwürdig, jedoch nicht empirisch nachweisbar.

Beim Vergleich der wenigen vorhandenen Studien, können folgende Aspekte identifiziert werden. Das oft in Betracht gezogene Konzept „Urlaub=Reise=Erholung“ ist zu hinterfragen. Auch Nichtreisende können sich erholen und physiologisch Erholte müssen nicht gleich psychologisch erholt sein. Einen sehr wichtigen Faktor stellt die Situation dar, in der sich die Person vor dem Urlaub und/oder vor der Reise befindet. Hier spielen insbesondere die körperliche, soziale und Umweltbelastung eine wesentliche Rolle.

Außerdem greift die Trennung in „passive Erholung“ und „aktives Erlebnis“ zu kurz. Die Bedeutung des Erlebnisaspekts als wichtiger Faktor im Urlaub trägt wesentlich zum subjektiven Urlaubserfolg bei. Allerdings kann diese nicht von Außenstehenden beurteilt werden, denn das Empfinden von positiven und negativen Auffassungen ist eine äußerst subjektive Angelegenheit. (Vgl. Keul, 2001, S.50ff)

„Urlaubserleben versucht, zyklisch Erregung und Ruhe, Lust und Unlust zu optimieren bzw. optimal zwischen Anstrengung und Entspannung zu pendeln.“
(Schober und Crompton nach Keul, 2001, S.51)

Graf hat sich 2001 in ihrer Dissertation mit dem Zusammenhang zwischen Reisen und seelischer Gesundheit beschäftigt. In erster Linie steht die Fragestellung im Mittelpunkt, ob und wie Tourismus zur Förderung und Erhaltung der seelischen Gesundheit von Reisenden beitragen kann. Mittels teilnehmender Beobachtung und inhaltsanalytisch ausgewerteter Interviews wurden zwei Reisemilieus,

einerseits Campingurlauber aus Deutschland und andererseits Rucksackreisende in außereuropäischen Ländern, untersucht. Anschließend unternahm Graf den Versuch, die aktuellen Ergebnisse in verschiedene theoretische Rahmen, speziell innerhalb der Tiefen- und Umweltpsychologie, einzuordnen. Ziel war die Ausarbeitung eines Modells, durch die integrierende Zusammenfassung der Ergebnisse und Darstellung bzw. Erläuterung von psychologischen Effekten durch Reisen.

Der folgende Abschnitt führt die wichtigsten Aspekte zum therapeutischen Effekt von Reisen nach Graf an.

Bereits die Abwendung vom alltäglichen Leben kann eine große Entlastung und in weiterer Folge eine Steigerung des Wohlbefindens mit sich bringen. Dieser Fall tritt speziell dann auf, wenn der Alltag anstrengend und überfordernd empfunden wird. Bei Reisen bzw. Urlaub erfolgt ein Wechsel der Stellung auf dem Spannungs-Ruhe-Kontinuum. Diese Veränderung kann beidseitig verlaufen, entweder in Richtung „spannungsreiches Erleben“ oder in Richtung „entspanntem Erleben“. Diesen ersten entscheidenden Effekt des Reisens nennt Graf **kompensatorische Verschiebung**. Verschiebung passiert auf Dimensionen, an deren Pole Begriffspaare wie beispielsweise „Abenteuer versus Sicherheit“ stehen. Die Psychoanalyse würde die kompensatorische Verschiebung mit der Ausbalancierung des Grundkonflikts² vergleichen. Im Reise-Kontext geht es darum, auf den Grundkonflikt basierende Spannungen auszugleichen. Graf teilt diesen Effekt der Kategorie Erholung zu. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere kompensatorische Effekte, die aufgrund der Reise zugelassen werden. Es kommt zu einer Veränderung der Dynamik zwischen den Polen Autonomie und Geborgenheit. Grund dafür ist sowohl die veränderte Beziehung zur Umwelt als auch die veränderten Sozialbeziehungen. Neue Reaktionsmuster müssen generiert werden und somit kann eine Erweiterung der psychischen Flexibilität entstehen. Die Bewegungen auf der Spannungs-Ruhedimension können zu Prozessen der Persönlichkeitsentwicklung, Progression, Regeneration und

² Grundkonflikt: ist laut Psychoanalyse die Grundlage für die psychische Entwicklung und Dynamik des Menschen. Je nachdem wie er mit dem Konflikt umgeht, wird die Persönlichkeit als Erwachsener geprägt. Dem Lebensalter entsprechend entstehen zentrale Entwicklungsaufgaben, die nach einer Lösung verlangen. Werden sie nicht positiv bewältigt, kann es zur Entstehung von Konflikten kommen. Besonders prägend ist die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben im Kindesalter. Da es bei den Grundkonflikten immer zwei sich widersprechende Richtungen gibt, für die sich der Mensch entscheiden muss, werden sie auch als Ambivalenzkonflikte bezeichnet. In Verbindung mit dem Reisen spielt besonders der Autonomie-Geborgenheitskonflikt eine zentrale Rolle. (Vgl. Graf, 2002, S.85-94)

Entspannung führen. Diese Prozesse können eine erholsame Ergänzung im Alltagserleben auslösen. Die kompensatorische Verschiebung kann sich in unterschiedlichen Lebensbereichen parallel in verschiedene Richtungen ausbreiten. Entwicklung findet statt bei einer Bewegung in Richtung Spannung, Regeneration bei einer Bewegung in Richtung Entspannung.

Bei den Rucksackreisenden ist beispielsweise ein progressiver Prozess festzustellen, der Selbstsicherheit und Selbstvertrauen steigen lässt. Zunächst kommt es zu einer Destabilisierung durch fremde und unbekannte Lebenssituationen, die bewältigt werden müssen. Besonders dieser Verlauf spielt bei jungen Reisenden eine wichtige Rolle, da sie nach der Bewältigung des unbekanntem Zustands gestärkt aus der Situation hervorgehen. Findet jedoch keine positive Bewältigung statt, kommt es zu einer erneuten Destabilisierung, die sogar im körperlichen und bzw. oder psychischen Zusammenbruch enden kann. Im Urlaub gibt es jedoch meist die Möglichkeit, sich bei Überforderung relativ schnell in einen sicheren Bereich zurückzuziehen, da die Herausforderungen im überwiegenden Fall selbst ausgesucht werden können.

Intrapsychische Konflikte gehen aus bipolaren Bedürfnisgruppen rund um das Bedürfnispaar Autonomie versus Abhängigkeit hervor. Dieser Fakt stellt jedoch keine Außergewöhnlichkeit dar und ist bei jedem Menschen zu beobachten. Zu neurotischen Störungen kann es dann kommen, wenn einer der beiden Pole ständig eine Bevorzugung erfährt. Diese Versteifung auf eine Position hemmt das Entwicklungspotential enorm. Reisen kann in diesem Bezug eine entgegenwirkende Rolle einnehmen und auflockern. Im Gegensatz dazu kann es während der Reise auch zu einer noch stärkeren Tendenz in die Richtung kommen, die im Alltag ohnehin bevorzugt wird. Ein Beispiel hierfür wäre die ständige Flucht in einen geschützten Rahmen z.B. Campingplatz, um sich nicht mit gewissen Problemen auseinandersetzen zu müssen. Einfluss auf die bevorzugten Dynamiken haben jedoch auch gesellschaftliche Aspekte und das Alter. Jüngere Personen tendieren im Alltag und in der Freizeit meist in Richtung Autonomie, während ältere Menschen sich eher in der Nähe des Geborgenheits-Pols aufhalten. Diese Neigungen können ebenfalls im Urlaubsverhalten beobachtet werden. Weiters kann es während der Reise zu einer Kompensation einer Unter- oder Überstimulation durch die Umwelt im Alltag kommen. Dies führt in weiterer Folge zu einer kurzfristigen Erholung. Außerdem kann das

Adaptionsniveau einer Veränderung unterliegen, die langfristig bzw. dauerhaft beibehalten werden kann. Auch die Untersuchung von Graf generierte Ergebnisse, die diese Annahme unterstützen. So berichten Rucksackreisende über eine höhere Stressresistenz und mehr Selbstsicherheit im Alltag. Im Gegensatz dazu lassen manche Reisenden ihre Erfahrungen unberücksichtigt, sobald sie wieder in ihre alltäglichen Routinen eintreten. Die Gründe, warum bei einigen Menschen ein Transfer von therapeutischen Erfahrungen in den Alltag stattfindet und bei anderen wiederum nicht, ist noch weitgehend unerforscht.

Ein weiteres wesentliches Phänomen beim Reisen ist die Veränderung von sozialen Beziehungen. Sowohl die Beziehung mit der physischen Umwelt als auch mit der sozialen Umwelt erfährt während der Reise eine Neugestaltung. Zwischenmenschliche Kontakte werden auf Reisen viel intensiver und wichtiger empfunden. Besonders bei Personen, die auf der Reise neue Beziehungsformen kennenlernen bzw. anwenden, die in ihrem alltäglichen Umfeld nicht stattfinden, können positive therapeutische Erfahrungen auftreten. Der Urlaub dient gewissermaßen als „soziales Übungsfeld, bei dem neue Strategien eingesetzt und ausprobiert werden können, ohne dass langfristige negative Konsequenzen zu erwarten sind.

Neues Verhalten wird ausprobiert, da sich für die neuen Situationen noch keine erprobten Muster im Verhaltensrepertoire des Reisenden befinden. Dies trägt sehr stark zur Entwicklung der Persönlichkeit bei. Jeder Urlauber erhält eine gewisse Ferienrolle, die sich von seiner Alltagsrolle unterscheidet. Diese kompensatorischen Rollen sind für Erholung verantwortlich.

Reisen kann jedoch auch als Flucht oder Vermeidungsstrategie verwendet werden. Wenn auch kein längerfristiger therapeutischer Nutzen davon hervorgeht, kann doch vielleicht der Einzelne von der nötigen kurzfristigen Erholung profitieren.

Oft ist es der Fall, dass sich der Reisende vollkommen vom Alltag abwendet, weil er mit den jeweiligen Bedingungen nicht mehr zurechtkommt. Kommt solch ein Verhalten zur Anwendung, verliert jedoch auch schnell die neue interessante Welt ihren Anreiz, denn auch dort kehren nach gewisser Zeit alltägliche Muster in den Tagesablauf ein.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Reisens ist die Regression. Einigen Menschen dienen Reisen zu regressivem Erleben, das sowohl Chancen als auch

Schwierigkeiten mit sich bringt. Zeitlich begrenztes regressives Erleben kann psychische Stabilität ermöglichen, dauerhaftes jedoch das Gegenteil bewirken.

Der zweite wichtige therapeutische Effekt ist die **imaginäre Erfahrung mit ihrer wunsch- und bedürfnisgeleiteten Umweltwahrnehmung**. Zunächst kann sie den Prozess der kompensatorischen Verschiebung unterstützen. Der Reisende nimmt die Umwelt mit einer gewissen Verzerrung wahr. Er fixiert sich auf Sachen, die seinen Bedürfnissen, die im Alltag teilweise vernachlässigt sind, entsprechen. Die Reiseumwelt wird so modelliert, wie es sich derjenige im Vorhinein gewünscht hat. Diese spezielle Wahrnehmungsverzerrung ermöglicht eine positive emotionale Grundhaltung, die in weiterer Folge auch eine wesentliche Rolle für eine gelungene Reise spielt. Von diesem Standpunkt aus betrachtet, ist Reisen eine egozentrische Erfahrung, bei der sich die Umweltwahrnehmung am Selbst und seinen affektiven Bedürfnissen orientiert. (Vgl. Graf, 2002, S.254-262)

Durch diese Hilfsmittel kann *„zumindest für eine gewisse Zeit eine Wunsch- und Traumwelt entstehen, die uns für Frustrationen und Schmerz im Alltag entschädigt und die uns über Enttäuschung hinweg trösten kann. Wer jedoch aus dieser Welt nicht mehr aufzutauchen vermag, und ihren besonderen Charakter nicht mehr erkennt, der wird im `wirklichen Leben` nicht mehr Fuß fassen.“* (Graf, 2002, S.262)

Zusätzlich zum Effekt der Erleichterung eines kompensatorischen Erlebens, besitzt die imaginäre Erfahrung auch selbst heilsame Elemente. In den Mittelpunkt der Wahrnehmung verdrängt das „Schöne“ den Platz des „Wahren“. (Vgl. Graf, 2002, S.262f)

Zum Schluss sei bemerkt, dass die zwei erwähnten therapeutischen Effekte nicht unabhängig voneinander zu betrachten sind, sondern immer im Zusammenhang stehen.

4. MENSCHEN MIT BEHINDERUNG UND TOURISMUS

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Aspekte über das Reisen von Menschen mit Behinderung dargestellt werden. Zu Beginn erfolgt eine Darstellung des internationalen sowie nationalen Forschungsstands über die Reisetematik. Anschließend werden Menschen mit Behinderung als touristische Konsumenten näher beleuchtet und Reisemotive, Entscheidungskriterien, Verhaltensweisen, den Prozess des Reiseaktivwerdens und sowohl bestehende Barrieren als auch deren Bewältigung vorgestellt.

4.1 Forschungsstand

Zu Beginn sei angemerkt, dass in der allgemeinen Tourismusliteratur auf Menschen mit Behinderung nur vereinzelt eingegangen wird.

Die Tourismusbranche gilt als expandierender und bedeutender Wirtschaftsfaktor, mit großem Zukunftspotential, der ein essentielles Grundbedürfnis der erwerbstätigen Bevölkerung – nämlich Urlaub – zu erfüllen vermag. Im Gegensatz dazu kommt es jedoch weitgehend zu einer Ignoranz der aktuellen demografischen Trends und Entwicklungen, die auch Einfluss auf die touristische Entwicklung haben.

„While traditional marketing researchers frequently employ segmentation studies on ethnic, age, and socioeconomic subgroups, the potential of the sizeable, accessible, and responsive disabilities market is largely ignored. Research actions are needed that address the special problems, feelings, perceptions, and actual choice models used by costumers who are physically or emotionally challenged.”
(Bender Baker/Burnett., 2001, S.4)

Besonders für den Tourismussektor scheint es von enormer Wichtigkeit, auf unterschiedliche Kundenwünsche differenziert einzugehen, um das eigene Angebot attraktiver zu machen, Wettbewerbsvorteile zu erlangen und neue Zielgruppen zu erschließen. (Vgl. Wilken, 2002, S. 28) Es bleibt nur zu hoffen, dass in Zukunft vermehrt Menschen mit Behinderung als interessante und attraktive Zielgruppe angesehen werden und sich die Tourismusbranche auf die jeweiligen Bedürfnisse einlässt.

Auch bei der wissenschaftlichen Literatur von Behinderung im Bezug auf Tourismus bestehen sowohl international als auch vor allem im deutschsprachigen Raum große Defizite. Das Ausmaß der Forschungsarbeiten bezüglich Nachfrage, Bereitstellung oder Koordinationsangelegenheiten von Urlaub für Menschen mit Behinderung entspricht nicht dem vorhandenen Interesse. (Vgl. Darcy, 2002, S.62)

In Deutschland und Österreich gibt es zwar einige Fachbeiträge, Berichte über Organisationen bzw. Projekte, jedoch kaum wissenschaftliche Literatur oder empirische Studien. Außerdem sind einige Diplomarbeiten vorhanden, deren Schwerpunkte jedoch eindeutig im Bereich der Wirtschaft, des Tourismus und des Marketings liegen.

Im englischsprachigen Raum existiert zwar einiges an Literatur, trotzdem besteht auch dort ein großer Mangel an empirischen Studien zu diesem Themengebiet. (Vgl. Yau et al., 2004, S.948) In einigen Artikeln wird von einem internationalen Phänomen gesprochen, da es nur sehr wenige andere Konsumentengruppen zu geben scheint, die mehr ignoriert werden als Menschen mit körperlicher Behinderung. Aus diesem Grund fehlt es möglicherweise auch an empirischen Studien über die Reisebedürfnisse von Menschen mit körperlichen Behinderungen. (Vgl. Daniels et al., 2004, S.919)

Die meisten wissenschaftlichen Artikel stehen in Verbindung mit der Tourismusbranche und haben den Fokus auf der Erschließung des Behindertensektors im Tourismusbereich. Einiges an Material gibt es auch zu physischen Barrieren beim Reisen. Der Großteil der Literatur beschäftigt sich mit quantitativen Themen. Auch im englischsprachigen Raum fehlt es weitgehend an qualitativen Forschungsarbeiten.

„Detailed research on disabled travelers is fairly limited within tourism studies and what work that does exist tends to focus on the problems of physical access.“
(Coles/Shaw, 2003, S.399)

Solch Untersuchungen tragen einen wichtigen Teil zur Erschließung der Forschungsthematik bei. Weitgehend bestehen jedoch Wissenslücken im qualitativen Bereich. Die Erweiterung des Wissens verlangt eine Veränderung des Fokus vermehrt auf qualitative Methoden. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.922)

An dieser Stelle muss auch angemerkt werden, dass die verwendeten Ergebnisse von Studien in dieser Arbeit nicht für alle Menschen mit Behinderung und

Reiseerfahrung zutreffen. In vielen der verwendeten wissenschaftlichen Artikel weisen die Verfasser auf die Problematik der Repräsentativität der Erkenntnisse hin, denn sie entsprechen nur der jeweils untersuchten Personengruppe und bilden in weiterer Folge Grundlagen für zukünftige Forschungsarbeiten.

4.2 Menschen mit Behinderung als touristische Konsumenten

Obwohl das Marktpotenzial von Menschen mit Behinderung weltweit als sehr hoch eingestuft ist und jene Gruppe als nennenswertes Kundenpotenzial gilt, herrschen nach wie vor große Defizite im Bereich dieses Tourismussektors. (Vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2003, S.18f) Es handelt sich hierbei um ein Marktsegment, das von der Tourismusbranche bei weitem nicht ausreichend in seinen Urlaubs-, Ferien- und Reisebedürfnissen berücksichtigt wird. (Vgl. Wilken, 2002, S.23)

Menschen mit Behinderung und ältere Menschen werden häufig durch verschiedene Barrieren gehindert, ihre Reiseintentionen umzusetzen. Einer Umfrage in Deutschland nach zu schließen, unternehmen rund 75% der Deutschen mindestens einmal im Jahr eine mindestens fünftagelange Reise. Bei Menschen mit Behinderung beläuft sich der Prozentsatz auf knapp 60%. Der andere Teil der Befragten tritt auf Grund der zu hohen Barrieren keine Reisen an. 37% der Befragten mussten schon einmal wegen eines Mangels an barrierefreien oder behindertengerechten Angeboten, Einrichtungen oder Dienstleistungen auf eine Reise verzichten. 48% der Befragten würden öfter verreisen, wenn am Markt mehr barrierefreie Angebote verfügbar wären. (Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend/Wirtschaftskammer Österreich, 2009, S.3)

Eine Steigerung der Reiseintensität kann nicht nur bei Menschen mit Behinderung, sondern auch bei älteren Personen erwartet werden. Bei Menschen mit Behinderung stieg sie von 54% im Jahr 2002 auf knapp 60% im Jahr 2006. Die Reiseintensität der 60- bis 69-Jährigen liegt inzwischen bei 75% und bei den Über-70-Jährigen bei 60%. (ebd. S.3)

Mittels behindertenadäquater touristischer Einrichtungen kann auch der Marktsektor der älteren Personen angesprochen werden. Einen Großteil der Menschen mit Behinderung stellen ältere Menschen dar, die vor allem von

Mobilitätseinschränkungen betroffen sind. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass entsprechende Institutionen für Menschen mit Behinderung auch für eine zunehmende Zahl von Senioren geeignet wäre. (Vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2003, S.18f)

Die Europäische Kommission stellt außerdem fest, dass *„derzeit der tatsächliche Anteil von behinderten Reisenden deutlich niedriger ist, als es diese Zahlen vermuten lassen, und wenn man in einer vorsichtigen Schätzung einmal davon ausgehen würde, dass ... [etwa jede zweite Person mit Behinderung begleitet wird, Anmerkung VerfasserInnen], käme man auf ein bislang ungenutztes Potenzial von 35 Millionen Touristen und 630 Millionen Übernachtungen.“* (Europäische Kommission, 1996, S.16)

4.2.1 Einteilung in Marktsegmente

Wie im ersten Kapitel bereits erwähnt, stellen Menschen mit Behinderung keine homogene Gruppe dar. In der Tourismusliteratur ist der Nutzen der Einteilung in einzelne Marktsegmente bereits lange Zeit bekannt. Segmentierung bedeutet den Markt in verschiedene homogene Gruppen von Personen mit ähnlichen Bedürfnissen und Wünschen einzuteilen. (Vgl. Bender Baker/Burnett, 2001, S. 6) Es gibt unterschiedliche Gründe, warum Menschen beispielsweise in einem Rollstuhl sitzen. Die Bedürfnisse von Personen, die schon immer aufgrund ihrer körperlichen Behinderung an den Rollstuhl angewiesen sind, können beispielsweise weit von den Bedürfnissen von Menschen, die aufgrund Multipler Skoliose mobilitätseingeschränkt sind, abweichen. Dieses Beispiel spiegelt die Wichtigkeit von Marktsegmentation im Tourismusbereich dar. (Vgl. Ray/Ryder, 2003, S.62)

Wilken schlägt eine Einteilung von Menschen mit Behinderung in drei Zielgruppen für touristische Gestaltungsangelegenheiten vor. Die erste Gruppe umfasst Personen mit Behinderung im engeren Sinne, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen sowie Einschränkungen beim Hören, Sprechen oder Sehen aufweisen. Die zweite Gruppe bilden Menschen mit chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Schäden, Diabetes oder Dialysepatienten. Personen mit altersbedingten Behinderungen werden der dritten

Gruppe zugeordnet. Wegen der unterschiedlichen Auswirkungen der Behinderungen, ist es notwendig, die Urlaubs-, Ferien- und Reisebedingungen den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten, um in weiterer Folge unnötige Nachteile zu vermeiden. (Vgl. Wilken, 1997, S.122)

In der Vergangenheit wurden beeinträchtigte Personen entweder durch ihren medizinischen Zustand oder den Grad der Selbstversorgung kategorisiert. In heutigen Zeiten tendiert man zu der Orientierung an soziologischen, anthropologischen und gerontologischen Erkenntnissen. Basis bilden die Fähigkeiten des Einzelnen die Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen. (Vgl. Bender Baker/Burnett, 2001, S.6)

4.2.2 Reisemotive

Ergebnisse einer Untersuchung über ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle, 2003 in Deutschland vom Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft in Auftrag gegeben, belegen, dass ein sehr großer Anteil (82%) der mobilitäts- und aktivitätseingeschränkten Reisenden ihren Urlaub als Erholungsurlaub ansieht. Gefolgt wird der Wunsch nach Erholungsurlaub vom klassischen Gesundheits- bzw. Kururlaub (34%) und Kultururlaub (21%). (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2003, S.9)

Hier gibt es eine eindeutige Parallele zu der restlichen deutschen Bevölkerung, die ihre Haupturlaubsreise ebenfalls als Erholungsreise plant. Unterschiede lassen sich im Bereich der Kurzurlaube feststellen. Diese werden von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen häufig als Städtereisen gestaltet. Grund dafür dürfte die städtische Infrastruktur sein, die den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung mehr entspricht als Gegenden im ländlichen Raum, da beispielsweise die Fortbewegung oder Aktivitäten vor Ort in Städten meist weniger beschwerlich sind.

Laut der durchgeführten Reiseanalyse entsprechen die Hauptreisemotive von Menschen mit Behinderung jenen der restlichen Bevölkerung. Die wichtigsten Motivatoren stellen Entspannung, „keinen Stress haben“, „sich nicht unter Druck setzen lassen“ und „neue Kraft sammeln“ dar. Weitere Reisemotive sind „gesundes Klima“, „Natur erleben“ und „etwas für die Gesundheit tun“. Der letztgenannte Aspekt hat für sie einen höheren Stellenwert als für die deutsche

Durchschnittsbevölkerung. (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2003, S.9)

Während eines typischen Urlaubs findet ein großer Teil der Aktivitäten in der freien Natur statt. Vor allem Menschen mit mittleren bis schweren Behinderungen bevorzugen ruhige, eher ländliche Gebiete. Studien bestätigen, dass Menschen mit Behinderung großes Interesse haben, mehr von der Natur zu lernen, verschiedene Landschaften kennenzulernen oder Naturwundern beizuwohnen. (Vgl. Ray/Ryder, 2003, S.63) Außerdem scheinen auch soziale Aspekte als Reisemotivatoren zu fungieren. Als soziale Motivatoren können beispielsweise das Zusammensein mit der Familie oder der Besuch von Verwandten und Freunden bezeichnet werden. Weiters besteht das starke Bedürfnis sich „frei zu fühlen“, das „machen zu können, wonach man sich gerade fühlt“ und andere Länder und Lebensarten kennenzulernen. (ebd. S.63f)

Manchmal bedeutet Urlaub eine Erholungspause, nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Familienmitglieder, die normalerweise die alltägliche Pflege und Betreuung übernehmen. Urlaub als Entlastungsform kann daher auch als mögliches Reisemotiv empfunden werden. (Vgl. Coles/Shaw, 2004, S.402)

Die vorgestellten Reisemotivatoren für Menschen mit Behinderung können jedoch nicht als repräsentativ bezeichnet werden. Auch wenn es unterschiedliche Untersuchungen zu dieser Thematik gibt, treffen sie jedoch immer nur für die befragten Personengruppen zu. In Österreich existieren beispielsweise keine genauen Daten über die Anzahl der Menschen mit Beeinträchtigungen. In weiterer Folge gibt es keine exakten Zahlen zu Reisenden mit Behinderung. Ein weiterer Grund ist die Inhomogenität dieser Personengruppe. In der vorher dargestellten Untersuchung über die Reisemotive stehen Naturaktivitäten an erster Stelle. Mit großer Wahrscheinlichkeit würde die gleiche Untersuchung bei jüngeren Menschen mit Beeinträchtigungen andere Ergebnisse hervorbringen.

Die Erwartungen, Erfahrungen und die Bedeutung von Urlaub variieren zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen. Auch die Art der Behinderung und der benötigte Hilfsbedarf haben Einfluss auf diese Komponenten. An dieser Stelle sei die Bedeutung der Marktsegmentierung und die Betrachtung der Bedürfnisse und

Wünsche der einzelnen Gruppen erneut zu erwähnen. (Vgl. Coles/Shaw, 2004, S.402)

4.2.3 Reiseverhalten und Einfluss des Schweregrads der Behinderung auf das Reiseverhalten

Bei genauerer Betrachtung des Kontexts von Urlaubsreisen, kann in vielerlei Hinblick eine Ähnlichkeit zwischen Menschen mit körperlicher Behinderung und anderen Reisenden beobachtet werden. Allerdings werden Menschen mit Körperbehinderung mit besonderen Umständen konfrontiert, was nicht unberücksichtigt bleiben darf (Vgl. Daniels et al., 2005, S.928)

Einen großen Einflussfaktor auf das Reiseverhalten stellt der Schweregrad der Behinderung dar. Viele unterschiedliche Bereiche, die in Verbindung mit dem Reisen stehen, werden dadurch geprägt. Umso schwerer das Handicap, desto seltener werden Reisen unternommen. Gründe dafür dürften im erhöhten Aufwand der Reiseorganisation liegen.

Sowohl Menschen mit leichter, mittlerer und schwerer Behinderung orientieren sich stark an vergangenen Erlebnissen bzw. Erfahrungen. (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2003, S.11) Menschen mit Behinderung sind unverhältnismäßig loyal zu gewissen Reiseagenturen oder Unterkünften, die ihren Bedürfnissen am besten gerecht geworden sind und ihnen positive Erfahrungen ermöglicht haben. (Vgl. Yau et al., 2007, S.290; Bender Baker/Burnett et al., 2001, S.11)

2001 wurde in einer Studie in den USA der Zusammenhang zwischen den vier Entscheidungskriterien für ein Reiseziel (Umfeld, Zugänglichkeit, Leistung und Aktivitäten) mit dem jeweiligen Schweregrad der Behinderung untersucht. (Vgl. Bender Baker/Burnett, 2001, S.4) Drei signifikante Zusammenhänge konnten festgestellt werden. Der Schweregrad des Handikaps hat Einfluss auf Faktoren der Umwelt, der Zugänglichkeit und der Aktivitäten. In jedem der drei Fälle geht die Beziehung in eine positive Richtung, das bedeutet, dass für Menschen mit schwerer Behinderung die Aspekte Umwelt, Zugänglichkeit und Aktivitäten bei der Reiseziel-Entscheidung mehr Bedeutung aufweisen als für Betroffene mit weniger schwerer Beeinträchtigung. Hingegen besteht kein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Behinderung und herkömmlichen Kriterien (Leistung). Entweder sind diese Kriterien für Betroffene nicht relevant, oder sie sind nicht

behinderungsspezifisch und treffen für den Großteil der Konsumenten zu. (Vgl. Bender Baker/Burnett, 2001, S.8ff)

4.3 Der Prozess des Reiseaktivwerdens

Wenn Menschen mit Behinderung reiseaktiv werden, erfolgt ein komplexer Prozess, der von persönlichen Faktoren, Aspekten der Behinderung und dem Reisekontext beeinflusst wird. Der persönliche Kontext und der Behinderungskontext wirken auf den Prozess ein. Umwelt- und Reisekontext stehen wiederum in Wechselwirkung mit dem Prozess.

4.3.1 Prozess des Reiseaktivwerdens und –bleibens

Trotz der unterschiedlichen Behinderungen, Hintergründe und Situationen der jeweiligen Personen, zeichnet sich der Prozess des Reiseaktivwerdens in sechs Phasen ab, die bei allen Touristen mit Beeinträchtigung identisch verlaufen. Die ersten drei Phasen sind stark personenbezogen. Frühere Erfahrungen mit der Behinderung haben oft Einfluss auf diese Phasen. Sie betreffen häufig intime Bereiche und werden deshalb nicht mit Außenstehenden geteilt. Der schwierigste Schritt in dieser Situation stellt die Tatsache dar, die Behinderung anzunehmen und das Leben mit der Behinderung zu akzeptieren. (Vgl. Yau et al., 2007, S.284) Dies ist notwendig, um wieder ein aktives Mitglied im Familienverbund und in der Gesellschaft zu werden. Leute, die ihre Behinderung nicht akzeptieren können bzw. wollen, neigen dazu, öffentliche Orte zu meiden und in weiterer Folge nur sehr selten bzw. gar nicht zu verreisen. (Vgl. Yau et al., 2004, S.950)

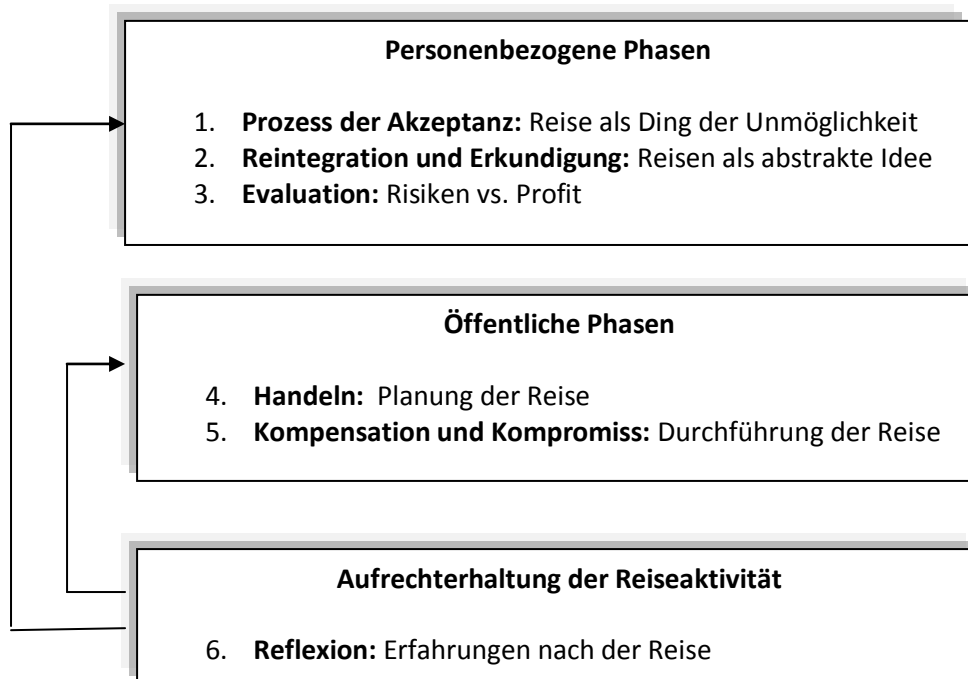


Abbildung 1: Der Prozess des Reiseaktivwerdens
(Grafik übersetzt aus Yau et al., 2007, S.285)

In der **ersten Phase** liegt der Fokus voll und ganz auf der Rehabilitation und möglichen Verbesserung des Zustands.

In der **zweiten Phase** geht es hauptsächlich um die Bewältigung des Alltags bzw. der alltägliche Routinen. Die Idee von Reisen und Urlaub erscheint wie ein abstrakter Gedanke. Besonders für Menschen ohne angeborene Behinderung ist die Tatsache der, durch die Behinderung verursachten, plötzlich fehlenden Fähigkeiten oder Möglichkeiten zum Reisen, ein schwerer Einschnitt in die Lebensqualität.

Erstmals in der **dritten Phase** wird die Idee des Reisens zu einer realen Möglichkeit. Hier erfolgt eine Einschätzung der denkbaren Risiken und des möglichen Profits einer Reise. Für viele Menschen stellt dieser Abschnitt eine zeitaufwendige und energieraubende Phase dar. Für einige überwiegen die potentiellen Risiken eindeutig im Vergleich zum Profit, was in weiterer Folge zu einer Entscheidung gegen eine Reise führt. Sobald die Reise jedoch als Möglichkeit, für eine gewisse Zeit aus dem Alltag „auszubrechen“ und den Horizont zu erweitern, aufgefasst wird, findet der Übergang zur vierten Phase statt. (Vgl. Yau et al., 2007, S.284f)

In der **vierten Phase** erfolgt die genaue Planung der Reise. Die Hauptaufgabe liegt in der Informationssuche. In diesem Stadium muss der zukünftige Tourist viele Aspekte bedenken und passende Lösungen für eventuelle Problematiken finden. Diese Herausforderungen sind für einige Menschen mit Behinderung entmutigend und abschreckend. Mit zunehmender Erfahrung auf diesem Gebiet, verringert sich jedoch das Ausmaß dieser hinderlichen Überlegungen. Um potentielle Probleme während der Reise zu vermeiden, ist ein detailliertes Planen im Vorfeld unumgänglich. Im Gegensatz zu Menschen ohne Beeinträchtigungen müssen Menschen mit Behinderung häufig viel mehr Zeit in die Planung der Reisen investieren. Sie müssen sich zusätzlich Informationen z.B. über die Zugänglichkeit von Hotels, Transportmittel, Sehenswürdigkeiten, die Verfügbarkeit von persönlichen Assistenten oder Reisebegleiter verschaffen. Außerdem besteht die Notwendigkeit, ständig die erhaltenen Informationen sowohl auf ihre Richtigkeit als auch auf ihre Aktualität hin zu überprüfen, weil jene oft falsch oder irreführend sind. (Vgl. Yau et al., 2004, S.954) Der Erhalt von falscher bzw. mangelhafter Information über behindertengerechte Unterkünfte kann den Urlaub zu einem katastrophalen Erlebnis machen. Die wichtigsten Informationen über Unterkünfte sind Auskünfte über die Dimension und Gestaltung der Räumlichkeiten. Oft kommt es jedoch vor, dass diese Informationen entweder nicht verfügbar bzw. zur Zeit der Anfrage nicht exakt angegeben sind oder von den Managern missverstanden werden. (Vgl. Darcy, 2002, S.68) Problematisch erscheint auch die Informationsbeschaffung durch Reiseagenturen, die nicht auf die Anforderungen für Menschen mit Behinderung spezialisiert sind. Die Qualität der Informationen über Pflegeangelegenheiten in Verbindung mit Reisen ist unvollständig und nicht besonders zuverlässig oder genau. Die meisten Reisenden mit Behinderung haben nur wenig Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Informationen von Reiseagenturen und unternehmen daher noch zusätzliche Nachforschungen, um die erhaltenen Auskünfte einer Überprüfung zu unterziehen. (Vgl. Yau et al., 2003, S.466-471)

„Enhanced development and dissemination of specific and useful information would perhaps provide the most effective means for increasing opportunities for both the traveler and the service provider.” (Cavinato/Cuckovich, 1992, S.53)

In der **fünften Phase** erfolgt die Durchführung der Reise. Menschen mit Behinderung müssen auf Reisen einige Kompromisse eingehen. Ungeeignete Unterkünfte mit baulichen Barrieren, verpasste Aktivitäten auf Grund ungeplanter Verspätung oder kein Zugang zu Attraktionen wegen Unzugänglichkeit sind einige Beispiele von Erlebnissen, mit denen Menschen mit Behinderung umgehen müssen. In Extremfällen können sogar Copingstrategien erforderlich werden. Gewisse Situationen nehmen Menschen mit Behinderung eher mit Humor als mit Resignation hin. Sie finden sich mit diesen Situationen ab, mit dem Wissen, dass gewisse „Opfer“ notwendig sind, um an touristischen Aktivitäten teilnehmen zu können. Stattdessen suchen sie nach innovativen Lösungen, die sie zumindest an bestimmten Attraktionen teilnehmen lassen. Kompromisse basieren jedoch nicht immer auf Freiwilligkeit. Oft müssen sich Menschen mit Behinderung auf die Ratschläge anderer bezüglich Informationen über beispielsweise zugängliche Orte verlassen. Meistens befolgen sie die Ratschläge, auch wenn ihre Fähigkeiten häufig unterschätzt werden.

Unterschiedlich stark ausgeprägte Gefühle der Enttäuschung, der Frustration, der Verletzlichkeit oder der Isolation können sich bemerkbar machen. (Vgl. Yau et al., 2004, S.954f)

Reisende mit körperlicher Behinderung verspüren oftmals das Gefühl der Verletzlichkeit oder Isolation. Hervorgerufen werden diese Zustände entweder als Resultat von Fehlinformation oder schlechter Leistungserbringung. Schlechte Erfahrungen in Verbindung mit wahrgenommener Stigmatisierung und das Gefühl der Hilflosigkeit können zu einer Entscheidung gegen das Reisen führen. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.927)

Die Notwendigkeit des Einsatzes von alternativen Strategien bei Urlauben bzw. Reisen aller Art, die jedoch verschiedene Auswirkungen auf das Vergnügen bzw. auf den Genuss der Reise haben, ist stets gegeben. Manche Reisende scheinen diese unvermeidbaren Kompromisse zögernd zu akzeptieren, wohingegen andere - vor allem unerfahrene Touristen - sich dagegen auflehnen und sie als starke Verminderung ihrer Reisefreude empfinden. (Vgl. Yau et al., 2004, S.954f)

In der **sechsten Phase** findet die Reflexion statt. Die nachträgliche Beurteilung der Reiseerfahrungen erfolgt meist kritisch und kann im Bezug auf zukünftiges Reiseverhalten ausschlaggebend sein. Vor allem die Erfahrungen der ersten unternommenen Reise sind besonders stark und prägend. Negative Erlebnisse

bedeuten oft, dass der ganze Prozess der Reiseplanung neu überdacht werden muss. Für manche bedeutet das die Erkenntnis, dass Reisen für sie unmöglich sind. Für andere bestimmt die erneute Abwägung von Vorteilen gegenüber Nachteilen die Tatsache, ob weitere Reisen unternommen werden oder nicht. Bei Reisenden, die positive Erfahrungen während der Reise sammeln können, verändert sich der sechsstufige Prozess teilweise. Die personenbezogenen Phasen werden nicht mehr in dem Ausmaß, wie vor der ersten Reise durchgegangen, der Prozess der öffentlichen Phasen bleibt jedoch erhalten. Jede Reise erfordert im Vorfeld intensive Planung und später unterschiedliche Strategien, um mit umfeldbedingten Barrieren erfolgreich umgehen zu können. (Vgl. Yau et al., 2007, S.285)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Menschen mit Behinderung meistens mit eingeschränkten Möglichkeiten oder Zugangsproblemen auf Reisen konfrontiert werden. Weiters müssen sie häufig im Gegensatz zu ihren unbeeinträchtigten Mitreisenden teurere Arrangements akzeptieren oder noch zusätzliche Kompromisse eingehen, wenn sie beispielsweise auf eine Reisebegleitung angewiesen sind. Wahrscheinlich wird die Reiseintensität durch solche Aspekte minimiert. (Vgl. Yau et al., 2004, S.956)

4.3.2 Persönliche Faktoren und Kontext der Behinderung

Zur Entscheidung für eine Reise tragen sowohl Aspekte der Behinderung, persönliche Faktoren als auch Lebensverhältnisse bzw. die jeweiligen Umstände bei.

Bei einer Untersuchung 2006 in Hong Kong wurde außerdem festgestellt, dass Menschen mit Behinderung dazu neigen, Vergleiche aufzustellen. Sie vergleichen sich mit Personen ohne Behinderung, und Menschen mit erworbenem Handicap vergleichen sich mit Menschen mit angeborener Behinderung. Weiters werden Vergleiche über die Zeit vor und nach der Behinderung gezogen. (Vgl. Yau et al., 2007, S.285)

- Vergleiche zwischen Menschen mit und ohne Behinderung

Oft äußerten Teilnehmer den Wunsch mit Familienmitglieder oder Freunden ohne Beeinträchtigungen zu reisen, um ein gewisses Sicherheitsgefühl zu verspüren

und praktische Hilfe während der Reise zu erhalten. Das Anliegen mit Familienmitglieder oder Freunden zu verreisen beruht jedoch nicht nur auf der Bereitstellung von Hilfsleistungen, sondern auf Erfahrungen von Spaß und Vergnügen, die am besten mit jenen geteilt werden können. In Bezug auf dieses Reiseanliegen gibt es keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung. Weiters wiesen die Touristen mit Beeinträchtigungen mehrmals darauf hin, dass nicht ein einziger Faktor, wie z.B. die Behinderung dafür ausschlaggebend sei, ob eine Reise durchgeführt wird oder nicht. Die Entscheidung hänge immer von mehreren unterschiedlichen Aspekten ab. (Vgl. Yau et al., 2007, S.285f)

- Vergleiche zwischen Art und Zeitpunkt des Beginns der Behinderung, erworbene, angeborene und/oder degenerative Gegebenheiten

Die Beschaffenheit und das Ausmaß der Behinderung haben Einfluss auf die Reiseentscheidung und die Reiseerfahrung. Überdies spielt das Alter, in dem eine Person eine Behinderung erworben hat speziell für ältere Erwachsene, eine Rolle. Besonders schwierig ist es für Menschen, die ab dem Alter von 50 Jahren mit Beeinträchtigungen konfrontiert werden, mit der Situation umzugehen. Außerdem scheinen Personen mit nicht-angeborener Behinderung die Fähigkeiten der Menschen mit angeborener Beeinträchtigung gewissermaßen zu „bewundern“, weil sie besser mit ihrer Behinderung umgehen können und sich über die Jahre hinweg Strategien zur Bewältigung der verschiedensten Situationen angeeignet haben. Für Betroffene mit angeborener Beeinträchtigung scheint Reisen nur eine weitere Entscheidung ihres „Lifestyles“ zu sein. Da sie schon seit Geburt an ihr Leben mit Funktionseinbußen gestalten, gibt es keine Vergleichspunkte zu früheren anderswertigen Gegebenheiten.

Diese angeführten verschiedenen Voraussetzungen und Perspektiven weisen deutlich auf die Komplexität von persönlichen Charakteristika und blockierenden Bedingungen hin. Besonders der Einfluss des Alters, der Art und des Zeitpunktes des Beginns der Behinderung spielen in den ersten drei persönlichen Phasen eine große Rolle.

4.3.3 Umwelt-/Reisekontext

Der Reisekontext hat Einfluss auf alle Phasen beim Prozess des Reiseaktivwerdens. Es besteht eine wechselseitige Beziehung zwischen dem Prozess und dem Kontext. (Vgl. Yau et al., 2007, S.286)

Die ICF Klassifizierung teilt Umweltaspekte in folgende fünf Kategorien ein: Produkte und Technologien, natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt, Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen und Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze. (Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.125-135)

- Produkte und Technologien

In erster Linie liegt der Fokus bei diesen Aspekten auf Zugangsbarrieren in Bezug auf Bewegung, Transport, Gebäude und Touristenattraktionen. Diese Beschränkungen haben Einfluss sowohl auf die dritte Phase, in der die Risiken und der Profit der Reise abgeschätzt werden, als auch auf die vierte, fünfte und sechste Phase. Allerdings hat sich herausgestellt, dass die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung z.B. von Hotelangestellten und die Genauigkeit und Zuverlässigkeit von Informationen von größerer Bedeutung sind, als die zuvor erwähnten Barrieren in Bezug auf Produkte und Technologien. Besonders bei der Informationsbeschaffung und nachfolgender selbstständiger Überprüfung auf ihre Aktualität und Zuverlässigkeit fällt viel zusätzliche Arbeit für Menschen mit Behinderung bei ihrer Reiseplanung an.

- Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt

Die Zugänglichkeit der Umgebung hat ebenso ähnlich wie Produkte und Technologie Einfluss auf die dritte bis sechste Phase.

- Einstellungen

Wie bereits erwähnt, beeinflusst das Verhalten von Mitmenschen die Entscheidung von Menschen mit Beeinträchtigung für oder gegen eine Reise. Soziale Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen werden vorwiegend von kulturellen Anschauungsweisen geprägt. Demzufolge muss mit kulturellen

Unterschieden auch im Bezug auf die Stellung von Menschen mit Behinderung in verschiedenen Ländern gerechnet werden.

- **Unterstützung und Beziehungen**

In der ICF-Klassifikation bezieht sich diese Kategorie auf Familienmitglieder und auf das Gesundheitspersonal. Je nach Land und Kultur ist entweder die eine oder die andere Gruppe mehr in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderung involviert.

- **Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze**

Diese Gruppe hat großen Einfluss auf alle Phasen mit Ausnahme der ersten beiden. Bereiche wie Transportsysteme, Unterkünfte und Tourismusbetriebe werden sehr oft als Reisebarrieren empfunden. Auch hier erweist sich der Mangel an spezifischer korrekter Information als problematisch. Aufgrund vergangener Enttäuschungen vertrauen Menschen mit Behinderung nur zu einem sehr kleinen Anteil auf die Angaben von Tourismusbetrieben oder Unterkünften. Sie neigen dazu mehrere unterschiedliche Strategien zu verwenden, um ihre Informationen auf ihre Genauigkeit hin zu überprüfen. Am häufigsten überprüfen Betroffene entweder selbst die angegebenen Informationen oder sie verlassen sich auf die Informationen von anderen Menschen mit Beeinträchtigungen. (Vgl. Yau et al., 2007, S.287ff)

4.4 Barrieren

Die WHO klassifiziert Barrieren als *„(vorhandene oder fehlende) Faktoren in der Umwelt einer Person, welche die Funktionsfähigkeit einschränken und Behinderung schaffen. Diese umfassen insbesondere Aspekte wie Unzugänglichkeit der materiellen Umwelt, mangelnde Verfügbarkeit relevanter Hilfstechnologie, negative Einstellungen der Menschen zu Behinderung, sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze, die entweder fehlen oder die verhindern, dass alle Menschen mit Gesundheitsproblemen in alle Lebensbereiche einbezogen werden.“* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S.145)

Yau et al. stellen die in der Literatur vorkommenden Barrieren vor und fassen sie zusammen:

Interne Barrieren		Externe Barrieren	
Intrinsische Barrieren	Ökonomische Barrieren	Umfeldbedingte Barrieren	Interaktive Barrieren
Wissensmangel	Erschwinglichkeit	Architektonische Bedingungen, Zugang zu Unterkünften, etc.	Herausforderungen der eigenen Fähigkeiten und Inkongruenzen
Mangelnde soziale Fähigkeiten	Einkommensunterschiede	Umweltbedingungen, Wege, Wanderwege, Hügel, etc.	Kommunikationsherausforderungen
Gesundheitsbezogene Barrieren	Notwendigkeit von Reisebegleitern/speziellen Einrichtungen	Transport	Mangel an Ermutigung zur Teilnahme
Physische oder psychologische Barrieren		Richtlinien und Vorschriften, Sicherheit	Verhaltensweisen von Angestellten in der Tourismusbranche
Wird Reisen als Recht angesehen?			Verfügbarkeit und Genauigkeit von Informationen

Tabelle 5: Barrieren im Urlaub

(Tabelle modifiziert übernommen aus Smith (1987), Murray and Sproats (1990), Muloin (1992), Kaufman (1995), Darcy (1998), Anon (1997) in: Yau et al., 2003, S.468)

4.4.1 Interne Barrieren

Interne Barrieren repräsentieren zu bewältigende Hindernisse, bevor die jeweilige Person reiseaktiv werden kann. Der Einzelne verfügt über diese Barrieren die größte Kontrolle. (Vgl. Yau et al., 2003, S.467)

- Intrinsische Barrieren

Intrinsische Barrieren beziehen sich auf die psychische Verfassung, die körperliche Funktionsfähigkeit und die kognitiven Fähigkeiten. Außerdem werden ihnen Zustände des Stress, der Angst, des Wissensmangels oder der

gesundheitsbezogenen Probleme zugeordnet. Weiters spielen in diesem Bereich Persönlichkeit und Sozialisation eine Rolle, weil sie bei Menschen entweder zur Teilnahme oder aber zur bewussten Vermeidung von bestimmten Freizeitaktivitäten führen können. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.920)

- **Ökonomische Barrieren**

Ökonomische Barrieren schränken sowohl die Auswahl der Reismöglichkeiten als auch die Reishäufigkeit und –dauer ein. (Vgl. Darcy, 2002, S.65) Bei rollstuhl- bzw. behindertengeeigneten Reisen ist der Aufwand für die Organisation und die Kosten im Verhältnis zu Reisen für Menschen ohne Behinderung um einiges höher. (Vgl. Escalles, 2002, S.244) Viele Menschen mit Behinderung sind jedoch ökonomisch benachteiligt. Das bringt mit sich, dass auch ihre Entscheidungsmöglichkeiten in Hinblick auf finanzielle Mittel limitiert sind. (Vgl. Coles/Shaw, 2004, S.401f; Bender Baker/Burnett, 2001, S.10)

Außerdem wird die Kluft zwischen den Personen, die aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen auf Reisen verzichten müssen und jenen, deren Einkommen immer häufigere Reisen ermöglicht, größer. (Vgl. Wilken, 2002, S.26)

4.4.2 Externe Barrieren

Wenn die internen Barrieren überwunden sind, wird die Person mit externen Barrieren konfrontiert, die die Reise verhindern, Möglichkeiten einschränken oder Zufriedenheit vermindern können. (Vgl. Yau et al., 2003, S.467)

- **Umfeldbedingte Barrieren**

Beispiele für strukturelle Barrieren stellen Zeitmangel, ökologische Einflüsse, Transportschwierigkeiten oder Barrieren aufgrund von Vorschriften dar.

- **Interaktive Barrieren**

Interaktive Barrieren beruhen auf sozialen Interaktionen oder Beziehungen zwischen Menschen in sozialen Kontexten. Menschen mit Behinderung sind zumeist von anderen Leuten abhängig. Wenn Menschen mit Beeinträchtigung in ihrer Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Pflegepersonen und

Dienstleistungsanbietern gemacht haben, kann die Abhängigkeit von anderen Menschen zu einer starken Verminderung der Reisefreude führen. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.920)

Smith ist der Meinung, dass intrinsische, umweltbedingte und interaktive Barrieren für Touristen zu einer Verminderung der Reisemöglichkeiten, des Gefühls der persönlichen Kontrolle und Kompetenz und in weiterer Folge zu einer Entscheidung gegen Reisen führen. (Vgl. Yau et al., 2007, S.282)

4.4.3 Bewältigungsstrategien von Barrieren

Reisebarrieren sind nicht zwangsläufig unüberwindbar. Menschen mit Behinderung können Wege finden, zum Beispiel durch Abänderung ihrer Verhaltensweisen, um an Reisen teilnehmen zu können und dabei Freude zu empfinden. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.920)

Jackson erklärt *„that people `negotiate around` constraints using a variety of strategies, achieving their leisure goals, but often in a way that differs from how their leisure would have been if constraints had been absent.“* (Jackson, 1999, S.196)

Einschränkungen - welcher Art auch immer - können als anhaltend, als in gegenseitiger Beziehung stehend und als nicht linear beschrieben werden. Bewältigungsstrategien treffen nicht im gleichen Ausmaß für jeden Urlauber mit Behinderung zu, sondern sind individuell geprägt. Oft werden Barrieren auch von einem Begleiter oder einer außenstehenden Person überwunden. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.926f)

Die Studie von Daniels et al. (USA), 2005 im Tourism Management Magazine veröffentlicht, hat das Verständnis von Reisebarrieren und die jeweiligen Bewältigungsstrategien von Menschen mit körperlicher Behinderung zum Schwerpunkt. Daraus ergaben sich sechs intrapersonelle, sechs interpersonelle und acht strukturelle Themengebiete.

- Intrapersonelle Thematik

Interpersonelle Hindernisse können den zuvor verwendeten intrinsischen Barrieren zugeschrieben werden.

Als intrapersonelle Problematiken ergaben sich physische und sensorische Hindernisse, emotionale Hindernisse, Wissensbarrieren und deren jeweilige Überwindung.

Als physische und/oder sensorische Hindernisse gilt in erster Linie die Art der Behinderung mit den damit verbundenen Einschränkungen. Probleme, die aufgrund der körperlichen Beeinträchtigung entstehen, werden oft durch selbstständige körperliche Bewältigungsstrategien gelöst. Ein Beispiel dafür kann das mühsame Hinbewegen zum Telefon am Boden nach dem Sturz vom Duschsessel sein. Im Besonderen bei Exkursionen bzw. Ausflügen kommt es häufig zu physischen Barrieren, die mit Hilfe von individuellen Problemlösungsstrategien überwunden werden müssen.

Emotionale Hindernisse stellen die negativen Gefühle dar, die Menschen mit Behinderung in verschiedenen Situationen während der Reise erfahren.

Bewältigt werden sie durch ausgiebige Reflexion darüber, wie man den Schaden so gering wie möglich gestalten kann. Aus den Befragungen ging hervor, dass eine gewisse mentale Stärke für das Reisen notwendig ist. Außerdem stellt sich ein Gefühl der Zufriedenheit ein, wenn ein bestimmtes Ziel erreicht wird und mit steigender Reiseerfahrung kann es zur Erhöhung des Selbstwertes kommen.

Wissensbarrieren treten auf, wenn von den Reisenden benötigte Informationen unbekannt, mangelhaft oder unzugänglich sind. Die Bewältigung dieser Hindernisse erfolgt durch die Informationsbeschaffung bzw. -sammlung, an der Menschen mit Behinderung beteiligt sind, um problemloses Reisen zu ermöglichen. Planung im Vorhinein stellt eine unentbehrliche Notwendigkeit dar.

- Interpersonelle Thematik

Interpersonelle Hindernisse umfassen die Bereiche der zuvor verwendeten interaktiven Barrieren. Bei interpersonellen Problematiken stehen in den meisten Fällen Interaktionen mit anderen Menschen im Vordergrund.

Als interpersonelle Problemstellungen ergaben sich in der Studie Einschränkungen durch Reisebegleiter, Hindernisse durch Dienstleistungsanbieter, Einschränkungen durch fremde Personen und deren Bewältigung.

Probleme mit Reisebegleiter stellen nur einen minimalen Anteil dar. Körperbehinderte Urlauber sind sich bewusst, dass diese einen unbedingt

notwendigen Beitrag zum Gelingen des Urlaubs leisten und bei der Überwindung von anderen beispielsweise baulichen Barrieren behilflich sein können. Diese Anschauungsweise ermöglicht es den Betroffenen über gewisse Problematiken hinwegzusehen.

Reisebarrieren durch den Dienstleister entstehen durch Situationen, in denen Interaktionen oder unangemessene Verhaltensweisen von Seiten der Dienstleister stattfinden. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.923ff)

„A significant limiting factor, somewhat related to accessibility, was the attitude and perceived skill level of people within travel business when serving individuals with varying types of disabilities.“ (Bedini/Nancy, 2004, S.691)

Nach diversen Untersuchungen über soziale Barrieren für Menschen mit Behinderung, stellen negative Verhaltensweisen von anderen Mitmenschen die größte Problematik für Betroffene dar. (Vgl. Bedini/Nancy, 2004, S.691) Miller und Kirk (2002) kommen zu dem Ergebnis, dass qualitative Unterschiede im Hinblick auf die angebotenen Dienstleistungen bei Menschen mit und ohne Behinderung existieren. Das Niveau von Dienstleistungen ist teilweise unzureichend, trotz des Vorhandenseins von Standards und Instanzen, deren Aufgabe die Überprüfung der Einhaltung jener Standards darstellt. (Vgl. Kirk/Miller, 2002, S.82-88)

Die Überwindung dieser Problematik erfolgt oft mittels Kompensation. Wenn Menschen mit körperlicher Behinderung mit der Unterstützung und dem Auftreten seitens der Dienstleistungsanbieter zufrieden sind, betonen sie diese Erlebnisse oft und erinnern sich auch noch lange daran. Positive Erlebnisse scheinen demzufolge negative auszugleichen.

Manchmal führen gewisse Umstände dazu, dass Barrieren durch unbekannte Menschen ausgelöst werden. Häufig kommt es zu solchen Situationen in stark frequentierten Straßen, in Liften oder bei Sehenswürdigkeiten. Im Gegensatz dazu können die spontane Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit vieler Mitmenschen einiges wieder gutmachen.

- Strukturelle Thematik

Strukturelle Problematiken umfassen sowohl die zuvor erwähnten Umfeldbedingten als auch die ökonomischen Barrieren. Strukturelle Problematiken werden am häufigsten angegeben. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.925) Sie umfassen

Barrieren beim Transport, in Einrichtungen, in Bezug auf das Umfeld und die geografischen Gegebenheiten, finanzielle Hindernisse und deren Bewältigung.

Strukturelle Einschränkungen befassen sich im Großen und Ganzen mit Zugangsangelegenheiten. Transporthindernisse treten meist in Autos, Zügen, Bussen, Flugzeugen und Schiffen auf. Überwunden werden Problematiken im Transportbereich oft mittels kreativer „Umgestaltung“, um den Bedürfnissen von Reisenden mit Behinderung gerecht zu werden.

Hindernisse bei Einrichtungen sind Barrieren in einem bestimmten Bereich, den der Reisende benutzen möchte. Sie entstehen häufig durch mangelhafte Referenzen für Unterkünfte, Essbereiche, Badezimmer oder Zugänge zu Ausflugsorten. Bewältigt können diese Problematiken beispielsweise durch Modifizierungen innerhalb bestimmter Einrichtungen werden, um Menschen mit Behinderung Zugang und Komfort zu verschaffen.

Einschränkungen durch die Umgebung betreffen Straßen, Gehsteige, Brücken, Unterführungen, Touristenattraktionen etc. Ein Beispiel für geografische Barrieren können schlechte Wetterverhältnisse oder gebirgige Regionen darstellen. Manche umgebungsbedingte Hindernisse werden durch Modifizierungen beseitigt. Bei gewissen Gegebenheiten gibt es jedoch keine Möglichkeit der Veränderung. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.925f)

Finanzielle Hindernisse wurden in dieser Studie nur vereinzelt angesprochen. Wie im vorher erläuterten Abschnitt über ökonomische Barrieren hervorgeht, kann davon ausgegangen werden, dass sie ebenfalls eine Rolle spielen im Entscheidungsprozess für oder gegen eine Reise. Zu erwähnen sind außerdem die anfallenden Zusatzkosten für die Reisebedürfnisse und die teilweise schlechte finanzielle Lage von Menschen mit Behinderung.

4.5 Positive und negative Auswirkungen von Urlaub

Reisen kann für Menschen mit Behinderung auch Risiken mit sich bringen. Verreisen bedeutet familiäre Bereiche zu verlassen und in sowohl physisch als auch psychologisch unbekanntes Terrain aufzubrechen. Für einige Menschen mit Behinderung hat die wiedererlangte Fähigkeit Reisen zu unternehmen eine große Bedeutung und stellt ein sehr einschneidendes Erlebnis dar. Der komplexe Prozess ein Tourist mit Beeinträchtigung zu sein, erfordert persönliche

Entschlossenheit und Eigeninitiative, eine sorgfältige und richtige Einschätzung der eigenen Ressourcen, die Fähigkeit zuverlässige Information zu sammeln, die Reise zu organisieren, mit sich selbst zurechtzukommen, die Erlebnisse zu überdenken und für weitere Reisen die gewonnenen Erfahrungen zu reflektieren.

(Vgl. Yau et al., 2004, S.957f)

„Being able to travel is a meaningful task through which a person with a disability can demonstrate to others that they have recovered or started to regain their control over destiny and to assert their future quality of life.“ (Yau et al., 2004, S.958)

5. PFLEGE UND BETREUUNG WÄHREND DEM URLAUB

In diesem Kapitel soll einerseits auf die Thematik von Pflege von körperbehinderten Menschen und deren Pflegeabhängigkeit eingegangen und andererseits Stärken und Schwächen der Betreuungsform der persönlichen Assistenz während des Urlaubs aufgezeigt werden.

5.1 Pflege und Körperbehinderung

Auch bei dem Thema Behinderung im Kontext von Pflege kann ein eindeutiger Mangel an wissenschaftlichen Beiträgen festgestellt werden. (Vgl. Budroni, 2006, S.458f)

Das Thema Pflege sollte von einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive aus betrachtet werden. Jeder Mensch ist zu Beginn seines Lebens pflegeabhängig und wird im Laufe seiner Biografie während verschiedener Lebensabschnitte in unterschiedlichem Umfang mit ihr konfrontiert. (Vgl. Schlüter, 2008, S.51)

Die Pflege von Menschen mit Behinderung unterscheidet sich sehr stark von der Akutpflege. Ein wesentlicher Unterschied besteht in der Stellung des pflegebedürftigen Menschen. Körperbehinderte Menschen sind ihre eigenen „Pflegeexperten“ und wissen am besten, wie pflegerische Tätigkeiten bei ihnen erfolgen sollen. Sie selbst übernehmen Verantwortung darüber, was bei ihnen geschieht und was sie nicht wollen. Dies bedeutet für die Pflegenden die Notwendigkeit gemeinsam mit den Menschen mit Behinderung deren Bedürfnisse und Möglichkeiten zu klären und klar abzugrenzen, was vom Betroffenen selbst oder von seinem Angehörigen geleistet werden kann bzw. wird und was in das Tätigkeitsfeld der Pflegenden fällt. (Vgl. Hungerbühler/Moor, 2005, S.14)

Unterschiedliche Behinderungsformen bedürfen sowohl verschiedenartiger Pflegeschwerpunkte, spezifischer Fachkenntnisse als auch Wissen um deren Einfluss auf die Teilnahme am sozialen Leben. In zurückliegenden Zeiten lag das Hauptanliegen in der Gewährleistung von Pflege und Betreuung. Heutzutage stehen Faktoren wie Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Integration im Mittelpunkt des Interesses und bilden wesentliche Bestandteile für eine individuell empfundene Lebensqualität. Diese Anschauungsweisen haben wiederum

dementsprechende Auswirkungen auf die pflegerische Betreuung von Menschen mit Behinderung. (Vgl. Hungerbühler/Moor, 2005, S.12)

5.2 Pflegeabhängigkeit

Pflegeabhängigkeit bedeutet *„Angewiesensein auf pflegerische Betreuung durch andere Personen und damit einhergehende evt. Unfreiheit in Entscheidungen und Bewegungsfreiheit.“* (Pschyrembel, 2003, S. 491)

Das jeweilige Autonomiebedürfnis des Menschen beeinflusst das Erleben der Pflegebedürftigkeit. Die Einschätzung des aktuellen Grads der Abhängigkeit einer pflegerischen Versorgung erfolgt beispielsweise auf Grundlage des Funktionalen Selbstständigkeitsindex (functional independence measure). (Vgl. Pschyrembel, 2003, S.491)

Pflegeabhängige Menschen sind gleichzeitig auch „körpergeschädigt“. Diese Aussage lässt sich jedoch nicht gleichsam umkehren, da nicht jeder Mensch mit Körperschädigung in Pflegeabhängigkeit lebt. Menschen mit Körperschädigung, die pflegeabhängig sind, bilden aus diesem Grund eine Untergruppe der körpergeschädigten Menschen, deren Großteil sich als körperbehindert bezeichnet. (Vgl. Schlüter, 2007, S.43)

Die Hauptbelastungsfaktoren für Menschen mit körperlicher Behinderung betreffen jedoch entgegen der gesellschaftlichen Einschätzung nicht den Zustand der Pflegeabhängigkeit. Menschen mit körperlicher Behinderung sind es meist gewöhnt, dass fremde Pflegepersonen in ihre Intimsphäre eingreifen und können diese Tatsache akzeptieren. (Vgl. Schlüter, 2008, S.56) Pflegeabhängigkeit wurde bzw. wird oft noch immer mit Bettlägerigkeit und Passivität in Verbindung gebracht. Diese Ansicht entspricht jedoch nicht den aktuellen Gegebenheiten. (Vgl. Schlüter, 2007, S.53) Die Pflege wird daher nicht als Einschränkung empfunden. Gesellschaftspolitische Aspekte stellen für die Betroffenen viel öfters eine Belastung dar. Menschen mit Behinderung haben oft das Gefühl, einem ständigen Kampf um die Rechtfertigung der eigenen Lebenssituation ausgesetzt zu sein, was viel an zusätzlichen Energien verlangt. Diese gesellschaftspolitischen Hindernisse betreffen alle Menschen in Pflegeabhängigkeit, die sich nicht aus

ihrem Eigenkapital die benötigten Leistungen finanzieren können. (Vgl. Schlüter, 2008, S.56)

5.3 Ein Ansatz - Persönliche Assistenz als Begleitung während Reisen

Menschen mit Körperbehinderung können oft nicht selbstständig eine Reise unternehmen, sondern sind auf externe Unterstützung angewiesen. In manchen Fällen übernehmen Familienmitglieder die Reisebetreuung. Ist diese familiäre Ressource jedoch nicht vorhanden, haben Menschen mit Behinderung die Möglichkeit eine Reiseassistenz zu organisieren. Entweder übernehmen bereits vorhandene Betreuer, wie persönliche Assistenten, Besuchsdienste oder Bekannte diese Aufgabe oder unbekannte Reisebegleiter werden organisiert.

2003 wurde bei einer Studie in Deutschland (Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft) herausgefunden, dass 52% der befragten Menschen mit Behinderung bei ihren Reisen Begleitung in Anspruch nehmen, wobei etwa die Hälfte auf eine ganztägige Unterstützung angewiesen ist. Bei der Reiseplanung wird ebenfalls Hilfe überwiegend von Familienangehörigen genutzt. (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2003, S.11)

Die Betreuung bzw. Begleitung durch einen qualifizierten Reiseassistenten stellt für Menschen mit Beeinträchtigung einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Lebensqualität während der Reise dar. Mittels Unterstützung von Assistenten gelingt es den Reisenden besser mit den eigenen Unsicherheiten umzugehen und sich daher angstfrei und weitgehend selbstbestimmt an unbekanntem Orten zu bewegen. (Vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2003, S.51)

Die Aufgaben des Reiseassistenten beinhalten Hilfeleistungen, um den Urlaubsalltag zu bewältigen. Alltägliche Assistenzleistungen umfassen Hilfe beim Essen, Waschen, Anziehen, Ausziehen, Toilettengang, Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt, Schreiben von Karten, etc. Je nach Schweregrad der Behinderung und Pflegeabhängigkeit variieren die benötigten Hilfeleistungen. Weiters muss der Reiseassistent bei der Freizeitgestaltung Unterstützung anbieten, wenn diese notwendig wird. Die Tätigkeiten umfassen beispielsweise das Schieben des Rollstuhls bei unterschiedlichen Besichtigungen oder

Einkäufen, Unterstützung bei sportlichen Aktivitäten oder Spielen, die Begleitung zu verschiedenen kulturellen Veranstaltungen, etc.

In Deutschland gibt es bereits seit einigen Jahren einen Anbieter von Reiseassistenten-Schulungen. Hierbei bekommen potentielle Reisebegleiter eine Einschulung, die die Vermittlung der wesentlichsten Inhalte der pflegerischen Versorgung und Betreuung von Menschen mit Behinderung zum Ziel hat. Behandelt wird unter anderem die Verwendung von Hilfsmitteln, die wichtigsten Grundlagen der Körperpflege, Methoden zur Krankenbeobachtung, Pflorgetechniken und der richtige Umgang mit dem Rollstuhl. (Vgl. Herbricht, 2002, S.258ff)

5.4 Mögliche Probleme mit persönlicher Assistenz

Menschen mit Körperbehinderung, die nicht selbstständig verreisen können, müssen Reiseassistenzdienste in Anspruch nehmen. Auf der einen Seite sind Menschen mit Behinderung den Reisebegleitern dankbar, da ihre Unterstützung ein wesentlicher Faktor für die Ermöglichung einer Reise darstellt. (Vgl. Darcy, 2002, S.66) Auf der anderen Seite bringt die gewisse Abhängigkeit vom Reiseassistenten auch Schwierigkeiten mit sich. An dieser Stelle sei angemerkt, dass Probleme in Bezug auf Reisebegleiter nur einen minimalen Anteil im Vergleich zu anderen Barrieren und Hemmnissen ausmachen. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.924) Am problematischsten stellt sich die kurzfristige Absage des Assistenten heraus, was in weiterer Folge zu hohen zusätzlichen Organisationsbemühungen führt und im schlimmsten Fall mit der Absage des Urlaubs endet.

Bereits im Vorfeld besteht ein großer Planungs- und Organisationsbedarf. Wenn der Reisebegleiter kein Familienmitglied oder Person aus dem Freundeskreis ist, kommt eine finanzielle Belastung hinzu, die sich aus direkten und indirekten Kosten zusammensetzt. Direkte Kosten beinhalten den Lohn des Begleiters, währenddessen sich indirekte Kosten auf Ausgaben für die Unterkunft, Essen und Ähnliches beziehen.

Ob ein Reiseassistent wirklich geeignet ist, mit den Anforderungen gut umgehen kann und sich gut mit dem Reisenden versteht, kann trotz stattgefundenem

Treffen im Vorfeld, tatsächlich erst während der Reise herausgefunden werden.
(Vgl. Darcy, 2002, S.66f)

Ein unpassender Reisebegleiter kann das gesamte Urlaubserlebnis beeinträchtigen, wie dieses Zitat eines Reisenden bestätigt:

„Holidays are only that good as the carer that is in attendance.“ (Darcy, 2002, S.67)

6. METHODIK

In diesem Kapitel werden zu Beginn Grundzüge des qualitativen Forschungsansatzes beschrieben. Anschließend kommt es zu der Darstellung der Stichprobengrundlage, der Methode der Datenerhebung, des Aufbereitungsverfahrens, der Methode der Datenauswertung und der Gütekriterien für qualitative Forschungsarbeiten.

6.1 Der qualitative Forschungsansatz

Aufgrund der Forschungsfrage wurde bei vorliegender empirischer Arbeit der qualitative Forschungsansatz gewählt.

Das Grundmerkmal der qualitativen Forschung besteht in der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen. Der Mensch wird als komplexes Wesen verstanden, der sich durch seine Persönlichkeit von anderen unterscheidet. Bei dem qualitativen Ansatz kommt der Wahrheit nicht der Anspruch auf Objektivität zu, sondern sie stellt etwas Subjektives dar. Demzufolge existiert keine objektive Wahrheit. Wahrheit ist die individuelle Empfindung des einzelnen Menschen, die an die Forscher weitergegeben wird. Hauptanliegen der qualitativen Forschung ist das Erkunden der Erfahrungen und des Erlebens aus der Perspektive der Betroffenen. (Vgl. Mayer, 2002, S.71f)

6.2 Die dreizehn Säulen qualitativen Denkens nach Mayring

Die dreizehn Säulen qualitativen Denkens leiten sich von den fünf Postulaten (Subjektbezogenheit, Deskription, Interpretation, alltägliche Umgebung, Verallgemeinerungsprozess) ab, die jedoch für konkrete Handlungsanweisungen noch zu allgemein gefasst sind. Aus der weiteren Differenzierung der Postulate entstanden die dreizehn Säulen qualitativen Denkens, die die Grundlage zur Entwicklung qualitativer Untersuchungspläne und –verfahren bilden.

1) Einzelfallbezogenheit

Bei der qualitativen Forschung ist es von enormer Wichtigkeit, dass auch immer Einzelfälle mit erhoben und analysiert werden, um an ihnen die Adäquatheit von Verfahrensweisen und Ergebnisinterpretationen überprüfen zu können.

2) Offenheit

Dem Gegenstand muss genug Offenheit gegenüber gebracht werden, damit gegebenenfalls Neufassungen, Ergänzungen und Revisionen möglich sind. Das Prinzip der Offenheit soll in erster Linie zu strenger Hypothesengeleitetheit der Forschung entgegenwirken.

3) Methodenkontrolle

Der methodischen Kontrolle des Forschungsprozesses kommt trotz der erforderlichen Offenheit eine hohe Bedeutung zu. Die einzelnen Verfahrensschritte müssen genau dokumentiert und nach fundierten Regeln ablaufen.

4) Vorverständnis

Das eigene Vorverständnis des Forschers hat immer einen Einfluss auf die Interpretation. Aus diesem Grund ist es wichtig, dieses Vorverständnis offenzulegen und schrittweise am Gegenstand weiterzuentwickeln.

5) Introspektion

Bei der Analyse des Datenmaterials haben auch introspektive Daten als Informationsquellen ihre Berechtigung. Allerdings müssen sie als solche ausgewiesen, begründet und überprüft werden.

6) Forscher-Gegenstands-Interaktion

Nachdem sich sowohl Forscher als auch Gegenstand während des Forschungsprozesses in gewisser Weise verändern, wird dieser als Interaktionsprozess aufgefasst.

7) Ganzheit

Bei analytischen Trennungen in menschliche Funktions- bzw. Lebensbereiche, hat immer wieder eine Zusammenführung zu erfolgen, um die Interpretation und eventuell notwendige Korrektur in einer ganzheitlichen Betrachtungsweise sicherstellen zu können.

8) Historizität

Humanwissenschaftliche Gegenstände haben Geschichte und können sich verändern. Aus diesem Grund muss im qualitativen Denken die Gegenstandsauffassung immer primär historisch erfolgen.

9) Problemorientierung

Es ist wichtig, dass qualitatives Denken direkt an praktische Problemstellungen seines Gegenstandsbereiches ansetzt und in weiterer Folge seine Ergebnisse wieder auf die Praxis bezieht.

10) Argumentative Verallgemeinerung

Werden Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung verallgemeinert, ist eine explizite, argumentative Absicherung und Begründung in Hinblick auf welche Situationen, Bereiche, Zeiten die Ergebnisse generalisiert werden können, erforderlich.

11) Induktion

In sozialwissenschaftlichen Untersuchungen kommt induktiven Verfahren zur Stützung und Verallgemeinerung der Ergebnisse eine große Bedeutung zu. Allerdings müssen sie Kontrollen unterzogen werden.

12) Regelbegriff

Für die Abbildung von Gleichförmigkeiten im humanwissenschaftlichen Bereich kommen keine allgemein gültigen Gesetze zur Anwendung, sondern kontextgebundene Regeln.

13) Quantifizierbarkeit

Auch in qualitativ orientierten humanwissenschaftlichen Untersuchungen besteht die Möglichkeit sinnvoller Quantifizierungen zur Absicherung und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse mittels qualitativer Analyseschritte. (Vgl. Mayring, 2002, S.19-38)

6.3 Stichprobengrundlage

6.3.1 Auswahlkriterien

Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war sowohl eine körperliche Beeinträchtigung als auch mindestens eine Urlaubs- bzw. Reiseerfahrung und die freiwillige Teilnahme.

6.3.2 Rekrutierung der Interviewpartner

Die Teilnehmer wurden auf verschiedene Weisen rekrutiert. Einerseits gelangte ich zu fünf Teilnehmern, die in einer teilbetreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen in Wien wohnen, in der ich selbst beschäftigt bin. Zwei weitere Teilnehmer konnte ich durch die Kontaktaufnahme zum Roten Kreuz in Kärnten gewinnen, die an von der Organisation angebotenen betreuten Reisen teilgenommen haben. Um die Stichprobengröße noch zu erhöhen, schrieb ich per Mail sieben Rollstuhlfahrer an, die ins Internet Inserate für persönliche Assistenten gestellt hatten. Von den angeschriebenen Personen meldeten sich drei, die sich für ein Interview bereit erklärten.

6.3.3 Rechtliche und ethische Aspekte

Vor der Durchführung der Interviews wurden die Teilnehmer mündlich sowohl über das Ziel und den Zweck der Studie als auch über das Vorgehen und ihre Rolle als Studienteilnehmer aufgeklärt. Alle Teilnehmer willigten nach der Aufklärung freiwillig ein, an der Untersuchung teilzunehmen.

Weiters wurde den befragten Personen Anonymität im Umgang mit ihren Daten und Aussagen zugesichert. Bei der Darstellung der Ergebnisse, kommt es

bewusst zum Verzicht auf Namen bzw. Hinweise auf die jeweiligen Personen. Um eine rigorose Anonymität zu gewähren, kommt außerdem nur eine Geschlechtsbezeichnung bei der Ergebnispräsentation zur Anwendung, um mögliche Rückschlüsse auf einzelne Interviewpartner zu verhindern.

Jeder Teilnehmer wurde auch im Vorhinein um die Erlaubnis der Aufnahme des Interviews auf Tonband gefragt. Alle Interviewpartner willigten ein.

Risiken konnten bei der Konzeption der Befragung ausgeschlossen werden.

6.3.4 Beschreibung der Teilnehmer

Die zehn Teilnehmer setzen sich aus drei weiblichen und sieben männlichen Personen zusammen. Acht davon sind Rollstuhlfahrer, zwei mobilitätsbeeinträchtigt, die als Hilfsmittel Stock und Rollator verwenden. Alle Befragten benötigen gewisse Hilfeleistungen, um den Alltag bewältigen zu können.

Die Altersspanne reicht von jungen Erwachsenen bis älteren Personen, wobei sich der Großteil der Teilnehmer im Alter zwischen 35 und 60 befindet.

Die meisten Befragten waren schon mehrmals auf Urlaub und haben sowohl Erfahrungen mit Individualreisen als auch mit Gruppenreisen.

Die zwei älteren Personen, die an betreuten Reisen vom Roten Kreuz in Kärnten teilnahmen, konnten jedoch nur teilweise in die Auswertung mit einbezogen werden. Ursprüngliche wollte ich zusätzlich zum eigentlichen Forschungsinteresse eine Gegenüberstellung von Individualreisen zu betreuten Reisen darstellen. Allerdings stellten sich die Unterschiede in Bezug auf Urlaub von altersbedingt mobilitätseingeschränkten Personen und von Geburt an oder durch einen Unfall körperbehinderte Rollstuhlfahrer als zu umfangreich heraus, um einen Vergleich machen zu können. Die aus diesen zwei Interviews gewonnenen Ergebnisse konnten deshalb nur bedingt zum Vergleich mit den anderen Ergebnissen eingesetzt werden.

6.4 Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurde die Methode der persönlichen Befragung, also des mündlichen Interviews verwendet.

Für die Durchführung der Interviews kam ein halb standardisierter Interviewleitfaden zum Einsatz. Er diente als Hilfsmittel, um während den Interviews nicht den roten Faden zu verlieren und die wichtigsten Aspekte und Gebiete des Erkenntnisinteresses anzusprechen. Trotzdem blieb genügend Platz für Zwischenfragen, individuelle Anmerkungen, Anekdoten oder Ähnliches.

Der Interviewleitfaden war besonders hilfreich für Interviewpartner, die von sich aus nicht so viel erzählen wollten, sondern die Beantwortung konkret gestellter Fragen bevorzugten. Bei Interviewpartnern, die von sich aus über ihre Erfahrungen und Erlebnisse erzählten, war der Interviewleitfaden eher hintergründig, da ich die Befragten reden ließ und an Erwähntes anknüpfte, um das Erwünschte zu erfahren.

Insgesamt wurden zehn Interviews, an von den Interviewpartnern gewünschten Örtlichkeiten und Terminen durchgeführt.

Die Interviews wurden nach der Einverständniserklärung der Teilnehmer auf Tonband aufgenommen.

6.5 Aufbereitungsverfahren – kommentierte Transkription

Nach der Durchführung der Interviews erfolgte die Verschriftlichung des Materials mittels kommentierter Transkription.

Bei der kommentierten Transkription werden zusätzliche Informationen über das Wortprotokoll hinaus vermerkt. Zusätzliche Informationen können Pausen, Betonungen, Sprachbesonderheiten durch Sonderzeichen oder Kommentare neben dem Text sein. (Vgl. Mayring, 2002. S.94)

Eine gewisse Problematik beim Transkribieren stellte das Verstehen gewisser Interviewpassagen dar, da vier der zehn Interviewpartner Sprachstörungen aufwiesen. Nach einer Phase der Eingewöhnung gab es jedoch am Ende nur vereinzelte Abschnitte, die nicht verstanden werden konnten. Es kam deshalb zu keinen Einschränkungen bei der Datengewinnung.

6.6 Auswertungsmethode – Zirkuläres Dekonstruieren

Ausgewertet wurden die qualitativen Interviews mittels der Methode des zirkulären Dekonstruierens, die eigens für die interpretative Auswertung kommunikativ gewonnener Daten im Rahmen der Diplomarbeit von der Technischen Universität Berlin entwickelt worden ist. Einige Bezüge gibt es z.B. zum Vorgehen von Glaser und Strauss. Das Ausgangsmaterial ist ein Text, um den herum Bewegung intuitions- und theoriegeleitet in kreativen Gedankenschleifen passiert. *„Damit ´dekonstruieren´ wir zirkulär und rekursiv den Text und setzen ihn anschließend so zusammen, daß implizite Sinngehalte sichtbar werden können.“* (Jaeggi et al., 1998, S.6)

Dadurch kommt es zu einem mehrfachen Wechsel der Perspektive, durch den Bausteine für eine Theorie über den Forschungsgegenstand gefunden werden, die neue Erkenntnisse versprechen. (Vgl. Jaeggi et al., 1998, S.5f)

6.6.1 Erste Auswertungsphase: Das Einzelinterview

Schritt 1: Die Formulierung eines Mottos

Im ersten Schritt wird dem Interview ein Motto zugeordnet. Motto kann ein subjektiv prägnanter Satz oder ein treffender Satz aus dem Transkript sein. Diese Maßnahme soll dem Auswertenden helfen, den Text dem jeweiligen Interviewpartner zuzuordnen.

Schritt 2: Die zusammenfassende Nacherzählung

Der zweite Schritt dient der Straffung des doch meist umfangreichen Materials, um die Übersicht zu erleichtern. Der Umfang der Nacherzählung sollte nicht länger als zwei Seiten betragen und die wesentlichen Gesprächsinhalte zusammenfassen. Aufgrund der Disziplinierung zur Kürze werden schon an dieser Stelle erste Interpretationsschwerpunkte gesetzt, die wiederum der Reflexion bedürfen.

Schritt 3: Das Verfassen einer Stichwortliste

In diesem Arbeitsschritt werden alle auffälligen, gehaltvollen Worte bzw. Begriffe des Interviews chronologisch hintereinander aufgelistet, was spontane Interpretationsversuche erfordert. Dies dient der weiteren Straffung des Textes und Übersichtlichkeit des Materials.

Schritt 4: Die Erstellung eines Themenkatalogs

Der Themenkatalog erfordert bereits eine komplexere Abstraktionsleistung, da aus der Stichwortliste verschiedene angesprochene Themengebiete extrahiert werden. Es kommt zur Erstellung von Oberbegriffen für gleichartige Sinnzusammenhänge oder Aussprüche, die charakteristisch für das Gemeindefeld sind und es von anderen Bereichen unterscheidbar machen.

Schritt 5: Die Paraphrasierung

Die Paraphrasierung unterscheidet sich zur Nacherzählung durch die andersgeartete Interpretationsleistung. Es kommt zur Ergänzung der Subjektivität und Intuition durch die gedankliche Vorstrukturierung, die im Themenkatalog manifestiert ist. Nun werden entweder Themen auf Grund dieses Katalogs zusammengefasst, sodass sich Meta-Themen ergeben oder eines der Themen wird in den Mittelpunkt gestellt und ausdifferenziert. Es besteht auch die Möglichkeit, beide Arten zu verwenden.

Schritt 6: Die Erstellung von zentralen interviewspezifischen Kategorien

Die Bildung von zentralen interviewspezifischen Kategorien bildet vorerst den letzten Arbeitsschritt bei der Auswertung des einzelnen Interviews. Sie kommen aus der Integration der vorhergegangenen Schritte zustande und dienen sowohl dem „Vergleichbarmachen“ verschiedener Interviews als auch bereits der Ausarbeitung kleiner Theoriebestandteile.

6.6.2 Zweite Auswertungsphase: Systematischer Vergleich

Die zweite Auswertungsphase kann erst beginnen, wenn mindestens zwei Interviews die erste Auswertungsphase durchlaufen sind.

Schritt 1: Synopsis

In dem ersten Schritt der zweiten Auswertungsphase wird eine Tabelle erstellt, bei der in die Spalten alle bis zum momentanen Zeitpunkt vorhandenen zentralen Kategorien aufgelistet und in den Zeilen die Interviews durchnummeriert werden. Durch das Ausfüllen der Tabelle kommt es zur Erkennung erster Häufungen, die zum Ausgangspunkt weiterer Überlegungen sinnvoll sind. Jedoch gilt zu beachten, dass in der qualitativen Forschung Zahlen alleine keine große Aussagekraft

besitzen. Das bedeutet in Bezug auf diesen Arbeitsschritt, dass auch den in der Tabelle nur einmal besetzten Feldern Bedeutung zukommt.

Schritt 2: Verdichtung

Bei diesem Schritt kommt es zur Verdichtung zu neuen Konstrukten. Das heißt es wird der Versuch unternommen, die zentralen Kategorien zusammenzufassen und sie neu zu benennen. Diese Bezeichnung soll jedoch nicht einfach als logischer Oberbegriff verstanden werden, sondern vielmehr als Versuch der Akzentuierung einer psychologischen Gestalt. Wichtig ist hier bei der Skizzierung der Gestalt, dass nicht die Intuition im Vordergrund steht, sondern die Rückkoppelung, also die Zirkularität, zum Ausgangsmaterial.

Schritt 3: Die komparative Paraphrasierung

Der Schritt der komparativen Paraphrasierung ist dem der Verdichtung ähnlich, allerdings auf einem höheren Abstraktionsniveau. Um die komparative Paraphrasierung durchzuführen, empfiehlt sich die Verwendung von jeweils ca. vier Interviews. Die dadurch gewonnenen Konstrukte können dann bereits bei der Komparation der nachfolgenden Interviews auf ihre Relevanz hin getestet werden. Durch diesen letzten Schritt sollen innerhalb des Konstrukts vielfältige Variationen entstehen, geprägt von inhaltlichen Kontrasten, Abgrenzungen und Überlappungen. (Vgl. Jaeggi et al., 1998, S.7-17)

6.7 Gütekriterien qualitativer Forschung

Gütekriterien sind Maßstäbe, an denen die Qualität von Forschungsergebnissen gemessen werden kann. Am Ende einer empirischen Untersuchung sollte stets die Einschätzung der gewonnenen Ergebnisse anhand von Gütekriterien stehen.

Die klassischen quantitativen Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität können jedoch nicht einfach für die qualitative Forschung übernommen werden. (Vgl. Mayring, 2002, S.140) Grund dafür sind die unterschiedlichen Zielsetzungen qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden. Inzwischen wurden von Vertretern der qualitativen Forschungsrichtung eigene Gütekriterien entwickelt, um qualitative Forschungsarbeiten mit entsprechenden Mitteln beurteilen zu können.

Obwohl je nach Verfasser kleine Abweichungen bestehen, basieren sie trotzdem alle auf denselben Grundaussagen. (Vgl. Mayer, 2002, S.79)

Liehr und Taft Marcus bewerten folgende vier Gütekriterien als angemessen, um qualitative Forschungsarbeiten auf ihre Güte hin zu überprüfen:

- Glaubwürdigkeit
- Folgerichtigkeit
- Angemessenheit
- Übereinstimmung (Liehr/Taft Marcus, 1996, S.313)

Mit dem Kriterium **Glaubwürdigkeit** soll festgestellt werden, ob die Ergebnisse der Forschungsarbeit sowohl aus der Sicht der Untersuchungsteilnehmer als auch anderer Mitglieder der Disziplin korrekt erscheinen. In erster Linie betrifft das die Interpretationsleistung des Forschers. Glaubwürdigkeit ist dann gegeben, wenn die Interpretation dem Gemeintem der Teilnehmer entspricht. (Vgl. Mayer, 2002, S.81)

In dieser Arbeit bestehen viele Gemeinsamkeiten und ähnliche Ergebnisse zu bereits vorhandenen empirischen Untersuchungen. Aus diesem Grund kann die Interpretation der Interviews als glaubwürdig bezeichnet werden.

Folgerichtigkeit richtet sich auf die Nachvollziehbarkeit der Forschungsarbeit. Um diesem Kriterium gerecht zu werden, ist eine genaue Verfahrensdokumentation von der Forschungsfrage an bis zur Auswertung vonnöten. (Vgl. ebd., S.81)

In der vorliegenden Arbeit werden die den Forschungsprozess betreffenden Schritte genau beschrieben. Dazu gehört die Darstellung des Hintergrunds und der Problemstellung der Forschungsthematik, die Formulierung der Forschungsfrage(n), die Beschreibung sowohl der Vorgehensweise als auch der Datengewinnung und der Datenanalyse und die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.

Mit dem Kriterium **Angemessenheit** soll die Genauigkeit der Wiedergabe der Wirklichkeit einzelner Teilnehmer erfasst werden. Es ist äußerst wichtig, dass die Wirklichkeit der Teilnehmer sehr detailliert und ausführlich dargestellt wird, um anderen Mitgliedern der Disziplin die Beurteilung der Relevanz in Hinsicht auf ihre eigene Praxis, Forschungsarbeit und Theorie zu ermöglichen. (Vgl. Liehr/Taft Marcus, 1996, S.313)

Bei dieser Arbeit wurde in besonderer Weise darauf geachtet, die Wirklichkeit und das Empfinden der Teilnehmer so genau wie möglich zu erfassen, zu interpretieren und darzustellen. Bei der Darstellung werden die Ergebnisse durchgehend durch Aussagen der Teilnehmer unterlegt, um die Authentizität der Interpretation zu bestätigen.

Mit dem Kriterium der **Übereinstimmung** soll die Berücksichtigung der ersten drei Kriterien durch die Ergebnisse ermittelt werden, das heißt Übereinstimmung ist erst gegeben, wenn die anderen Kriterien erfüllt sind (Vgl. Liehr/Taft Marcus, 1996, S.313)

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit weisen auf die Erfüllung der Kriterien der Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit und Angemessenheit hin. Somit kann in weiterer Folge auch das Kriterium der Übereinstimmung bestätigt werden.

7. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

OBERBEGRIFFE DER VERDICHTUNG	KONSTRUKTE DER KOMPARATIVEN PARAPHRASIERUNG
Bedeutung von Urlaub	Selbstverständlichkeit versus unerwartetes Erlebnis
	Abwechslung vom Alltag
	Neues Kennenlernen und gemeinsames Erleben
	Sich erholen und neue Kraft schöpfen
	Gespaltene Gefühle nach dem Urlaub
	Bedeutung von Selbst- bzw. Mitbestimmung
Organisation – eine aufwändige Aufgabe	Finanzielle Lage als Ausgangspunkt für Urlaubsüberlegungen
	Organisation von Begleitern
	Organisatorische Notwendigkeiten betreffend des gesundheitlichen Zustandes
	Eigenständige Überprüfung der Angebote
	Zusätzliche individuelle Besorgungen
	Organisation der An- und Abreise
Probleme mit Informationen und Defizite im Wissen über behindertenspezifische Aspekte	Unpassende, nicht barrierefreie Informationsmedien
	Falsche Informationen über behindertengerechte Unterkünfte und Angebote
	Fehlendes Wissen über Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse
	Falsche Annahmen über behindertengerechte Angebote
Barrieren – „Wirklich barrierefrei ist nichts“	Barrieren in Unterkünften
	Weitere Barrieren im Urlaub
Bewältigungsstrategien	Anpassung an Gegebenheiten
	Handlungsalternativen
	Persönlicher Verzicht
Begleiter – „die Chemie muss stimmen“	Erfahrene versus unerfahrene Betreuer
	Bekannte versus unbekannte Betreuer
	Sicherheit durch Nähe zum Begleiter
Die Rolle der Pflege	Pflege – individuell verstanden
	Pflege als Normalität
	Kein Verzicht versus Anpassung an Gegebenheiten
	„Professionelle Pflege“ im Urlaub
Erfahrungen mit Mitmenschen	Mehr positive Erfahrungen im Urlaub
	Erfahrung von Stigma/Vorurteil
An- und Abreise zum Urlaubsort	„Das Fliegen funktioniert eigentlich recht gut“
	Angst vor Beschädigung des Rollstuhls

Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse

7.1 Bedeutung von Urlaub

In diesem Abschnitt werden alle Ergebnisse in Bezug auf den Begriff Urlaub beschrieben. Aspekte, wie Urlaubsmotive, die Wichtigkeit von Urlaub, positive Effekte, die aus dem „Urlaubmachen“ resultieren, sowie Befindlichkeiten nach dem Urlaub finden hier Erwähnung.

Ein Interviewpartner gibt an, dass es bei Urlaub im Allgemeinen keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne körperlicher Behinderung gibt. Für ihn ist es, angesichts meiner Forschungsfrage bezüglich des Erlebens von Urlaub von Menschen mit körperlicher Behinderung, nicht nachvollziehbar, warum ich Fragen stelle, bei denen es - seiner Auffassung nach - keine Differenzen zwischen Menschen mit und ohne Handikap gibt und die nichts mit der Behinderung im Speziellen zu tun haben.

Alle anderen Interviewpartner beantworten die Fragen zum Konstrukt Urlaub nach ihrem persönlichen Empfinden. Für sie existieren sehr wohl gewisse Unterschiede in Bezug auf Urlaub zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

7.1.1 Selbstverständlichkeit versus unerwartetes Erlebnis

Für manche Interviewpartner bedeutet Urlaub eine Selbstverständlichkeit, Urlaub gehört einfach zum Leben dazu. Dies trifft für die meisten Interviewpartner mit angeborener Behinderung zu. Viele sind schon mit ihren Eltern auf Urlaub gefahren und aus diesem Grund ist es für sie selbstverständlich, dass sie später auch Reisen unternommen haben, wie diese Aussage verdeutlicht:

„Für mich ist Urlaub eigentlich normal, ich bin mit meinen Eltern auch schon immer auf Urlaub gefahren.“

Im Gegensatz zu der Einstellung Urlaub als eine Normalität zu betrachten, steht das Erleben des Urlaubes als unerwartetes Erlebnis. Diese zweite Sichtweise macht sich besonders bei Menschen, die aufgrund eines Unfalls oder Krankheit körperbehindert wurden, bemerkbar. Vor der Behinderung wird Urlaub als Selbstverständlichkeit aufgefasst, doch nach dem Unfall bzw. nach der Krankheit ändert sich diese Einstellung. Die Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes stehen nun an erster Stelle der Prioritätenliste, alles andere erscheint nebensächlich. In dieser Phase stellt Urlaub ein „ungreifbares Erlebnis“ dar, dessen Umsetzung für unmöglich erachtet wird.

Ein Interviewpartner gibt an: *„Ich hätte mir das ja nie gedacht, dass ich noch einmal so eine Reise machen werde.“*

Ein anderer bestätigt: *„Das war für mich ein Traum, dass ich in Tunesien war. Ich hätte mir nie gedacht, dass ich die Möglichkeit hätte dorthin zu fahren, und ich bin hingefahren und hab es geschafft. Weißt du, wie gut das Gefühl ist?“*

Diesen Passagen kann man entnehmen, dass für diese Interviewpartner der Urlaub ein ganz besonderes Erlebnis darstellt, das nicht als Selbstverständlichkeit aufgefasst wird.

7.1.2 Abwechslung vom Alltag

Fast alle der zehn Interviewpartner geben an, auf Urlaub zu fahren, um einmal den Alltag hinter sich zu lassen, *„ein bisschen rauskommen aus dem Alltag“* und Abwechslung zu erleben, weil dies das Wohlbefinden steigert.

„Ich glaub es tut mir auch psychisch gut. Ein bisschen Abwechslung, ja es tut auch gut.“

In erster Linie erfordert dieses Anliegen eine örtliche Veränderung. Die Interviewpartner genießen es im Urlaub für eine gewisse Zeit an einem anderen und manchmal auch neuen, unbekanntem Ort zu sein.

„Dass ich einmal eine andere Umgebung hab und dass man nicht an den gewohnten Ort ist, wo man angespannt ist durch die Betreuer oder so.“

Laut mancher Interviewpartner kommt es beim Urlaub jedoch nicht auf die Dauer oder den Urlaubsort an. Urlaub kann man auch in der Nähe machen, das macht nicht viel Unterschied.

„Abwechslung, es ist egal, wie lange, es kann auch zwei, drei Tage sein. Es muss nicht immer irgendwo weit weg sein. Zwei, drei Tage in der Therme oder so, das genügt mir dann auch.“

In Zusammenhang mit Urlaub kommt dem Alltag eine eher negative Bedeutung zu. Das alltägliche Leben ist geprägt von immer wiederkehrenden Routinen und wird mit Arbeit, Pflicht, Spannungen mit verschiedenen Personen, wie z.B. Betreuern oder Mitbewohnern in Verbindung gebracht.

„Freizeit, nicht das Alltägliche machen. Urlaub ist das, wo ich nicht konfrontiert werde mit den Alltäglichen, jetzt muss ich in die Arbeit fahren, jetzt muss ich das und das.“

Im Urlaub wollen die Interviewpartner nicht mit alltäglichen Dingen konfrontiert werden, sondern genau das Gegenteil erleben.

„Da hab ich immer so viel im Hinterkopf, ob das erledigt ist oder das und das und im Urlaub ist das völlig anders, alles weg.“

Urlaub bekommt hier die gegenteilige Rolle zugewiesen. Im Urlaub wollen die Interviewpartner all das machen, was sie im Alltag nicht machen bzw. wozu ihnen im Alltag nicht die Möglichkeit zusteht.

Den beiden Aspekten Flexibilität und Unstrukturiertheit wird im Urlaub eine besondere Bedeutung zugemessen.

„Dass ich das mach, was ich sonst halt nicht machen kann, so schaut ein perfekter Urlaubstag aus (...) flexibel halt.“

Innerhalb der Interviews kommt oft die Bezeichnung Tapetenwechsel vor, die quasi als Synonym für Urlaub verwendet wird.

7.1.3 Neues Kennenlernen und gemeinsames Erleben

Ein weiterer wichtiger Aspekt beim Urlaubmachen stellt das Neue, Unbekannte dar, *„das Feeling, dass alles neu ist“*.

Alle Interviewpartner geben an, Urlaub zu machen, um neue Orte, Kulturen, Sprachen usw. kennen zu lernen.

Ein Interviewpartner erklärt: *„Die Hauptgründe sind einmal was anderes erleben. Ich bin immer auf der Suche nach was Neuem, also ich mein neue Herausforderungen.“*

Ein anderer Interviewpartner führt an, Urlaub zu machen, *„damit man andere Länder kennenlernt, andere Städte oder kulturelle Veranstaltungen besucht“*.

Ein weiterer begründet das Bedürfnis Neues zu erleben *„weil, wenn du immer nur das Gleiche erlebst, wird's ja irgendwann fad“*.

Gemeinsam mit anderen Leuten etwas zu erleben oder zusammen Dinge zu unternehmen und Spaß zu haben ist ein Motiv, das einerseits bei jüngeren und andererseits bei älteren Reisenden eine große Rolle spielt.

Die interviewten jungen Erwachsenen geben an, dass ihnen der Faktor „gemeinsam Spaß zu haben“ und „gemeinsam etwas zu erleben“ äußerst wichtig ist.

„(...) dass man mit Freunden zusammen ist und Zeit miteinander verbringen und gemeinsam Sachen machen kann.“

Das Gemeinschafts- und Zusammengehörigkeitsgefühl leistet einen wichtigen Beitrag zu einem gelungenen Urlaub.

Der Faktor des Zusammenseins stellt auch für ältere Reisende einen wichtigen Urlaubsmotivator dar. Gerade für sie bedeutet das Zusammensein mit anderen und das gemeinsame Erleben eine Besonderheit, da sie im alltäglichen Leben meist an den eigenen Wohnort angebunden sind und nicht viel unter Leute kommen.

„Das ist etwas Wunderbares für mich, dann komm ich mal ein bisschen raus und unter die Leute. Es war ganz einfach für mich als einer der Stubenhocker jeder Tag ein schöner Tag.“

7.1.4 Sich erholen und neue Kraft schöpfen

Ein wesentlicher Faktor stellt beim Urlaub auch die Erholung dar. Einerseits kann sie als Urlaubsmotivator, andererseits anschließend als positiver Effekt aufgefasst werden.

So gibt ein Interviewpartner an *„Urlaub bedeutet für mich Entspannung. Im Urlaub kann ich viel besser abschalten und loslassen.“* Ein anderer sagt über seinen vergangenen Urlaub *„dass es eine Entspannung war. Das war für mich eine Erholung pur.“*

Anhand der Aussagen kann man schließen, wonach Erholung nicht direkt auf einer körperlichen Ebene stattfindet, sondern dass mit Erholung eher eine geistige bzw. psychische Erholung gemeint sei. Für die meisten Interviewpartner ist der Urlaub mit gewissen oft physischen Anstrengungen verbunden, wie ein Interviewpartner bestätigt *„aber insgesamt bin ich dann doch erholt, weil mir das einfach taugt, vom Alltag rauszukommen und was anderes zu sehen, was anderes zu tun.“*

Für einen Interviewpartner ist Urlaub jedoch so anstrengend, dass er zu Hause einige Tage braucht, um sich von den Urlaubsstrapazen wieder zu erholen.

„Ich reise nicht sehr oft und nicht sehr weit, weil das ist eine große Anstrengung für mich. Wenn ich vom Urlaub wieder heimkomme, dann bin ich noch angestrengt und brauch ein paar Tage.“

Die meisten Interviewpartner geben an, nach dem Urlaub wieder mehr Kraftressourcen zur Verfügung zu haben.

„Nach dem Urlaub fühl ich mich besser, wieder frischer, weil eine andere Luft ist und eine andere Natur, da bist völlig anders drauf.“

Ein anderer Interviewpartner bestätigt *„wenn ich vom Urlaub wieder zurückkomm, bin ich vollgetankt mit positiver Kraft für die alltäglichen Dinge dann wieder“* und *„nach dem Urlaub hab ich dann wieder bessere Energie“*.

Für manche ist auch das Gefühl, durch die Reise ein Ziel erreicht zu haben, kraftbringend und wieder stärkend für das alltägliche Leben.

„Jedes Mal, wenn ich reise und ein Ziel erreiche, gibt mir das mehr Kraft und mehr Sicherheit und ich fühl mich noch immer im Leben (...) das Kraftholen ist wichtig.“

Außerdem werden einige Personen durch unerwartete Erlebnisse im Urlaub gestärkt, die sie im Vorhinein nicht für möglich gehalten hätten.

„Als ich in Venedig war, da hätt ich mir nie gedacht, dass ich mit der Gondel fahren kann, aber der Gondelfahrer hat mich ohne Probleme vom normalen Rollstuhl in die Gondel hineingehoben. Das hätt ich mir nie gedacht. Das war so schön und wir sind durch ganz Venedig gefahren.“

7.1.5 Gespaltene Gefühle nach dem Urlaub

Die Interviewpartner empfinden das Heimkehren vom Urlaub auf unterschiedliche Art und Weise. Meistens sind sowohl positive als auch negative Gefühle vorhanden. Die Rückkehr von der Reise wieder in das alltägliche Leben stellt jedoch für viele eine große Umstellung dar.

„Zwischen Urlaub und Alltag gibt's einen großen Unterschied. Da braucht man Zeit vorher und nachher zum Arbeiten und Aufarbeiten. Nach dem Urlaub brauch ich dann wirklich einige Zeit. Ich fühl mich wie geschnitten, von der einen Kultur, von einem Leben zum anderen.“

Einige Interviewpartner beschreiben, dass sie sich im ersten Moment freuen und erleichtert sind, wieder in der gewohnten Umgebung zu sein, die gewohnten Pflegeleistungen zu erhalten, etc., sie jedoch nach kurzer Zeit am liebsten wieder verreisen würden.

„Am Anfang ist es daheim halt wieder besser, weil da hab ich wieder meine Gegebenheiten und das und das und dann bin ich wieder gescheit gepflegt und in der gewohnten Umgebung, aber nach zwei, drei Tagen will ich schon wieder fort, weil dann hab ich schon wieder alles und ich bin nicht ein Mensch, der die ganze Zeit im Zimmer hockt.“

7.1.6 Bedeutung von Selbst- bzw. Mitbestimmung

Bei knapp der Hälfte der Untersuchungsteilnehmer spielt Selbst- bzw. Mitbestimmung eine wesentliche Rolle. Die große Bedeutung von Selbst- bzw. Mitbestimmung kommt nicht nur in Verbindung mit Urlaub zur Sprache, sondern lässt sich auch im alltäglichen Leben von Menschen mit körperlicher Behinderung feststellen.

„Es geht mir ja nicht nur im Urlaub darum, dass ich selber bestimmen kann, was ich mach.“

Interviewpartner, bei denen Selbst- und Mitbestimmung wichtige Aspekte darstellen, bevorzugen Individualreisen gegenüber Gruppenreisen. Ihnen ist es lieber, gemeinsam mit einem Begleiter zu verreisen, weil sie sich dann nur mit ihm absprechen und nicht auf weitere Personen Rücksicht nehmen müssen.

„Weil diese Gruppen, zu zweit geht's ja noch, aber ich find mit Gruppen ist das wesentlich schwieriger.“

Spielt Selbst- bzw. Mitbestimmung für den Reisenden mit Beeinträchtigung im Urlaub eine wichtige Rolle, wirkt sich das auch auf die Anforderungen an den Begleiter aus. Der Betreuer sollte respektvoll mit diesem Anliegen umgehen und in diesem Sinne handeln.

Ein Interviewpartner, der besonderen Wert auf Selbstbestimmung legt, beschreibt die Anforderungen an seinen Reisebegleiter folgendermaßen *„Dass mir niemand etwas vorgibt, wie ich mich (...) das ist mein Urlaub und da denk ich mir, da kann ich mit der Person machen, unternehmen, was ich will (...) der Begleiter soll auf mich eingehen und nichts über meinen Kopf wegbestimmen.“*

Allerdings besteht die Möglichkeit der Selbst- bzw. Mitbestimmung nicht nur bei Individualreisen, sondern auch bei Gruppenreisen kann ihr eine hohe Bedeutung zukommen.

„Mir haben die Gruppenreisen schon auch gefallen, weil wir immer als Gruppe gemeinsam entschieden haben, was wir machen wollen und so. Ich hab also mitreden können bei der Programmgestaltung.“

Die Bedeutung, die der Selbst- bzw. Mitbestimmung von körperbehinderten Urlaubern zukommt, betrifft jedoch nicht nur die individuelle Urlaubsgestaltung und -planung, sondern sollte auch von Anbietern touristischer Attraktionen berücksichtigt werden.

Ein Interviewpartner weist mit Nachdruck darauf hin, dass Menschen mit Behinderung endlich als zahlende Kunden gesehen werden sollten, die selbst Experten für ihre Bedürfnisse sind und bei gewissen Angelegenheiten das Recht auf Mitbestimmung haben müssen.

7.2 Organisation – eine aufwändige Aufgabe

Die meisten Interviewpartner, die ihre Reise selbst organisieren, geben an, dass viele Vorbereitungen im Vorhinein getroffen werden müssen. Wie viele Maßnahmen im Vorfeld erforderlich sind, hängt von der jeweiligen Beeinträchtigung ab.

Außerdem kommt der Erfahrung mit Reiseplanungen ein großer Stellenwert zu, da die Interviewpartner angeben, mit steigender Erfahrung weniger Probleme und Aufwand zu haben. Hingegen ist die Organisation der ersten Reise meist mit einem sehr großen Aufwand verbunden. *„Natürlich ist es anstrengend, es ist sehr kompliziert am Anfang.“*

„Umso mehr Erfahrung ich hab, desto leichter funktioniert Reisen (...) also mit Erfahrung, dass ich es irgendwie schaffe, aber das war schon ein hartes Stück Arbeit.“

7.2.1 Finanzielle Lage als Ausgangspunkt für Urlaubsüberlegungen

Fast alle Interviewpartner geben an, ihre finanzielle Lage als Ausgangspunkt für Urlaubsüberlegungen zu machen. Wenn ein Urlaub geplant werden soll, müssen in erster Linie die finanziellen Mittel überprüft werden. Ob Urlaub gemacht wird oder nicht, hängt meist mit dem verfügbaren oder nicht verfügbaren Urlaubsbudget zusammen.

Ein Interviewpartner meint dazu: *„Das kommt aufs Konto drauf an. Jetzt hab ich nicht so viel auf die Seite legen können und deshalb kann ich jetzt nicht so einen großartigen Urlaub machen.“*

Ein anderer entgegnet: *„Es kommt immer drauf an aufs Geld, ob es sich ausgeht oder nicht.“*

Die meisten Interviewpartner verschaffen sich selbst einen Überblick über das Geld, das ihnen zum Reisen zur Verfügung steht. Für einen Interviewpartner erledigt diese Angelegenheit ein Sachwalter, der sein Geld verwaltet.

Bei Menschen mit körperlicher Behinderung kommen zu den normalen Reisekosten noch zusätzliche Ausgaben hinzu, die im Vorhinein schon berücksichtigt und genau kalkuliert werden müssen, damit es im Nachhinein nicht zu negativen Erfahrungen kommt. In erster Linie müssen die Kosten des Reisebegleiters hinzugerechnet werden. Die Interviewpartner geben an, dass es äußerst wichtig ist, die finanziellen Regelungen mit den Begleitern im Vorfeld zu besprechen und festzulegen.

Ein Interviewpartner beschreibt den Organisationsaufwand folgenderweise:

„Das mach ich entweder spontan und geh dann in ein Reisebüro und frag, was es für Angebote gibt. Dann such ich mir eins aus und dann muss ich ja erst jemanden suchen, der mitfährt und dann mach ich mir mit dem aus, ob er auch einverstanden ist, mit dem, was ich machen will. Wenn er ja sagt, dann red ich über finanzielle Angelegenheiten, dass das alles passt und dann buch ich.“

Die Interviewpartner schildern verschiedene Abmachungen im Hinblick auf die Bezahlung der Begleiter. Manche zahlen den Begleitern den Urlaub, andere bezahlen zusätzlich noch einen gewissen Betrag.

Außerdem fallen für Menschen mit Behinderung je nach Behinderungsart und benötigter Betreuung zu den beschriebenen Ausgaben noch Nebenausgaben an, die auch in die Planung des Urlaubsbudgets mit einberechnet werden müssen.

„Aber bei einem Behinderten musst halt rechnen, was du noch für Nebenkosten hast.“

„So eine betreute Reise ist halt ganz einfach wesentlich mehr Aufwand.“

Zwei Interviewpartner geben an, dass mit genügend finanziellen Mitteln prinzipiell beinahe alles möglich wäre.

„Wenn man Geld hat, kann man alles haben, das ist immer so.“

„Da kannst das bestellen, was du brauchst, aber da musst halt finanzielle Sachen mithaben.“

Da jedoch fast alle Interviewpartner angeben, für den Urlaub nur ein begrenztes Budget zur Verfügung zu haben, ist es erforderlich, die voraussichtlichen Ausgaben im Vorhinein zu berechnen und auch während des Urlaubs sorgsam mit dem verfügbaren Budget umzugehen.

7.2.2 Organisation von Begleitern

Bei der Organisation von Begleitern gibt es unterschiedliche Meinungen bzw. Erfahrungen. Für Leute, die mit Verwandten, Partnern oder mit einer Reisegruppe verreisen, stellt sich die Organisation als unproblematisch heraus, da Reisen entweder zusammen geplant oder die Begleiter von einer Organisation arrangiert werden.

Die Interviewpartner, die sich die Begleiter selbst organisieren, verfügen sowohl über positive als auch über negative Erfahrungen. Einige verbinden damit einen ziemlich hohen Aufwand, andere behaupten, dass es keine große Schwierigkeit sei, einen Urlaubsbegleiter zu finden.

Für einen Interviewpartner ist es *„sehr schwierig, was zu organisieren, auch mit dem Reisebegleiter.“*

Ein anderer beschreibt die Schwierigkeit der Organisation folgendermaßen: *„Aber dann mit der Urlaubszeit, die Assistenten wollen ja auch selber auf Urlaub fahren oder haben zu tun, haben zu lernen und dann muss man halt erst einmal mit ihnen schauen, wer eigentlich Zeit hat.“*

Ein Interviewpartner gibt an, noch nie Probleme bei der Organisation von Reisebegleitern gehabt zu haben. Er führt das auf seine vorhandene Selbstständigkeit zurück.

„Es lässt sich immer ein Reisebegleiter finden, weil ich kann ja gehen. Man muss mich ja nur führen, aber gehen kann ich schon alleine.“

Ein anderer Interviewpartner musste schon einmal eine Reise absagen, da ihm der Begleiter zwei Wochen vor dem geplanten Urlaub aufgrund eines Krankheitsfalles absagte und er keinen anderen Begleiter in der kurzen Zeit organisieren konnte.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Organisation nicht unberücksichtigt bleiben darf, stellt die Einschulung des Begleiters auf die individuellen Bedürfnisse des Urlaubers mit körperlicher Beeinträchtigung dar. Nicht alle Interviewpartner handhaben das auf diese Weise, doch einigen ist es wichtig, dass der Begleiter die nötigen Handgriffe schon im Vorhinein erlernt, um eventuelle Schwierigkeiten im Urlaub zu vermeiden. So beschreibt der Interviewpartner diese Thematik folgendermaßen:

„Aber wenn ich jemanden hab, der sich nicht auskennt, den muss ich einen Monat vorher einschulen, damit er dann die Handgriffe kann.“

7.2.3 Organisatorische Notwendigkeiten betreffend des gesundheitlichen Zustands

Zwei Interviewpartner führen an, dass auch mit ihrem gesundheitlichen Zustand gewisse organisatorische Aufwände verbunden sind und es Dinge gibt, die sie vor einer Reise beachten müssen. Beide Interviewpartner beschreiben ihren gesundheitlichen Zustand als nicht stabil, verglichen mit anderen körperbehinderten Personen. Aus diesem Grund hat für sie ihre gesundheitliche Verfassung einen besonderen Stellenwert, dem große Aufmerksamkeit zukommt. Einerseits muss ein Arzt aufgesucht werden, um die notwendige Medikation während der Reise zusammenzustellen und um in weiterer Folge die gesundheitliche Stabilität sicherzustellen.

Andererseits ergeben sich individuell notwendige Maßnahmen, die im Vorhinein organisiert werden müssen, um mit der Reise beginnen zu können.

So beschreibt ein Interviewpartner, der ab dem vierten Wirbel gelähmt ist:

„Natürlich gibt's auch gesundheitliche Sachen. Da muss ich aufpassen, dass es zu keinen Problemen mit dem Stuhl kommt. Ich muss den Stuhltag wiederholen, damit ich nichts in der Hose hab. Das muss organisiert werden, auch der Katheter. Ich mach immer eine Generalprobe und dann geht's los.“

7.2.4 Eigenständige Überprüfung der Angebote

Aufgrund der vielen Erfahrungen mit falschen Informationen über behindertengerechte Unterkünfte oder Angebote (mehr darüber im Kapitel „Probleme mit Informationen und Defizite im Wissen über behindertenspezifische Aspekte“) betonen einige Interviewpartner die Notwendigkeit deren Überprüfung.

„Ich kann so viel erzählen von Hotels, von nichtstandardgemäßen Sachen, obwohl sie in den ganzen Prospekten schreiben, aber du musst definitiv auch überall anrufen in die Hotels und fragen, ob sie wirklich rollstuhlgerecht sind.“

Für einen Interviewpartner ist das Schwierigste bei der Organisation *„schauen, ob es wirklich so optimal ist.“*

Ein weiterer Interviewpartner besitzt schon viele Erfahrungen mit Unterkünften und betont die Wichtigkeit der selbstständigen Überprüfung. Zu oft hat er sich auf die Angaben anderer verlassen und ist dann enttäuscht worden. Aus diesem Grund glaubt er nichts mehr, was er nicht selbst geprüft hat. Als eine Ursache für falsche

Angaben von Menschen ohne körperlicher Beeinträchtigung gibt er an, dass diese Barrieren gar nicht - bewusst - wahrnehmen.

„Die normalen, also gehfähigen Leute schauen ja nicht so auf Stufen oder Barrieren, weil die gehen einfach automatisch. Deswegen muss man sich da selbst erkundigen.“

Weiters betont er die Wichtigkeit, dass der körperbehinderte Reisende eine aktive Rolle im Organisationsprozess einnimmt.

„Du musst als Behinderter, wenn du reisen willst, selber aktiv werden und dort anrufen und mit dem Personal selber reden und sagen, was brauch ich ungefähr, dass die schon wissen, wer da kommt.“

Es müssen jedoch nicht nur Unterkünfte auf ihre Barrierefreiheit hin über- bzw. geprüft werden, sondern auch z.B. Ausflüge, Besichtigungen etc., die am Urlaubsort angeboten werden. Nicht immer sind die im Vorfeld erhaltenen Informationen der Wahrheit entsprechend. Aus diesem Grund müssen Menschen mit Behinderung auch hier genau nachfragen, ob die Gegebenheiten für ihre speziellen Bedürfnisse bzw. Ansprüche geeignet sind.

„Die bieten ja immer solche Freizeitaktivitäten an. Da musst halt dann auch wissen, kann ich dorthin oder kann ich nicht dorthin oder ist der Bus behindertengerecht oder nicht.“

7.2.5 Zusätzliche individuelle Besorgungen

Weiters müssen zu dem bisher genannten Organisationsaufwand zusätzliche individuelle Besorgungen vorgenommen werden.

Zusätzliche Besorgungen können beispielsweise die Inanspruchnahme eines Rollstuhlservices sein, das vor der Reise durchgeführt wird, um das Funktionieren des Rollstuhls auf der Reise zu gewährleisten.

Die Durchführung der persönlichen Pflege im Urlaub kann auch im Vorhinein einige Erledigungen erfordern. Einige Interviewpartner führen an, dass sie entweder bei den Unterkünften nachfragen, ob gewisse Utensilien vor Ort zur Verfügung stehen oder ansonsten die benötigten Gegenstände selbst mitnehmen.

Ein Interviewpartner fragt im Hotel vor der Reise nach: *„Habts ihr das und kann ich mir das aufs Zimmer raufnehmen?“* Das hab ich alles schon gemacht, aber da musst dann wieder extra Gurte von daheim für den Duschstuhl zum Beispiel mitnehmen, weil dort ist zum Beispiel ein Duschstuhl ohne Gurte.“

Genauere Erkundigungen sind daher auch in diesem Bereich notwendig.

Andere Interviewpartner nehmen gleich den eigenen Duschsessel mit, um eventuelle Probleme aus dem Weg zu schaffen.

„Meistens sagen sie, es ist nicht notwendig, aber meistens ist es besser, wenn man ihn mitnimmt. Normalerweise nehme ich ihn mit, dann geht's viel leichter.“

7.2.6 Organisation der An- und Abreise

Bei der Organisation der An- und Abreise zum bzw. vom Urlaubsort fallen ebenfalls organisatorische Vorbereitungen an. Je nachdem mit welchem Transportmittel gereist wird, ergeben sich unterschiedliche Organisationserfordernisse.

Die Interviewpartner benutzen entweder den eigenen PKW, Fahrtendienste, Züge oder Flieger zum Verreisen. Während sich die Organisation von PKW und Fahrtendienst als relativ unproblematisch erweist, erfordert die Anreise mit Zug oder Flugzeug weit mehr Vorplanung. Wenn ein Mensch mit körperlicher Behinderung mit dem Zug fährt, muss er das früh genug bekannt geben, da z.B. bei der österreichischen Bahn nur zwei Plätze pro Zug für Rollstuhlfahrer zur Verfügung stehen.

Beim Fliegen *„muss man an sehr viel denken.“* Abgesehen von der Buchung des Fluges, müssen im Vorhinein die Rollstuhlmaße angegeben, eine fußfreie Reihe reserviert und ein ärztliches Attest über die Flugtauglichkeit vorgelegt werden. Nimmt der körperbehinderte Reisende seinen elektrischen Rollstuhl mit, müssen noch zusätzliche Vorbereitungen getroffen werden, wie das Abklemmen der Batterie und Ähnliches.

7.3 Probleme mit Informationen und Defizite im Wissen über behindertenspezifische Aspekte

In diesem Abschnitt werden alle Ergebnisse in Zusammenhang sowohl mit Informationen über Unterkünfte und Angebote als auch mit Wissen über behindertengerechte Aspekte und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung dargestellt. Anhand der Auswertung der Interviews konnte auf diesem Gebiet ein großes Defizit festgestellt werden. Mehr als die Hälfte der Interviewpartner haben

Erfahrungen mit falschen Informationen und wurden in weiterer Folge enttäuscht. Aufgrund der schlechten Erfahrungen haben die Betroffenen kein Vertrauen mehr bezüglich der Angaben und sehen die Notwendigkeit, die erhaltenen Informationen im Vorhinein einer Überprüfung zu unterziehen, wie ein Rollstuhlfahrer anhand seiner Erfahrungen formuliert: *„Meistens kann man sich nicht auf die Angaben verlassen.“* (siehe Kapitel „Eigenständige Überprüfung der Angebote“)

7.3.1 Ungeeignete, nicht barrierefreie Informationsmedien

Die erste Problematik, die sich in Zusammenhang mit Informationen ergibt, ist die unpassende oft nicht barrierefreie Gestaltung der Informationsmedien. So schildern Interviewpartner einen hohen Aufwand bei der Beschaffung von relevanter Information.

Als problematische Informationsmedien werden sowohl Kataloge, Prospekte etc. als auch Internetseiten angegeben. Bei erstgenannten besteht die Schwierigkeit bei der Informationsbeschaffung in erster Linie durch die Unübersichtlichkeit, wie folgende Interviewpassage deutlich macht: *„Die Kataloge sind oft nicht gescheit zusammengestellt. Da muss man oft voll lange suchen, bis man das Rollstuhlzeichen findet und vielleicht übersieht man dann ein paar Informationen.“*

Auch diese Passage weist auf die angesprochene Problematik hin: *„Es ist in Prospekten leicht zu übersehen. Sie müssten das viel größer machen, weil ich hab schon Prospekte gehabt, da hab ich zuerst einmal suchen müssen, wo das Rollstuhlzeichen ist, ob das Hotel überhaupt behindertengerecht ist.“*

Bei Internetquellen gibt es das Problem, dass Internetseiten entweder auch unübersichtlich gestaltet sind oder beispielsweise eine zu kleine Schrift verwendet wird, die einige Menschen mit Behinderung nur mit großer Mühe bzw. gar nicht lesen können.

Ein Interviewpartner gibt ein positives Beispiel der Gestaltung einer Internetquelle an und betont, dass eine Gestaltung auf diese Art und Weise speziell für Menschen mit Behinderung förderlich sei.

„Die war voll super diese Homepage. Da war ein Portal. Da hatten sie Videos online von Hotelzimmern und das war ziemlich toll gemacht. Da hatten sie eine Kamera in der Mitte des Zimmers, die gedreht wurde und so konnte man das

ganze Zimmer sehen. Und ich konnte dann das Zimmer wählen, wo's am meisten Platz gab.“

7.3.2 Falsche Informationen über behindertengerechte Unterkünfte und Angebote

Das größte Problem in Zusammenhang mit Informationen stellt der Erhalt von falschen Informationen über Unterkünfte und Angebote dar. Mit dieser Problematik haben die meisten Interviewpartner besonders schlechte Erfahrungen gemacht und können dementsprechend viel darüber erzählen.

So erleben viele Menschen mit Behinderung die erste Enttäuschung, wenn sie am Urlaubsort ankommen und feststellen müssen, dass die Gegebenheiten nicht so sind, wie sie es sich anhand der erhaltenen Auskünfte vorgestellt haben.

Für einen Interviewpartner stellt der Erhalt nicht akkurater Informationen den größten Enttäuschungsfaktor im Urlaub dar.

„Am meisten bin ich enttäuscht worden, wenn mir oder der Betreuerin erklärt worden ist, das ist eh behindertengerecht und dann war es nicht so.“

In erster Linie betreffen die falschen Informationen Angaben über Unterkünfte. Viele Interviewpartner geben an, aufgrund nicht korrekter Auskünfte, in ungeeigneten Unterkünften abgestiegen zu sein.

Ein Interviewpartner schildert: *„Ich kann so viel erzählen von Hotels, von nichtstandardgemäßen Sachen, obwohl sie in den ganzen Prospekten schreiben, aber du musst definitiv auch überall anrufen in die Hotels und fragen, ob sie wirklich rollstuhlgerecht sind.“*

Ein anderer gibt an: *„Sie haben gesagt, die Zimmer sind behindertengerecht, waren sie dann im Endeffekt aber nicht.“*

Außerdem kritisiert ein Rollstuhlfahrer nicht nur die falschen Informationen, sondern auch, dass oft nicht genug Informationen angegeben werden.

„Meistens gibt's da halt keine genauen Informationen im Vorhinein, wie's dann wirklich sein wird im Hotel. Es gibt zwar schon Beschreibungen und so, aber wenn man dann dort ist, ist es dann meistens anders.“

Weiters gibt ein Rollstuhlfahrer an, dass speziell bei alten Hotels Vorsicht geboten sei. Er hat damit schon besonders oft Enttäuschungen erlebt, weil die Angaben nicht gestimmt haben.

„Alte Hotels sind, was Behindertensachen anbelangt, meiner Meinung nach einfach zu blöd. Die geben da zum Beispiel Türbreiten an und wenn man dann hinkommt, ist alles viel zu eng.“

Allerdings stellen sich nicht nur Informationsmedien, anhand derer selbst recherchiert wird als problematisch dar, sondern auch wenn Leute ihren Urlaub über Reisebüros buchen, kommt es manchmal zu Erfahrungen mit nicht akkuraten Auskünften.

So schildert ein Interviewpartner: *„Vom Reisebüro hab ich falsche Informationen gekriegt über das behindertengerechte Hotel.“*

Menschen mit körperlicher Behinderung werden jedoch nicht nur mit falschen Informationen bezüglich Angaben zu Unterkünften konfrontiert, sondern auch bezüglich Ausflügen, die am Urlaubsort angeboten werden. Auch hier geben einige Interviewpartner an, öfters falsche Angaben im Vorhinein erhalten zu haben und in weiterer Folge problematischen Situationen ausgesetzt worden zu sein.

So schildert ein Interviewpartner, der einen laut Reiseleiterin behindertengerechten Ausflug gebucht hat: *„Zum Beispiel letztes Mal auf Kreta haben wir einen Bootsausflug gebucht und die eine Reiseleiterin hat gemeint, es ist alles rollstuhlgerecht und dann kommt der Bus, das war ein ganz normaler Bus (...) und bei der Bootsanlegestelle war der Steg noch schmaler als mein Rollstuhl.“*

Falsche Informationen werden manchmal auch über die Umgebung des Hotels erteilt. So erhielt beispielsweise ein Interviewpartner die Auskunft, es gäbe bei der Unterkunft genug Möglichkeiten zum Spaziergehen. Bei der Ankunft bemerkte er, dass die Unterkunft auf einem Berg gelegen und nicht sehr eben war, ein Umstand, der für einen Rollstuhlfahrer ein großes Hindernis darstellt.

„Bei der Therme haben wir bemerkt, dass das ganz oben am Berg ist, das haben wir nicht gewusst im Vorhinein, wir haben geglaubt, dass wir mehr spazieren gehen können.“

7.3.3 Fehlendes Wissen über Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse

Die Verbreitung von falschen Informationen über behindertengerechte Unterkünfte bzw. Angebote basiert laut Interviewpartner in erster Linie auf dem mangelnden Wissen der Tourismusanbieter oder Verantwortlichen über Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse.

Den verantwortlichen Personen fehlen häufig grundlegende Kenntnisse über die verschiedenen Körperbehinderungen, Rollstuhlarten, Pflegeerfordernisse etc. Behinderung wird von vielen Menschen als EINE Beeinträchtigungsform gesehen und die behinderungsspezifischen und/ oder individuellen Verschiedenheiten außer Acht gelassen.

Die Interviewpartner kritisieren diese eingeschränkte Betrachtungsweise, denn *„Behinderung ist nicht gleich Behinderung“*. Weiters geben sie an, dass jeder Mensch mit körperlicher Beeinträchtigung verschiedene Bedürfnisse hat. Auch bei Rollstühlen existieren Unterschiede. Viele körperbehinderte Personen können nicht frei sitzen und benötigen einen an sie angepassten Rollstuhl, der je nach Bedarf andere Maße hat. Allein zwischen mechanischen und elektrischen Rollstühlen gibt es größenmäßige Unterschiede.

„Viele Manager denken bei Rollstühlen an ein Einheitsmaß, aber das ist falsch.“

So werden Interviewpartner damit konfrontiert, dass die gebuchte Unterkunft als rollstuhlgerecht angegeben ist, die Maße jedoch von einem mechanischen Rollstuhl verwendet werden und sie mit dem Elektrorollstuhl keinen Zugang zu gewissen Räumlichkeiten haben.

7.3.4 Falsche Annahmen über behindertengerechte Angebote

In Zusammenhang mit falscher Information und fehlendem Wissen über Behinderung, erwähnt ein Interviewpartner auch die falschen Annahmen über behindertengerechte Angebote. Seiner Meinung nach kommt es vor, dass Anbieter nicht nur keine Ahnung über Behinderungen haben, sondern zusätzlich noch eine falsche Sichtweise über behindertengerechte Angebote.

So berichtet er: *„Aber behindertengerecht ist halt auch so eine Sache. Die meisten verstehen unter behindertengerecht, dass man mit dem Rollstuhl reinkommt, was dann drinnen weiter ist, ist dann egal.“*

Dieser Rollstuhlfahrer hat es schon öfters erlebt, sowohl im Alltag als auch im Urlaub, dass behindertengerechte Angebote nicht optimal waren. Für ihn stellen besonders die Faktoren Zusammensein mit anderen und gemeinsam mit anderen etwas zu erleben und Spaß zu haben wichtige Motivatoren für den Urlaub dar. In dieser Hinsicht ist er jedoch schon öfters enttäuscht worden, weil er beispielsweise im Hotel von den anderen Urlaubern getrennt wurde und mit seinen Assistenten abgesondert in einem anderen Raum speisen musste.

Er beschreibt die Situation folgendermaßen: *„Für mich war`s halt eher anstrengend von den Leuten getrennt zu werden, dann ist man halt separiert und alleine in der Lobby sitzen, das fühlt sich halt nicht so gut an.“*

Ein anderes Beispiel, das er angibt, sind seine Erfahrungen beim Kinobesuch. Er möchte mit seinen Freunden zusammen einen Film anschauen, wird jedoch von ihnen getrennt und sitzt auf einem Platz, der weit von den anderen entfernt ist.

Seiner Erfahrung nach *„ist das fast überall so. Bei den meisten Angeboten wird man separiert. Man glaubt immer, das muss extra sein.“*

Der Interviewpartner erlebt in diesen Situationen, die sich oft aufgrund der falschen Sichtweise über behindertengerechte Angebote ergeben, ein Gefühl der Separation, des „Abgesondertseins“ von den anderen und kommt sich *„wie soll ich das sagen, ja so almosenartig“* vor.

7.4 Barrieren – „Wirklich barrierefrei ist nichts“

Wie dieses Zitat eines Interviewpartners beschreibt, treffen Menschen mit Behinderung sowohl im Alltag als auch im Urlaub auf vielerlei unterschiedliche Barrieren. Von den zehn Interviewpartnern bestätigen neun im Urlaub regelmäßig auf Barrieren zu stoßen. Derjenige, der kaum Barrieren am Urlaubsort vorfindet, fährt immer zu seiner Familie, die das Haus bereits bedürfnisgerecht adaptiert hat. Auf die meisten Barrieren treffen Reisende mit Körperbehinderung in den Unterkünften, die teils als behindertengerecht angegeben sind. Andere Hindernisse, die im Urlaub noch von Relevanz sind, betreffen Zugangsprobleme zu gewissen Attraktionen, Ausflügen etc.

7.4.1 Barrieren in Unterkünften

Wie bereits vorher erwähnt, treffen die meisten Reisenden mit körperlicher Behinderung in Unterkünften auf Barrieren. Auch wenn Hotels als barrierefrei angegeben sind, bedeutet dies nicht, dass alle Räumlichkeiten des Hotels mit dem Rollstuhl erreichbar sind. Geschildert wird eine breite Palette an verschiedenen Möglichkeiten, wo und wie Barrieren in Unterkünften bestehen und behindern können.

Es kann vorkommen, dass beispielsweise die Zimmer barrierefrei und groß genug sind, jedoch der Speisesaal mit dem Rollstuhl unzugänglich ist, wie ein Rollstuhlfahrer berichtet:

„Das Hotel war schon weitgehend barrierefrei, nur das Restaurant nicht, da musste man über Stiegen hinuntergehen.“

Auch ein anderer Interviewpartner erlebt die gleiche Situation und muss von anderen Leuten die Stiegen hinuntergetragen werden, um in den Speisesaal zu kommen.

Weiters werden Probleme mit Aufzügen und Türbreiten in Hotels geschildert. Erstens Aufzüge, die entweder zu klein bzw. eng für den Rollstuhl oder außer Betrieb sind und zweitens Türbreiten, die größer angegeben werden, jedoch zu eng für den Rollstuhl sind.

„Im Hotel gibt's oft Probleme mit der Türbreite oder mit dem Aufzug und so.“

Bezüglich Aufzüge erzählt ein anderer Interviewpartner: *„Der alte Aufzug war halt auch nicht so ideal. Die Türen sind zugegangen, da hat es mir auch oft die Füße eingeklemmt.“* Oder in einem anderem Hotel: *„Der Speisesaal war schön und alles, aber da hast rauffahren müssen und da haben wir ein normales Wagerl gehabt. Da hat man sich müssen umsetzen, weil der Aufzug war nicht so breit, da bist mit einem Elektrowagerl gar nicht reingekommen.“*

Ein weiteres oft angesprochenes Problem in Unterkünften ist der benötigte, jedoch nicht vorhandene Platz. So sind oft die Gänge so eng oder verwinkelt, dass es nur für einen Elektrorollstuhlfahrer mit sehr guter Motorik möglich ist, den Rollstuhl dementsprechend zu lenken.

Barrieren, die in den Zimmern am häufigsten erlebt und geschildert werden, betreffen meistens das Bad und/oder das WC. Die meisten Interviewpartner geben an, dass in den sanitären Einrichtungen zu wenig Platz vorhanden sei, der jedoch für die Pflege notwendig wäre, wie folgende Interviewpassage bestätigt:

„Die Zimmer sind meistens nicht so optimal, weil meistens ist das Waschbecken zu eng bemessen, dass du zum Klo meistens nicht mehr gescheit hinkommst (...) Im Klo und im Bad ist der Platz meistens zu gering eingeplant.“

Zu wenig Platz im Bad kann einige Probleme hervorrufen. So kann beispielsweise *„das Duschen problematisch“* werden und ebenfalls der Toilettengang zum großen Aufwand werden. *„(...) da waren ja auch die WC-Anlagen so knapp, dass sie mich grad und grad hingebracht haben.“*

Ein körperbehinderter Urlauber beschreibt die Problematik mit dem Duschen folgendermaßen: *„Duschen ist für mich ein Problem. Eigentlich fast überall. Das ist für mich sehr anstrengend. Im Bad ist meistens zu wenig Platz und das ist dann halt schwierig, wenn dann beim Duschen noch zwei Leute dabei sind und das Bad so klein ist.“*

Weitere Defizite lassen sich in der oft nicht vorhandenen behindertengerecht adaptierten Ausstattung in Badezimmern feststellen. So sind oft keine Haltegriffe angebracht oder nicht verwendbare Badewannen eingebaut. Folgendermaßen berichtet ein Interviewpartner: *„Das Bad war überhaupt nicht behindertengerecht. Ich hab dann einen Gartensessel hineingestellt und so hab ich dann geduscht.“* Lösungsansätze müssen dann gesucht werden, um mit den Gegebenheiten zurechtzukommen.

7.4.2 Weitere Barrieren im Urlaub

Weitere Barrieren mit denen körperbehinderte Urlauber konfrontiert werden, sind sehr häufig Zugangsprobleme, beispielsweise zu gewissen Attraktionen, Ausflügen, Sehenswürdigkeiten etc.

Diese Situation beschreibt ein Rollstuhlfahrer wie folgt: *„Ich hatte schon öfter Probleme mit dem Zugang. Oft muss man dann mit den Leuten diskutieren, ob das sicherheitstechnisch überhaupt machbar ist, dort zu sein.“*

Einige Interviewpartner schildern Zugangsprobleme zu Sehenswürdigkeiten. Probleme bestehen jedoch nicht nur am fehlenden bzw. schwierigen Zugang, sondern auch innerhalb der Attraktionen, wie ein Rollstuhlfahrer bestätigt: *„Aber das Museum war für mich auch nur auf einem Stockwerk begehbar, besichtigbar. Also alles konnte ich auch nicht anschauen.“*

Auch die fehlende Verfügbarkeit von behindertengerechten Toiletten bei Ausflügen wird als problematisch dargestellt.

Weiters können im Urlaub Barrieren durch natürliche Gegebenheiten bestehen. So hat ein Rollstuhlfahrer große Probleme, wenn die Umgebung am Urlaubsort nicht eben ist, sondern uneben oder holprig, was in weiterer Folge seine Beweglichkeit einschränkt.

Besonders bei Städtebesichtigungen können noch zusätzliche Barrieren hinzukommen, wie z.B. Pflastersteine oder holprige Böden in Altstädten oder Barrieren bei öffentlichen Verkehrsmitteln, wie z.B. nicht vorhandene oder nicht funktionierende Aufzüge.

7.5 Bewältigungsstrategien

Fast alle Interviewpartner geben an im Urlaub Bewältigungsstrategien anzuwenden. Diese können entweder auf freiwilliger Basis, um gewisse Situationen und Gegebenheiten zu verbessern, aber auch unfreiwillig erfolgen, wenn die Urlauber gezwungen sind, etwas zu entbehren, weil sie keine andere Wahl haben.

Bewältigungsstrategien können anhand der Auswertung der vorliegenden Interviews in drei Kategorien eingeteilt werden. Einerseits passen sich die körperbehinderten Urlauber teilweise einfach an die vorhandenen Gegebenheiten an. Dies ist möglich, wenn keine allzu großen Schwierigkeiten oder Hindernisse vorhanden sind. Andererseits entwickeln beeinträchtigte Reisende oft Handlungsalternativen, um schwierige oder hemmende Situationen auszugleichen. Handlungsalternativen können entweder vom körperbehinderten Menschen selbst oder von Mitmenschen durchgeführt werden. Oft kommen hier ganz unkonventionelle oder kreative Lösungsansätze zum Einsatz.

Wenn der körperbehinderte Urlauber mit einer Situation konfrontiert wird, bei der keine Anpassung stattfinden kann oder keine Handlungsalternativen gefunden werden können, muss er auf gewisse Aktivitäten verzichten und Abstriche machen.

Die drei beschriebenen Kategorien sind jedoch nicht exakt voneinander abgrenzbar, sondern können sich zum Teil vermischen oder überschneiden.

Prinzipiell sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Anwendung von Bewältigungsstrategien sehr stark mit persönlichkeitsbezogenen Faktoren

zusammenhängt. Je nachdem, von welchen Einstellungen die körperbehinderten Menschen geprägt sind, verwenden sie vermehrt gewisse Bewältigungsstrategien. So beschreibt ein Interviewpartner die positiven Effekte, die negative Umstände für ihn oft mit sich bringen.

„Dann lernt man viel mehr aus negativen Sachen, als wenn alles glatt läuft. Dann muss man alles umdenken und schauen, dass es auch, wenn es ein bisschen eng ist, dass man das Beste daraus macht.“

7.5.1 Anpassung an Gegebenheiten

Mit dieser Strategie werden gewisse Gegebenheiten vom Urlauber ohne Handlungsmaßnahmen hingenommen.

Für einige Interviewpartner stellt die Anpassung an unterschiedliche Gegebenheiten eine Selbstverständlichkeit dar, in der Annahme, dass sie sonst gar nicht verreisen könnten bzw. bräuchten, wie ein Interviewpartner beschreibt: *„Das ist schon ok, weil sonst kann ich nie irgendwohin fahren.“*

Manche Betroffene können sich jedoch nicht mit anderen als den gewohnten Bedingungen abfinden.

So erzählt ein Interviewpartner über einen anderen körperbehinderten Urlauber: *„Aber wenn er halt irgendwohin fährt, dann will er immer die gleiche Betreuung haben und gleiche Verhältnisse wie daheim, aber das geht eben nicht. Das ist unmöglich, weil du musst viel organisieren können und Geduld muss man auch haben.“*

Diese Bewältigungsstrategie wird meistens in Verbindung mit Pflege erwähnt. Besonders bei der Durchführung der Pflege im Urlaub gibt es viele Gegebenheiten, die sich von denen daheim unterscheiden. Das können andere Betreuer, andere Pflorgetechniken, andere bauliche Bedingungen, andere Ausstattungen, andere Hilfsmittel etc. sein.

Folgendermaßen beschreibt ein Interviewpartner die Notwendigkeit der Anpassung bei Pflegemaßnahmen: *„Das ist nur anders, wenn man sich anpassen muss an die Situation, an die Gegebenheiten, wie man jetzt badet zum Beispiel.“* Ein anderer meint: *„Man muss sich mit den Gegebenheiten abfinden.“*

Die Anpassung an unterschiedliche Gegebenheiten betreffend Körperpflege soll jedoch nicht in diesem Kapitel behandelt, sondern im Kapitel "Die Rolle der Pflege" näher beschrieben werden.

7.5.2 Handlungsalternativen

Aufgrund unterschiedlicher Barrieren oder ungeplanter Situationen müssen sich körperbehinderte Urlauber manchmal alternative Handlungen überlegen und anwenden. Handlungsalternativen werden entweder vom beeinträchtigten Reisenden selbst eingesetzt oder andere Personen bieten durch ihr Mitwirken eine Lösungsmöglichkeit für das jeweilige Problem an.

Einige Interviewpartner wurden schon mit der Situation konfrontiert, dass sie durch Stufen in der Unterkunft oder auf Ausflügen Einschränkungen erfahren haben. In solchen Situationen müssen sich immer Mitmenschen mit einbringen, weil diese Barrieren nicht alleine vom Rollstuhlfahrer überwunden werden können.

Auf einer Klassenfahrt erlebt ein Interviewpartner folgende Situation: *„Aber es gab z.B. keinen Zugang zum Speisesaal und dann haben die Leute dort gemeint, ich soll im Zimmer frühstücken, aber meine Lehrer haben mich dann immer hinauf und hinuntergetragen, weil ich wollt auch nicht allein im Zimmer frühstücken.“*

Ein anderer Interviewpartner wird aufgrund des nicht funktionierenden Aufzuges im Hotel einen Tag lang vier Stockwerke von seinem 25-jährigen Begleiter ins Zimmer hinauf- und hinuntergetragen. Ähnliche Situationen werden in den Interviews öfter erwähnt.

Auch von Hotelangestellten selbst kommen teilweise Lösungsvorschläge und Alternativen bei problematischen Situationen. So werden z.B. manchmal Räumlichkeiten zum Essen zur Verfügung gestellt, die normalerweise nicht dafür vorgesehen sind oder Gepäckslifte für die Beförderung des Elektrorollstuhles verwendet.

Manchmal kommt es auch vor, dass der körperbehinderte Urlauber aufgrund bestimmter nicht vorhandener Gegebenheiten, auf Alternativen zurückgreift. Bei einem Interviewpartner war das Badezimmer nicht behindertengerecht, er organisierte sich die Möglichkeit zu Duschen auf folgende Weise: *„Da hab ich nicht aufs WC gehen können und auch nicht duschen, aber beim Schwimmbad war dann so eine Dusche und wenn wir jeden zweiten Tag schwimmen gegangen sind, dann haben wir uns dort dann gleich geduscht.“*

Weiters geben einige Interviewpartner an, auf gewisse Situationen schon im Vorhinein zu denken und durch die Mitnahme bestimmter Hilfsmittel die Situationen zu meistern. Aus diesem Grund nehmen einige Urlauber mit Körperbehinderung ihre eigenen Pflegeausstattungen, wie z.B. Duschstuhl oder Hebelifter mit. *„Meistens sagen sie, es ist nicht nötig, dass man einen Duschstuhl mitnimmt, aber meistens ist es besser, wenn man ihn mitnimmt (...) dann geht's viel leichter.“*

Zwei Interviewpartner geben an, sich einfach auf einem normalen oder Gartensessel zu duschen, wenn kein Duschstuhl vorhanden ist.

Auch für die Ermöglichung des Schwimmens im Meer existieren Lösungsansätze: *„Zum Schwimmen fahr ich mit dem plastinierten Duschstuhl bis zum Wasser und dann geht er weg und ich kann schwimmen. Ich habe auch ein paar Schwimmbehelfe aus Amerika. Das ist alles speziell für Kopf, Arme und Füße.“*

Weiters wird angegeben, dass Betroffene zur besseren Fortbewegung manchmal vom elektrischen auf den mechanischen Rollstuhl wechseln, weil die Fortbewegung mit letztgenanntem oft einfacher und flexibler ist.

„Ich war sehr oft mit dem mechanischen Rollstuhl unterwegs und wenn dann drei vier Stufen sind, dann geht das mit dem mechanischen Rollstuhl leichter, rauf oder runter zu kommen und da kann man sich auch z.B. im Museum viel leichter fortbewegen, weil der viel schmaler und wendiger ist.“

7.5.3 Persönlicher Verzicht

Die Mehrzahl der Interviewpartner wurde schon mit Situationen konfrontiert, in denen sie aufgrund unterschiedlicher Faktoren auf einen gewissen Anspruch verzichten mussten.

Wenn die Bewältigungsstrategie des persönlichen Verzichts notwendig wird, befinden sich die Urlauber mit Körperbeeinträchtigung in Situationen, in denen weder durch die Anpassung an gewisse Gegebenheiten noch durch die Anwendung von Handlungsalternativen Verbesserungsmöglichkeiten gegeben sind. Ein Verzicht ist unumgänglich.

Einige der Betroffenen akzeptieren die Zustände als offensichtlich unveränderbar, währenddessen andere sich nur schwer damit abfinden können. Wie mit dem Verzicht umgegangen wird, hängt stark mit der eigenen Persönlichkeit, den

individuellen Gegebenheiten bzw. Umständen und anderen individuellen Faktoren zusammen.

In erster Linie führen nicht vorhandene Zugänglichkeiten zu unfreiwilligen Entsagungen, wenn körperbehinderte Urlauber daran gehindert werden, an gewissen Aktivitäten teilzunehmen, mitzuwirken oder etwas anzuschauen. Im Urlaub betrifft das besonders Touristenattraktionen, Ausflüge oder Stadtbesichtigungen, die nicht behindertengerecht gestaltet sind.

Weiters führen auch Komplikationen beim öffentlichen Verkehr zu Problemen und Hindernissen, wenn die Urlauber auf diese angewiesen sind. In diesem Zusammenhang berichtet ein Interviewpartner folgendes Erlebnis:

„Wichtig ist auch, dass die Lifte funktionieren. Weil in Hamburg gibt’s schon Lifte bei der U-Bahn, aber ich glaub mindestens die Hälfte war außer Betrieb und dadurch haben wir viel Zeit verloren, weil wir waren sechs Rollstuhlfahrer und bis wir dann alle die Treppen rauf und wieder runter. Das braucht schon sehr viel Zeit und wenn die Aufzüge funktioniert hätten, hätten wir viel mehr von Hamburg gesehen.“

Außerdem müssen Urlauber mit Behinderung manchmal aufgrund gesundheitlicher Probleme oder wegen der Rücksichtnahme auf andere Urlauber mit Körperbehinderung, die mit dabei sind, auf gewisse Ansprüche verzichten.

Für einen Interviewpartner stellte sein kaputter und nicht reparabler Rollstuhl eine schwere Belastung dar. Aus diesem Grund war er den ganzen Urlaub auf seine Freundin angewiesen, die ihn überallhin schieben musste. Da er im alltäglichen Leben seine Unabhängigkeit und Selbstständigkeit gewohnt ist, stellt sich für ihn dieser Verzicht während dem Urlaubsaufenthalt als sehr folgeschwer dar, wie er selbst beschreibt: *„Es ist für mich sehr wichtig, dass ich mich selber bewegen kann, sonst geht man dem anderen ja auch irgendwann auf die Nerven (...) und irgendwie bist du dann total behindert.“*

7.6 Begleiter – „die Chemie muss stimmen“

Die Begleiter, die körperbehinderte Urlauber auf ihren Reisen unterstützen und betreuen, spielen beim Gelingen des Urlaubs eine nicht unwesentliche Rolle. Das Wichtigste in der Beziehung zwischen Begleiter und Urlauber stellt die „Chemie“

dar. *„Es muss die Chemie stimmen, wenn das nicht passt, ist der ganze Urlaub hin.“*

Für ein positives Urlaubserlebnis ist demzufolge die richtige Wahl des Begleiters von großer Relevanz. *„Es kommt eben auf die Person drauf an, ob's passt oder nicht.“*

Die Erwartungshaltungen an die Betreuer sind je nach Bedürfnisse und Vorstellungen der Urlauber sehr unterschiedlich. Der eine legt Wert darauf, dass im Urlaub genau alles nach seinen Ansichten und Wünschen passiert, für einen anderen steht die gemeinsame Urlaubsplanung und –gestaltung an erster Stelle.

7.6.1 Erfahrene versus unerfahrene Betreuer

Im Allgemeinen lässt sich die Tendenz zur Bevorzugung von erfahrenen Betreuern feststellen. Für viele Urlauber mit Körperbehinderung stellt es eine Erleichterung dar, wenn der Begleiter im Umgang mit körperbehinderten Personen Erfahrungen besitzt. Trotzdem müssen die Menschen mit Beeinträchtigung ihre persönlichen Bedürfnisse, Vorstellungen und Erwartungen artikulieren und vorbringen.

Da jeder körperbehinderte Mensch selbst sein Pflegeexperte ist und weiß, wie man z.B. die Transfers bei ihm effizient durchführen kann, müssen auch erfahrene Begleiter quasi eine individuelle Einschulung bekommen.

Bezüglich unerfahrener Betreuer existieren unterschiedliche Meinungen. Für einige körperbeeinträchtigte Personen ist es in Ordnung, da sie selbst in der Lage sind, genaue Beschreibungen und Erklärungen über die notwendigen Tätigkeiten liefern zu können.

„Ich erklär ihnen halt immer alles. Mit mir ist es ja nicht so schwierig zum Verreisen, weil ich kann ja sagen, nimm mich da oder da oder ich nehm den Hebelifter mit.“

Im Hinblick auf die beigemessene Wichtigkeit der Erfahrung lässt sich eine Verbindung zum Schweregrad der Behinderung feststellen. Je selbstständiger die Betroffenen sind, umso weniger wichtig ist ihnen die Erfahrung, da sie viele Sachen alleine machen können und bei den meisten Dingen nur Unterstützung benötigen. Im Gegensatz zu körperbehinderten Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung sehr viel Unterstützung brauchen und nicht so selbstständig leben. Letztgenanntes ist die Erfahrung von Begleitern sehr wichtig.

„Stell dir einmal vor, das ist eine Person, die kennt sich hinten und vorn nicht aus mit den Transfers zum Beispiel (...) und die fährt dann irgendwohin und kennt sich nicht aus. Das passt dann nicht.“

Auch folgende Interviewpassage weist auf die Problematik mit unerfahrenen Betreuern hin: *„Aber meistens fahren halt so Studenten mit, die haben keine Erfahrung und dann muss man wieder alles erklären, bis sie das dann alles können, ist der Urlaub schon wieder vorbei.“*

Für viele fällt bei unerfahrenen Betreuern im Vorhinein ein zusätzlicher Organisationsaufwand aufgrund der notwendigen Einschulungen an (siehe Kapitel „Organisation von Begleitern“).

7.6.2 Bekannte versus unbekannte Betreuer

Auch bei der Wahl zwischen zuvor bekannten oder unbekanntem Begleitern gibt es unterschiedliche Anschauungen.

Einige bevorzugen bekannte Begleiter, da sie diese schon kennen und einschätzen können, ob die „Chemie“ zwischen ihnen auch im Urlaub stimmen wird oder nicht.

So gibt ein Interviewpartner an: *„Wohler fühl ich mich mit einer Person, die ich schon kenn, aber wenn`s nicht geht, dann geht`s nicht, aber es ist schon besser.“*

Ein weiterer bestätigt: *„Am liebsten fahr ich mit einer schon bekannten Person.“*

Im Gegensatz dazu stellt es für andere kein Problem dar, mit unbekanntem Personen zu verreisen. Allerdings handelt es sich nicht um gänzlich unbekanntem Personen, sondern beispielsweise um persönliche Assistenten, die über eine Agentur für den Urlaub vermittelt werden. Vor dem Urlaub lernen sich dann der potentielle Assistent und der Mensch mit Körperbehinderung kennen und bekommen dadurch die Möglichkeit herauszufinden, ob ihre Vorstellungen von Urlaub übereinstimmen oder nicht. Ein gewisses „Restrisiko“ bleibt in gewisser Weise jedoch schon bestehen.

Für viele körperbehinderte Urlauber fallen diese Überlegungen weg, da sie entweder mit Familienmitgliedern, Lebenspartnern, Freunden oder Bekannten verreisen. Allerdings geben einige in dieser Konstellation verreisende Personen an, auch mit Verwandten, Bekannten, etc. gewisse Aspekte im Vorhinein zu klären.

„Es muss genau abgesprochen werden, wie der Urlaub ablaufen soll, auch mit meinen Freunden. Man muss aufpassen bei diesem Thema, weil das oft auch nicht einfach ist.“

In diesem Zusammenhang berichtet ein Interviewpartner von seinen Erfahrungen mit einer Freundin als Urlaubsbegleitung. Für zukünftige Urlaube würde er eine Freundin nicht mehr als Begleiterin mitnehmen, die auch die Pflegetätigkeiten und Ähnliches durchführen muss. Der Interviewpartner empfindet das als Abhängigkeit, die negative Auswirkungen auf die Freundschaft während des Urlaubsaufenthaltes mit sich bringen kann.

„Einmal hab ich auch eine Freundin mitgenommen als Begleitung. Das würde ich kein zweites Mal machen, weil es belastet dann die Freundschaft, wenn du die ganze Zeit auf jemanden angewiesen bist.“

Für zukünftige Urlaube würde der Interviewpartner zusätzlich einen Assistenten mitnehmen, der sich um die pflegerischen Tätigkeiten und Bedürfnisse kümmert.

7.6.3 Sicherheit durch Nähe zum Begleiter

Obwohl dieser Aspekt nicht häufig in den Interviews angesprochen wird, spielt er gerade bei Menschen mit schwerer Körperbehinderung eine wichtige Rolle. Die Nähe zum Begleiter stellt während des gesamten Urlaubsaufenthaltes einen wesentlichen Aspekt dar. Besonders Menschen mit schwerer Körperbehinderung, die im alltäglichen Leben viele Hilfestellungen benötigen, sind auch im Urlaub stark auf den Begleiter angewiesen. Die Nähe zum Begleiter gibt den Betroffenen das Gefühl der Sicherheit.

In diesem Zusammenhang kommt den unterschiedlichen Gegebenheiten am Urlaubsort eine große Bedeutung zu. Im gewohnten Umfeld sind es die körperbehinderten Menschen meist gewohnt, dass sie die Möglichkeit haben, sich beispielsweise über ein Alarmsystem, den Betreuern/Familienmitgliedern mitzuteilen. Im Urlaub gibt es jedoch nur in seltenen Fällen solche Einrichtungen und deshalb müssen andere Alternativen gesucht werden, um diese Problematik zu lösen.

Besonders bei Individualreisen besteht die Möglichkeit einer ständigen Nähe zum Begleiter. Bei Gruppenreisen hingegen gestaltet sich die Umsetzung dieses Anliegens schwieriger, ist jedoch nicht unmöglich.

„Da hat es mich gestört, dass der Betreuer das Zimmer viel zu weit weggehbt hat von unserem Zimmer (...) Wenn mein Freund kein Telefon gehabt hätte, dann hätt er nicht einmal anrufen können, wenn wir aufs Klo mussten.“

So beschreibt ein Interviewpartner mit spastischer Tetraparese, dass er auf die Nähe zum Begleiter großen Wert legt, da er sich selbst nicht fortbewegen oder verständigen kann.

Ist die Nähe zum Begleiter nicht vorhanden und stehen auch sonst keine alternativen Verständigungsmöglichkeiten zur Verfügung, kann das beim Betroffenen das Gefühl der Hilflosigkeit hervorrufen.

„Ich bin mir schon hilflos vorgekommen, wenn ich aufs Klo gehen hab müssen und keiner in der Nähe war. Was hätt ich denn machen sollen? Wenn keiner da ist, geht`s daneben.“

7.7 Die Rolle der Pflege

In diesem Abschnitt sollen alle Aspekte, die sich auf die Pflege im Urlaub beziehen, dargestellt werden. Menschen mit körperlicher Behinderung haben unterschiedliche Auffassungen von und Anforderungen an Pflege im Urlaub.

7.7.1 Pflege – individuell verstanden

Interviewpassagen bestätigen, dass der Terminus Pflege von körperbeeinträchtigten Personen äußerst individuell aufgefasst wird. Tätigkeiten, die für den einen zu Pflegemaßnahmen zählen, bedeuten für einen anderen Betreuungsaktivitäten. Außerdem vermischen sich oft Aspekte der Körperpflege und therapeutischen Pflege. Viele Interviewpartner beziehen sich mit dem Begriff Pflege explizit auf Tätigkeiten der Körperpflege. Das bedeutet, dass jene auf meine Fragen bezüglich Unterschiede zwischen der Pflege daheim und der Pflege im Urlaub, Antworten nur betreffend Aktivitäten, wie Duschen, Intimpflege, Hautpflege etc. geben.

7.7.2 Pflege als Normalität

Die persönliche Pflege wird von den meisten Menschen mit körperlicher Behinderung als Normalität aufgefasst. In weiterer Folge betrifft das auch die Rolle der Pflege im Urlaub. Ihr kommt nicht mehr oder weniger Stellenwert als im alltäglichen Leben zu. Für die meisten ist die Körperpflege ein wichtiger Bestandteil, der auch im Urlaub nicht vernachlässigt werden soll. *„Obwohl es eine andere Person macht, ist für mich die Pflege überhaupt sehr wichtig – zuhause und auch im Urlaub.“*

Einige Interviewpartner verstehen die Bedeutung der Interviewfrage nach den Unterschieden der Pflege im alltäglichen Leben und im Urlaub nicht. Sie entgegenen, dass nicht behinderte Menschen im Urlaub meistens auch kein unterschiedliches Verhältnis zur Körperpflege haben und die gewohnten Körperpflegemaßnahmen auch im Urlaub auf gleiche Weise durchführen. Demnach können sie nicht nachvollziehen, warum das bei ihnen anders sein sollte.

So begegnet ein Interviewpartner der Frage nach den Unterschieden mit folgender Gegenfrage: *„Stell dir mal vor, wenn du normal auch jeden Tag duschen gehst, dann duscht du dich im Urlaub ja auch jeden Tag. Warum sollte das bei mir anders sein?“*

7.7.3 Kein Verzicht versus Anpassung an Gegebenheiten

Bei der konkreten Durchführung der Pflege gibt es unterschiedliche Ansichten. Manche körperbehinderte Urlauber sehen es nicht ein, warum sie im Urlaub bei der Pflege auf etwas verzichten sollten, wie folgende Interviewpassage verdeutlicht: *„Pflege ist sehr wichtig für mich und im Urlaub mag ich da auch nicht auf etwas verzichten.“*

Es ist ihnen wichtig, dass es bei der Pflege im Urlaub keine Abstriche gibt. Die Begleiter sollen die Pflegetätigkeiten genauso durchführen, wie sie es gewohnt sind. Diese Einstellung bringt mit sich, wonach nur Begleiter mitfahren können, die schon über Erfahrung in der Betreuung des jeweiligen körperbehinderten Menschen verfügen.

Im Gegensatz dazu sind sich einige Menschen mit Behinderung bewusst, dass im Urlaub gewisse Unterschiede in der Pflege unumgänglich sind, in dem Wissen, sonst nicht auf Urlaub fahren zu können.

Ein Interviewpartner beschreibt seine Pflegesituation im Urlaub wie folgt:

„Im Urlaub brauche ich mehr Pflege und auch mehr Pfleger als daheim, weil das nicht alles so optimal adaptiert ist, wie das Klo oder so. Daheim hab ich schon ein Klo, wo ich selber gehen kann und im Urlaub ist das oft nicht so gegeben.“

Da die Pflegegegebenheiten im Urlaub oft nicht so optimal sind, verweisen pflegebedürftige Reisende auf eine Umstellung, auf die sie sich jedoch schnell einstellen können. *„Ich kann mich darauf einstellen, dass es ein paar Tage nur so geht und wenn ich daheim bin, mach ich es halt wieder so, wie ich es immer mach.“*

Bei den Pflegeleistungen kann es ebenfalls vorkommen, dass sie nicht ganz optimal durchgeführt werden, da die Betreuer entweder überhaupt nicht viel Erfahrung in der Betreuung von körperbehinderten Personen haben oder nicht auf die spezifischen Notwendigkeiten der einzelnen Urlauber eingestellt sind.

„Es kann sein, dass dich einer einmal schief hinsetzt und dann musst dich halt wieder geraderichten am WC, das kann passieren, wenn du woanders bist.“

Einige Reisende mit Beeinträchtigungen sind sich dessen bewusst, wonach nicht alle Betreuer immer genau auf ihre individuellen Bedürfnisse geschult sein können und stellen sich schon im Vorhinein darauf ein, um dann im Urlaub keine Enttäuschungen zu erleben.

7.7.4 „Professionelle Pflege“ im Urlaub

Von den zehn Interviewpartnern benötigen acht Hilfestellungen ausschließlich bei Tätigkeiten der Körperpflege. Nur zwei Rollstuhlfahrer benötigen pflegerische Maßnahmen, wie beispielsweise Katheter setzen, Absaugen, etc.

Aufgrund der nur vereinzelt benötigten „professionellen“ Pfl egetätigkeiten, können in dieser Arbeit keine umfassenden Aussagen darüber getroffen werden.

Feststellen lässt sich jedoch, dass die gewählte Urlaubsart als ausschlaggebend für die Möglichkeiten bezüglich Pflegeangebote gilt.

Bei sogenannten „betreuten Reisen“, also Gruppenreisen für Menschen mit körperlicher Behinderung, ist eine professionelle pflegerische Versorgung leichter gegeben, als bei Individualreisen. Bei einer Gruppe von ca. zwanzig bis dreißig Menschen mit Handikap fahren beispielsweise drei Pflegefachkräfte mit, die dann während dem Urlaub die Pflegemaßnahmen, für die eine Ausbildung bzw.

Schulung notwendig sind, bei gewissen Betroffenen durchführen. Tätigkeiten, die die Betreuung bzw. Körperpflege betreffen, können dann von anderen Betreuern oder auch „Laien“ durchgeführt werden. Teilweise nehmen sogar Ärzte an den „betreuten Reisen“ teil, um auch die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Ähnlich organisiert wie bei Gruppenreisen für Menschen mit Behinderung scheint die Pflegeversorgung bei sogenannten Ferienhäusern für Menschen mit Beeinträchtigungen, die von manchen Interviewpartnern im Ausland besucht werden. Vor Ort führen Angestellte die Betreuung und Pflege durch. Auch dort gibt es Pflegepersonal, das sich um die speziellen pflegerischen Bedürfnisse der Besucher kümmert.

Bezüglich solcher Gruppenreisen gibt es bei den Interviewpartnern sowohl positive als auch negative Erfahrungen und Meinungen.

So beschreibt ein Betroffener: *„Die Reise war sehr, sehr schön. Und wie gesagt, ich muss den Hut nehmen vor den Betreuern, weil die waren von in der Früh bis am Abend für die Leute da. Also es ist wirklich ein sorgenloses Reisen für Leute, die sonst nirgendwohin kommen.“*

Auf der einen Seite schildern die Interviewpartner, die auf solche Art schon einmal Urlaub gemacht haben, den Vorteil des stets vorhandenen pflegerischen sowie medizinischen Angebotes und die mögliche Finanzierbarkeit des Fachpersonals, was auf einer Individualreise aus privaten Mitteln nicht finanzierbar wäre.

Auf der anderen Seite geben manche Interviewpartner an, die schon bei solchen Gruppenreisen (teilweise auch Pilgerreisen zu religiösen Orten) teilgenommen haben, dass jedoch auch bei solchen Reisen nicht alles optimal abläuft.

„Diese Organisationen nehmen manchmal die billigsten Hotels oder Unterkünfte, die auch nicht behindertengerecht sind (...) die arbeiten mit den geringsten Kosten.“

Auch wenn die pflegerische Versorgung zum Großteil gegeben ist, können andere Aspekte der Reise als sehr anstrengend und teilweise belastend für die Betroffenen empfunden werden. Interviewpartner führen als dementsprechende Beispiele lange Zugfahrten - teilweise über Nacht - in nicht behindertengerechten Abteilen, provisorische Hilfsmittel, etc. an.

Betroffene, die einen erhöhten pflegerischen Bedarf aufweisen, sind bei Individualreisen in besonderer Weise eingeschränkt. Sie können nicht einfach mit einem Betreuer ohne Ausbildung oder Fachwissen verreisen. Interviewpartner, die viele pflegerische Maßnahmen benötigen, verreisen meist mit Familienangehörigen, die die notwendigen Tätigkeiten gelernt haben und während des Urlaubs durchführen. Hier sind auch keine Probleme bezüglich eventuellen Haftungsfragen zu erwarten.

7.8 Erfahrungen mit Mitmenschen

In dieser Kategorie werden die Ergebnisse der Angaben über Mitmenschen vorgestellt. Als Mitmenschen gelten sowohl die Personen, auf die man im Urlaub trifft und mit denen man Kontakt hat als auch Angestellte in Unterkünften, Gastronomiebetrieben, im öffentlichen Verkehr, etc.

Wie auch im Alltag gibt es unterschiedliche Erfahrungen mit Mitmenschen im Urlaub. Prinzipiell werden jedoch über mehr positive Erfahrungen als im alltäglichen Leben berichtet.

7.8.1 Mehr positive Erfahrungen im Urlaub

Menschen mit körperlicher Behinderung nehmen Mitmenschen im Urlaub teilweise mehr positiv und hilfsbereiter wahr, als im alltäglichen Umfeld.

Viele berichten über eine andere Einstellung Menschen mit Behinderung gegenüber und sprechen dadurch sowohl direkt als auch indirekt, die oft nicht allzu positiven Erfahrungen in Österreich an. Viele geben an, dass die Menschen am Urlaubsort offener, hilfsbereiter und behindertenfreundlicher eingestellt sind.

So berichtet ein Interviewpartner: *„Und die Leute in Italien haben überhaupt eines. Die behinderten Leute sind bei den Italienern irgendwie großgeschrieben. Also die haben kein Vorurteil, sondern im Gegenteil. Jeder hilft dir, dass du aus dem Lift herauskommst. Sie fragen dich, ob sie dir helfen können. Also, das ist super.“*

Als positiv wird auch die Eigeninitiative von Mitmenschen am Urlaubsort beschrieben. Körperbehinderte Urlauber sind teilweise positiv überrascht und rechnen gar nicht mit der von selbst angebotenen Hilfe oder den Lösungsvorschlägen von Mitmenschen. Ein Beispiel dazu im öffentlichen Verkehr:

„Auch beim öffentlichen Verkehr ist das so. Wenn ich da in den Zug hineinsteige, brauch ich zwei Rampen und sobald ich komme, kommen die Leute schon. Also da muss ich nicht hingehen und fragen, sondern die sehen das sofort und wenn ich dann aussteigen will, dann stehen sie auch schon wieder da und helfen mir mit der Rampe.“

Körperbehinderte Urlauber berichten jedoch auch über negative Erfahrungen mit Mitmenschen am Urlaubsort. Allerdings führen sie diese nicht auf ihre Behinderung zurück.

7.8.2 Erfahrung von Stigma/Vorurteil

Am schlimmsten nehmen körperbehinderte Urlauber Situationen wahr, in denen ihnen Mitmenschen aufgrund ihres Handikaps mit Vorurteilen begegnen und sie in weiterer Folge demnach behandeln. Manche Personen schließen bei einer Körperbehinderung auch gleich auf eine geistige Beeinträchtigung.

In diesem Zusammenhang berichtet ein Interviewpartner, dass er vom Flughafenpersonal nicht ernst genommen wurde:

„(...) beim Retourfliegen hat`s dann auch wieder Probleme gegeben (...) und dann bin ich explodiert und hab auf Tunesisch und auf Deutsch geschrien und geschimpft und auf einmal sind sie schießfreundlich gewesen. Die haben anscheinend geglaubt, dass ich geistig behindert bin oder so (...) aber dann hab ich`s denen erklärt (...)“

Sie behandeln die beeinträchtigte Person in gewisser Weise entwürdigend, indem sie diese nicht als einen vollwertigen Gesprächspartner bzw. als eine mündige Person ansehen. Diese Einstellung bzw. Anschauungsweise kann in unterschiedlichen Situationen zum Ausdruck kommen. Beispiele dafür sind die Ignoranz gegenüber dem körperbehinderten Reisenden durch die sofortige Kontaktaufnahme zu dessen Begleiter oder die Negierung der Forderungen des beeinträchtigten Touristen. Außerdem kommt es oft zu einem übertriebenen fürsorglichen Verhalten von Seiten der Mitmenschen, die wie eine Art Bevormundung für den Betroffenen wirkt und ihm das Gefühl gibt, nicht über seine eigenen Bedürfnisse Bescheid zu wissen.

7.9 An- und Abreise zum Urlaubsort

Welche organisatorischen Vorbereitungen für die An- und Abreise notwendig sind, wurde bereits im Kapitel „Organisation der An- und Abreise“ ausgeführt.

Die Interviewpartner verreisen entweder mit dem eigenen PKW, mit dem Fahrtendienst, mit dem Zug oder mit dem Flugzeug. Am häufigsten Erwähnung findet das Fliegen und die damit verbundenen Erlebnisse und Erfahrungen, aus diesem Grund wird in diesem Kapitel ausschließlich darauf eingegangen.

7.9.1 „Das Fliegen funktioniert eigentlich recht gut“

Das Fliegen wird meist als unproblematisch empfunden. Wichtig dabei ist die rechtzeitige Planung und Organisation, damit es beim Flug zu keinen Problemen kommt. Rollstuhlfahrer werden auf einen tragbaren Stuhl umgesetzt, mit diesem auf den jeweiligen Platz im Flugzeug hineingetragen und anschließend auf einen normalen Sessel transferiert. Der eigene Rollstuhl kommt zum Gepäck.

Der tragbare Stuhl wird als teilweise nicht optimal bezeichnet, da er aufgrund der Schmalheit und der fehlenden Stützmöglichkeiten ein unsicheres Gefühl hervorruft.

Weiters müssen sich Menschen mit Körperbehinderung darauf einstellen, während des Fluges nicht auf die Toilette gehen zu können, da diese nicht behindertengerecht sind. Bei männlichen Flugzeuggästen stellt sich das als weniger problematisch heraus, da eine Harnflasche verwendet werden kann.

7.9.2 Angst vor Beschädigung des Rollstuhls

Als problematisch beim Fliegen stellt sich die Aufbewahrung des elektrischen Rollstuhls heraus. Einige Rollstuhlfahrer verzichten gleich im Vorhinein auf die Mitnahme des elektrischen Rollstuhles, da sie Angst vor einer Beschädigung haben. Wenn dieser mitgenommen wird, müssen einige Vorbereitungen getroffen werden, wie den Ausbau der Batterie und die teilweise Zerlegung.

„Aber ich bin immer nur mit dem mechanischen Rollstuhl geflogen und nie mit dem elektrischen, weil den müsste man total zerlegen und Batterie trennen und so und das ist mir zu gefährlich.“

Die Angst vor der Beschädigung des Rollstuhles scheint nicht ganz unbegründet, da es oft vorkommt, dass nach dem Flug Teile vom Rollstuhl verbogen sind oder fehlen. Ein gewisses Risiko ist damit meistens verbunden und aus diesem Grund verzichten sehr viele Rollstuhlfahrer auf den elektrischen Rollstuhl und verwenden im Urlaub den mechanischen.

Ob der Verzicht auf den elektrischen Rollstuhl eine persönliche Einbuße darstellt oder nicht, ist eine äußerst individuelle Angelegenheit. Für einige Rollstuhlfahrer bedeutet der Verzicht auf den Elektrorollstuhl in weiterer Folge auch einen Verzicht ihrer Unabhängigkeit und Selbstständigkeit. Andere hingegen können sich für die begrenzte Zeit im Urlaub darauf einstellen und sehen das nicht als große Einschränkung an.

8. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Wie schon in den vorhergegangenen Kapiteln erwähnt, gilt die Gruppe der körperbehinderten Urlauber als äußerst heterogen. Aus diesem Grund geben die meisten in dieser Arbeit verwendeten Studien an, dass die gewonnenen Erkenntnisse nicht repräsentativ für alle Touristen mit körperlichen Beeinträchtigungen sind, sondern Grundlagen für weitere Forschungsarbeiten darstellen.

Auch bei der Auswertung der zehn Interviews konnte diese Annahme bestätigt werden. Die gewonnenen Ergebnisse bieten einen guten Einblick in das Urlaubserleben von Menschen mit körperlicher Behinderung. Da die Teilnehmer jedoch altersmäßig sowie in Bezug auf den Schweregrad der Behinderung und in weiterer Folge auf den Grad der Selbstständigkeit Unterschiede aufweisen, können keine allgemeinen Rückschlüsse auf alle körperbehinderten Touristen gezogen werden. Differenzen in der Bewertung von Urlaub lassen sich besonders bei von Geburt an beeinträchtigten Personen und Menschen, die durch einen Unfall oder eine Krankheit ihre Behinderung erworben haben, nachweisen. Auch der Schweregrad der Beeinträchtigung hat auf viele Aspekte und auf das Erleben des Urlaubs Einfluss.

Viele zentrale Kategorien, die aus der Auswertung der zehn Interviews hervorgingen, belegen die Erkenntnisse, der in der Arbeit vorgestellten Untersuchungen. Diese Übereinstimmungen bestätigen in gewisser Weise die Angemessenheit der Ergebnisse dieser Arbeit.

Ein vordergründiges Urlaubsmotiv für die befragte Personengruppe stellt die Abwechslung vom Alltag dar. Im Urlaub werden die Betroffenen nicht mit den gewohnten Angelegenheiten konfrontiert. Für viele bedeutet Urlaub das Gegenkonstrukt zum Alltag, das heißt, sie wollen in der Urlaubszeit genau das Gegenteil zum Trott erleben.

Wie aus der Studie von Graf hervorgeht, kann bereits die „Abwendung“ vom alltäglichen Leben eine große Entlastung und in weiterer Folge eine Steigerung des Wohlbefindens mit sich bringen. (Vgl. Graf, 2002, S.255)

Zwei weitere wichtige Reisemotive stellen die Erholung und das „Kraftschöpfen“ dar. Die körperbehinderten Urlauber möchten sich einerseits vom oft stressigen Alltag erholen und andererseits dadurch wieder neue Kraft für das Leben nach dem Urlaub sammeln. Das Verständnis von Erholung stellt eine sehr subjektive Angelegenheit dar und kommt von Person zu Person einer anderen Bedeutung zu. Einige Aussagen der Interviewpartner bestätigen, dass sie im Urlaub „Kraft schöpfen“. Wie das gelingen kann, ist auch personenabhängig zu betrachten.

Besonders für Menschen mit erworbener Behinderung kommt der wiedererlangten Fähigkeit zu reisen eine große Bedeutung zu. (Vgl. Yau et al., 2004, S.957) Das Gefühl, ein bestimmtes Ziel erreicht zu haben, kann den körperbehinderten Menschen wieder Kraft bringen, das Selbstwertgefühl erhöhen und zu weiteren Reisen ermutigen. Ein weiterer Faktor, der den Betroffenen Kraft zu geben scheint, ist das Erleben von unerwarteten Momenten im Urlaub. Wenn Personen mit Handicap etwas Besonderes machen bzw. erleben dürfen, mit dem sie im Vorhinein nicht gerechnet und sich auch nicht zugetraut haben, dann bedeutet das für die meisten wieder mehr Kraft, Selbstvertrauen, Ansporn etc.

Diese erwähnten Reisemotive, die als Antrieb für Reisen angegeben werden, können gleichzeitig auch als positive Effekte von Urlaub verstanden werden. Die Interviewpartner nehmen nach dem Reisen die Abwechslung vom Alltag, die Erholung und die „neue Kraft“ als positive Auswirkungen ihres Urlaubs wahr. Demzufolge motivieren sie diese Aspekte wieder für weitere Reisen.

Ein Aspekt, der in der Literatur in Bezug auf Urlaub von Menschen mit körperlicher Behinderung noch keine Erwähnung findet, ist die Bedeutung von Selbst- bzw. Mitbestimmung, die in dieser Arbeit angesprochen wurde. Da für viele Menschen mit Handicap dieser Aspekt jedoch ein ganz wesentlicher in ihrem alltäglichen Leben umfasst, darf er auch beim Reisen nicht unberücksichtigt bleiben. Daran sollen Reiseanbieter anknüpfen und diesem Wunsch bzw. diesem Bedürfnis in ihren Angeboten Beachtung schenken. Dies hätte positive Effekte zur Folge. Einerseits müssten die Betroffenen in diesem Hinblick keine Abstriche mehr machen und andererseits könnten die körperbehinderten Urlauber folglich als zahlende Kunden, die selbst über ihre Bedürfnisse und Wünsche Bescheid wissen, akzeptiert werden.

Bei der Kategorie „Organisation von Urlaub“ gibt es viele Übereinstimmungen zur bereits vorhandenen Literatur. In erster Linie bestätigen die Betroffenen, dass der Erfahrung von Reiseorganisation eine große Bedeutung zukommt. Je mehr Erfahrungen bereits gesammelt wurden, desto weniger Organisationsaufwand ist notwendig. (Vgl. Yau et al., 2004, S.954) Aus den Ergebnissen dieser Arbeit geht hervor, dass finanzielle Gegebenheiten eine große Rolle spielen und Einfluss auf das Urlaubsverhalten haben. Den Schwerpunkt der Organisation bildet jedoch die Überprüfung der erhaltenen Informationen und Angebote.

Wie Yau et al. (2004) in einer Studie feststellen, besteht die Notwendigkeit von Seiten der Menschen mit körperlicher Behinderung, ständig die erhaltenen Informationen sowohl auf ihre Richtigkeit als auch auf ihre Aktualität hin zu überprüfen, weil jene oft falsch oder irreführend sind. (ebd. S.954) Führen die Betroffenen nicht ausreichende Erkundungen im Vorfeld durch, kann es zu Enttäuschungen bis hin zu Frustrationserlebnissen am Urlaubsort kommen. In diesem Bereich herrschen große Defizite, die sowohl in bereits vorhandener Literatur als auch in dieser Arbeit bestätigt werden. Die größten Enttäuschungen für Urlauber mit Handicap liegen in der Angabe von falschen Informationen über Unterkünfte und Angebote. Ein Grund für die fehlerhaften Angaben stellt das oft fehlende Wissen über Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse dar. Da in diesem Bereich große Defizite existieren, sind in Zukunft grundlegende Änderungen und Verbesserungen notwendig, um ein positives Erleben von Urlaub zu begünstigen.

Die Kategorie „Barrieren“ stellt ebenfalls eine vorherrschende Thematik dar. Es gibt viele unterschiedliche Barrieren, in Bezug auf Urlaub werden jedoch vor allem Barrieren in Unterkünften angesprochen. Nur in seltenen Fällen wird von vollkommen barrierefreien Unterkünften berichtet. Die größte Problematik stellt der Platzmangel bzw. die nicht behindertengerecht adaptierte Ausstattung in Badezimmern und Toiletten dar, was wiederum Auswirkungen auf die Durchführung der Pflege hat. Das bedeutet, dass gegebenenfalls Änderungen der gewohnten Pflegemaßnahmen notwendig sind oder im schlimmsten Fall ein Verzicht unvermeidlich wird. Für einige körperbehinderte Urlauber stellt dieser Faktor eine große Belastung dar, der Auswirkungen auf die Lebensqualität zeigen kann.

Ein wichtiger Aspekt im Urlaubserleben von Personen mit Handicap stellt die Anwendung von Bewältigungsstrategien dar. Alle Interviewpartner geben an, diese häufig anwenden zu müssen. Ohne den Einsatz von Bewältigungsstrategien ist kein Urlaub möglich, da es immer Gegebenheiten oder Situationen gibt, die weder dem Idealfall entsprechen noch im Vorhinein eingeplant werden können. Wie oft solche notwendig sind, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Bewältigungsstrategien können in verschiedene Segmente eingeteilt werden. Daniels et al. (2005) teilen diese nach Reaktionen auf vorhandene Barrieren ein. (Vgl. Daniels et al., 2005, S.924ff) Anhand der ausgewerteten zehn Interviews scheint diese Einteilung (in Anpassung an Gegebenheiten, Handlungsalternativen durch Mitmenschen oder den körperbehinderten Urlauber selbst und persönlichen Verzicht auf bestimmte Dinge) angemessen und nachvollziehbar.

Weiters wird angeführt, dass eine gewisse mentale Stärke für das Reisen notwendig sei, um mit ungewohnten Gegebenheiten bzw. Situationen umgehen zu können. (ebd. S.924) Auch diese These kann durch die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigt werden.

In Bezug auf die Erfahrung hinsichtlich der Begleiter im Urlaub, liegen unterschiedliche Ergebnisse vor. Manche körperbehinderte Personen bevorzugen bekannte und erfahrene Begleiter, während andere auch mit unerfahrenen oder unbekanntem Betreuern zufrieden sind. Ein wesentlicher Aspekt dürfte hier auch der Schweregrad der Behinderung darstellen, denn vor allem für Personen mit schwerem Handicap kommt der Erfahrung von Begleitern eine große Bedeutung zu.

Weiters spielt bei dieser Personengruppe auch die Nähe zum Betreuer eine große Rolle. Hat der Betroffene keine Möglichkeit sich bzw. seine Bedürfnisse mitzuteilen, kommt es zu Erfahrungen der Hilflosigkeit und der Abhängigkeit.

Bezüglich der Erfahrung von Pflege auf Reisen finden sich eigentlich keine entsprechenden Angaben in der Fachliteratur. Aus den in dieser Arbeit getätigten Aussagen geht hervor, dass Pflege von den meisten körperbehinderten Personen als Normalität aufgefasst wird. Aus diesem Grund kommt der Pflege im Urlaub der gleiche Stellenwert wie im alltäglichen Leben zu. Wichtig ist zu erwähnen, dass manche Betroffene eine Abweichung von den üblichen Pflegemaßnahmen nur schwer akzeptieren können, was für andere hingegen kein Problem darstellt. Jene, die im Stande sind, sich auf Unterschiede einzustellen, erleben den Urlaub meist positiv, da es immer wieder aufgrund verschiedener Umstände zu nicht optimalen Pflegeleistungen kommt und diese notwendigen Abstriche durch den „Urlaubsfaktor“ wieder ausgeglichen werden können.

Die größte Problematik beim Reisen stellen negative Verhaltensweisen von Mitmenschen den körperbehinderten Urlaubern gegenüber dar. (Vgl. Bedini/Nancy, 2004, S.691) Laut der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit werden Erfahrungen mit Vorurteilen und Stigmatisierungen extrem belastend wahrgenommen. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass Mitmenschen aufgrund ihrer Körperbehinderung gleichzeitig auch auf andere geistige Beeinträchtigungen schließen und sie aus diesem Grund nicht ernst nehmen.

9. AUSBLICK

Aufgrund des relativ hohen Anteils von Menschen mit körperlicher Behinderung, der immer älter werdenden Gesellschaft und der großen Bedeutung von Urlaub in der Gesellschaft, ist die Thematik von Tourismus für mobilitätseingeschränkte Personen sehr aktuell. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Thema aus seiner rückständigen Randlage hervorgeholt wird und in Zukunft gebührendes wissenschaftliches Interesse erfährt. Vor allem in Österreich existieren große Defizite in diesem Gegenstandsbereich, die es zu überwinden gilt. Ein großer Forschungsbedarf besteht hauptsächlich im qualitativen Bereich.

Anhand der Ergebnisse aus der bereits existierenden Literatur und der gewonnenen Erkenntnisse können folgende Rückschlüsse in einem bestimmten Rahmen ohne Anspruch auf erschöpfende Identifizierung aller Bereiche gezogen werden: Menschen mit Handicap treffen sowohl bei den Reisevorbereitungen im Vorfeld als auch während des Urlaubs auf Probleme, die auf Informationsmängeln beruhen. Große Defizite bestehen in der Gestaltung von Informationsmedien, in der Richtigkeit von Informationen, im Wissen über Menschen mit Behinderung und in barrierefrei gestalteten Angeboten. An diesen Punkten sollte in Zukunft angesetzt werden, um beeinträchtigten Menschen die Teilnahme am Urlaubsgeschehen zu erleichtern.

Menschen mit Körperbehinderung fordern vermehrt in alle relevanten Aspekte mit einbezogen zu werden, um aktiv an der Urlaubsplanung und –gestaltung mitreden zu können. Nur so kann ein Wechsel hin zu bedürfnisorientierten und wirklich behindertengerechten Angeboten stattfinden. Auch im Wissenschaftsbereich wäre die vermehrte Förderung der Beteiligung von Menschen mit körperlicher Behinderung an Forschungsprojekten sinnvoll und erstrebenswert.

Interessant für zukünftige Projekte, könnte auch der therapeutische Nutzen von Urlaub in Verbindung mit rehabilitativen Maßnahmen sein. Urlaub könnte in diesem Zusammenhang als eine Möglichkeit einer „alternativen“ Rehabilitation oder anderen fördernden Therapien angeboten werden. Auch in diesem Bereich könnten weitere Arbeiten praxisrelevante Ergebnisse liefern.

10. LITERATURVERZEICHNIS

- Bedini, L. A., & Nancy, J. (2004). In search of lost leisure: the impact of caregiving on leisure travel. *Tourism Management*, 25 (6), 685-693.
- Bender Baker, H., & Burnett, J. J. (2001). Assessing the Travel-Related Behaviors of the Mobility-Disabled Consumer. *Journal of Travel Research*, 40 (4), 4-11.
- Bleidick, U. (1999). *Behinderung als pädagogische Aufgabe - Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Breidenbach, R. (2002). *Freizeitwirtschaft und Tourismus*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Bucher, P., & Rentsch, H. P. (2006). *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Budroni, H. (2006). Pflegeerfahrungen körperbehinderter Patienten im Krankenhaus. *Die Schwester/Der Pfleger*, 45 (6), 458-462.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2009). *Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich 2008*. Wien.
- Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft. (2003). *Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle*. Berlin, Münster.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. (2003). *Qualitätskriterien im Tourismus für behinderte und ältere Menschen*. Wien.
- Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend/Wirtschaftskammer Österreich. (2009). *Tourismus für Alle - Barrierefreies Planen und Bauen in der Tourismus- und Freizeitwirtschaft*. Wien.
- Cantauw, C. (1995). *Arbeit Freizeit Reisen - Die feinen Unterschiede im Alltag*. Münster, New York: Waxmann Verlag.
- Cavinato, J. L., & Cuckovich, M. L. (1992). Transportation and tourism for the disabled - An Assessment. *Transportation Journal*, 31 (3), 46-53.

Cloerkes, G. (2001). *Soziologie der Behinderten*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Coles, T., & Shaw, G. (2002). Disability, holiday making and the tourism industry in the UK: a preliminary survey. *Tourism Management*, 25 (3), 397-403.

Daniels, M. J., Drogin Rodgers, E. B., & Wiggins, B. P. (2005). "Travel Tales": an interpretative analysis of constraints and negotiations to pleasure travel as experienced by persons with physical disabilities. *Tourism Management*, 26 (6), 919-930.

Darcy, S. (2002). Marginalised Participation: Physical Disability, High Support Needs and Tourism. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 9 (1), 61-72.

Dederich, M. (2009). Historische Konstruktionen von Heterogenität und Differenz: Monster und Freaks - Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung "Behinderung ohne Behinderte?! Perspektiven der Disability Studies"., (S. 1-16). Universität Hamburg.

Duden. (2000). *Das große Fremdwörterbuch*. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.

Escales, Y. (2002). Die Reisebranche und ihre behinderten Gäste - Rückblick auf 20 Jahre Reisen für Behinderte. In Wilken, U., *Tourismus und Behinderung - Ein sozialdidaktisches Kursbuch zum Reisen von Menschen mit Handicaps* (S. 233-248). Berlin, Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag.

Europäische Kommission, Generaldirektion XIII-Tourismus. (1996). *Tourismus, Reiseziel Europa für Behinderte - Ein Handbuch für Tourismusfachleute*. Brüssel, Luxemburg.

Floigl, V. (2002). Raus aus dem Alltag - Aufgaben mit ethischer Zielsetzung können auch ein wirtschaftlicher Erfolg sein. *Procare*, (6), 28-33.

Fürstler, G., & Hausmann, C. (2000). *Psychologie und Sozialwissenschaft für Pflegeberufe 2*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Graf, B. (2002). *Reisen und seelische Gesundheit - Erfahrungs(t)räume zwischen Autonomie und Geborgenheit*. München, Wien: Profil Verlag.

Hedderich, I. (2006). *Einführung in die Körperbehindertenpädagogik*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Herbricht, H. (2002). Reiseassistenten - ihre Aufgaben, ihre Schulung und Vermittlung. In Wilken, U., *Tourismus und Behinderung - Ein sozialdidaktisches Kursbuch zum Reisen von Menschen mit Handicaps* (S. 258-262). Berlin, Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag.

Hungerbühler, A., & Moor, M. (2005). Pflege von behinderten Menschen - Herausforderung an allen Fronten. *Krankenpflege - Soins infirmiers*, 98 (6), 12-14.

Hunter-Jones, P. (2003). Young people, holiday-taking and cancer - an exploratory analysis. *Tourism Management*, 25 (2), 249-258.

Jackson, E. L. (1999). Leisure constraints: A replication and extension of construct development. *Leisure Sciences*, 21 (3), 195-199.

Jaeggi, E., Faas, A., & Mruck, K. (1998). *Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten - Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin*. Berlin.

Kallenbach, K. (2000). *Körperbehinderungen - Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt .

Keul, A. G. (2001). Gesunde Reise - erholsamer Urlaub? In Bachleitner, R., Kagelmann, J. H., Keul, A. G., *Gesund durch Erleben? Beiträge zur Erforschung der Tourismusgesellschaft* (S. 48-53). München, Wien: Profil Verlag.

Kolland, F. (2006). Tourismus im gesellschaftlichen Wandel - Entwicklungslinien und Erklärungsversuche. *SWS-Rundschau*, 46 (3), 245-270.

Liehr, P. R., & Taft Marcus, M. (1996). Qualitative Forschungsansätze. In LoBiondo-Wood, G., & Haber, J., *Pflegeforschung* (S. 285-321). Wiesbaden: Ullstein Mosby.

- Maschke, M. (2008). *Behindertenpolitik in der Europäischen Union - Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedstaaten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Basel, Weinheim: Beltz Verlag.
- Kirk, E., & Miller, G. A. (2002). The Disability Discrimination Act: Time for the sick? *Journal of Sustainable Tourism*, 10 (1), 82-88.
- Mürner, C. (2003). *Medien- und Kulturgeschichte behinderter Menschen - Sensationslust und Selbstbestimmung*. Basel, Berlin, Weinheim: Beltz Verlag.
- Opaschowski, H. W. (2002). *Tourismus - Eine systematische Einführung*. Opladen: Verlag Leske+Budrich.
- Prahl, H. (2002). *Soziologie der Freizeit*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Pschyrembel. (2003). *Wörterbuch Pflege*. Berlin: Verlag Walter de Gruyter.
- Ray, N. M., & Ryder, M. E. (2003). "Eibilities" tourism: an exploratory discussion of the travel needs and motivations of the mobility-disabled. *Tourism Management*, 24 (1), 57-72.
- Scheuch, E. K. (1977). Soziologie der Freizeit. In König, R., *Handbuch der empirischen Sozialforschung* (S. 1-192). Stuttgart.
- Schlüter, M. (2007). Körperbehinderung und Pflegeabhängigkeit - Grundlegende Analysen. In Faßbender, K. J., & Schlüter, M., *Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung - Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen* (S. 43-63). Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.
- Schlüter, M. (2008). Körperbehinderungen und lebenslange Pflege. In Jennessen, S., *Leben geht weiter...Neue Perspektiven der sozialen Rehabilitation körperbehinderter Menschen im Lebenslauf* (S. 43-58). München, Weinheim: Juventa Verlag.

Schneider, W., & Waldschmidt, A. (2007). *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung - Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Bielefeld: Transcript Verlag.

Statistik Austria. (2009a). *Reisegewohnheiten der Inländerinnen und Inländer von 1990-2008*. Abgerufen am 22.10.2009 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/tourismus/reisegewohnheiten/index.html

Statistik Austria. (2009b). *Urlaubs- und Geschäftsreisen 2008*. Abgerufen am 22.10.2009 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/tourismus/reisegewohnheiten/index.html#index1

Statistik Austria. (2009c). *Tourismus in Zahlen - Österreich 2008/09*. Wien.

Waldschmidt, A. (2005). Disability Studies - Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29 (1), 9-31.

Wilken, U. (2002). *Tourismus und Behinderung - Ein sozial-didaktisches Kursbuch zum Reisen von Menschen mit Handicaps*. Berlin, Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag.

Wilken, U. (1997). Tourismus und Behinderung - Fortschritte bei der Integration in das allgemeine Reise- und Urlaubsgeschehen. *Rehabilitation*, 36 (2), 121-125.

Wisotzki, K. H. (2000). *Integration Behinderter - Modelle und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Yau, K. M., McKercher, B., Packer, T. L., & Lam, P. (2003). Travel agents as facilitators or inhibitors of travel: perceptions of people with disabilities. *Tourism Management*, 24 (4), 465-474.

Yau, K. M., McKercher, B., & Packer, T. L. (2004). Traveling with a Disability - More than an Access Issue. *Annals of Tourism Research*, 31 (4), 946-960.

Yau, K. M., McKercher, B., & Packer, T. L. (2007). Understanding the complex interplay between tourism, disability and environmental context. *Disability and Rehabilitation*, 29 (4), 281-292.

11. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Der Prozess des Reiseaktivwerdens.....	47
Tabelle 1: Vergleich von individuellem, sozialem und kulturellem Modell.....	12
Tabelle 2: Zentrale Unterschiede von ICIDH und ICF.....	14
Tabelle 3: Erscheinungsformen und Ursachen von Körperbehinderungen.....	22
Tabelle 4: Reisegewohnheiten der Inländer von 1990-2008.....	29
Tabelle 5: Barrieren im Urlaub.....	54
Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse.....	77

12. CURRICULUM VITAE

BRIGITTE SPITTAU

Liniengasse 37/1/6
1060 Wien
brigitte.spittau@gmx.at



PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

- Geboren am: 06.06.1987
- Geburtsort: Villach, Kärnten
- Staatsangehörigkeit: Österreich
- Eltern: Ingrid und Johannes Spittau

AUSBILDUNG

1993 – 1997	Volksschule West, Spittal/Drau
1997 – 2005	Bundesgymnasium Porcia, Spittal/Drau
	Reifeprüfung mit „Gutem Erfolg“: 13. 06. 2005
Seit Oktober 2005	Individuelles Diplomstudium der Pflegerwissenschaften an der Hauptuniversität Wien
	Absolvierung der Wahlfächer in Betriebswirtschaftslehre an der WU Wien

BERUFSERFAHRUNG

Sommer 2003	zwei monatiger Ferialjob in einer Eisdiele inkl. Inkasso
Sommer 2004	Ferialpraktikum im Krankenhaus Spittal/Drau bei der Firma Hexas
Sommer 2005	zwei monatiger Aufenthalt in Frankreich als Aupair
Sommer 2006	Ferialpraktikum im Pflegeheim Marienheim in Spittal/Drau beim Sozialhilfeverband

Mai 07-März 09	Geringfügige Beschäftigung bei ITH – Fremdpersonal als Gastronomieangestellte
Jänner-Juni 2008	Mitarbeit in der Auswertungsgruppe qualitativer Interviews im Rahmen eines Darmmanagementforschungsprojekts
Sommer 2008	drei wöchiges Praktikum in London bei „Vitalise – essential break for disabled people“
Seit Feber 2009	Schwimmtrainerin für geistig beeinträchtigte Menschen bei MentalHandicapSportClub
Seit April 2009	Anstellung bei “Balance” als Assistenzdienst im Wohnverbund Bernstein für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen

ZUSÄTZLICHES ENGAGEMENT UND QUALIFIKATIONEN

2003-2005	Gruppenleiterin der Kinder- und Jungschargruppe Spittal/Drau
2004-2005	Choreografische Leitung der Kindermusicalgruppe „Kids Forever“ in Spittal/Drau
Sommer 2009	einmonatiger entwicklungspolitischer Lerneinsatz auf den Philippinen mit der Dreikönigsaktion
IT-Skills	Gute Kenntnisse bei den Benutzeroberflächen von Windows, Office Paket Versiert im Umgang mit PC, Scannern und Internet
Sprachkenntnisse	- Englisch auf Maturaniveau - Französisch auf Maturaniveau - Grundkenntnisse in Italienisch