



Erleben von Barrieren im öffentli- chen Raum für Personen im Roll- stuhl und die Auswirkungen auf die gesellschaftliche Partizipation

Jasmin Kühnis
Nathalie Wüst

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2019
Eingereicht am: 05.05.2022
Begleitende Lehrperson: Angelika Echsel

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	4
1 EINLEITUNG	5
1.1 THEORETISCHER HINTERGRUND	5
1.2 PROBLEMSTELLUNG UND BEGRÜNDUNG DER THEMENWAHL.....	6
1.3 BEGRIFFSDEFINITIONEN	7
1.4 ZENTRALE MODELLE UND KLASSIFIKATIONEN	9
1.5 HYPOTHESE, ERWARTUNGEN UND FRAGESTELLUNG	11
1.6 ZIELSETZUNG.....	12
2 METHODISCHES VORGEHEN	13
2.1 AUSWAHL UND REKRUTIERUNG DES PROBANDEN	13
2.2 FALLDARSTELLUNG	14
2.3 ETHISCHE ASPEKTE	15
2.4 DATENERHEBUNG	16
2.5 DATENANALYSE.....	18
3 ERGEBNISSE	22
3.1 KÖRPERFUNKTIONEN	22
3.2 AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION	23
3.3 UMWELTFAKTOREN	25
4 DISKUSSION	32
4.1 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG	32
4.2 GESELLSCHAFTLICHE UND PERSÖNLICHE EINSTELLUNG	35
4.3 THEORIE-PRAXIS-TRANSFER	38
4.4 STÄRKEN UND LIMITATIONEN	42
5 SCHLUSSFOLGERUNG	45
LITERATURVERZEICHNIS	47
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	50
DEKLARATION DER WORTZAHL	51
DANKSAGUNG	51
Jasmin Kühnis & Nathalie Wüst	2

EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG51
ANHANG.....52

Abstract

Hintergrund: Trotz bestehender Gesetze zum barrierefreien Bauen bestehen in der Schweiz Barrieren für Personen im Rollstuhl. Diese führen dazu, dass Einschränkungen in der Partizipation am täglichen Leben bestehen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, wie und welche Barrieren die Partizipation einer Person im Rollstuhl beeinflussen. Zudem werden Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie erarbeitet, die Therapeutinnen und Therapeuten zur Unterstützung von Personen im Rollstuhl befähigen.

Methode: Im Rahmen einer Fallanalyse wurde der Proband mit Paraplegie beobachtet und offen und teilstrukturiert befragt. Die Daten wurden in Form der Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse werden im System der *internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* aufgelistet. Sie zeigen, wie Barrieren, hilfreiche Faktoren und Strategien in verschiedenen Lebensbereichen auf die Partizipation von Personen im Rollstuhl einwirken.

Schlussfolgerung: Es gibt viele Ansatzpunkte, um die Partizipation von Personen im Rollstuhl zu verbessern. Ein wesentlicher Faktor ist die Veränderung der gesellschaftlichen Einstellung. Hierbei kann die Ergotherapie einen Einfluss darauf haben, Personen im Rollstuhl in ihrer Partizipation zu unterstützen.

Keywords: *ICF AND International Classification of Functioning, Disability and Health; Participation OR Engagement OR Involvement; Wheelchair; Paraplegia OR Paraplegic OR Spinal Cord Injury; Occupational Therapy OR Occupational Therapist OR OT*

1 Einleitung

Die Möglichkeit, sich in der Öffentlichkeit möglichst ohne Barrieren bewegen zu können, ist eine Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe (Eidgenössisches Departement des Innern EDI, 2018). Unterschiedlichste Faktoren können dazu führen, dass Personen im Rollstuhl unter erschwerten Bedingungen am öffentlichen Leben teilhaben können.

Vorliegende Arbeit setzt sich mit dieser Problematik auseinander. Mittels einer Fallanalyse werden Barrieren, welchen Personen im Rollstuhl in ihrem Alltag begegnen, erfasst und analysiert. Die Ergebnisse werden im Diskussionsteil Forschung mit ähnlichen Schwerpunkten gegenübergestellt und kritisch betrachtet. Für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten werden Handlungsempfehlungen anhand der Enablement Skills (Townsend & Polatajko, 2007) für die Förderung der Partizipation von Betroffenen entworfen.

1.1 Theoretischer Hintergrund

Menschen mit Behinderung sind schon immer ein Teil unserer Gesellschaft. Der Umgang mit ihnen hat sich im Laufe der Geschichte verändert (Stademann & Tsangaveli, 2016). Bis circa in die 1970er Jahre wurden sie grösstenteils verwahrt. Nachfolgend wurde ihre Selbstbestimmung vermehrt gefördert. Ab Mitte der 1980er Jahre standen Selbstbestimmung und Inklusion immer mehr im Zentrum. Um grösstmögliche Selbstbestimmung und Inklusion zu ermöglichen, wurden auch internationale Übereinkommen und nationale Gesetze erlassen (Stademann & Tsangaveli, 2016).

Am 13. Dezember 2006 wurde von der UNO die Behindertenrechtskonvention (BRK) verabschiedet. Unter anderem sieht die BRK vor, dass Menschen mit Behinderung vollumfänglich am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Demnach sollen unter anderem Zugangshindernisse im öffentlichen Raum beseitigt werden (Eidgenössisches Departement des Innern, o. D.).

Die Schweiz setzt die Konvention mit dem seit dem 13. Dezember 2002 existierenden Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) um (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG, 2002). Dieses bezweckt die Verhinderung, Verringerung oder Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen. Neben dem BehiG gibt es ergänzende kantonale und

kommunale Gesetze und Vorschriften, die einzuhalten sind (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG, 2002).

Da in den Gesetzen lediglich festgelegt wird, wo hindernisfrei gebaut wird, existiert die Norm SIA 500 „Hindernisfreies Bauen“. Sie beschreibt, wie Bauten gestaltet werden müssen, um als hindernisfrei zu gelten. Die SIA 500 gliedert sich in folgende drei Kategorien: öffentlich zugängliche Bauten, Bauten mit Wohnungen und Bauten mit Arbeitsplätzen. Neben für die Allgemeinheit zugänglichen Bauten wie Restaurants, Läden, Grünanlagen, etc. gehören auch Schulen, Arztpraxen und vieles mehr dazu (Schweizerischer Ingenieur- und Architekten-Verein, 2009).

1.2 Problemstellung und Begründung der Themenwahl

Jede zweite Person mit Querschnittlähmung stuft die Zugänglichkeit zu öffentlichen und privaten Infrastrukturen in der Schweiz als mangelhaft ein (Reinhardt et al., 2016). Dass Personen im Rollstuhl trotz der in der Schweiz geltenden Gesetze und Normen einen erschwerten Zugang zu öffentlichen Orten haben, wurde auch den Autorinnen im Rahmen ihres Studiums und ihrer ergotherapeutischen Praktika vermehrt bewusst. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine Differenz zwischen rechtlicher und faktischer Gleichstellung existiert.

In der ergotherapeutischen Arbeit liegt der Fokus darauf, die Klientin oder den Klienten bei der Ausführung von bedeutungsvollen Aufgaben zu unterstützen (Fisher, 2018). Das Klientel soll an der Gesellschaft partizipieren können. Dabei interessieren nicht nur persönliche Merkmale der Person, sondern auch Probleme der physischen oder sozialen Umwelt und gesellschaftliche Faktoren, welche die Partizipation beeinflussen (Fisher, 2018). Zum Gegenstandsbereich der Ergotherapie gehören also auch die Partizipationsmöglichkeiten von Personen im Rollstuhl. Hierbei ist es sinnvoll, nicht nur auf der Mikroebene Klientinnen und Klienten im Rollstuhl direkt zu unterstützen, sondern auch die gesellschaftliche Realität in der Schweiz auf der Makroebene zu betrachten. Auf die Begriffe Mikro- und die Makroebene wird in den Begriffsdefinitionen detaillierter eingegangen. Durch vorliegende Arbeit soll ein umfassendes Bild der Partizipationsmöglichkeiten von Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern entstehen.

1.3 Begriffsdefinitionen

Körperliche Behinderung

Behinderung ist ein „formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren“ (World Health Organization, 2005, S. 5). In der vorliegenden Arbeit werden körperliche Behinderungen eingeschlossen, die dazu führen, dass eine Person nicht mehr gehen kann und auf einen Rollstuhl angewiesen ist. Der Grund dafür liegt in einer Schädigung einer Körperfunktion oder -struktur. Besonders häufig betroffen sind Strukturen des Nervensystems (World Health Organization, 2005).

Barrieren

Unter Barrieren werden Hindernisse verstanden, die den Zugang zu Inklusion verhindern oder beeinträchtigen. Es handelt sich dabei nicht nur um bauliche Barrieren, sondern auch um sprachliche, soziale, aufgabenbezogene oder institutionelle Barrieren (Stademann & Tsangaveli, 2016). Auch die vorliegende Arbeit schliesst alle Arten von Barrieren ein, welche die Partizipation von Personen mit Mobilitätseinschränkungen im öffentlichen Leben beeinflussen. Umweltbedingt können dies Schwellen oder enge Türen sein. Auf sozialer Ebene kann es sich dabei um Hindernisse, die auf menschliche Einstellungen wie Stigmata oder mangelnde Hilfsbereitschaft zurückzuführen sind (Eidgenössisches Departement des Innern, o. J). Solche Barrieren sind von aussen deutlich schwieriger zu identifizieren, sie sind aber nicht weniger wichtig.

Barrierefreiheit

„Barrierefreiheit gewährleistet die gesellschaftliche Teilhabe aller Menschen. Im Sinne der Inklusion umfasst Barrierefreiheit nicht nur bauliche Massnahmen, also umweltbezogene Barrieren, sondern beschreibt auch die Gewährleistung von Zugangswegen jeglicher Art in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit.“ (Stademann & Tsangaveli, 2016, S. 190).

Öffentlicher Raum und öffentlich zugängliche Bauten

Als öffentlicher Raum wird jeder Raum bezeichnet, der für die Öffentlichkeit frei zugänglich ist oder der Öffentlichkeit dient. Unter anderem sind Parks, Plätze und Verkehrsflächen wie Strassen, Fuss- und Radwege gemeint (Kanton Aargau, 2020). Um selbständig zu sein, ist es notwendig, einkaufen zu gehen und den öffentlichen Verkehr zur Fortbewegung zu nutzen, wenn kein Auto zur Verfügung steht. Daher sind für diese Arbeit insbesondere Einkaufsläden und öffentliche Verkehrsmittel relevant.

Partizipation – Teilhabe

In dieser Arbeit werden die Begriffe Partizipation und Teilhabe synonym verwendet. Unter Teilhabe wird der Einbezug einer Person in Betätigungen und Lebenssituationen verstanden (World Health Organization, 2005). Am Begriff der Teilhabe wird der Status der *Inklusion* messbar. Gleichzeitig ist es Ziel und Mittel, um Inklusion zu gewährleisten. Das Recht auf Teilhabe wird in der Ergotherapie bedingungslos allen Menschen zugesprochen (Stademann & Tsangaveli, 2016). Wenn Partizipation nicht gewährleistet werden kann, führt dies zu sozialer Beeinträchtigung. Oft geschieht dies als Wechselwirkung zwischen einem gesundheitlichen Problem einer Person und ihrer Umwelt (World Health Organization, 2005). In dieser Arbeit werden einschränkende Faktoren des gesundheitlichen Problems und der Umwelt erwartet.

Inklusion

Unter Inklusion wird soziales eingeschlossen sein und vollständige Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft verstanden. Innerhalb des Inklusionsgedankens werden dichotome Vorstellungen, die jeweils zwei Kategorien konstruieren, abgelehnt. Beispiele dafür sind Kategorien wie *behindert* und *nichtbehindert* oder *normal* und *nicht normal*. (Stademann & Tsangaveli, 2016). Im Kontext dieser Arbeit ist vor allem Inklusion im Lebensbereich der Öffentlichkeit relevant.

Mikroebene und Makroebene

Innerhalb der Arbeit und besonders im Theorie-Praxis-Transfer werden Phänomene immer wieder aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet. Besonders wichtig sind dazu die *Mikro- und die Makroebene*. Auf der Mikroebene wird die Interaktion zwischen Menschen und insbesondere die Interaktion zwischen der Therapeutin oder dem Therapeuten und der Klientin oder dem Klienten betrachtet (Bühler Nepali et al., 2019). Auf der Makroebene wird der Blick geöffnet. Hier steht der gesellschaftliche Kontext im Zentrum (Bühler Nepali et al., 2019). Die ergotherapeutischen Handlungsempfehlungen werden nicht nur die Arbeit mit einzelnen Klientinnen und Klienten auf Mikroebene betreffen. Auch Empfehlungen, die zur Veränderung des gesellschaftlichen Kontexts beitragen, werden diskutiert.

1.4 Zentrale Modelle und Klassifikationen

Für die vorliegende Arbeit sind verschiedene ergotherapeutische und interprofessionelle Modelle und Klassifikationen relevant. Die Wahl verschiedener Modelle anstatt der konstanten Nutzung eines Modelles lässt sich damit begründen, dass sich im Laufe des Schreibprozesses herausstellte, dass nicht alle Modelle für jeden Teil der Arbeit geeignet sind. Um einen Überblick über die Modelle zu erhalten, werden sie nachfolgend kurz vorgestellt.

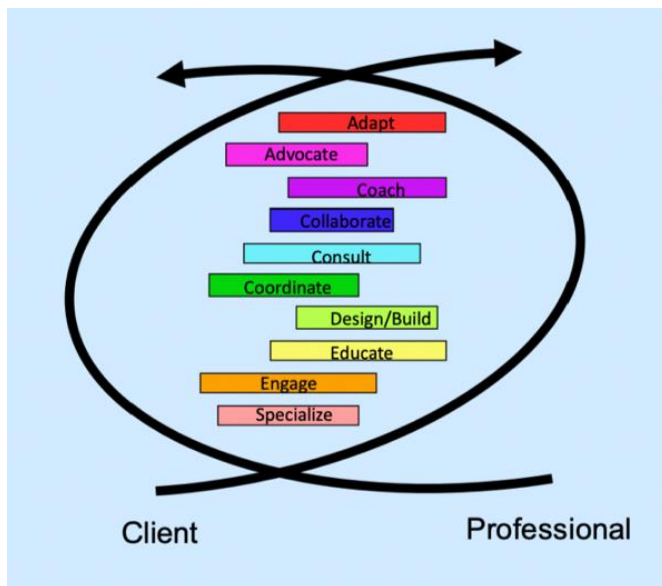
Das *Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)* ist ein Modell, welches den ergotherapeutischen Prozess beschreibt (Fisher, 2018). Der erste Schritt in diesem Prozess ist es, die Klientin oder den Klienten und seinen oder ihren Lebenskontext möglichst vollständig zu erfassen. Die Erfassung erfolgt mithilfe von 10 Dimensionen und dazugehörigen Schlüsselfragen (Fisher, 2018). Die 10 Dimensionen werden als Leitfaden für die Datenerhebung verwendet.

Die *internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Sie betrachtet die Funktionsfähigkeit des Menschen ganzheitlich (World Health Organization, 2005). Ausserdem bietet sie eine einheitliche und standardisierte Form der Sprache, welche einen Rahmen zur Gesund-

heit und damit zusammenhängenden Zuständen bietet. Das Klassifizierungssystem wird international und interprofessionell verwendet und ist im Gesundheitswesen ein bekannter Begriff (World Health Organization, 2005). Die ICF wird als Rahmen zur Einordnung der Resultate verwendet.

Das *Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)* beschreibt die Kompetenzen, die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten haben, um ihre Klientinnen und Klienten zur Teilhabe zu befähigen (Townsend & Polatajko, 2007). Diese Kompetenzen werden mithilfe der in Abbildung 1 dargestellten zehn Enablement Skills konzeptionell beschrieben. Sie stehen dynamisch zwischen dem Klienten oder der Klientin und der ergotherapeutischen Fachperson. Die Skills heißen adapt (anpassen), advocate (fürsprechen), coach (begleiten), collaborate (zusammenarbeiten), consult (beraten), coordinate (koordinieren), design/build (entwerfen/konstruieren), educate (ausbilden, lehren), engage (beteiligen) und specialize (spezialisieren) (Townsend & Polatajko, 2007). Die Enablement Skills werden im Theorie-Praxis-Transfer verwendet.

Abbildung 1: Enablement Skills (Townsend & Polatajko, 2007)



Die *CanMED Rollen* sind sieben Berufsrollen, welche Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach Abschluss ihrer Ausbildung in der Schweiz zugesprochen werden (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz, 2021). Diese wurden von Mitgliedern der Fachkonferenz Gesundheit der Schweizerischen Fachhochschulen und der Berufskonferenzen in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickelt. Die Berufsrollen basieren auf dem kanadischen Modell CanMEDS (Frank, 2015). Frank definiert die Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen, mit welchen sie den Bedürfnissen ihrer Patientinnen und Patienten entsprechen. Die sieben Berufsrollen beinhalten die Rolle des Experten oder der Expertin (Expert), des Kommunikators oder der Kommunikatorin (Communicator), des Teamworkers oder der Teamworkerin (Teamworker), des Managers oder der Managerin (Manager), des Gesundheitsanwalts oder der Gesundheitsanwältin (Health Advocate), des oder der Lernenden und Lehrenden (Scholar) und der oder des Professionsangehörigen (Professional) (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz, 2021).

Die CanMED-Rollen kommen innerhalb der Enablement Skills in den Handlungsempfehlungen zum Einsatz, da sie sich mit ihnen gut kombinieren lassen (Krieger, 2012).

1.5 Hypothese, Erwartungen und Fragestellung

Auf Basis des theoretischen Hintergrundes und der beschriebenen Problemstellung stellen die Autorinnen eine Hypothese auf. Des Weiteren werden Erwartungen zu möglichen Ergebnissen aufgelistet. Letztlich dient die Fragestellung als Forschungsfrage dieser Fallanalyse.

Hypothese: Personen im Rollstuhl haben in der Schweiz eingeschränkten Zugang zu öffentlichem Raum. Dadurch ist ihre gesellschaftliche Teilhabe eingeschränkt.

Erwartungen: Durch die Erfahrungen der Autorinnen mit Personen im Rollstuhl aus ergotherapeutischen Vorpraktika können einige Erwartungen formuliert werden. Die Erwartungen beziehen sich auf Barrieren, die möglicherweise erfasst werden. Es wird erwartet, dass physische Barrieren, die auf bauliche Gegebenheiten zurückzuführen sind, die Teilhabe von Personen im Rollstuhl am stärksten beeinflussen. Welche Barrieren sonst noch auftreten könnten,

ist schwieriger vorherzusehen. Möglicherweise könnten soziale Barrieren wie Stigmatisierungen thematisiert werden.

Fragestellung: Wie erleben Personen, die aufgrund körperlicher Behinderung mit dem Rollstuhl mobil sind, in der Schweiz Barrieren im öffentlichen Raum und wie wird ihre Partizipation dadurch beeinflusst?

1.6 Zielsetzung

Vorliegende Arbeit soll aufzeigen, welche Faktoren trotz bestehender Gesetze die gesellschaftliche Partizipation von Personen im Rollstuhl in der Schweiz beeinflussen. Dazu soll das Erleben einer Person im Rollstuhl auf der Mikroebene und ihre oder seine Sicht der Dinge auf der Makroebene erfasst werden. Um die subjektive Sicht der Probandin oder des Probanden kritisch diskutieren zu können, werden die Resultate Forschung mit ähnlichen Schwerpunkten gegenübergestellt. Schlussendlich sollen die Resultate Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten einen Rahmen bei der Unterstützung von Personen im Rollstuhl in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe geben. Dazu werden Handlungsempfehlungen formuliert, die auf den Enablement Skills aus dem CMCE basieren. Die Handlungsempfehlungen sollen Anknüpfungspunkte auf der Mikro- und Makroebene ermöglichen.

2 Methodisches Vorgehen

Bei vorliegender Bachelorarbeit handelt es sich um eine Fallanalyse. Eine Fallanalyse stellt einen qualitativen Forschungsansatz dar. Es wird ein einzelner Fall beschrieben und analysiert. Der Fall soll ganzheitlich dargestellt werden, sodass ein realistisches Bild der sozialen Welt entsteht (Krell & Lamnek, 2016). Im Rahmen der Fallanalyse wurde eine Beobachtung, eine offene Befragung und ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Die gesammelten Daten wurden anschliessend inhaltlich analysiert.

Für eine ergotherapeutische Bachelorarbeit eignet sich dieser Ansatz, da er die vielfältige und komplexe Interaktion zwischen der Probandin oder dem Probanden und seiner Umwelt umfassend erfasst (Jones & Hocking, 2015).

2.1 Auswahl und Rekrutierung des Probanden

Die Probandin oder der Proband stellt das Zentrum einer Fallanalyse dar (Jones & Hocking, 2015). Die Wahl des Probanden muss deshalb gut überlegt und begründet werden. Nachfolgend werden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Ausserdem wird beschrieben, wie der Proband gefunden wurde.

Eingeschlossen wurden Personen, die aufgrund einer körperlichen Behinderung im Rollstuhl mobil sind und keine kognitive Beeinträchtigung haben. Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wurden ausgeschlossen, weil eine detaillierte Befragung durch mögliche Kommunikationsschwierigkeiten deutlich anspruchsvoller wäre und möglicherweise zu wenig umfangreiche Ergebnisse liefern würde. Ausserdem würde die zusätzliche Analyse von Barrieren, die auf kognitive Einschränkungen zurückzuführen sind, den Rahmen dieser Bachelorarbeit überschreiten. Gesucht wurde nach einer jungen Person mit einer erworbenen Einschränkung, die dazu in der Lage ist, die Erfahrungen in der Anfangszeit als Person im Rollstuhl zu reflektieren. So ist ein Vergleich zu der Zeit vor dem Unfall möglich. Um sicherzustellen, dass der Proband oder die Probandin über umfassende Erfahrung verfügt und sich trotzdem noch an die Anfangszeit als Person im Rollstuhl erinnern kann, sollte der Unfall mindestens fünf, aber nicht länger als 15 Jahre zurückliegen. Ebenfalls schien eine junge Probandin oder ein junger

Proband geeigneter zu sein, um altersbedingte Einschränkungen wie Hör- und Sehverluste oder ähnliches auszuschliessen.

Durch Internetrecherchen auf Google stiessen die Autorinnen auf verschiedene fachliche Webseiten zum Thema Paraplegie, Tetraplegie und allgemeinen körperlichen Einschränkungen. Konkret wurde nach Foren mit Erfahrungsberichten Betroffener sowie Organisationen und Stiftungen, die Betroffene portraituren, gesucht. Beim genauen Betrachten und Recherchieren auf einer geeignet erscheinenden Webseite wurde eine männliche Person gefunden, die den oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien entspricht. Die Website wird aus Gründen der Anonymität nicht genauer benannt. Der potenzielle Proband wurde via angegebener Mailadresse kontaktiert. Die erste Anfrage enthielt einige grobe Informationen zu den Studentinnen, dem Studiengang und zur geplanten Bachelorarbeit. Daraufhin folgte bereits eine provisorische Zusage von ihm. Nach weiterem Mailkontakt und der definitiven Zusage erstellten die Studentinnen ein Kontaktformular. Das Formular enthält Name, Adresse, Geburtsdatum, Diagnose sowie ein Feld für Terminwünsche. Nach dem Abgleichen der Agenden wurden zwei passende Termine Anfang Februar zur Durchführung der Datenerhebung gefunden. Da die erste kontaktierte Person bereits zusagte und auf die definierten Kriterien zu passen schien, wurden keine weiteren Personen kontaktiert.

2.2 Falldarstellung

Der Proband Michael (Name anonymisiert) ist aufgrund eines Unfalls vor über zehn Jahren auf den Rollstuhl angewiesen. Die Diagnose lautet komplette Paraplegie sub th5. Dadurch ist er ab dem sechsten Brustwirbel gelähmt und kann nicht gehen. Die Funktionen seines Oberkörpers sowie seiner oberen Extremitäten sind durch die Diagnose nicht eingeschränkt. Michael ist 28 Jahre alt, kinderlos und ledig. Er beschreibt sich als humorvoll und offen. Aufgewachsen ist er in einem kleinen Dorf in der Schweiz zusammen mit seinem Bruder und seiner Mutter. Das Verhältnis zur Familie war immer gut. Er beschreibt sich als Ruhepol der Familie. Im Alter von 16 Jahren hat er Ausbildung zum Fachmann Betriebsunterhalt begonnen, welche er durch seinen Unfall nicht beenden konnte. Nach dem Unfall hat er eine Umschulung im kaufmännischen Bereich absolviert. Durch den Unfall und die damit einhergehenden

täglichen Schmerzen ist er heute 100% arbeitsunfähig und bezieht eine Unfallrente, die seinen Lebensunterhalt sichert. Dadurch ist sein Tagesablauf sehr flexibel. Zur Verringerung seiner Schmerzen benötigt er regelmässige Liegepausen. Freiberuflich arbeitet Michael heute niederprozentig als Fotograf. Weiter ist er Führungskraft in einer gemeinnützigen Firma. Zudem setzt er sich für Rechte von Menschen im Rollstuhl ein. Er wohnt mittlerweile in einer 2.5 Zimmer Wohnung mit Balkon in einer grösseren Schweizer Stadt. Die Wohnung befindet sich im fünften Stock und ist mit einem Lift erreichbar. Ausserdem verfügt der Wohnblock beim Eingang über eine automatische Türe sowie eine kleine Rampe. In der Küche hat Michael einen adaptierten Schrank und im Badezimmer nutzt er einen Duschstuhl als Hilfsmittel. Seinen Alltag meistert er selbstständig. Bei Aktivitäten wie der Körperpflege, dem Einkauf, dem Haushalt und anderem benötigt er keine fremde Hilfe. In seinem Wohnquartier befinden sich mehrere Einkaufsläden, welche er mit dem Rollstuhl oder seinem Handbike erreichen kann. Michael ist im Sommer oft draussen in der Stadt, in Parks, am Fluss oder am See. In der Freizeit fotografiert er gerne, trifft sich mit Freunden, ist mit dem Handbike unterwegs oder nimmt medizinische Termine wie Physiotherapie oder Neurofeedback wahr. Eine wichtige Kraftquelle stellt für ihn seine Spiritualität und der Glaube in den Buddhismus, zu welchem er nach dem Unfall gefunden hat, dar.

2.3 Ethische Aspekte

Nach einer schriftlichen Abklärung bei der zuständigen Ethikkommission zeigte sich, dass eine Fallanalyse in dieser Form nicht dem Humanforschungsgesetz untersteht. So liefert die Studie laut Ethikkommission keine verallgemeinerbaren Daten und weil weniger als fünf Teilnehmende involviert sind, gilt sie nicht als Forschung. Deshalb war keine Ethikbewilligung notwendig. Eine Nicht-Zuständigkeits-Erklärung wurde ebenfalls nicht benötigt, jedoch kann eine freiwillige Erklärung beantragt werden. Nach weiteren Abklärungen zeigte sich, dass eine solche für diese Arbeit nicht notwendig ist, weil eine Publikation der Arbeit nicht vorgesehen ist. Für die Beobachtungen und Befragungen und deren Aufzeichnung unterschrieb der Proband eine durch die Studentinnen formulierte Einverständniserklärung, welche zur Verwendung der erhobenen Daten unter Anonymisierung berechtigt (siehe Anhang A). Die auf-

gezeichneten Daten werden nach Abgabe der Bachelorarbeit durch die Studentinnen gelöscht. Zur Wahrung der Anonymität werden keine Daten angegeben, die klare Rückschlüsse auf den Probanden möglich machen. Es werden beispielsweise keine Informationen zum Namen und Wohnort gegeben. Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden jedoch für den Probanden wichtige Betätigungen sowie das Alter erwähnt.

Dem Probanden wurde bei der Datenerhebung klar kommuniziert, dass es ihm jederzeit freisteht, unangenehme oder nicht erwünschte Fragen nicht zu beantworten. Im Kontakt mit dem Probanden wurde auf eine wertschätzende und offene Grundhaltung geachtet.

2.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde ursprünglich in zwei Schritten geplant, erfolgte schliesslich aber in drei Schritten. Um Barrieren aufdecken zu können, wurde der Proband in einem ersten Schritt in seinem Alltag begleitet. Mittels einer Beobachtung werden zu untersuchende Gegebenheiten direkt erfasst (Corsten & Corsten, 2017). Somit sollte beschrieben werden, welche potenziellen Schwierigkeiten im öffentlichen Raum erkannt werden können. Geplant wurde, dass der Proband während ungefähr zwei bis drei Stunden in einer für ihn alltäglichen Umgebung seiner Wahl beobachtet wird. Innerhalb dieses Zeitfenster sollte ein kleiner Einblick gelingen, auf welchem die Befragung aufgebaut werden kann. Die Handlungen wurden dem Probanden offengelassen, sie sollten aber einen realen Einblick in seinen Alltag ermöglichen. Aktivitäten wie Einkaufen, das Verhalten im Fussgängerverkehr und die Fortbewegung mit öffentlichen Verkehrsmitteln sollten dabei, wenn möglich, beobachtbar sein.

Die Beobachtung erfolgte fokussierend und vordergründig offen. Fokussierend bedeutet, dass der Fokus klar auf den für die Fragestellung relevanten Aspekten liegt. Vordergründig offen war die Beobachtung deshalb, weil der Proband wusste, dass er beobachtet wurde und den Zweck der Beobachtung kannte (Brüsemeister, 2008). Involvierte Personen in der Öffentlichkeit wussten hingegen nichts von der Beobachtung, wodurch die Erhebung zusätzlich einen verdeckten Aspekt enthielt (Corsten & Corsten, 2017). Die Beobachterinnen nahmen die Rolle des Beobachter-als-Teilnehmer ein. Sie befanden sich in einer distanzierten Beobachterinnenrolle innerhalb der Erhebungssituation und interagierten nicht mit dem Probanden

(Brüsemeyer, 2008). Im Besonderen achteten sie auf auftretende Barrieren, Reaktionen des Umfeldes und Strategien des Probanden. Weitere auffällige Punkte wurden ebenfalls erfasst. Das vorgesehene Zeitfenster von zwei bis drei Stunden wurde nicht vollständig benötigt. Michaels Erledigungen dauerten lediglich ungefähr eine Stunde. In dieser Zeit konnte beobachtet werden, wie sich Michael auf der Strasse fortbewegt, wie er in einem Elektronik- und in einem Lebensmittelgeschäft einkauft und wie er seine Einkäufe nach Hause befördert. Auch wenn es vorgesehen war, fand eine Beobachtung im öffentlichen Verkehr nicht statt, da Michael nach eigener Aussage öffentliche Verkehrsmittel zur Fortbewegung im innerstädtischen Bereich nur selten benutzt. Auf den Grund dafür wird in den Resultaten näher eingegangen. Um die beobachteten Punkte detaillierter aufzugreifen und wichtige Fragen direkt zu klären, wurde im Anschluss an die Beobachtung eine offene Befragung geführt. Dieser Schritt war nicht geplant, wurde aber dennoch vorgenommen, um genügend Daten für das im nächsten Schritt geplante halbstrukturierte Interview zu sammeln.

Die Daten aus der Beobachtung und der offenen Befragung wurden stichwortartig notiert und nachfolgend zu einem beschreibenden Fliesstext verschriftlicht (siehe Anhang B). Dieser konnte später zur Analyse verwendet werden.

Die mittels der Beobachtung erhobenen Daten registrierten lediglich von aussen wahrnehmbares Verhalten und liessen viel Interpretationsspielraum. Somit wird die Aussagekraft der Daten womöglich beeinträchtigt (Corsten & Corsten, 2017). Deshalb wurden vier Tage nach der Beobachtung und der offenen Befragung zusätzliche Daten mittels eines teilstrukturierten Interviews erhoben. Die Daten aus der offenen Befragung ermöglichten nur einen ersten Einblick in die Sichtweisen des Probanden und deckten nicht alle Lebensbereiche ab. Somit konnten sie das teilstrukturierte Interview nicht ersetzen. Durch die Erhebung von Daten, die auf verschiedene Arten und zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfasst wurden, entstand eine Methodentriangulation (Flick, 2010). Somit konnten Hypothesen aus der Beobachtung im Rahmen der Befragung überprüft und allenfalls bestätigt oder widerlegt werden (Brüsemeyer, 2008).

Die Befragung fand einige Tage nach der Beobachtung statt. Dies ermöglichte es, beobachtete Themen aufzugreifen und tiefer ins Detail zu gehen. Die Befragung erfolgte im Rahmen

eines Leitfadeninterviews. Anhand der 10 Dimensionen nach Fisher (2018) wurde ein Fragekatalog zusammengestellt (siehe Anhang C). Diese wurden gewählt, weil sie einen umfassenden Blick auf den Probanden ermöglichen und verschiedene bedeutende Lebensbereiche abdecken. Besonderen Wert wurde bei der Befragung auf das subjektive Erleben des Probanden gelegt. Vom Fragekatalog wurde durch situative Ergänzungen oder Vertiefungen abgewichen (Corsten & Corsten, 2017).

Die Befragung wurde für die nachfolgende Auswertung auditiv per Smartphone aufgezeichnet. Zusätzlich wurden schriftliche Notizen gemacht. Somit wurde sichergestellt, dass keine Daten verloren gehen, falls technische Probleme auftreten. Die Audiodatei wurde nach einem Merkblatt der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Form einer wissenschaftlichen, mehrheitlich wörtlichen Technik transkribiert (Robin, 2021). Das Transkript und das Merkblatt finden sich im Anhang (siehe Anhang D und E).

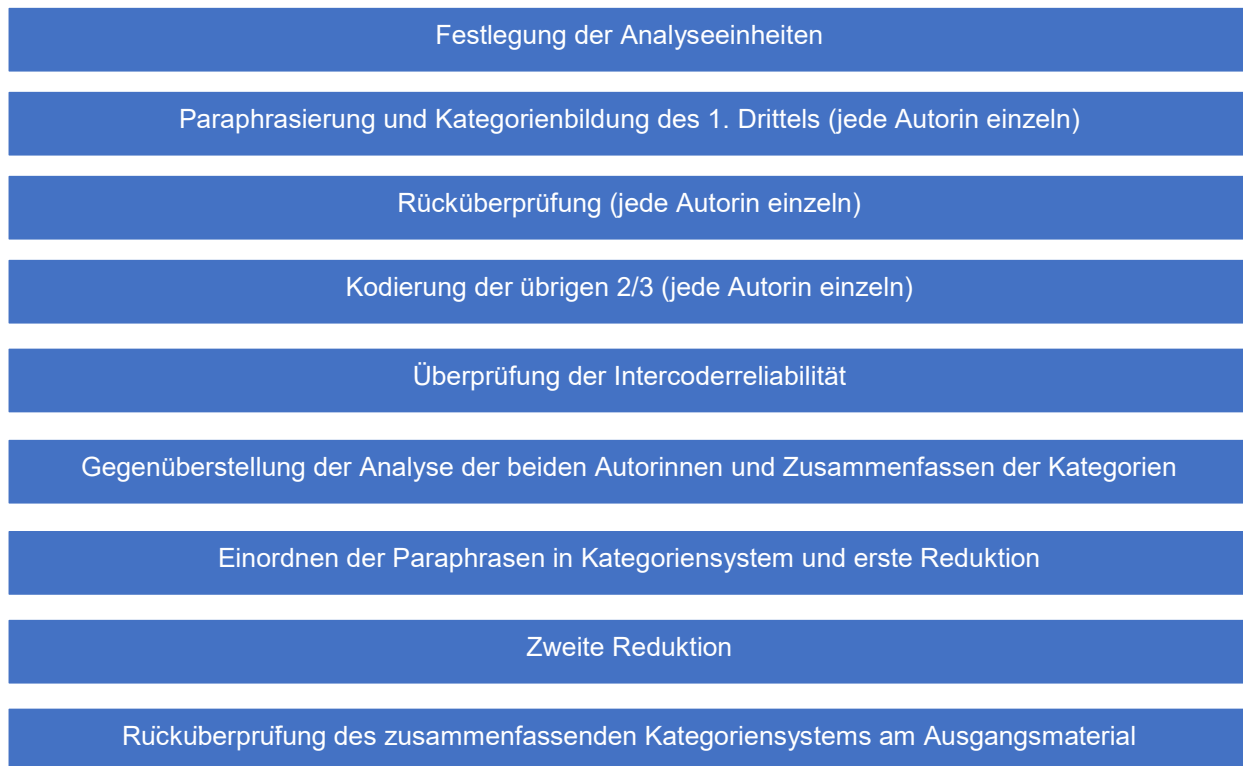
2.5 Datenanalyse

Nach der Erhebung der Daten mittels Beobachtung und Befragung erfolgte die qualitative Analyse der Inhalte aus dem Beobachtungsbogen und dem Transkript. Die beiden Dokumente wurden dazu in einem Dokument zusammengetragen. Die Vorgehensweise orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Konkret wurde die zusammenfassende Form der Inhaltsanalyse angewendet. Hierbei erfolgte eine systematische Reduktion des Analysematerials auf eine repräsentative Materialmenge, ohne dass wichtige Inhalte zur Beantwortung der Fragestellung verloren gehen (Mayring, 2015). Im Zentrum der Inhaltsanalyse stand ein System von Kategorien. Diese wurden durch das Analysieren des Materials und unter Berücksichtigung der Fragestellung induktiv gebildet (Mayring, 2015). Sie waren also nicht vorgegeben. Die Kategorien sollen das Material abstrakt repräsentieren und durch übergeordnete und untergeordnete Kategorien in Beziehung zueinander setzen.

Die qualitative Inhaltsanalyse geht systematisch vor und orientiert sich an expliziten Regeln (Mayring, 2015). Somit ist sie von aussen nachvollziehbar und intersubjektiv nachprüfbar. Das Verfahren ist ausserdem theoriegeleitet (Mayring, 2015). Die Autorinnen liessen sich in den einzelnen Analyseschritten von theoretischen Überlegungen leiten. Das heisst nicht, dass die Schritte im Detail vorgegeben sind, sondern, dass sie auf das Analysematerial angepasst

und vorab in einem Ablaufmodell festgelegt wurden (Mayring, 2015). Im Ablaufmodell werden die einzelnen Analyseschritte, ihre Reihenfolge und die Beziehung der Schritte zueinander deutlich (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Ablaufmodell



Die *Festlegung der Analyseeinheiten* ist der erste Schritt, der unternommen wurde. Die bestimmte Einheit beinhaltet *jede vollständige Aussage des Probanden in Bezug auf Partizipation*.

Nach der Festlegung der Einheiten wurden die Daten *paraphrasiert*. Konkret wurden die einzelnen Analyseeinheiten auf den Inhalt beschränkt und umschrieben (Mayring, 2015). Nicht inhaltstragende Textstellen wurden weggelassen. Zeitgleich wurden zu den Paraphrasen *Kategorien* gebildet. Die Kategorien wurden also prozesshaft nach und nach gebildet (Mayring, 2015). Um im Analyseprozess eine möglichst hohe Reliabilität, genauer eine Intercoderreliabilität zu erreichen, wurde die Paraphrasierung und erste Kategorienbildung von den beiden

Autorinnen unabhängig durchgeführt. Somit kann sichergestellt werden, dass die Analyse intersubjektiv überprüfbar ist (Mayring, 2015).

Da die Kategorien induktiv gebildet und nicht vorgegeben waren, wurde nach dem Paraphrasieren und Kategorisieren des ersten Drittels eine *Rücküberprüfung* vorgenommen. Dadurch entstand ein Überblick über die bereits gebildeten Kategorien. So konnten sie teilweise zusammengefasst werden. Anschliessend wurden dieselben Analyseschritte mit den *übrigen zwei Dritteln* des Materials vorgenommen. Die beiden einzeln durchgeführten Analysen der beiden Autorinnen wurden einander nachfolgend gegenübergestellt. Der *Vergleich der Kategorien* ermöglichte es Un-Reliabilitäten zu erkennen und zu interpretieren. Durch die gemeinsame Analyse gelang eine Vereinfachung von über 50 Kategorien in 10 Überkategorien und 29 Unterkategorien. Die Paraphrasen wurden anschliessend *innerhalb der Kategorien geordnet*. Ausserdem fand eine *erste Reduktion* der Paraphrasen statt. Die Paraphrasen wurden hierbei durch Selektion vereinfacht. Aussagen mit gleichen oder ähnlichen Inhalten wurden zusammengefasst und nicht relevante Aussagen weggelassen. Der gleiche Prozess fand ein weiteres Mal im Rahmen der *zweiten Reduktion* statt. Die Paraphrasen wurden weiter gebündelt und vereinfacht. Schliesslich entstand eine stark zusammengefasste Tabelle mit 5 Über- und 23 Unterkategorien (siehe Anhang F)

Die zusammenfassende Form der Inhaltsanalyse birgt das Risiko, dass ein abstrakter Datenbaum entsteht, der sich stark vom wirklichen Fall ablöst (Mayring, 2015). Um eine solche Ablösung zu verhindern, wurde eine *Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial* vorgenommen. Die Ausgangstexte wurden erneut gelesen und den abstrahierten Daten gegenübergestellt. So konnten wichtige Textpassagen, die beim Reduzieren verloren gingen, ergänzt werden.

Bei der Betrachtung des Materials und der Formulierung der Resultate innerhalb der gebildeten Kategorien fiel auf, dass die Anordnung der Kategorien auf die Beantwortung der Fragestellung hin nicht schlüssig war. Ausserdem erschwerte die Aufteilung von Aspekten aus Lebensbereichen in Kategorien wie Barrieren und Strategien (siehe Anhang F) den Lesenden das Verständnis. Beispielsweise wurden Barrieren und Strategien, welche die Fortbewegung mit öffentlichen Verkehrsmitteln betreffen, nicht gemeinsam betrachtet, sondern in einzelnen Kategorien aufgelistet. Durch die Trennung der Lebensbereiche liess sich auch der Aspekt

der Partizipation nur schwer einbringen. Aus diesen Gründen wurde ein neues Kategoriensystem gewählt, welches sich an der ICF anlehnt (World Health Organization, 2005). Die ICF eignet sich aufgrund ihrer ganzheitlichen Betrachtung der Funktionsfähigkeit eines Menschen für die Einordnung der Resultate aus der Inhaltsanalyse. Sie teilt die Funktionsfähigkeit des Menschen in Lebensbereiche auf. Ausserdem lassen die einzelnen Kategorien nicht nur Defizite sondern auch Ressourcen abbilden (World Health Organization, 2005). Somit können im Gegensatz zum induktiv gebildeten Kategoriensystem Barrieren und Strategien des Probanden jeweils linear aufgelistet werden. Ausserdem können direkte Rückschlüsse auf die Partizipation erfolgen.

3 Ergebnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse stammen aus der Beobachtung und der Befragung von Michael. Sie werden anhand der ICF präsentiert. Die Ergebnisse wurden in die Domänen Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation sowie Umweltfaktoren eingeordnet (World Health Organization, 2005). Die Ergebnisse sind so aufgebaut, dass zuerst ein Einleitungssatz die jeweilige Domäne beschreibt. Danach folgen mehrere Aussagen, welche aus der Beobachtung, sowie der offenen und strukturierten Befragung mit Michael stammen. Danach folgt an manchen Stellen zur Untermauerung der Ergebnisse eine Aussage von Michael in Form eines Zitates.

3.1 Körperfunktionen

Körperfunktionen sind physiologische und psychologische Funktionen von Körpersystemen. In der Beobachtung und Befragung von Michael haben sich Ergebnisse zu den *mental*en Funktionen und *Sinnenfunktionen und Schmerz* ergeben.

In der Domäne der *mental*en Funktionen spricht Michael einige Punkte der Kategorie *Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs* (b130) an. Die Kategorie beschreibt unter anderem Funktionen der Motivation und des Durchhaltevermögens. Michael beschreibt, dass ein positiver Umgang mit der eigenen Situation seinen Alltag deutlich erleichtert.

Michael.: „Ist dann dort halt einfach auf die Einstellung drauf angekommen so. Habe ich Freude zum Entdecken oder scheisst es mich an irgendwo hinzugehen, wo ich nicht weiss, was mich erwartet?“

Mit der richtigen Einstellung ist vieles auch im Rollstuhl machbar. So hat er beispielsweise in der Vergangenheit an einer Dachstockparty teilgenommen, die er nur erreichen konnte, weil ihn seine Freunde über eine Leiter hochgetragen haben.

Innerhalb der Domäne *Sinnesfunktionen und Schmerz* werden vor allem Resultate zum Schmerz beschrieben. Schmerz bezeichnet das „Empfinden eines unangenehmen Gefühls,

das mögliche oder tatsächliche Schäden einer Körperstruktur anzeigt.“ (World Health Organization, 2005, S.64). Michael berichtet von Schmerzen im Bereich des Gesässes aufgrund von Druckstellen, mit denen er täglich zu kämpfen hat. Ebenfalls berichtet er von Schulterschmerzen, welche durch die konstante Belastung bei der Fortbewegung im Rollstuhl entstehen. Diese Schmerzen stellen für ihn eine Barriere dar, da er aufgrund derer vermehrt Ruhepausen benötigt und dadurch nicht ununterbrochen seinen Verpflichtungen im Alltag nachgehen kann.

Michael.: „Also ich glaube der Kampf mit den Schmerzen ist mein schwierigster und grösster Kampf.“

Eine Besonderheit der Barriere Schmerz scheint die Tatsache zu sein, dass Schmerzen von aussen nicht sichtbar und dadurch für das Umfeld schwerer nachzuvollziehen sind. Ein positiver Umgang mit auftretenden Schmerzen oder Strategien wie Ablenkung und Schonung sind für Michael hilfreich. So kann er trotz Schmerzen am Alltagsgeschehen teilhaben.

Michael.: „Es muss aber eben vielleicht gar kein Kampf sein, sondern ein miteinander sein. Äh, ich bin einfach abgestumpft auf eine Art für diese Schmerzen. Ich bin mittlerweile gut darin, mich abzulenken.“

3.2 Aktivitäten und Partizipation

Dieses Kapitel beschreibt Faktoren aus der Datenerhebung, welche die *Aktivität und Partizipation* von Michael betreffen. Die Resultate betreffen die Domänen *häusliches Leben, bedeutende Lebensbereiche* und *gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben*.

Im Bereich des häuslichen Lebens treten bei Michael *Schwierigkeiten beim Beschaffen von Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs (d620)* auf. Wenn er Einkaufen geht, muss er zum Teil Hilfe von Angestellten oder Passantinnen und Passanten erfragen, weil beispielsweise Produkte weit oben in Regalen versorgt sind. Da Michael zum Antrieb seines Rollstuhls oder Handbikes beide Arme benötigt, transportiert er seine Einkäufe in einem Rucksack, den er an die Schiebegriffe des Rollstuhls hängt, oder in einer Einkaufstasche, die er auf seinem Schooss platziert. Grosse Lebensmittelgeschäfte sind in der Regel barrierefrei und somit für

Michael zugänglich. Kleinere Geschäfte wie Boutiquen oder ähnliches entsprechen laut Michael jedoch oft nicht den barrierefreien Normen. Sie sind nur über kleine Stufen zugänglich oder haben enge Flure, die zu wenig Platz für einen Rollstuhl bieten.

Innerhalb der Domäne der *bedeutenden Lebensbereiche* zeigen sich in der *wirtschaftlichen Eigenständigkeit* (d870) wichtige Ergebnisse.

Viele Aktivitäten im Bereich der Freizeit und des öffentlichen Lebens sind an finanziellen Aufwand geknüpft. Somit stehen die finanziellen Ressourcen in direktem Zusammenhang mit Partizipation. Michael erhält aufgrund seines Gesundheitszustandes eine Unfallrente. Sie wird bei allen Personen im Rollstuhl individuell berechnet. Weil sich Michael zum Unfallzeitpunkt noch in der Ausbildung befand, erhält er nun 80% des Lohnes, den er bei seiner ersten Festanstellung nach der Lehre erhalten hätte. Als Einzelperson ist dieses Geld ausreichend und er wird nicht durch finanzielle Aspekte in seiner Partizipation eingeschränkt. Als Familienernährerin oder -ernährer stellt sich die finanzielle Situation schwieriger dar, weil die Möglichkeit ein höheres Einkommen zu erwirken, nicht besteht. Die Rente ist über die gesamte Spanne des erwerbsfähigen Alters gleichbleibend, während für erwerbstätige Personen die Möglichkeit besteht, sich beruflich weiterzuentwickeln.

Michael.: „Solange du nur für dich alleine musst sorgen und so, ist easy. ... Wenn du grössere Pläne hast, dann bist du einfach gefixt mit dem, du musst mit dem so können umgehen.“

Die Domäne *gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben* befasst sich mit Themen, die die Teilhabe am organisierten sozialen Leben betreffen. Einige Punkte aus der Kategorie *Erholung und Freizeit* (d920) haben sich im Leben von Michael seit dem Unfall verändert. Er kann an sportlichen Tätigkeiten wie Biken und anderen Freizeitaktivitäten aufgrund seiner Einschränkungen nicht mehr teilhaben. Damit einhergehend werden auch einige soziale Kontakte geschwächt.

Michael.: „Mit denen wo du immer Sport machen bist, wenn du dann nicht mehr Sport gehen machen kannst, da fällst du dann bisschen raus.“

Ebenfalls ist das ferienmässige Reisen mit dem Rollstuhl laut Michael generell teuer. Der finanzielle Mehraufwand kommt vor allem durch die kleine Auswahl an barrierefreien Unterkünften zustande. Auch Taxifahrten sind teurer, da ein kleines Taxi nicht genügend Platz für einen Rollstuhl hat. Beim Reisen ist die Partizipation also eingeschränkt, wenn man nicht genügend finanzielle Ressourcen hat.

Michael.: „Und dann natürlich im Ausland, wenn du dann mit dem Taxi unterwegs bist, da kannst du nicht das kleinste, billigste Taxi nehmen. Da musst du irgendwie eine Grösse haben, wo dein Rollstuhl reinpasst.“

3.3 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt eines Menschen. Nachfolgend wird auf die Domänen *Produkte und Technologien*, *natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt*, *Einstellungen* und *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze* eingegangen.

Die Domäne *Produkte und Technologien* beschreibt Dinge, die eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit von Menschen mit Behinderung zur Folge haben.

In der Kategorie *Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draussen und zum Transport* (e120) wird ein Blick auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel durch Personen im Rollstuhl geworfen.

Laut Michael weisen die öffentlichen Verkehrsmittel sowohl in der Schweiz als auch im europäischen Ausland viele Mängel auf. Es existieren zum Beispiel zu wenige ebenerdige ÖV-Stationen.

Michael.: „Mehr genug hohe Stationen im öffentlichen Verkehr, sodass du kannst ebenerdig einsteigen. Tram und Busse, wo auch zu diesen Stationen passen. Das ist nämlich nicht immer so einfach, muss man merken.“

Michael erzählt, dass Hilfsmittel wie ausklappbare Rampen, Hebebühnen, Rollstuhllifte hilfreich sind, um sich trotz vieler Barrieren mit öffentlichen Verkehrsmitteln fortbewegen zu können.

Michael.: „Dann gibt es Rollstuhl Lifte Hebebühnen. Dann gibt es Rollstuhllifte, wo diese Treppen entlang hochführen. Dann gibt es normale Lifte. Dann gibt es bei Tram und Bus Rampen, wo sie können ausklappen. Dann gibt es so einen „wiuiui“ Hebebühnen-Teil bei der SBB, zum Rollstuhlfahrer reinfahren.“

Gesundheitsfachpersonen kennen häufig die Probleme, denen Personen im Rollstuhl im öffentlichen Verkehr begegnen. So wurde Michael in der Reha empfohlen, die Autoprüfung zu machen, um diese Probleme zu umgehen. Er ist trotzdem nach wie vor im öffentlichen Verkehr unterwegs. Er möchte den Problemen nicht ausweichen, sondern wünscht sich eine Besserung der ÖV-Situation.

Um nicht immer auf das umständliche Nutzen der öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen zu sein, benutzt Michael im innerstädtischen Bereich seinen Handrollstuhl und ein Handbike zur Fortbewegung.

In der Kategorie *Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden* (e150) werden bauliche Massnahmen beschrieben, die Michael und anderen Personen im Rollstuhl die Fortbewegung im Alltag erleichtern. Ebenfalls wird auf bauliche Mängel, die zu einer Erschwerung der Partizipation führen, eingegangen.

Bauliche Anpassungen in der Öffentlichkeit wie Rampen oder abgeflachte Stellen fördern laut Michael die Fortbewegung mit dem Rollstuhl im Alltag.

Michael.: „Ja also, es gibt Rämpchen, wo dich auf das Trottoir raufführen. Dann gibt es Rampen, wo eine geringe Steigung haben, sodass du kannst rauffahren und dich tatsächlich auf eine Anhöhe bringen.“

Auch in Gebäuden fördern bauliche Anpassungen wie Lifte, automatische Türen und Rampen die Fortbewegung mit dem Rollstuhl und somit die Selbstständigkeit. Solche Anpassungen sind in der Schweiz nicht selbstverständlich. Das Fehlen der Anpassungen führt laut Michael zu einer eingeschränkten Zugänglichkeit von öffentlichen Orten wie Restaurants, Einkaufsläden oder Hotels. Auch die Fortbewegung mit dem Rollstuhl beschreibt er im innerstädtischen Bereich als erschwert. So können das das Fehlen von Rampen oder zu steile Rampen, dazu

führen, dass die Fortbewegung mit dem Handrollstuhl nur unter deutlichem erhöhtem Kraftaufwand oder teilweise gar nicht gelingt. Auch schräge Trottoirs erschweren ihm die Fortbewegung, da sie einseitig einen höheren Kraftaufwand beim Antrieb des Rollstuhls erfordern. Nicht nur auf der Strasse, sondern auch in öffentlichen Gebäuden wie Hotels oder Restaurants treten solche Hindernisse auf. Michael war beispielsweise schon in als barrierefrei gekennzeichneten Hotels zu Gast, in welchen jedoch eine Treppe ins Hotel führte, die einen Zugang für ihn unmöglich machte.

Besonders die Zeit kurz nach dem Unfall beschreibt Michael als sehr herausfordernd. Plötzlich stand er vor vielen der oben beschriebenen Hindernisse, wodurch ihm beispielsweise der Besuch eines Restaurants oder Einkaufsladens deutlich schwerer gefallen ist.

Michael.: „Weil wo ich dort aus dem „xxx“ (Gesundheitseinrichtung) gekommen bin, habe ich so gedacht, ... es gibt so viel Rollstuhlfahrer, kümmert sich da niemand drum?“

Durch all diese baulichen Barrieren wird die Partizipationsmöglichkeit laut Michael besonders im Bereich Freizeit und an „Orten zum Erleben“ deutlich geschmälert.

Michael.: „Das sind Bereiche zum Erleben, zum Leben, zum es sich gut gehen lassen und dort ist einfach in Sachen Rollstuhlgängigkeit noch nicht so viel vorhanden.“

Im internationalen Vergleich zeigen sich in Bezug auf Barrierefreiheit einige Unterschiede. Michael nennt im Besonderen die USA. Dort sind zum Beispiel Reisebusse schon seit vielen Jahren rollstuhlgängig.

Die Domäne *natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt* befasst sich unter anderem mit Merkmalen der *physikalischen Geografie* (e210). Michael berichtet, dass neben baulichen Faktoren auch naturbedingte Barrieren die Zugänglichkeit zu öffentlichen Orten wie Seen oder Flüssen erschweren.

Michael.: „Nahe ans Wasser, in jeglichen Arten und Weisen und Formen, also Sand geht nicht mit dem Rollstuhl, grosse Steine gehen nicht, „Bort“ geht nicht, ... es muss

dann eine Schiff-Abfahrts-Rampe sein, damit du mit dem Rollstuhl so ans Wasser kannst.“

In der Domäne *Unterstützung und Beziehungen* liegt der Fokus auf praktischer physischer und emotionaler Unterstützung aus dem sozialen Umfeld von Personen im Rollstuhl. Michael nimmt seine *Freunde* (e320) als grosse Unterstützung wahr. Durch sie fühlt er sich unabhängiger und seine Teilhabe erhöht sich.

Michael.: „Für meine Unabhängigkeit brauche ich Kollegen wo mich auf eine Art unabhängig machen. Ich kann mich selber bis zu einem gewissen Grad unabhängig machen, aber es gibt einem so ein Quantum mehr, wenn noch gewisse Leute dabei sind, wo Wissen wie es läuft und es einfach „easy“ ist.“

Auch *Fremde* (e345) können laut Michael unterstützend wirken. Passantinnen und Passanten reagieren in seinem Alltag oft nicht anders auf ihn als auf Personen, die nicht im Rollstuhl sitzen. Wenn er Unterstützung benötigt, zeigen sie sich oft hilfsbereit. Er betont aber auch die Wichtigkeit, als Fremde oder Fremder immer zuerst zu fragen, ob Hilfe erwünscht ist. Es kommt nämlich auch vor, dass er plötzlich einfach angeschoben wird, ohne dass zu wollen oder zu benötigen.

Michael.: „Also das ist eigentlich so die Grundregel Nummer eins, mach nie etwas, ohne dass du fragst. Ja weil, es ist Körpervergewaltigung sozusagen, weil es kann einfach mit dir machen was du willst so blöd gesagt.“

Michael erwähnt auch, dass sich teilweise bei fremden Personen Berührungängste zeigen. Daher wäre es wünschenswert, wenn noch mehr Personen im Alltag ihre Hilfe anbieten würden.

Michael.: „Also ich habe nicht so viele schlechte Erfahrungen gemacht mit unfreundlichen Leuten oder respektlosen Leuten. Ich habe eigentlich relativ gute Erfahrungen gemacht, dass, egal welche Kultur, egal welches Alter, ... so ein gewisser Respekt ist immer da, also nicht immer immer, aber oft. ... Und auch Hilfsbereitschaft, wo ich überrascht gewesen bin.“

Die Domäne *Einstellungen* befasst sich mit Einstellungen, die aus Werten oder Normen hervorgehen und individuelles Verhalten und soziales Leben beeinflussen.

Die Kategorie *individuelle Einstellungen von Fremden* (e445) beschäftigt sich mit Meinungen und Überzeugungen von Fremden, die individuelles Handeln beeinflussen können. Michael spricht von der Erwartung vieler Fremder, dass er als Rollstuhlfahrer nur mit Personen, die ebenfalls im Rollstuhl sitzen, befreundet ist. Davon lässt er sich aber nicht beeinflussen.

Michael.: „Die haben immer das Gefühl, dass alle Rollstuhlfahrer ... mega viel mit anderen Rollstuhlfahrern zu tun haben, was bei mir überhaupt nicht der Fall ist und glaube bei vielen anderen Rollstuhlfahrer überhaupt nicht. Rollstuhlfahrer heisst nicht gleich du hast nur mit Rollstuhlfahrern zu tun.“

Themen der Kategorie *gesellschaftliche Einstellungen* (e460) nahmen im Gespräch mit Michael einen hohen Stellenwert ein. Michael findet, dass eine Veränderung des gesellschaftlichen Denkens Personen im Rollstuhl am meisten weiterhelfen würde, da diesen Personen in der Schweiz häufig mit Bedauern und Unbehagen begegnet wird.

Michael.: „Ja auf eine Art halt natürlich der hundert Prozent Arbeitsunfähige, immer so eine halb bedauernswerte Rolle.“

Im Gegensatz dazu erzählt Michael, dass Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer für US-Amerikanerinnen und -Amerikaner historisch eher als Kriegshelden gesehen und deshalb viel offener empfangen werden. Das Reisen in so einem Land ist für Personen im Rollstuhl angenehmer.

Laut Michael werden in der Schweiz Personen im Rollstuhl in der Öffentlichkeit noch zu wenig wahrgenommen und integriert. Hier entsteht ein Teufelskreis. Die Tatsache, dass sich die Schweizer Bevölkerung nur vereinzelt an Personen im Rollstuhl gewohnt ist, führt seiner Meinung nach zu fehlender Offenheit. Das wiederum führt zu wenig öffentlicher Präsenz von Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern. Er denkt auch, dass durch die fehlende Präsenz auch die Notwendigkeit, vollumfängliche Barrierefreiheit zu ermöglichen, gering erscheint.

Michael.: „Ich glaube das steht und fällt alles mit dem „Mindset“. Weil wenn das „Mindset“ da ist, dann bauen sie richtig, gehen anders mit den Leuten um, wenn Leute respektvoll behandelt werden, sind sie freundlich, sind sie sowieso glücklicher, das tut ihnen gut.“

In der Domäne *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze* lohnt sich ein Blick auf die Kategorie *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Architektur- und Bauwesens* (e515). In der Schweiz existiert mit dem BehiG ein Gesetz, welches die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung verhindern soll. Laut Michael lässt die Klausel der „Verhältnismässigkeit“ jedoch viel Interpretationsspielraum zu. So kann barrierefreies Bauen durch eine passende Begründung umgangen werden.

Michael äussert einen weiteren Kritikpunkt an Gesetzen und Vorschriften zur Barrierefreiheit. Seiner Meinung nach zwingen Gesetze Leute zu Anpassungen auf baulicher Ebene, die sie gar nicht verstehen und dadurch nicht umsetzen möchten.

Michael.: „Alles andere sind blöde Gesetze wo Leute zwingen zu Sachen wo sie gar nicht machen wollen, weil sie gar nicht verstehen, warum sie es machen.“

Durch das Umsetzen der Vorschriften ist Personen im Rollstuhl laut Michael jedoch nicht zwingend geholfen. Feinheiten zur kompletten Barrierefreiheit stehen nicht in Gesetzen und geraten so teilweise in Vergessenheit. Vermeintlich rollstuhlgängige Toiletten in der Öffentlichkeit weisen seiner Meinung nach zum Beispiel oft kleine, aber gravierende Mängel auf. Sie haben zu hohe Spiegel oder einen Wasserhahn, der nicht von allen Benutzerinnen und Benutzer verwendet werden kann.

Michael.: „Aber wenn sie einen Wasserhahn einbauen, wo von einem mit einer eingeschränkten Handfunktion nicht kann verwendet werden, dann sind alle Masse rundherum umsonst, weil dann funktioniert das WC nicht für diese Person. Das steht halt nicht auf dem Zettel.“

Michael erwähnt, dass auch in Hotels ähnliche Probleme auftreten. Gesetzliche Vorgaben werden zwar umgesetzt, aber trotzdem sind die Hotels nicht komplett barrierefrei. Aus eigener Erfahrung weiss er, dass Details wie die Ausstattung einer barrierefreien Dusche mit einem Duschstuhl beispielsweise oft vergessen gehen.

Michael.: „Alles ebenerdig, aber überhaupt keine Möglichkeit zum Draufsitzen zum Duschen. Okay, jetzt haben wir eine riesige Dusche, aber keine Sitzmöglichkeit.“

Michael benennt – wie im Kontext mit *gesellschaftlichen Einstellungen* (e460) bereits erwähnt – eine Veränderung der gesellschaftlichen Einstellung als Schlüssel, um solche Barrieren zu verhindern. Ausserdem wäre das Einbeziehen von Personen im Rollstuhl in Projekte des Bauwesens sehr hilfreich.

Auch innerhalb der Kategorie *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens* (e540) existieren Vorschriften, die von Michael eher als Barriere wahrgenommen werden. In der Schweiz müssen Personen im Rollstuhl eine Zugfahrt mindestens eine Stunde vor Abfahrt anmelden. Damit wird Michael die Möglichkeit genommen, spontan und flexibel Zug zu fahren.

4 Diskussion

Die beschriebenen Resultate geben einen Einblick in Michaels Teilhabe am öffentlichen Leben. In der Diskussion werden die Resultate so beleuchtet, dass eine Beantwortung der Fragestellung möglich wird. Dabei werden unter anderem bauliche Barrieren, die Michaels Partizipation beeinflussen, betrachtet. Auch unsichtbare Barrieren wie Schmerzen oder finanzielle Barrieren sind für die Beantwortung der Fragestellung relevant.

In einem zweiten Schwerpunkt werden Aussagen zur gesellschaftlichen Einstellung gegenüber Personen im Rollstuhl diskutiert. Michael hat die Wichtigkeit dieses Themas immer wieder betont.

Alle Diskussionspunkte werden jeweils vergleichbarer Literatur aus westlichen Ländern gegenübergestellt.

4.1 Beantwortung der Fragestellung

Um die Fragestellung „Wie erleben Personen, die aufgrund körperlicher Behinderung mit dem Rollstuhl mobil sind, in der Schweiz Barrieren im öffentlichen Raum und wie wird ihre Partizipation dadurch beeinflusst?“ zu beantworten, werden die Barrieren aus den Resultaten nachfolgend genauer beleuchtet. Michael erwähnt verschiedene Barrieren, welche seine Partizipation negativ beeinflussen können. Dabei handelt es sich um bauliche, körperliche, bürokratische oder finanzielle Barrieren.

Aus den Resultaten wird klar, dass man bauliche Barrieren überall im Alltag findet. Sie können eine grosse Hürde zur Partizipation für Personen im Rollstuhl darstellen. Bauliche Barrieren, welche für sie nahezu unüberwindbar sind, sind Treppen, grosse Absätze, zu steile Rampen. Auch naturbedingte Barrieren wie Wasser, Sand oder Steine stellen ähnliche Barrieren dar. Die australische Studie von Barclay et al. aus dem Jahr 2016 bestätigt, dass bauliche Barrieren Personen im Rollstuhl in ihrer Teilhabe hindern. Demnach kommt es oft vor, dass neue Bauten wie Parks oder Gebäude nicht rollstuhlgängig gebaut werden. Auch Michael erwähnte, dass trotz bestehender Gesetze wie dem BehiG das barrierefreie Bauen umgangen werden kann. In der Schweiz lässt sich dies auf die Klausel der *Verhältnismässigkeit* zurückführen. Sie besagt, dass Benachteiligungen nicht beseitigt werden müssen, wenn der Nutzen

unter anderem in einem Missverhältnis zu wirtschaftlichem Aufwand steht (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG, 2002, § 3).

Auch die schwedische Studie von Widehammar et al. (2020) bestätigt einen Teil der Barrieren, welche in der Befragung deutlich wurden. So wird beschrieben, dass es für Personen im Rollstuhl schwierig ist, in kleinere Geschäfte und ältere Häuser zu gelangen. Das Fehlen von Aufzügen oder Rampen wird in der Studie ebenfalls als problematisch angesehen. Auch Lebensmittel, die sich in Läden oben in den Regalen befinden und als Person im Rollstuhl nicht erreicht werden können, werden in der Studie und von Michael genannt (Widehammar et al., 2020).

Michael betont vermehrt, dass in der Schweiz zu wenig ebenerdige Stationen im öffentlichen Verkehr bestehen. Zudem wird durch die Notwendigkeit einer Anmeldung der Zugfahrt das spontane Reisen erschwert. In der Studie von Widehammar et al. aus dem Jahr 2020 wird deutlich, dass öffentliche Verkehrsmittel auch in Schweden oft nicht an die Bedürfnisse von Personen im Rollstuhl angepasst sind. Aus diesem Grund nutzen viele Personen Autos oder Taxis anstatt des öffentlichen Verkehrs. Auch Michael wurde von Gesundheitsfachpersonen empfohlen, die Autoprüfung zu machen, anstatt öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Die Tatsache, dass er immer noch mit dem Zug unterwegs ist, zeigt aber, dass es auch als Rollstuhlfahrerin oder Rollstuhlfahrer möglich ist, mit dem Zug mobil zu sein, wenn man einige Einschränkungen in Kauf nimmt.

Aus den Aussagen von Michael und der herangezogenen Literatur ergeben sich einige Barrieren, die Personen im Rollstuhl die Teilhabe erschweren. Das internationale Komitee für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) der UNO hat im Rahmen einer Überprüfung der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in der Schweiz ebenfalls festgestellt, dass in der Umsetzung der Barrierefreiheit noch Schwierigkeiten auftreten (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2022). Demnach fehlt der Schweiz eine Gesamtstrategie zur Umsetzung der Konvention in allen Lebensbereichen. Empfohlen wird die Ausarbeitung und Umsetzung eines Aktionsplans zur Umsetzung aller Konventionsrechte. Ausserdem soll die Zusammenarbeit zwischen den Stellen auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene gestärkt werden (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2022).

Auch Schmerzen können eine Barriere darstellen. Schulterschmerz, der bei Personen mit handangetriebenem Rollstuhl aufgrund der starken Belastungen häufig entsteht, wird als einschränkender Faktor beschrieben. Die Schmerzen vermindern die Teilhabe in der Gesellschaft (Smith et al., 2016). Auch Michael leidet täglich unter Schulterschmerzen. Ausserdem kämpft er mit Schmerzen am Gesäss, weil durch das mehrstündige Sitzen Druckstellen entstehen. Seine Partizipation wird aufgrund der Schmerzen eingeschränkt, da er dadurch darauf angewiesen ist, mehrere Liegepausen am Tag einzulegen. Michael betont aber auch, dass ein positiver und bewusster Umgang mit seinen Schmerzen seinen Alltag erleichtert. Dazu gehören Ablenkung, Akzeptanz und gezielte Schonung. Auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer US-amerikanischen Studie, die unter chronischen Schmerzen leiden, kommen zu ähnlichen Schlüssen. Für sie sind die Schmerzen ein Teil des Alltags (McCarthy et al., 2021). Trotzdem wollen die meisten Teilnehmenden nicht zulassen, dass der Schmerz ihr Leben bestimmt. Dabei hilft ihnen ähnlich wie Michael eine optimistische Grundeinstellung und Akzeptanz. Auch das Wissen, wie sie mit den Schmerzen umgehen können, ist für sie wichtig (McCarthy et al., 2021). Im Gegensatz dazu gibt es aber auch einige Betroffene, welche die Schmerzen als Teil ihrer Identität betrachten. Somit lassen sie ihren Alltag stark von den Schmerzen bestimmen und ihre gesellschaftliche Teilhabe verringert sich stärker als bei Betroffenen, die einen positiven Umgang mit den Schmerzen finden konnten (McCarthy et al., 2021).

Schmerz bringt im Vergleich zu baulichen und naturbedingten Barrieren die Besonderheit mit sich, dass er von aussen nicht sichtbar ist (McCarthy et al., 2021). So wird ihm von Aussenstehenden oft zu wenig Bedeutung beigemessen und die Gefahr von Stigmatisierungen und Unverständnis steigt. In Betroffenen löst dies häufig eine Angst aus, die Schmerzen zu erwähnen (McCarthy et al., 2021). Die unsichtbare Barriere Schmerz konnte von den Autorinnen dieser Arbeit bei der Beobachtung und während der Interviews nicht erkannt werden, obwohl Michael auch während der Datenerhebung Schmerzen verspürte. Ausserdem zählte Schmerz nicht zu den Barrieren, welche von den Autorinnen erwartet wurden. Dies zeigt die Schwierigkeit des Schmerzes wiederum auf.

Eine weitere schwer identifizierbare Barriere stellen finanzielle Faktoren dar. Die Aussage von Michael, dass viele Bereiche des öffentlichen Lebens an finanziellen Aufwand geknüpft sind, deckt sich hierbei mit der Aussage von Barclay et al. (2016). Die Studie aus Australien besagt, dass finanzielle Ressourcen die gesellschaftliche Teilhabe im Rollstuhl erleichtern oder erschweren können. Studienteilnehmende, die über angemessene finanzielle Ressourcen verfügen, fühlen sich dadurch sicher und frei. Diejenigen, die lediglich knappe öffentliche Gelder erhalten, müssen zum Teil zusätzlich bezahlter Arbeit nachgehen (Barclay et al., 2016). Auch im Fall von Michael zeigt sich, dass die finanziellen Ressourcen früher oder später ein Problem darstellen können. Da die Unfallrente über die Lebensspanne gleichbleibend ist, bedeutet dies, dass unter Umständen massive Einschränkungen bestehen. Beispielsweise ist die Gründung einer Familie nicht ohne weiteres möglich, da dies genügend finanzielle Ressourcen erfordert. Es müssten also grosse Abstriche gemacht werden, wenn ein Familienwunsch besteht. Natürlich könnte zusätzlich auch die Partnerin oder der Partner für die finanzielle Versorgung aufkommen. Der Erwerb eines zusätzlichen Einkommens durch einen Nebenjob wie bei Barclay et al. (2016) beschrieben, ist in der Schweiz schwierig. Die Invalidenversicherung gibt laut Michael vor, ob und wie viel zusätzlich verdient werden darf. Dies sind jedoch alles Faktoren, welche zusätzliche Planung erfordern und die freie Entscheidung und Spontanität beeinflussen.

Weiter spricht Michael neben finanziellen Ressourcen, die ihm vom Staat zur Verfügung gestellt werden, auch von finanziellen Barrieren, die in Kombination mit Faktoren wie beispielsweise der kleineren Auswahl von barrierefreien Unterkünften oder Taxis auftreten. Das bedeutet, dass weitere Faktoren neben dem Einkommen dazu führen, dass das Leben im Rollstuhl sparsamer gelebt werden muss. Aufgrund eingeschränkter Auswahlmöglichkeiten ist vieles, wie das Fahren mit dem Taxi oder das Übernachten in Hotels teurer.

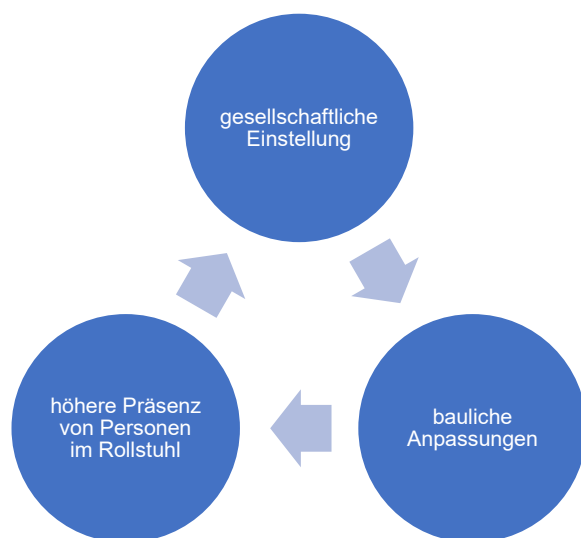
4.2 Gesellschaftliche und persönliche Einstellung

Das Aufheben der beschriebenen Barrieren ist sicherlich ein wichtiger Faktor, um die Partizipation von Personen im Rollstuhl zu stärken. Doch die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern ist aus Michaels Sicht der eigentliche Schlüssel, um eine vollständige Inklusion zu erreichen. Ähnliches besagt auch Widehammar et al.

(2020). Die gesellschaftliche Einstellung beeinflusst demnach direkt oder indirekt die Partizipation von Personen, die elektrische Mobilitätshilfen wie Elektrorollstühle zur Fortbewegung nutzen. Leute begegnen Personen im Rollstuhl zum Teil mit einer ignoranten Einstellung. Ausserdem nutzen sie beispielsweise unerlaubt Behindertenparkplätze oder -toiletten (Widhammar et al., 2020). Solche Verhaltensweisen erschweren Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern den Alltag.

Michael betont, dass eine positive Veränderung der gesellschaftlichen Einstellung auch bauliche Gegebenheiten begünstigen würde. Verantwortliche der Baubranchen würden dann nicht nur blind Gesetze und Vorschriften befolgen, sondern Betroffene allenfalls miteinbeziehen oder sich auch Gedanken zur praktischen Umsetzung für Betroffene machen. Eine Veränderung zu mehr Barrierefreiheit wiederum würde seiner Meinung nach die Präsenz von Personen im Rollstuhl in der Öffentlichkeit erhöhen, da weniger Hürden bestehen würden. Eine erhöhte Präsenz würde das Bild von Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern als fester Teil des Alltags festigen und so die gesellschaftliche Einstellung weiter verbessern. Dieser von Michaels Aussagen abgeleitete Prozess wird in Abbildung 3 verdeutlicht.

Abbildung 3: Auswirkungen einer verbesserten gesellschaftlichen Einstellung



Durch eine positive Eigeneinstellung können Personen im Rollstuhl wiederum selbst dazu beitragen, ihre Teilhabe zu verbessern. Das kreative Ausprobieren trägt dazu bei, dass Barrieren umgangen werden können (Widehammar et al., 2020). Smith et al. (2016) gehen noch weiter und beschreiben einen Zusammenhang zwischen der persönlichen Einstellung und der damit einhergehenden Partizipation und Depression. Die Resultate von Michael bestätigen diese Aussagen teilweise. Durch seine positive Einstellung und Kreativität von ihm und seinen Freunden gelangt er immer wieder an Orte, die eigentlich nicht barrierefrei wären. Auch das soziale Umfeld beeinflusst nämlich die Teilhabe und insbesondere die Qualität der ausgeführten Aktivitäten (Barclay et al., 2016; Widehammar et al., 2020). Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können dazu beitragen, eine positive Grundeinstellung zu stärken. Indem sie ihr Klientel bei gezielten Rollstuhl- und Explorationstrainings unterstützen, können sie das Selbstvertrauen fördern (Smith et al., 2016).

4.3 Theorie-Praxis-Transfer

Der Fall von Michael zeigt auf, dass für eine vollständige Partizipation von Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern noch viel Handlungsbedarf besteht. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können an verschiedenen Punkten ansetzen, um Personen im Rollstuhl zu unterstützen. Welche das konkret sein könnten oder bereits sind, wird in den nachfolgenden Handlungsempfehlungen erläutert. Die Empfehlungen beziehen sich im Besonderen auf den Übergang von einer Gesundheitseinrichtung in den Alltag, können aber teilweise auch auf spätere Zeitpunkte übertragen werden. Vorschläge für diesen Zeitpunkt zu machen, ist sinnvoll, weil Michael diese Zeit als besonders herausfordernd beschrieben hat. Innerhalb der Gesundheitseinrichtung befand er sich in einem geschützten Rahmen, aus welchem er beim Übergang nach Hause herausgerissen wurde. Vielen Barrieren begegnete er so erst nach dem Austritt.

Die Empfehlungen knüpfen an die Erkenntnisse aus der Diskussion und die ergotherapeutischen Erfahrungen der Autorinnen an und sind nicht literaturbasiert. Um den Praxisideen einen Rahmen zu geben, werden sie in die Enablement Skills des CMCE eingeordnet (Townsend & Polatajko, 2007). Die Skills wurden deshalb gewählt, weil sie Kompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beschreiben und auf spezifische Gruppen von Klientinnen und Klienten und Lebenssituationen angewendet werden können (Townsend & Polatajko, 2007). Somit eignen sie sich auch für die Unterstützung von Personen im Rollstuhl. Enablement Skills werden in vielen Fällen miteinander kombiniert (Townsend & Polatajko, 2007). In der nachfolgenden Anwendung auf das Fallbeispiel Michael werden sie jedoch einzeln und in alphabetischer Reihenfolge beschrieben. Dadurch kann es teilweise zu Überschneidungen einzelner Skills kommen.

Innerhalb der Enablement Skills wird teilweise auf einige der CanMed Rollen Bezug genommen. Aufgegriffen werden konkret die CanMed Rolle Experte/Expertin und Health Advocate. Expertinnen oder Experten in der Ergotherapie führen berufsspezifische Tätigkeiten aus und sind dafür verantwortlich, die fachliche Führung im Berufsfeld zu übernehmen sowie Entscheidungen zu Treffen. Sie besitzen verschiedenes Wissen, welches im ergotherapeutischen Arbeitsfeld angewendet werden kann (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschu-

len Schweiz, 2021). In der Rolle als Health Advocate setzen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ihren Einfluss ein, um die Gesundheit und die Lebensqualität ihrer Klientinnen und Klienten zu fördern. Dies tun sie nicht nur auf der Mikro- sondern auch auf der Makroebene, indem sie die Gesellschaft als Ganzes betrachten (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz, 2021).

Die Handlungsempfehlungen geben lediglich Ideen zur Unterstützung von Personen im Rollstuhl und sind weder abschliessend noch bei jeder Klientin oder jedem Klienten eins zu eins anwendbar. Die Bedürfnisse der Klientinnen und der Klienten müssen jeweils situativ miteinbezogen werden, um Faktoren wie tagesabhängige Schmerzen oder die momentane Befindlichkeit nicht zu vernachlässigen. Nur so gelingt eine optimale Unterstützung der Person im Rollstuhl. Die meisten Handlungsempfehlungen betreffen die direkte Klientinnen- und Klientenarbeit und sind deshalb auf der Mikroebene anzusiedeln. In einigen Beispielen wird aber auch deutlich, welche Handlungsmöglichkeiten sich Therapeutinnen und Therapeuten auf der gesellschaftlichen Makroebene bieten.

Adapt (anpassen): Für eine einfachere Fortbewegung im öffentlichen Raum ist es sinnvoll, Mittel zu finden, welche der Klientin oder dem Klienten helfen, dorthin gehen zu können, wo sie oder er will. Beispielsweise weist die Ergotherapie neben dem Aktivrollstuhl auf weitere Hilfsmittel wie ein Handbike oder Vorspannrad hin. Für die Klientin oder den Klienten wird eine individuell optimale Versorgungslösung gefunden.

Advocate (fürsprechen): Um Personen im Rollstuhl zu unterstützen, setzt sich die Ergotherapie aus der Rolle des Health Advocate dafür ein, dass Gesetze, welche bereits bestehen, tatsächlich umgesetzt werden. Dies geschieht durch politische Vorstösse. Weiter setzt sich die Ergotherapie für die Erstellung neuer Gesetze oder Gesetzesänderungen ein, welche zur Förderung der Partizipation von Personen im Rollstuhl beitragen. Auch Betroffene selbst werden befähigt, sich für ihre Bedürfnisse einzusetzen.

Coach (begleiten): Nach Austritt oder noch während des Aufenthaltes in einer Gesundheitseinrichtung werden Personen im Rollstuhl in Form eines Stadtrainings dahingehend ge-

coacht, dass sie Hürden und Schwierigkeiten selbstständig bewältigen können. Ebenfalls unterstützt die Ergotherapie die Klientin oder den Klienten beispielsweise dabei, einen geeigneten Umgang mit Schmerzen zu finden.

Collaborate (zusammenarbeiten): Im Sinne der Klientenzentriertheit werden Personen im Rollstuhl in die Gestaltung der Therapie und der Therapieziele miteinbezogen. Sie benennen Betätigungsfelder, in denen sie gerne mehr partizipieren würden. Die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut unterstützt die Person im Rollstuhl in den genannten Feldern.

Consult (beraten): Aus der CanMed Rolle der Expertin oder des Experten unterstützt die Ergotherapie Personen im Rollstuhl auf der Mikroebene, indem sie beratend zur Seite steht, beispielsweise bei der Wahl eines geeigneten Hilfsmittels. Auf der Makroebene arbeitet die Ergotherapie mit Behörden zusammen und steht im Austausch mit Fachpersonen aus der Baubranche. Beispielsweise bei der Planung von Neubauten, barrierefreien Toiletten oder auch Anpassungen in Gesundheitseinrichtungen.

Coordinate (koordinieren): Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unterstützen Personen im Rollstuhl nach Rehaaustritt bei der Regelung organisatorischer Fragen und beim Organisieren von Hilfsmitteln.

Design/build (entwerfen/konstruieren): Eine bisher weniger verbreitete Möglichkeit ist, dass die Ergotherapie eine einheitliche Plattform wie beispielsweise eine Webseite oder eine Handyapplikation mitgestaltet. Die Webseite vereinfacht für Personen im Rollstuhl den Wiedereinstieg in den Alltag, indem sie Informationen bereitstellt. Sie informiert über Orte wie Hotels, Restaurants und ähnliches, welche für Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer barrierefrei zu erreichen sind.

Educate (ausbilden, lehren): Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten agieren als Vermittler und schulen das Umfeld von Personen im Rollstuhl oder die Betroffenen, damit diese ebenfalls das Umfeld oder die Gesellschaft schulen können. Zur Aufklärung der breiten Bevölkerung wird beispielsweise an Informationsmessen zum Thema Gesundheit oder an Schulungen mitgearbeitet. So wird Stigmatisierungen entgegengewirkt.

Engage (beteiligen): Eine adäquate klientenzentrierte Begleitung besteht dann, wenn die Therapeutin oder der Therapeut merkt, was die Klientin oder der Klient braucht. Beispiels-

weise werden Personen, die noch nicht lange auf den Rollstuhl angewiesen sind, in der Ergotherapie ermutigt, Dinge auszuprobieren. Dies kann nützlich und hilfreich sein, weil es viel Mut erfordert, Neues auszuprobieren. So kann die Person Tätigkeiten im geschützten Rahmen angehen, Erfahrungen sammeln und ihr Selbstbewusstsein stärken, was einen wichtigen Punkt für eine verbesserte Partizipation darstellt.

Specialize (spezialisieren): Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unterstützen Personen im Rollstuhl unter Verwendung von Fachwissen aus der CanMed Rolle der Expertin oder des Experten. Beispielsweise werden Klientinnen und Klienten über die Entstehung von Schmerz aufgeklärt. So erlernen sie Strategien, die sie im Alltag selbstständig und nach Bedarf anwenden können.

4.4 Stärken und Limitationen

Die Bachelorarbeit wurde in Form einer Fallstudie geschrieben. Da sich dieser Forschungsansatz jeweils nur mit einem einzelnen Fall befasst, ist bei einer Verallgemeinerung auf andere Fälle Vorsicht geboten (Mayring, 2015). Um zu überprüfen, ob die Aussagen des Probanden auch ausserhalb des Falles gelten, wurden die Resultate im Diskussionsteil mit Studien verglichen, die ähnliche Fragestellungen vorweisen. So konnten viele Aussagen aus einer anderen Sichtweise bestätigt werden. Da die Studienlage in der Schweiz knapp ist, wurde auf Studien aus ähnlich entwickelten Ländern zurückgegriffen. Das kann dazu führen, dass die Ergebnisse der Studien nicht komplett übertragbar sind, da die Länder trotz ähnlichen Standards andere gesetzliche Grundlagen und gesellschaftliche Grundeinstellungen haben. Bei der Suche wurden hauptsächlich Studien gefunden, welche die Aussagen des Probanden bestätigen. Studien, welche Aussagen widerlegen, wurden in der Recherche kaum gefunden. Eine Limitation ist also, dass in der Diskussion keine Ergebnisse widerlegt wurden, wodurch kein ausreichend differenzierteres Bild ersichtlich ist und eine kritische Diskussion der Ergebnisse fehlt.

Eine Einzelfallstudie bietet aber auch Vorteile. Da lediglich ein Fall betrachtet wird, kann dieser Fall ausserordentlich detailliert analysiert werden (Mayring, 2015).

Die Inhaltsanalyse nach Mayring birgt ebenfalls Stärken und Schwächen. Eine Inhaltsanalyse birgt immer das Risiko, dass die Daten nach Aussagen untersucht werden, die gefunden werden sollen. Um das zu vermeiden und Validität sicherzustellen, wurde geplant, die Kategorien induktiv am Material zu bilden (Mayring, 2015). Dadurch, dass die gebildeten Kategorien zur Beantwortung der Fragestellung nicht geeignet waren, wurde von der induktiven Methode abgewichen. Obwohl dies nicht mehr genau der Inhaltsanalyse nach Mayring entsprach, erschien es den Autorinnen sinnvoller, die Inhalte in das Kategoriensystem des ICFs einzubinden. Beim Übertrag der Daten von den gebildeten Kategorien ins ICF ist es möglich, dass Inhalte leicht verändert wurden oder verloren gingen. Durch die Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial wurde jedoch versucht, einen Datenverlust zu verhindern.

Auch die Reliabilität der Studie muss gesichert werden, wenn eine Inhaltsanalyse durchgeführt wird. Einerseits wurde sie sichergestellt, indem die ersten Schritte der Analyse von den

Autorinnen einzeln vorgenommen wurden, um so eine Intercoderreliabilität zu erhalten. Ausserdem wurde eine Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial vorgenommen. So wurde überprüft, ob bei der Reduktion des Materials keine wichtigen Aussagen verloren gingen oder unverhältnismässig stark hervorgehoben wurden.

Die Tatsache, dass die Inhaltsanalyse systematisch und regelgeleitet erfolgte, erhöht ebenfalls die Wissenschaftlichkeit der Methode. Durch das im Vorhinein erstellte Ablaufmodell sind die Analyseschritte objektiv nachzuempfinden. Unter anderem aufgrund der nicht vorhandenen Erfahrungen der Autorinnen beim Erstellen einer Fallstudie, musste vom Ablaufmodell trotzdem abgewichen werden.

Die geringen Erfahrungen der Autorinnen beim Durchführen von Interviews und generell beim Erstellen einer Fallanalyse können zu Verfälschungen führen, die beispielsweise durch zu weit reichende Interpretationen der Autorinnen hervorgerufen werden. Interpretationen zum falschen Zeitpunkt stehen in Konflikt mit der Wissenschaftlichkeit (Mayring, 2015). Weiter konnte durch die kleine Grösse des Forschungsteams von zwei Personen nur wenig verglichen werden. Ein grösseres Forschungsteam könnte die Reliabilität erhöhen.

Beim Theorie-Praxis-Transfer konnten unter Einsatz der Enablement Skills gewisse Faktoren, die als Barrieren erkannt wurden, nicht miteinbezogen werden. Beispielsweise können strukturelle Barrieren, wie die Notwendigkeit einer Anmeldung bei der Nutzung des öffentlichen Verkehrs, nicht durch die Ergotherapie angegangen werden. Anknüpfungspunkte auf der Makroebene, die beispielsweise politische Vorstösse benötigen, wurden zwar erwähnt, sind aber ebenfalls nur schwer und mit viel Zeitaufwand umsetzbar. Aus diesem Grund ermöglichen die Handlungsempfehlungen kein ganzheitliches, vollständiges Bild, jedoch werden trotzdem wichtige Aspekte abgedeckt und erläutert.

Da beim Theorie-Praxis-Transfer die Enablement Skills angewendet wurden, bei den Befragungen jedoch nach dem OTIPM gearbeitet wurde, findet sich innerhalb der Arbeit ein Modellmix. Dieser kann unter Umständen die Wissenschaftlichkeit gewisser Aspekte oder Daten

einschränken, da sich nicht alle Informationen aus dem OTIPM auf das CMCE übertragen lassen.

Dass die Studien, welche zum Abgleich im Diskussionsteil verwendet wurden, englischsprachig sind, stellt eine letzte Limitation dar. Da die englische Sprache nicht der Muttersprache der Autorinnen entspricht, können kleinere Übersetzungsfehler nicht ausgeschlossen werden.

5 Schlussfolgerung

Die Fragestellung „Wie erleben Personen im Rollstuhl aufgrund körperlicher Behinderung in der Schweiz Barrieren im öffentlichen Raum und wie wird ihre Partizipation dadurch beeinflusst?“ kann durch die Arbeit teilweise beantwortet werden. Es können durch die Datenerhebung verschiedene Barrieren und Faktoren aufgezeigt werden, welche die Partizipation von Personen im Rollstuhl sowohl negativ als auch positiv beeinflussen. Dabei konnten sowohl Barrieren als auch hilfreiche Faktoren für Personen im Rollstuhl erfasst und in die Domänen des ICFs Körperfunktionen, Aktivität und Partizipation sowie Umweltfaktoren eingeordnet werden. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass Personen im Rollstuhl eingeschränkten Zugang zum öffentlichen Leben in der Schweiz haben, mehrheitlich.

Die erwarteten Barrieren traten ebenfalls auf. Sowohl der Proband als auch vergleichbare Literatur bestätigten, dass bauliche Barrieren die Partizipation von Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern einschränken. Auch andere Barrieren sind, wie erwartet, aufgetreten. Gefunden wurden soziale, finanzielle, gesetzliche und die gesellschaftliche Einstellung betreffende Barrieren. Unerwartet ist die Wichtigkeit, die der Proband anderen Barrieren beigemessen hat. Besonders die gesellschaftliche Einstellung wurde von ihm herausgehoben und als Schlüssel zu einer Verbesserung von Partizipation und Inklusion von Personen im Rollstuhl benannt. So können demnach bauliche Barrieren erst vollständig eliminiert werden, wenn sich die gesellschaftliche Einstellung ändert. Eine offenere gesellschaftliche Einstellung führt zur verbesserten Umsetzung von Gesetzen, welche die baulichen Anpassungen betreffen. Durch eine Verminderung der baulichen Barrieren wird die Präsenz von Personen im Rollstuhl im öffentlichen Leben erhöht, was wiederum die gesellschaftliche Einstellung und das Denken beeinflusst.

Diese Arbeit kann weder bauliche Vorschriften noch die gesellschaftliche Einstellung ändern. Sie zeigt jedoch auf, welche Faktoren eine Rolle für die verbesserte Partizipation von Personen im Rollstuhl spielen. Zudem zeigen die Handlungsempfehlungen für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf, wie die Ergotherapie auf Mikro- und Makroebene Unterstützung bieten kann. Auf der Mikroebene werden viele Empfehlungen teilweise bereits umgesetzt. In

vielen Fällen kommt es aber gerade während des Übergangs aus einer Gesundheitseinrichtung nach Hause zu einem Wechsel von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Ein solcher Wechsel kann dazu führen, dass sich Personen im Rollstuhl gerade zu diesem kritischen Zeitpunkt wenig unterstützt fühlen. Um zu prüfen, wie eine optimale Begleitung nach Hause ermöglicht werden kann, ist weitere Forschung nötig. Die Empfehlungen auf der Makroebene betreffen vor allem politische Themen. Ein Engagement in diesem Bereich fällt heute nicht in den typischen Tätigkeitsbereich der Ergotherapie. In Zusammenarbeit mit Personengruppen wie Politikerinnen und Politikern, Personen des Städtebaus, Mitglieder gemeinnütziger Organisationen und nicht zuletzt Personen im Rollstuhl könnte die Ergotherapie hier aber einen grossen Teil zu einer Verbesserung der Inklusion beitragen. Kleinere Projekte, die Personen im Rollstuhl zugutekommen, könnten auch von Studierenden oder einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten umgesetzt werden. Denkbar wäre beispielsweise ein Projekt, welches Tipps für Personen im Rollstuhl zu barrierefrei zugänglichen Orten auf einer Webseite oder Handyapplikation zusammenträgt. Letztendlich ist es aber nicht nur von Bedeutung wie etwas durchgeführt wird, sondern dass überhaupt etwas gemacht wird.

Literaturverzeichnis

Hauptstudien Diskussion

- Barclay, L., McDonald, R., Lentin, P. & Bourke-Taylor, H. (2016). Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, 19-28.
- McCarthy, K., Chamberlain, M., Chinn, M., Pineda, J., Santiago C., Spitzer, J. & Tran, P. (2021). Social Participation in College Students with Chronic Pain. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 9(1), 1-12.
- Smith, E. M., Sakakibara, B. M. & Miller, W. C. (2016). Review of factors influencing participation in social and community activities for wheelchair users. *Disability and Rehabilitation*, 11(5), 361–374.
- Widehammar, C., Lidström Holmqvist, K., Pettersson, I., & Norling Hermansson, L. (2020). Attitudes is the most important environmental factor for use of powered mobility devices – users' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(4), 298–308.

Weitere Literatur

- Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG (2002). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/667/de>
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Überblick* (2. Aufl.). VS.
- Bühler Nepali, R., Früh, J. & Kneisner, M. (2019). *Studienführer BSc Ergotherapie ER19*. ZHAW.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2022). *Concluding observations on the initial report of Switzerland*. UNO.
- Corsten, M., & Corsten, H. (2017). Schritt für Schritt zur Bachelorarbeit: Erfolgreich organisieren, recherchieren, präsentieren. In *Schritt für Schritt zur Bachelorarbeit* (S. 1-26). Franz Vahlen.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2018). *Behindertenpolitik. Bericht des Bundesrates vom 09.05.2018*.
<https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/aktuell/politique-nationale-du-handicap.html>
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI (o. D.). *Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/aktuell/recht1/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>

- Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz (2021). *Professionsspezifische Kompetenzen*. FKG-CSS.
- Fisher, A. G. (2018). *OTIPM. Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down Intervention* (2. Aufl.). Schulz-Kirchner.
- Flick, U. (2010). Triangulation. In G. Mey & K. Mruck, (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl., S. 278-289). VS.
- Frank, J. R. (Hrsg.) (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Jones, M. & Hocking, J. (2015). Case study methodology. In S. Nayar, & M. Stanley (Hrsg.), *Qualitative research methodologies for occupational science and therapy* (S. 118-136). Routledge.
- Kanton Aargau (2020). *Öffentliche Räume – Orte der Begegnung. Baukultur im Aargau*. https://www.ag.ch/media/kanton_aargau/bvu/dokumente_2/raumentwicklung/dokumente_raumentwicklung/merkblaetter_empfehlungen/Broschuere_OeffentlicheRaume_A3.pdf
- Krell, C. & Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Beltz.
- Krieger, B. (2012). Was tun Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen?: eine konzeptionelle Einführung in die zehn Enablementskills aus dem CMCE. *Ergotherapie*, 2012(8), 12-17.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- McCarthy, K., Chamberlain, M., Chinn, M., Pineda, J. & Santiago C. (2021). Social Participation in College Students with Chronic Pain. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 9(1), 1-12.
- Reinhardt, J. D., Ballert, C., Brinkhof, M. W. G. & Post, M. W. M. (2016). Perceived Impact of environmental Barriers on Participation among People living with Spinal Cord Injury in Switzerland. *J Rehabil Med*, 48, 210–218.
- Robin D. (2021). *Merkblatt zur Transkription von Interviews*. Unveröffentlichtes Dokument. ZHAW.
- Stademann, M. & Tsangaveli, I. (2016). *Ergotherapie und Inklusion*. Schulz-Kirchner.
- Schweizerischer Ingenieur- und Architekten-Verein (2009). *Hindernisfreie Bauten = Constructions sans obstacles = Edifici senza ostacoli*. SIA.

Townsend, E.A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. CAOT Publications.

World Health Organization (2005). *ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: ENABLEMENT SKILLS (TOWNSEND & POLATAJKO, 2007)	10
ABBILDUNG 2: ABLAUFMODELL	19
ABBILDUNG 3: AUSWIRKUNGEN EINER VERBESSERTEN GESELLSCHAFTLICHEN EINSTELLUNG	36

Deklaration der Wortzahl

Abstract: 194 (inkl. Keywords)

Bachelorarbeit: 10'457

Danksagung

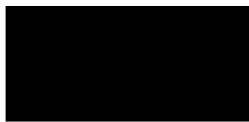
Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen bedanken, die uns während des Schreibprozesses zur Seite standen. Insbesondere geht ein grosses Dankeschön an unsere Betreuerin Angelika Echsel, für ihre wertvollen Inputs und die Unterstützung während des Arbeitsprozesses sowie die konstruktive Kritik und die Beantwortung unserer Fragen. Ein weiteres grosses Dankeschön geht zudem an Michael, welcher sich die Zeit nahm, sich ausführlich und offen unseren vielen Fragen zu stellen und somit einen grossen Beitrag zu unserer Arbeit geleistet hat.

Zudem bedanken wir uns herzlich bei Franca Keller-Hoehl, Selina Köppel, Laura Wüst und Olivia Bärtschi für das Korrekturlesen der Arbeit.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Jasmin Kühnis



Winterthur, 29.04.22

Nathalie Wüst



Möriken, 29.04.22

Anhang

Folgende Anhänge sind auf Nachfrage bei den Autorinnen erhältlich:

- Einverständniserklärung Proband, geschwärzt
- Beobachtung Fliesstext
- Fragenkatalog für die Befragung
- Transkript
- Transkriptionsregeln
- Kategorien aus der Inhaltsanalyse, reduziert